

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية  
République Algérienne Démocratique et Populaire

Ministère De L'enseignement Supérieure  
Et De La Recherche Scientifique  
Université Abou Bakr Belkaid  
Faculté De Médecine  
Dr. B. Benzerdjeb – Tlemcen



وزارة التعليم العالي  
و البحث العلمي  
جامعة ابو بكر بلقايد  
كلية الطب  
د.ب.بن زرجب – تلمسان

DÉPARTEMENT DE PHARMACIE

Mémoire De Fin D'études Pour  
L'obtention Du Diplôme De Docteur En Pharmacie

THÈME :

**Conduites addictives chez les patients présentant un  
trouble bipolaire suivis au niveau du service de  
psychiatrie(CHU Tlemcen 2018/2019)**

Soutenu le 07/07/2019

Présenté par :

**GHARBI Atika Halima**

**KAID Narimane**

Le jury :

Président : Pr. BOUCIF Hassane

Professeur en Psychiatrie

Membres :

Dr. BOULENOUAR Houssam

Maître de conférence A en Biologie  
moléculaire

Dr. BENABED Fatema Zohra

Maître-assistante en Pharmacologie

Encadrant : Dr Rahoui Asma

Maître de conférence A en Psychiatrie

Coencadrant : Dr SEDJELMACI Nesrine

Maître-assistante en Toxicologie

Année universitaire 2018/2019

## **Dédicaces**

### ***A ma très chère mère Fatima :***

*Aucune dédicace ne saurait exprimer mon amour et ma considération pour les sacrifices que tu as consenti pour mon bien être. Tu es mon modèle, le modèle de la femme courageuse et forte, le modèle de la femme tendre et patiente. Aujourd'hui et enfin je vais pouvoir dire « j'ai réussi » grâce à toi ....*

*« Quand j'ai besoin de courage je le trouve dans tes yeux maman »*

### ***A mon très cher père Fethi :***

*Mon père ; mon souhait le plus fort est de te garder près de moi encore longtemps. Ma reconnaissance est éternelle ...je me rappelle de tous les moments où tu m'as poussé à travailler ou tu m'as consolé surtout pendant les examens. J'espère avoir été à la hauteur de tes attentes.*

### ***A mon cher frère Islam et mon adorable petite sœur Hind :***

*Hind tes éclats de rire, tes câlins et tes brusques colères sont ma mélodie de bonheur. Je t'aime douada ...mon amour pour toi est éternel.*

*Islam mon adorable petit frère, mon épaule, mon repère essentiel et éternel. Je te souhaite une longue vie pleine de santé et de réussite.*

### ***A mami, tata et rym :***

*Je ne peux pas exprimer à travers ces lignes tous mes sentiments d'amour et de tendresse envers vous. Que dieu vous garde en bonne santé (ainsi **assima, wissem et jass**)*

***A tata zohra, sara et maria :*** *Tata tu es l'exemple de la femme forte ...merci pour ton soutien et ton amour*

*Sara et maria mes amours vous êtes pour moi des sœurs je vous dédie ce travail en témoignage de nos agréables souvenirs.*

***A la mémoire de mon très cher grand-père paternel :*** *Qui a été toujours dans mon esprit et mon cœur ; qui le sourire ne quittait jamais son visage et qui me comblait d'amour et de tendresse...je te dédie aujourd'hui ma réussite.*

*A mes très chères amies : **salima, atika, nawel,fayza, radjaa, Amel larabi, ismahane, fella, souhila et keltoum, mina** en souvenir de notre sincère et profonde amitié et les moments agréables qu'on a partagé ensemble je vous dédie ce modeste travail.*

***Narimane***

***A MA TRÈS CHÈRE MÈRE : BELHADJE Naima :***

*Autant de phrases aussi expressives soient-elles ne sauraient montrer le degré d'amour et d'affection que j'éprouve pour toi. Tu m'as comblé avec ta tendresse et affection tout au long de mon parcours. Tu n'as cessé de me soutenir et de m'encourager durant toutes les années de mes études, tu as toujours été présente à mes côtés pour me consoler quand il fallait. En ce jour mémorable, pour moi ainsi que pour toi, reçoit ce travail en signe de ma vive reconnaissance et ma profonde estime. Puisse le tout puissant te donner santé, bonheur et longue vie afin que je puisse te combler à mon tour.*

***A MON TRÈS CHER PÈRE : GHARBI Taher :***

*Autant de phrases et d'expressions aussi éloquentes soit-elles ne sauraient exprimer ma gratitude et ma reconnaissance. Tu as su m'inculquer le sens de la responsabilité, de l'optimisme et de la confiance en soi face aux difficultés de la vie. Tes conseils ont toujours guidé mes pas vers la réussite. Ta patience sans fin, ta compréhension et ton encouragement sont pour moi le soutien indispensable que tu as toujours su m'apporter. Je te dois ce que je suis aujourd'hui et ce que je serai demain et je ferai toujours de mon mieux pour rester ta fierté et ne jamais te décevoir. Que Dieu le tout puissant te préserve, t'accorde santé, bonheur, quiétude de l'esprit et te protège de tout mal.*

***A ma très chère sœur Houda , son époux Amine KHATEMI et sa famille.. Houda:*** *En souvenir d'une enfance dont nous avons partagé les meilleurs et les plus agréables moments. Pour toute la complicité et l'entente qui nous unissent, ce travail est un témoignage de mon attachement et de mon amour .*

***A mes chers petits frères Islam et Mohammed :*** *Pour toute l'ambiance dont vous m'avais entouré, pour toute la spontanéité et votre amour, Je vous dédie ce travail .Puisse Dieu le tout puissant exhausser tous vos vœux.*

***A ma grande famille GHARBI et BELHADJE :*** *mes tantes, mes oncles ainsi que mes cousins et cousines.*

***A la mémoire de mes grands parents paternels et maternels: GHARBI Benaissa , BELHADJE Abdelkader, KHATHIR Halima et Maaizi Zineb qu'ALLAH garde leurs âmes dans son vaste paradis***

*Enfin, je remercie mes amies **Nariman, Salima, Djihane, Khawla, Nawal, Rajaa ,Faiza et Chahrazed** qui ont toujours été là pour moi. Leur soutien inconditionnel et leurs encouragements ont été d'une grande aide.*

***ATIKA***

## **Remerciements**

*Nous tenons à remercier :*

*Notre encadrante Docteur Rahoui Asma, maitre assistante en psychiatrie, pour l'orientation, la confiance, la patience qui ont constitué un apport considérable sans lequel ce travail n'aurait pas pu être mené au bon port.*

*Notre Co-encadreur docteur Sedjelmaci Nesrine, maitre assistante en toxicologie, pour ses bonnes explications qui nous ont éclairé le chemin et sa collaboration avec nous dans l'accomplissement de ce modeste travail. Qu'elle trouve dans ce travail un hommage vivant à sa haute personnalité ; pour nous vous êtes exceptionnelle.*

*A monsieur le président de jury : Pr. Boucif hassane, professeur en psychiatrie,*

*Permettez-nous de vous remercier pour ce grand honneur que vous nous faites, en acceptant de présider ce jury ; nous vous adressons notre profonde reconnaissance.*

*Aux membres du jury : Dr. Benabed Fatima, maitre assistante en pharmacologie et monsieur Boulenuar houssam maitre de conférence en génétique moléculaire et cellulaire,*

*Pour l'intérêt qu'ils ont porté à notre recherche en acceptant d'examiner notre travail Et de l'enrichir par leurs propositions.*

*A docteur Fakhar Nesrine, assistante en psychiatrie ; grand merci à vous docteur vous nous avez soutenu et encouragé dès le début de notre travail*

*Merci pour vos conseils précieux et votre aide surtout lors des interrogatoires ...vous êtes unique.*

*Nous tenons à exprimer nos sincères remerciements à tous les professeurs qui nous ont enseigné et qui par leurs compétences nous ont soutenu dans la poursuite de nos études.*

*Enfin, nous tenons également à remercier toutes les personnes qui ont participé de près ou de loin à la réalisation de ce travail.*

## **TABLE DES MATIERES**

<b>Dédicaces</b>	.....	i
<b>Remerciements</b>	.....	iii
<b>Table des matières</b>	.....	iv
<b>Liste des figures</b>	.....	viii
<b>Liste des tableaux</b>	.....	x
<b>Liste des abréviations</b>	.....	xi
<b>Introduction</b>	.....	1

### **PARTIE THEORIQUE**

<b>Chapitre I : comorbidites et troubles bipolaires</b>	.....	<b>15</b>
I.1. Comorbidité:	.....	16
I.1.1. Définition:	.....	16
I.1.2. Comorbidité en psychiatrie :	.....	19
I.2. Troubles bipolaires :	.....	19
I.2.1. Généralités :	.....	19
I.2.2. Epidémiologie :	.....	20
I.2.3. Diagnostic :	.....	21
I.2.4. Manie, dépression et hypomanie :	.....	22
I.2.5. Critères diagnostiques des troubles bipolaires :	.....	24
I.2.6. Classification des troubles bipolaires :	.....	25
I.2.7. Physiopathologie et facteurs de vulnérabilité des troubles bipolaires :	.....	27
I.2.8. Pronostic des troubles bipolaires et leur impact médico-social :	.....	31
I.2.9. Traitement et prise en charge du trouble bipolaire :	.....	31

<b>Chapitre II : Troubles bipolaires et conduites addictives .....</b>	<b>34</b>
II.1. Généralités et définitions : .....	35
II.1.1. Historique : .....	35
II.1.2. Dépendance : .....	35
II.1.3. Toxicomanie : .....	36
II.1.4. Usage : .....	36
II.1.5. Addiction: .....	37
II.2. Trouble bipolaire et comorbidités addictives: .....	47
II.3. Impact sur l’observance thérapeutique : .....	47
II.3.1. Définition : .....	48
II.3.2. Enjeux de l’observance thérapeutique : .....	48
<b>Chapitre III : MATERIELS ET METHODES.....</b>	<b>52</b>
III.1. Type d'étude: .....	53
III.2. Population : .....	53
III.3. Critère d'inclusion: .....	53
III.4. Critères de non-inclusion: .....	53
III.5. Recueil des données : .....	54
III.6. Ethique : .....	54
III.7. Analyse statistique: .....	54
<b>Chapitre IV : RÉSULTATS.....</b>	<b>55</b>
IV.1. Répartition de la population générale selon l’âge : .....	56
IV.2. Répartition de la population générale selon le genre : .....	56
IV.3. Répartition de la population générale selon le lieu d’habitat : .....	57
IV.4. Répartition de la population générale selon l’état civil : .....	57

IV.5. Répartition de la population générale selon le niveau d'éducation : .....	58
IV.6. Répartition de la population générale selon les antécédents personnels et psychiatriques : 58	
IV.7. Répartition de la population générale selon l'activité sportive : .....	59
IV.8. Répartition de la population générale selon le type d'alimentation : .....	59
IV.9. Répartition des patients selon l'âge du début du trouble : .....	60
IV.10. Répartition des patients selon le type du trouble bipolaire: .....	60
IV.11. Répartition des patients selon le nombre des hospitalisations : .....	61
IV.12. Répartition des patients selon les tentatives de suicide : .....	62
IV.13. Répartition des patients selon le nombre de tentative de suicide : .....	62
IV.14. Répartition des patients selon le traitement actuel : .....	63
IV.15. Répartition des patients selon le nombre des récurrences: .....	63
IV.16. Répartition des patients selon les causes de récurrence: .....	64
IV.17. Répartition des patients selon les conduites addictives : .....	64
IV.18. Répartition des patients selon la présence de conduite addictive : .....	65
IV.19. Répartition des patients consommateurs selon le nombre de SPA : .....	65
IV.20. Répartition des patients consommateurs selon le type de SPA: .....	66
IV.21. Répartition des patients selon le motif de consommation : .....	66
IV.22. Répartition des consommateurs selon le rythme de consommation: .....	67
IV.23. Répartition des consommateurs de SPA selon la fréquence de consommation : .....	68
IV.24. Répartition des consommateurs selon l'ancienneté de la consommation: .....	68
IV.25. Répartition des consommateurs selon les circonstances de consommation : .....	69
IV.26. Répartition des consommateurs selon les conséquences d'usage des SPA : .....	69
IV.27. Répartition des patients consommateurs des SPA selon les effets de la consommation:..	70
IV.28. Répartition des patients consommateurs des SPA selon la dernière consommation: .....	70



IV.29. Répartition des patients selon les tentatives d'arrêt de consommation des SPA:.....	71
IV.30. Répartition des consommateurs selon la connaissance de SPA : .....	71
IV.31. Répartition des patients selon l'automutilation: .....	72
IV.32. Répartition des patients selon le type du trouble bipolaire et le genre : .....	74
IV.33. Répartition des patients selon la consommation de SPA et le genre :.....	74
IV.34. Répartition des patients selon le type d'addiction et le genre: .....	75
IV.35. Répartition des patients selon les causes de récurrence et le genre:.....	76
IV.36. Répartition des patients selon les tentatives de suicide et le genre: .....	77
IV.37. Répartition des patients selon l'ancienneté de la consommation et le début du trouble : .	77
IV.38. Répartition des patients selon le type de SPA et le nombre de rechute :.....	78
IV.39. Répartition des patients selon l'ancienneté de la consommation et le nombre de rechute : .....	79
<b>Chapitre V : Discussion .....</b>	<b>80</b>
<b>CONCLUSION .....</b>	<b>81</b>
<b>ANNEXES .....</b>	<b>82</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE .....</b>	<b>87</b>

## LISTE DES FIGURES

Figure 1: Diagramme de vie montrant la progression du trouble bipolaire (49).....	22
Figure 2: Répartition des patients présentant un TB en fonction de l'âge. ....	56
Figure 3: Répartition des patients présentant un trouble bipolaire en fonction du genre.....	56
Figure 4: Répartition des patients présentant un TB en fonction de l'état civil.....	58
Figure 5: Répartition des patients présentant un TB en fonction du niveau d'éducation .....	58
Figure 6: Distribution des patients présentant un TB selon l'activité sportive. ....	59
Figure 7: Répartition des patients présentant un TB selon l'alimentation. ....	60
Figure 9: Répartition des patients présentant un TB selon l'âge du début du trouble bipolaire.....	60
Figure 10: Répartition des patients selon le type du trouble bipolaire.....	61
Figure 11: Répartition des patients présentant un trouble bipolaire selon le nombre des hospitalisations.....	61
Figure 21: Répartition des patients présentant un trouble bipolaire selon le motif de consommation . ....	67
Figure 22: Répartition des patients présentant un trouble bipolaire selon le rythme de la consommation .	67
Figure 27: Répartition des patients selon les symptômes dus à la consommation de SPA .....	70
Figure 30: Répartition des patients présentant un trouble bipolaire selon la connaissance des SPA .....	72
Figure 33: Répartition du type du trouble bipolaire chez la population de patients selon le genre. ....	74

## **LISTE DES TABLEAUX**

Tableau I : Répartition des patients présentant un TB selon le lieu habitat. .... 57

Tableau II: Répartition des patients bipolaires selon leurs traits de caractère.....73

## LISTE DES ABREVIATIONS

<b>AFE</b>	Analyse factorielle exploratoire
<b>APA</b>	American psychological association
<b>ATCD</b>	Antécédent
<b>CHU</b>	Centre hospitalier universitaire
<b>CIM</b>	Classification internationale des maladies
<b>DOR</b>	Days out of role
<b>DSM</b>	Diagnostic and statistical manual
<b>ECA</b>	Employment conditions abroad
<b>HAB</b>	Habitant
<b>LSD</b>	diéthyllysergamide
<b>OMS</b>	Organisation mondiale de la santé
<b>PCB</b>	Polychlorobiphényles
<b>SPA</b>	Substance psycho-active
<b>SPSS</b>	Statistical package for the social science
<b>TB</b>	Trouble bipolaire

## INTRODUCTION

Le trouble bipolaire (TB) est l'une des pathologies psychiatriques les plus sévères. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), il fait partie des dix maladies les plus coûteuses et invalidantes sur le plan mondial (1).

Sa prise en charge habituelle comprend un suivi psychiatrique dont la fréquence est adaptée à l'état thymique et la mise en place d'un traitement thymorégulateur. Toutefois, le devenir des patients atteints de TB reste insatisfaisant. Les répercussions psychosociales, majorées par la présence fréquente de comorbidités somatiques et psychiatriques sont importantes et peuvent être invalidantes: désinsertion socioprofessionnelle, isolement social et retentissement familial (1).

La comorbidité dans le trouble bipolaire est la règle plutôt que l'exception, plus de 60% des patients bipolaires ont un diagnostic comorbide associé à un état mixte affectif ou dysphorique, des taux élevés de suicide, une réponse moins favorable au lithium et des résultats globaux plus médiocres. En tout, la comorbidité entraîne des difficultés pour répondre au mieux aux besoins du patient. Cette combinaison chez un individu crée deux domaines d'intervention clés qui peuvent en réalité entrer en conflit avec le conseil, ou dans certains cas, un trouble peut provoquer l'autre. Il existe donc un besoin à la fois de les évaluer et de les traiter (2).

Le concept des patients présentant à la fois un trouble de l'abus de substances psychoactives (Substance Abuse Disorder ou SAD), une dépendance et un trouble bipolaire est de plus en plus répandu, 25% à 33% des patients suivis en santé mentale étant considérés comme ayant reçu un double diagnostic (2).

Les substances les plus souvent rencontrées sont l'alcool, le cannabis, les psychostimulants et la cocaïne. Cette comorbidité aggrave le pronostic de la maladie bipolaire et complique beaucoup sa prise en charge thérapeutique (3).

L'observance thérapeutique des patients bipolaires est souvent partielle, elle est responsable des rechutes thymiques. L'objectif de la plupart des psychothérapies est de l'augmenter (4).

**Problématique :**

Les patients suivis au niveau du service de psychiatrie du CHU Tlemcen pour des troubles bipolaires constituent une population à risque élevé à d'autres conduites addictives. Cette association modifie souvent l'expression de la maladie et peut affecter son pronostic, sa prise en charge et sa réponse au traitement. Peu de données statistiques existent sur le parallélisme entre les troubles bipolaires et les conduites addictives ainsi que leur impact sur l'observance thérapeutique.

## **Synthèse bibliographique**

## Chapitre I : **COMORBIDITES ET TROUBLES BIPOLAIRES**



## **I.1. Comorbidité:**

### **I.1.1. Définition:**

Le terme « comorbidité » a été utilisé pour la première fois en 1970 par Feinstein (5) et van den Akker et al (6, 7) pour désigner les situations où un individu a deux ou plusieurs problèmes de santé mentale. Plus récemment, le terme de multimorbidité a été introduit (6, 8). Bien que la comorbidité et la multimorbidité soient toutes deux utilisées pour décrire deux états de santé ou plus, une distinction est faite entre eux. En effet, la comorbidité est utilisée lorsqu'une condition d'intérêt est discutée, et la multimorbidité est utilisée lorsqu'aucune condition de référence n'est considérée (8). Bien que ces distinctions ne soient souvent pas clairement appliquées et que les deux termes soient utilisés de manière interchangeable dans la littérature. Parfois, les problèmes de santé peuvent être comorbides uniquement par hasard. Cependant, certaines grappes de comorbidité peuvent également survenir à des niveaux plus élevés que les taux de hasard (5).

Des recherches internationales ont démontré que la prévalence de la comorbidité ou de la multimorbidité augmente significativement avec l'âge (7, 9), ce qui indique que les patients présentant une multimorbidité, en général, représentent la règle plutôt que l'exception (10-12).

L'étude des modèles de multimorbidité est un nouveau domaine. Bien qu'il existe de plus en plus de données probantes sur la prévalence de la comorbidité et de la multimorbidité (7, 10, 13), la plupart des études utilisent soit le nombre de comorbidités, comme l'indice de Charlson (14), soit une échelle cumulative qui regroupe les conditions par les systèmes corporels affectés (9, 15, 16). Ces méthodes n'utilisent pas d'approches statistiques pour identifier les schémas de grappes non aléatoires de conditions de santé individuelles dans des groupes de conditions multimorbides, peut-être en raison des limites des méthodes statistiques à ce jour. La plupart des logiciels statistiques pouvant effectuer une analyse factorielle exploratoire (AFE) exigent que les données soient dans un format continu, mais les conditions de santé sont généralement représentées de façon dichotomique ; c'est-à-dire que la personne a la condition ou non.

Dans de nombreux pays, la prise en charge simultanée de multiples maladies chroniques chez un même patient (la « comorbidité » ou la « multimorbidité ») constitue un défi majeur pour les services de santé (17, 18).

Les personnes souffrant de deux maladies chroniques (physiques ou mentales) ou plus sont plus susceptibles d'avoir de mauvais résultats de santé, une gestion clinique plus complexe et des coûts de soins accrus (18, 19).

L'analyse de la recherche scientifique des comorbidités et multimorbidité est limitée dans la littérature biomédicale (20, 21). Par exemple, Fortin et al. (22) ont précédemment étudié les caractéristiques des publications sur la multimorbidité (ou comorbidité) et comparé le nombre de publications sur ce sujet avec le nombre de publications sur trois maladies chroniques courantes (asthme, hypertension et diabète). Une recherche restreinte de MEDLINE en 2002 a identifié 353 articles sur la multimorbidité et la comorbidité pour la période 1990-2002. Le nombre et la diversité des articles étaient à la fois insuffisants pour fournir des données pertinentes pour éclairer les soins fondés sur des preuves des personnes atteintes de maladies chroniques multiples (22).

Le paysage scientifique a considérablement évolué au cours des années suivantes, notamment le lancement d'initiatives importantes pour la prise en charge clinique de multiples maladies chroniques (23, 24), mais aussi la prolifération de revues à accès libre pour diffuser les résultats de recherche (17, 25-27). Considérant que la recherche est nécessaire pour accroître les connaissances dans un domaine en évolution, une étude visait à cartographier la recherche scientifique mondiale sur la comorbidité et la multimorbidité pour comprendre la maturité et la croissance au cours des dernières décennies. Une analyse transversale et une recherche scientifique mondiale sur la comorbidité et la multimorbidité pour la période 1970-2016. Une identification des chercheurs et des pays les plus productifs, des sujets et des mots-clés les plus courants, des revues les plus prolifiques et les « classiques de la citation » en comorbidité et multimorbidité sur la base de publications dans plusieurs spécialités et disciplines. Les résultats les plus frappants sont le nombre croissant d'articles publiés ces dernières années, avec environ les deux tiers des articles publiés depuis 2010. Il s'agit de la première analyse cartographique globale des publications scientifiques sur la comorbidité et la multimorbidité. Cette analyse

complète et élargit la perspective des études antérieures qui ont analysé certaines caractéristiques des articles de la comorbidité (20, 22), la diversité des termes utilisés dans la littérature se référant à la présence de multiples maladies concomitantes (20, 22, 28), ou des revues sur les implications et la compréhension des besoins de recherche et l'impact du traitement (29, 30).

Conformément aux recherches antérieures dans d'autres domaines (31, 32), la productivité globale des articles scientifiques est dominée par les Etats-Unis (en tant que plaque tournante de la connaissance), suivie par d'autres en Europe occidentale (Royaume-Uni, Allemagne et Italie) et le Canada. Le grand nombre de publications sur la comorbidité et la multimorbidité de ces pays reflète l'importance que les sociétés occidentales accordent à la recherche comme fondement du développement socioéconomique et technologique, mais reflète également l'intérêt de comprendre et de relever les défis importants du vieillissement de la population et chronicité.

La liste des articles les plus cités contient des contributions traitant d'aspects méthodologiques, mais aussi d'importantes études épidémiologiques sur les maladies chroniques non transmissibles, la comorbidité et/ ou la multimorbidité. Certains documents méthodologiques présentent les mesures les plus couramment utilisées des comorbidités dans la recherche sur les services de santé et les résultats : le « CharlsonComorbidity Index » (33, 34) et ses diverses adaptations et "ElixhauserComorbidity Index" (35). Ces mesures de l'indice de comorbidité saisissent le « fardeau de la comorbidité » qui accompagne un diagnostic primaire et qui peut influencer les résultats. La liste de l'article le plus cité reflète également des avancées majeures dans la description de l'épidémiologie des troubles mentaux et de ses corrélats par l'US National Comorbidity Survey (36, 37), le cadre de phénotype de fragilité largement utilisé proposé par Fried et al. (38). Les concepts de « fragilité » et de « comorbidité / multimorbidité » sont couramment utilisés de façon interchangeable pour identifier les personnes âgées vulnérables (39, 40), mais il y a un consensus croissant sur le fait qu'il pourrait s'agir d'entités cliniques distinctes reliées entre elles.

En psychiatrie, la comorbidité a traditionnellement été utilisée pour désigner le chevauchement de deux troubles psychiatriques ou plus (41). De même, la comorbidité (et multimorbidité) entre les troubles mentaux et ceux liés à la toxicomanie (42, 43), les maladies cardio - vasculaires (44,

45), le cancer (46, 47) ou d'autres troubles chroniques [29, 60](48) a gagné en importance au cours des dernières décennies.

### **I.1.2. Comorbidité en psychiatrie :**

La comorbidité diagnostique, autrement dit la cooccurrence chez un individu de plusieurs troubles psychiatriques, est un concept complexe, et a fait l'objet de nombreuses réflexions depuis le début de la nosographie catégorielle. A partir de la version du DSM-IV, les limites de la classification catégorielle traditionnelle sont reconnues. On évoque un système d'évaluation dimensionnelle, sur la base d'une quantification de phénomènes cliniques sur un continuum. La schizophrénie est un trouble multidimensionnel. L'hétérogénéité clinique de la schizophrénie et des troubles de son spectre rend difficile leur prévention et leur traitement. L'étude de sujets présentant des manifestations syndromiques co-existantes compatibles avec d'autres troubles psychiatriques pouvant survenir chez des sujets souffrant de troubles du spectre de la schizophrénie pourrait permettre de préciser nos connaissances.

En effet, l'anxiété et les symptômes dépressifs sont des symptômes fréquemment retrouvés dans les troubles du spectre de schizophrénie. L'anxiété est un symptôme particulièrement dominant dans la phase prodromique des troubles du spectre de la schizophrénie et est considérée comme un indicateur prédictif de rechute. Or l'étude des troubles anxieux comorbides n'a suscité qu'un intérêt minime comparativement au trouble dépressif dans les troubles du spectre de la schizophrénie.

## **I.2. Troubles bipolaires :**

### **I.2.1. Généralités :**

Les fluctuations d'humeur sont courantes, particulièrement, face au stress. Néanmoins, lorsqu'elles sont persistantes et accompagnées de détresse ou de déficience notable, un trouble affectif sous-jacent pourrait exister. Ces troubles affectifs peuvent être classés le long d'un spectre défini par l'étendue et la gravité d'élévation d'humeur de plus en plus prononcée (trouble unipolaire, bipolaire II et enfin le bipolaire I) (49). Le trouble bipolaire (TB) est l'une des pathologies psychiatriques les plus sévères, chronique et handicapante qui affecte la vie et le

fonctionnement de millions de personnes dans le monde (50). Le signe distinctif du TB est la manie ou l'hypomanie, mais la majorité des patients souffre d'épisodes dépressifs. La plupart d'entre eux restent vulnérables aux récurrences, aux comorbidités psychiatriques et cliniques et aux troubles cognitifs(50).

Le trouble bipolaire est un déséquilibre de santé mentale commun, complexe et récurrent, caractérisé par des troubles progressifs des fonctions cognitives et sociales entraînant une déficience fonctionnelle, une réduction de la qualité de vie et de nombreuses comorbidités. Son évolution est variable et conduit le plus souvent aux tentatives de suicide (51).

### **I.2.2. Épidémiologie :**

Dans les enquêtes de l'OMS sur la santé mentale dans le monde, le trouble bipolaire était classé comme la maladie avec le deuxième effet le plus important sur les jours sans rôle (DOR : Days Out of Role). C'est le nombre de jours pendant lesquels une personne est totalement incapable de travailler ou d'exercer des activités normales en raison de problèmes de santé). Le TB a touché environ 29,5 millions d'individus dans le monde en 2004. Une étude plus récente (2011) a révélé une prévalence globale sur la vie de 2,4%. On estime que le TB touche 1,5% de la population mondiale, il est principalement diagnostiqué chez les jeunes adultes (entre 13 et 30 ans) après des années de début des symptômes(52). Le TB affecte l'économie d'une population active et implique donc des coûts élevés pour la société. L'apparition de manie, plus tard dans la vie, pourrait indiquer une comorbidité médicale sous-jacente (49).

Les résultats des études sont parfois très variables d'un pays à l'autre malgré une méthodologie similaire. La prévalence des troubles bipolaires sur une année donnée est en moyenne de 0,5 à 1% et sur la vie entière de 1 à 2%(53). Les États-Unis affichaient la prévalence la plus élevée à 4,4%, tandis que l'Inde affichait la prévalence la plus faible à 0,1% (54). Ces divergences très importantes ne sont pas très bien comprises, elles pourraient avoir des explications culturelles (53).

Le TB I est relativement rare, avec une incidence d'environ 1% dans la population générale. L'incidence sur la durée de vie des TB II diagnostiqués selon les critères du DSM-IV est également d'environ 1%, le trouble bipolaire 'Sauf indication contraire' contribuant à 2,4%. La

dépression unipolaire est le trouble de l'humeur le plus répandu dans la communauté: 16% de l'échantillon national de réplication de la comorbidité aux États-Unis (55).

L'analyse du nombre de suicides montre qu'on a 15 fois plus de chances de mourir par suicide si on souffre d'un TB et qu'on est un homme. Ce chiffre est de 22 fois plus pour les femmes et est encore plus élevé chez les unipolaires (21 pour les hommes, 27 pour les femmes).

La maladie bipolaire est donc mortelle, par le nombre des suicides chez une proportion importante des malades. Les bipolaires ainsi que les unipolaires ont une mortalité en moyenne 1,5 à 2 fois supérieure à celle de la population normale. En termes de prévalence, une méta-analyse a montré que 19 % des bipolaires meurent par suicide, ce qui fait environ 1 bipolaire sur 5, et 1 sur 2 fait au moins une tentative de suicide dans son existence (55).

### **I.2.3. Diagnostic :**

Les troubles bipolaires sont caractérisés par une vulnérabilité à présenter des fluctuations marquées de l'humeur de manière récurrente. Le diagnostic des TB est extrêmement hétérogène, englobant probablement un large éventail de troubles cycliques de l'humeur qui peuvent être différents en termes de présentation, d'étiologie et de pathogenèse (56). En effet, chaque patient présente ses propres symptômes qui, dans la majeure partie des cas, se répètent à l'identique (56). Le diagnostic est posé sur la base de preuves d'épisodes dépressifs majeurs et maniaques aigus (l'hypomanie est une forme atténuée de manie et n'est pas nécessairement associée à une déficience fonctionnelle). Les TB peuvent être accompagnés ou non des symptômes psychotiques. Leurs épisodes peuvent être :

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

- ou mixtes avec des symptômes psychotiques (51).

Les caractéristiques des accès et leur évolution dans le temps permettent de distinguer plusieurs formes cliniques.

L'enregistrement des changements d'humeur sur une carte de vie peut aider les cliniciens à surveiller et à gérer les patients(51). Selon leur gravité, les symptômes maniaques et hypomaniaques sont enregistrés au-dessus de l'état d'euthymie (état d'humeur normal), tandis que les symptômes dépressifs sont au-dessous (49).

La figure (01) représente un diagramme de vie montrant la progression du trouble bipolaire(49).

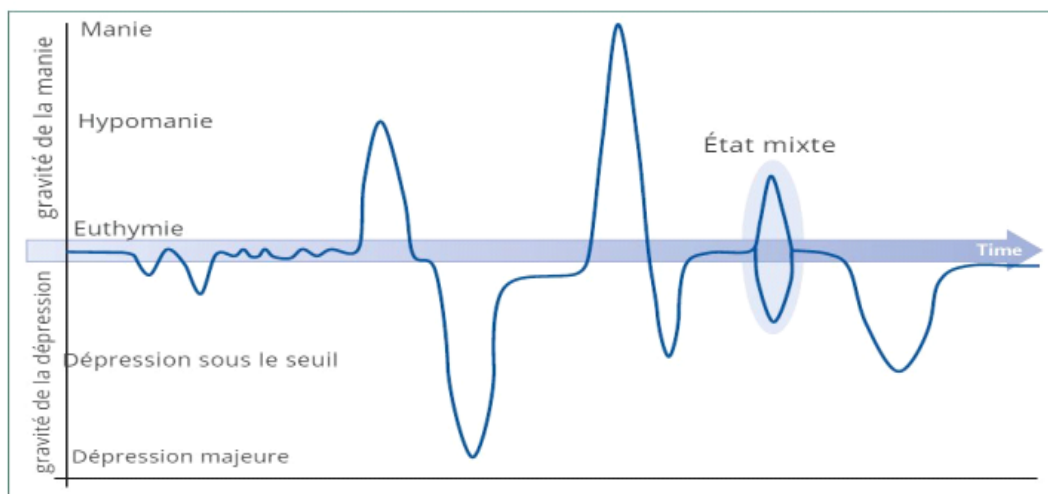


Figure : Diagramme de vie montrant la progression du trouble bipolaire

**Figure 1:** Diagramme de vie montrant la progression du trouble bipolaire (49).

#### **I.2.4. Manie, dépression et hypomanie :**

##### **I.2.4.1. Episodes dépressifs majeurs :**

La sémiologie clinique des épisodes dépressifs majeurs dans les troubles bipolaires peut être relativement trompeuse, car elle peut présenter différentes tonalités de l'humeur qui ne se résumeront pas forcément à une tristesse sans raison. La symptomatologie dépressive associe des symptômes thymiques, cognitifs, comportementaux, parfois psychotiques et somatiques(57). Les points suivants sont observés :

- Humeur dépressive pendant la majeure partie de la journée,
- Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir dans toutes ou presque toutes les activités pendant la majeure partie de la journée,
- Gain ou perte de poids ou diminution ou augmentation de l'appétit significatifs (> 5%),
- Insomnie (souvent insomnie de maintien du sommeil) ou hypersomnie,
- Agitation ou ralentissement psychomoteur observés par des tiers (non auto-déclarés),
- Fatigue ou manque d'énergie,
- Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inapproprié,
- Aptitude à penser ou à se concentrer diminuée ou indécision,
- Pensées de mort ou de suicide récurrentes, une tentative de suicide, ou planification suicidaire spécifique(58).

#### **I.2.4.2. Episodes maniques :**

Les symptômes thymiques classiques sont l'irritabilité, l'euphorie, la labilité affective et l'expansivité. La labilité affective observée dans les phases maniaques peut prendre un aspect parfois pseudo-dépressif avec des pleurs faciles. Les symptômes cognitifs sont, essentiellement, à type de mégalomanie, d'augmentation de l'estime de soi, de fuite des idées, de distractibilité, de troubles de la concentration, de l'attention, de la mémoire. Les troubles comportementaux regroupent, essentiellement, une hyperactivité, souvent sans but, un désir de parler constamment, une grande communicabilité, une multiplication des projets (souvent irréalistes), un engagement dans des conduites à risque. Les troubles somatiques comportent, classiquement, une réduction du temps de sommeil, contrastant paradoxalement avec une absence de fatigue (57), plus des symptômes supplémentaires comme:

- 1) Idées de grandeur,
- 2) Plus grande volubilité que de coutume,
- 3) Accélération de la pensée,
- 4) Augmentation des activités orientées vers un but,
- 5) Engagement excessif dans des activités à fort potentiel de conséquences douloureuses (p. ex., achats impulsifs, investissements déraisonnables)(58).



### **I.2.4.3. Hypomanie :**

L'hypomanie est décrite, généralement, comme une forme atténuée de manie, avec globalement les mêmes symptômes (à l'exception psychotiques), ces symptômes étant d'intensité plus faible et de durée plus courte. La durée au-delà de laquelle il est possible de parler d'« hypomanie » est de quatre jours, alors que l'on ne peut parler d'« épisode maniaque » qu'au-delà de sept jours. (57)

### **I.2.5. Critères diagnostiques des troubles bipolaires :**

La Seconde Guerre mondiale a impliqué beaucoup de psychiatres américains dans la sélection et le traitement médical des soldats, ce qui a particulièrement impacté les institutions psychiatriques et les perspectives cliniques traditionnelles.

En 1949, l'OMS a publié sa sixième révision du manuel de la Classification internationale des maladies (CIM) incluant, pour la première fois, une section des troubles mentaux. Le premier Diagnostic and Statistical Manual (DSM-I), publié en 1952, diagnostique 60 pathologies différentes. La deuxième édition, en 1968 (DSM-II), objet de nombreuses controverses, diagnostique 145 pathologies différentes. Ces deux premières éditions du manuel suivaient la structuration entre deux formes majeures de troubles psychiques, les psychoses et les névroses. L'héritage de Freud en la matière était que ces pathologies étaient des formes d'exagération d'un état « normal ». Sont alors assistés sur la dynamique, le sens et l'intensité des troubles dont l'origine postulée était qu'ils relevaient d'un conflit intrapsychique(59). Le DSM-III (1980) a pris le tournant qu'on lui connaît aujourd'hui, athéorique pour les uns, comportementaliste et antipsychanalytique pour les autres. C'est un outil de classification des troubles mentaux ramenant les pathologies psychiatriques aux somatiques dont elles ne devaient plus se démarquer. En 1987, le DSM-III-R est publié en tant que révision du DSM-III. Les catégories sont renommées, réorganisées et des changements significatifs dans les critères ont été effectués. La quatrième édition (DSM-IV), prolongeant et approfondissant le DSM-III, est publiée en 1994 et reconnaît 410 troubles psychiatriques. La dernière version utilisée du DSM-IV est une révision mineure de ce texte, le DSM-IV-TR, publiée en 2000. Le DSM-V est publié au mois de mai 2013. Sa parution est l'objet d'appréciations diverses, voire de controverses. La version française est sortie le 17 juin 2015 (59).

### **I.2.6. Classification des troubles bipolaires :**

Les TB sont classés en fonction de l'évolution longitudinale, souvent caractérisée par la présence de symptômes inférieurs au seuil. On peut classer les troubles bipolaires en plusieurs types mais il est classique d'individualiser les deux types principaux: le TB I et le TB II (56).

#### **I.2.6.1. Trouble bipolaire I :**

Est le plus typique, caractérisé par un ou plusieurs épisodes maniaques ou mixtes habituellement accompagnés d'épisodes dépressifs majeurs (56). Au moins un épisode maniaque doit être présenté, bien que les épisodes dépressifs majeurs soient typiques mais non nécessaires au diagnostic(49). De nombreux patients souffrent d'incapacité à gérer les tâches et les responsabilités quotidiennes, des sauts d'humeur, des fluctuations d'énergie et du niveau d'activité.

Ces signes peuvent apparaître chez les personnes ordinaires de temps en temps ou en période de stress mais les patients atteints de TB souffrent à l'extrême. En effet, ils sont incapables de contrôler leurs sentiments ou leurs comportements et ont souvent de la difficulté à maintenir des relations positives ou à se lancer dans une carrière réussie. Certains patients ont également des problèmes de toxicomanie, qui aggravent leurs symptômes de santé mentale et peuvent augmenter le risque de suicide chez ceux qui ne cherchent pas de traitement(49).

#### **I.2.6.2. Trouble bipolaire II :**

Son diagnostic sera posé lors de l'association d'au moins un épisode dépressif majeur et un épisode d'hypomanie. Le taux de mortalité est tout aussi important (56). Les deux épisodes d'humeur qui le définissent comprennent :

- **Les épisodes dépressifs** : définis par une période prolongée (au moins deux semaines) de sentiments de tristesse, de désespoir et de désintérêt pour la vie. Les patients se sentent souvent fatigués, agités, flous, indécis et, dans certains cas, suicidaires (60).
- **Les épisodes hypomaniaques** : Moins extrêmes qu'un épisode maniaque à part entière, ils se définissent par un sentiment incroyablement productif et heureux ; les patients ont souvent l'impression d'être dans un mode de fonctionnement optimal. Nombreux estiment qu'il n'y a rien

de mal à ces périodes, mais leur famille peuvent remarquer le changement de leur comportement habituel (60).

Les TB I et II sont tous les deux caractérisés par des antécédents d'au moins un ou plusieurs épisodes d'humeur élevée. Le TB I semble avoir une évolution plus tortueuse et un pronostic plus grave que le TB II, en raison de la gravité transversale des symptômes, mais le TB II présente une fréquence élevée d'épisodes, un cours clinique incluant, également, au moins un épisode dépressif majeur d'au moins deux semaines, des taux élevés de comorbidités psychiatriques et des comportements suicidaires récurrents altérant la qualité de vie (49). L'épisode hypomaniaque du TB II ne doit pas nécessairement conduire à des troubles fonctionnels ou à des troubles cliniquement significatifs, contrairement à un épisode maniaque caractéristique du TB I (60).

Si les symptômes d'un patient au cours d'un épisode d'humeur élevée sont suffisamment graves pour compromettre des aspects essentiels du fonctionnement de la vie (social, professionnel, etc.), il est fort probable que le critère de l'épisode maniaque soit rencontré et un diagnostic durable de TB I serait établi. Tandis que les patients avec une cognition désordonnée et chaotique d'un épisode maniaque complet seraient probablement paralysés par une tempête de pensées débridée et alimentée par de l'énergie. Le patient hypomaniaque pourrait prendre plaisir des états intensifiés d'énergie, d'activité et de vigilance (60).

### **I.2.6.3. Autres troubles :**

#### **A. Trouble bipolaire III :**

Pour lequel il n'existe pas de consensus de définition. 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 hyperthymique ou cyclothymique ou encore, de patients qui ont présenté au moins un virage de l'humeur induit par un antidépresseur(56).

#### **B. États frontières :**

Formes atténuées de la maladie dont le trouble cyclothymique (56).

### **C. Troubles bipolaires et connexes précisés :**

Il s'agit de troubles de type bipolaire ne répondant pas aux critères du TB I, du TB II ou de la cyclothymie en raison d'une durée ou d'une gravité insuffisante :

- Épisodes hypomaniaques de courte durée et trouble dépressif majeur,
- Épisodes hypomaniaques avec symptômes insuffisants et trouble dépressif majeur,
- Épisode hypomaniaque sans trouble dépressif majeur préalable,
- Cyclothymie de courte durée.
- Périodes hypomaniaques et dépressives qui ne répondent pas aux critères d'hypomanie ou de dépression majeure pendant au moins 2 ans(61).

### **D. Trouble bipolaire et apparenté sans précision :**

Symptômes caractéristiques de TB et connexes ne répondant pas à tous les critères de l'une des catégories mentionnées précédemment (49).

### **E. Trouble bipolaire et apparenté provoqué par une substance ou un médicament :**

Cocaïne, amphétamine ou autre stimulant, PCP ou autre hallucinogène, alcool, sédatif, hypnotique ou anxiolytique, L-Dopa et corticostéroïdes)(49).

### **F. Trouble bipolaire et apparenté dû à une autre condition médicale :**

Hyperthyroïdie, sclérose en plaques(49).

#### **I.2.7. Physiopathologie et facteurs de vulnérabilité des troubles bipolaires :**

De nombreuses données suggèrent que le TB est une pathologie neuro-développementale complexe associée à des anomalies neurophysiologiques d'aggravation progressive et faisant intervenir des facteurs génétiques, environnementaux et liés au développement. La physiopathologie implique certainement des perturbations profondes des rythmes circadiens, des mécanismes immuno-inflammatoires dans les poussées aiguës et une neurotoxicose progressive d'origine multifactorielle(62). Les patients connaissent, le plus souvent, une évolution chronique caractérisée par une aggravation progressive des déficits cognitifs, des symptômes résiduels, des anomalies qualitatives et quantitatives du sommeil, des rythmes circadiens, de la régulation des émotions et un risque accru de comorbidités psychiatriques et médicales somatiques(62). L'âge de début, la fréquence des cycles, les symptômes infra cliniques, le cycle rapide et la présence de

symptômes relatifs aux cycles psychotiques et mixtes ont un impact négatif sur le fonctionnement global(61).

#### **I.2.7.1. Facteurs de vulnérabilité génétique et interactions entre gènes et environnement :**

L'intervention de facteurs de vulnérabilité génétique dans l'étiopathogénie des TB est démontrée de longue date par les études sur l'agrégation familiale les jumeaux et les enfants adoptés. Les efforts de recherche n'ont pas permis de déterminer de façon claire les loci de vulnérabilité. Les difficultés rencontrées pour reproduire les résultats obtenus en psychiatrie génétique sont liées à l'hétérogénéité du trouble et à la difficulté qu'il y a à définir des phénotypes héréditaires.

Des lors, le démembrement des différentes formes de TB est indispensable à l'identification des facteurs de vulnérabilité génétique. Le sous-groupe le plus intéressant est représenté par les formes à début précoce associées à un risque familial beaucoup plus important. Elles sont liées aux gènes ApoE, BDNF, et COMT ainsi qu'au polymorphisme 5-HTTLPR. Il existe un lien avec les régions chromosomiques 2p21, 2q14.3, 3p14, 5q33, 7q36, 10q23, 16q23 et 20p12 ainsi qu'une association spécifique avec un variant du promoteur du gène SNAP25 (codant pour une protéine impliquée dans la fusion vésiculaire permettant la libération de neurotransmetteurs dans la fente synaptique). Enfin, certains microremaniements de novo de certaines régions clés du génome sont impliqués (62).

Les études de génétique ont contribué à analyser l'hétérogénéité de cette entité permettant de progresser dans l'identification de gènes augmentant la vulnérabilité aux TB à début précoce et dans la compréhension d'un mode d'hérédité complexe qui impliquent des mutations de novo. La prise en compte de facteurs environnementaux ou liés au développement est une autre évolution importante des études de psychiatrie génétique, qui permet de mieux rendre compte de l'architecture complexe des facteurs de risque. Les traumatismes au cours du développement constituent aujourd'hui le domaine le plus étudié dans les TB précoces, à la fois comme facteur de vulnérabilité, en interaction avec les facteurs génétiques, et comme facteur influençant l'évolution de la maladie (propension à la rechute, réponse aux traitements, symptômes psychotiques) (62).

### **I.2.7.2. Etudes de neuro-imagerie :**

Les données obtenues en neuro-imagerie anatomique ou fonctionnelle suggèrent d'autres mécanismes étiopathogéniques dans les TB. Ainsi, deux méta-analyses récentes ont conclu clairement à l'existence d'anomalies de la substance grise au niveau de régions corticales impliquées dans la régulation des émotions ainsi qu'à des hyper activations dans les régions limbiques ventrales qui interviennent également dans la régulation des émotions et la genèse des réponses à des stimuli émotionnels (62). Plus précisément, les anomalies les plus précocement détectées dans les TB sont une diminution du volume de l'amygdale, de l'hippocampe et du gyrus temporal supérieur. Des anomalies de la giration et de l'activation du cortex préfrontal dorsolatéral ont également été observées (62).

La spectroscopie par résonance magnétique est une technique d'imagerie in vivo qui permet d'analyser la concentration de certains composés bio chimiques dans différentes régions cérébrales. Elle a permis de mettre en évidence des concentrations abaissées de N-acétylaspartate et de phosphocreatine dans le lobe frontal et les ganglions de la base(62). Des anomalies de la concentration de choline dans le cortex cingulaire antérieur et de N- acétylaspartate dans le cortex préfrontal chez les adolescents souffrant de dépressions bipolaires ont été montrées par rapport aux témoins sains. Leur signification reste peu claire, mais leur découverte ouvre des pistes pour l'identification des mécanismes dynamiques à l'œuvre dans la vulnérabilité aux rechutes ou dans la physiopathologie des épisodes eux-mêmes. L'efficacité du lithium et des autres thérapeutiques médicamenteuses dans les TB laisse penser que des anomalies chimiques au niveau des neurotransmetteurs intracérébraux pourraient être associées (62).

### **I.2.7.3. Etudes neuropsychologiques :**

Certains domaines cognitifs semblent être atteints dès le début de la maladie (voire avant), et pourraient constituer des indicateurs de la vulnérabilité. Leur profondeur est par ailleurs corrélée au nombre d'épisodes thymiques majeurs antérieurs, "cicatrices", et qui seraient neurotoxiques. Une hyperréactivité émotionnelle et des anomalies du traitement des informations émotionnelles chez les patients bipolaires constitueraient les bios marqueurs cognitifs de la vulnérabilité pouvant être héréditaires (62).

De nombreuses études et méta-analyses confirment la persistance de déficits cognitifs, en particulier, l'attention soutenue, la mémoire verbale et les fonctions exécutives, en période

euthymique(62). Ils seraient en rapport avec des anomalies de l'activation du cortex préfrontal bien documentées dans les troubles bipolaires et témoins d'un certain degré de déconnexion fonctionnelle cortico-sous-corticolimbique. D'autres atteintes, ou leur profondeur, seraient au contraire liées au nombre d'épisodes antérieurs, en particulier maniaques, qui exerceraient un effet neurotoxique (62). Enfin, certains déficits (chez 50% à 60% des patients) sont corrélés aux symptômes résiduels dépressifs ou à des effets délétères des traitements, même si cet aspect reste très controversé. Il ne semble pas y avoir de sous-groupes clinique à risque ni d'indicateur clinique permettant de définir un sous-groupe particulièrement à risque (62).

#### **I.2.7.4. Biomarqueurs circadiens :**

De nombreuses données établissent l'existence d'anomalies des rythmes circadiens chez les bipolaires euthymiques ainsi que chez les sujets à risque.

Elles peuvent représenter potentiellement des marqueurs pertinents pour l'exploration des mécanismes physiopathologiques des TB. Les bios marqueurs circadiens les mieux répliqués sont les anomalies qualitatives et quantitatives du sommeil, les anomalies de la sécrétion de la mélatonine ou du cortisol et les irrégularités du cycle veille-sommeil. Certains peuvent être présents dans les stades précoces ou avant-coureurs des TB puisqu'on les retrouve chez des enfants sains nés de parents bipolaires. La contribution des anomalies circadiennes à l'étiopathogénie des TB est déterminée par des associations génétiques impliquant des gènes circadiens tels que CLOCK, TIMELESS, RORA, GSK3B(62).

#### **I.2.7.5. Anomalies immuno-inflammatoires et vulnérabilité aux troubles bipolaires :**

Ce domaine fournit des pistes très encourageantes pour avancer dans la compréhension des mécanismes étiopathogéniques impliqués dans les TB. Les données les mieux établies concernent la mise en évidence de taux élevés de marqueurs immunitaires et/ou inflammatoires comme les cytokines circulantes, en particulier l'interleukine 6 et la protéine C réactive, au cours des épisodes dépressifs et maniaques. Il pourrait s'agir d'infections contractées très tôt dans la vie, notamment au cours de la grossesse et pendant la période périnatale comme l'herpès ou la toxoplasmose. Il existe également de nombreux arguments indiquant la persistance de ces anomalies en dehors des épisodes majeurs. Enfin, certains mécanismes impliquant le stress

oxydatif ou certaines cytokines neurotoxiques permettent de rendre compte des déficits cognitifs associés aux TB. En raison de sa récurrence et de sa chronicité, le traitement aigu de la gestion des épisodes d'humeur est fondamental, mais il est également important d'avoir une approche pharmacologique et psychologique de la prévention d'autres épisodes (62).

### **I.2.8. Pronostic des troubles bipolaires et leur impact médico-social :**

Les TB ont été classés parmi les dix pathologies les plus invalidantes. Ils sont responsables de :

- Actes médico-légaux liés à la désinhibition psycho comportementale survenant au cours de certains épisodes bipolaires.
- Désinsertion, familiale, professionnelle et sociale.
- Taux important de suicide (11 à 19%) : 25 à 60 % des patients bipolaires feront au moins une tentative de suicide dans leur vie, parmi eux, 4 % à 19 % en décèderont.
- Accidents iatrogènes.
- Abus, dépendance à l'alcool et aux substances psychoactives illicites.
- Baisse significative de l'espérance de vie principalement due à des affections cardiovasculaires, par rapport à la population générale(63).

### **I.2.9. Traitement et prise en charge du trouble bipolaire :**

La réponse thérapeutique doit être adaptée à chaque personne en fonction du contexte clinique, biologique et social (64). Le choix du traitement pharmacologique dépend de la nature de l'épisode actuel, du type et de l'évolution du TB. Il fait appel à de multiples moyens : contacts réguliers avec les soignants, psychothérapie, réhabilitation psychosociale, accompagnement social, entraide mutuelle, etc. Les médicaments sont une partie du traitement qui peut aider la personne dans son parcours de rétablissement, en soulageant les symptômes qui la submergent (64). Les recommandations suivantes sont inspirées par le guide de pratique publié par l'American Psychiatric Association (65).

#### **I.2.9.1. Traitement thymorégulateur (ou régulateur de l'humeur) :**

Il traite l'épisode aigu (maniaque et/ou dépressif) et prévient les récurrences.

- ***Thymorégulateurs de 1<sup>ère</sup> intention*** : sels de lithium, valproate de sodium, et certains antipsychotiques atypiques (aripiprazole, olanzapine, quétiapine, rispéridone).



- **Thymorégulateurs 2ème intention** : associations lithium ou valproate de sodium + antipsychotiques atypiques. Formes sévères : électro convulsivothérapie à discuter (59)

#### **I.2.9.2. Traitement de la manie :**

- **1ère étape** : Les premiers choix sont les sels de lithium, le divalproex ou les antipsychotiques atypiques (tels l'olanzapine, risperidone, quetiapine, aripiprazole, ziprasidone). La carbamazépine est une alternative. Des benzodiazépines peuvent être utilisées en adjuvant pour une courte période de temps si le patient est agité. S'il prend un antidépresseur, il faut diminuer progressivement la dose et le cesser.
- **2ème étape** : Si le patient ne répond pas, on peut combiner les stabilisateurs de l'humeur (lithium, divalproex ou, éventuellement, carbamazépine) ou ajouter un antipsychotique ou substituer un antipsychotique pour un autre (65).

#### **I.2.9.3. Traitement de la dépression :**

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 (66).

Les recommandations actuelles selon l'APA pour le traitement des épisodes dépressifs lorsqu'ils surviennent au cours d'un trouble bipolaire sont: initiation du lithium ou d'un autre thymorégulateur, les antidépresseurs doivent être associés à un régulateur de l'humeur (66), pour une courte durée sans oublier le traitement antipsychotique.

Par ailleurs, outre la prescription de médicaments, on peut suggérer au patient bipolaire d'autres interventions somatiques :

- Cesser la consommation de stimulants tels le café, le thé, le chocolat ou les boissons gazeuses caféinées s'il est agité, souffre d'anxiété ou d'insomnie.

- Si le patient présente de l'insomnie, on peut l'encourager à : éviter les stimulants, baisser la température de la chambre, faire de l'exercice le jour, limiter les siestes, se réveiller tous les jours à la même heure, ne pas se mettre au lit avant d'être somnolent, s'il ne dort pas au bout de 15 minutes il doit sortir du lit et lire quelque chose d'ennuyeux jusqu'à ce qu'il s'endorme en répétant la procédure si nécessaire. L'insomnie étant un facteur aggravant des troubles de l'humeur, il est parfois indiqué d'utiliser des médicaments hypnotiques pendant les épisodes qui pourront généralement être diminués graduellement et cessés quand l'épisode est résorbé.
- Faire de l'exercice s'il est déprimé et se reposer s'il est en hypomanie.
- Cesser la consommation d'alcool car il est reconnu que même la consommation modérée d'alcool contribue à la persistance des états dépressifs. Il peut également contribuer à la désinhibition, l'anxiété et l'insomnie. Si le patient est incapable de cesser de consommer, recommander les alcooliques anonymes ou des ressources de désintoxication.
- S'abstenir de consommer des drogues qui induisent une instabilité de l'humeur et s'il est incapable de le faire par lui-même, suggérer des ressources de désintoxication (65).

## **Chapitre II : TROUBLES BIPOLAIRES ET CONDUITES ADDICTIVES**

## **II.1. Généralités et définitions :**

### **II.1.1. Historique :**

Notre goût pour les substances psychoactives provoquant une dépendance est attesté dans les premiers enregistrements humains. Historiquement, les prêtres ont utilisé des substances psychoactives (SPA) lors de cérémonies religieuses (par exemple, l'*Amanita muscaria*), les guérisseurs à des fins médicinales (opium, par exemple) ou la population, en général, d'une manière socialement approuvée (par exemple, l'alcool, la nicotine et la caféine).

Nos ancêtres ont raffiné des composés plus puissants et ont mis au point des voies d'administration plus rapides, ce qui a contribué à l'abus. L'utilisation pathologique a été décrite dès l'antiquité classique. La question de la perte de contrôle de la substance, qui annonçait le concept actuel de dépendance, était déjà débattue au 17<sup>ème</sup> siècle. L'étiologie complexe de la toxicomanie se reflète dans les balancements fréquents du pendule entre des attitudes opposées sur des questions toujours en discussion, telles que: la toxicomanie est-elle un péché ou une maladie? Le traitement doit-il être moral ou médical? La dépendance est-elle causée par la substance, la vulnérabilité et la psychologie de l'individu, ou des facteurs sociaux? Les substances doivent-elles être réglementées ou librement disponibles? (67).

### **II.1.2. Dépendance :**

La 10<sup>ème</sup> révision de la classification statistique internationale (CIM-10) des maladies et des problèmes de santé connexes (CIM-10) définit le syndrome de dépendance comme un ensemble de phénomènes comportementaux, cognitifs et physiologiques dans lesquels l'utilisation d'une substance psychoactive spécifique ou d'une catégorie de substances entraîne un désinvestissement progressif des autres activités (68)

La dépendance peut être physique, psychologique ou les deux. La dépendance physique devient de l'accoutumance (il faut plus de substances pour parvenir au même état) ou une dépendance de

tissus (le tissu cellulaire change de sorte que le corps a besoin de la substance pour son équilibre). La dépendance psychologique se produit quand l'individu sent qu'il a besoin de faire usage de la substance dans des situations particulières ou pour bien fonctionner. Il existe toute une gamme de degrés dans la dépendance, depuis un niveau léger jusqu'à un niveau compulsif: c'est ce stade qui est défini comme toxicomanie(69).

De nombreuses conceptualisations des dépendances se rapportent en quelque sorte au déséquilibre du système nerveux central, elles remontent à la fin des années 1700. Il est plus récemment utilisé en tant que concept reposant sur des fondements neurobiologiques. Les descriptions de la dépendance qui correspondent à des critères mesurables pourraient servir de phénotypes permettant d'expliquer au maximum les interactions gène-environnement dans ce domaine et serviraient au mieux les efforts de prévention et de contrôle(70).

Enfin, la dépendance est entendue comme un comportement psychopathologique présentant certaines caractéristiques biologiques, psychologiques et sociales au-delà de la seule dépendance physique (71).

### **II.1.3. Toxicomanie :**

Selon un toxicomane, tous les êtres humains sont également sujets à la dépendance. La victime malchanceuse n'a que le malheur d'être présentée à la drogue en raison d'une curiosité anormale, de rencontres fortuites avec des toxicomanes et des vendeurs de stupéfiants, ou d'une maladie prolongée. Ensuite, il est pris au piège de la dépendance physique à la drogue pour laquelle il est prétendument impuissant à s'aider. Il est obligé de continuer à consommer davantage de stupéfiants "juste pour rester normal", c'est-à-dire pour éviter les symptômes "insupportables" qui s'ensuivent lors de l'arrêt du médicament (72) .

### **II.1.4. Usage :**

L'usage de substances rentre dans une certaine catégorie selon la fréquence, l'intensité et le degré de dépendance (69). On distingue 4 catégories d'utilisateurs :

- Expérimentateurs : ont utilisé une substance « au moins une fois dans leur vie »,
- Occasionnels : utilisent une substance « au moins une fois dans l'année »,
- Réguliers : consomment tous les jours,

- Consommateurs à problème : ont des problèmes d'abus et de dépendance(64).

### **II.1.5. Addiction:**

L'un des intérêts de recourir au mot addiction plutôt qu'à toxicomanie est de prendre acte de la parenté entre dépendance aux drogues interdites, alcoolisme, tabagisme et abus de médicaments ect... (73). Malheureusement, l'«addiction» est un concept qui a fait l'objet de nombreux débats. La délimitation de ses éléments de définition peut être un pas en avant vers un consensus et une opérationnalisation de ce construit (73).

À l'origine, le terme «addiction» désignait simplement le fait de «céder» ou d'être «très dévoué» à une personne ou à une activité, ou d'adopter un comportement habituel, ce qui pouvait avoir des implications positives ou négatives (73).

Horvath, Misra, Epner et Cooper définissent l'addiction comme étant: «L'implication répétée dans une substance ou une activité, malgré les dommages considérables qu'elle cause maintenant, parce qu'elle était (et peut continuer d'être) agréable et / ou utile» (74).

Au cours des 400 dernières années, certaines déclarations faites au sujet de la dépendance ont commencé à être perçues comme impliquant des envies fortes et accablantes et, au cours des 200 dernières années, ce terme est devenu, de plus en plus, considéré comme une maladie. Les troubles addictifs regroupent: alcoolisme, toxicomanie, tabagisme et addictions comportementales (ex : jeu, internet). Les SPA à risque de dépendance (alcool, tabac, drogues, etc.), agissent sur le circuit de récompense du cerveau. Ce circuit est impliqué dans le plaisir lié à des comportements, notamment de nutrition et de reproduction de l'espèce. Les SPA sollicitent anormalement ce circuit naturel et entraînent la possibilité de son déséquilibre permanent. Plus on consomme un produit à des doses toxiques, plus on en subit les conséquences. À l'inverse, moins on consomme un produit, ou si on le consomme à des doses non toxiques, moins on en subit les conséquences (75). Cette addiction est associé à :

- un désir puissant de prendre la substance,
- une difficulté à contrôler la consommation,
- une poursuite de la consommation malgré les conséquences nocives,
- un désinvestissement progressif des autres activités et obligations, au profit de cette substance,

- et une tolérance accrue et parfois un syndrome de sevrage physique (75).

#### **II.1.5.1. Classification des addictions :**

Les types de dépendance vont des drogues quotidiennes comme l'alcool et la cocaïne aux comportements comme le jeu et le vol. Certains types de dépendance sont spécifiés dans le DSM-5, tandis que d'autres sont plus controversés et ont été identifiés par certains professionnels de la toxicomanie (76). Voir **annexe 1**.

#### **A. Addiction aux substances psychoactives :**

Les types de dépendance constatés avec la consommation de drogue sont définis dans le DSM-5, mais ce dernier utilise les termes abus de substance et dépendance à une substance. Ni l'un ni l'autre n'équivalent directement à une dépendance, mais plutôt à une utilisation nocive de substances. La dépendance est à la fois psychologique et comportementale. Les dépendances sont caractérisées par le besoin impérieux, la compulsion, l'incapacité d'arrêter de consommer le médicament et le dysfonctionnement du mode de vie dû à la consommation de drogue (76). Les substances les plus évoquées sont :

**1/ Alcool :** les troubles liés à l'alcool font partie des troubles mentaux les plus répandus dans le monde. Les troubles liés à la consommation sont très handicapants et associés à de nombreuses comorbidités physiques et psychiatriques (77). Seules certaines formes de consommation excessive d'alcool - celles qui, dans le rapport présent, sont désignées par l'alcoolisme - sont accessibles aux traitements médico-psychiatriques. Les autres formes de consommation excessive d'alcool posent également des problèmes plus ou moins graves, mais elles ne peuvent être gérées que sur le plan de la sociologie appliquée, y compris l'application de la loi (78).

**2/ Tabac:** le tabagisme et d'autres formes de tabagisme imposent un fardeau de plus en plus important en matière de santé publique à l'échelle mondiale. On estime que le tabagisme tue chaque année environ 5 millions de personnes dans le monde, soit 1 décès sur 5 chez les hommes et 1 décès sur 20 chez les femmes âgées de plus de 30 ans. Selon le schéma actuel du tabagisme, le nombre de décès dus au tabac atteindra 10 millions d'ici 2030 (79).

**3/ Héroïne:** c'est une drogue très addictive obtenue à partir d'un dérivé de morphine, principal alcaloïde issu du pavot somnifère(80). La dépendance physique arrive rapidement après plusieurs jours de consommation régulière.

Cette dépendance est caractérisée par l'apparition d'un syndrome de sevrage ou de manque à l'arrêt de la prise de produit, typique de tous les opiacés, mais qui est particulièrement intense et insupportable pour l'héroïne, il comporte un cortège de symptômes physiques et psychiques florissant. On retrouve principalement des douleurs musculaires (lombaires), des douleurs dans les os et articulations, des nausées, des vomissements, des crampes d'estomac, des larmoiements, bâillements, des frissons et sueurs, des sensations de « chaud-froid », de chair de poule, de tremblements et une mydriase (pupilles dilatées), une insomnie coriace, une augmentation de l'anxiété, une sensation de fatigue alternant parfois avec des états d'agitation et de fortes envies de consommation, parfois obsédantes. C'est pour cette raison qu'il est extrêmement difficile d'arrêter l'héroïne seul et brutalement(81)

**4/ Médicaments:** sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques comme les somnifères et les tranquillisants.

**5/ Cocaïne :** extraite de la feuille de coca. Elle se présente sous la forme d'une poudre blanche cristallisée, incolore et à la saveur amère. Elle a plusieurs modalités d'usage : le plus répandu : prise (ou « sniffée » en langage courant). Freebase : cocaïne base (libérée de son sel) en mélangeant le chlorhydrate (cocaïne poudre) avec de l'ammoniac (ou du bicarbonate de soude), ensuite chauffée jusqu'à apparition des cristaux (il s'agit de cocaïne sous forme de sa base libre) et ensuite lavée à l'eau), fumée en joint, « chasser le dragon » : méthode consistant à inhaler les vapeurs de cocaïne, chauffée la plupart du temps sur une feuille d'aluminium par le dessous. Ingérée en parachute une dose de cocaïne est enveloppée dans du papier à cigarettes et gobée. L'effet se fait sentir au bout de 20 minutes et dure environ 1 heure. ; - injectée en intraveineuse. L'effet se fait sentir au bout de 10 secondes et dure environ 20 minutes. Elle se rencontre généralement chez les polytoxiques. Usages anecdotiques, appliquée sur certaines muqueuses (rectale, vaginale ou gland)(82).

**6/ Cannabis (marijuana) :** il existe une littérature abondante sur les effets du cannabis, plusieurs des études antérieures ayant été menées sur des sujets. Les recherches sur le cannabis



ont été stimulées au cours des dernières années par la reconnaissance de l'existence de récepteurs spécifiques dans le cerveau reconnaissant les cannabinoïdes et par la découverte d'une série de cannabinoïdes endogènes jouant le rôle de ligands de ces récepteurs(83).

**7/ Amphétamines :** connue sous le nom de méthamphétamine

**8/ Hallucinogènes :** sont des substances naturelles (mescaline, psilocybine) ou fabriquées en laboratoire (LSD ou buvard, se présente sous la forme d'un buvard, de « micropointes » (petites pilules de couleur qui ont été imprégnées d'acide.

**\*LSD (diéthyllysergamide) :** est un hallucinogène puissant, Il entraîne des modifications sensorielles intenses. Les effets sont variables en fonction de l'individu et notamment de sa corpulence; Il provoque : des hallucinations, des fous rires incontrôlables, des délires, Tachycardie, Nausées, sueurs, maux de tête. La redescente peut-être très désagréable.

**\*Mescaline :** Substance extraite d'un cactus mexicain, le peyote. Elle peut être fumée ou ingérée. Ses effets hallucinogènes sont proches de ceux du LSD. L'usage répété entraîne des modifications de l'humeur (82).

**\* Inhalant:** classés dans la catégorie des inhalants sont des vapeurs chimiques que l'on respire pour produire un effet intoxicant. Les inhalants se présentent souvent sous la forme de produits ménagers du quotidien, comme des aérosols ou des solvants. Ces produits incluent par exemple la peinture, la colle, l'essence et les liquides de nettoyage. De nombreuses personnes ne considèrent même pas les inhalants comme des drogues du fait de l'usage inoffensif auquel ils sont destinés, mais le fait d'inhaler délibérément les vapeurs de ces produits pour produire une sensation d'euphorie peut être incroyablement dangereux (84).

**\*Phencyclidines:** connue sous le nom de PCP ou Angeldust, hallucinogène très puissant à propriétés dissociatives qui agit sur les sensations et la perception de la réalité. C'est un produit qui a été créé au départ pour servir d'anesthésique Il produit également un effet dissociatif c'est-à-dire qu'il peut induire un état de dissociation entre le corps et l'esprit dans lequel, à faibles doses, la personne est consciente de ce qui se passe, mais ne se sent pas impliquée physiquement ou émotionnellement (85).

## **B. Addiction sans substances :**

Il a été suggéré que l'un des types de dépendance est la dépendance comportementale. Ci-dessous une liste de comportements pouvant créer une dépendance :

**1/ Nourriture :** le terme d'addiction à la nourriture est apparu pour la première fois en 1956. T. Randolph, allergologue s'intéressant aux allergies alimentaires, l'a définie comme «une adaptation spécifique d'un ou plusieurs types d'aliments consommés régulièrement, auxquels une personne est très sensible, produisant un ensemble de symptômes décrits comme similaires aux processus addictifs».1 certains types d'aliments tels que les farineux (maïs, blé, pommes de terre), la caféine et les œufs semblaient favoriser ces comportements(86).

**2/ Sexe :** définir un début pour cette maladie n'est pas simple. Il n'existe pas de limite bien claire et définie.

**3/ Pornographie:** (atteindre, regarder) : à l'heure actuelle, il n'est pas encore définitivement clair si l'« addiction au cybersex » est une « addiction » dans le sens médical et psychiatrique du terme mais dans les dernières décennies, la recherche neuroscientifique a fait changer la compréhension de cette pathologie et il a été démontré que certaines activités sur internet pouvaient être considérées comme addictives car elles fonctionnent sur un principe de « stimuli supranormaux » dans la mesure où elles sont capables de procurer une stimulation sans fin(87).

**4/ Utiliser des ordinateurs / internet :** la dépendance à internet peut concerner le média en lui-même comme les activités que l'on peut y pratiquer (jeux en ligne, jeux d'argent, pornographie, achats etc). Internet est le support de l'addiction. C'est l'une des raisons qui fait que la population dépendante à internet ne constitue pas un groupe homogène(81).

**5/ Jouer aux jeux-vidéo :** la dépendance au jeu vidéo désigne un éventuel trouble psychologique caractérisant un besoin irrésistible et obsessionnel de jouer à un jeu vidéo. Elle est reconnue

depuis le 18 juin 2018 comme maladie par l'OMS. Elle est officialisée comme "trouble du jeu vidéo". L'addiction aux jeux vidéo entraînerait chez le joueur des comportements au caractère répétitif et compulsif (88).

**6/Travail** : pour parler d'addiction au travail, il faut que les symptômes perdurent pendant plusieurs semaines. Bien souvent, dans les premiers temps, l'accro au travail ne se rend pas compte de son trouble. C'est souvent l'entourage qui lui fait remarquer son implication excessive(89).

**7/ Faire de l'exercice** : les addictions positives (jeu, sexe, sport...) sont souvent valorisées quand elles sont comparées aux dépendances aux produits. Pourtant, on rencontre une véritable souffrance physique et psychique parmi les addicts positifs. Chez les sportifs de haut niveau ou les amateurs pratiquant de manière intensive les exercices physiques, la pratique excessive met en évidence une conduite addictive (bigorexie) liée à des troubles dysmorphophobiques, qui se manifestent dans le cadre d'un véritable syndrome d'adonis, avec tout le cortège des signes de manque et de souffrance psychique(90).

**8/ Douleur** (recherchée) : la douleur chronique affecte les voies de dépendance du cerveau, suggérant de nouvelles approches de la gestion de la douleur. Ils disent que nous pouvons être dépendants d'états émotionnels négatifs ou de schémas de pensée, comme le malheur ou le désavantage de toute situation(91).

**9/ Automutilation** : l'homme entretient des relations ambivalentes avec son corps. Objet de soins, vénéré, le corps peut aussi être le lieu de pratiques mutilantes. Les hommes ont de tous temps marqué leur corps dans des pratiques rituelles. Depuis un peu moins d'un siècle, la psychiatrie s'est penchée sur ce corps malmené pour tenter d'en déceler l'énigme (92). Actuellement, l'automutilation se définit par l'acte de s'infliger une blessure corporelle sans intention suicidaire (93).

**10/ Shopping** : les achats compulsifs sont définis par la répétition d'achats excessifs entraînant un retentissement personnel, familial et social majeur. Les sujets sont généralement de sexe féminin dont les troubles commencent à l'adolescence ou au début de l'âge adulte. Les achats

compulsifs sont fréquemment associés à d'autres troubles psychiatriques, en particulier les troubles anxieux, la dépression, les addictions, les troubles obsessionnel-compulsifs et certains troubles de la personnalité (94).

#### **II.1.5.2. Facteurs de vulnérabilité aux addictions:**

##### **A. Facteurs neurobiologiques et génétiques :**

Entrent en jeu dans la vulnérabilité aux addictions : perturbations des systèmes dopaminergique, opioïde, noradrénergique, sérotoninergique et corticotrope (95).

##### **B. Personnalité, troubles du comportement, maladies psychiatriques :**

Les différents traits de personnalité pouvant être des facteurs de risque individuels d'installation d'une conduite addictive sont la faible estime de soi, la timidité, l'autodépréciation, les réactions émotionnelles excessives, les difficultés face à certains événements, à avoir des relations stables et à résoudre les problèmes interpersonnels (95). Toutes les études soulignent la fréquence des troubles mentaux retrouvés chez les enfants et les adolescents présentant un abus ou une dépendance aux substances psychoactives (96).

##### **C. Facteurs de risque liés au produit :**

Le type de substance psychoactive consommée a une influence sur l'évolution vers la dépendance. Les produits les plus addictogènes sont le tabac, l'héroïne et la cocaïne. L'alcool et le cannabis sont moins addictogènes(97).

##### **D. Facteurs familiaux :**

L'attitude des parents à l'égard des substances est importante, de même que la qualité des relations entre les parents et le préadolescent. Enfin, des études montrent que les parents en difficulté sont un autre facteur de vulnérabilité pour le jeune(98).

##### **E. Impulsivité :**

Elle n'est pas en soi une maladie, est associée à des troubles psychiatriques variés comme la personnalité borderline, la personnalité antisociale, le déficit de l'attention avec ou sans

hyperactivité, le trouble bipolaire, la manie...etc. Enfin, de très nombreux travaux ont montré que l'impulsivité est un facteur augmentant la probabilité de survenue d'une addiction (99).

### **F. Environnement :**

La rupture ou l'exclusion scolaire, l'absence d'encadrement pédagogique laissent l'enfant ou l'adolescent livré à lui-même, croisant son chemin avec des pairs déviants et en proie à la recherche de nouveautés. La marginalisation, fracture avec le système social naturel du sujet, est fortement corrélée à l'usage de substances psychoactives.

### **II.1.5.3. Mécanisme de l'addiction :**

Le terme addiction peut être étendu à certains comportements qui ont le même caractère répétitif, compulsif, avec perte de contrôle (ex., le jeu). Des mécanismes neurobiologiques communs sont impliqués dans les deux cas (100).

Pour expliquer cette installation progressive de l'addiction, quatre grands mécanismes complémentaires, qui se déroulent et se renforcent parallèlement, sont nécessaires :

- La sensibilisation motivationnelle : la saillance de la récompense (augmentation progressive de la motivation à consommer).
- L'apprentissage des habitudes (comportement automatique non lié à un effet recherché mais qui passe en mode stimulus-réponse).
- L'allostase hédonique (état émotionnel négatif lié à un déficit d'activation du circuit de la récompense : augmentation du seuil).
- Le déficit de contrôle inhibiteur (atteinte des fonctions exécutives) : perte du contrôle intellectuel « raisonnable », effectué par le cortex préfrontal.
- Le dérèglement interoceptif (l'insula) : mise en route « automatique » du besoin de consommer : le craving,
- L'hyperactivité de l'évitement et de l'angoisse (l'habenula).

Ces quatre grands mécanismes complémentaires s'appuient sur quatre circuits qui interagissent et sont interconnectés :

- Le circuit de la récompense (reward).
- Le circuit de la motivation : la saillance.
- Les voies de la mémoire et des habitudes conditionnelles.

- Le contrôle cortical, intellectuel et exécutif.

A ces mécanismes viennent se surajouter, au fur et à mesure que la dépendance s'installe :

- La perception des états internes analysant le besoin et qui va jusqu'au craving (insula) ;
- Le circuit de l'évitement et de l'angoisse (l'habenula et l'amygdala)(101).

#### **II.1.5.4. Diagnostic de l'addiction :**

Les classifications distinguent la dépendance (l'addiction), et l'usage nocif ou l'abus de substance (102).

La probabilité de développer une addiction est très variable selon les substances consommées. Les plus addictives, autant sur le plan physique (qui implique un phénomène de sevrage) que sur le plan psychologique (qui implique une envie irrésistible) sont de loin le tabac et l'héroïne (103).

Pour un diagnostic de certitude, selon la CIM-10, au moins trois des manifestations suivantes doivent habituellement avoir été présentes en même temps au cours de la dernière année :

1. Désir puissant ou compulsif d'utiliser une substance psychoactive.
2. Difficultés à contrôler l'usage de la substance (début ou interruption de la consommation ou niveaux d'usage).
3. Syndrome de sevrage physiologique quand le sujet diminue ou arrête la consommation d'une substance psychoactive,
4. Mise en évidence d'une tolérance aux effets de la substance psychoactive : le sujet a besoin d'une quantité plus importante de la substance pour obtenir l'effet désiré,
5. Abandon progressif d'autres sources de plaisir et d'intérêts au profit de l'usage de la substance psychoactive, et augmentation du temps passé à se procurer la substance, la consommer, ou récupérer de ses effets,
6. Poursuite de la consommation de la substance malgré la survenue de conséquences manifestement nocives. On doit s'efforcer de préciser si le sujet était au courant, ou s'il aurait du être au courant, de la nature et de la gravité des conséquences nocives(104).

### **II.1.5.5. Prévention et Prise en charge addictologique :**

La plupart des addictions sont des problématiques au long cours, avec des rechutes. Certaines doivent être prises en charge par des équipes pluridisciplinaires dans des lieux spécialisés(102).

La prise en charge d'un patient souffrant d'un mésusage d'une SPA se décline à plusieurs niveaux (105).

#### **A. Hospitalisation :**

Indiquée dans certains sevrages (alcool, drogues, médicaments) ou lors d'épisodes dépressifs. Les centres de postcures, les séjours en centres résidentiels ou en famille d'accueil peuvent permettre un changement de contexte, une rupture avec un mode de vie trop lié à la conduite addictive(102).

#### **B. Traitement médicamenteux :**

Pour qu'un agent pharmacologique participe au traitement d'une addiction, il doit avoir la propriété d'apaiser significativement l'envie puissante et envahissante de consommer, élément clé de la clinique de l'addiction, afin de délivrer le patient de la contrainte de consommation que représente la dépendance. L'effet de réduction de l'envie/besoin de consommer sera une constatation, a posteriori, qui nécessite du temps. L'objectif n'est pas, en tant que tel, de compenser ou masquer les signes de sevrage. Ce point est important car les doses suffisantes pour réduire les signes de sevrage sont inefficaces pour réduire l'envie/besoin de la substance. Cette approche pharmacologique libère le sujet du lien pathologique qui l'unit à la substance. Elle lui permet d'investir les autres champs de la prise en charge. Pour la dépendance à l'héroïne, les traitements disponibles sont la méthadone et la buprénorphine ; pour la dépendance au tabac, il s'agit essentiellement des patchs de nicotine et de la varénicline. Le traitement de la dépendance à l'alcool consiste en une prescription de naltrexone ou d'acamprosate. Alors que la naltrexone atténue l'effet renforçant de l'alcool, l'acamprosate agit en diminuant le craving. Il n'existe pas aujourd'hui de médicaments pour les autres addictions. Cependant, des essais thérapeutiques sont en cours. Il est indispensable, chez un patient traité pour une dépendance

principale, de suivre attentivement l'évolution des autres consommations de substances, qui doivent diminuer au cours de la prise en charge et de l'installation d'une abstinence stable(106).

### **C. Psychothérapie :**

Elle apporte un soutien et une information adaptée sur les mécanismes de la dépendance, les effets du sevrage, les risques et modalités des rechutes(102).

La « littérature » nord-américaine classe généralement ces psychothérapies selon trois catégories: les thérapies psycho dynamiques (encore les plus fréquentes en France), les thérapies cognitivo-comportementales (qui commencent à se développer et qui sont présentes dans le programme Kairos) et les thérapies systémiques (107).

Les entretiens motivationnels sont ainsi adaptés aux stades de pré contemplation (les sujets se sentent bien avec leur consommation et n'ont pas d'intention de la modifier), de contemplation (les patients reconnaissent avoir un ou des problèmes avec leur consommation, mais n'envisagent pas de changer), et de préparation (les patients ont décidé d'arrêter et se donnent les moyens d'y arriver)(108).

## **II.2. Trouble bipolaire et comorbidités addictives:**

La consommation de toxiques est, particulièrement, importante chez les sujets souffrant de troubles bipolaires. De même, les diagnostics d'abus et de dépendance à l'alcool sont plus élevés chez les sujets souffrant de troubles bipolaires qu'en population générale,

Les complications liées à la toxicomanie dans le trouble bipolaire comprennent des taux plus élevés de manie cyclique mixte et rapide, une période de récupération prolongée, une prévalence plus élevée de troubles médicaux comprenant une maladie du foie, davantage de tentatives de suicide et des suicides. Une mauvaise adaptation des prémorbides pendant l'enfance peut prédisposer les patients bipolaires à développer une comorbidité liée à la toxicomanie et un risque accru de cycle rapide et de tentatives de suicide(109).

## **II.3. Impact sur l'observance thérapeutique :**

Déjà évoquée par Hippocrate dans ses écrits, la question de l'observance au traitement connaît depuis les années 1970 un net regain d'intérêt. Depuis cette époque, elle a donné lieu à de



multiplés conférences internationales et ouvrages de synthèse, consacrés initialement aux pathologies somatiques et secondairement aux troubles psychiatriques (110).

Dans ce contexte de problèmes de santé mentale, l'établissement d'une relation de confiance est une condition essentielle à la réhabilitation et au traitement à long terme (Meurice, 2005). En ce sens, elle est à la source même de l'observance du traitement (111).

### **II.3.1. Définition :**

En 1974, Sackett et Haynes, que citent ChesneyC32 et Kampan'Î, ont proposés une première définition de l'observance comme étant : «le degré de coïncidence entre le comportement d'une personne et les conseils donnés par le médecin. » (112).

De manière qualitative, il s'agit de la mesure de l'adéquation existant entre le comportement du patient et les recommandations de son médecin : Ceci inclut, la prise du traitement comme il est prescrit, le suivi des règles hygiéno-diététiques, la ponctualité aux rendez-vous, et la réalisation des examens complémentaires prévus " (112).

De façon quantitative, on peut parler « d'omission partielle ou totale de la prescription qu'il s'agisse des posologies, des horaires des prises, ou des précautions liées au traitement » (112).

L'observance thérapeutique est un facteur clé de la réponse à traitement. Or, l'inobservance thérapeutique est fréquente, notamment lors de la prise d'un traitement chronique. Selon Benoit et al , l'observance thérapeutique correspond au fait de se conformer à ce qui est prescrit tout en définissant une participation active, ce qui est différent de la compliance, rigueur avec laquelle le patient est amené à suivre la prescription, et de l'adhérence qui correspond au fait d'adhérer, ce qui est empreint d'une certaine passivité (113).

### **II.3.2. Enjeux de l'observance thérapeutique :**

#### **II.3.2.1. Facteurs liés au patient :**

L'observance est positivement corrélée à l'âge. Elle est plus élevée chez les sujets mariés ou vivant en concubinage que chez les célibataires .En revanche, elle ne semble associée ni au sexe, ni au niveau socioéducatif (110).

Parmi les obstacles, on note les symptômes thymiques, qui peuvent entraver la compréhension, le rappel et l'organisation nécessaires à la poursuite du traitement, les croyances, les attitudes et les peurs. Ainsi, l'inhibition et la fatigue empêchent la prise des médicaments en phase dépressive et

en phase maniaque le traitement ne paraît pas nécessaire. C'est dans ces cas que la famille peut intervenir et encourager le patient à maintenir le traitement (114). Un autre obstacle propre au patient : les distorsions cognitives (114).

- La sur généralisation « J'ai déjà essayé ce traitement et c'a n'a rien donné »,
- La personnalisation ou appropriation des expériences des autres « Ma mère l'a déjà pris et c'a ne lui a fait aucun bien »,
- Les auto-injonctions automatiques « Je ne dois pas prendre de traitement. Je ne peux pas être en rechute » (114).

### **II.3.2.2. Facteurs liés au traitement :**

L'observance est inversement corrélée au nombre de médicaments prescrits. Au-delà de trois médicaments différents, l'observance diminue d'une façon importante. L'observance est liée au nombre de prises quotidiennes de traitement; C'est avec une, voire deux prises quotidiennes, que l'on obtient en règle générale la meilleure observance. Les formes à prise unique hebdomadaire sont de plus en plus nombreuses, car elles permettraient notamment d'améliorer l'observance par rapport aux formes en prise quotidienne (110). La durée du traitement est un facteur déterminant de l'observance. La plupart des traitements médicamenteux psychotropes doivent être poursuivis au long cours. Le risque de mal-observance augmente avec la durée du traitement et l'ancienneté de la rémission (110).

L'existence d'effets indésirables liés aux traitements diminue l'observance, ce d'autant plus que ces effets indésirables sont plus invalidants. On citera par exemple les troubles de la vigilance, les tremblements, les effets digestifs ou les effets sexuels (110).

### **II.3.2.3. Facteurs liés au praticien :**

La psychiatrie est par ailleurs une discipline, qui malgré le bénéfice d'une multidisciplinarité disponible, cultive encore de manière trop conséquente une culture sanitaire et médicale descendante. De plus elle est une spécialité habilitée à pratiquer des soins sous contrainte et est confrontée à des usagers pouvant présenter une absence du sentiment d'être malade ou qui par leur handicap psychique et leurs traitements psychotropes peuvent rester passifs face aux soins proposés. Ces spécificités influencent la représentation soignante en ce qui concerne les

compétences des usagers à devenir acteur de leur soin et libre des choix thérapeutiques qui les concernent (115). Il y a aussi paradoxalement des difficultés pour la culture psychiatrique à questionner plus facilement ses acquis sur le « libre arbitre » et à faire évoluer ses pratiques vers un patient « partenaire » ou « expert » de ses soins (115).

Enfin, la définition de la non-observance est partagée par la majorité des auteurs. Certains préfèrent le terme « d'adhésion » qui renvoie à un investissement plus actif de la part du patient (112). Le cadre de l'observance thérapeutique dépasse largement la simple prise du traitement. Le concept s'étend au respect des règles hygiéno-diététiques, au suivi des rendez-vous de consultation, et à la réalisation des examens complémentaires prescrits.

L'évaluation du taux de non-observance dans la population générale est très difficile à réaliser. Ses conséquences sont cependant majeures, tant sur le plan individuel que collectif (112).

# **PARTIE PRATIQUE**

## Chapitre III : **MATERIELS ET METHODES**

### **III.1. Type d'étude:**

Il s'agit d'une étude transversale descriptive qui s'est déroulée sur une période de 5 mois allant du 1 Novembre 2018 au 10 Avril 2019.

### **III.2. Population :**

Cette enquête a été réalisée sur 80 patients atteints de troubles bipolaires suivis au niveau du service de psychiatrie du CHU Tlemcen Algérie.

### **Objectifs :**

#### **a) Principal :**

- Déterminer la prévalence des conduites addictives chez les patients présentant un trouble bipolaire suivis au niveau du CHU Tlemcen Algérie.

#### **b) Secondaire :**

- Décrire l'impact des conduites addictives sur l'observance thérapeutique chez ces patients.

### **III.3. Critère d'inclusion:**

Nous avons inclus dans notre étude :

- Tous les patients suivis au niveau du service de psychiatrie du CHU Tlemcen, présentant un trouble bipolaire et bien stabilisés.
- Les patients ayant un âge > 18.

### **III.4. Critères de non-inclusion:**

Les patients présentant les caractéristiques suivantes n'ont pas été inclus dans notre étude :

- Patients présentant d'autres comorbidités psychiatriques.
- Patients présentant d'autres comorbidités neurologiques empêchant la réponse au questionnaire.

- Les patients pour lesquels le questionnaire comporte un manque de données.

### **III.5. Recueil des données :**

Le recueil des données s'est fait via un questionnaire (**annexe I**), établi par les enquêteurs sur la base de recherches bibliographiques et d'une enquête pilote au niveau du service de psychiatrie du CHU Tlemcen. Il a été divisé en trois parties permettant de rassembler:

- ***Des informations sociodémographiques***: âge, sexe, niveau d'étude, profession, habitat, état civil, ...
- ***Des données sur le trouble bipolaire*** : type du trouble, son ancienneté, le traitement mis en œuvre, ses antécédents pathologiques et familiaux....
- ***Les conduites addictives*** : type de la conduite addictive, type de SPA, rythme, circonstance et fréquence de consommation ainsi que son niveau de dépendance...

Ces informations ont été rassemblées à partir des dossiers médicaux, du médecin traitant et des patients eux-mêmes ainsi que l'accompagnateur.

### **III.6. Ethique :**

Le questionnaire dédié aux patients, bien qu'il comporte toutes les informations personnelles nécessaires à l'enquête, respectait le principe de l'anonymat. Une information précise sur l'étude au patient et à son tuteur légale avec un consentement verbal éclairé.

### **III.7. Analyse statistique:**

Les données ont été saisies et analysées par le logiciel SPSS (Statistical Package for Social Sciences) version 17.

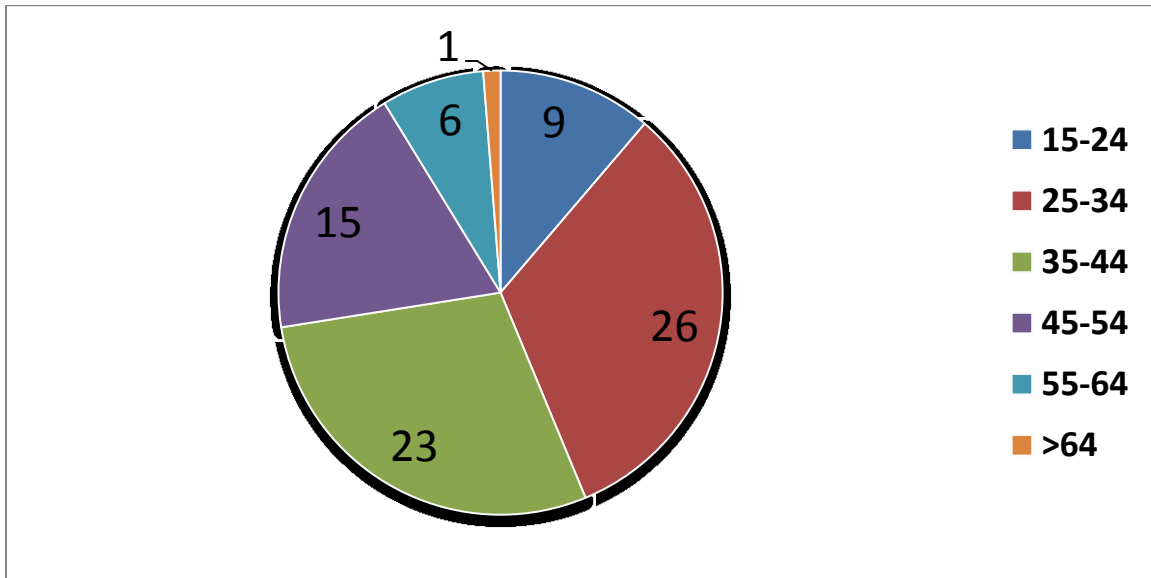
Le test de Khi 2 a été utilisé pour la comparaison entre les différentes observations (la différence est considérée comme significative à  $p < 0.05$  avec un risque  $\alpha = 5\%$ .)

La représentation graphique est faite au moyen des logiciels 'OFFICE EXCEL 2007'.

## Chapitre IV : **RÉSULTATS**



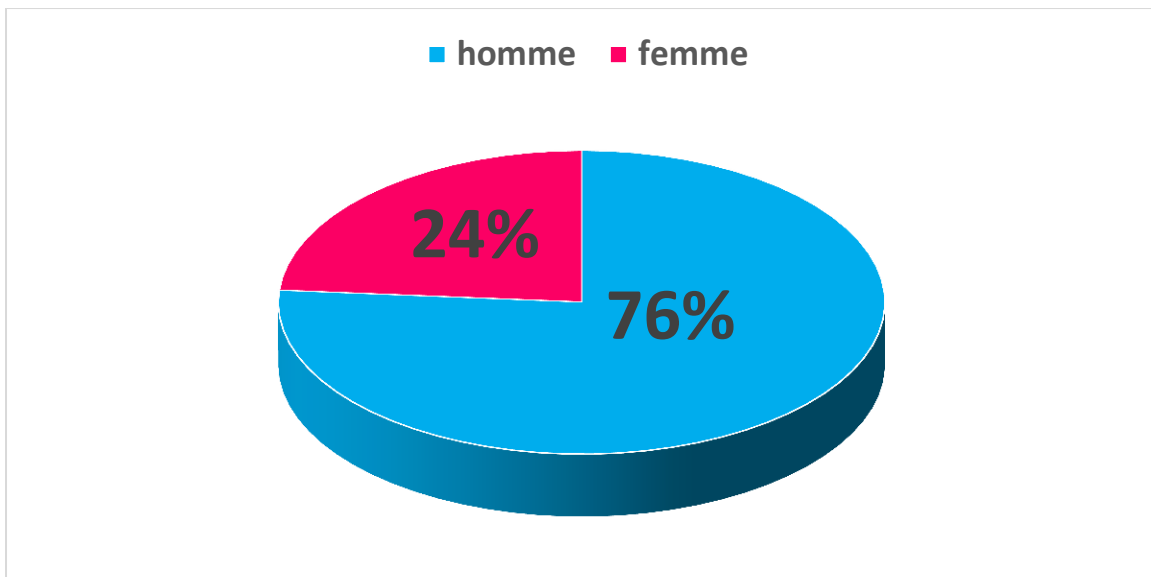
#### IV.1. Répartition de la population générale selon l'âge :



**Figure 2:** Répartition des patients présentant un TB en fonction de l'âge.

La moyenne d'âge était de  $35.25 \pm 11.9$ . Plus de 60% des patients avaient entre 25 et 44 ans.

#### IV.2. Répartition de la population générale selon le genre :



**Figure 3:** Répartition des patients présentant un trouble bipolaire en fonction du genre.

La figure montre que 76% des patients sont des hommes avec un sex-ratio H/F de 3,21.

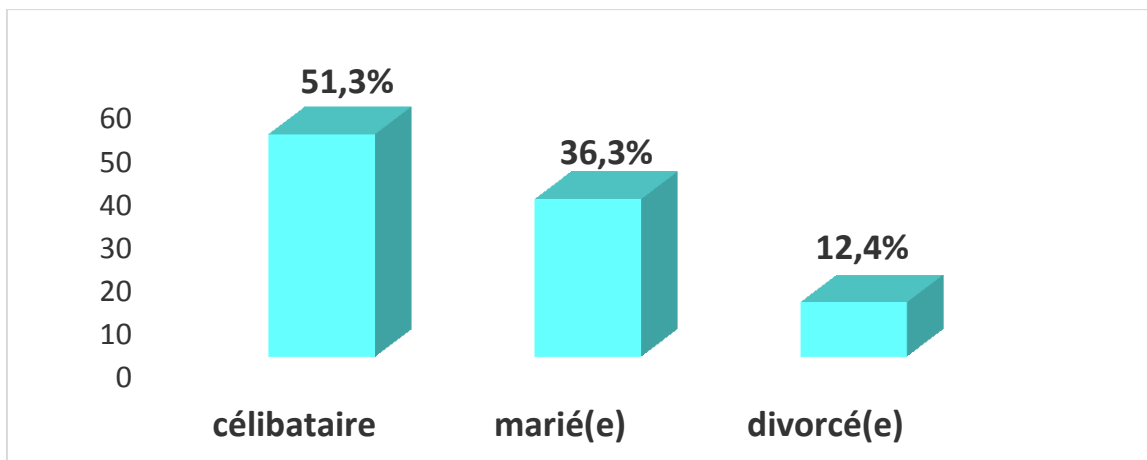
### IV.3. Répartition de la population générale selon le lieu d'habitat :

Tableau I : Répartition des patients présentant un TB selon le lieu habitat.

Région	Pourcentage (%)
Tlemcen	45,3
Remchi	10,1
Maghnia	8,8
Habitat non mentionné	7,8
Hennaya	6,3
autre wilaya	5,2
Sidiabdeli	3,9
Flawssen	3,8
Bensekrane	2,6
Nedroma	2,6
Sabra	2,5
Sebdou	2,5

(55%) des patients bipolaires habitent au environ de Tlemcen

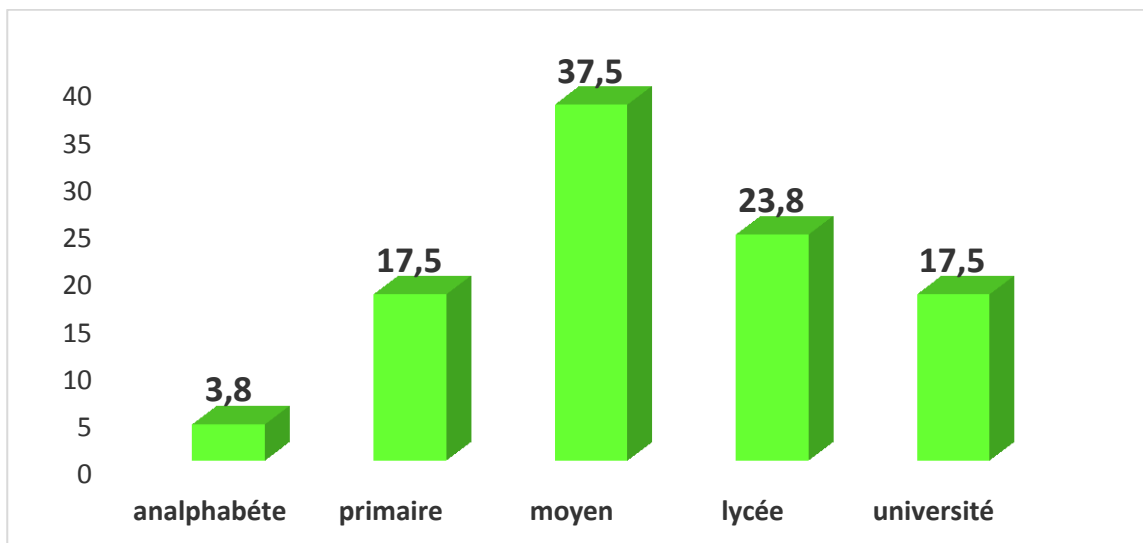
### IV.4. Répartition de la population générale selon l'état civil :



**Figure 4:** Répartition des patients présentant un TB en fonction de l'état civil.

Les célibataires prédominent (50%) ensuite les mariés(es) avec 36%.

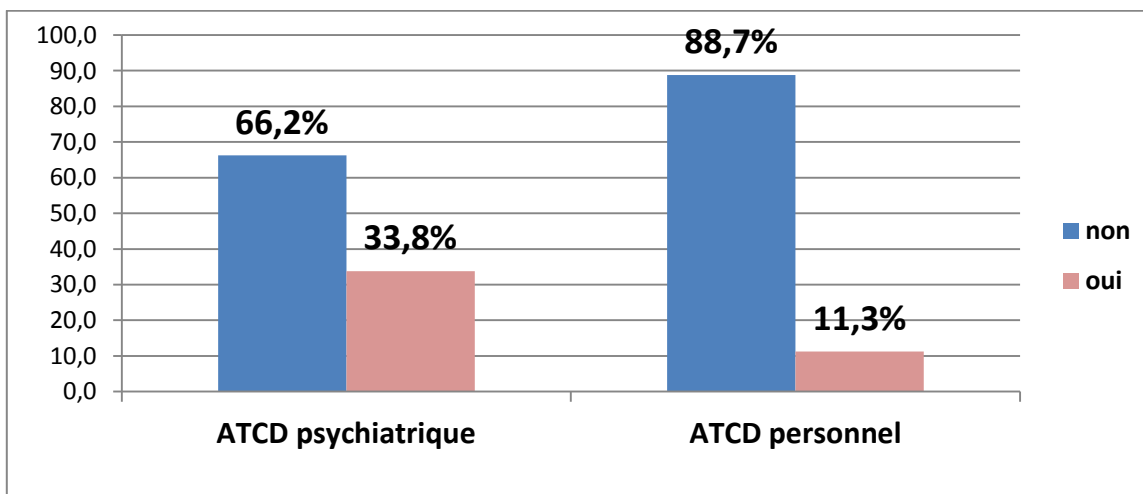
#### IV.5. Répartition de la population générale selon le niveau d'éducation :



**Figure 5:** Répartition des patients présentant un TB en fonction du niveau d'éducation

37,5% patients ont un niveau moyen, le niveau primaire, secondaire et universitaire ont presque le même pourcentage (environ 18%).

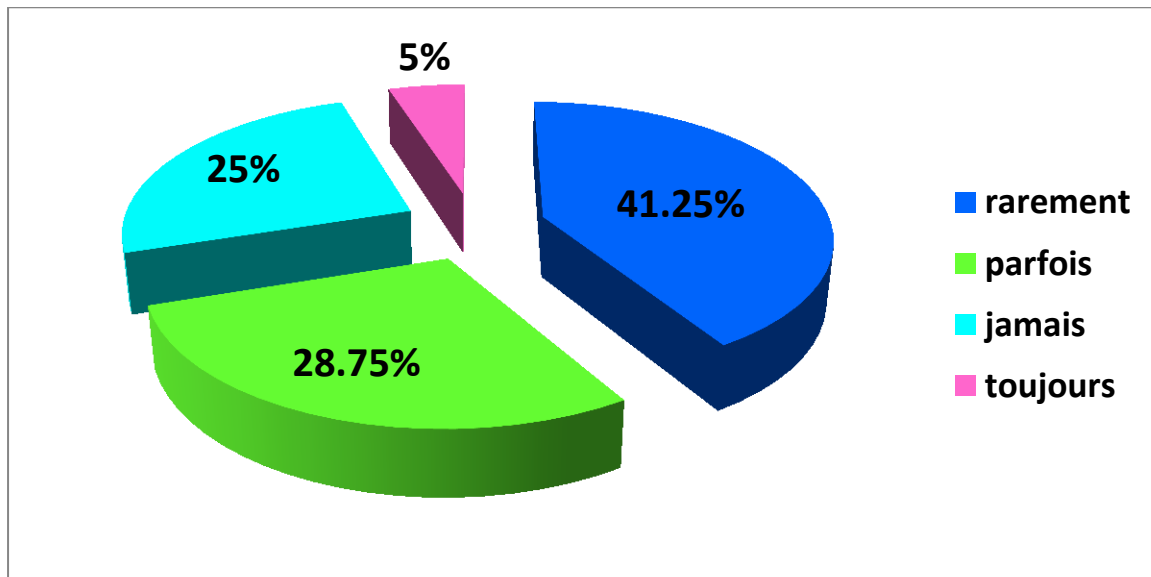
#### IV.6. Répartition de la population générale selon les antécédents personnels et psychiatriques :



**Figure 6 :** Répartition des patients avec un TB selon les antécédents personnels et psychiatriques.

34% des patients ont des ATCD psychiatriques familiaux et 11% chirurgicaux et médicaux (pathologie associée).

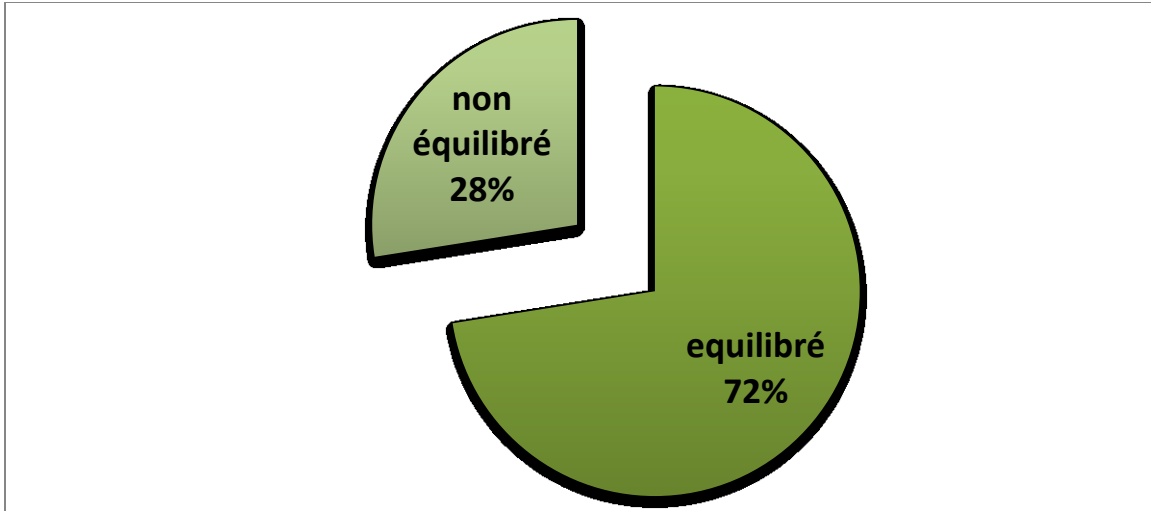
#### **IV.7. Répartition de la population générale selon l'activité sportive :**



**Figure 7:** Distribution des patients présentant un TB selon l'activité sportive.

L'activité sportive est presque nulle chez plus 65% des patients.

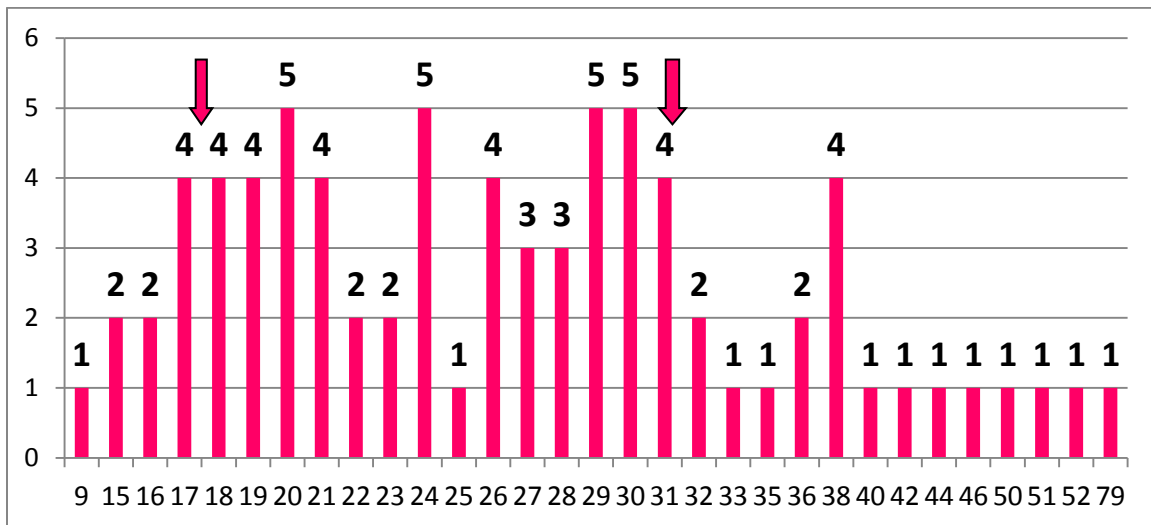
#### **IV.8. Répartition de la population générale selon le type d'alimentation :**



**Figure 8:** Répartition des patients présentant un TB selon l'alimentation.

72% des patients ont une alimentation équilibrée.

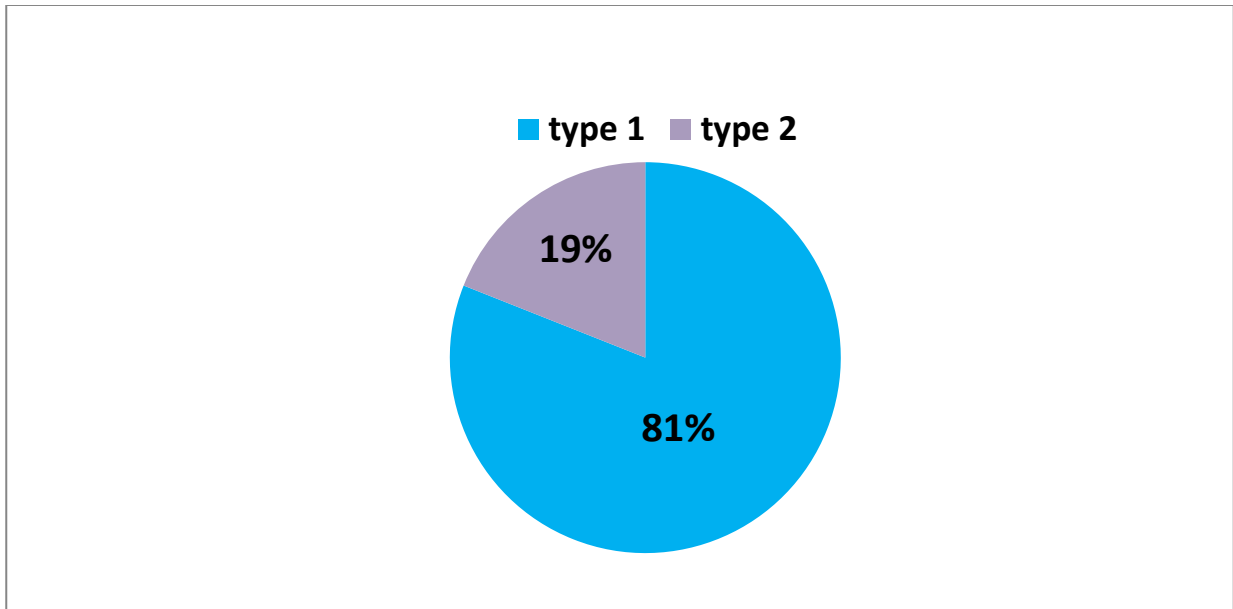
#### IV.9. Répartition des patients selon l'âge du début du trouble :



**Figure 9:** Répartition des patients présentant un TB selon l'âge du début du trouble bipolaire.

Dans notre population d'étude le trouble bipolaire a débuté entre l'âge de 17 et 31 ans.

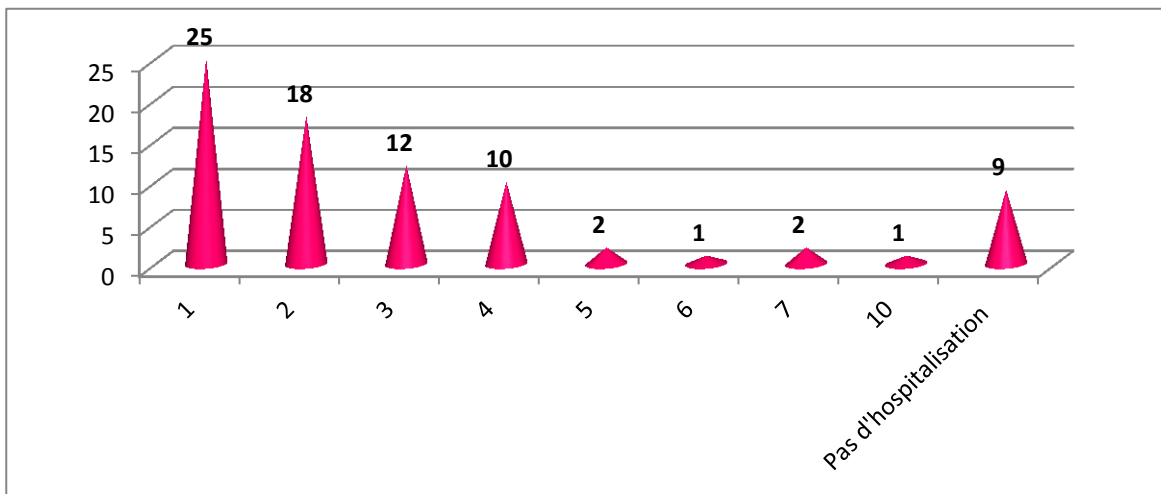
#### IV.10. Répartition des patients selon le type du trouble bipolaire:



**Figure 10:** Répartition des patients selon le type du trouble bipolaire.

Le type du trouble bipolaire prédominant était le TBI avec un pourcentage de 81%.

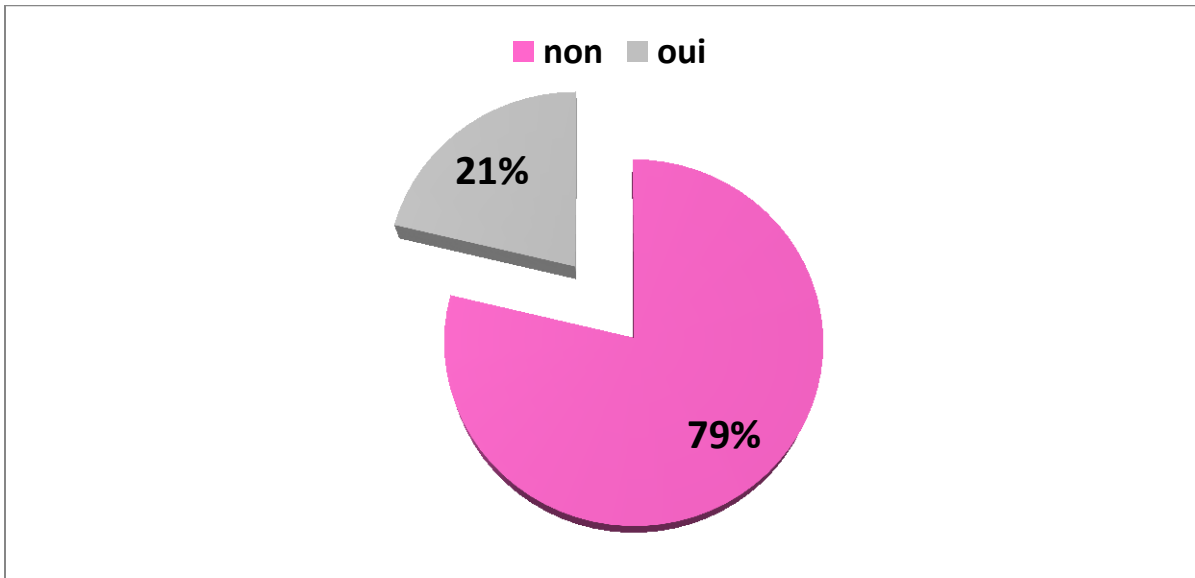
#### IV.11. Répartition des patients selon le nombre des hospitalisations :



**Figure11:** Répartition des patients présentant un trouble bipolaire selon le nombre des hospitalisations.

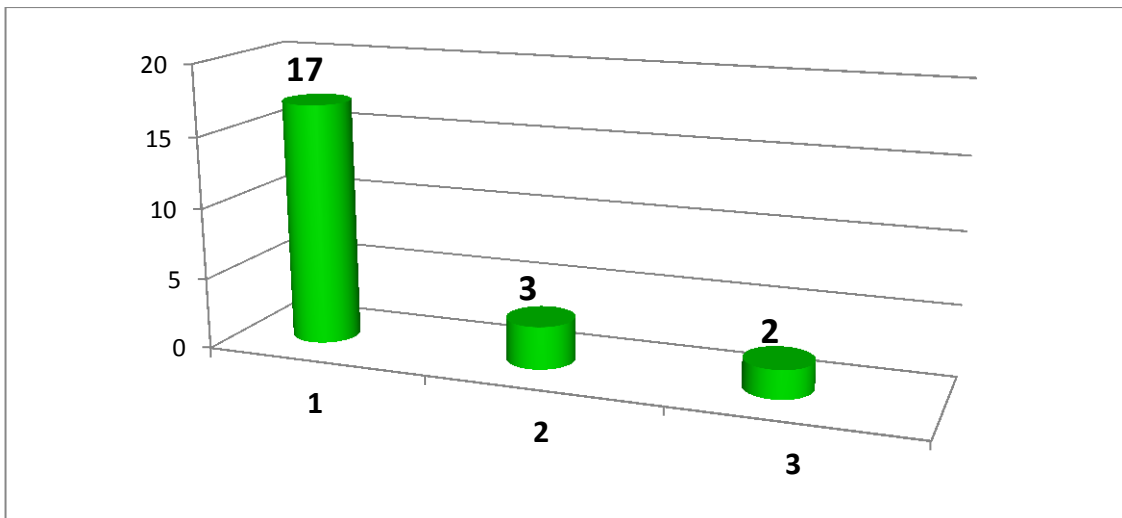
Plus de la moitié des patients ont déjà été hospitalisés une ou deux fois au cours de leur suivi thérapeutique.

#### IV.12. Répartition des patients selon les tentatives de suicide :



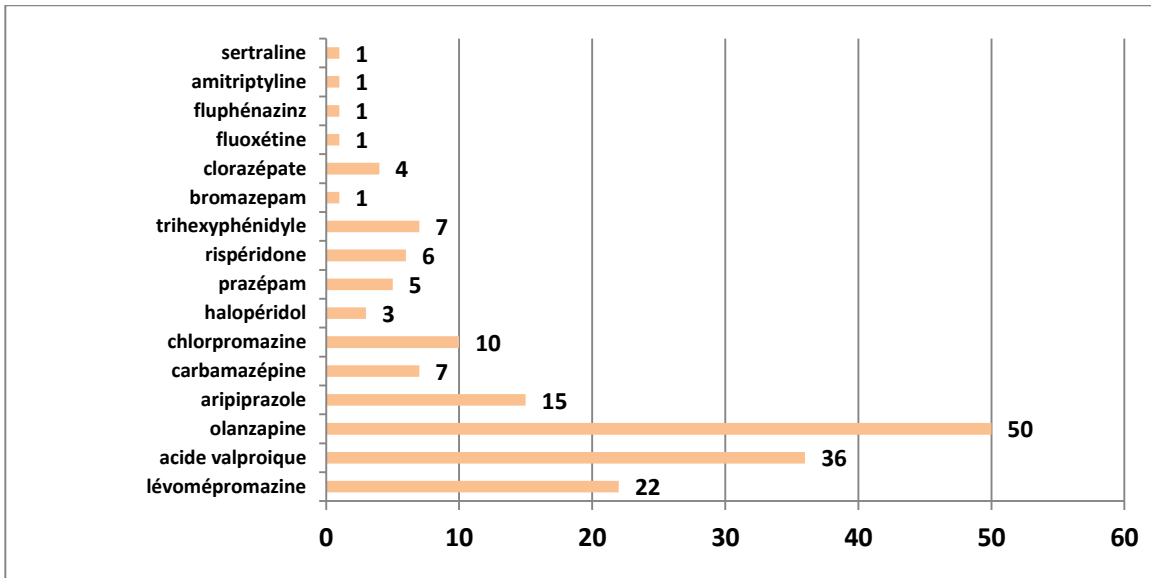
**Figure 12:** Répartition des patients présentant un trouble bipolaire selon les tentatives de suicide. Seulement 21% des patients consultés en service de psychiatrie ont fait au moins une tentative de suicide.

#### IV.13. Répartition des patients selon le nombre de tentative de suicide :



**Figure 13:** Répartition des patients présentant un trouble bipolaire selon le nombre de TS. 70% des patients suivis pour un trouble bipolaire ont fait au moins une tentative de suicide.

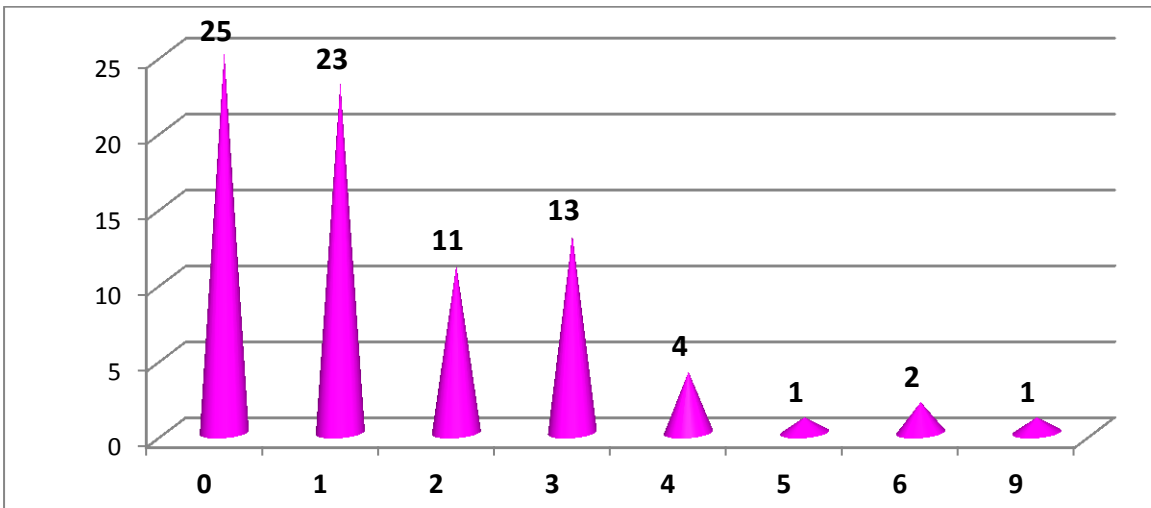
#### IV.14. Répartition des patients selon le traitement actuel :



**Figure 14:** Répartition des patients présentant un trouble bipolaire selon le traitement actuel.

L'olanzapine, l'acide valproïque et la lévomépromazine ont été les psychotropes les plus prescrits avec pourcentage de 63%(50), 45%(36) et 28%(22) respectivement.

#### IV.15. Répartition des patients selon le nombre des récurrences:

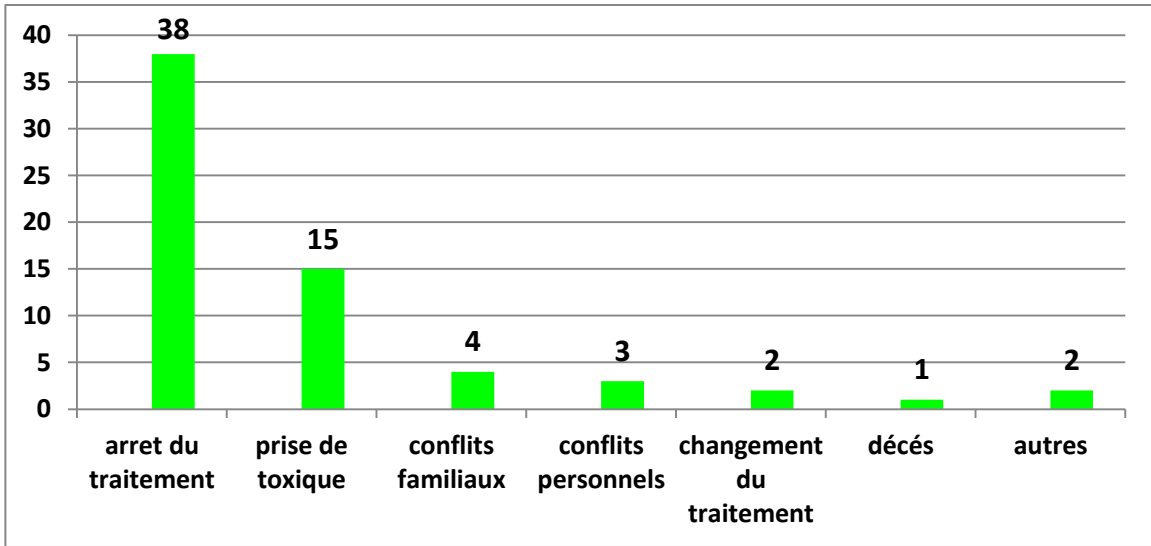


**Figure 15:** Répartition des patients présentant un trouble bipolaire selon le nombre de récurrences.



30%(25) des patients n'ont jamais fait de récidives contre 29%(23), 16%(13) et 14%(11) ont fait respectivement 1, 3 et 2 rechutes.

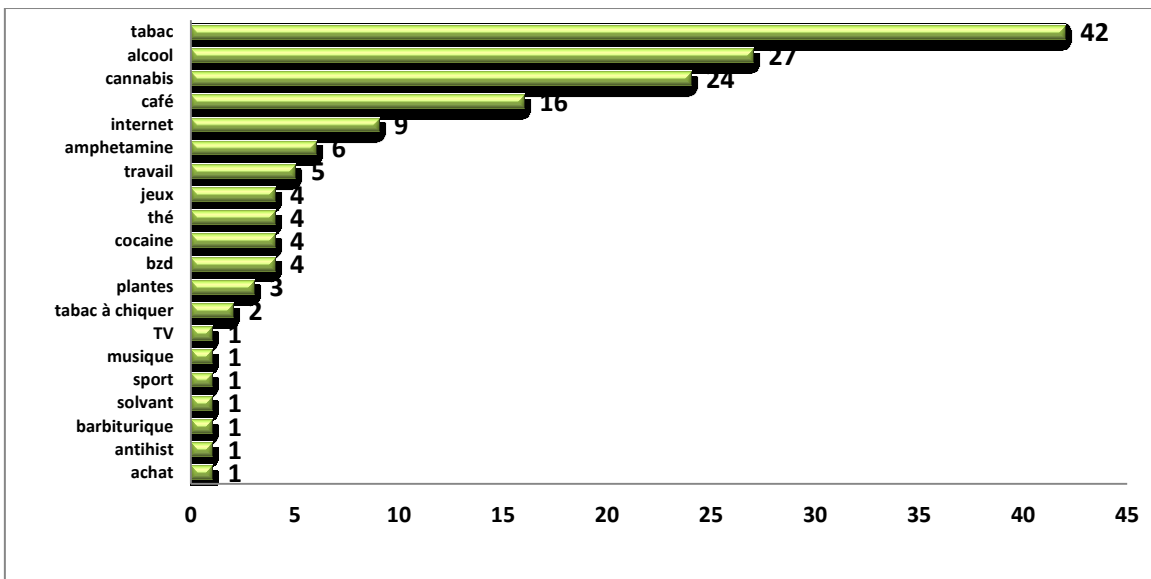
#### IV.16. Répartition des patients selon les causes de récive:



**Figure 16:** Répartition des patients présentant un trouble bipolaire selon les causes de récives.

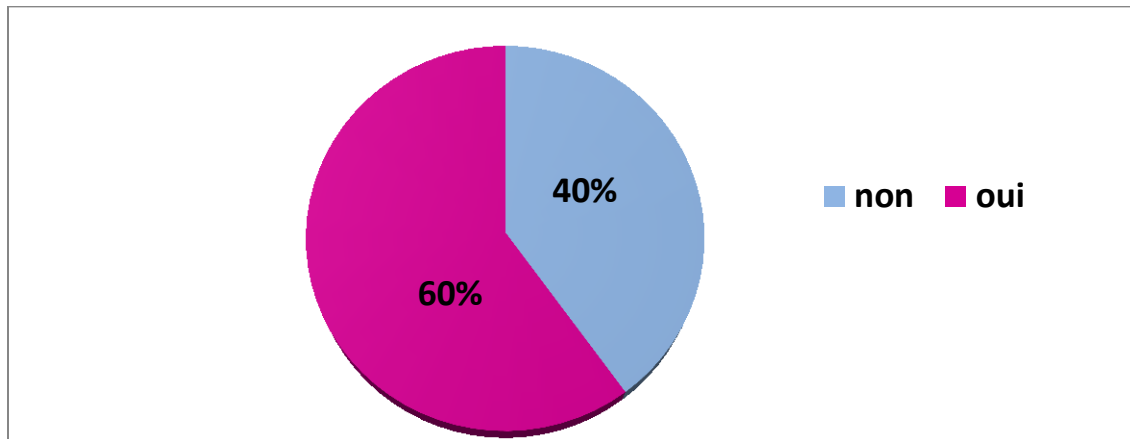
La cause principale de récive était l'arrêt du traitement(47.5%=38 patients), puis la prise de SPA (19%=15 patients).

#### IV.17. Répartition des patients selon les conduites addictives :



**Figure 17:** Répartition des SPA présentant un trouble bipolaire chez les patients bipolaires. Le tabac, l'alcool et le cannabis étaient les SPA les plus consommées 87% (42addicts), 56% (27 addicts) et 50% (24addicts). L'internet, le travail et le jeu étaient les addictions comportementales les plus remarquées.

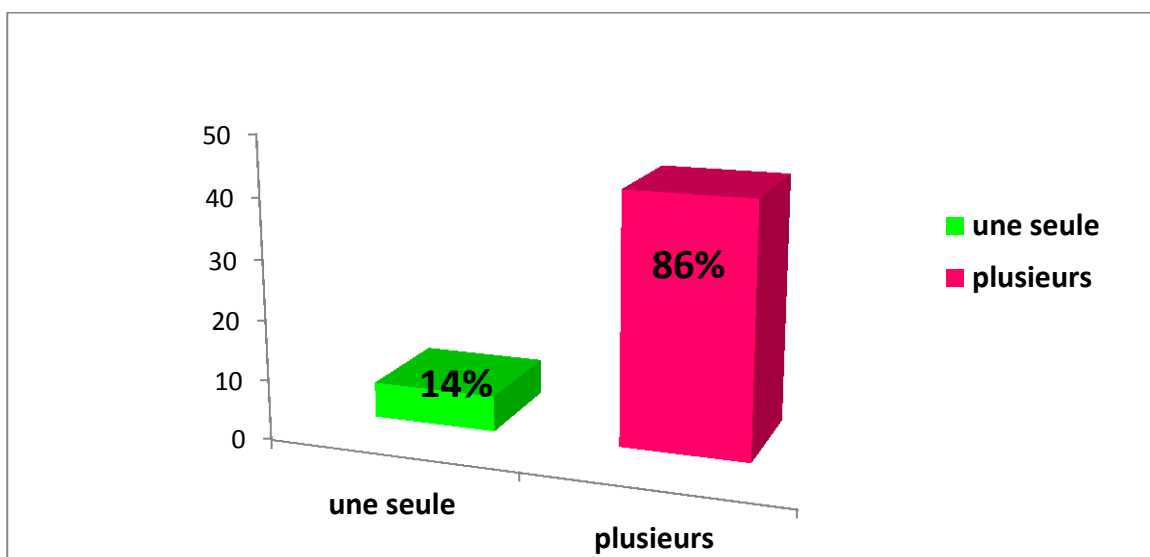
#### IV.18. Répartition des patients selon la présence de conduite addictive :



**Figure 18:** Répartition des patients présentant un trouble bipolaire selon la présence de conduite addictive .

On remarque que 60% des patients sont consommateurs de SPA.

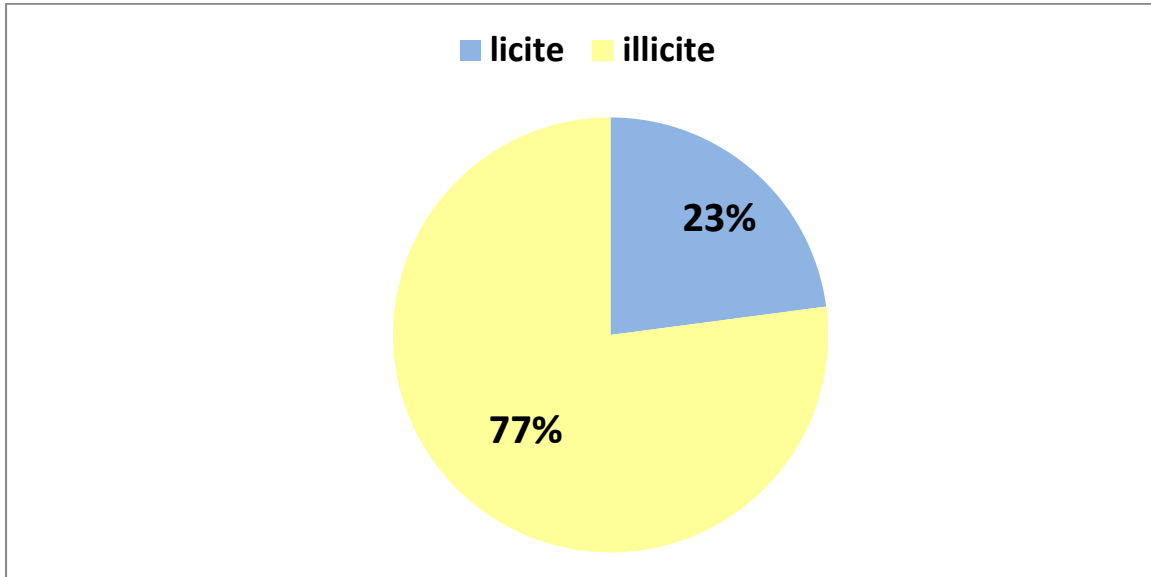
#### IV.19. Répartition des patients consommateurs selon le nombre de SPA :



**Figure 19:** Répartition des patients présentant un trouble bipolaire selon le nombre de SPA.

La majeure partie des addicts (86%) consomment plus d'une substance.

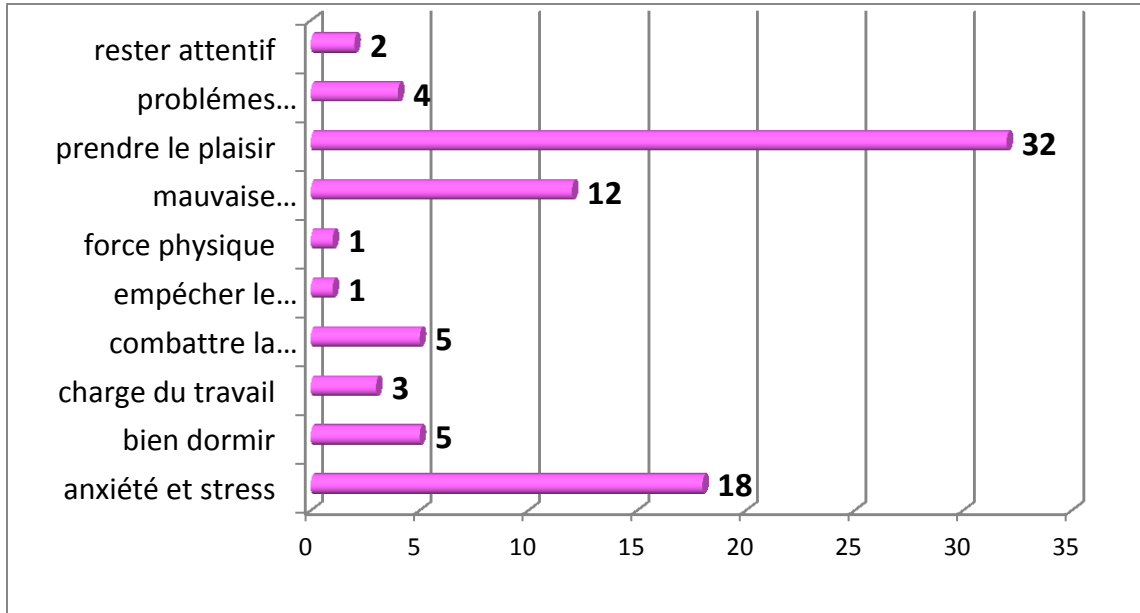
#### **IV.20. Répartition des patients consommateurs selon le type de SPA:**



**Figure 20:** Répartition des patients présentant un trouble bipolaire selon le type de substance consommée.

77% des substances consommées sont illicites.

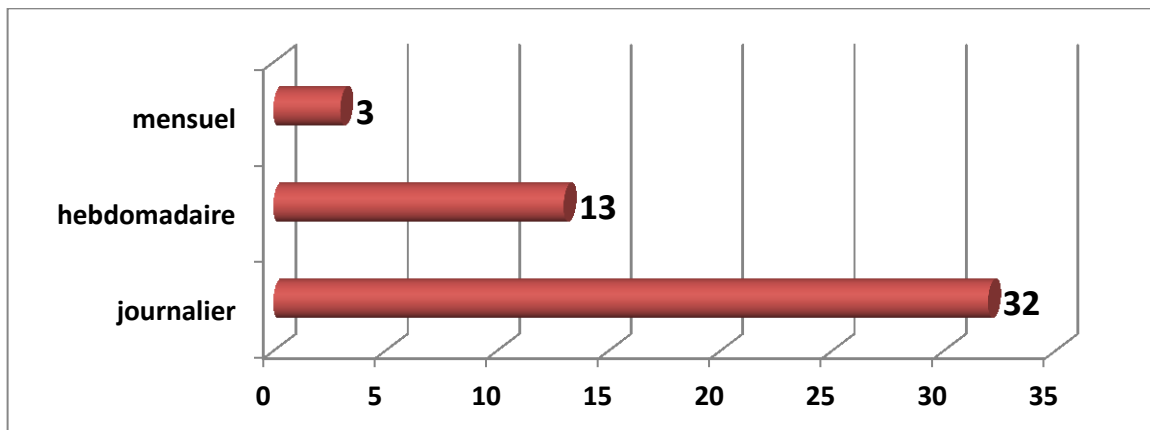
#### **IV.21. Répartition des patients selon le motif de consommation :**



**Figure 21:** Répartition des patients présentant un trouble bipolaire selon le motif de consommation .

Les principaux motifs de consommation étaient : le plaisir, combattre l’anxiété et le stress et la mauvaise fréquentation.

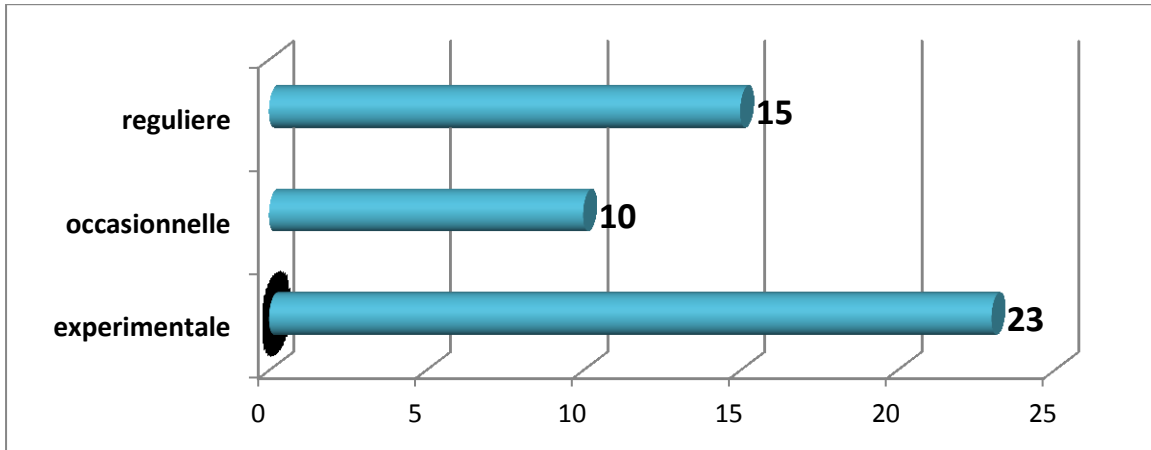
#### **IV.22. Répartition des consommateurs selon le rythme de consommation:**



**Figure 62:** Répartition des patients présentant un trouble bipolaire selon le rythme de la consommation

Plus de 65%(32 addicts) des consommateurs ont consommé les SPA de façon journalière.

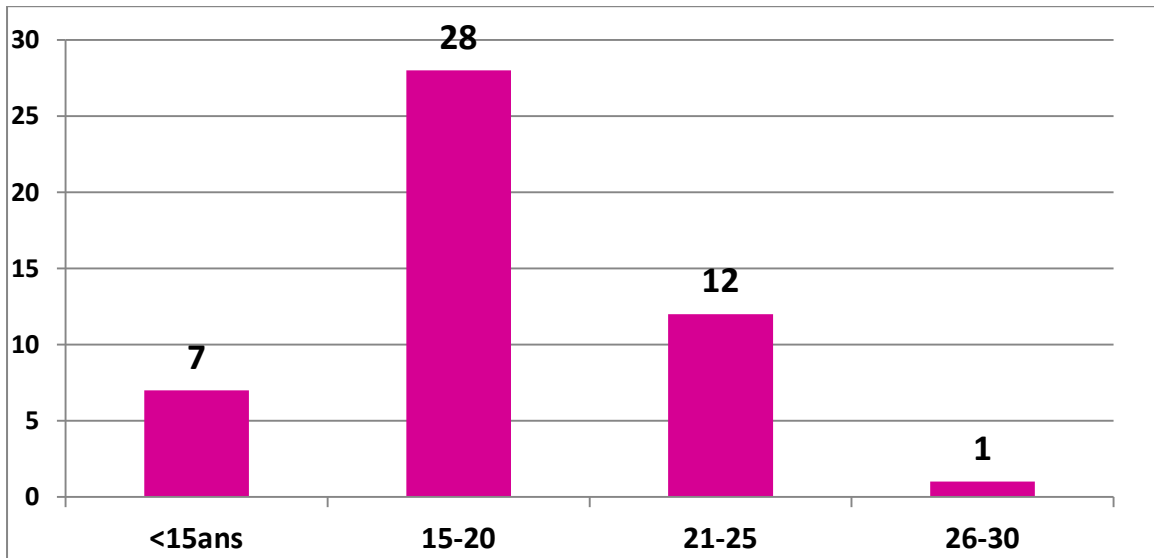
**IV.23. Répartition des consommateurs de SPA selon la fréquence de consommation :**



**Figure23:** Répartition des patients présentant un trouble bipolaire selon la fréquence de consommation.

La fréquence de consommation des SPA était surtout régulière ou expérimentale.

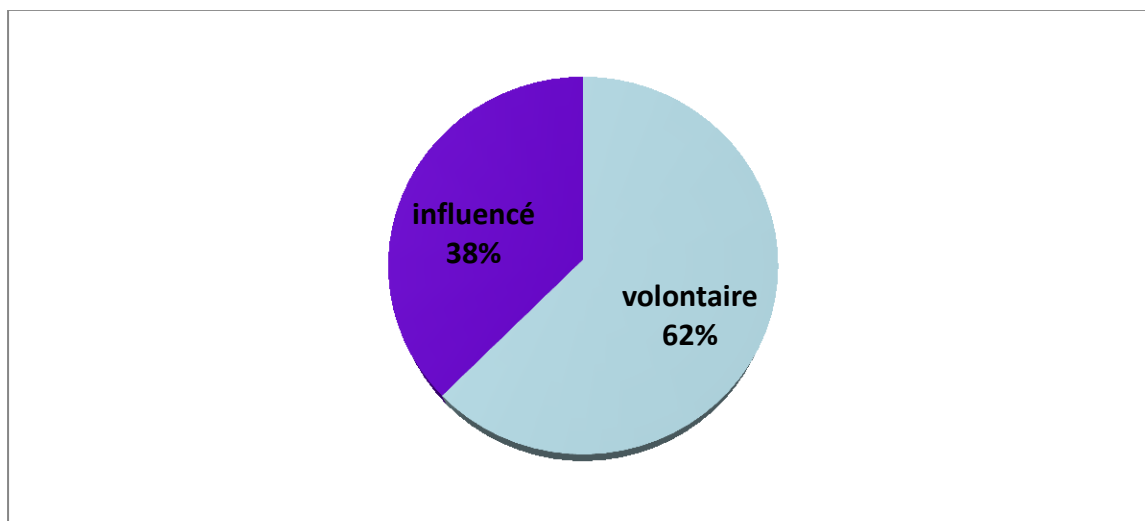
**IV.24. Répartition des consommateurs selon l'ancienneté de la consommation:**



**Figure 24:** Répartition des patients présentant un TB selon l'ancienneté de la consommation.

58%(28 consommateurs) des patients ont commencé à consommer des SPA entre 15 à 20 ans et 25%(12 consommateurs )entre 21 à 25.

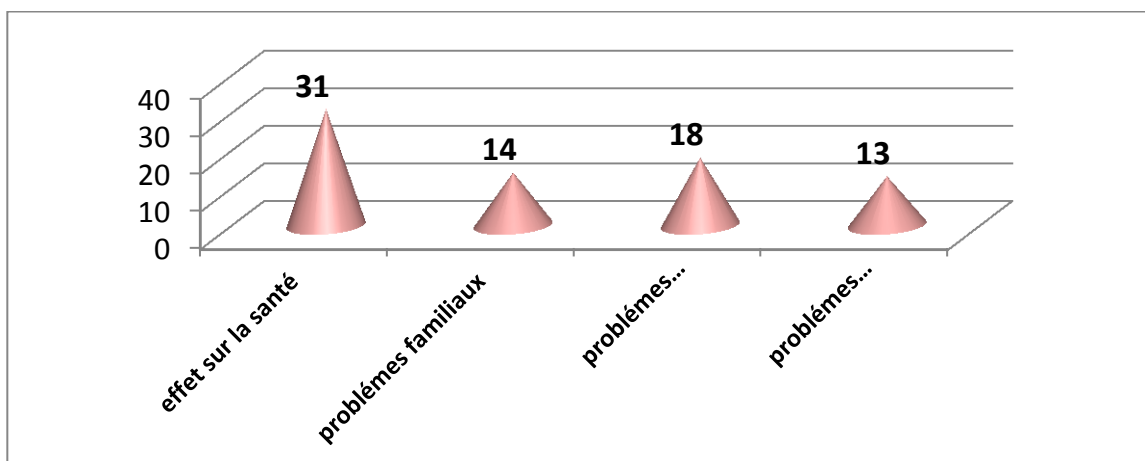
#### IV.25. Répartition des consommateurs selon les circonstances de consommation :



**Figure 25:** Répartition des patients présentant un TB selon les circonstances de consommation.

62% des addicts ont commencé à consommer des SPA volontairement.

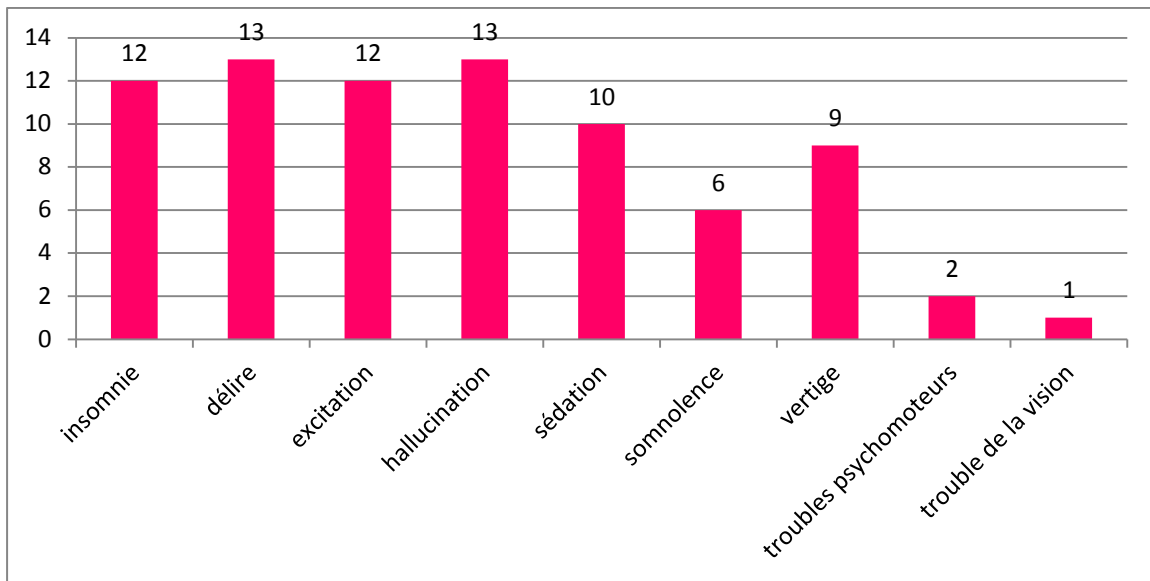
#### IV.26. Répartition des consommateurs selon les conséquences d'usage des SPA :



**Figure 26:** Répartition des patients présentant un trouble bipolaire selon les conséquences d'usage des SPA.

La conséquence la plus marquante de l'usage des SPA était l'effet défavorable sur la santé.

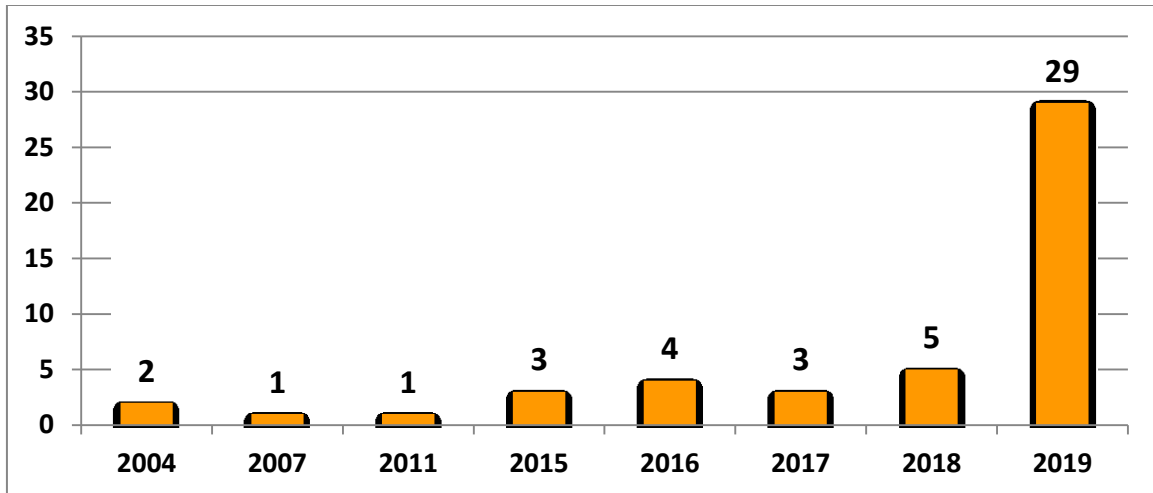
**IV.27. Répartition des patients consommateurs des SPA selon les effets de la consommation:**



**Figure 27:** Répartition des patients selon les symptômes dus à la consommation de SPA .

Les symptômes majeurs étaient : l'insomnie, le délire, l'hallucination et l'excitation.

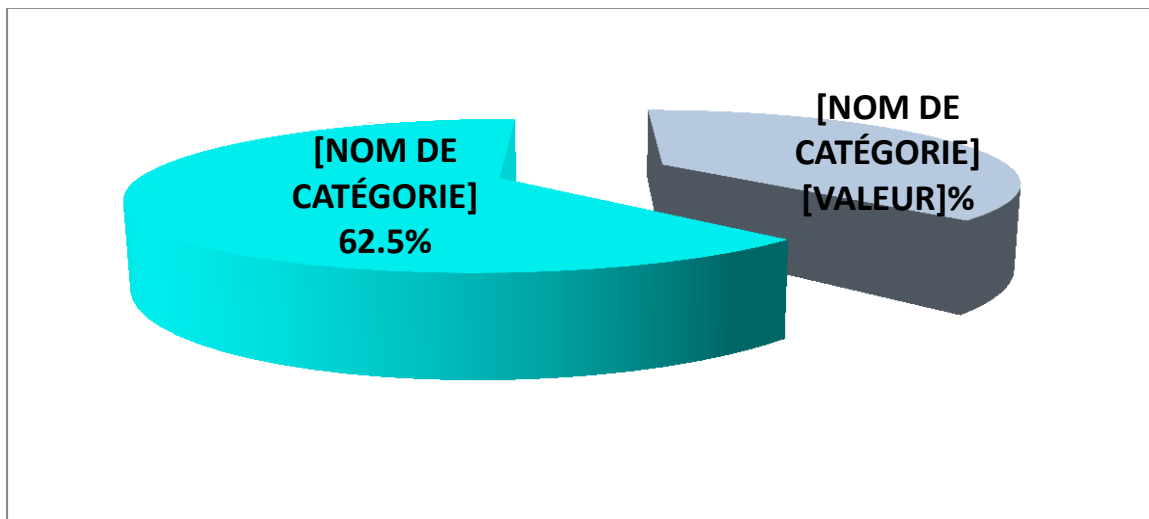
**IV.28. Répartition des patients consommateurs des SPA selon la dernière consommation:**



**Figure 28:** Répartition des patients présentant un trouble bipolaire selon la date de la dernière consommation.

On voit que 60% des patients bipolaires continuent toujours à consommer des SPA.

#### IV.29. Répartition des patients selon les tentatives d'arrêt de consommation des SPA:

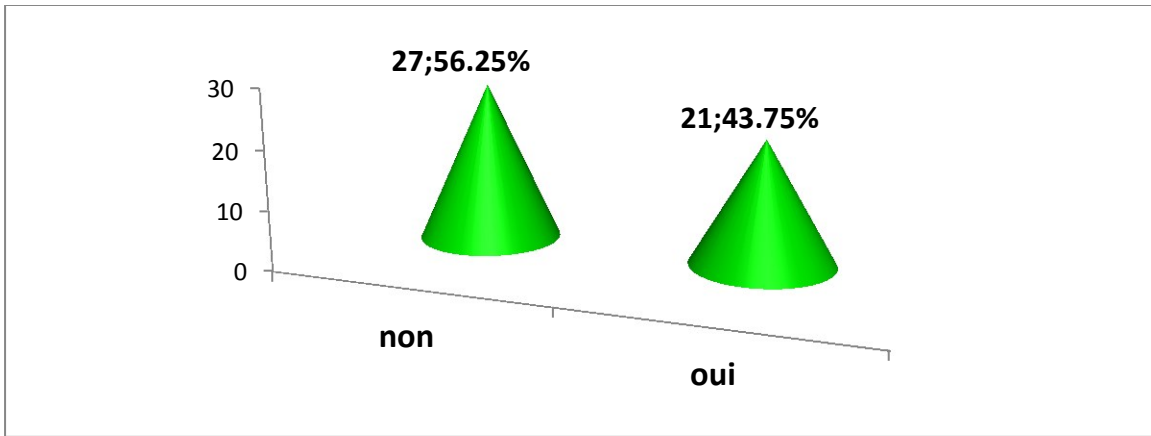


**Figure 29:** Répartition des patients présentant un trouble bipolaire selon les tentatives d'arrêt de consommation de SPA

Seulement 37% des addicts ont essayé d'arrêter la consommation de SPA.

#### IV.30. Répartition des consommateurs selon la connaissance de SPA :





**Figure30:** Répartition des patients présentant un trouble bipolaire selon la connaissance des SPA .

56% des addicts ne connaissent absolument rien sur les SPA consommées.

#### **IV.31. Répartition des patients selon l'automutilation:**



**Figure 31:** Répartition des patients présentant un trouble bipolaire selon l'automutilation.

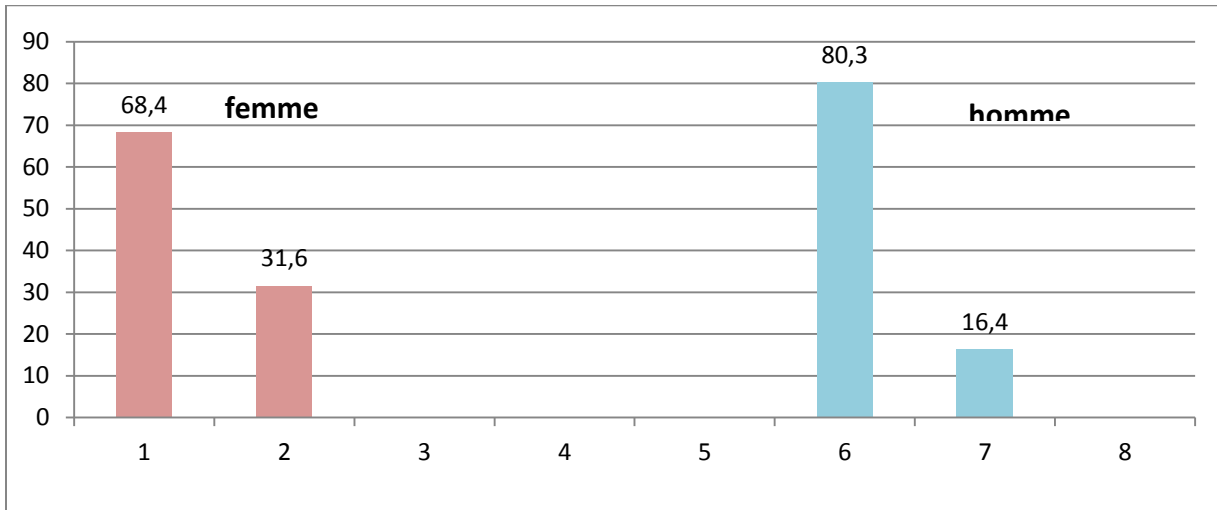
Seulement 4% des patients bipolaires s'automutilent.

**Tableau II : répartition des patients bipolaires selon leurs traits de caractère.**

<b>trait de caractère</b>	<b>Effectif</b>
angoisse de séparation	<b>3</b>
Culpabilité	<b>12</b>
évitement de situation	<b>12</b>
facilité de passage à l'acte	<b>3</b>
Grandeur	<b>12</b>
Impulsivité	<b>45</b>
instabilité professionnelle	<b>1</b>
Intolérance au frustration	<b>3</b>
Irritabilité	<b>37</b>
Méfiance	<b>18</b>
Orgueil	<b>10</b>
partenaire multiple	<b>2</b>
peu d'intérêt aux activités sociales	<b>12</b>
peur	<b>2</b>
Retrait	<b>26</b>
Sensibilité	<b>3</b>
surestimation du soi	<b>7</b>
Théâtrale	<b>3</b>

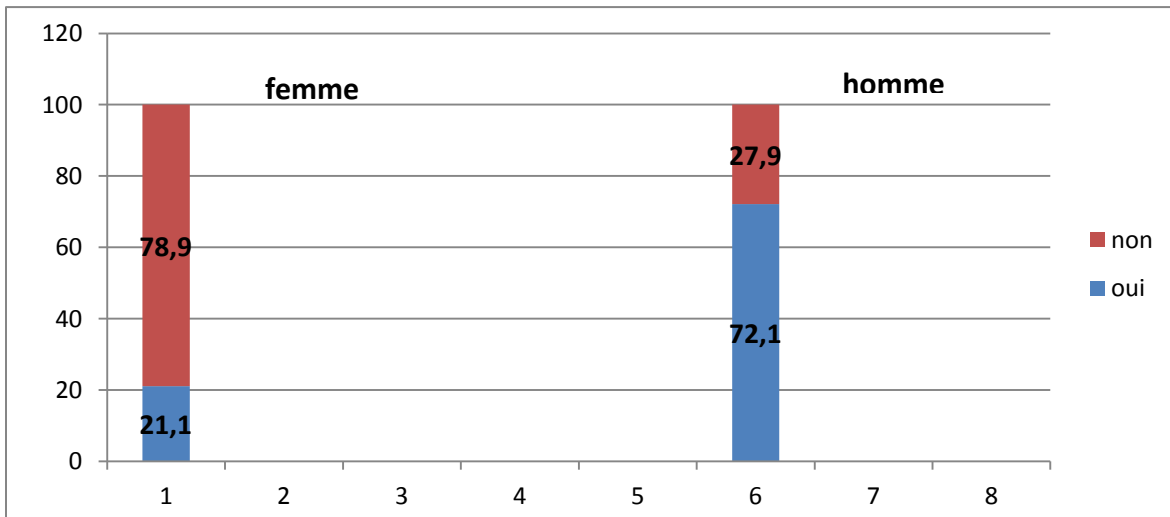
Majoritairement les patients bipolaires suivis au niveau du service de psychiatrie sont impulsifs, irritables et présentent un retrait social.

**IV.32. Répartition des patients selon le type du trouble bipolaire et le genre :**



**Figure32:** Répartition du type du trouble bipolaire chez la population de patients selon le genre. Le type du trouble bipolaire (1) est prédominant chez les deux genre.

**IV.33. Répartition des patients selon la consommation de SPA et le genre :**

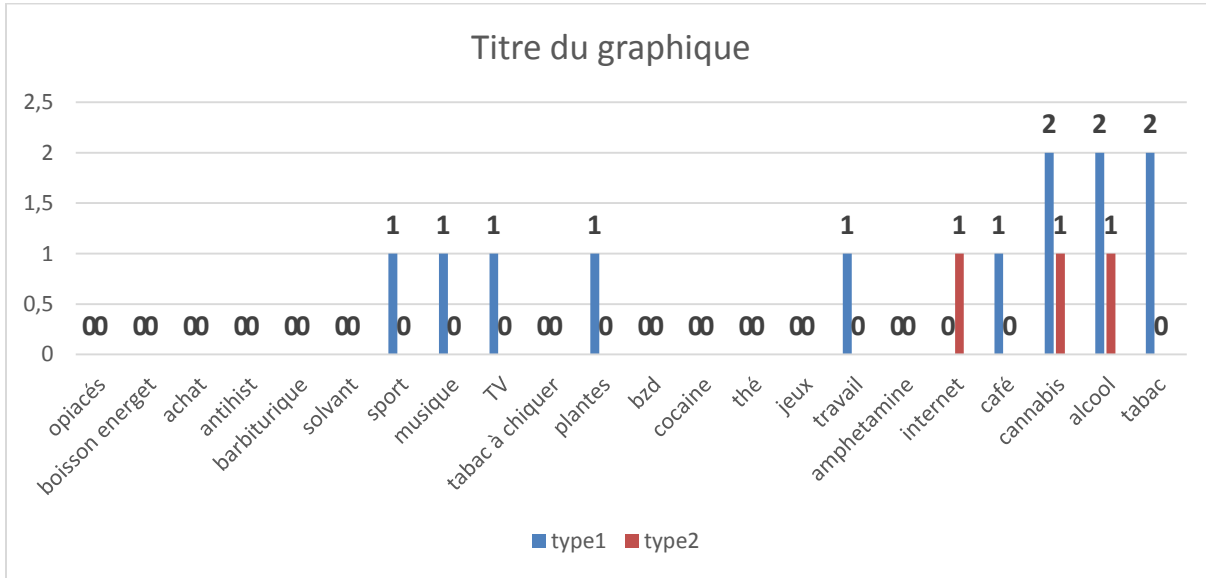


**Figure 33:** Répartition de la consommation de(SPA) chez la population de patients selon le genre.

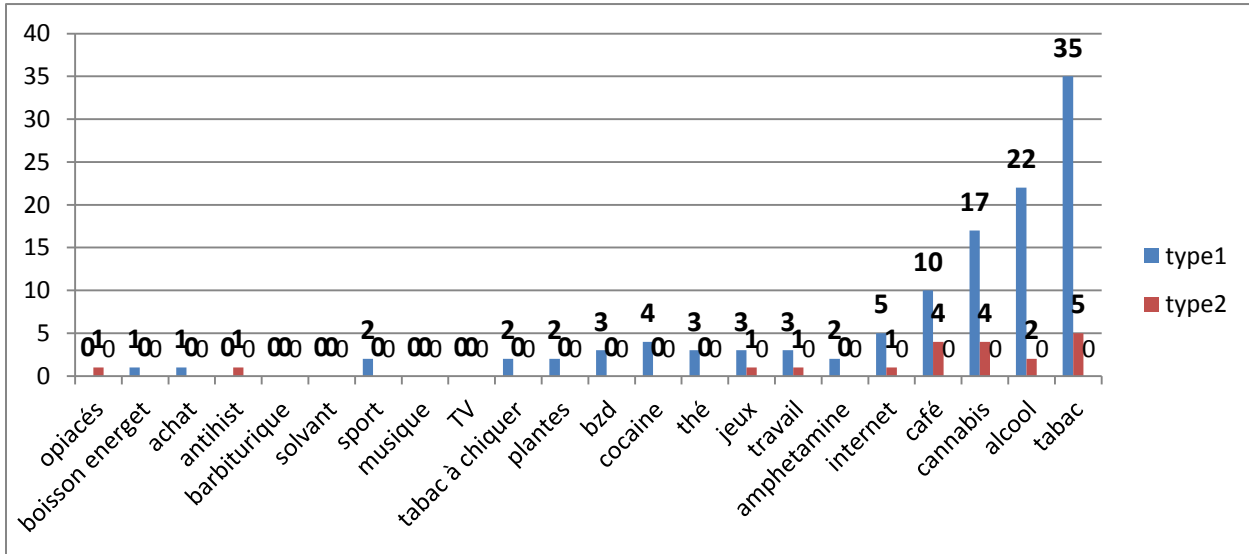
72% des hommes sont consommateurs de (SPA) alors que 79% des femmes ne présentent aucune conduite addictive.

### IV.34. Répartition des patients selon le type d'addiction et le genre:

Femme :



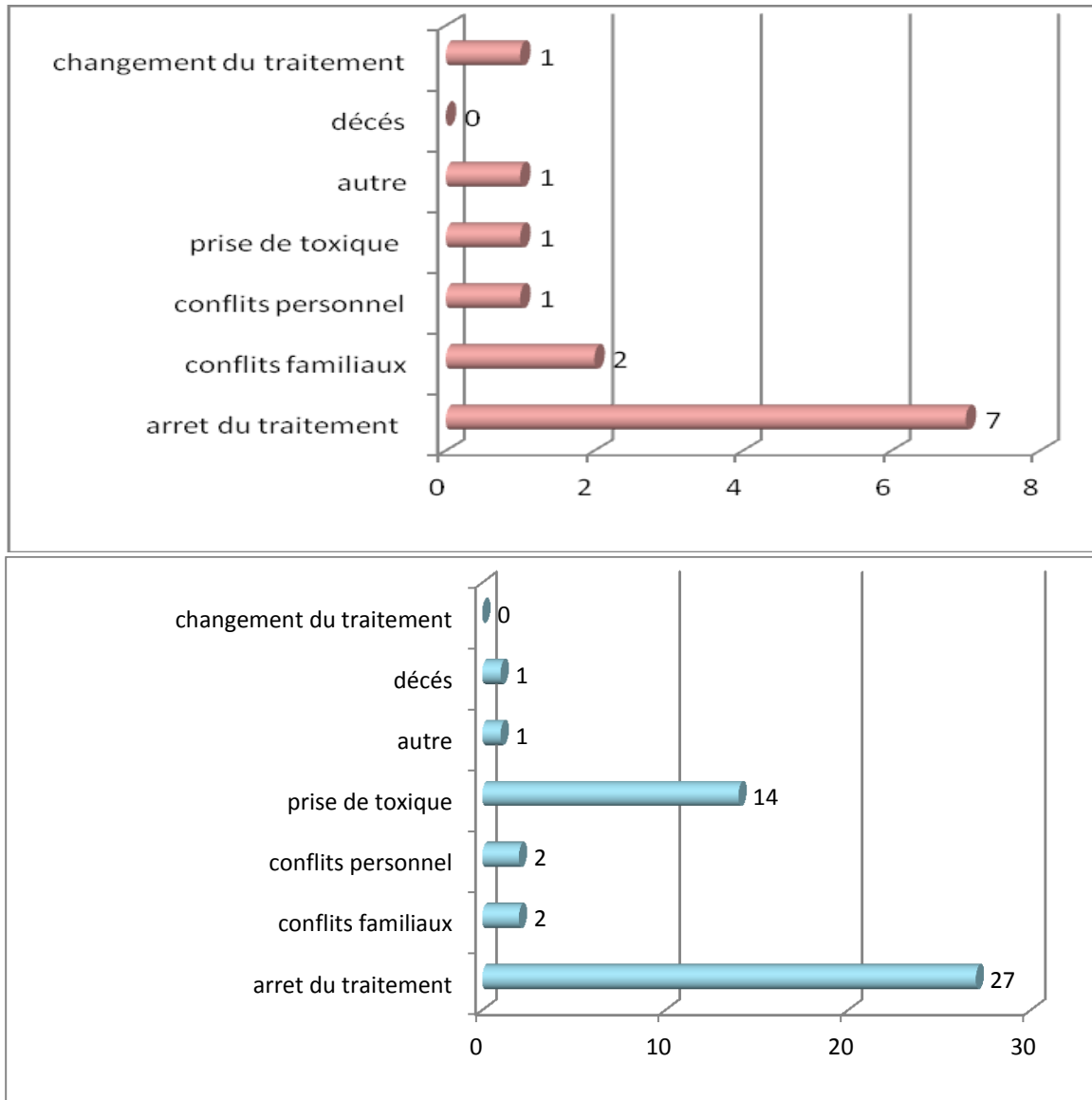
Homme :



**Figure 34:** Répartition de la consommation des SPA chez les patients trouble bipolaire des deux sexes (en haut femme, en vas homme).

Les femmes sont marquées par les addictions comportementales et les hommes par les SPA.

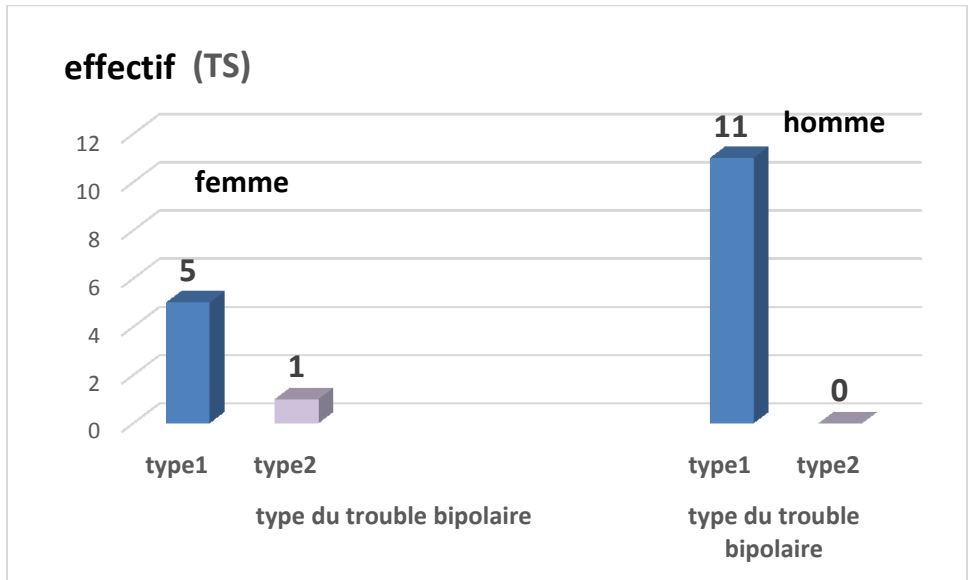
#### IV.35. Répartition des patients selon les causes de récurrence et le genre:



**Figure 35:** Répartition des causes de récurrences de la consommation des SPA chez les deux sexes chez la population de patients bipolaires (femme en haut, homme en bas).

Les causes de récurrence les plus fréquentes pour les hommes étaient l'arrêt du traitement et la prise de SPA alors que pour le sexe féminin l'arrêt du traitement et les conflits familiaux.

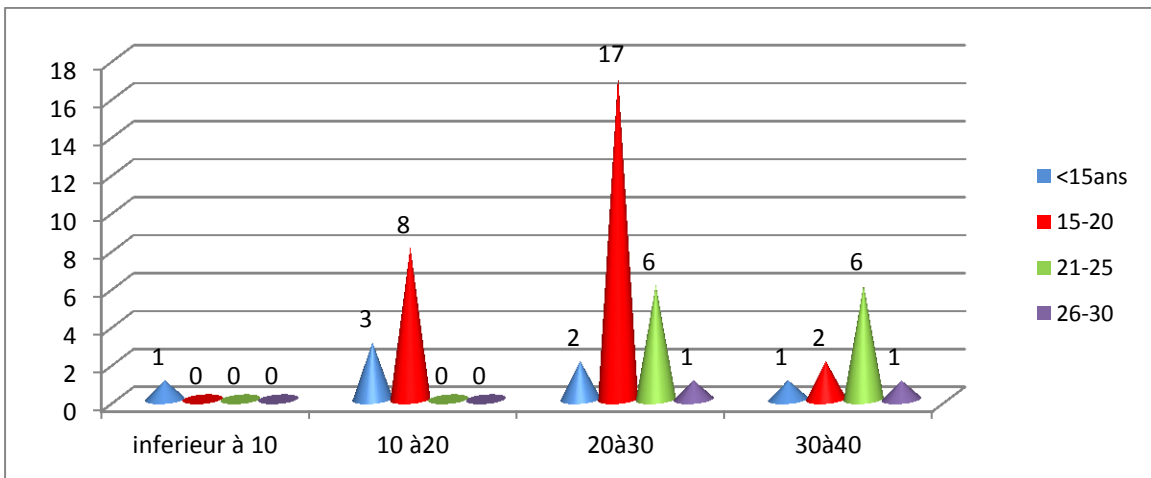
**IV.36. Répartition des patients selon les tentatives de suicide et le genre:**



**Figure 36 :** Répartition des tentatives de suicide, le type du trouble bipolaire selon le sexe.

On remarque que les tentatives de suicide sont beaucoup plus fréquentes chez les patients présentant un trouble bipolaire type 1 chez les deux sexes.

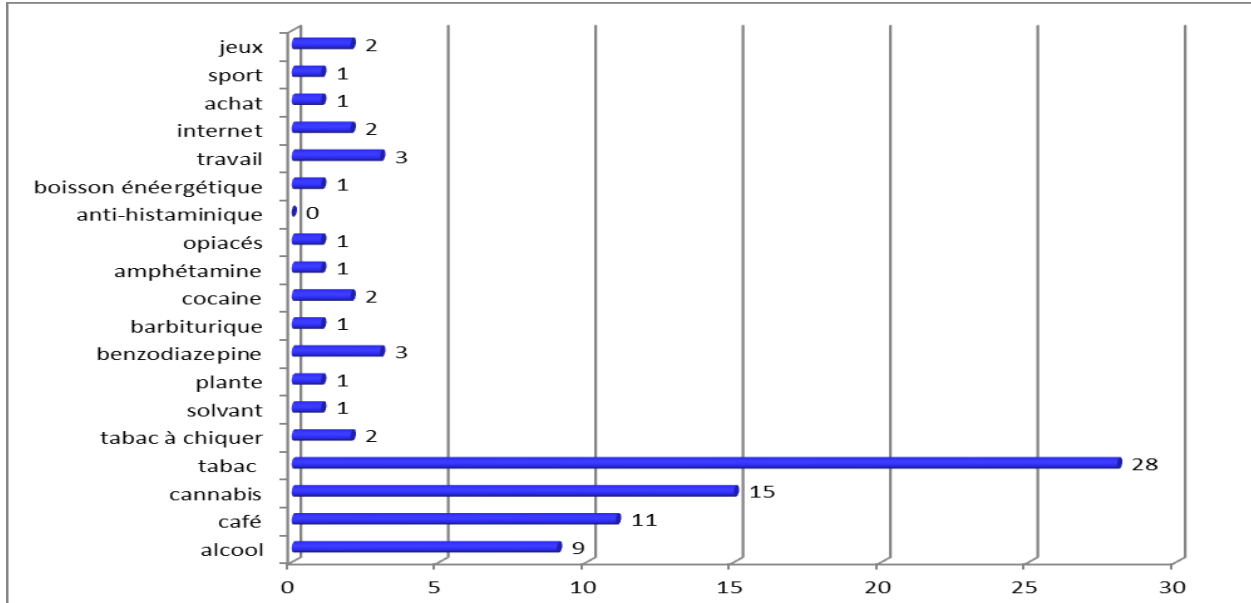
**IV.37. Répartition des patients selon l'ancienneté de la consommation et le début du trouble :**



**Figure 37:** Croisement entre l'ancienneté de la consommation et le début des troubles bipolaires

52% des patients dont le TB a débuté entre 10 et 30 ans ont consommé les SPA entre 15 et 20 ans et 25% dont le TB a débuté entre 20 et 40 ans ont consommé entre l'âge de 21 à 25.

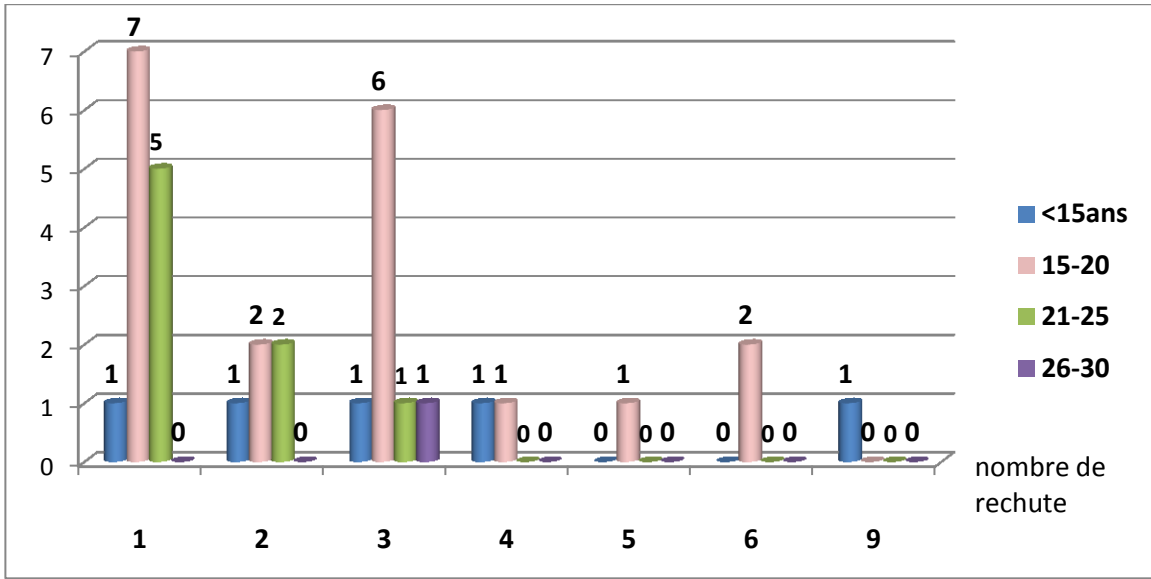
#### IV.38. Répartition des patients selon le type de SPA et le nombre de rechute :



**Figure 38:** Croisement entre le nombre de rechutes et le type de substance psychoactive.

Après le tabac, les rechutes se voient essentiellement avec le cannabis et l'alcool.

**IV.39. Répartition des patients selon l'ancienneté de la consommation et le nombre de rechute :**



**Figure 39:** Croisement entre l'ancienneté de la consommation et le nombre de rechute.

Le nombre de rechute est plus élevé chez les patients qui ont commencé à consommer des SPA à l'adolescence (entre l'âge de 15 et 20 ans).



## Chapitre V : **DISCUSSION**

## **Description sociodémographique :**

Notre enquête a été menée sur un échantillon de 80 patients bipolaires afin de recenser leurs conduites addictives et à évaluer l'impact de ces dernières sur l'observance thérapeutique.

La moyenne d'âge de la population étudiée était de  $35,25 \pm 11,90$  avec un âge minimum de 19 ans et un maximum de 80 ans. L'atteinte masculine est prédominante avec un sexe ratio H/F 3,21.

Contrairement aux données de la littérature qui ont trouvé que le trouble bipolaire concerne aussi bien les hommes que les femmes, quels que soient leur classe sociale ou leur lieu de résidence (116). La majorité de nos patients étaient moyennement instruits et 50 % célibataires.

## **Description clinique :**

### **Trouble bipolaire :**

1 patient/3 de la population étudiée avait des ATCD psychiatriques familiaux. D'après Mendelwicz et al, les patients ayant des antécédents familiaux de trouble bipolaire ont un pronostic moins bon. On retrouve plus fréquemment dans ce cas, des formes à début précoce et des troubles bipolaires ainsi qu'un fort taux de mortalité (117).

Le trouble bipolaire entraîne des perturbations psychomotrices et physiologiques notamment la perturbation des conduites alimentaires (amaigrissement et anorexie) (105). Ainsi, nous avons trouvé que l'alimentation n'était pas équilibrée chez 28% de notre population et l'activité sportive était presque nulle chez plus de 65% des patients.

Les résultats de notre étude ont montré que l'âge du début des troubles bipolaires était entre 17 et 31 ans avec un pourcentage de 69. Les études indiquent que le trouble bipolaire débute autour de l'âge de 20 ans (et autour de 30 ans selon les publications de Kraepelin, 20 ans en moyenne dans l'ECA) (118). De manière plus précise, l'âge de début moyen est de 18 ans pour le trouble bipolaire I et 20 ans pour le trouble bipolaire II (119). Ce qui est similaire à nos résultats.

Dès le premier épisode, le trouble bipolaire doit être considéré comme une maladie potentiellement récurrente car il est caractérisé par la présence de récurrences chez plus de 90 % des patients (119). De même que dans notre étude, 69 % sont récidivants.

De nombreux auteurs ont montré l'efficacité de l'hospitalisation car un épisode maniaque est une urgence médicale et requiert dans la majorité des situations une hospitalisation en urgence, en psychiatrie, et si nécessaire en milieu sécurisé (105). Ce qui concorde avec les résultats de notre étude où 50% des patients suivis au niveau du service de psychiatrie ont déjà été hospitalisés une à deux fois.

L'onlanzapine, l'acide valproïque et le lévomépromazine étaient les psychotropes les plus prescrits chez ces derniers.

### **Conduites addictives :**

Les conduites addictives ont touché environ 40 % des patients bipolaires alors qu'elles touchent 10 % de la population générale. Elles surviennent après le début de la maladie, notamment pour les formes à début précoce. L'abus de substances illicites et d'alcool favorisant les rechutes thymiques (dépressives ou maniaques) et l'apparition d'éléments psychotiques peut chroniciser un épisode dépressif et majorer la fréquence des états maniaques (117).

La prévalence des conduites addictives dans notre échantillon était de 60% ; ce qui concorde avec une étude menée à l'université de Toledo, Ohio, United States, qui a estimé que 53% des patients étaient bipolaires et consommateurs de SPA (120). 86% de ces addicts ont consommé plus d'une substance. Une étude menée à Tlemcen a signalé des résultats similaires avec un pourcentage de 68%(121), dont (77%) de ces substances sont illicites.

La majorité des patients bipolaires ont tendance à augmenter leur consommation d'alcool pendant les périodes maniaques. Ils sont désinhibés, logorrhéiques, excités et euphoriques. Toutes leurs envies sont augmentées (122).

Après le tabac, l'alcool et le cannabis sont les substances les plus consommées chez nos patients bipolaires avec un pourcentage de 56% et 50 % respectivement ce qui concorde avec une étude menée à Tlemcen avec un pourcentage de (39%) pour l'alcool et (30%) pour le cannabis (121). Cela peut s'expliquer par l'accessibilité facile à ces deux dernières et leur coût plus au moins bas par rapport à d'autres SPA.

Les conduites addictives comportementales (sans substance) étaient moins marquées dans notre série, on cite : l'internet, le jeu et le travail. Les femmes étaient les plus touchées par ces conduites cela peut être dû à la liberté sociale limitée des femmes

Les conduites addictives sont apparues après l'émergence du trouble bipolaire. Chez 52% des patients qui ont été diagnostiqués entre l'âge de 10 et 30 ans ont débuté la consommation de SPA entre l'âge de 15 et 20 ans. La différence était significative ( $p=0,02$ ). 56% de ces addicts ignorent les effets indésirables de ces substances, ceci peut être lié à leur niveau intellectuel et culturel.

Les patients souffrant de trouble bipolaire type I sont les plus touchés par les conduites addictives mais la différence n'était pas significative par rapport au type II. L'anxiété, le stress et la mauvaise fréquentation étaient les principaux motifs de consommation des SPA dont l'usage était journalier dans 65% des cas.

21% de nos patients ont fait au moins une tentative de suicide, ceci peut être lié à leur caractère impulsif et irritable. ce qui est en accord avec les résultats d'une étude menée à Luxembourg où 25 à 60 % des patients bipolaires ont fait au moins une tentative de suicide dans leur vie (123)

Seulement 4% des patients bipolaires s'automutilent ; Par contre, une étude française a montré que les comportements d'automutilation sont retrouvés chez un tiers des personnes suivis ou hospitalisés en psychiatrie (124). Ceci peut avoir des explications culturelles et religieuses.

La conséquence la plus marquante de l'usage des SPA était l'effet défavorable sur la santé (les symptômes majeurs dues à cette consommation étaient : l'insomnie, le délire, l'hallucination et l'excitation). Ce qui est proche des résultats d'une étude américaine où la consommation des SPA a accéléré la progression des maladies et leurs conséquences (125). 60% des addicts ont continué à consommer des SPA, ce qui explique le taux élevé de rechute (69%), essentiellement avec l'alcool et le cannabis ; mais la différence n'est pas significative.

L'arrêt du traitement et la prise de toxique expliquent la mauvaise observance thérapeutique et le taux élevé de rechutes surtout pour les patients qui ont commencé à consommer des SPA à jeun âge ; mais la différence n'est pas significative

### **Limite de l'étude :**

- ❖ Durée de l'étude était insuffisante pour le recrutement d'une plus grande taille de l'échantillon permettant d'augmenter la puissance de l'étude (5 mois).
- ❖ Réticence des patients pour répondre au questionnaire surtout que l'addiction demeure un sujet tabou dans notre société.

## CONCLUSION

Dans notre étude plus de la moitié des patients étudiés consomment des SPA avec une prédominance masculine. Toutefois, les raisons de cette association frappante entre ces deux sont l'anxiété, le stress et la mauvaise fréquentation.

L'alcool et le cannabis étaient les substances les plus consommées quotidiennement après le tabac. Majoritairement, les conduites addictives sont apparues après l'émergence du trouble bipolaire.

L'onlanzapine, l'acide valproïque et la lévomépromazine sont les psychotropes les plus prescrits chez ces patients mais le taux de rechute reste toujours élevé. La mauvaise observance thérapeutique est due essentiellement à l'arrêt du traitement suivi par la consommation de SPA.

Malgré l'importante prévalence du trouble bipolaire et des conduites addictives, les relations liant l'un à l'autre ne sont pas parfaitement comprises. La particularité des doubles diagnostics reposent à la fois sur la complexité de l'identification des troubles, l'importance de sa stabilisation pour contrôler les conduites de dépendances, et également sur la réduction de l'impact du trouble bipolaire sur les consommations de toxiques. Ainsi, le suivi de cette population nécessite une collaboration medico-psycho-sociale.

## BIBLIOGRAPHIE

1. Lopez AD, Murray CCJL. The global burden of disease, 1990–2020. . Nature Medicine. 1998 4(11):1241-3.
2. Scarcelli K, LV H. Bipolar and Substance Abuse: . The Dual-Diagnosis Client 2017; J Health Educ Res Dev(5):228.
3. Marc M. Troubles bipolaires et addictions : la double peine. SANTE MENTALE 2017(223):20-5.
4. Elloumi H, Mirabel-Sarronb C, Zalilaa H, Boussettaa A, Cheour M. Adherence to treatment in bipolar patient: A comparative study of the proposals of Basco, Rush and Newman to improve it. 2011.
5. Kessler R. Comorbidité Amsterdam, NY. Elsevier Science Ltd. 2001.
6. van den Akker M, Buntinx F, Metsemakers J, Knottneru J. L'impact marginal des facteurs psychosociaux sur la multi morbidité : résultats d'une étude cas-témoins exploratoire imbriquée. Sciences sociales et médecine. 2000;50:1679-93.
7. van den Akker M, Buntinx F, Metsemakers J, F. , Roos S, Knottnerus J, A. . La multi morbidité en médecine générale : prévalence, incidence et déterminants des maladies chroniques et récidivantes concomitantes. Clin Epidemiol. 1998;51:367-75.
8. van den Akker M, Buntinx F, Roos S, Knottnerus J. Problèmes dans la détermination des taux d'occurrence de la multi morbidité Clinical Epidemiology. 2001;54:675-79.
9. Britt H, Harrison C, Miller G, Knox S. Prévalence et les modèles de multi morbidité en Australie. médical de l'Australie. 2008;189:72-7.
10. Fortin M, Bravo G, Hudon C, Vanasse A, Lapointe L. Prévalence de la multi morbidité chez les adultes vus en pratique familiale. Annales de médecine familiale. 2005;3(223).
11. Saltman D, Sayer G, Whicker S. Comorbidité en médecine générale. médical de troisième cycle. 2005;81:474-80.
12. Fortin M, Hudon C, Bayliss E, Soubhi H, Lapointe L. Prendre soin de son corps et de son âme : l'importance de reconnaître et de gérer la détresse psychologique chez les personnes atteintes de multi morbidité. international de psychiatrie en médecine. 2007;37:1-9.
13. Loeppke R, Taitel M, Haufle V, Parry T, Kessler R, Jinnett K. La santé et la productivité en tant que stratégie d'entreprise : Une étude multi-employeurs la médecine du travail et de l'environnement 2009;51:411-28.
14. Nuttall M, van der Meulen J, Emberton M. Charlson scores basés sur les données administratives de la CIM-10 étaient valides dans l'évaluation de la comorbidité chez les patients subissant une chirurgie urologique du cancer. Clin Epidemiol. 2006;59:265-73.

15. Fortin M, Bravo G, Hudon C, Lapointe L, Dubois M, F. , Almirall J. Détresse psychologique et multi morbidité dans les soins primaires. *Annales de médecine familiale*. 2006;5:417-22.
16. Hudon C, Fortin M, Vanasse A. L'échelle d'évaluation des maladies cumulatives était un indice fiable et valide dans un contexte de pratique familiale. *Clinical Epidemiology*. 2005;58:603-08.
17. Holden L, Scuffham P, A. , Hilton M, Muspratt A, Ng S, K. , Whiteford H, A. Patterns of multimorbidity in working Australians. *Popul Health Metr*. 2011;9(1):15.
18. Valderas J, M., Starfield B, Sibbald B, Salisbury C, Roland M. Defining comorbidity : implications for understanding health and health services. *Ann Fam Med*. 2009;7(4):357-63.
19. Wallace E, Salisbury C, Guthrie B, Lewis C, Fahey T, Smith S. Managing patients with multimorbidity in primary care *BMJ*. 2015;350:176.
20. van den Akker M, Buntinx F, Knottnerus J. Comorbidity or multimorbidity *Eur J Gen Pract*. 1996;2:65-70.
21. Muth C, Kirchner H, van den Akker M, Scherer M, Glasziou P, P. . Current guidelines poorly address multimorbidity : pilot of the interaction matrix method. *Clin Epidemiol*. 2014;64:1242-50.
22. Fortin M, Lapointe L, Hudon C, Vanasse A. Multimorbidity is common to family practice. Fortin M, Lapointe L, Hudon C, Vanasse A Multimorbidity is common to family practice : is it commonly researched ? *Can Fam Physician* 2005 ;51 :244–5. 2005;51:244-5.
23. Services USDoHH. Multiple chronic conditions : a strategic framework. Optimum health and quality of life for individuals with multiple chronic conditions Washington. 2010.
24. Palmer K, Marengoni A, Forjaz M, J., Jureviciene E, Laatikainen T, Mammarella F, et al. Multimorbidity care model : Recommendations from the consensus meeting of the Joint Action on Chronic Diseases and Promoting Healthy Ageing across the Life Cycle. *Health Policy*. 2017.
25. Wang H, H. , Wang J, J. , Wong S, Y., Wong M, C. , Li F, J. , Wang P, X. , et al. Epidemiology of multimorbidity in China and implications for the healthcare system : cross-sectional Survey among 162,464 Community household residents in southern China. *BMC Med*. 2014;12:188.
26. Holzer B, M., Siebenhuener K, Bopp M, Minder C, E. Evidence-based design recommendations for prevalence studies on multimorbidity : improving comparability of estimates. *Popul Health Metr*. 2017;15(1):9.
27. Valderas J, M., Mercer S, W., Fortin M. Research on patients with multiple health conditions : different constructs, different views, one voice. . *Comorb*. 2011.
28. Almirall J, Fortin M. The coexistence of terms to describe the presence of multiple concurrent diseases. *Comorb*. 2013;3:4-9.
29. Boyd C, M., Fortin M. Future of multimorbidity research : How should understanding of multimorbidity inform health system design ? *Public Health Reviews*. 2010;32(2):451-74.
30. Smith S, M., Wallace E, O'Dowd T, Fortin M. Interventions for improving outcomes in patients with multimorbidity in primary care and Community setting. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016;3.
31. Wagstaff A, Culyer A, J. . Four decades of health economics through a bibliometric lens. *Health Econ*. 2012;31(2):406-39.
32. Haunschild R, Bornmann L, Marx W. Climate Change Research in View of Bibliometrics. *PloS one*. 2016;11(7).
33. Charlson M, E., Pompei P, Ales K, L., MacKenzie C, R. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies : development and validation. *Chronic Dis*. 1987;40:373-83.
34. Charlson M, Szatrowski T, P. , Peterson J, Gold J. Validation of a combined comorbidity index. *Clin Epidemiol*. 1994;47:1245-51.
35. Elixhauser A, Steiner C, Harris D, R., Coffey R, M. Comorbidity measures for use with administrative data. *Med Care*. 1998;36:8-27.



36. Kessler R, C., McGonagle K, A., Zhao S, Nelson C, B., Hughes M, Eshleman S, et al. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*. 1994;51:8-19.
37. Kessler R, C., Andrews G, Colpe L, J., Hiripi E, Mroczek D, K., Normand S, L., et al. Short screening scales to monitor population prevalences and trends in non-specific psychological distress. *Psychol Med*. 2002;32:959-76.
38. Fried L, P., Tangen C, M., Walston J, Newman A, B., Hirsch C, Gottdiener J, et al. Cardiovascular Health Study Collaborative Research Group. Frailty in older adults : evidence for a phenotype. *Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2001;56:146-56.
39. Fried L, P., Ferrucci L, Darer J, Williamson J, D., Anderson G. Untangling the concepts of disability, frailty, and comorbidity : implications for improved targeting and care. *Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2004;59:255-63.
40. Hopman P, de Bruin S, R., Forjaz M, J., Rodriguez-Blazquez C, Tonnara G, Lemmens L, C, et al. Effectiveness of comprehensive care programs for patients with multiple chronic conditions or frailty : A systematic literature review. *Health Policy*. 2016;160:818-32.
41. Boyd J, H., Burke J, D, Jr., Gruenberg E, Holzer C, E., Rae D, S., George L, K, et al. Exclusion criteria of DSM-III. A study of co-occurrence of hierarchy-free syndromes. *Arch Gen Psychiatry*. 1984;41(10):983-9.
42. Regier D, A., Farmer M, E., Rae D, S., Locke B, Z., Keith S, J., Judd L, L., et al. Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. *AMA*. 1990;264:2511-8.
43. Lasser K, Boyd J, W., Woolhandler S, Himmelstein D, U., McCormick D, Bor D, H. . Smoking and mental illness : A population-based prevalence study. *AMA*. 2000;284:2606-1.
44. Charlson F, J., Moran A, E., Freedman G, Norman R, E., Stapelberg N, J., Baxter A, J., et al. The contribution of major depression to the global burden of ischemic heart disease : a comparative risk assessment. *BMC Med*. 2013;13:250.
45. Batelaan N, M., Seldenrijk A, Bot M, van Balkom A, J., Penninx B, W. . Anxiety and new onset of cardiovascular disease : critical review and meta-analysis. *Br J Psychiatry*. 2016;208(3):223-31.
46. Catalá-López F, Suárez-Pinilla M, Suárez-Pinilla P, Valderas J, M., Gómez-Beneyto M, Martínez S, et al. Inverse and direct cancer comorbidity in people with central nervous system disorders : a meta-analysis of cancer incidence in 577,013 participants of 50 observational studies. *Psychother Psychosom*. 2014;83(2):89-105.
47. Catalá-López F, Hutton B, Driver J, A., Page M, J., Ridao M, Valderas J, M., et al. Cancer and central nervous system disorders : protocol for an umbrella review of systematic reviews and updated meta-analyses of observational studies. *Syst Rev*. 2017;6:69.
48. Barnett K, Mercer S, Norbury M, Watt G, Wyke S, Guthrie B. Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education cross-sectional study *Lancet*. 2012;380(9836):37-43.
49. Grande I, Berk M, Birmaher B, Vieta E. Bipolar disorder. *The Lancet*. 2016;387(10027): 1561-72.
50. Barbosa IG, Huguet RB, Mendonça VA, Neves FS, Reis HJ, Bauer ME, et al. Increased plasma levels of brain-derived neurotrophic factor in patients with long-term bipolar disorder. *Neuroscience Letters*. 2010;475(2):95-8.
51. Joëlle Favre-Bonté, Ceccin M, Layouni J. Troubles bipolaires : repérage et diagnostic en premier recours. Haute Autorité de Santé 2014.
52. Miller TH. Bipolar Disorder. *Primary Care: Clinics in Office Practice*. 2016;43(2):269-84.
53. Frédéric Rouillon. Épidémiologie des troubles bipolaires. *L'Information psychiatrique* 2005.

54. Miller S, DO, B., , Ketter TA. The prevalence and burden of bipolar depression. *Journal of Affective Disorders*. 2014;169(S3-S11.).
55. Goodwin GM. Bipolar disorder. *Medicine*. 2016;44(11):661-3.
56. Henry C, C G. Maladie maniaco-dépressive ou troubles bipolaires. . Encyclopédie Orphanet,. 2004.
57. Étain B. Clinique de la bipolarité. *Le Journal des psychologues*. 2009;10 (273):20-3.
58. William Coryell M, Winokur G. Troubles bipolaires

Carver College of Medicine at University of Iowa.

59. wikipedia. Available from: [https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Manuel\\_diagnostique\\_et\\_statistique\\_des\\_troubles\\_mentaux&oldid=136908625](https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Manuel_diagnostique_et_statistique_des_troubles_mentaux&oldid=136908625)
60. Steelman BC. Bipolar II Disorder Case Study. *Archives of Psychiatric Nursing*. 2018.
61. Kizilkurt OK, Gulec MY, Giynas FE, & Gulec H. Effects of personality functioning on the global functioning of patients with bipolar disorder I. *Psychiatry Research*. 2018;266( 309-316).
62. Bellivier F. Physiopathologie du trouble bipolaire. *La Lettre du Pharmacologue*. 2014;28(3).
63. Jaafari N. Diagnostic et pronostic des troubles bipolaires et leur impact médico-social. Service Hospitalo-Universitaire de Psychiatrie et de Psychologie Médicale et Unité de recherche clinique intersectorielle à vocation régionale du CHL. 2015.
64. Valleur M, Loubières C. Troubles addictifs: Psycom.
65. Ngô TL, Provencher MD, Goulet J, Chaloult L. GUIDE DE PRATIQUE POUR LE DIAGNOSTIC ET LE TRAITEMENT DU TROUBLE BIPOLAIRE. 2015.
66. Henry C, Gay C. Maladie maniaco-dépressive ou troubles bipolaires. Encyclopédie Orphanet,. 2004.
67. Crocq M-A. Historical and cultural aspects of man's relationship with addictive drugs. *Dialogues Clin Neurosci* 2007 9(4):355-61.
68. organisation wh. Available from: [https://www.who.int/substance\\_abuse/terminology/definition1/fr/](https://www.who.int/substance_abuse/terminology/definition1/fr/).
69. partners ba. Qu'est-ce que la toxicomanie ou la dépendance? . bc's mental health and addictions journal.
70. Sussman S, Sussman AN. Considering the Definition of Addiction. *International Journal of Environmental Research and Public Health*,. 2011;8(10):4025-38.
71. Tanja Bastianic, Anne-Claire Brisacier, Cadet-Taïrou A. Drogues et addictions, données essentielles: OFDT; 2013
72. Ausubel DP. Causes and types of narcotic addiction : A psychosocial view. *The Psychiatric Quarterly*, . 1961;35(3):523-31.
73. Valleur M, DV. Les addictions sans drogue(s) revue toxibase. 2002;6.
74. mentalhelp. Available from: <https://www.mentalhelp.net/articles/definition-of-addiction/>.
75. CIM-10. CIM-10.
76. healthyplace. Available from: <https://www.healthyplace.com/addictions/addictions-information/types-of-addiction-list-of-addictions>.
77. Grant BF, Goldstein RB, Saha TD, Chou, S. P., J, J., , Zhang H, ... , Hasin DS. Epidemiology of DSM-5 Alcohol Use Disorder. *JAMA Psychiatry*. 2015;72(8):757.
78. Jellinek EM. Phases of alcohol addiction. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*. 1952;13(4):673-84.
79. Prabhat Jha, Frank J. Chaloupka, James Moore, Vendhan Gajalakshmi, C. P, Gupta, et al. Tobacco Addiction. *Disease Control Priorities in Developing Countries*.2(46).

80. drogues-dépendance. Available from: (<http://www.drogues-dependance.fr/heroine.html>).
81. sante.lefigaro.
82. assistance. a. Available from: <https://www.alcoolassistance.net/la-cocaine>.
83. Iversen L. Cannabis and the brain. Brain. 2003;126(6):1252-70.
84. ginad.
85. quebec.
86. revmed. Available from: <https://www.revmed.ch/RMS/2015/RMS-N-467/L-addiction-a-la-nourriture>.
87. lareponseudpsy.
88. wikipedia.
89. psychotherapie.
90. Véléa D. L'addiction à l'exercice physique. Psychotropes,. 2002;8(3):39.
91. cerveauetpsycho.
92. C. M. Le corps blessé, automutilation,. psychiatrie et psychanalyseParis Masson. 1995.
93. A. F. The coming of age of self-mutilation. J Nerv Mental Dis. 1998 186 259-68.
94. Dervaux A. Les achats compulsifs. Perspectives Psy 2008;47(22-26).
95. Laurent K, Michel R. Facteurs de risque et de vulnérabilité. Département de Psychiatrie et d'Addictologie Hôpital Universitaire Paul Brousse.
96. ipubli i. Facteurs de vulnérabilité à la consommation abusive de cannabis [En ligne]. 2001 [29 Avril 2019]. Available from: <http://www.ipubli.inserm.fr/bitstream/handle/10608/171/?sequence=9>.
97. inrs. ADDICTIONS : ALCOOL, TABAC, DROGUES... [En ligne]. 2018 [29 Avril 2019]. Available from: <http://www.inrs.fr/risques/addictions/reglementation.html>.
98. Drogues, alcool, tabac chez les 11-14 ans : en savoir plus pour mieux prévenir. mildeca 3-4 Avril 2012.
99. MaadDigital. [En ligne]. [29 Avril 2019]. Available from: <http://www.maad-digital.fr/>.
100. Scuvée-Moreau J. Neurobiologie de l'addiction. Revue Médicale de Liège. 2013:211-7.
101. Reynaud M, Karila L, Aubin H, J., Benyamina A. Traité d'Addictologie. 2ème ed 2004.
102. psycom. Troubles psychiques Troubles addictifs [En ligne]. 2018 [30 Avril 2019]. Available from: <http://www.psycom.org/Troubles-psychiques/Troubles-addictifs>.
103. cspaysbleuets. Le difficile diagnostic de l'addiction ou de la dépendance. 2016.
104. ECN r. référentiel Psychiatrie et Addictologie. 2016:388-93.
105. ECN r. référentiel Psychiatrie et Addictologie. 2ème ed 2016.
106. Fatséas M, Auriacombe M. Principes des traitements en addictologie. Addictologie: Elsevier Masson SAS; 2017.
107. Morel A. Place des psychothérapies dans l'accompagnement thérapeutique en addictologie. Théorie et pratique Psychotropes. 2010;16:31 à 48.
108. Dervaux A, Laqueille X. Comorbidités addictions/ trouble bipolaire : quel impact pour la prise en charge ? Impact of substance abuse disorders comorbidity on course and treatment of bipolar disorder La Lettre du Pharmacologue 2014;28(3).
109. Krishnan KRR. Psychiatric and Medical Comorbidities of Bipolar Disorder. Psychosomatic Medicine. 2005;67(1):1-8.
110. Corruble E, Hardy P. Observance du traitement en psychiatrie. Encyclopédie Médico-Chirurgicale. 2003;37-860-A-60:6 p.

111. Gabrion F. L'observance du traitement psychosocial chez des détenus fédéraux présentant un double diagnostic de schizophrénie et de trouble de la personnalité antisociale. Faculté des arts et des sciences: Université de Montréal; 2011.
112. Matthieu B. L'OBSERVANCE THERAPEUTIQUE: ses facteurs et ses enjeux [obtention du grade de DOCTEUR EN MÉDECINE]. FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY: Université Henri Poincaré, Nancy 1; 2001.
113. Haffen E, Poulet E. La réponse insuffisante : définition et implications. L'Encéphale. 2016;42:31-8.
114. Elloumi H, Mirabel-Sarron C, Zalila H, Boussetta A, Cheour M. L'observance thérapeutique du patient bipolaire : étude comparative des propositions de Basco, Rush et Newman pour l'améliorer. . Thérapie Comportementale et Cognitive. 2011;21(2):53-7.
115. Lang JP, Jurado N, Herdt C, Sauvanaud F, Lalanne Tongio L. L'éducation thérapeutique pour les patients souffrant de troubles psychiatriques en France : psychoéducation ou éducationthérapeutique du patient ? Revue d'épidémiologie et de Santé Publique. 2018.
116. Rouillon F. Epidemiologie des troubles psychiatriques Epidemiology of psychiatric disorders. Annales Médico Psychologiques. 2008;166:63-70.
117. DELAMILLIEURE P. Aspects pronostiques des troubles bipolaires. L'Encéphale. 2006;32 21-4.
118. Rouillon F. Epidemiologie des troubles psychiatriques Epidemiology of psychiatric disorders. Annales Médico Psychologiques 2008;166:63-70.
119. Favre-Bonté J. Troubles bipolaires : repérage et diagnostic en premier recours. HAUTE AUTORITE DE SANTE2014.
120. al Re. comorbidity of mental disorder. jama 1990(264):19.
121. Yahiaoui M, Ramadane M. Prevalence de la consommation des substance psycho actives (SPA) chez les patients atteints de troubles psychiques hospitalises: Abubakr belkaid; 2017.
122. M. L, H. E. Troubles psychiatriques et addictions  
Paris : Masson; 2009.
123. Dash S, Balasubramaniam M, Villalta F, Dash C, J P. Impact of cocaine abuse on HIV pathogenesis. Front Microbial. 2015;6.
124. Jaafari N. Diagnostic et pronostic des troubles bipolaires et leur impact médico-social. 2015.
125. Alice., Nebreda D. peau en lambeaux et sentiment d'inexistence. CHAMP PSY. 2012 62:99-112.

# Annexes

## Annexe I :

MEMOIRE DE FIN D'ETUDE POUR L'OBTENTION DU DIPLOME DE DOCTEUR EN PHARMACIE :

THEME : ADDICTION chez les patients atteints de troubles bipolaires au service de psychiatrie CHU Tlemcen

### QUESTIONNAIRE:

Numéro du patient :

Date :

Dans le cadre de la réalisation d'un mémoire de fin d'étude en Pharmacie, on vous remercie de bien vouloir consacrer quelques minutes de votre temps pour répondre au questionnaire anonyme ci-joint.

#### I-INFORMATIONS SOCIODEMOGRAPHIQUES :

1-Age :.....

2-Sexe :                     Féminin                     Masculin

3-Niveau d'éducation :                     Analphabète                     Primaire                     Moyen                     Lycée  
 Universitaire

4-Etat civil :                     Célibataire                     Marié(e)                     Divorcé(e)                     Veuf (Ve)

5-Région où vous habitez :.....

6-Activité sportive :                     Toujours                     Parfois                     Rarement                     Jamais

7-Alimentation :                     Equilibrée                     Non équilibrée

9-Antécédants :    1°psychiatrique familiaux:  oui                     Non

2° PERSONNEL :  pathologies associées  chirurgicaux

**II. INFORMATIONS RELATIVES A L'ADDICTION :**

**1- Consommation des substances psychoactives**  Oui  Non

**2- Combien**  Une seule  Plusieurs

**3- Lesquelles :**

Substance	Café	Thé	Tabac	Boisson Enrg	Cocaïne	Cannabis	Amphétamines	Alcool	BZD	Barbi	Opiacés	Anti-His	plantes	SLV	INTE RNET	TRAVAIL	SPORT	JEUX
Fréquence																		
Moment de consommation																		
Dose ingérée																		
Ordre de priorité																		

**4- motif évoqué :**

- Combattre la fatigue  Force physique  Bien dormir la nuit  convivialité
- Empêcher le sommeil  Rester attentif  Charge du travail  Prendre du plaisir
- Problèmes socioéconomiques  Mauvaise fréquentation  Anxiété et stress

**5- Type de SPA :**

- Licite  Illicite

**6- Rythme de la consommation :**

- Journalier  Hebdomadaire  Mensuel  Annuel

**7-Fréquence de la consommation :**

- Expérimentale  Occasionnelle  Régulière

**8- Age du début de la consommation :**

- <15ans  15-20ans  20à25ans  25à30ans  >30ans

**9-Circonstances de la consommation :**

- Volontaire  Influencé  Secondaire

**10-Conséquences de l'usage :**

- Effets sur la santé  Problèmes professionnels  Problèmes socioéconomiques  Problèmes familiaux

**11- Symptômes lorsque vous les consommez**

- Insomnie  Somnolence  Vertige  excitation  Sédation  Troubles de la vision
- Hallucinations

- Troubles du rythme  Hyperthermie  Troubles psychomoteurs  Délires  Autre

Citez .....

**12- Début de l'accès :** .....

**13 :derniere consommation :** .....

**14-Recidives :**  Oui  Non  combien de fois .....

17-Tentative d'arrêt :  Oui  Non 16-Sevrage :  Volontaire  Imposé

18- Etat de sevrage :  Calme  Toléré  Mal

19-Automutilations :  Oui  Non

15- Connaissance sur la substance :  Oui  Non  Un peu

16- Qu'est-ce que vous connaissez sur la SPA ? .....

### **III. INFORMATIONS RELATIVES AU TROUBLES BIPOLAIRES :**

1-Age exact du début des troubles: .....ans 2-Nombre d'Accès .....

3-Nombre de recidives ..... 4-Nombre d'Hospitalisations .....

5-Causes de recidives :

Arrêt du traitement  Prise de produits toxiques  Conflits Familiaux  Conflits Personnels

Autre

Precisez.....

6-Type de troubles bipolaires :  T.Bip ①  T.Bip ②

7-Tentative de Suicide ?  Oui  Non

8- Si OUI : Nombres T.S :

9-Traitement actuel :  : AP 1°G  : AP 2°G  : Thymo-régulateurs  :  
Anxiolytiques

NAP  APAP  Anti dépresseur  Sismothérapie  Autres

Precisez.....

### **III. INFORMATIONS RELATIVES Aux traits de caractères :**

1-impulsivité :  Oui  Non 2-irritabilité :  Oui  Non

3-intolérance aux frustrations :  Oui  Non 4-facilité de passage à l'acte  Oui  Non

5-méfiace :  Oui  Non 6-orgueil :  Oui  Non

7-suggestible :  Oui  Non 8-théâtrale :  Oui  Non

9-angoisse de séparation :  Oui  Non 10-surestimation de soi :  Oui  Non

11-psychorigidité :  Oui  Non 12-culpabilité :  Oui  Non

13-retrait :  Oui  Non 14-peu d'intérêt aux activités sociales :  Oui  Non

15-évitement des situations sociales :  Oui  Non 16-psychorigidité :  Oui  Non

17-partenaires multiples :  Oui  Non 18-instabilité professionnelle :  Oui  Non

## Annexe II :

### **Critères de dépendance à une substance**

Mode d'utilisation inadapté d'une substance conduisant à une altération du fonctionnement ou une souffrance, cliniquement significative, caractérisé par la présence de trois ou plus) des manifestations suivantes, à un moment quelconque d'une période continue de 12 mois :

(1) tolérance, définie par l'un des symptômes suivants :

(a) besoin de quantités notablement plus fortes de la substance pour obtenir une intoxication ou l'effet désiré

(b) effet notablement diminué en cas d'utilisation continue d'une même quantité de la substance.

(2) sevrage caractérisé par l'une ou l'autre des manifestations suivantes :

(a) syndrome de sevrage caractéristique de la substance (voir les critères A et B des critères de Sevrage à une substance spécifique)

(b) la même substance (ou *une* substance très proche) est prise pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage



(3) la substance est souvent prise en quantité plus importante ou pendant une période plus prolongée que prévu

(4) il y a un désir persistant, ou des efforts infructueux, pour diminuer ou contrôler l'utilisation de la substance

(5) beaucoup de temps est passé à des activités nécessaires pour obtenir la substance (p. ex., consultation de nombreux médecins ou déplacement sur (de longues distances), à utiliser le produit (p. ex., fumer sans discontinuer), ou à récupérer de ses effets

(6) des activités sociales, professionnelles ou de loisirs importantes sont abandonnées ou réduites à cause de l'utilisation de la substance

(7) l'utilisation de la substance est poursuivie bien que la personne sache avoir un problème psychologique ou physique persistant ou récurrent susceptible d'avoir été causé ou exacerbé par la substance (par exemple, poursuite de la prise de cocaïne bien que la personne admette une dépression liée à la cocaïne, ou poursuite de la prise de boissons alcoolisées bien que le sujet reconnaisse l'aggravation d'un ulcère du fait de la consommation d'alcool)

*Spécifier si :*

Avec dépendance physique : présence d'une tolérance ou d'un *sevrage* (c.-à-d. des items 1 ou 2)

Sans dépendance physique : absence de tolérance ou de sevrage (c.-à-d. tant de l'item 1 que de l'item 2)

Spécifications de l'évolution (voir le texte pour leurs définitions) :

**Remission precoce complete**

**Remission precoce partielle**

**Remission prolongee complete**

**Remission prolongee partielle**

**2 Traitement par agoniste**

**1 En environnement protégé**

## Annexe III :

### **Critères de l'abus d'une substance**

A. Mode d'utilisation inadéquat d'une substance conduisant à une altération du fonctionnement Ou à une souffrance cliniquement significative, caractérisé par la présence d'au moins une des manifestations suivantes au cours d'une période de 12 mois :

(1) utilisation répétée d'une substance conduisant à l'incapacité de remplir des obligations majeures, au travail, à l'école, ou à la maison (par exemple, absences répétées ou mauvaises performances au travail du fait de l'utilisation de la substance, absences, exclusions temporaires ou définitives de l'école, négligence des enfants ou des tâches ménagères)

(2) utilisation répétée d'une substance dans des situations où cela peut être physiquement dangereux (par exemple, lors de la conduite d'une voiture ou en faisant fonctionner une machine alors qu'on est sous l'influence d'une substance)

(3) problèmes judiciaires répétés liés à l'utilisation d'une substance (p. ex., arrestations pour comportement anormal en rapport avec l'utilisation de la substance)

(4) utilisation de la substance malgré des problèmes interpersonnels ou sociaux, persistants ou récurrents, causés ou exacerbés par les effets de la substance (par exemple disputes avec le conjoint à propos des conséquences de l'intoxication, bagarres)

B. Les symptômes n'ont jamais atteint, pour cette classe de substance, les critères de la Dépendance à une substance.

## Annexe IV:

### **Critères d'un Episode dépressif majeur :**

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

N.B : Ne pas inclure des symptômes qui sont manifestement imputables à une affection médicale générale, à des idées délirantes ou à des hallucinations non congruentes à l'humeur.

(1) Humeur dépressive présente pratiquement toute la journée, presque tous les jours, signalée par le sujet (p. ex., se sent triste ou vide) ou observée par les autres (p. ex., pleure).

N.B : Éventuellement irritabilité chez l'enfant et l'adolescent.

(2) Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités pratiquement toute la journée, presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres).

(3) Perte ou gain de poids significatif en l'absence de régime (p. ex., modification du poids corporel en un mois excédant 5 %), ou diminution ou augmentation de l'appétit presque tous les jours. N.B : Chez l'enfant, prendre en compte l'absence de l'augmentation de poids attendue.

(4) Insomnie ou hypersomnie presque tous les jours.

(5) Agitation ou ralentissement psychomoteur presque tous les jours (constaté par les autres, non limité à un sentiment subjectif de fébrilité ou de ralentissement intérieur).

(6) Fatigue ou perte d'énergie presque tous les jours.

(7) Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée (qui peut être délirante) presque tous les jours (pas seulement se faire grief ou se sentir coupable d'être malade).

(8) Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres).

(9) Pensées de mort récurrentes (pas seulement une peur de mourir), idées suicidaires récurrentes sans plan précis ou tentative de suicide ou plan précis pour se suicider.

B. Les symptômes ne répondent pas aux critères .

C. Les symptômes induisent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

D. Les symptômes ne sont pas imputables aux effets physiologiques directs d'une substance (p. ex., une substance donnant lieu à abus, un médicament) ou d'une affection médicale générale (p. ex., hypothyroïdie).

E. Les symptômes ne sont pas mieux expliqués par un Deuil, c.-à-cl. après la mort d'un être cher, les symptômes persistent pendant plus de deux mois ou s'accompagnent d'une altération marquée du fonctionnement, de préoccupations morbides de dévalorisation, d'idées suicidaires, de symptômes psychotiques ou d'un ralentissement psychomoteur.

## **Annexe V:**

### **Critères d'un Episode maniaque**

A. Une période nettement délimitée durant laquelle l'humeur est élevée de façon anormale et persistante, pendant au moins une semaine (ou toute autre durée si une hospitalisation est nécessaire).

B. Au cours de cette période de perturbation de l'humeur, au moins 3 des symptômes suivants (4 si l'humeur est seulement irritable) ont persisté avec une intensité suffisante :

- (1) augmentation de l'estime de soi ou idées de grandeur
- (2) réduction du besoin de sommeil (p. ex., le sujet se sent reposé après seulement 3 heures de sommeil).
- (3) plus grande communicabilité que d'habitude ou désir de parler constamment
- (4) fuite des idées ou sensations subjectives que les pensées défilent
- (5) distractibilité (p. ex., l'attention est trop facilement attirée par des stimulus extérieurs sans importance ou insignifiants)
- (6) augmentation de l'activité orientée vers un but (social, professionnel, scolaire ou sexuel) ou agitation psychomotrice
- (7) engagement excessif dans des activités agréables mais à potentiel élevé de conséquences dommageables (p. ex., la personne se lance sans retenue dans des achats

inconsidérés, des conduites sexuelles inconséquentes ou des investissements commerciaux déraisonnables)

C. Les symptômes ne répondent pas aux critères d'un Épisode mixte

D. La perturbation de l'humeur est suffisamment sévère pour entraîner une altération marquée du fonctionnement professionnel, des activités sociales ou des relations interpersonnelles, ou pour nécessiter l' hospitalisation afin de prévenir des conséquences dommageables pour le sujet ou pour autrui, ou bien il existe des caractéristiques psychotiques.

E. Les symptômes ne sont pas dus aux effets physiologiques directs d'une substance (p. ex. substance donnant lieu à abus, médicament ou autre traitement) ou d'une affection médicale générale (p. ex.,hyperthyroïdie).

N.-B. : Des épisodes d'allure maniaque clairement secondaires à un traitement antidépresseur somatique (p. ex., médicament, sismothérapie, photothérapie) ne doivent pas être pris en compte pour le diagnostic de Trouble bipolaire I.

## Annexe VI

### Critères d'un Episode hypomaniaque

A. Une période nettement délimitée durant laquelle l'humeur est élevée de façon persistante, expansive ou irritable, clairement différente de l'humeur non dépressive habituelle, et ce tous les jours pendant au moins 4 jours.

B. Au cours de cette période de perturbation de l'humeur, au moins 3 des symptômes suivants (quatre si l'humeur est seulement irritable) ont persisté avec une intensité significative :

(1) augmentation de l'estime de soi ou idées de grandeur  
(2) réduction du besoin de sommeil (p. ex., le sujet se sent reposé après seulement 3 heures de sommeil)

(3) plus grande communicabilité que d'habitude ou désir de parler constamment

(4) fuite des idées ou sensations subjectives que les pensées défilent

(5) distractibilité (p. ex., l'attention est trop facilement attirée par des stimulus extérieurs sans importance ou insignifiants)

(6) augmentation de l'activité orientée vers un but (social, professionnel, scolaire ou sexuel) ou agitation psychomotrice

(7) engagement excessif dans des activités agréables mais à potentiel élevé de conséquences dommageables (p. ex. la personne se lance sans retenue dans des achats inconsidérés, des conduites sexuelles inconséquentes ou des investissements commerciaux déraisonnables).

C. L'épisode s'accompagne *de* modifications indiscutables du fonctionnement, qui diffère de celui du sujet hors période symptomatique.

D. La perturbation de l'humeur et la modification du fonctionnement sont manifestes pour les autres.

E. La sévérité de l'épisode n'est pas suffisante pour entraîner une altération marquée du fonctionnement professionnel ou social, ou pour nécessiter l'hospitalisation, et il n'existe pas de caractéristiques psychotiques.

F. Les symptômes ne sont pas dus aux effets physiologiques directs d'une substance (p. ex., substance donnant lieu à abus, médicament, ou autre traitement) ou d'une affection médicale générale (p. ex., hyperthyroïdie).

N.B. : Des épisodes d'allure hypomaniaques clairement secondaires à un traitement antidépresseur somatique (médicament, électrothérapie, photothérapie) ne doivent pas être pris en compte pour le diagnostic de Trouble bipolaire II.



**Résumé :** Les troubles bipolaires (TB) comorbides aux conduites addictives sont un problème de santé publique majeur qui nécessite une prise en charge médicale et psychologique adéquate. L'**objectif** de cette étude transversale descriptive menée d'octobre 2018 à mars 2019 était de déterminer la prévalence des conduites addictives chez les patients bipolaires suivis au niveau du service de psychiatrie du CHU Tlemcen Algérie. **Résultat :** Les 80 patients inclus avaient une moyenne d'âge de  $33.25 \pm 11.90$ , le sexe masculin était prédominant (76%) avec un sexe ratio H/ F 3.21 ; les conduites addictives étaient observées chez 60% dont 72% des hommes. Les substances psychoactives (SPA) les plus consommées étaient tabac (87%), l'alcool (56%) et cannabis (50%). La consommation des SPA était notée après l'installation du (TB) dans 77% des cas. Les récurrences ont été observées une fois (29%) deux fois (14%) due à la non observance ; les tentatives de suicide chez 21% des patients. **Conclusion :** les patients bipolaires ayant des conduites addictives ont un risque élevé de rechutes et de suicide ; l'évaluation de cette comorbidité améliore leur prise en charge et augmente leur observance thérapeutique.

**Mots clé :** trouble bipolaire, addiction, SPA, Observance, Tlemcen.

**Abstract** Bipolar disorders (BD) that comorbid with addictive behaviors are a major health problem that requires adequate medical and psychological care. The objective of this descriptive cross-sectional study conducted from October 2018 to March 2019 was to determine the prevalence of addictive behaviors in bipolar patients who are followed at the psychiatric service of the university-hospital-center of Tlemcen Algeria. **Results:** the 80 included patients had an average age of  $33.25 \pm 11.90$ . the masculine sex was predominant (76%) with a sex ration of M/F 3.21; the addictive behaviors was observed in 60% where 72% are men. the most consumed Psychoactive Substances (PAS) were tobacco (87%), alcohol (56%) and cannabis (50%). The consumption of PAS was noted after the BD was installed in 77% of the cases. The recurrences were observed one time 29% and two time 14% due to non-compliance; suicide attempts in 21% of patients. **Conclusion:** The bipolar patients with addictive behaviors have a high risk of relapses and suicide; the evaluation of this comorbidity improves their medical management and increases their therapeutic compliance.

**Key words:** Bipolar disorder, Addiction, PAS, Observance, Tlemcen.

**المخلص** ان اضافة الاضطرابات الادمانية الى مرضى الثنائية القطبية لهو مشكل صحي خطير يستوجب رعاية صحية و متابعة نفسية ملائمة . الهدف من هذه الدراسة الوصفية المستعرضة المقامة من الأول من أكتوبر 2018 الى ال10 من افريل 2019 كان تحديد مدى انتشار هذا السلوك الادماني لدى مرضى الثنائية القطبية المتابعين على مستوى مصلحة الامراض العقلية بالمستشفى الجامعي (76) و 80% معدل عمري يقدر ب 35.25 11.90 حيث الجنس الذكوري غالب ( تلمسان الجزائر . **النتائج** كان للمرضى ال منهم رجال . اكثر المواد المستهلكة المسيبة للادمان كانت التبغ % حيث 72 %نسبية جنسية ذ/م=3.21 . السلوك الادماني لوحظ لدى 60 من الحالات . سجلت %بداية هذا الاستهلاك لوحظ بعد بداية المرض القطبي عند 77 % 50 و الحشيش % الكحول 56 % 87 لوحظت عند 21 بسبب نقص المراعات الطبية . محاولات الانتحار % و مرتين لدى 14 % حالات الانتكاس مرة واحدة لدى 29 من المرضى . **الخاتمة** لدى مرضى الثنائية القطبية الذين يستهلكون المواد السببية للادمان خطر كبير للوقوع في انتكاسات و اخطار الانتحار . تقييم هذا الاعتلال المشترك سيحسن من مستوى الرعاية الصحية و يمكن من امثال علاجي افضل

**الكلمات المفتاحية** الثنائية القطبية الإدمان مواد ذات تأثير نفسي. الامتثال العلاجي تلمسان