

Addiction et état maniaque

Dans les troubles bipolaires, les conduites addictives sont la règle, et non l'exception. Elles doivent donc d'emblée faire l'objet d'un dépistage et de prises en charge adaptées, car l'évolution de la maladie est alors plus péjorative.

■ Si la prévalence de l'ensemble des troubles bipolaires (TB) en population générale est de 2,6 %, le handicap qui en résulte est significatif (1). Les premiers signes éclosent en effet chez les jeunes adultes, ce qui impacte de manière significative l'insertion socioprofessionnelle et les liens sociaux. Les troubles bipolaires sont aussi associés à une moindre espérance de vie, soit 10 à 15 ans de moins par rapport à la population générale. Parmi les domaines de recherche, des efforts significatifs se concentrent sur les facteurs de risque et les prodromes de la maladie. Le mésusage, ainsi que les troubles liés à l'alcool et au tabac, représente des facteurs de risque de morbidité supplémentaire sur le plan physique et psychique. Ces facteurs sont modifiables et leurs prises en charge peuvent améliorer le pronostic des patients. L'usage de substances psychoactives représente aussi un facteur de risque. D'après Lalli et al. (2), le cannabis, la

nicotine et les médicaments (opioïdes et anxiolytiques) sont régulièrement cités dans l'augmentation du risque de troubles bipolaires. Les troubles liés à l'usage des substances représentent spécifiquement un facteur de risque pour les épisodes maniaques. Le cannabis en particulier a été associé à une majoration du risque d'épisodes maniaques ou hypomaniaques. La cocaïne entraînerait également une augmentation des risques d'épisode maniaque, mais davantage d'études sont nécessaires pour l'établir de manière formelle.

ÉPISODE MANIAQUE DANS TOUS CES ÉTATS...

Un homme, d'humeur expansive, aux gestes larges, mal coordonnés, salue tous les passants d'une voix forte et joviale, comme s'ils étaient de vieilles connaissances. Sa tenue est négligée, ses boutons de chemise sont décalés et sa braguette ouverte. Euphorique, mais irritable, la moindre remarque sur le ton de sa voix ou la dangerosité de ses faits et gestes, engendre des remarques méprisantes : « *Vous ne savez rien, vous n'êtes qu'une bande de rabat-joie, allez vous faire voir...* ».

Si cette scène se joue dans un hôpital psychiatrique, le diagnostic évoquera probablement un accès maniaque et le patient bénéficiera d'un médicament

Amine BENYAMINA*, Lisa BLÉCHA**

*Pr de psychiatrie, **Psychiatre,
Département de psychiatrie et addictologie, Hôpital
Paul Brousse, Université Paris-Saclay, Villejuif.



sédatif puis d'un traitement de fond par thymorégulateurs.

Si la même scène se joue dans la rue, l'homme en question, une canette de bière à la main, trouble l'ordre public... Le diagnostic portera plutôt sur une intoxication à l'alcool. Il va se sevrer, chez lui ou, au pire, en cellule de dégrisement, puis, en quelques heures, sera à nouveau dans son état « habituel »...

LES SUBSTANCES PSYCHOACTIVES ET LES ÉTATS MANIAQUES

De nombreuses substances psychoactives sont connues et utilisées pour leurs capacités à modifier rapidement les états émotionnels, cognitifs et physiques. De manière constante, les études épidémiologiques montrent que les personnes souffrant de TB ont significativement plus de troubles liés à l'usage d'alcool et de substances psychoactives au cours de leur vie, soit environ 50 % de plus pour les TB de type 1 (3). Les personnes présentant des troubles liés aux substances connaissent une forte prévalence d'épisodes maniaques et hypomaniaques (3,7-13,4 %) (4). Parmi les patients souffrant de manie unipolaire, 40 % ont un diagnostic de troubles liés aux substances (5). Lorsqu'il existe une pathologie duelle* trouble bipolaire et trouble addictif, l'évolution est plus péjorative que chez les personnes ayant un TB isolé. Ces patients duels ont ainsi un risque augmenté d'épisodes maniaque, hypomaniaque ou mixte après un épisode dépressif. Ils font également plus de rechutes thymiques et présentent davantage de conduites suicidaires (6).

LES HALLUCINOGENES

L'analyse de la littérature scientifique met en évidence que les états maniaques les plus spectaculaires surviennent après la prise de substances hallucinogènes. L'intérêt grandissant du grand public et de la communauté scientifique pour ces substances génère une vigilance sur leurs effets indésirables et surtout sur la santé mentale. Deux cas cliniques décrivent de véritables états maniaques survenus dans les jours suivant la prise de psilocybine (champignons hallucinogènes).

— Le premier est celui d'un patient déjà traité par venlafaxine pour un état dépressif majeur. L'état maniaque s'est manifesté par une hyposomnie, une tachypsychie et des idées de grandeur et de paranoïa. L'antidépresseur arrêté, un état dépressif majeur s'est installé de manière pérenne (7).

— Le second cas évoque une patiente suivie pour dépression et stress post-traumatique. Hospitalisée pour un accès maniaque quelques jours après la prise de psilocybine, elle a été traitée par thymorégulateur qui l'a bien stabilisé (8).

— Des études commencent aujourd'hui à examiner l'utilité de la kétamine associée aux antidépresseurs sérotoninergiques dans les états dépressifs résistants, ainsi que son utilité dans les cas d'hyperalgésie résistante aux opioïdes. Huit cas d'accès maniaques ont en effet été décrits après l'administration de kétamine, dont un dans le cadre d'un usage illicite (9).

Malgré ces cas récents, certes marquants, les urgences psychiatriques ne regorgent pas de personnes en état maniaque à cause d'usage d'hallucinogènes. Aux États-Unis, les épidémiologistes ont néanmoins observé une augmentation significative du nombre de consommateurs de substances hallucinogènes (8 % des adultes de 18 à 34 ans les ont utilisés dans l'année 2021 *versus* 3 % en 2011 et 5 % et 2016). Cette augmentation était due principalement à l'usage d'Ecstasy (3,4-méthylène-dioxy-N-méthylamphétamine) (10). Les essais thérapeutiques des hallucinogènes**, dont la psilocybine, excluent les personnes ayant les antécédents de TB. Dans une revue systématique, Gard et al. (11) retrouvent dix-sept cas de personnes ayant vécu un accès maniaque après avoir pris des hallucinogènes. Une publication contraste avec ces résultats. Elle s'appuie sur un sondage Internet réalisé auprès de 541 personnes avec des TB, et montre qu'environ un tiers d'entre eux avait des effets indésirables après avoir pris la psilocybine. Les signes maniaques (14 %), les troubles du sommeil et des difficultés d'endormissement (10 %) étaient les plus fréquemment rapportés. Très peu de ces personnes (3 %) se sont présentées aux urgences ou en psychiatrie pour leurs troubles. Ces consommateurs ont estimé que dans l'ensemble la psilocybine était utile, les aidait (4 sur une échelle de 5) et était peu nocive (1,6 sur une échelle de 5). Près de la moitié de cet échantillon avait pris de la psilocybine pour soigner ses troubles mentaux. (12)

LES PSYCHOSTIMULANTS : COCAÏNE ET MÉTHAMPHÉTAMINE

Les signes classiques d'intoxication aiguë aux psychostimulants peuvent ressembler à un accès maniaque (émotions expansives, hyperactivité physique



et psychique). Ils peuvent évoluer vers de l'agitation et des idées délirantes de type paranoïaque. Quelques heures plus tard, ils font place à de la léthargie, de l'aboulie et de la dysthymie, qui peuvent ressembler plutôt à un état dépressif. Les psychostimulants ont été utilisés dans les modèles animaux de TB***, notamment pour simuler les états maniaques (13). Malgré la ressemblance initiale avec un accès maniaque, la littérature ne fait pas état de cas clinique de personnes qui, après la prise de psychostimulants, présentaient directement un épisode maniaque aboutissant à un suivi psychiatrique.

Se pose toutefois la question du risque de développer un trouble bipolaire en lien avec des prises répétées de psychostimulants. Dans une étude prospective, Azevedo Cardoso et al (14) ont trouvé que les personnes ayant un état dépressif et consommateurs de cocaïne avaient 3,41 fois plus de risque de développer un trouble bipolaire *versus* le reste de leur population. Une autre étude chez les personnes diagnostiquées avec des troubles liés à l'usage de la méthamphétamine**** (n = 3321) a pointé un risque augmenté d'être diagnostiqué avec un trouble bipolaire (OR = 2,14) dans l'année qui suit (15). Selon Patel et al. (16), les personnes hospitalisées pour épisode maniaque avaient 27 % de risque supplémentaire d'avoir un trouble lié à l'usage de la méthamphétamine.

Les psychostimulants peuvent néanmoins aggraver l'évolution des TB par le biais de la non-observance des traitements prescrits. Anugwom et al. (17) soulignent que, parmi les patients hospitalisés pour TB, il y avait un taux de non-observance de 16 % (et un OR de 1,41 de non-observance) *versus* ceux qui ne consommaient pas de cocaïne. Certains auteurs ont évoqué des troubles cognitifs provoqués par l'usage répété de la cocaïne aggravant ceux existants liés aux TB (18). Bien entendu, la non-observance des traitements prescrits fait courir le risque de rechutes et d'évolution plus péjorative.

LE CANNABIS

Parmi les substances illicites, le cannabis est la plus connue pour ses impacts sur les troubles mentaux. Les liens entre cannabis et psychose ont ainsi été largement étudiés, montrant que la consommation précoce (avant 15 ans), la quantité fumée et la vulnérabilité génétique sont les facteurs les plus importants dans la genèse

de la psychose (À lire *Schizophrénie et cannabis, santé mentale*, 237, avril 2019). Les liens entre troubles bipolaires et cannabis sont moins connus et moins étudiés. Une méta-analyse de Pinto et al. (19) montre toutefois qu'environ 24 % des personnes ayant un TB consomment du cannabis. Cet usage est associé à un moindre niveau d'éducation et à un début des symptômes thymiques plus précoce. L'évolution de la maladie est également plus péjorative, avec davantage de tentatives de suicide et de signes de psychose. S'intéressant à des patients bipolaires hospitalisés, Patel et al. (20) ont récemment mis en évidence que la consommation de cannabis augmente le risque d'être hospitalisé pour un épisode maniaque de 53 %. L'utilisation du cannabis est également associée à la non-observance des traitements. Selon Oladunjoye et al. (21), 15 % des patients suivis pour TB avaient des troubles liés au cannabis et ils étaient significativement moins observants (20,7 % *versus* 14 %, p < 0,001). Consommer du cannabis était associé à une augmentation de 42 % de non-observance chez les patients hospitalisés pour épisode thymique.

LE TABAC ET LA NICOTINE

Les troubles liés au tabac sont plus fréquents chez les personnes ayant des TB. Jackson et al. (22) relèvent que 45 % des personnes bipolaires sont des fumeurs de cigarettes, soit 3,5 fois plus qu'en population générale (OR = 3,2 chez les hommes, 3,3 chez les femmes), avec une plus forte prévalence de gros fumeurs (> 30 cigarettes par jour) (22 % *vs* 9 %). Dans cette population, les auteurs constatent le faible taux de personnes qui ont cessé de fumer, soit 26 % en moyenne.

L'étude de Vermeulen montre que le risque de bipolarité est augmenté de 46% après l'initiation du tabac. Le risque est encore plus important, 72%, lorsqu'on regarde l'usage vie du tabac (23). Les personnes bipolaires qui fument semblent également avoir plus de signes maniaques et anxieux *versus* les non-fumeurs (24).

Le tabac peut aussi avoir un impact sur l'efficacité de certains thymorégulateurs, par son action qui potentialise les cytochromes (enzymes qui interviennent dans le métabolisme des substances endogènes et exogènes, notamment de nombreux médicaments). Les traitements antipsychotiques, qui sont métabolisés par la voie des cytochromes (i.e. olanzapine,

clozapine), peuvent ainsi être dégradés plus rapidement, ce qui amoindrit leur efficacité (25). De manière indirecte, le tabac augmente ainsi les épisodes maniaques par le biais d'une moindre efficacité de certaines pharmacothérapies.

L'ALCOOL

Les troubles liés à l'usage d'alcool sont particulièrement fréquents chez les personnes atteints de TB. Une méta-analyse a montré chez eux une prévalence de 42 % de troubles liés à l'alcool *versus* 24 % en population générale (26, 27). La consommation d'alcool est par ailleurs très répandue, avec un usage débutant pour la majorité des consommateurs à l'adolescence. Selon une étude, la consommation durant cette période augmente le risque de troubles bipolaires à l'âge adulte (OR = 1,22) en fonction du volume consommé (28). Une autre étude indique que la consommation problématique d'alcool à l'âge de 16 ans est un facteur de risque d'épisode maniaque/hypomaniaque à l'âge de 23 ans (29). La consommation excessive et problématique d'alcool pendant l'adolescence serait ainsi associée au risque futur d'épisodes maniaques, mais tous les travaux ne corroborent pas ce rapport. Pour certains, l'épisode initial sous alcool serait maniaque, en revanche, la maladie évoluerait vers les épisodes dépressifs successifs (30).

EN PRATIQUE

La Haute Autorité de santé (HAS) a publié des recommandations pour améliorer la prise en charge des conduites addictives des patients ayant des troubles psychiatriques (31). Selon ses travaux, chaque patient pris en charge en psychiatrie, *a fortiori* s'il est hospitalisé pour un épisode maniaque, doit être questionné sur son usage de substances psychoactives : tabac, alcool et cannabis. Les quantités et les fréquences seront notées dans le dossier. Des conseils pourraient ainsi être proposés aux patients consommateurs de substances psychoactives. Il s'agit d'attirer leur attention sur le lien entre leurs troubles actuels et leurs consommations de substances psychoactives et de les informer sur les bénéfices de la réduction ou de l'abstinence. Ces interventions, venant de professionnels à qui les patients font confiance, pourraient s'avérer efficaces pour amorcer une réflexion et des changements. Une réduction des risques grâce à une réduction des consommations peut déjà améliorer la situation.

Lorsque l'humeur du patient est stabilisée, les équipes de liaison spécialisées en addictologie (Elsa) peuvent être sollicitées. Leur rôle est d'informer le patient sur l'impact des consommations en lien avec ses troubles actuels et de l'orienter vers une unité d'addictologie adaptée, à proximité de son domicile ou dans une unité en lien avec les services psychiatriques qui le prennent en charge. Chez les patients souffrant de pathologie duelle, une prise en charge conjointe en addictologie améliore le pronostic, et permet de renforcer le travail socio-éducatif et psychothérapique. La prise en charge cognitivo-comportementale est complémentaire à la prise en charge psychiatrique (32).

LE CHOIX DES TRAITEMENTS

Les études actuelles n'ont pas mis en évidence une pharmacothérapie capable de traiter à la fois l'épisode maniaque et les troubles liés aux substances psychoactives. Le traitement de référence de l'épisode maniaque reste le lithium. Il est efficace en monothérapie ou en combinaison avec des molécules anticonvulsivantes (valproate de sodium) ou antipsychotiques (quétiapine, aripiprazole) (33). En revanche, les conséquences d'une mauvaise observance sont à peser soigneusement. La non-observance risque de conduire à la répétition des épisodes thymiques tandis que le surdosage peut avoir des effets néfastes entre autres sur le plan neurologique, cognitif (34). Il est donc important d'évaluer soigneusement les bénéfices et les risques de tout traitement pharmacologique. Sur le plan addictologique, certaines pharmacothérapies peuvent être prescrites dans les troubles liés à l'alcool et au tabac. Contrairement aux rapports initiaux décrivant des décompensations pendant le sevrage tabagique, les prises en charges spécifiques aux personnes souffrant de TB montrent de rares effets indésirables, sans impact grave sur le plan thymique (35, 36). Les pharmacothérapies encadrées par l'autorisation de mise sur le marché (AMM) dans la prise en charge des troubles liés à l'alcool (naltrexone, acamprosate) ont une sécurité d'emploi et peu d'interactions médicamenteuses (37).

CONCLUSION

Les personnes qui souffrent de troubles bipolaires et addictifs présentent une évolution péjorative des épisodes thymiques,

avec une mauvaise observance thérapeutique et des difficultés d'insertion socio-professionnelle. Identifier ces troubles, surtout lors d'un épisode maniaque, peut permettre d'engager une prise en charge spécialisée des troubles addictifs. Cette démarche peut améliorer le pronostic des patients au niveau de la morbidité psychique et la mortalité.

* La pathologie duelle peut être définie comme la présence comorbide d'un ou plusieurs troubles psychiatriques et d'une ou plusieurs addictions, chez un même patient, avec apparition de nombreux processus synergiques entre les deux pathologies, qui amène à une modification des symptômes, une diminution de l'efficacité des traitements et à l'aggravation et chronicisation de leur évolution.

** L'intérêt scientifique pour les hallucinogènes connaît actuellement un renouveau dans le traitement des troubles mentaux. Des essais sont en cours dans les indications suivantes : soins palliatifs (anxiété et dépression liées à la fin de vie) ; états dépressifs caractérisés résistants aux schémas thérapeutiques classiques ; troubles addictifs (alcool, tabac, opioïdes) ; troubles des conduites alimentaires de type anorexie. Les essais préliminaires au sein des populations bien sélectionnées semblent prometteurs dans bien des indications. À noter que ces molécules sont assez particulières, puisqu'il faut assurer un environnement sensoriel apaisant et une surveillance humaine tout au long du traitement car il peut y avoir des raptus anxieux, des phénomènes délirants ou hallucinatoires difficiles à gérer sans assistance.

*** Il existe trois modèles animaux de la bipolarité, surtout des signes maniaques : l'administration de psychostimulants comme la cocaïne qui provoque une hyperactivité motrice ; la sélection de lignées de souris qui ont naturellement des traits en lien avec la manie, comme l'impulsivité et la prise de risque ; la sélection ou l'élimination de gènes qui seraient impliqués dans la genèse de la manie. Tous restent cependant approximatifs, ne reflétant pas l'ensemble et la richesse des troubles chez l'humain.

**** La méthamphétamine est un psychostimulant qui agit au niveau des systèmes sérotoninergiques, noradrénergiques et dopaminergiques. Elle a été développée en Asie, principalement au Japon, pour garder les combattants éveillés et énergiques durant les batailles. Cela reste une substance stimulante assez répandue au Japon, en Chine et aux Philippines. Actuellement à Paris, quelques immigrants philippins ont des troubles liés à la méthamphétamine. Les molécules amphétamine-like ne sont pas toutes égales. Dans certains pays européens, la lisdexamphétamine est autorisée dans le traitement des troubles d'attention et de l'hyperactivité. Certains tolèrent mieux ce traitement et le trouvent plus efficace que la ritaline.

1—McIntyre RS, Berk M, Brietzke E, et al. Bipolar disorders. *Lancet*. 2020; 396(10265):1841-1856.
2—Lalli M, Brouillette K, et al. Substance use as a risk factor for bipolar disorder : A systematic review. *J Psychiatric Res*. 2021 Dec; 144:285-295.

3—Hasin DS, Stinson FS, et al. Prevalence, Correlates, Disability, and Comorbidity of DSM-IV Alcohol Abuse and Dependence in the United States : Results From the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Arch Gen Psychiatry*. 2007;64(7):830-842.
4—Conway KP, Compton W, et al. Lifetime comorbidity of DSM-IV mood and anxiety disorders and specific drug use disorders : results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *J Clin Psychiatry*. 2006;67(2):247-257.
5—Baek JH, Eisner LR, Nierenberg AA. Epidemiology and course of unipolar mania : results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions (NESARC). *Depress Anxiety*. 2014;31(9):746-755.
6—Preuss UW, Schaefer M, et al. Bipolar Disorder and Comorbid Use of Illicit Substances. *Medicina (Kaunas)*. 2021; 57(11):1256.
7—Barber G, Nemeroff CB, Siegel S. A Case of Prolonged Mania, Psychosis, and Severe Depression After Psilocybin Use : Implications of Increased Psychedelic Drug Availability. *Am J Psychiatry*. 2022;179(12):892-896.
8—Hendin HM, Penn AD. An episode of mania following self-reported ingestion of psilocybin mushrooms in a woman previously not diagnosed with bipolar disorder : A case report. *Bipolar Disord*. 2021; 23(7):733-735.
9—Bhatt K, Yoo J et Bridges A. Ketamine-Induced Manic Episode, *Prim Care Companion CNS Disord*. 2021 May 13; 23(3):20102811.
10—Marijuana and hallucinogen use among young adults reached all-time high in 2021 | National Institutes of Health (NIH), news release 22-08-2022, National Institute of Health.
11—Gard DE, Pleet MM, et al. Evaluating the risk of psilocybin for the treatment of bipolar depression : A review of the research literature and published cases. *Journal of Affective Disorders Reports* 6 (2021) 100240.
12—Morton E, Sakai K, Ashtari A et al. Risks and benefits of psilocybin use in people with bipolar disorder : An international web-based survey on experiences of 'magic mushroom' consumption. *J of Psychopharmacol*. 2023; 37(1):49-60.
13—Cosgrove VE, Kelsoe JR, Suppes T. Toward a Valid Animal Model of Bipolar Disorder : How the Research Domain Criteria Help Bridge the Clinical-Basic Science Divide. *Biol Psychiatry*. 2016; 79(1):62-70.
14—De Azevedo Cardoso T, Jansen K, Mondin TC, Pedrotti Moreira F. Lifetime cocaine use is a potential predictor for

conversion from major depressive disorder to bipolar disorder : A prospective study. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2020 Aug; 74(8):418-423.
15—Lee W-C, Chang H-M, Huang M-C, et al. Increased medical utilization and psychiatric comorbidity following a new diagnosis of methamphetamine use disorder. *American Journal of Drug & Alcohol Abuse*. 2022; 48(2):245-254.
16—Patel RS, Cheema Z, Singla A, Cornejo M, Verma G. Cannabis Use is an Independent Risk Factor for Manic Episode : A Report from 380,265 Bipolar Inpatients. *Subst Use Misuse*. 2022; 57(3):344-349.
17—Anugwo GO, Oladunjoye AO, et al. Does Cocaine Use Increase Medication Noncompliance in Bipolar Disorders? A United States Nationwide Inpatient Cross-Sectional Study. *Cureus*. 2021; 13(7):e16696.
18—Fagan CS, Carmody TJ, et al. The effect of cognitive functioning on treatment attendance and adherence in comorbid bipolar disorder and cocaine dependence. *J Subst Abuse Treat*. 2015; 49:15-20.
19—Pinto JV, Medeiros LS, et al. The prevalence and clinical correlates of cannabis use and cannabis use disorder among patients with bipolar disorder : A systematic review with meta-analysis and meta-regression. *Neurosci Biobehav Rev*. 2019; 101:78-84.
20—Patel RS, Cheema Z, et al. Cannabis Use is an Independent Risk Factor for Manic Episode : A Report from 380,265 Bipolar Inpatients. *Subst Use Misuse*. 2022; 57(3):344-349.
21—Oladunjoye AF, Kaleem SZ, Suresh A, et al. Cannabis use and medication nonadherence in bipolar disorder : A nationwide inpatient sample database analysis. *J Affect Disord*. 2022; 299:174-179.
22—Jackson JG, Diaz FJ, Lopez L, de Leon J. A combined analysis of worldwide studies demonstrates an association between bipolar disorder and tobacco smoking behaviors in adults. *Bipolar Disord*. 2015; 17(6):575-597.
23—Vermeulen JM, Wootton RE, Treur JL, et al. Smoking and the risk for bipolar disorder : evidence from a bidirectional Mendelian randomisation study. *Br J Psychiatry*. 2021; 218(2):88-94.
24—Saiyad M, El-Mallakh RS. Smoking is associated with greater symptom load in bipolar disorder patients. *Ann Clin Psychiatry*. 2012; 24(4):305-309.
25—Haslemo T, Eikeseth PH, Tanum L, Molden E, Refsum H. The effect of variable cigarette consumption on the interaction with clozapine and olanzapine. *Eur J Clin Pharmacol*. 2006; 62(12):1049-1053.

26—Hunt GE, Malhi GS, Cleary M, Lai HMX et al. Prevalence of comorbid bipolar and substance use disorders in clinical settings, 1990–2015: Systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord*. 2016; 206:331-349.
27—Hunt GE, Malhi GS, Cleary M, Lai HMX et al. Comorbidity of bipolar and substance use disorders in national surveys of general populations, 1990–2015: Systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord*. 2016; 206:321-330.
28—Bolstad I, Alakokkare AE, Bramness JG, et al. The relationships between use of alcohol, tobacco and coffee in adolescence and mood disorders in adulthood. *Acta Psychiatr Scand*. 2022; 146(6):594-603.
29—Fasteau M, Mackay D, Smith DJ, Meyer TD. Is adolescent alcohol use associated with self-reported hypomanic symptoms in adulthood? - Findings from a prospective birth cohort. *Psychiatry Res*. 2017; 255:232-237.
30—Janiri D, Di Nicola M, Martinotti G, Janiri L. Who's the Leader, Mania or Depression? Predominant Polarity and Alcohol-Polysubstance Use in Bipolar Disorders. *Curr Neuropsychopharmacol*. 2017; 15(3):409-416.
31—Haute Autorité de Santé. Indicateur « Repérage et proposition d'aide à l'arrêt des addictions chez les patients adultes » 1 Psychiatrie et santé mentale – périmètre « hospitalisation à temps plein » Fiche descriptive 2022. psy_smhosp_fiche_descriptive_add_2022.pdf (has-sante.fr)
32—Gold AK, Peters AT, Otto MW, et al. The impact of substance use disorders on recovery from bipolar depression : Results from the Systematic Treatment Enhancement Program for Bipolar Disorder psychosocial treatment trial. *Aust N Z J Psychiatry*. 2018; 52(9):847-855.
33—Fountoulakis KN, Tohen M, Zarate CA Jr. Lithium treatment of Bipolar disorder in adults : A systematic review of randomized trials and meta-analyses. *Eur Neuropsychopharmacol*. 2022; 54:100-115.
34—Gitlin M. Lithium side effects and toxicity : prevalence and management strategies. *Int J Bipolar Disord*. 2016; 4(1):27.
35—Peckham E, Arundel C, et al. Smoking Cessation Intervention for Severe Mental Ill Health Trial (SCIMITAR+): study protocol for a randomised controlled trial. *Trials*. 2017; 18(1):44.
36—Kertes J, Stein Reisner O, et al. The Impact of Smoking Cessation on Hospitalization and Psychiatric Medication Utilization among People with Serious Mental Illness. *Subst Use Misuse*. 2021; 56(10):1543-1550
37—Salloum IM, Brown ES. Management of comorbid bipolar disorder and substance use disorders. *Am J Drug Alcohol Abuse*. 2017;43(4):366-376.

Résumé : Les conduites addictives sont la règle, et non l'exception chez les personnes ayant des troubles du spectre bipolaire. Psychostimulants, cannabis, alcool tabac... ces usages sont plus prévalents chez les personnes ayant des troubles bipolaires versus la population générale, majorant le pronostic. Ces troubles doivent ainsi être systématiquement dépistés chez les patients avec TB, dans une perspective de prise en charge adaptée.

Mots-clés : Addiction – Alcool – Cannabis – Dépistage – Épisode maniaque – Hallucinogène – Prévalence – Prise en charge – Psychostimulant – Substance psychoactive – Tabac – Thérapeutique médicamenteuse – Trouble bipolaire.