

UNIVERSITE CHEIKH ANTA DIOP DE DAKAR
FACULTE DE MEDECINE- DE PHARMACIE ET D'ODONTO-
STOMATOLOGIE

ANNEE 2004

N°23



**LA PSYCHOSE MANIACO-DEPRESSIVE ET SES
REPERCUSSIONS SOCIO-ECONOMIQUES**

THESE
POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MEDECINE
(DIPLOME D'ETAT)

Présentée et soutenue publiquement
Le 17 Avril 2004
Par

FATOU MBENGUE (épouse SOW)

Née le 04 septembre 1977
A DAKAR

MEMBRES DU JURY

Président :	Monsieur Ibrahima Pierre	NDIAYE	Professeur
Membre :	Monsieur Momar	GUEYE	Professeur
Membre :	Monsieur Seydou	BADIANE	Maître de Conférences
agrégué			
Membre :	Monsieur Bernard Marcel	DIOP	Maître de Conférences
agrégué			

NOTE AUX LECTEURS

Ce document a été numérisé et mis en ligne par la Bibliothèque Centrale de l'Université Cheikh Anta DIOP de DAKAR



Bibliothèque Centrale UCAD

Site Web: www.bu.ucad.sn

Mail: bu@ucad.edu.sn

Tél: +221 33 824 69 81

BP 2006, Dakar Fann - Sénégal

DIRECTEUR DE THESE : Monsieur Momar GUEYE Professeur

CO-DIRECTRICE DE THESE : Madame Aïda SYLLA Maître-Assistante

Introduction

L'humeur est cette disposition affective fondamentale riche de toutes les instances émotionnelles et instinctives, qui donne à chacun de nos états d'âme une tonalité agréable ou désagréable, oscillant entre les deux pôles extrêmes du plaisir et de la douleur. **(31)**

L'humeur peut subir des variations pathologiques allant soit dans le sens de la gaieté (manie) soit dans le sens de la tristesse (mélancolie). Les troubles de l'humeur encore appelés les troubles thymiques sont parmi les troubles les plus couramment observés en pratique psychiatrique. **(8)**

La manie et la mélancolie en apparence opposée peuvent appartenir à une même affection psychiatrique: la psychose maniaco-dépressive (PMD).

L'existence des troubles de l'humeur notamment la dépression en Afrique et au Sénégal était controversée à cause de la forme qu'elle pouvait y revêtir. Cette forme est différente de ce qui se voyait en occident. **(13)**

Le modèle phénoménologique de la dépression est susceptible de changer d'une culture à une autre et peut varier dans une même « culture » en fonction des mutations sociales.

En 1964, M DIOP **(13)** trouve que les états dépressifs constituent 16 à 20% des malades hospitalisés en Afrique.

En 1966, dans sa communication au congrès de Madrid COLLOMB déclare que les états dépressifs constituent 15% de la pathologie mentale au Sénégal.

Les troubles de l'humeur ont toujours occupé une place de choix au niveau des préoccupations diagnostiques et étiopathogéniques au Sénégal.

La psychose maniaco-dépressive, maladie au long cours et cyclique évolue sur plusieurs années, pouvant entraîner des répercussions au niveau social et économique.

Les malades avec le contexte de sous-développement sont confrontés à une difficulté de prise en charge de la maladie par l'entourage. Les patients peuvent avoir des difficultés à subvenir au coût du traitement (achat de thymo-régulateurs, frais pour dosage sanguin des médicaments...) et à faire le déplacement à Dakar pour suivre les rendez-vous.

Des études antérieures menées au CHU de Fann montrent que les régions de Dakar, de Thiès et de Saint-Louis sont les premières localités d'où proviennent les malades. **(27)**.

Ceci s'explique par le fait que les maniaco-dépressifs sont bien insérés dans la réalité et se rendent d'eux même à l'hôpital durant les intervalles libres. Il y a donc une certaine fidélité par rapport au premier lieu où les patients porteurs de ce genre de trouble ont été pris en charge. Ils n'adhèrent pas aux prestations de proximité faites dans ces régions.

Il nous apparaît dès lors nécessaire de faire le point sur les répercussions que peut avoir la psychose maniaco-dépressive au niveau social et économique.

Le but visé dans ce travail est de contribuer à une amélioration de la prise en charge des patients souffrant de psychose maniaco-dépressive.

Nous nous proposons de déterminer les répercussions sur la dynamique familiale, les répercussions économiques et socioprofessionnelles de la psychose maniaco-dépressive.

Pour ce faire, notre objectif principal sera : de mieux comprendre la psychose maniaco-dépressive afin de mieux asseoir les stratégies de la prise en charge.

Pour ce faire, nous nous fixons les objectifs intermédiaires suivants :

- évaluer les conséquences économiques de la psychose maniaco-dépressive
- évaluer les conséquences socioprofessionnelles de la psychose maniaco-dépressive
- évaluer les conséquences de la psychose maniaco-dépressive sur la dynamique familiale.

I. DEFINITION

Sur le plan clinique, la psychose maniaco-dépressive (PMD) se définit par des troubles spécifiques de l'humeur (manie, dépression) cycliques. Le malade retrouve généralement un état normal dans l'intervalle séparant les différents accès **(6)**.

Sur le plan évolutif, la psychose maniaco-dépressive est une maladie récurrente. Elle a deux pôles différents, elle plonge ceux qui en souffrent dans des périodes de ralentissement suivies d'épisodes marqués, au contraire, par une très grande excitation. De quoi bouleverser la vie des maniaco-dépressifs et de leur entourage **(5)**.

Sur le plan étiologique, la psychose maniaco-dépressive se caractérise par la présence des facteurs prédisposant ou héréditaires et accidentels. **(6)**

II. HISTORIQUE

Si depuis l'antiquité, on note des relations entre les accès de manie et de mélancolie, ces deux "crises" restent jusqu'au début du XIX^e siècle des "maladies" séparées qui peuvent seulement occasionnellement alterner ou se compliquer. **(19)**

Cette manière de voir est encore partagée par PINEL et ESQUIROL.

Ce n'est qu'en 1854, que J.P. FALRET et BAILLAGER décrivent, presque en même temps, une maladie appelée:

- Folie circulaire par le premier
- Folie à double forme par le second.

En 1883, apparaît le travail de RITTI qui consacre, en France, la notion d'une affection unique caractérisée par la succession de crises de manie ou de mélancolie chez un même individu.

Il faut attendre le XX^{ème} siècle pour que la manie et la dépression soient assurément réunies par KRAEPELIN en une seule entité: la

Psychose maniaco-dépressive. Il la considère comme une psychose essentiellement endogène ou constitutionnelle.

En Afrique, les premiers travaux, faits par des auteurs européens travaillant sur le continent et qui s'étaient intéressés à la dépression, soulignent la rareté des cas rencontrés. (L. GORDON, LAUBCHER, LAMONT,...) **(8)**

CAROTHERS (1953) relève au Kenya, un taux d'incidence de la psychose maniaco-dépressive de 5,1 p.100 pour 609 admissions à l'hôpital de Nairobi.

Par contre, BENEDICT et JACK (1954) ne manquent pas de souligner les faibles taux de suicide qu'ils justifient par la rareté des états dépressifs.

Cependant, lorsque les manifestations de la dépression sont mieux définies, PRINCE (1962) et LAMBO (1956, 1960) notent la grande fréquence des plaintes somatiques qui peuvent masquer la dépression.

GERMAN (1972) relève que la manie prédomine souvent sur les dépressions classiques chez les africains et il souligne l'absence de sentiment de culpabilité et des ruminations suicidaires au cours de ces épisodes dépressifs.

Au Sénégal, les troubles de l'humeur occupent toujours une place de choix au niveau des préoccupations diagnostiques et étiopathogéniques.

L'existence même de la dépression était controversée au Sénégal et en Afrique, à cause de la forme qu'elle peut y revêtir. Cette forme est souvent différente de ce qui se voit en Occident. **(13)**

Sur le plan socio-éthymologique, on peut faire un rapprochement entre :

- le caractère cyclothymique que l'on retrouve comme fond de tableau des accès maniaques et mélancoliques.

- et le terme woloff « Dikhelé » qui est un changement de caractère d'un jour à l'autre.

Tantôt l'individu est jovial et ouvert, tantôt il est triste et renfermé.

On peut faire d'autres rapprochements comme :

- « khersa » et mélancolie: disposition émotive-affective qui se manifeste dans les rapports inter humains par l'inhibition des conduites sociales normales ou par la production de conduites inadaptées.
- « Eupeul » et manie: disposition émotive-affective qui se manifeste dans les rapports inter humains par un état d'excitation intellectuelle et psychomotrice et d'exaltation de l'humeur.

III. ETUDE CLINIQUE

1. CIRCONSTANCES D'APPARITION

1-1. L'âge de début de la maladie

L'apparition des troubles se fait classiquement à l'âge de la maturité (entre 30 et 40 ans).

Mais elle peut être plus précoce dans certains cas (entre 20 et 30 ans, surtout dans les formes bipolaires) ou plus tardive (jusqu'à 65 ans) **(32)** .

1-2. Le sexe

Les femmes sont plus souvent atteintes que les hommes (dans un rapport de 2 pour 1). **(31)**

1-3. Le biotype

Les sujets malades seraient plutôt de biotype pycnique (dans 2/3 des cas). C'est un morphotype décrit par KRETSCHMER **(5)** et marqué par:

- une taille modérée

- une tendance à l'embonpoint et à la calvitie.

Les travaux de BLEULER et de KRESCHMER, sur les typologies psychologiques et somatiques montrent l'opposition fréquente entre les constitutions cycloïdes et schizoïdes.

- les cycloïdes sont des « syntones » du type « pycnique »
- par rapprochement, au Sénégal on a l'habitude de dire que les individus de petite taille sont de tempérament jovial « Gat Saf ».

1-4. Le caractère

Tempérament cyclothyme. Les traits rassemblés dans ce vocable sont les suivants: amabilité, tranquillité, chaleur affective, variations thymiques en fonction des situations extérieures s'étendant de la tristesse à la gaieté. **(8)**

1-5. Les antécédents familiaux

On estime que le risque pour un individu de développer au moins un épisode maniaque ou mélancolique au cours de son existence est d'environ 1 p.100 de la population générale.

Ce risque s'élève à 10 à 15 p.100 chez les parents au premier degré des malades maniaco-dépressifs. **(17)**

2. MANIFESTATIONS CLINIQUES

2-1. L'accès de Manie franche aiguë

On appelle manie, un état de surexcitation des fonctions psychiques caractérisé par l'exaltation de l'humeur et un déchaînement des pulsions instinctivo-affectives.

La dépense excessive et désordonnée de l'énergie se manifeste également dans les domaines psychique, psychomoteur et neurovégétatif. **(19)**

2-1-1. Le début

Le début est variable.

Il est en général rapidement progressif en l'espace de quelques jours à quelques semaines marqué par une phase dépressive: asthénie, fatigabilité, tristesse, irritabilité, céphalées et surtout insomnie. Cette phase dépressive est fréquente et importante, et peut servir de "sonnette d'alarme" aux malades ayant déjà présenté ce genre de crise.

Il peut être marqué par un stade prémonitoire d'exaltation émotionnelle de quelques heures à quelques jours (grossièreté inhabituelle, actes incongrus, parfois scandaleux ou délictuels).

Les malades qui ont eu plusieurs accès alertent leur entourage par un "signal symptôme", se traduisant par des comportements ou idées insolites qui inaugurent chaque nouvelle crise.

Le début peut être brutal sans prodromes, la crise éclate d'un seul coup. Le malade se sent envahi par un sentiment euphorique de bien-être, et de facilité, un besoin irrésistible d'activité et de mouvement. L'insomnie est totale.

Les propos sont de plus en plus abondants et rapides. Le malade fait des projets, des démarches tapageuses. Il s'irrite facilement, emploie des mots souvent grossiers qu'il n'avait pas l'habitude de prononcer et qui choquent son entourage. **(16)**

2-1-2. La période d'état (16)

Progressivement, se trouve réalisé le tableau complet qui associe:

- l'exaltation de l'humeur
- l'excitation psychomotrice et le jeu
- l'excitation psychique et la fuite des idées
- les perturbations somatiques.

A ce moment, le diagnostic est facilement évoqué sur:

➤ **la présentation:** elle est caractéristique. La tenue du malade est débraillée et extravagante, parfois même il se dénude.

Le visage est animé, enjoué ou furieux. Les yeux sont brillants, le malade lance des clins d'yeux aguichants ou entendus. Il parle sans arrêt. Les femmes malades adoptent un maquillage outrancier, vulgaire.

Au plus fort de son agitation, le malade déclame, chante, crie, vocifère et sa voix s'enroue. Le contact est facile, familier.

Il est sans cesse en mouvement; l'agitation peut atteindre une intensité extrême et parvenir à l'état de "fureur maniaque" au cours duquel, le malade déménage sa chambre, essaye de tout briser, devient grossier et malpropre. Notons que "cette présentation" du maniaque qui faisait l'objet des pittoresques descriptions et iconographies de jadis tend à être moins spectaculaire et plus rare depuis que l'on met en œuvre des traitements pharmacologiques qui en modifient rapidement l'évolution.

➤ **L'exaltation de l'humeur** se manifeste par une euphorie extrême, un sentiment de bien-être et de joie exceptionnels. Le maniaque se sent infatigable, heureux de vivre, prêt à tout entreprendre et à tout réussir.

Mais sa tonalité affective est instable et il passe rapidement de la joie aux larmes et des lamentations à la colère.

L'angoisse sous jacente n'est jamais loin, mais le maniaque l'enfouit dans son excitation. Il est ironique et caustique, il ridiculise volontiers son interlocuteur, récrimine et dénonce parfois avec pertinence et souvent malignité les imperfections du service hospitalier.

Enfin, cette effervescence peut se décharger dans des manifestations d'irritation, de violence et même d'agressivité forcenée.

L'excitation érotique est presque toujours vive. Elle peut se borner à des propos, des propositions, à des gestes de coquetterie ou de séduction.

➤ **L'irritabilité ou versatilité de l'humeur**

on observe souvent une labilité thymique importante. Les larmes succédant aux rires, le découragement à l'insouciance et l'agressivité à la générosité.

Ces périodes de labilités thymiques voire d'irritabilité ne durent que peu de temps.

➤ **L'excitation psychomotrice et le jeu.** Le maniaque éprouve le besoin impérieux d'activités. Il va, vient, gesticule, change le mobilier de place, éclate de rire, applaudit, chante et danse.

Les mouvements sont inadaptés, dépassant leur but et se succèdent dans un grand désordre. Le trait dominant de cette activité stérile, c'est le jeu: le maniaque joue des scènes, il improvise des scénarios, imite des personnages connus. La caractéristique de ce jeu est d'emprunter des éléments au monde extérieur.

Parfois l'activité désordonnée des maniaques les pousse à des réactions dangereuses et médico-légales (excentricité, voies de fait, attentat à la pudeur...). mais il s'agit surtout de réactions tapageuses ou scandaleuses.

➤ **L'excitation psychique et la fuite des idées.** Le maniaque donne l'impression d'une accélération de tous les processus psychiques. Cette accélération du rythme de la pensée ou tachypsychie se manifeste par quelques troubles caractéristiques.

- Le langage parlé et écrit est un flux continu de mots, de propos mal enchaînés et rapides (logorrhée, graphorrhée).
- L'accélération des représentations mentales: l'association des idées est superficielle et rapide. Il n'y a pas de construction logique. Les propos s'enchaînent au gré des liens verbaux automatiques et accidentels.

- L'abolition de l'attention: les perceptions ne sont pas troublées et dans l'ensemble le maniaque perçoit normalement le monde extérieur.
- L'orientation reste habituellement correcte.
- La mémoire est troublée dans sa dynamique mais pas déficitaire.
- L'imagination est aussi exaltée et peut de ce fait aboutir à des productions imaginatives pseudo délirantes: idées d'invention, de grandeur, de revendication auxquelles le malade ne croit pas sérieusement "délire verbal".

Tous ces troubles des opérations mentales se résument dans le symptôme principal: la fuite des idées. Elle consiste en un flot presque continu d'un discours rapide avec brusques changements de sujets, reposant habituellement sur des associations compréhensibles, sur divers stimuli représentant des sources de distraction ou sur des jeux de mots.

Lorsque la fuite des idées est importante, le discours peut-être désorganisé et incohérent.

➤ **Les perturbations somatiques.** On observe une réduction du besoin de sommeil. Le patient se réveille plusieurs heures avant son heure habituelle, plein d'énergie. Lorsque le trouble est sévère, le patient peut rester pendant plusieurs jours sans dormir du tout, et pourtant il ne sent pas fatigué.

Enfin l'état général est habituellement troublé. L'accès de manie s'accompagne d'amaigrissement, de boulimie, d'une polydipsie, d'une légère hyperthermie, d'accélération du pouls, de chute de la tension artérielle, d'hypersialorrhée, d'aménorrhée.

Cependant, l'examen neurologique est le plus souvent normal. L'examen somatique est souvent difficile à faire chez ces malades agités.

2-2. L'accès de Mélancolie franche aiguë (16, 19)

La crise de mélancolie est un état de dépression intense vécu avec un sentiment d'extrême douleur morale, et caractérisée par le ralentissement et l'inhibition des fonctions psychiques et psychomotrices.

2-2-1. Le début (19)

Le début est généralement progressif, pendant des semaines (et parfois des mois).

Le malade présente: une asthénie croissante, des céphalées, une difficulté à travailler, un manque de goût général et surtout une insomnie qui va croissant, pénible et mal supportée.

Il devient préoccupé; son humeur est sombre. Son activité professionnelle ou ménagère se ralentit.

Rarement, le début est aigu, marqué par un geste auto-agressif.

2-2-2. La période d'état (16)

La mélancolie réalise un état dépressif particulier qui manifeste la forme la plus grave des dépressions.

➤ **La présentation** est caractéristique. Le mélancolique demeure assis, immobile, le corps plié, la tête fléchie. Son visage est pâle et porte le masque de la tristesse, les traits tombent. Les yeux sont grand ouverts, le regard est fixe, le front plissé (oméga mélancolique), les sourcils froncés. Le malade accablé ne parle pas, il gémit ou pleure.

➤ **La douleur morale.** C'est une tension pénible au niveau psychique comme si le malade était en attente d'un châtiment imminent. Elle est faite de sentiments forts et vagues d'ennui, de dégoût, de découragement, de désespoir et de regret.

Elle intéresse aussi bien le domaine de l'action que le domaine moral, au maximum on a affaire à un véritable délire avec:

- des idées de culpabilité et d'indignité

- des idées de ruine
- des idées de persécution passive

Cette tristesse est monotone, résistant aux sollicitations extérieures, réalisant une véritable anesthésie affective.

➤ **L'inhibition psychique et physique.** L'inhibition psychique entraîne une réduction globale de toutes les forces qui orientent le champ de la conscience, elle constitue une sorte de paralysie psychique.

L'idéation est lente, les associations sont mal aisées, l'évocation est pénible, la synthèse mentale impossible.

L'attention se concentre sur des thèmes mélancoliques sans s'en détacher. La perception du monde extérieur reste à peu près exacte mais comme enténébrée. Le discours est ralenti, entrecoupé de pauses de plus en plus prolongées, avant de pouvoir répondre aux questions. La voix est basse ou monotone. La quantité du discours est diminuée, parfois le malade est mutique.

L'inhibition physique: l'asthénie du début a atteint un tel degré que le malade n'a même plus la force de se mouvoir, à peine de s'habiller.

➤ **L'insomnie** consiste en une diminution de la durée du sommeil avec réveil précoce qui s'accompagne d'une angoisse intolérable pouvant favoriser le geste suicidaire.

➤ **Le syndrome somatique** varie selon les cas. Les troubles digestifs sont classiquement retrouvés:

- la constipation ou les débâcles diarrhéiques
- l'anorexie due à l'angoisse ou à l'asthénie
- les nausées
- l'état saburral des voies digestives.

3. FORMES CLINIQUES (16)

3-1. De la manie

La crise de manie présente plusieurs formes cliniques que nous classerons en formes sémiologiques, évolutives, étiologiques et mixtes.

3-1-1. Formes sémiologiques

➤ L'hypomanie:

C'est un état d'excitation qui, selon les auteurs, a été appelé forme bénigne, forme atténuée, forme mineure, de l'excitation maniaque.

➤ Manie délirante et hallucinatoire :

Dans l'accès maniaque franc, il n'existe pas de délire à proprement parler ni d'hallucinations. Mais dans certaines formes avec déstructuration plus profonde de la conscience, on observe des "expériences délirantes" dont les caractères sont: d'être mobiles, changeantes, n'ayant qu'un minimum d'organisation. Elles sont vécues selon des thèmes de grandeur et de puissance, plus rarement de persécution.

➤ Manie suraiguë ou fureur maniaque :

Elle se caractérise par une agitation avec obscurcissement marqué de la conscience. Dans cette forme, on peut observer le refus d'aliments, des signes organiques graves d'épuisement (déshydratation, hyperthermie...) lesquels, à l'extrême se confondent avec le tableau de "délire aigu"

3-1-2. Formes évolutives

➤ La manie traitée:

Lorsque la manie relève de la psychose maniaco-dépressive et qu'elle est correctement traitée, l'évolution est généralement interrompue par les régulateurs de l'humeur, dont le principal est le Lithium.

➤ Les manies chroniques:

La manie est typiquement une "crise". Autrefois, il n'était pas exceptionnel de voir à la suite d'une ou plusieurs crises maniaques,

s'organiser un véritable comportement maniaque chronique. Ce passage à la chronicité est devenu beaucoup plus rare.

3-1-3. Formes étiologiques

Dans plusieurs cas pourtant l'accès maniaque semble se relever de facteurs circonstanciels.

➤ **La manie de deuil:** il en est ainsi de la manie de deuil ou de celle qui succède à une vive émotion.

➤ **Accès maniaque sénile et présénile:**

Les accès tardifs sont-ils explicables seulement par l'involution sénile ou présénile? La discussion est la même que pour la dépression dite "d'involution.

➤ **Accès maniaque toxique**

L'alcool, la cocaïne, les amphétamines, la cortisone, la cyclosérine, le haschich peuvent réaliser, dans les phases de début de l'intoxication, des tableaux cliniques de manie.

➤ **Accès maniaque post traumatique:**

Il survient après une phase de coma et peut guérir ou au contraire, évoluer vers une démence post traumatique progressive.

➤ Les cas de manie rapportés depuis longtemps dans les **syndromes endocriniens** (manies puerpérales, manies de la puberté et de la ménopause).

3-2. De la mélancolie

3-2-1. La dépression mélancolique simple

Dans cette forme, l'inhibition domine, le sujet accuse une simple tendance à l'inaction, il est asthénique et fatigable.

3-2-2. La mélancolie stuporeuse

L'inhibition psychomotrice atteint ici son maximum. Le malade est absolument immobile: il ne parle pas, il ne mange pas, ne fait aucun geste, aucun mouvement. Son visage est figé dans une expression de douleur et de désespoir.

Cette mimique de tristesse permet le diagnostic avec les autres formes de stupeur.

3-2-3. La mélancolie délirante

Les "idées délirantes" mélancoliques ont été étudiées par SEGLAS qui en avait noté les caractères suivants:

- elles sont de tonalité affective pénible
- elles sont monotones
- elles sont pauvres
- elles sont passives
- elles sont divergentes ou centrifuges, s'étendant progressivement à l'entourage et à l'ambiance. Ce sont des délires du passé (regrets, remords) ou de l'avenir (anxiété, crainte).

Les thèmes délirants sont:

- des idées de culpabilité, de frustration, d'hypochondrie, de transformation et de négation d'organe (ou syndrome de COTARD),
- des idées d'influence, de domination et de possession.

3-2-4. Les formes symptomatiques

L'élément psychique de la dépression est dissimulé par la prévalence de signes somatiques.

3-3. Les états mixtes (34)

Eventualité rare, ce trouble de l'humeur s'inscrit dans le cadre de la psychose maniaco-dépressive. Il réalise l'intrication d'éléments sémiologiques appartenant à la fois au tableau de la mélancolie et à celui de la manie. Ses expressions sont extrêmement polymorphes et changeantes se prêtant mal à la systématisation.

Il peut s'agir : - d'un état d'excitation psychomotrice avec écarts de conduites sur un fond de tonalité dépressive de l'humeur avec idées d'auto-accusation et d'indignité, de gestes suicidaires avec un discours de contenu mélancolique chez un patient d'apparence plutôt expansif et désinhibé,

- ou bien encore de la succession chaotique de périodes très brèves de dépression intense et d'euphorie paradoxale.

IV. EVOLUTION (8, 34)

L'évolution de la psychose maniaco-dépressive est très variable. On peut observer:

1- LES ACCES ISOLES DE MANIE OU DE MELANCOLIE (8)

Le premier accès, qu'il soit mélancolique ou maniaque peut rester unique. Le sujet ne présentant pas d'autre accès durant son existence, bien qu'il demeure particulièrement sensible sur le plan émotionnel et thymique à tous les traumatismes psychiques. Ces accès isolés posent le problème difficile de leur appartenance à la psychose maniaco-dépressive.

2. LES FORMES MONOPOLAIRES REMITTENTES ET INTERMITTENTES (8)

Elles réalisent des accès soit mélancolique, soit maniaque, se succédant sans intervalles libres (formes rémittentes) ou avec intervalles libres (forme intermittente).

3. LES FORMES BIPOLAIRES (34)

Caractérisées par la survenue chez un même patient d'épisodes mélancoliques et maniaques.

Récemment, plusieurs sous types de troubles bipolaires ont été isolés et on distingue actuellement:

- les bipolaires I chez qui sont survenues des épisodes mélancoliques et maniaques francs
- les bipolaires II ayant eu des épisodes mélancoliques et hypomaniaques
- les bipolaires II chez qui les épisodes mélancoliques et hypomaniaques n'ont été observés qu'à la suite de traitements antidépresseurs (virage de l'humeur iatrogène).

Quoi qu'il en soit, au fil du temps, il est classique d'observer le raccourcissement des intervalles libres et l'allongement de la durée des accès.

Dans certains cas, on peut observer la succession très rapprochée d'épisodes pathologiques brefs. De tels malades sont considérés comme présentant des cycles dits rapides.

Les cycles peuvent subir des influences saisonnières typiques.

4. LES FORMES CHRONIQUES (35)

Dans certains cas, faute de rémission, même partielle, l'évolution se fait vers la chronicité, avec persistance des troubles sans retour à la normothymie.

4-1. La manie chronique

Chez ces patients, l'état d'excitation régresse progressivement malgré la persistance d'idées mégalomaniaques, le plus souvent congruentes à l'humeur, ou d'idées à contenu érotique, de jalousie ou de persécution. Les comportements expansifs se répètent de façon stéréotypée.

4-2. La mélancolie chronique

La dimension hyperthymique tend à s'estomper avec le temps laissant place à une sémiologie remaniée où les traits de personnalité "névrotique" peuvent passer au premier plan.

5. L'EVOLUTION ACTUELLE (35)

Le traitement par le lithium a bouleversé l'évolution de la PMD. Les traitements antidépresseurs permettant de raccourcir les crises, mais n'interrompant pas leur périodicité. La durée des rémissions spontanées est difficile à évaluer actuellement, du fait de l'efficacité des sels de lithium.

Il semble cependant, que la rémission entre le 1^{er} et le 2^{ème} accès soit plus longue que les autres. Il existe souvent des crises de quelques jours seulement, masquées par le traitement et découvertes rétrospectivement.

V. DIAGNOSTIC

1. DIAGNOSTIC POSITIF

Il est essentiellement clinique et procède en deux temps.

1-1. Affirmer le caractère mélancolique ou maniaque d'un accès

1-1-1. *L'accès maniaque*

La symptomatologie est souvent conforme au tableau bien connu:

- sujet de 20 à 25 ans
- humeur à prédominance exaltée, gaie, expansive ou irritable.

cette tonalité affective est instable passant de la joie aux larmes, des lamentations à la colère. Cette humeur gaie ou irritable doit être persistante.

- augmentation de l'activité ou agitation physique allant de pair avec une diminution du besoin de sommeil et de la sensation de fatigue.
- plus grande communicabilité que d'habitude
- fuite des idées
- augmentation de l'estime de soi
- distractibilité
- surplification excessive dans les activités qui ont un potentiel élevé de conséquences dommageables quoique non reconnues comme telles par le patient.

1-1-2. *L'accès mélancolique*

Lorsque la dépression se présente sous les traits de la mélancolie, le diagnostic est alors facile, basé sur:

- La douleur morale: tristesse profonde, monotone, insensible aux sollicitations extérieures, qui met en scène un sujet désespéré, n'envisageant l'avenir que sous le seul aspect de la catastrophe

irréversible; parfois délirant, souvent anxieux, appelant la mort dont il tente d'avancer l'échéance par le suicide qui doit inciter à une surveillance rigoureuse.

- L'inhibition physique et psychique: elle réalise une sorte de paralysie globale dans l'action et les forces qui orientent le champ de la conscience, confinant le malade dans une atmosphère froide, lointaine, irréelle. Dans certains cas, le tableau est moins dramatique. Cependant, le caractère discret de la dépression ne doit pas faire écarter à priori le diagnostic de la PMD.
- Il n'est pas rare que des symptômes somatiques disparates soient au premier plan du tableau. Derrière ces symptômes, les "idées noires" et le pessimisme sont peu apparents. Il s'agit alors de dépressions "masquées" qui posent le problème du long délai qui s'écoule avant que le diagnostic ne soit posé.

Chez l'africain, les plaintes somatiques sont plus fréquentes que le tableau mélancolique typique. De même, certaines bouffées délirantes peuvent se révéler être des équivalents dépressifs.

1-2. Dire que l'accès s'inscrit dans le cours évolutif d'une psychose maniaco-dépressive

Cette affirmation est difficile lors du premier accès maniaque ou mélancolique. Elle s'appuie sur:

1-2-1. Le caractère périodique des troubles.

Alors que spontanément les accès s'étalaient sur des mois, leur durée actuellement, sous l'action des thérapeutiques, s'est trouvée raccourcie à quelques semaines. La fréquence des accès est variable d'un malade à l'autre, les crises tendant à s'allonger à mesure qu'augmente leur répétition, raccourcissant de ce fait les périodes intercritiques.

traumatismes crâniens

démence

sclérose en plaque...

- endocriniennes: thyroïdienne: basedow, myxœdème...
surrénalienne: maladie d'Adisson...
- toxiques: corticothérapie, amphétamines...
- métaboliques ou générales.

2-2. Devant un syndrome d'allure maniaque

Certains états démentiels peuvent mimer un tableau maniaque. Il s'agit d'une désinhibition instinctuelle plus que d'un syndrome d'excitation avec euphorie et tachypsychie; en outre, les troubles du jugement sont au premier plan. L'âge de début, l'anamnèse et le scanner cérébral font le diagnostic.

Certaines affections somatiques doivent être évoquées devant un syndrome d'excitation psychique. C'est le cas d'un hématome ou d'une tumeur frontale, ainsi la moria des frontaux se caractérise plutôt par une désinhibition instinctuelle et l'examen neurologique ainsi que le scanner trancheront.

Certaines hyperthyroïdies s'accompagnent d'une agitation psychomotrice. Enfin, la recherche de prise de toxiques doit être systématique: cocaïne et autres psychostimulants, corticoïdes... **(16)**

2-3. Diagnostics différentiels évolutifs (16)

Lors d'un premier épisode délirant, la schizophrénie peut être discutée. Un délire non congruent à l'humeur, bizarre et flou, un contact médiocre avec l'environnement (asyntonie), et surtout la coexistence d'un syndrome dissociatif orientent le diagnostic, de même que l'existence de signes psychotiques résiduels dans la période intercritique.

En pratique, c'est surtout, l'évolution qui permet de distinguer ces deux diagnostics (cycliques dans un cas, chronique dans l'autre).

Lorsque dans l'évolution, le tableau emprunte à la fois le caractère thymique et cyclique de la maladie maniaco-dépressive et le caractère délirant voire dissociatif de la schizophrénie, on parle de trouble schizo-affectif.

VI. ETIOPATHOGENIE

1. FACTEURS DE RISQUES GENETIQUES (20)

Dès 1922, KRAEPELIN notait le caractère familial de la Psychose Maniaco- dépressive.

Depuis lors, de nombreux travaux sont venus confirmer cette observation : études familiales d'adoption de jumeaux et plus récemment études de liaison génétique (linkage).

Ces différentes études ont eu pour objet le rôle de la génétique dans le déterminisme de l'affection, et le mode de transmission de la maladie maniaco-dépressive.

1-1. Les études familiales

Elles ont véritablement débuté en 1966 avec les travaux de Angst et Pervis qui ont simultanément mené leurs recherches en reprenant la distinction établie par Léontard **(22)** entre bipolaires et unipolaires.

Dans les familles de bipolaires, le risque morbide est particulièrement élevé: 20% selon Mendlewicz contre 0,5 à 1% dans la population générale.

Pour les parents d'unipolaires ce risque morbide serait de l'ordre de 10 p.100.

L'existence d'un risque morbide accru à l'intérieur d'une famille que l'on appelle "agrégation familiale" peut - être le résultat de facteurs génétiques mais aussi d'un environnement commun ou encore d'une interaction intra familiale.

Les analyses de ségrégation ont pour but d'étudier la transmission du trait maladie de génération en génération, afin de tester la vraisemblance d'un modèle génétique donné.

1-2. Les études d'adoption (35)

Ces études indiquent l'importance de facteurs génétiques dans la PMD bipolaire alors que leur rôle serait moindre dans les formes unipolaires.

Mendlewicz et Rainer ont comparé les parents adoptifs et biologiques de 29 sujets maniaco-dépressifs bipolaires:

- le diagnostic de trouble bipolaire a été retrouvé chez : 1 parent adoptif et 4 parents biologiques;
- le diagnostic de trouble unipolaire a été noté chez : 6 parents adoptifs et 12 parents biologiques.

Au total 7 p.100 des parents adoptifs contre 18 p.100 des parents biologiques présentaient un trouble entrant dans le spectre génétique de la PMD: trouble schizo-affectifs, cyclothymies, troubles bipolaires ou unipolaires.

Le problème des dépressions monopolaires est rendu plus complexe par la confusion nosographique.

ANGST et PERRIS ont montré que le terrain génétique joue un rôle moins évident que dans les formes bipolaires.

1-3. Les études de jumeaux (35)

Les taux de concordance gémellaire varient de 90 à 100 % chez les monozygotes et sont de l'ordre de 25 % chez les dizygotes.

Une étude systématique menée au Danemark par Bertlesen (7) et collaborateurs confirme, après de nombreuses autres études, la concordance supérieure du trouble maniaco-dépressif entre jumeaux monozygotes.

110 paires de jumeaux de même sexe nés entre 1870 et 1920 ont été répertoriées, l'un ou les deux ayant une maniaco-dépression. Les taux de concordance sont les suivants :

- 0,67 pour les monozygotes
- 0,20 pour les dizygotes.

Cette étude note une concordance pour la polarité :

- 11 unipolaires – unipolaires
- 14 bipolaires – bipolaires
- 7 unipolaires – bipolaires.

Certains travaux font état d'une concordance plus grande chez les jumeaux dizygotes comparés aux autres frères et sœurs, ceci suggère le rôle de facteurs à la fois génétiques et environnementaux.

1-4. Les théories de la liaison génétique ou linkage

En fait, la plupart des études génétiques ne permettent pas de trancher entre une théorie monogénique et polygénique. Mais, un fait important est la mise en évidence d'un phénomène de « linkage » entre la PMD et des gènes situés sur le chromosome X.

G. Winokur (36), en 1969, avait publié l'arbre généalogique de deux familles dans lesquelles il soulignait l'existence d'un « linkage » entre la PMD et le daltonisme.

J. Mendlewicz a mis en évidence la liaison entre la PMD, le daltonisme, le groupe sanguin O et le déficit en G-6 phosphodéshydrogénase, 3 gènes situés sur le chromosome X. (26)

Cependant ce linkage ne concerne pas toutes les psychoses maniaco dépressives, puisque l'on constate dans certains cas des transmissions de père en fils. (35)

2. FACTEURS DE RISQUES BIOCHIMIQUES (32)

2-1. Les théories monoaminergiques

Pour la PMD, les recherches d'indices de vulnérabilité ont porté sur le fonctionnement du système monoaminergique.

Des anomalies ont été recherchées au niveau de la biosynthèse des amines, de leur libération, et de leur recapture, de leur catabolisme, de leur élimination et de leur activité au niveau des auto récepteurs pré synaptiques.

Les travaux sur les récepteurs post synaptiques apparaissent actuellement comme une des voies de recherche les plus prometteuses.

La rareté des études longitudinales sur des patients maniaco-dépressifs, suivis avant et après traitements avec nouvelles explorations après normalisation thymique, rend insuffisante la connaissance des indices biologiques qui seraient d'éventuels marqueurs d'une vulnérabilité.

2-2. Les théories membranaires

2-2-1. La théorie des récepteurs

La découverte de récepteurs inclus dans les membranes cellulaires pour les neurotransmetteurs.

La mise en évidence de leur plasticité fonctionnelle par modification de leur nombre et de leur sensibilité a débouché sur l'hypothèse suivante: les anomalies quantitatives des monoamines cérébrales pourraient n'être

que le reflet d'un dysfonctionnement de la sensibilité, du nombre de récepteurs(32).

2-2-2. La théorie des récepteurs de la perméabilité membranaire

En raison des altérations des métabolismes trans-membranaires de l'eau , du sodium, du potassium, et d'autres électrolytes dans la dépression, lesquelles s'inversent parfois dans la Manie.

L'équilibre hydro-électrolytique a été envisagé dans la pathogénie de la PMD. L'intérêt pour ces recherches était stimulé par l'action anti-maniaque du lithium dont on sait qu'il se trouve particulièrement retenu dans l'organisme du patient en phase maniaque.

Il était donc tentant de considérer son efficacité en fonction de son effet salidiurétique et de son habilité à remplacer le sodium intra cellulaire.

Mais les études dans le domaines de la perméabilité membranaire concernant la PMD sont encore restreintes pour permettre une théorie cohérente prenant en compte un dérèglement de répartition trans-membranaire des électrolytes dont le rôle dans la régulation thymique demeure imprécis(32).

3. FACTEURS DE RISQUES SOCIAUX ET EVENEMENTIELS (33)

De nombreuses observations, souvent anciennes ont rapporté la survenue maniaque ou mélancolique à la suite d'un deuil ou d'autres événements traumatiques.

En dépit de ces constatations qui traduisent plus habituellement la reconnaissance d'une réaction syndromique que celle du déclenchement d'une maladie maniaco-dépressive, l'influence des facteurs environnementaux sur la genèse et l'évolution des troubles de l'humeur

a longtemps été considérée comme caractéristique des dépressions névrotico-réactionnelles.

Au cours des vingt dernières années, de nombreuses recherches ont permis de confirmer cette influence, particulièrement grâce à la quantification des événements stressants de la vie à l'aide de listes standardisées utilisées par ailleurs dans le champ de la pathologie somatique.

Ces événements de vie peuvent être caractérisés selon différents registres: travail, santé, vie conjugale, vie familiale, budget, logement, relations interprofessionnelles, problèmes avec la loi.....

Les événements traduisant une perte (le deuil en particulier) font parfois l'objet d'études particulières.

Malgré de nombreux problèmes méthodologiques, ces recherches ont permis de comparer l'impact des facteurs environnementaux sur différentes catégories de dépressions (les dépressions névrotico-réactionnelles étant plus souvent comparées aux dépressions endogénomorphes qu'aux dépressions de la PMD), et plus précisément sur le déclenchement de la maladie, la fréquence des rechutes et l'évolution des accès.

4. THEORIES PSYCHODYNAMIQUES (32)

4-1. Etudes phénoménologiques

Pour H. EY (16) reprenant les travaux de Binswanger, la PMD englobe un bouleversement de la conscience en tant qu'expérience vécue. Elle est caractérisée par la déstructuration temporelle éthique c'est à dire l'incapacité pour la conscience de s'accorder aux exigences du présent.

Le mélancolique dépassé par le temps qui s'écoule, rejeté vers le passé remplit alors le vide du temps par les thèmes de l'inexistence, de l'irréalité, de la mort. Alors que la manière d'être du maniaque est décrite

par BINSWANGER comme celle de "l'être animé d'une volubilité fluide, tenant tout l'espace dans sa main".

Tandis que le mouvement maniaque est décrit comme un mouvement sans but, dans le présent et qui se satisfait de lui même.

L'espace maniaque apparaît "improblématique" dans lequel les difficultés logiques s'effacent.

Quant à l'existence maniaque, elle apparaît comme une succession de "présent" sans lien les uns aux autres.

4-2. Etudes psychanalytiques

La psychanalyse déborde la perspective phénoménologique immédiate et s'engage dans une explication dynamique des phénomènes maniaco-dépressifs.

C'est à S. FREUD et K. ABRAHAM que reviennent les premières théories explicatives de la mélancolie; la manie pour la psychanalyse est une défense contre la dépression.

L'analogie entre le deuil et la mélancolie est bien repérée depuis l'article de Freud en 1915 or en même temps, sont soulignées des différences essentielles: introjection de l'objet d'amour dans la mélancolie, retournement de l'agressivité et dévalorisation délirante du Moi.

La description de la deuxième topique en 1923 permet de préciser les aspects dynamiques de la mélancolie en attribuant un rôle essentiel au conflit suraigu entre le Moi irrémédiablement vaincu et le Surmoi cruellement triomphant.

A la suite des travaux d'Abraham, l'accent est mis sur la régression topique au stade oral cannibalique durant l'épisode mélancolique en même temps que le caractère du patient dans l'inter-crise est identifié au caractère sadique anal.

La manie demeure, pour la psychanalyse aussi, plus énigmatique que la mélancolie et n'apparaît donc que comme défense contre la dépression et comme dénégation de la perte d'objet.

Hors des épisodes critiques, le maniaco-dépressif manifeste sa personnalité antérieure d'allure fréquemment névrotique.

Mais quelque soit la formule caractérielle observée, une approche psychodynamique met en évidence trois éléments régulièrement retrouvés et étroitement articulés : oralité, narcissisme et ambivalence.

Les maniaco-dépressifs considèrent leurs objets d'amour sans nuance comme totalement bons ou radicalement mauvais mais ne peuvent les admettre tels qu'ils sont. L'objet d'amour existe pour eux _ plus selon leur désir et leurs projections qu'en rapport avec la réalité _ si bien qu'il est pour eux essentiellement défini par la fonction qu'ils lui assignent: être le support d'investissement de leurs pulsions et de restituer un flux libidinal narcissique.

VII. TRAITEMENT

1. BUTS DU TRAITEMENT (34)

Le traitement vise d'abord l'accès, les crises de mélancolie et de manie représentent des urgences psychiatriques imposant l'hospitalisation. Pour prévenir le suicide dans la mélancolie, les conséquences de l'agitation dans la manie.

Le traitement préventif destiné à prévenir les rechutes ou à réduire leur fréquence et leur gravité, le retentissement sur la vie familiale et socioprofessionnelle.

2. MOYENS DU TRAITEMENT

2-1. Les neuroleptiques (16)

L'introduction de ces médicaments, vers 1952, a complètement révolutionné la thérapeutique biologique en psychiatrie. L'individualisation du groupe des neuroleptiques parmi les autres neurodépresseurs, notamment celui des hypnotiques et celui des tranquillisants, a été proposée par DELAY et DENIKER (1957) par la réunion des cinq critères suivants :

- Action psycholeptique (c'est à dire à effets cliniques sédatifs) sans action hypnotique.
- Action inhibitrice à l'égard de l'excitation, de l'agitation, de l'agressivité, réduction des états maniaques.
- Action réductrice vis à vis de certaines psychoses aiguës et chroniques et vis à vis des psychoses expérimentales.
- Importance des manifestations psychomotrices neurologiques et neurovégétatives.
- Prédominance d'action sur les centres sous corticaux.

2-2. Les antidépresseurs (35)

La découverte des antidépresseurs a permis de réduire les indications des électrochocs. L'association des deux thérapeutiques a l'avantage de limiter les séances de sismothérapie et de permettre un traitement d'entretien prolongeant l'effet suspensif parfois éphémère des électrochocs.

Sur le plan clinique, les antidépresseurs ont trois activités:

- sur l'humeur triste: action thymoanaleptique
- sur l'anxiété: action sédatif
- sur l'inhibition: action psychotonique ou désinhibitrice.

2-3. Les sels de Lithium(16)

Ils sont considérés maintenant comme un traitement presque spécifique des dérèglements de l'humeur. Mais toute anomalie du fonctionnement rénal ou cardiaque constitue une contre indication.

L'efficacité du lithium ne se manifeste qu'à partir d'un taux de lithium sérique de 0,70 à 1 mEq/l (0,7 à 1mmol/l) mais ne peut dépasser un taux de 1,5mEq/l sans danger.

On utilise généralement des comprimés de 0,25g de carbonade de lithium en commençant par deux par jour pour atteindre en quelques semaines posologie efficace réglée sur le dosage hebdomadaire de la lithiémie.

La sédation obtenue avec le lithium est moins rapide qu'avec les neuroleptiques mais serait de meilleure qualité et la poursuite du traitement peut prévenir les rechutes ou au moins prolonger les remissions des cycles maniaco-dépressifs. Son principal intérêt est donc préventif.

2-4. L'électroconvulsivothérapie (ECT) ou sismothérapie (8)

Dans les états mélancoliques, l'ECT raccourcirait la période d'hospitalisation, il réduit le nombre de suicides, il atténue beaucoup les souffrances du malade mais il ne guérit pas plus fréquemment les accès qu'une autre méthode. Il est même probable que l'ECT augmente légèrement la fréquence des accès. Cet inconvénient, et surtout la crainte d'une détérioration mentale, ont amené à une plus grande prudence dans son application.

Les électrochocs sont très efficaces sur l'accès maniaque où ils raccourcissent la durée de l'accès en association avec les neuroleptiques et les sels de lithium. Ils sont indispensables dans les formes prolongées, chimiorésistantes et agitées.

3. LES MODALITES DU TRAITEMENT

3-1. Traitement de l'accès maniaque

L'hospitalisation est le plus souvent nécessaire. Elle est décidée en urgence, en service psychiatrique et avec mesure de placement si le consentement du patient ne peut être obtenu. Une mesure de protection des biens est éventuellement associée.

3-1-1. Les sels de lithium

Ils sont souvent considérés comme le traitement de choix de l'accès maniaque. Les meilleures indications seraient les manies au cours desquelles l'agression ou l'agressivité ne requièrent pas d'emblée un traitement neuroleptique. En cas de résistance après dix jours de lithiothérapie, une autre thérapeutique doit être envisagée.

Globalement, le lithium serait plus anti-maniaque que les ECT et les neuroleptiques. Ceci serait plus évident lorsque l'accès maniaque évolue depuis plus de quinze jours, les neuroleptiques et la carbamazépine étant au contraire plus efficaces pour les manies ayant débuté depuis moins de deux semaines.

L'action anti-maniaque est plus probable avec des posologies suffisantes pour que la lithiémie atteigne 0,8 à 1,2 mmol/l.

3-1-2. Les neuroleptiques

Ils sont nécessaires pour les états de maniaques agités. Des doses considérées importantes sont souvent justifiées, mais doivent être réduites dès que les symptômes maniaques s'atténuent afin d'amender les risques d'effets indésirables ou de dépressions post maniaques. Tous les neuroleptiques possèdent un effet anti-maniaque.

La posologie est adaptée selon la tolérance. Elle peut être progressivement croissante à partir de 150mg de chlorpromazine ou

équivalent, ou au contraire être d'emblée plus élevée. Des posologies quotidiennes de l'ordre de 400 à 500mg de chlorpromazine ou équivalent sont souvent nécessaires.

Ces traitements imposent des médications adjuvantes habituelles: correcteurs anti-parkinsonniens, analeptiques cardiovasculaires.

➤ Carbamazépine= Tégrétol[®]: 10 µg/ml (tégrétolémie efficace)

Equivalents: Clonidine: 0.45 à 9 mg/j (surveillance TA).

➤ Inhibiteurs calciques: Diltiazem: 240 à 360 mg/j

Vérapamil: même dose

L-tryptophane: 12 g/j

➤ Benzodiazépines: Lorazépam, Clonazépam: 5 mg/j

Acide valproïque: Dépamide[®] = 1800 mg/j.

3-1-3. Électroconvulsivothérapie (ECT)

Selon certains auteurs elle est aussi efficace que le lithium. En pratique elle est réservée aux cas les plus grave de manie ou ayant résisté aux chimiothérapies. L'ECT bilatéral serait plus sûrement antimaniaque que l'ECT unilatéral.

Une question pratique se pose souvent : celle de la nécessité ou non d'interrompe la lithiothérapie pendant la cure d'ECT. Les avis sont partagés, certains auteurs ayant souligné le risque accru d'état confusionnel lors de l'association lithium-ECT.

3-2. Traitement de l'accès mélancolique

Le caractère mélancolique de l'accès, l'existence d'un risque suicidaire, d'un isolement sociofamilial et d'un retentissement somatique, imposent l'hospitalisation.

3-2-1. Électroconvulsivothérapie

Elle est indiquée, d'emblée dans les formes graves (mélancolie anxieuse, délirante ou stuporeuse) secondairement dans les formes résistantes au traitement antidépresseur.

- **Intérêt:** efficacité plus rapide et plus constante qu'avec les antidépresseurs souvent mieux tolérés que les tricycliques.
- **Contre indications:** ce sont principalement les contre-indications à l'anesthésie générale et aux curares. Elles sont
 - Cardiovasculaires: HTA non contrôlée
Insuffisance cardiaque décompensée
Troubles du rythme et de la conduction
Anévrisme de l'aorte
Coronaropathies
 - Oculaires: décollement de rétine
Glaucome par fermeture de l'angle
 - Myasthénie (CI aux curares)
 - Insuffisance respiratoire sévère
 - Un traitement par IMAO et un état infectieux sévère.
- **Bilan préthérapeutique:** groupe sanguin et rhésus, NFS et plaquettes, ionogramme sanguin et créatininémie, hémostase, radio du thorax.
- **Modalités:** 2 à 3 séances par semaine,
6 à 12 en moyenne (jusqu'à 20 si nécessaire, en fonction de l'efficacité)
- **Effets indésirables:** les troubles mnésiques sont constants, relativement transitoires et plus fréquents chez le sujet âgé.
Ils sont particulièrement prévenus en évitant l'association de psychotropes, en particulier du lithium, à l'ECT ou, pour certains, par une vitaminothérapie B₁ et B₆. L'ECT peut également favoriser un virage brutal de l'humeur.

3-2-2. Antidépresseurs

Les dépressions mélancoliques à caractéristiques endogènes pourraient répondre plus favorablement aux antidépresseurs que d'autres formes de maladies dépressives et davantage résister à la psychothérapie.

Certains auteurs soulignent l'intérêt de séparer les dépressions endogènes à forte inhibition répondant mieux aux antidépresseurs tricycliques, et les dépressions endogènes ou délirantes qui répondent moins favorablement.

Les symptômes prédictifs d'une réponse positive aux antidépresseurs seraient : ralentissement psychomoteur, perte des réactions émotionnelles et des intérêts pour la vie extérieure. Au contraire, la présence d'éléments délirants, de traits névrotiques, hypocondriaques ou hystérique seraient des indicateurs d'une moindre activité aux antidépresseurs tricycliques.

Selon ROY-BYRNE P. et GOODWIN F.K. **(33)** les Inhibiteurs de la Mono Amine Oxydase (IMAO) donnent des résultats plus inconstants que les tricycliques dans le traitement des dépressions endogènes ou ils sont utilisés en deuxième intention. Certains auteurs soulignent l'intérêt de l'association IMAO-lithium, surtout dans les dépressions associant apragmatisme, hypersomnie et propensions boulimiques.

Les antidépresseurs sont susceptibles d'induire un état expansif hypomaniaque ou maniaque chez 4 à 18% des déprimés jusque là unipolaires. Ils pourraient également modifier l'évolution lointaine de la maladie, notamment en favorisant la survenue de cycles rapides. Certains auteurs ont décrit des virages maniaques survenant lors de l'arrêt des antidépresseurs.

3-2-3. Les sels de lithium

L'action antidépressive du lithium demeure controversée. Le lithium pourrait être suffisamment efficace pour les dépressions d'intensité modérée, alors que l'adjonction d'un antidépresseur est nécessaire pour les dépressions plus graves.

Le lithium peut, surtout, être un moyen de potentialiser l'action d'un traitement antidépresseur jusque là inefficace. ceci peut notamment être obtenu avec les antidépresseurs sérotoninergiques en adjoignant 500mg de sels de lithium, après trois semaines au moins de chimiothérapie antidépressive.

3-2-4. Les mesures associées

Un état d'anxiété nécessite un traitement anxiolytique sédatif: benzodiazépines type clorazépate (Tranxène®): 30 à 150 mg/j ou neuroleptique sédatif type cyamemazine (Tercian®) qui prévient en outre la levée d'inhibition.

Les effets indésirables dus aux tricycliques: (constipation, tremblements, sécheresse buccale, hypotension orthostatique) ou aux neuroleptiques (accidents dystonique aigus) peuvent nécessiter un traitement correcteur.

La surveillance porte sur: pouls, tension, température, sécheresse buccale, constipation, mouvements anormaux et levée d'inhibition (risque suicidaire).

Des entretiens réguliers sont nécessaires dans un but de soutien et de surveillance (évolution de la symptomatologie, risque de suicide).

3-3. Traitement préventif (6)

Dans la maladie maniaco-dépressive, le risque de récurrence justifie la mise en œuvre d'un traitement prophylactique qui vise au maximum la

disparition des accès maniaques et dépressifs et au minimum leur espacement et/ou leurs atténuations.

Ce traitement prophylactique repose essentiellement sur les thymorégulateurs, dont le lithium est le chef de file.

3-3-1. Les sels de Lithium (5)

Ils représentent le traitement le plus ancien et le plus largement utilisé dans cette indication ; Ce traitement est débuté après un bilan pré-thérapeutique complet et éliminations des contre-indications. Le lithium est institué à une posologie progressive avec un dosage de la lithiémie après chaque changement de posologie. Le dosage est réalisé 12 heures après la dernière prise et 5 à 6 jours après le changement de posologie.

On utilisera: - le téralithe 250 mg (débuté par 2 cp/j puis augmenter progressivement);

- le téralithe LP 400 mg (2 cp le soir à 20 heures). La lithiémie efficace est comprise entre 0,6 et 0,9 mEq/l (forme simple) et 1 à 1,2 mEq/l (LP).

Lorsque la lithiémie est équilibrée, elle est contrôlée tous les mois voire tous les deux mois.

3-3-2. La carbamazépine (Tégréto[®])

Elle est indiquée s'il existe une contre-indication ou une résistance au lithium; en outre dans les maladies maniaco-dépressive à cycles rapides. Elle est indiquée en première intention. On utilisera le Tégréto[®] 200 mg à doses progressivement croissantes sur 10 j jusqu'à 4 cp/j en deux prises.

La tégrétolemie ne sera faite qu'au bout d'un mois de traitement en raison de l'effet inducteur enzymatique au niveau hépatique.

Le risque de toxicité médullaire (agranulocytose, leucopénie, thrombopénie) et d'hépatite justifie la surveillance régulière de la numération formule sanguine, des plaquettes et du bilan hépatique.

3-3-3. Le valproate de sodium (Dépakine®)

c'est un médicament de 2^{ème} intention dans la stratégie de prévention des rechutes. Il est prescrit à posologie progressive jusqu'à 1200 mg/j.

Les taux thérapeutiques sont ceux des taux anticonvulsivants de l'acide valproïque.

Toutefois, son efficacité semble être en deçà de celles du Lithium ou du Tégrétol.

3-3-4. Autres produits

- l'acide valproïque (Dépakine®)
- clonazépam (Rivotril®)
- benzodiazépine à activité anticonvulsivante reconnue présenterait un intérêt potentiel dans le traitement préventif des rechutes de PMD.

3-4. Prise en charge psychothérapeutique

En dehors de la psychothérapie de soutien indissociable de la prise en charge de toute maladie psychiatrique; les psychothérapies plus structurées peuvent être indiquées et contribuer à un meilleur équilibre de la maladie **(5)**.

VIII. PRONOSTIC (8)

Les traitements neuroleptiques, antidépresseurs et surtout les sels de lithium ont beaucoup modifié le pronostic de la PMD. Actuellement, le pronostic est généralement bon, il dépend de:

➤ La fréquence des accès

La fréquence élevée des accès de manie ou de mélancolie entrave la vie socioprofessionnelle du sujet et diminue l'efficacité du traitement prophylactique par les sels de lithium.

➤ L'âge

La longueur des crises augmente avec l'âge du malade et les phases intercritiques sont considérablement raccourcies. Par ailleurs, l'efficacité prophylactique des sels de lithium est d'autant plus nette que le sujet est jeune.

➤ L'efficacité

Les sels de lithium non seulement réduisent l'excitation maniaque, mais de plus ils agissent de la façon la plus évidente sur la survenue des accès. En effet, 70 à 75 p.100 des malades atteints de PMD voient leur existence transformée grâce aux sels de lithium. Dans bien des cas, les accès sont radicalement supprimés, lorsqu'ils ne le sont pas, ils sont abrégés et surtout leur intensité est considérablement réduite, rendant inutile le séjour en milieu spécialisé, et permettent la poursuite de l'activité professionnelle et sociale.

Cependant, dans nos régions, les chiffres sont certainement en dessous des pourcentages ci-dessus. Le traitement au lithium n'est pas accessible à tous les malades auxquels il est proposé.

I/ METHODOLOGIE

1/ CADRE DU TRAVAIL

Le service psychiatrie du centre hospitalier national de Fann

Le service est constitué de trois (03) unités

- le pavillon de consultation externe ;
- service de psychiatrie « Keur Xaleyj » ;
- la clinique Moussa DIOP ou service d'hospitalisation.

Il reçoit en moyenne 9453 malades/an selon les registres administratifs de l'année 2002, soit :

5007 malades au pavillon de consultation externe;

997 malades à Keur Xaleyj;

3449 malades à la clinique Moussa DIOP.

1-1. Le pavillon de consultation externe (CE)

Il est créé en 1972, il devient autonome depuis 1977, sa création procède d'un désir de rendre moins asilaire la psychiatrie.

Les malades au lieu d'être hospitalisés et être coupés de leur milieu, sont vus en consultation avec la possibilité d'être placés en observation pendant une journée avant de rentrer chez eux.

Ce service assure la consultation et le suivi des malades non encore hospitalisés ainsi que leur orientation vers une division de la clinique quand leur hospitalisation s'avère nécessaire. Le service de consultation externe est dirigé par un psychiatre secondé par une assistante sociale ainsi que des internes ou médecins inscrits au Certificat d'Etudes Spéciales de psychiatrie.

1-2. L'unité de pédopsychiatrie « Keur Xaleyi »

La consultation de pédopsychiatrie existe depuis 1972 mais c'est en 1994 que l'hôpital de jour est opérationnel.

L'hôpital de jour fonctionne 9 mois sur 12 respectant ainsi le calendrier scolaire. Il a une capacité d'accueil de 20 enfants de 3 à 15 ans d'origine sociale et culturelle diverse et présentant des pathologies ou difficultés psychiatriques.

1-3. La clinique Moussa DIOP ou l'unité d'hospitalisation

Elle comprend cinq (5) divisions dont l'une est actuellement fermée :

- le pavillon des dames
- le rez de chaussée droit
- le rez de chaussée gauche
- l'étage gauche
- l'étage droit actuellement fermé à cause de nombreuses difficultés de fonctionnement surtout matériels (manque de lits,...)

2/ CRITERES D'INCLUSION

Nous avons sélectionné au niveau des différents fichiers (consultation externe, clinique Moussa DIOP) les malades qui répondent à nos critères (malades responsables de famille, nombre d'accès supérieur à 2). Nous avons eu un entretien avec tous nos malades. Nous avons convoqué à l'hôpital ceux qui ont un numéro de téléphone. Pour les autres qui ont une adresse précise, nous nous sommes déplacés vers eux.

3/ METHODE DE TRAVAIL

Notre étude porte sur 50 cas selon les critères suivants :

- malades responsables de famille
- nombre d'accès de crise supérieur à 2 pour que le diagnostic se confirme.

Nous avons utilisé le questionnaire ci-dessous :

I- Identité

N° d'observation :

Sexe :

Age :

Ethnie :

Adresse :

Tél :

Profession :

Niveau d'instruction :

Situation matrimoniale :

II- Questions

Pour vérifier les trois hypothèses suivantes sur la psychose maniaco-dépressive

- Précarité financière
- Instabilité familiale
- Déficit comportemental

1/ Comment vous est apparue la maladie ?

2/ Quels sont les premiers symptômes ?

3/ A quoi corrélerez-vous la maladie ?

- | | |
|---------------------------|-------------------------------|
| a- surmenage physique | g- post partum |
| b- surmenage intellectuel | h- toxicomanie |
| c- traumatisme | i- notion de « xamb et tuur » |
| d- hérédité | j- épilepsie |
| e- anxiété | k- autres |
| f- déception | |

4/ Combien d'accès de crise avez-vous présenté ?

- | | |
|----------|-----------|
| a- un | d- quatre |
| b- deux | e- cinq |
| c- trois | f- >cinq |

5/ est ce que ces épisodes répétitifs ont des répercussions au niveau de votre famille ?

oui

non

si oui lesquels ?

- | | |
|------------------------|-----------------------------|
| a- divorce | e- investissements insensés |
| b- séparation | f- déséquilibre budgétaire |
| c- agressivité | g- problèmes médico-légaux |
| d- achats inconsidérés | |

6/ Quelle relation entretenez-vous avec votre entourage ?

a- avant la maladie :

- a-1- bonne
- a-2- mauvaise
- a-3- neutre

b- après la maladie :

- b-1- bonne
- b-2- mauvaise
- b-3- neutre

NB : Relation : c'est le rapport qui existe entre deux personnes ou entre une personne et un groupe d'individu.

Bonne relation : Fréquentation des amis
Assistance des autres
Entre-aide

Mauvaise relation : Repli sur soi
Évitement des autres

Agressivité envers les autres

Relation neutre : Ni bonne, ni mauvaise

7/ Comment étiez-vous socio-économiquement avant la maladie ?

- a- aisance
- b- niveau moyen
- c- pauvreté

8/ A quel niveau vous situez-vous actuellement ?

- a- aisance
- b- niveau moyen
- c- pauvreté

NB : Selon le Programme des Nations Unies pour le Développement Humain (PNUD), le niveau de vie d'une population s'apprécie suivant le critère de satisfaction des besoins :

D'abord il y a ceux incapables de satisfaire leurs besoins primaires (élémentaires) tels que (l'alimentation, la santé, l'éducation...) sont des pauvres.

Ensuite la classe moyenne est composée de personnes qui peuvent satisfaire leurs besoins primaires.

Enfin, on considère comme aisée toute personne capable de satisfaire ses besoins secondaires tels que (voiture, loisirs, luxe...)

9/ qu'est ce que vous faisiez comme activité avant la maladie ?

- a- travail salarié
- b- travaux ménagers
- c- études
- d- groupement
- e- fréquentation des amis
- f- divertissement
- g- autres

10/ faites-vous encore les mêmes activités ?

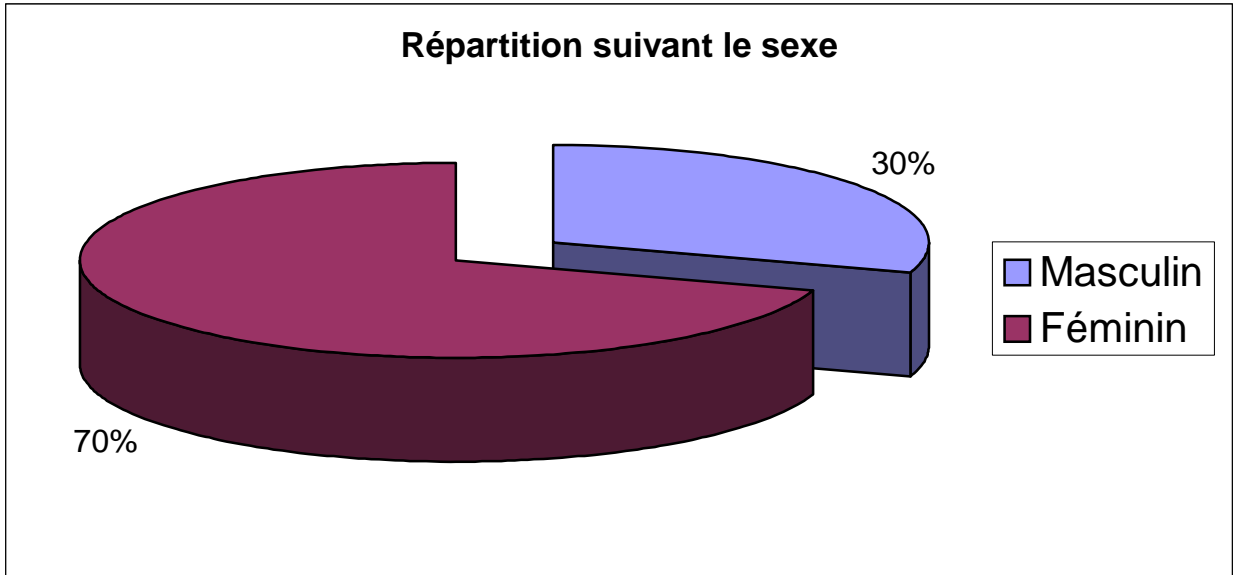
11/ Quel est le coût mensuel de votre traitement ?

Nous avons rencontré les limites suivantes :

- la qualité de la tenue des dossiers : manque de précision sur l'adresse complète des malades, les médecins ne précisent pas souvent le numéro de téléphone pour faciliter le contact avec les malades. Nous sommes obligés d'attendre leur prochain rendez-vous si la date est mentionnée sur le dossier,
- le manque d'informations dans les dossiers, de ce fait il s'avère nécessaire d'avoir un entretien avec tous les malades ;
- nous n'avons pas sélectionné beaucoup de dossiers (50) en raison de nos critères d'inclusion.

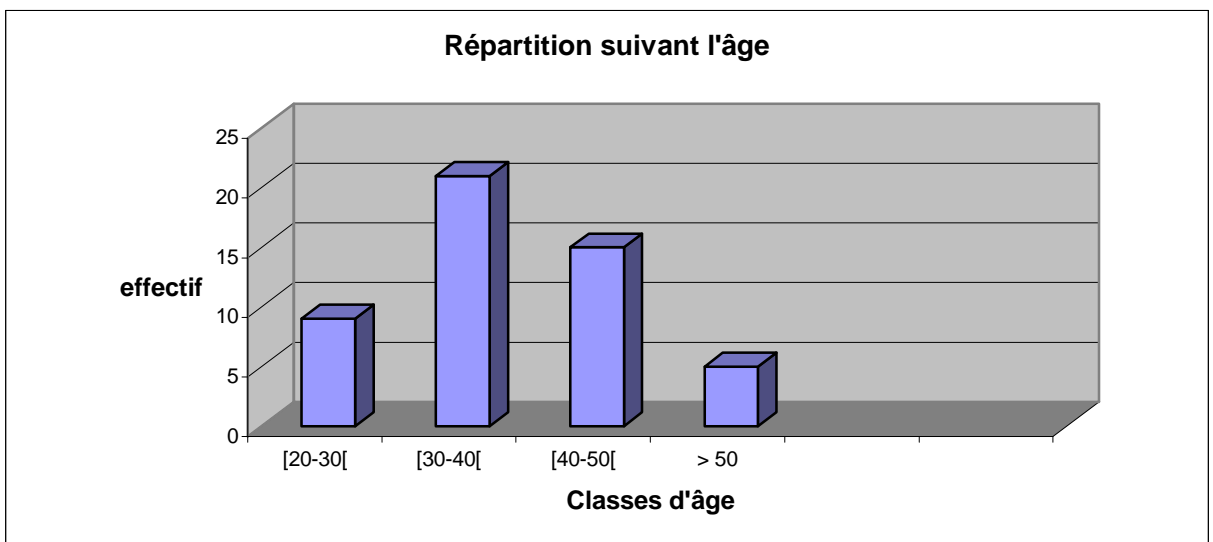
II/ RESULTATS

1/ Répartition suivant le sexe



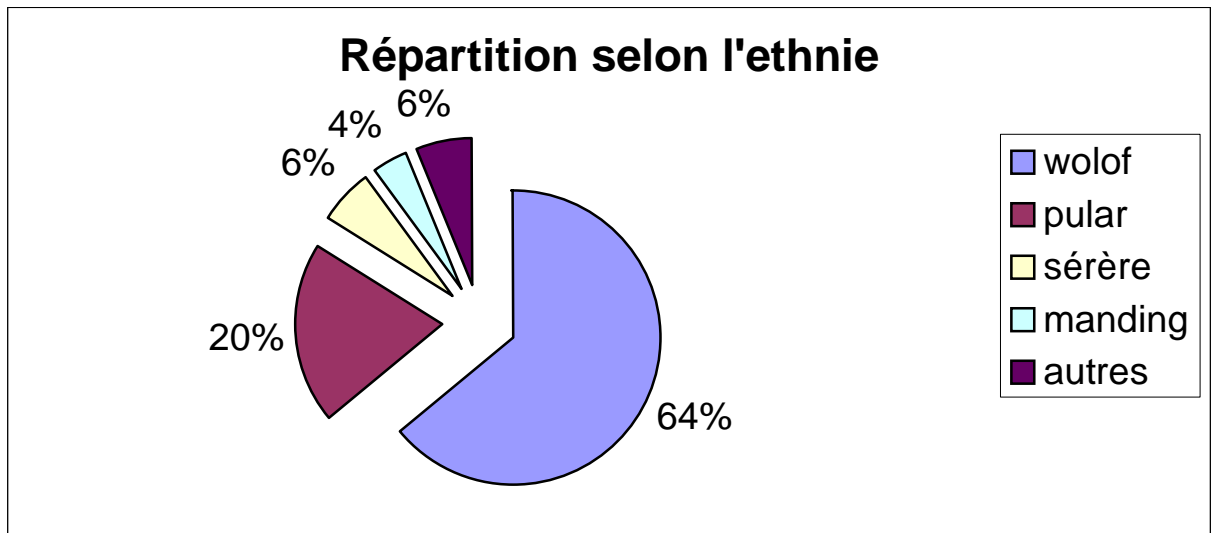
70% de nos malades sont des femmes.

2/ Répartition suivant l'âge



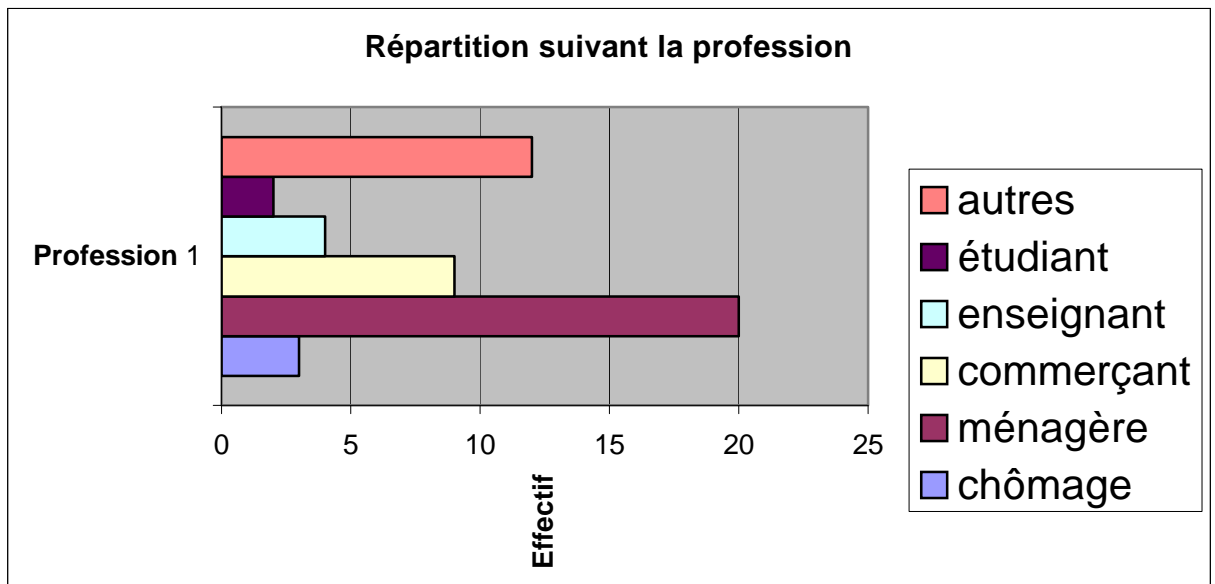
Les classes d'âge de 30-40 ans et 40-50 ans sont les plus représentées.

3/ Répartition suivant l'ethnie



Les ethnies wolof et pular sont plus représentatives avec respectivement un effectif de 32 et 10 malades.

4/ Répartition suivant la profession

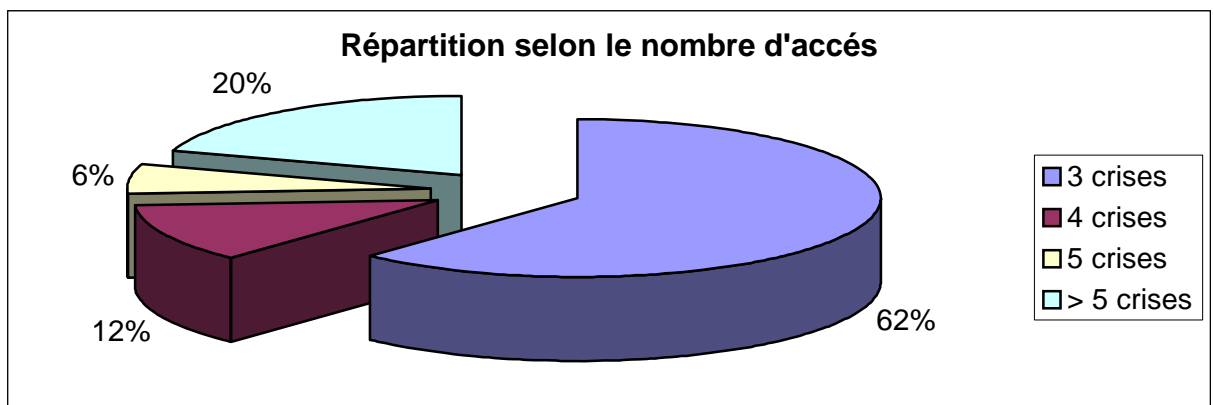


La fonction de ménagère est la plus fréquente avec un effectif de 20 personnes.

NB : Par « autres », nous entendons toute profession retrouvée en singleton. Il s'agit de :

- salariés (cadre administratif, bibliothécaire, inspecteur de police, militaire, standardiste bilingue, barman)
- activité économique libre (propriétaire de maison, restauratrice, technicien en bâtiment, analyste programmeur, chef de chantier, technicien en tôlerie, serrurerie)

5/ Répartition suivant le nombre d'accès



62% de nos malades présentent trois accès de crises.

Remarque : Un nombre d'accès supérieur à 2 fait partie de nos critères.

6/ Répartition suivant la circonstance de survenue ou facteur favorisant

On retrouve différents facteurs pour lesquels on décompte :

- surmenage physique et intellectuel 15 malades
- trouble de la puerpéralité 11 malades
- déception 6 malades

- traumatisme crano-encéphalique 5 malades
- toxicomanie 3 malades
- autres 10malades, dont:
 - épilepsie (1)
 - « xamb et tuur » (2)
 - divorce (1)
 - frustrations (1)
 - zikr (1)
 - cauchemars (4)

7/ Répartition suivant les symptômes de début

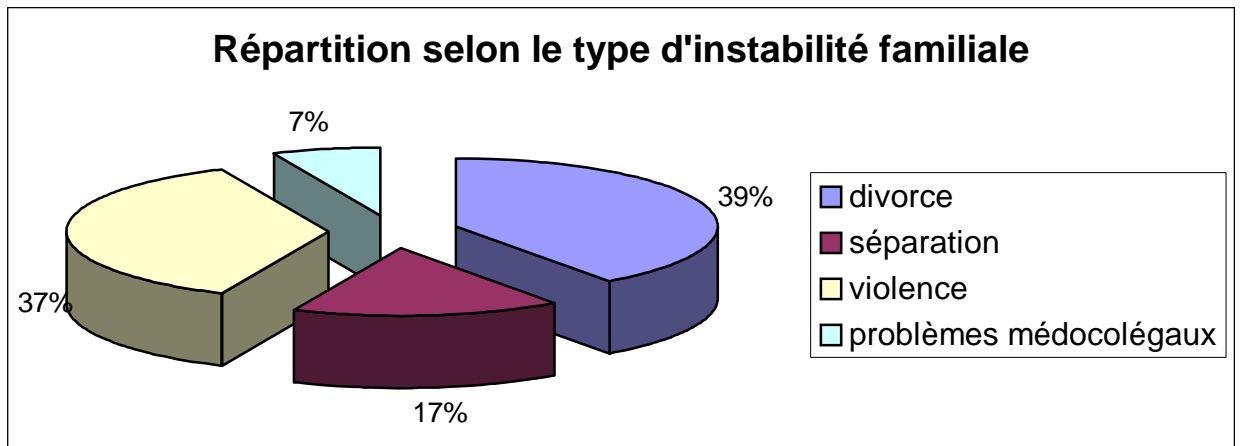
On répertorie un ensemble de symptômes, pouvant apparaître isolément ou en association chez un même malade, ainsi, on a :

- logorrhée 32 malades
- insomnie 24 malades
- agitation psychomotrice 15 malades
- agressivité 8 malades
- hallucination 8 malades
- euphorie 33 malades
- plaintes somatiques 3 malades
- mutisme 2 malades
- humeur triste 3 malades
- délire 2 malades
- autres : soliloque isolement }
 tentative suicide nervosité } 4 malades

Nous remarquons que la majeure partie de nos malades présentent au début un accès maniaque à type de logorrhée, agitation psychomotrice, insomnie, agressivité, hallucination, euphorie.

La symptomatologie dépressive est rare ou n'attire pas l'attention au début avec comme signes : des plaintes somatiques, une humeur triste, un mutisme, un délire avec idées de dévalorisation.

8/ Instabilité familiale

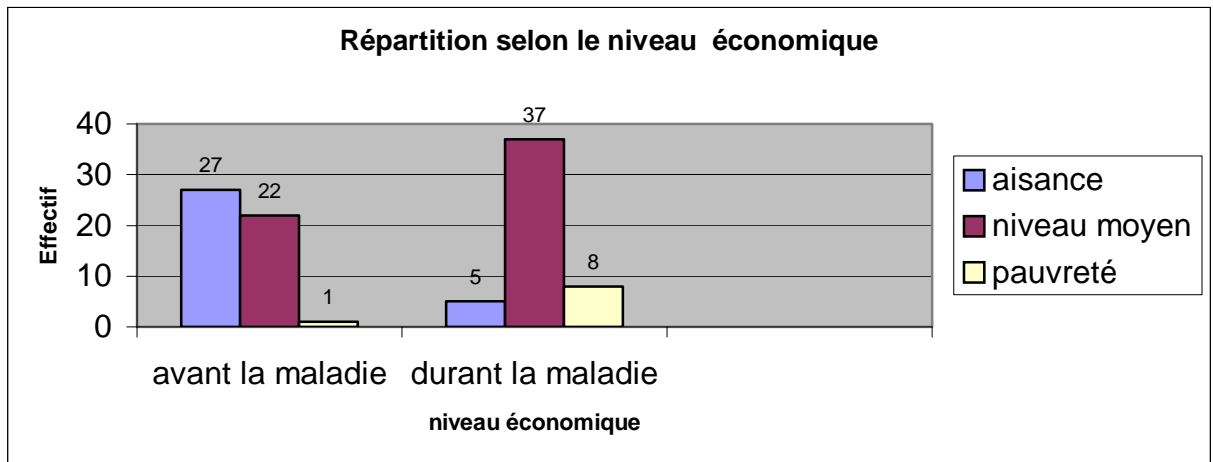


Notre étude permet de révéler une instabilité familiale, consécutive à la maladie, chez 30 de notre effectif, à type de :

- 12 divorces
- 5 séparations : c'est le cas de l'observation n° 6 où la femme quitte le domicile conjugal en période de crise.
- 11 cas d'agressivité physique ou violence envers les membres de la famille et autres : lors des périodes de crise, l'excitation psychomotrice entraîne souvent des réactions dangereuses (coups, blessures, injures, bagarres...) envers l'entourage du malade.
- 2 cas de problèmes médico-légaux malades à type de dénudation, tentative de suicide.

9/ Précarité financière

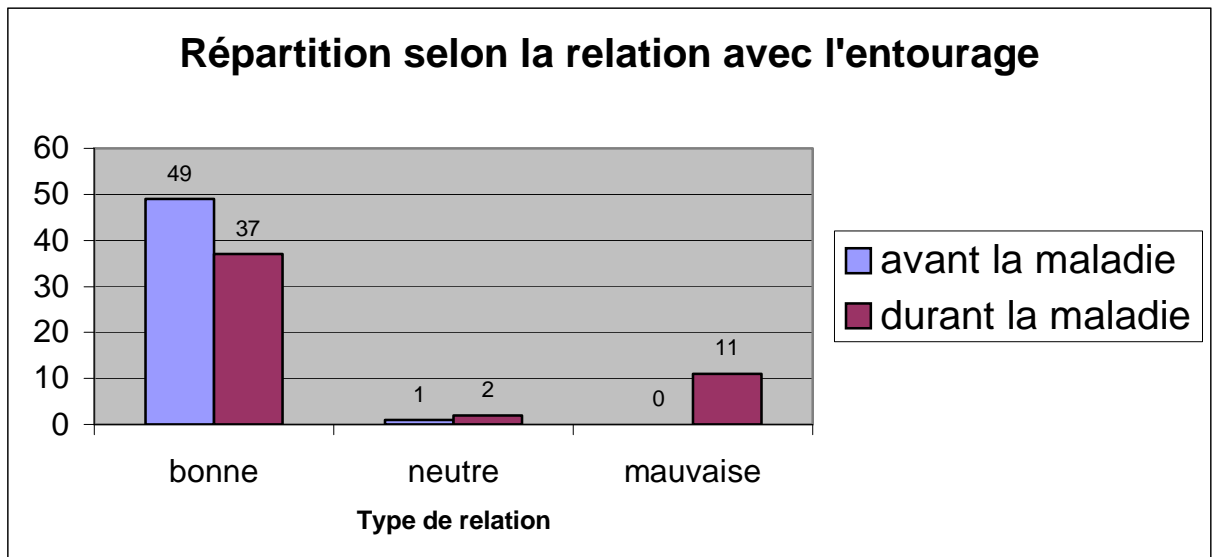
Niveau économique



Une augmentation de 8 fois l'effectif des pauvres (8).

10/ Déficit comportemental

➤ Relation avec l'entourage



Avant la maladie, on note une bonne relation avec l'entourage.

Avec la maladie, cette relation se dégrade fortement.

➤ **Activités et/ou réinsertion professionnelle**

		Avant la maladie	Durant la maladie
TYPES D'ACTIVITE	sans	1	32
	Professionnelles	21	4
	Ménagère	20	8
	Etudes	10	0
	groupement	12	2
	Fréquentation amis	13	2
	Divertissement	12	2
	Autres	11	4

Avant la maladie, on note que pratiquement tous les malades sont actifs et exercent donc diverses activités.

Avec la maladie, 32 malades sont sans activité.

III/ DISCUSSION

1/ QUELQUES ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES

1-1/ Sexe

Notre échantillon représente 35 femmes pour 15 hommes, soit deux fois plus le nombre d'hommes. Il existe une prédominance féminine, mais classiquement les femmes sont les plus atteintes dans un rapport de 2 pour 1 (5).

1-2/ Age

Au niveau de notre étude, nous sélectionnons les malades mariés ou divorcés et qui prennent en charge leur famille (responsable de famille) pour mieux étudier les répercussions au niveau social. C'est pourquoi les tranches d'âge de [30-35] et [40-45] sont plus représentatives. Mais classiquement, la psychose maniaco-dépressive apparaît comme l'apanage de l'âge adulte, se manifestant pour la première fois entre 25 et 35 ans en moyenne.

Rares sont, de toute façon les accès maniaco-dépressifs qui surviennent durant l'enfance et l'adolescence (6).

1-3/ Ethnie

Les groupes ethniques wolof et hal-pular sont les plus représentatifs avec respectivement 32 et 10 malades des 50 malades de notre échantillon. Ceci pourrait s'expliquer probablement d'une part par le fait que la population du Sénégal est en majorité composée de wolof ; et d'autre part, par le fait que les Hal-pular ont tendance à faire des mariages rapprochés, d'où la fréquence élevée de l'affection au niveau de ce groupe ethnique.

D'autant plus qu'on sait que la psychose maniaco-dépressive comporte en elle-même l'idée d'une influence héréditaire dans la transmission de l'affection, d'où une expression plus fréquente de la maladie. **(25)**

1-4/ Profession

La majeure partie de nos malades (47) exerce une activité, mais on constate que cette activité (activités salariées, travaux ménagers, études...) diminue avec l'évolution de la maladie. Ceci constitue notre 3^{ème} hypothèse à savoir le déficit comportemental.

Nous avons sélectionné des soutiens de famille qui ont déjà un emploi. Ceci s'explique par le début tardif de la maladie et par le fait que le maniaque a un besoin impérieux d'activité. Il y a un accroissement des performances intellectuelles, une créativité inhabituelle, un sentiment de facilité avec recherche excessive de contacts sociaux **(16)**. Il y a une bonne adaptation socioprofessionnelle.

1-5/ Nombre d'accès

La notion de récurrence est inhérente au concept de psychose maniaco-dépressive. La majorité de nos malades soit 31, présente 3 accès d'où l'efficacité de la prise en charge.

10 autres malades présentent plus de 5 accès, il est important de signaler qu'au fil du temps, il est classique d'observer la succession très rapprochée d'épisodes pathologiques relativement brefs. De tels malades sont considérés comme présentant des cycles dits rapides correspondant à une forme originale de trouble cyclique dont la réponse au traitement est différente des formes à cycles plus longs **(16)**.

Mais les traitements des troubles de l'humeur et plus précisément la lithiothérapie diminue de façon sensible la fréquence des rechutes et améliore encore le pronostic à long terme.

1-6/ Circonstances de début

Dès l'origine, la psychose maniaco-dépressive est considérée comme une affection essentiellement « endogène » et familiale. Si les études les plus récentes confirment ce caractère et démontrent l'existence de facteurs de vulnérabilité génétiques, elles montrent également l'intervention d'autres facteurs, en particulier psychologiques et environnementaux dans l'étiopathogénie de la maladie **(26)**.

Au niveau de notre étude, nous constatons que la maladie se révèle suite à une influence des événements de la vie. Le surmenage physique et intellectuel est une circonstance favorisante chez 11 malades. La puerpéralité est une situation manifeste de perte d'objet et parfois l'occasion de la manifestation précoce d'une authentique psychose maniaco-dépressive **(8)**. Il nous paraît intéressant de souligner l'importance de la situation gravido-puerpérale afin de mieux comprendre l'incidence de celle-ci sur l'éventuelle survenue de perturbations psychologiques chez la femme africaine.

« Les changements sociaux, les actes codifiés, la préparation à la grossesse puis à l'accouchement n'ont plus la même rigueur. Et l'angoisse peut éclater lors de l'accouchement » **(18)**.

On note d'autres circonstances favorisantes notamment : déception, traumatisme cranio-encéphalique, toxicomanie, « xamb et tuur », épilepsie, divorce...

1-7/ Symptomatologie de début

Selon M. Diop **(13)**, la dépression semble relativement rare en milieu africain. Mais le fait le plus frappant et le moins contestable est la fréquence nettement plus faible des formes dépressives par rapport aux formes maniaques en début de maladie.

L'unanimité des auteurs sur ce point mérite d'être soulignée.

Au niveau de notre étude, l'analyse de la symptomatologie de début permet de constater que les accès maniaques sont plus fréquents que les accès dépressifs.

En effet, les principaux signes pour l'accès maniaque sont, d'après notre étude :

- la logorrhée qui est un discours riche, rapide, assez cohérent avec ironie fréquente. Elle se retrouve chez 32 de nos patients.
- L'insomnie qui s'accompagne souvent de tapage nocturne se retrouve chez 24 de nos malades.
- L'agitation psychomotrice qui est une hyperactivité, consiste en des va et vient incessants, en promenades insolites, en dépenses inconsidérées. Elle se retrouve chez 15 de nos patients.
- L'euphorie est une exaltation de l'humeur qui est décrite comme une humeur gaie, enjouée, accompagnée d'une familiarité excessive. Elle se retrouve chez 33 de nos patients.
- L'agressivité (physique et verbale) est souvent induite par les attitudes maladroitesses de l'entourage. Elle peut entraîner des problèmes médico-légaux. Elle se retrouve chez 8 de nos patients.
- Hallucination (visuelle ou auditive).

Les hallucinations visuelles portent sur des objets, animaux ou hommes que le malade voit. Ces visions sont responsables de certaines agitations et insomnie.

Les hallucinations auditives sont des « voix » humaines gênantes, proférant des injures ou des menaces.

Elle se retrouve chez 8 de nos patients.

Les études de AHYI G.R.A **(2)** et de MBOUSSOU M. **(24)** qui portent sur les états dépressifs au Sénégal, montrent que ces derniers sont assez fréquents.

Les principaux signes de l'accès dépressif, d'après notre étude sont :

- les plaintes somatiques se retrouvent chez 3 de nos malades
- mutisme qui est un refus de communication se retrouve chez 2 de nos malades
- l'humeur triste est une tension pénible au niveau psychique ou morale comme si l'individu est en attente d'un châtement imminent. Elle se retrouve chez 3 de nos malades
- idées délirantes sous forme de plaintes corporelles se retrouvent chez 2 de nos malades
- autres signes retrouvés : soliloque, isolement, nervosité, et tentative de suicide.

La tentative de suicide fait partie de l'étude menée par D.Sow **(36)**. Par ailleurs, Tondo **(37)** dit que la psychose maniaco-dépressive est source de mortalité prématurée par suicide et que le taux de suicide avoisine 0,4 % par an ; il est 20 fois plus élevé que dans la population générale. D'où la nécessité de la prévention de la conduite suicidaire par une lithiothérapie précoce.

2/ INSTABILITE FAMILIALE

Cas clinique :

Observation 1

Il s'agit d'une femme de 47 ans, wolof, célibataire (divorcée avec 2 enfants), habitant à Grand Dakar. Elle est propriétaire de sa maison qu' elle sous-loue.

Le début de la maladie remonte à l'âge de 23 ans, 3 mois après l'accouchement de son 2^{ème} enfant.

Le tableau clinique est marqué par une logorrhée, une agitation psychomotrice à type de va et vient, une insomnie, une euphorie avec chants et danses, des hallucinations visuelles (elle dit que son enfant est un serpent et qu'elle voit aussi Serigne Touba. Elle fugue souvent et se dénude.

- ❖ Dans les antécédents, on retrouve une notion « Xamb » et de « Tour » ; une même symptomatologie chez un frère.
- ❖ Biographie : issue d'une famille polygame à 3 épouses dont sa mère est la 2^{ème} femme. Elles sont toutes dans la même maison avec leurs enfants et elles mènent des relations acceptables. Elle est l'aînée d'une fratrie utérine de cinq enfants. Scolarisée à l'école coranique puis elle a mené des études jusqu'à la classe de 5^{ème}

Secondaire. Elle a abandonné ses études du fait de ses mauvais résultats. Il n'y a pas de notion de déménagement, séparation, ni placement éventuel chez un parent. Elle est ouverte, non timide.

Mariée à l'âge de 19 ans avec consentement, elle a deux enfants. Après 10 ans de mariage, elle a divorcée à cause de sa maladie.

- ❖ Actuellement elle vit avec ses enfants. Elle mène aussi de temps à temps des activités dans des groupements féminins (ENDA, céréales locales).

Devant ce tableau, elle est amenée en consultation par sa mère et un traitement à base de : haldol® 2 % goutte : 30 gouttes 3 fois par jour,

Tégréto® 200 mg : 1 comprimé 2 fois/j

Par la suite on note une bonne amélioration clinique.

Devant l'inobservance du traitement, elle fait une rechute 3 mois après : c'est son 3^{ème} accès.

Le diagnostic de psychose maniaco-dépressive est retenu.

Chez cette patiente, vu la fluctuation clinique l'adaptation familiale est compromise et se solde par un divorce. Elle se bat souvent avec son mari pour lui montrer qu'elle est forte (agressivité physique). Elle insulte son mari et les autres (agressivité verbale). Elle devient insupportable, toujours en querelle avec son mari. Depuis lors, elle vit seule et ses enfants sont avec leur père.

Observation 9 :

il s'agit d'une femme de 44 ans, pular, divorcée avec 3 enfants, domiciliée à Guédiawaye, secrétaire comptable aux forces armées.

Le début de la maladie remonte à plusieurs années (1992) avec 4 accès de crises. La dernière crise remonte à Décembre 2002 marqué par l'apparition d'une insomnie mixte à type d'endormissement et réveil très précoce. Elle se couche vers minuit et se réveille avant 3 h du matin. Elle fait des va et vient, gesticule, change les objets de place, parfois chante et danse. Elle est logorrhéique avec une conversation rapide témoignant de la fuite des idées. L'humeur est expansive, euphorique, caustique et surtout versatile passant de la joie aux larmes. Elle s'irrite facilement et discute le plus souvent avec son fils. Elle se plaint de beaucoup de dommages causés au travail. Elle agresse physiquement sa maman et le chauffeur et verbalement par des propos caustiques à leur endroit.

Elle est sous Haldol[®], Tégréto[®], Largactil[®].

- ❖ Dans ses antécédents, on note le suicide de son frère aîné qui présentait la même symptomatologie.
- ❖ Biographie : issue d'une famille polygame, sa mère est la quatrième épouse . elle était souvent battue par son frère . quatrième d'une fratrie utérine de 10 enfants. Scolarisée à l'école coranique puis à l'école française. Ses études sont sanctionnées par l'obtention des diplômes suivant : CEPE - BFEM - Diplôme secrétariat.
- ❖ Actuellement, elle a divorcé avec son mari à cause de ses troubles psychiatriques, mais vit avec ses enfants. Elle dit que son mari ne le soutient pas. Il la traite d'insupportable, irritable.

D'après notre étude, la psychose maniaco-dépressive affecte la famille. Elle entraîne des conséquences sur la dynamique familiale.

D'après El Mallakh RS **(15)**, l'impact de la psychose maniaco-dépressive sur la famille est exploré par le Dr James Huse qui dit que « l'impact sur la famille excède l'impact sur la personne elle-même ».

Dans certains cas, les fluctuations infra cliniques rapides, voire incessantes de l'humeur entraînent des modifications comportementales qui compromettent l'adaptation familiale **(37)**.

Au niveau de notre étude, on recense 11 cas d'agressivité verbale et physique envers les membres de la famille et autres. Cette agressivité est souvent source de tension morale et entraîne des répercussions au niveau de la famille. C'est ainsi que 12 cas de divorce, 5 cas de séparation consécutifs à la maladie sont répertoriés.

Selon les auteurs comme Sivadon P. **(35)**, le divorce surviendrait plus fréquemment chez les bipolaires que chez les unipolaires.

L'éducation des enfants d'après Darves **(11)** est souvent compromise avec :

- 72 p.100 de ces enfants qui sont élevés par les parents
- 24 p.100 de ces enfants qui sont élevés totalement ou partiellement par la famille
- 3 p.100 sont élevés par d'autres (placement, adoption, service psychiatrique,..)

Les phénomènes de chronicisation et d'évolution vers une invalidité sociale ne sont pas rares dans les troubles bipolaires.

Les maniaco-dépressifs sont souvent en contact avec le système légal, ce qui peut être source d'instabilité familiale.

3/ PRECARITE FINANCIERE

Cas clinique : Observation 41

Il s'agit d'un homme de 54 ans, wolof, marié (père de 06 enfants), commerçant, habitant à Guédiawaye.

Le début de la maladie remonte à l'âge de 25 ans marqué par une euphorie, une logorrhée avec un délire mystico-religieux, une agitation psychomotrice à type de va et vient, dépenses inconsidérées et investissements insensés. Une insomnie à type de réveil précoce vers 4 h du matin avec tapages nocturnes : il augmente le volume de son magnétophone pour écouter des versets du coran.

- ❖ Dans les antécédents, on retrouve un traumatisme cranio-encéphalique, suite à un accident de la circulation qui entraîne un coma d'une semaine. Son père aussi présente les mêmes troubles.
- ❖ Biographie : issue d'une famille polygame à deux épouses dont la mère est la première. 2^{ème} d'une fratrie utérine de quatre enfants. Sa mère s'est remariée après le décès de son père ; il a des demi-frères et sœurs. Il a passé une enfance normale. Scolarisé à l'école française jusqu'en classe de CM II, puis il a arrêté pour devenir marchand ambulant car il ne supporte pas les études. Il a fait plusieurs métiers avant de se retrouver commerçant..

Adolescent sans problème, l'entourage le décrit comme un homme agréable, énergique, sociable, d'humeur égale, le plus souvent gaie. Il s'est marié à l'âge de 23 ans ; mariage stable.

- ❖ Actuellement, il vit avec sa femme et ses enfants et exerce son métier de commerçant.

Il présente plus de 5 accès. Il est actuellement sous Modécate®, Tégrétol®, Artane®. A chaque crise, il effectue des dépenses inconsidérées et investissements insensés très importants...

En plus du coût du traitement : hospitalisations répétées et médicaments.

Ces « folies dépensières cycliques » entravent la réalisation des projets du patient.

La psychose maniaco-dépressive est une affection chronique qui entraîne une charge économique considérable envers les patients, les familles et la société **(15)**.

C'est une affection qui coûte cher par :

- le nombre de jours d'hospitalisation lors des périodes de crise. La durée moyenne d'une hospitalisation est de 47 jours d'après Olié JP (29).
- le coût des médicaments (souvent c'est un traitement à vie)
- le dosage fréquent de certains médicaments comme le lithium (10.000F CFA/dosage)
- les dépenses inconsidérées et les investissements insensés lors des périodes de crise, d'où la nécessité de la prise de mesures de protection des biens, car l'excitation et les troubles du jugement sont souvent à l'origine, chez les maniaques, de décisions absurdes et dommageables :
 - C'est le cas de l'observation 3 où le malade change de garde robe, change de mode de vie, de meubles, distribue de l'argent aux passagers, décide de partir en vacances...
 - projets curieux, incohérents du malade n°10 qui investit tout son argent pour cultiver durant la période sèche ;
 - malade n° 13 qui retire de l'argent dans son compte et fait en même temps un prêt bancaire pour financer des projets hasardeux : financer des proches pour qu'ils partent à l'émigration.

La comparaison entre le Salaire Minimum Interprofessionnel Généralisé (SMIG) qui est de 30000 à 35000F CFA au Sénégal et le coût mensuel de la prise en charge de la psychose maniaco-dépressive en fonction des phases de la maladie ou de l'intervalle libre montre que : la psychose maniaco-dépressive fait entrer progressivement le malade dans une précarité financière.

D'après notre étude le coût mensuel de la prise en charge de la psychose maniaco-dépressive varie en fonction de la phase où se situe le malade ou de l'intervalle libre c'est à dire le traitement préventif.

Notre méthode est la suivante : nous nous sommes basés sur le prix en pharmacie pour les médicaments non disponibles en Initiative de Bamako (IB).

- Pour l'accès maniaque, le coût des médicaments, pour le traitement d'attaque et traitement d'entretien, varie entre 10.022 à 19.566F CFA. En plus du dosage de la lithiémie pour ceux qui sont sous lithiothérapie. En moyenne les malades pratiquent trois dosages avant l'équilibre de la lithiémie puis après l'équilibre un dosage tous les mois voire tous les deux mois.

En plus du nombre de jour d'hospitalisation dont le coût varie entre 37.600 à 117.500F CFA selon la catégorie (chambre individuelle : 2500F CFA/jour, chambre commune : 800F CFA/jour).

- Pour l'accès dépressif, le coût mensuel des médicaments varie entre 14.522 à 16.467F CFA. En plus du nombre de jour d'hospitalisation dont le coût varie entre 37.600 à 117.500F CFA. Les malades que nous avons sélectionné n'ont pas bénéficié de sismothérapie.
- Pour l'intervalle libre c'est à dire le traitement préventif, le coût mensuel des médicaments varie entre 13.966 à 22.122F CFA. La psychothérapie est à 3000F CFA/séance.

En somme, le séjour à l'hôpital, le coût des médicaments surtout avec le lithium (dosage lithiémie fréquente), les dépenses inconsidérées et les investissements insensés, font entrer progressivement le malade dans une précarité financière.

Au niveau de notre étude, nous constatons que le niveau économique baisse avec l'évolution de la maladie.

L'effectif des malades aisés diminue 5 fois avec l'évolution de la maladie, tandis que l'effectif des malades pauvres augmente 8 fois.

L'effectif des malades de revenu moyen passe de 22 à 37 malades avec l'évolution de la maladie, au dépend de l'effectif des malades aisés.

4/ DEFICIT COMPORTEMENTAL

4-1/ Relation avec l'entourage

La psychose maniaco-dépressive retentit sur l'entourage du patient comme sur son insertion sociale, qu'elle peut gravement compromettre (6). Ceci par une asocialisation du caractère du malade (35). Mais l'ambiance sécurisante et la tolérance de la société africaine vis à vis des malades mentaux doit jouer un rôle non négligeable (13).

Collomb (9) dit que : « des interrelations de mauvaises qualité et un rejet de la famille sont des facteurs précipitants et contribuant à la pérennisation de sa maladie ».

A travers notre étude, nous constatons que les relations personnelles avec la famille et/ou l'entourage sont meilleures avant la maladie qu'avec l'évolution de celle-ci. Avant la maladie, la relation avec l'entourage est pratiquement bonne, mais durant la maladie, on note une dégradation de cette relation avec 11 cas de mauvaise et 2 cas de relation neutre.

Il est donc nécessaire de bien informer l'entourage du malade pour lui faire comprendre que la psychose maniaco-dépressive est une affection chronique qui évolue par accès et cycles. Les malades ont besoin d'assistance, de soutien et de compréhension vis à vis de leur comportement. Ils ne doivent pas être l'objet de rejet.

4-2/ Activités et/ou réinsertion professionnelle

Cas clinique : Observation n°24

Il s'agit d'une femme de 40 ans, wolof, enseignante, mariée (2 enfants) en séparation avec son mari, habitant à Louga.

Le début de la maladie remonte à 10 ans et elle présente plus de 5 accès.

Le dernier épisode remonte à avril 2003 marqué par une excitation motrice (déambulation incessante), psychique (logorrhée interminable, coq à l'âne), versatilité

de l' humeur (passage du rire aux larmes ou à l'irritabilité si rapide que la raison de ce changement échappe parfois). Elle est plus gaie que d'habitude. Elle recherche avec excès le contact de ses amis pour les informer des projets ambitieux d'ouverture d'une école et pour lesquels elle se dépense en démarches multiples. Elle fait des dépenses excessives par rapport au budget de sa famille. Par ailleurs on note une insomnie avec réveil précoce contrastant avec une infatigabilité.

Devant les accès moins longs et moins graves qui se répètent. Ils finissent par entraîner des conséquences socio-familiales par la dégradation du caractère (séparation avec son mari), des conséquences socioprofessionnelles (elle n'arrive plus à enseigner correctement)

Observation n°19

Il s'agit d'une femme de 45 ans, célibataire sans enfant, domiciliée aux HLM Nimzatt, hôtesse de l'air de profession mais actuellement, elle ne travaille plus.

Le début de la maladie remonte à 15 ans. Elle a présenté plus de 5 accès de crises. Le dernier épisode remonte à Mai 2003, marqué par un accroissement de ses capacités de travaux domestiques. Elle devient plus efficace que de coutume. Très active, elle réduit son temps de sommeil sans que cela entraîne une fatigue. Elle est logorrhéique avec un discours intarissable. Le discours reste la plupart du temps cohérent et compréhensible. Elle est euphorique avec une quête effective intense. Elle s'irrite facilement et devient pleurnichard lorsqu'elle n'est pas satisfaite.

- ❖ Dans ses antécédents, on retrouve des états maniaques ainsi que des états dépressifs périodiques.

Un frère et une sœur présentent la même symptomatologie.

- ❖ Actuellement, elle nous fait part de ses difficultés financières car, elle ne peut plus à cause de sa mère et sa dépendance vis à vis de sa famille pour son traitement qui est long et cher.

Les répercussions sociales néfastes des troubles thymiques concernent aussi l'activité professionnelle. Bien que la psychose maniaco-dépressive ait des impacts sur l'individu, ailleurs, elle affecte un bon nombre de jeunes sur la productivité. Peut être c'est le plus grand impact sur la société comparée aux autres maladies **(15)**. La psychose

maniaco-dépressive affecte sur le lieu de travail par une fréquence élevée d'absentéisme voire même de perte du travail.

Le malade n'étant pas dans les conditions d'accomplir ses fonctions :

- Il n'est pas en bonne relation avec l'entourage car il est hyper-agité, dit des choses désagréables. Il est ironique et caustique, il ridiculise volontiers son interlocuteur. Cette effervescence peut se décharger dans des manifestations d'irritation, de violence et même d'agressivité forcenée. Ceci est plus caractéristique dans l'état hypomaniaque où on note une surabondance des idées et de l'activité avec une humeur fondamentale euphorique.
- effets secondaires des médicaments
- cycles rapides et les fluctuations infracliniques rapides compromettant l'adaptation professionnelle et les autres activités. Les patients maniaco-dépressifs sont souvent en contact avec l'assistant social.

La psychose maniaco-dépressive affaiblit l'occupation professionnelle et peut entraîner une mort prématurée par suicide d'après EL MALLAKH (15).

Au niveau de notre étude, on constate que 32 sur 50 malades sont sans activité avec l'évolution de la maladie. Ils ne peuvent plus accomplir leur travail même durant les intervalles libres.

IV. RECOMMANDATIONS

A l'issue de notre étude, nous proposons en vue d'une amélioration de la qualité de vie de nos malades et pour contribuer à leur bien-être :

- Des mesures psychosociales pour éviter l'instabilité familiale consécutive à la psychose maniaco-dépressive. La famille doit être un réseau naturel de soutien émotionnel pour tout individu **(28)**. On doit sensibiliser et bien informer les parents des conséquences de la maladie.
- La prise de mesures de protection des biens lors des périodes de crises. Une prise en charge par l'assistance sociale pour atténuer le coût du traitement et des hospitalisations.
- Promouvoir des mesures pour une meilleure compréhension et assistance des malades maniaco-dépressifs.

CONCLUSION

Les troubles de l'humeur encore appelés troubles thymiques sont parmi les affections les plus couramment observées en pratique psychiatrique.

Leur prévalence est de 1,2% dans la population générale contre 10 à 15% chez les parents au premier degré des malades maniaco-dépressifs(35).

Cette importance est liée à leur nombre, mais aussi par l'implication de la thymie dans les interactions humaines.

Les troubles de l'humeur en Afrique et au Sénégal étaient controversés à cause de la forme qu'ils pouvaient y revêtir.

Cette maladie au long cours et cyclique, peut entraîner des répercussions au niveau socioéconomique. Il nous paraît dès lors nécessaire de faire le point sur ces répercussions.

Notre étude a pour objectif principal d'améliorer la prise en charge des malades maniaco-dépressifs, avec comme objectifs intermédiaires de déterminer :

- les répercussions de la maladie sur la dynamique familiale ;
- les répercussions économiques de la maladie ;
- les répercussions socioprofessionnelles de la maladie.

Pour ce faire nous avons sélectionné au niveau des différents fichiers du service psychiatrique de Fann 50 malades qui répondent aux critères suivants :

- malade responsable de famille
- nombre d'accès supérieur strictement à 2 (pour pouvoir confirmer le diagnostic).

Au terme de notre étude nous avons tiré les conclusions suivantes :

- le sexe féminin est plus touché par la psychose maniaco-dépressive. Le sexe ratio de notre échantillon est de 2 femmes pour 1 homme ;
- les tranches d'âge de 30-35 ans et 40-45 ans sont les plus représentées du fait de notre premier critère (responsable de famille) ;
- les groupes ethniques wolof et hal-pular sont prévalents avec respectivement 32 et 10 malades ;
- la majorité de nos malades, soit 47, exerçait une activité avant la maladie. Mais cette activité diminue avec l'évolution de la maladie : le nombre des malades actifs passe de 47 à 18 malades ;
- 31 patients présentent 3 accès;
- bien que la psychose maniaco-dépressive soit considérée comme une affection essentiellement endogène, il existe également d'autres facteurs ou circonstances favorisantes. Au niveau de notre étude, on constate que :
 - le surmenage physique et intellectuel est une circonstance favorisante chez 15 malades ;
 - trouble de la puerpéralité retrouvé chez 11 malades ;

On note d'autres circonstances, notamment :

- déceptions chez 6 malades ;
 - traumatisme crânio-encéphalique chez 5 malades ;
 - toxicomanie chez 3 malades ;
 - « xamb et tuur » 3 malades.
- Les accès maniaques représentent le mode de début le plus fréquent.

- La psychose maniaco-dépressive entraîne de lourdes conséquences sur la dynamique familiale.

Dans notre étude, on relève :

- 12 cas de divorce
 - 5 cas de séparation
 - 11 cas d'agressivité verbale et physique envers les membres de la famille.
- La psychose maniaco-dépressive est une affection chronique qui entraîne une précarité financière. Le niveau économique baisse avec l'évolution de la maladie.
 - La psychose maniaco-dépressive entraîne un déficit comportemental par :
 - la dégradation de la relation avec l'entourage, les relations personnelles avec la famille et/ou l'entourage sont meilleures avant la maladie qu'avec l'évolution de la maladie.
 - la diminution de l'activité et/ou de la réinsertion professionnelle, à travers notre étude, on remarque que 32 malades sont devenus inactifs avec l'évolution de la maladie, contre 3 malades avant la maladie.

BIBLIOGRAPHIE

1. ABOOD Z., SHARKEY A., WEBB M., KELLY A., GILL M.

Are patients with bipolar affective disorder socially disadvantaged? A comparison with a control group.

Bipolar disorder. 2002 aug; 4(4): 243-8.

2- AHYI G.R.A.

Les états dépressifs au Sénégal. A propos de 246 observations.

Thèse Med. Dakar, 1977, n°30, 141p.

3- AUSLOOS G.

Le syndrome affectif conjugal : un regard systémique sur la psychose maniaco-dépressive.

Thérapie familiale ; approche familio-systémique des psychoses (France), 1995, vol 16, n°1, 75-85.

4- AYD F.J.

Les dépressions et leur diagnostic

P.U.F., Paris, 1965, vol 1, 180p.

5- BELLIVIER F., HARDY P.

Maladie maniaco-dépressive

La revue du praticien (Paris), 1996, 46, 879-898.

6- BELLIVIER F., HARDY P.

Maladie maniaco-dépressive

La revue du praticien (Paris), 1996, 47, 1891-1898.

7- BERTLESEN A., HARVALD B., HAUGE M.A

A Danish study of manic-depressive disorders.

BR. J. Psychiatry, 1977, 130, 338-351.

8- BOLSANE E.

Profil clinique et traitement de la PMD au Sénégal. A propos de 54 cas étudiés au CHU de Fann.

Thèse Med. 1990, n°24.

9- COLLOMB H.

Santé mentale et développement

Document pour la F.N.A.S., 1975.

10- DAS GUPTA R., GUEST JF.

Annual cost of bipolar disorder to UK. Society.

Br J Psychiatry. 2002 mars; 180: 227-33.

11- DARVES BORNOZ JM., DEGIOVANNI A., GAILLARD P.

Que deviennent les enfants de mère schizophrène ou maniaco-dépressive?

Revue de médecine de Tours et du Centre Ouest (France) 1998, vol32, n°5-6, 203-205.

12- DEMARET A.

Approche étiologique des dépressions saisonnières et de la PMD.

Revue médicale de Liège 2000, vol 5, n°9, 871-877.

13- DIOP M.

La dépression chez le noir africain.

Bulletins et Mémoires de la faculté mixte de Médecine et de Pharmacie de l'université de Dakar, 1961, IX : 247-253.

14- DORZ S., BORGHERINI G., COGNOLATO S., CONFORTI D., FIORELLINI AL., SCARSO C., MAGNI G.

Social adjustment in patients with affective disorders: prédictive factors.

15- EL MALLAKH RS.

Bipolar illness and society.

Psychiatr Q. 2001 summer; 72, 2: 105-7.

16- EY H., BERNARD P., BRISSET C.

Manuel de Psychiatrie, Masson, Paris, 1989, 6^{ème} éd.

17- GALLARDA T.

Les maladies maniaco-dépressives

Un autre regard (Paris), 1998, vol 36, n°3 : 12-15.

18- GUEYE M.

Les psychoses puerpérales en milieu sénégalais. A propos de 92 observations.

Thèse Med., Dakar, 1976, n°27, 118p.

19- KOUPERNIK C., LOO H., ZARIFIAN E.

Précis de Psychiatrie. Flammarion, Paris, 1982, 478p.

20- LEBOYER M., FEINGOLD J., DES LAURIERS A.

Les facteurs héréditaires de la PMD: à la recherche d'anomalies génétiques déterminant mais probablement multiples et complexes.

Revue du praticien (France) 1991, vol 41, n° 24 : 2473-2475.

21- LEMAIRE A., GRANIER F., MICHAS GIRAUDEL MC., ESCANDE M.

Psychose maniaco-dépressive et fonctionnement familial : perspectives des troubles thymiques. *Annales de Psychiatrie*, 1992, vol 7, n°3 : 145-150.

22- LEONHARD K.

Aufteilung der endogenen psychose.

Akademic verlag, ed., Berlin, 1957.

23- LOO H., LOO P.

La dépression

FRA, Paris: Puf 2001, n°6: 127.

24- MBOUSSOU M.

Contribution à l'étude des états dépressifs au Sénégal. A propos de 417 observations à la clinique psychiatrique du CHU de Fann, Dakar.

Thèse Med. Dakar, 1976, n°27, 118p.

25- MENDLEWICZ J., SOUERY D., PICHOT P., DUCHE DJ., TUBIANA M., DEGENNES JL.

Hérédité et psychose maniaco-dépressive. Discussion.

Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine (Bruxelles) 1995, vol 179, n°4 : 755-766.

26- MENDLEWICZ J.

Données génétiques récentes sur la maniaco-dépression : évaluation et méthodologie.

J.Genet. Hum. 1981, vol 2 : 527-533.

27- NDIAYE. M

Aspects épidémiologies, cliniques et thérapeutiques des troubles de l'humeur au CHU de Fann

Thèse Med, Dakar, 2001, n° 58.

28- NDOYE A.N.

Aspects psychosociaux de la maladie maniaco-dépressive.

Mémoire de passage en 3^{ème} année de C.E.S. psychiatrie 2003, 33p.

29- OLIE JP., LEVY E.

Manic episodes: the direct cost of a three month period following hospitalisation.

Eur Psychiatry. 2002 sep.; 17(5): 278-86.

30- PICHOT P.

Actualités du concept de la dépression.

L'encéphale, 7, 307-14, 1981.

31- POROT A.

Manuel alphabétique de psychiatrie clinique et thérapeutique

PUF, Paris, 1952, 4^e édition, page 285

32- POROT M., PLENAT M.

Psychose maniaco-dépressive.

Dans : Les maladies psychiatriques.

33- ROY-BYRNE P., GOODWIN F.K.

Treatment of bipolar disorders.

Annual Review, APA, 1987, 16, 81-107

34- SCOTTO J.C., BOUGEROL T., CURA B.

Maladie maniaco-dépressive

Revue du praticien (Paris), 1993, 47, 7 : 883-892.

35- SIVADON P., CRAHAYS, DE BUCK R., DEMARET A., MENDLEWICZ J. ET SOURES M.

Les psychoses maniaco-dépressives (ou périodiques)

Encycl. Med. Chir., Paris, Psychiatrie, 1976, 37 220 A-10, 6.

36- SOW D.

Les conduites auto-agressives (suicides, automutilations au Sénégal).

Thèse Med. Dakar, 1962, n°6, 97p.

37- TONDO L., ISACSSON G., BALDESSARINI r.

Suicidal behaviour in bipolar disorder: Rand P.

C.N.S. Drugs. 2003, 17, 7: 491-511.

38- WINOKUR G., CLAYTON P., REICHT T.

Manic-Depressive illness.

C.V. Mosby co., ed., Saint-Louis, Missouri 1969.

39- WOODS SW.

The economic burden of bipolar disease

J. clin. Psychiatry. 2000 ; 61 supp 13 : 38-41.