



Université Lille 2  
Droit et Santé

UNIVERSITE DU DROIT ET DE LA SANTE - LILLE 2  
**FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG**  
Année : 2014

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT  
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Trouble bipolaire en milieu carcéral : état des lieux et spécificités du trouble  
bipolaire à début précoce**

Présentée et soutenue publiquement le 12 septembre 2014 à 18 h  
au Pôle Recherche

**Par Mathilde BAZANTAY**

---

**JURY**

**Président :**

**Monsieur le Professeur Pierre THOMAS**

**Assesseurs :**

**Monsieur le Professeur Pierre DELION**

**Monsieur le Professeur Guillaume VAIVA**

**Madame le Docteur Maud BERTRAND**

**Directeur de Thèse :**

**Madame le Docteur Maud BERTRAND**

---

# **Avertissement**

**La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.**

## TABLE DES MATIÈRES

<b>TABLE DES MATIERES</b> .....	<b>1</b>
<b>RESUME</b> .....	<b>3</b>
<b>INTRODUCTION</b> .....	<b>4</b>
<b>I. LE TROUBLE BIPOLAIRE EN MILIEU CARCERAL : ETAT DES LIEUX</b> .....	<b>7</b>
A/ Préambule .....	7
B/ Épidémiologie .....	10
1. Prévalence en population générale.....	10
2. Prévalence en milieu carcéral.....	10
3. Prévalence dans les SMPR.....	11
4. Trouble bipolaire et crimes violents.....	12
5. Incarcérations récidivantes.....	14
6. Des statistiques un peu à part : le suicide des détenus bipolaires.....	15
C/ Aspects cliniques et particularités en fonction de la phase du trouble.....	17
D/ Comorbidités.....	20
1. Addictives.....	20
2. Troubles de la personnalité.....	22
E/ La prise en charge des patients bipolaires en milieu carcéral.....	25
1. Les soins psychiatriques en milieu carcéral.....	25
2. La prise en charge du patient bipolaire en prison : quelles particularités ?.....	29
<b>II. LE TROUBLE BIPOLAIRE A DEBUT PRECOCE : CONSIDERATIONS GENERALES ET LIENS AVEC LA JUSTICE..</b>	<b>34</b>
A/ Définition.....	34
1. Pourquoi classer les troubles bipolaires en fonction de leur âge de survenue ?.....	35
2. Quels âges signent le début précoce et tardif des troubles ?.....	35
B/ Les particularités cliniques des troubles bipolaires à début précoce.....	37
1. Sur le plan psychiatrique.....	37
2. Sur le plan somatique.....	38
C/ Les apports paracliniques qui étayent ces particularités cliniques.....	39
1. Les substrats génétiques.....	39

2. Les découvertes relatives aux marqueurs inflammatoires.....	41
3. Les données actuelles de la neuro-imagerie.....	42
4. Les données de l'électroencéphalogramme.....	43
D/ Une entité clinique sous l'angle de la pédopsychiatrie : le TB de l'adolescent.....	44
1. Données cliniques existantes.....	44
2. Résultats d'une étude naturaliste.....	46
E/ TBDP et passages à l'acte à l'acte médico-légaux .....	50
1. Adolescence, pathologie mentale et incarcération : quelques statistiques.....	50
2. Les résultats.....	53
F/ Prise en charge du TBDP.....	56
1. Diagnostic.....	56
2. Traitement .....	57
<b>III. Le TBDP en pratique : vignette clinique et visite d'un établissement pour mineurs .....</b>	<b>61</b>
A/ Vignette clinique à l'UHSA de Seclin.....	61
B/ Visite de l'EPM de Quiévrechain.....	68
<b>Discussion.....</b>	<b>70</b>
A/ Des possibilités affichées aux aspects concrets du soin en prison .....	71
1. Parcours de soin idéal.....	71
2. Principes de réalité.....	72
3. Quelles améliorations proposer ?.....	74
B/ Quelles pistes pour remédier à l'incarcération pléthorique des patients bipolaires ?.....	76
1. Au près de la justice.....	76
2. Au près du corps médical et des partenaires sociaux.....	77
3. Au près de l'entourage.....	78
C/ Pistes et limites thérapeutiques.....	79
<b>Conclusion.....</b>	<b>82</b>
<b>Bibliographie.....</b>	<b>83</b>

## Résumé

Le trouble bipolaire est l'une des dix pathologies les plus invalidantes classées par l'OMS, en raison des complications et du risque suicidaire qu'il implique. Le trouble bipolaire à début précoce, quant à lui, cristallise la majorité des facteurs de risque de passage à l'acte médico-légaux et d'incarcération. Les pathologies mentales sont surreprésentées en milieu carcéral, mais peu d'études portent sur les spécificités du trouble bipolaire, et aucune sur les intrications entre bipolarité à début précoce et incarcération.

Afin de répondre aux questions soulevées par ces constats, nous avons examiné la littérature française et internationale, et illustré nos propos d'une vignette clinique et du compte rendu de notre visite à l'établissement pour mineurs de Quiévrechain.

Nous avons constaté que la prévalence de patients bipolaires en milieu carcéral est forte (environ 6 %), qu'ils sont davantage confrontés à la justice et sujets aux récidives. Ils présentent un risque de commettre des infractions violentes plus grand, qui est très fortement corrélé aux abus de substances comorbides. Leur prise en charge est entravée par les nombreuses contraintes inhérentes au milieu carcéral.

Concernant les troubles bipolaires à début précoce, la clinique de l'impulsivité et celle de la libération instinctuelle y sont davantage marquées, et l'élévation de l'humeur est souvent remplacée par l'irritabilité et l'agressivité. Les comorbidités addictives sont encore plus fréquentes, et le pronostic globalement moins bon, avec plus de suicides et tentatives de suicide. Des substrats génétiques et neuro-anatomiques sous-tendent ce trouble. Les erreurs diagnostiques sont fréquentes à l'adolescence, notamment avec des troubles schizophréniques ou apparentés. À l'instar des troubles bipolaires de l'adulte, ils sont plus fréquemment confrontés à la justice, même si les études à ce sujet sont très rares.

D'autres études pour comprendre l'intrication entre trouble bipolaire à début précoce et incarcération doivent être menées. Des soins adaptés aux contraintes du milieu carcéral, des mesures pour remédier à l'incarcération pléthorique de ces patients, et bien sûr des pistes thérapeutiques doivent être envisagés. À cet égard, différents algorithmes, échelles de dépistage et outils pronostiques doivent être évalués dans les travaux à venir.

## Introduction

Le trouble bipolaire, d'abord nommé folie circulaire par Falret et Baillarger à la moitié du XIX<sup>e</sup> siècle, puis décrit par Emil Kraepelin comme psychose maniaco-dépressive, est une pathologie chronique de l'adulte jeune, dont le handicap est très important.

Il s'agit d'un trouble récurrent de l'humeur alternant des phases d'expansion thymique avec une augmentation de l'énergie et des activités (manie ou hypomanie), et des phases de fléchissement thymique (dépression), accompagnées d'intervalles libres plus ou moins longs (1). Selon le nouveau DSM 5, les troubles bipolaires sont catégorisés en trouble bipolaire de type I, trouble bipolaire de type II et trouble bipolaire non spécifié (autrefois sous la terminologie trouble cyclothymique).

En France, ce trouble touche environ 2,4 % de la population, autant d'hommes que de femmes, et ce quelle soit leur origine socio-économique. Par ailleurs, cette prévalence est assez uniforme selon les cultures, et la tendance familiale ainsi que l'âge jeune de déclenchement laissent supposer une forte composante génétique (1).

Il a été classé par l'OMS comme l'une des dix pathologies les plus invalidantes, et son coût serait équivalent à 75 % de celui que représente la schizophrénie (estimé à 10 milliards d'euros en 2001) (1).

L'une des principales raisons de la sévérité du trouble bipolaire réside dans le risque suicidaire. En effet, il s'agit de la pathologie psychiatrique qui conduit le plus souvent aux tentatives de suicide, avec un risque suicidaire 15 fois plus élevé que la population générale, et environ 1 500 morts par an (1).

De nombreuses comorbidités viennent s'y associer, tant sur le plan psychiatrique (notamment les addictions) que sur le plan somatique. Les patients bipolaires sont

également plus exposés aux accidents, et le risque de désinsertion sociale, professionnelle et familiale est majeur (1).

Toutes ces notions, rapportées dans la note de cadrage de la HAS récemment publiée en juin 2014, rappellent à quel point le trouble bipolaire est un enjeu de santé publique.

De plus, certains auteurs rappellent que les aspects cliniques sont associés classiquement à des transgressions de la loi, et notamment dans les phases maniaques ou hypomaniaques (2). Cela peut donc avoir, pour ces patients, des conséquences judiciaires, allant jusqu'à l'incarcération, plus forte sanction pénale à l'heure actuelle en France.

Nous savons que les pathologies mentales sont de plus en plus représentées dans la population carcérale. D'une méta-analyse de 62 études portant sur 23 000 détenus, il ressort qu'un détenu sur 7 souffre d'une pathologie mentale (3), et le trouble bipolaire est loin de faire exception aux affections répertoriées. Rappelons-nous de surcroît combien cette maladie est pourtant déjà largement sous-diagnostiquée...

Le profil sociodémographique du détenu est souvent celui d'un homme jeune. Or le trouble bipolaire est une maladie de l'adulte jeune, qui survient majoritairement entre 15 et 25 ans, ce qu'avait déjà observé Kraepelin dans les cohortes de patients qu'il suivait. Des auteurs attirent notre attention sur un sous-type de trouble bipolaire qui cristallise à lui seul la majorité des facteurs de risque de passages à l'acte médico-légaux et d'incarcération, et dont le pronostic est globalement mauvais (4): le trouble bipolaire à début précoce (TBDP).

Les patients souffrant de TBDP présentent plus de symptômes de violence, de difficultés judiciaires, de symptômes psychotiques, plus de troubles anxieux, plus d'épisodes mixtes, davantage de comorbidités addictives et de récurrences. Leurs épisodes euthymiques sont plus courts et ils présentent un risque suicidaire plus important (5). La clinique de l'impulsivité et celle de la libération instinctuelle y sont davantage marquées.

Toutes ces données nous ont questionnés sur plusieurs points : quel est aujourd'hui l'état des lieux du trouble bipolaire en milieu carcéral ? Quelles sont les particularités cliniques, et judiciaires, de cette entité à part qu'est le trouble bipolaire à début précoce ?

Pour essayer d'y répondre, nous examinerons la littérature française et internationale, puis illustrerons nos propos d'une vignette clinique accompagnée du compte rendu de notre visite à l'établissement pour mineurs de Quiévrechain.

Enfin, nous discuterons les différents résultats de nos recherches et tenterons d'apporter des perspectives de prise en charge.

## **Partie I. Le trouble bipolaire en milieu carcéral : état des lieux**

### **A/ Préambule**

Avant de s'intéresser aux caractéristiques épidémiologiques, cliniques et judiciaires des patients bipolaires en milieu carcéral, il nous semble pertinent d'évoquer en préambule les notions de dangerosité et de violence chez cette même population.

Ces questions, très actuelles, reflètent d'une préoccupation sociétale croissante concernant la dangerosité des malades psychiatriques, ont été traitées dans les recommandations des experts de la HAS en décembre 2010 (6), abordant de façon détaillée les facteurs de risque de violence hétéro-agressive chez les personnes souffrant de schizophrénie ou de troubles de l'humeur.

Ils y ont fourni une revue de la littérature exhaustive mettant notamment en lumière l'aspect multifactoriel de la relation entre violence et maladie bipolaire, dont la causalité, nous le verrons plus loin, ne peut absolument pas être établie de façon linéaire.

Rappelons les facteurs de risque généraux de dangerosité mis en évidence par Senninger (7), et classés de la façon suivante :

- Critères médicaux : jeune âge (moins de 40 ans), sexe masculin, conduites addictives, antécédents judiciaires et/ou de passage à l'acte.
- Critères médico-psychologiques : impulsivité, méfiance, niveau intellectuel faible, froideur des relations, mécanismes hallucinatoires, automatisme mental, délires mystiques et paranoïaques.

Les auteurs de la commission d'experts insistent sur le rôle majeur des facteurs aggravants sociodémographiques, médicolégaux, toxiques et psychopathologiques.

La dangerosité serait d'ailleurs plus imputable à ces différents facteurs qu'à l'existence d'un trouble de l'humeur. Ils les classent en deux catégories, de la manière suivante.

- Facteurs sociodémographiques : jeune âge, statut socio-économique bas, faible niveau d'études, genre masculin.
- Facteurs liés aux antécédents personnels : perturbation de l'environnement familial, antécédents de victimisation, abus sexuels dans l'enfance, troubles des conduites dans l'enfance et l'adolescence, antécédents personnels de violence.

Au sein de la revue de la littérature réalisée par P. Le Bihan pour le rapport de la HAS (6) concernant la violence hétéro-agressive chez les personnes présentant un trouble de l'humeur, les données principales suivantes nous ont semblé particulièrement pertinentes.

- Swanson et al., en 1990, ont réalisé une étude épidémiologique sur la prévalence de la violence dans un échantillon de population générale de plus de 10 000 personnes. La violence était définie par le fait de frapper ou de jeter des objets sur son conjoint, battre un enfant, participer à des bagarres, utiliser une arme contre autrui. Le diagnostic de personnalité antisociale était exclu. Les auteurs retrouvaient une prévalence de la violence 5 fois plus importante chez les patients remplissant les critères diagnostiques pour un trouble de l'axe 1. La prévalence de la violence était étonnamment proche chez les sujets présentant une schizophrénie, une dépression majeure ou un trouble bipolaire (10 à 12 %) alors qu'elle ne concernait que 2 % des sujets sains.

- Hodgins et al. ont réalisé des travaux sur une cohorte de naissance danoise de 324 401 sujets révélant que 13,3 % des hommes n'ayant jamais été hospitalisés en psychiatrie ont été arrêtés au moins une fois pour infraction criminelle, contre 27,1 % des hommes ayant un diagnostic de trouble bipolaire.
- Une autre étude intéressante concernait la violence chez les patients hospitalisés. En effet, Binder et Mc Niel, ont analysé les comportements violents chez 253 patients hospitalisés dans le service fermé d'un hôpital universitaire. Davantage de patients maniaques que de patients schizophrènes avaient été violents envers autrui les deux semaines précédant l'hospitalisation (30 % contre 26 %).

De ces données, nous pouvons donc retenir que les patients souffrant de troubles psychiques, y compris de troubles bipolaires, sont plus enclins à expérimenter de la violence, qu'elle soit traduite par des actes auto-rapportés, par des arrestations ou des comportements violents constatés à l'hôpital.

L'interprétation de ces résultats doit tenir compte de multiples facteurs et n'a pas pour but de stigmatiser cette pathologie, mais de nous interroger sur les intrications complexes entre la maladie bipolaire et les passages à l'acte médico-légaux.

Ces données sur la violence nous amènent donc aux questions que nous souhaitons maintenant développer: quelles sont les données chiffrées actuelles des patients bipolaires en détention ? Combien sont-ils, pour quels motifs, quel taux de récurrence ?

## **B/ Épidémiologie**

Si la question des passages à l'acte hétéro-agressifs et des antécédents judiciaires a été étudiée de façon exhaustive chez les patients schizophrènes, il n'en est pas de même chez les patients bipolaires, pour lesquels beaucoup moins d'études ont été menées.

Néanmoins, nous pouvons rapporter quelques résultats provenant de la littérature française et internationale (8).

### 1. Prévalence en population générale

En population générale, certains auteurs retrouvent que 30 % des patients souffrant de trouble bipolaire présenteraient des antécédents judiciaires (9), d'autres que la probabilité d'avoir eu affaire à la justice était 1,65 fois plus grande chez les sujets ayant des troubles thymiques, par rapport à la population générale (10).

### 2. Prévalence en milieu carcéral

Aux États-Unis, Quanbeck et al. retrouvent 6 fois plus de sujets bipolaires en prison que dans la communauté (11). Dans les prisons françaises, la prévalence de patients bipolaires est de 2 à 5,5 % contre 1 % dans la population générale (12).

De même, les résultats d'une autre grande enquête épidémiologique, à l'initiative du ministère de la Justice et de la Direction Générale de la Santé, constatent une prévalence élevée de troubles psychiatriques parmi les détenus, et notamment de troubles de l'humeur : 24 % de trouble dépressif majeur, 4,8 % de dysthymie, 3,1 % sur le trouble bipolaire vie entière et 3,6 % pour l'épisode maniaque ou hypomaniaque (13).

### 3. Prévalence dans les SMPR

Une étude réalisée sur l'ensemble des sujets entrants ou suivis dans les établissements pénitentiaires comprenant un SMPR retrouve une prévalence de 6,8 % de troubles bipolaires parmi les personnes prises en charge (13)

Les hypothèses pouvant être soulevées pour expliquer ce chiffre, plus important que celui retrouvé dans l'étude de Duburcq et Coulomb (12) (et dans la majorité des études internationales), et sans doute plus proche de la réalité clinique, sont les suivantes.

- Il rend probablement compte d'un meilleur dépistage de la maladie bipolaire dans les établissements pénitentiaires intégrant un SMPR, car ceux-ci bénéficient de moyens bien plus importants que les dispositifs de soins psychiatriques.
- Cette disparité de prévalence pourrait également être expliquée par le fait que plusieurs magistrats, subodorant ou ayant connaissance d'une pathologie psychiatrique chez certains détenus, les incarcèrent préférentiellement dans les prisons dotées d'un SMPR (et serait donc consécutive à un biais de recrutement).

Et il est raisonnable de penser que cette affection, statistiquement sous diagnostiquée en population générale, l'est encore davantage en milieu carcéral et parmi les délinquants. En effet, des facteurs cliniques que nous détaillerons ultérieurement, tels que l'impulsivité, la fluctuation de l'humeur, la recherche de sensations fortes et l'abus de substances rendent le diagnostic différentiel avec un trouble de la personnalité difficile (9)

Aussi, en conditions de stress élevées telles que celles présentes en milieu carcéral, les patients bipolaires peuvent manifester davantage irritabilité, agressivité, élation de l'humeur (se manifestant par exemple par des traits mégalomaniaques). En pratique, on peut imaginer qu'elles se manifestent par des insultes aux surveillants, des rixes avec les codétenus, voire des mises en danger majeures, sans que soit constaté le caractère morbide des troubles du comportement présentés.

Concrètement, ces patients sont exposés à des peines prolongées, des mises en quartier disciplinaire (4).

Nous savons à l'heure actuelle combien le nombre de malades psychiques a augmenté en détention, et combien ils sont encore stigmatisés. Des sujets bipolaires demeurent à l'heure actuelle sans diagnostic - ou avec un diagnostic erroné - même après avoir été évalués par des médecins généralistes ou des psychiatres.

Alors, comment imaginer que d'autres corps de métiers, n'ayant de surcroît aucun rapport avec le soin, tels que les surveillants pénitentiaires ou les magistrats, puissent reconnaître le symptôme dans un comportement jugé provocateur ?

De ce fait, les relations entre le trouble bipolaire, les actes médico-légaux et leurs conséquences, notamment les incarcérations, sont complexes et ont fait l'objet d'études très hétérogènes, comme nous allons le voir dans les travaux cherchant la corrélation entre troubles bipolaires et crimes violents.

#### 4. Trouble bipolaire et crimes violents

En guise d'introduction, il est intéressant de se pencher sur la méta-analyse réalisée par Fazel et son équipe qui, en réalisant une revue de la littérature à partir de 9 études portant sur le risque de violence chez les sujets bipolaires en comparaison

avec des témoins de la population générale, a montré des résultats significatifs mais extrêmement hétérogènes (14).

En effet, les odds-ratio pour le risque de violence allaient de 2 à 9, avec un odds-ratio pour l'ensemble à 4,1 (fait notoire, la propre étude de Fazel et son équipe était celle qui retrouvait la plus faible estimation du risque).

Leur étude, d'une méthodologie extrêmement rigoureuse, a calculé la fréquence de la criminalité chez 3 743 patients bipolaires, par rapport à 37 429 sujets représentatifs de la population générale. La base utilisée était les registres nationaux suédois, permettant un suivi longitudinal de près de 30 ans, entre 1973 et 2004. La criminalité était définie de manière exhaustive par les actes suivants : homicide, incendie criminel, agression sexuelle ou non, vol qualifié ou menace grave. Les patients devaient avoir reçu deux diagnostics (de sortie d'hospitalisation), ce qui n'a été fait dans aucune autre étude portant sur la question de la criminalité. L'autre originalité de l'étude est d'avoir également comparé le taux d'infractions des patients bipolaires avec celui des membres de leur fratrie exempts de trouble, afin d'éliminer les facteurs familiaux de confusion (14).

Ils ont montré que 8,4 % des patients souffrant de trouble bipolaire avaient commis un crime contre 3,5 % des témoins, et ont donc confirmé les résultats des précédentes études à ce sujet, à savoir un risque de commettre des infractions violentes plus élevé chez les bipolaires (ici avec un OR à 2,3). Cependant, on retrouvait une augmentation du risque plus faible quand les sujets étaient comparés aux membres de leur fratrie (OR ajusté 1,6).

Ils attribuent l'estimation du risque plus faible dans leur étude au fait que les infractions violentes étaient recueillies une fois le diagnostic posé, supputant ainsi

que le taux de criminalité aurait été plus élevé si des sujets jeunes avaient été inclus avant l'établissement de leur diagnostic, qui est, comme on le sait, souvent tardif par rapport au début de la survenue des troubles (14). Ceci nous amènera à la réflexion que nous aurons ultérieurement sur la criminalité des troubles bipolaires à début précoce.

Aussi, après avoir conclu à une augmentation du risque d'infraction violente chez les patients bipolaires, les auteurs précisent que ce risque est en majorité attribué aux sujets souffrant d'une comorbidité de type abus de substance, point sur lequel nous reviendrons en abordant la question de l'addiction chez les patients bipolaires, et de son rôle dans les comportements délictueux. Leur travail leur permet même d'établir une étiologie familiale commune entre trouble bipolaire, abus de substance et criminalité violente.

### 5. Incarcérations récidivantes

Une autre statistique vient encore alourdir le tableau du patient bipolaire en milieu carcéral : celle des récidives. Il nous semble probant de citer cette étude de cohorte rétrospective réalisée à propos de 79 211 détenus dans des prisons américaines entre sept 2006 et août 2007. Les auteurs y ont fait un recueil des données psychiatriques, démographiques et des antécédents d'incarcérations sur les 6 années précédentes (15).

Ils retrouvent pour les détenus souffrant de TB un taux significativement plus important d'incarcérations répétées, 3,3 fois plus élevé que pour les détenus ne souffrant pas de troubles psychiatriques, en considérant les données pour plus de 4 incarcérations. Ce taux est 2,6 fois plus élevé pour les détenus souffrant de schizophrénie.

Nous vient alors à l'esprit l'exemple clinique de Monsieur I., rencontré dans l'unité de soins sous contrainte de l'UHSA de Seclin, bipolaire aux antécédents addictologiques lourds, qui à 32 ans était incarcéré pour la 10<sup>e</sup> fois...

#### 6. Des statistiques un peu à part : le suicide des détenus bipolaires

Pour clore cette partie épidémiologique, il nous semblait indispensable d'évoquer la notion du suicide chez les populations souffrant de trouble bipolaire en détention. Il est important de préciser que ce sont des données très spécialisées et que peu d'auteurs se sont penchés sur cette question spécifique malgré un intérêt croissant pour l'identification des facteurs de risque suicidaire en détention (au vu des statistiques alarmantes), et malgré le risque suicidaire déjà 15 fois supérieur chez les patients bipolaires par rapport à la population générale.

Fazel et son équipe (16) ont publié à ce sujet une revue de la littérature et font état de 5 études évaluant les paramètres suicidaires de 237 654 détenus au total, dont 6 285 sont diagnostiqués bipolaires. Leur but est de comparer le risque suicidaire des détenus bipolaires à celui des détenus exempts de troubles, mais également à celui des détenus souffrant d'autres troubles psychiatriques (schizophrénie, épisode dépressif caractérisé, et autres troubles).

Ils retrouvent un risque de suicide 2,4 fois plus élevé chez les détenus bipolaires, en comparaison avec les détenus sains. Aussi, ce chiffre peut paraître relativement bas si l'on pense aux sujets bipolaires non incarcérés qui ont un risque 15 fois plus élevé que le reste de la population générale.

Donnée tout aussi étonnante, ce taux est plus bas que ceux des détenus souffrant d'autres troubles psychiatriques (pour information, l'odds-ratio concernant les troubles schizophréniformes s'élève à 5,2) alors que, comme nous le rappelle la HAS

dans son rapport de juin 2014 (1), le trouble bipolaire est « la pathologie psychiatrique qui conduit le plus fréquemment aux tentatives de suicide ».

Les auteurs émettent l'hypothèse que le milieu carcéral, très « cadrant », pourrait aider à la stabilisation des variations thymiques. Mais surtout, ils insistent sur le faible nombre d'études que comprend cette méta-analyse : davantage d'investigations seraient nécessaires avant l'extrapolation des résultats. Ce résultat fait néanmoins réfléchir, soit en terme de sous-diagnostic de la bipolarité en milieu carcéral, soit sur le fait que la population exempte de troubles psychiatriques « rattraperait » celle des malades psychiques, au vu des conditions de stress que représente une incarcération.

Au vu de ces considérations épidémiologiques, s'il semble maintenant avéré que les bipolaires ont un risque plus élevé de passages à l'acte violents, existe-t-il une spécificité de ces passages à l'acte en fonction de la phase de leur trouble ?

## **C/ Aspects cliniques et particularités en fonction de la phase du trouble : quels passages à l'acte ?**

Nous le savons maintenant, la plupart des études rapportent une augmentation du risque de criminalité chez les individus présentant un trouble bipolaire.

Ces passages à l'acte seraient-ils spécifiques d'un symptôme ou d'une phase de la maladie ?

Dans Criminologie et psychiatrie, Bénézech , Le Bihan et Bourgeois (17) décrivent chez les patients souffrant de trouble bipolaire qu'en phase maniaque des passages à l'acte sont relativement fréquents, mais moins graves qu'en phase dépressive : vols, outrages, escroqueries, grivèleries, abus de confiance, destructions d'objets, violences légères, exhibitionnisme.

Les symptômes maniaques ou hypomaniaques qu'ils mettent en lien avec un risque de comportement délictuel sont les suivants : l'euphorie, le sentiment de toute-puissance, la mégalomanie, l'irritabilité, l'impatience, l'hyperactivité, l'agitation, le manque d'insight.

D'un point de vue statistique, une étude américaine incluant 66 patients bipolaires incarcérés retrouve qu'au moment de l'incarcération 74,2 % présentaient des symptômes maniaques, et 59 % des symptômes psychotiques (11).

L'impulsivité est une caractéristique constante en phase maniaque et elle apparaît majoritairement responsable dans les conduites à risque ; en effet il arrive que le patient agisse sans regard sur les conséquences de ces actes, qui peuvent être plus ou moins graves et dommageables pour lui-même et pour les autres, allant de la dépense inconsidérée jusqu'à l'atteinte physique d'autrui (17).

Les actes de violence physique surviendraient le plus souvent si le patient est heurté de front ou se sent victime d'humiliations auxquelles son comportement l'expose. Par ailleurs, l'agressivité semble être fortement liée à la coexistence chez le patient bipolaire d'un trouble de personnalité du cluster B regroupant les personnalités « émotionnellement labile » (antisociale, état-limite), comme nous le développerons plus tard (17).

Bénézech et al. attirent l'attention sur le fait que les homicides restent des conduites exceptionnelles dans la manie, perpétrées en état de manie furieuse ou délirante (17). Ainsi pouvons-nous appuyer ces faits de l'exemple de Monsieur T., âgé de 48 ans, qui, au décours d'une phase maniaque typique évoluant depuis deux semaines, commença à développer des symptômes psychotiques (délire à thématique mégalomaniacale et messianique) puis tortura et viola son oncle, pensant reconnaître en lui un démon. Monsieur T., après avoir passé dix jours en hospitalisation sous contrainte (mesure D398) dans un service de secteur, a été transféré en UMD (unité pour malades difficiles), puis au bout d'un an en UHSA (unité hospitalière spécialement aménagée) où il est à l'heure actuelle encore hospitalisé, et judiciairement toujours en mandat de dépôt.

Les comportements sexuels déviants sont plus classiques en phase maniaque ; cependant, la libération instinctuelle présente chez de nombreux patients maniaques, quand elle mène à des conduites délictuelles, se traduit bien plus souvent par des gestes impudiques, de l'exhibitionnisme, du harcèlement que par des viols. Il est aussi important de noter que les patients bipolaires sont souvent victimes d'agressions sexuelles, en raison de la libération instinctuelle et de la désinhibition qu'ils présentent (8).

En phase dépressive, Bénézech et al. mettent en lumière le fait que, bien que plus rares, les passages à l'acte réalisés sont souvent plus graves. On connaît la description classique des homicides « altruistes » dans la mélancolie délirante, comme l'illustre le cas de Monsieur L., 70 ans, qui, dans le but de leur éviter une mort imminente dans d'atroces souffrances, a poignardé sa femme et sa belle-mère, avant de tenter de se suicider. Il présentait depuis plusieurs semaines des idées de ruine, de culpabilité, et avait des hallucinations olfactives de type cacosmie. Sa femme avait refusé de se porter tiers pour une hospitalisation sous contrainte recommandée par leur nièce médecin. À l'inverse de Monsieur T., Monsieur L. a été immédiatement reconnu irresponsable (selon les dispositions de l'article 122-1 alinéa 1 du Code pénal, et admis en SDRE (en application de l'article L.3213-7 du Code de santé publique). Les psychanalystes ont depuis longtemps décrit des relations entre dépression et agressivité, suicide et idées de meurtres, ces derniers étant par ailleurs souvent dissimulés à l'entourage. Dans les années 1990, Swanson et al. ont réalisé une étude épidémiologique portant sur la corrélation entre violence et maladie psychiatrique (18) : ils rapportent un pourcentage de violence dans l'année écoulée équivalent chez les patients dépressifs et ceux atteints d'un trouble schizophréniforme.

Néanmoins, étonnamment, dans la grande méta-analyse citée plus haut, Fazel et al. (14) ne retrouvent pas de différence significative - concernant le risque de commettre une infraction violente - entre les patients en phase maniaque ou dépressive, ni entre ceux présentant des signes psychotiques ou non.

Il semblerait donc que ce ne soit pas réellement dans les symptômes du trouble bipolaire lui-même que se trouvent les facteurs favorisant les comportements violents, mais plutôt, comme nous allons le voir, dans les comorbidités.

## **D/ Comorbidités**

### 1. Addictives

Toutes les études épidémiologiques portant sur le sujet font le constat suivant : le mésusage, l'abus et la dépendance à l'alcool comme aux toxiques sont bien plus importants chez les sujets souffrant de trouble bipolaire que dans la population générale (19) .

L'une des plus importantes à ce jour est la National Epidemiology Survey of Alcohol and Related Conditions (NESARC) (20). Cette étude, portant sur plus de 40 000 adultes issus de la population générale, met en lumière la fréquence de la comorbidité entre TB et alcoolodépendance. Le chiffre le plus flagrant est sans doute la prévalence vie entière des troubles addictifs liés à l'alcool chez les patients bipolaires de type 1, qui s'élève à 58 %. Parmi ces 58 %, 40,5 % présenteraient un trouble de type dépendance, et 17,4 % un trouble de type abus.

D'un point de vue physiopathologique, quatre hypothèses principales sont avancées pour expliquer ce phénomène : l'addiction serait un symptôme du trouble bipolaire ; l'addiction serait une tentative d'automédication du trouble bipolaire ; l'addiction provoquerait le trouble bipolaire ; et enfin, addiction et trouble bipolaire partageraient des facteurs de risque communs. Ces explications sont largement controversées, la dernière étant la plus probable mais la plus difficile à démontrer (21). Le Strat et Gorwood, dans une autre étude de 2008 (22), avancent l'hypothèse d'une diminution de la sensibilité à l'alcool dans les phases maniaques (précisément par diminution de l'activité de l'aire tégmentale ventrale dans les paradigmes expérimentaux d'attente de récompense). Ceci se traduit par une nécessité de consommer plus d'alcool pour atteindre un état euphorique.

Quel est le retentissement de cette comorbidité sur le trouble bipolaire ?

Elle serait l'un des trois facteurs pronostiques principaux de l'évolution à 15 ans du trouble bipolaire (23).

Et l'on retrouverait chez les bipolaires présentant une comorbidité alcoolique, en comparaison avec ceux qui n'en présentent pas, les caractéristiques suivantes (21) :

- un âge de début plus précoce (20 ans versus 26 ans) ;
- plus d'antécédents familiaux d'alcoolisme ;
- plus de recherche de nouveauté, une impulsivité et une agressivité plus importantes, plus de manies dysphoriques et d'états mixtes, plus de cycles rapides ;
- des symptômes plus sévères (épisodes plus longs, davantage de cycles, périodes d'euthymie plus courtes) ;
- un risque suicidaire plus élevé ;
- une moindre observance thérapeutique, et une réponse aux traitements plus faible ;
- des passages à l'acte plus fréquents.

Ce dernier point vient questionner les résultats généraux que nous avons présentés dans la partie épidémiologie.

Quanbeck et al. retrouvent qu'au moment de l'arrestation pour crime 75,8 % des patients présentent des comorbidités addictives.

Et, si Fazel et al. (14) ont montré que 8,4 % des patients souffrant de trouble bipolaire avaient commis un crime, contre 3,5 % des témoins, ce chiffre s'élevait à 21,3 % chez les bipolaires présentant une comorbidité addictive. Les patients

bipolaires avec comorbidité addictive présentaient donc un risque de commettre un acte criminel plus élevé (OR = 6,4 : IC = 5,1-8,1) comparativement aux patients bipolaires sans comorbidités addictives (OR = 1,3 : IC = 1,0-1,5). Ils concluent ainsi que l'évaluation du risque de violence chez les patients bipolaires avec comorbidité addictive est essentielle.

Mais peut-on réellement traiter séparément TB avec et sans addiction, quand on sait que 60 % des bipolaires souffriront de comorbidités addictives au cours de leur vie ?

## 2. Troubles de la personnalité

Les troubles de la personnalité sont extrêmement fréquents chez les patients bipolaires : dans à 40 à 50 % des cas, selon la majorité des études récentes, voire 55 % pour certains auteurs (24). Les troubles de la personnalité les plus fréquemment retrouvés sont ceux du cluster B du DSM IV, à savoir des troubles de la personnalité de type «émotionnellement labiles » : histrionique, état limite, antisociale principalement.

Les liens les plus étroits, à l'origine d'ailleurs d'une grande confusion diagnostique, concernent trouble bipolaire et personnalité pathologique borderline. En effet, l'impulsivité, l'irritabilité, les comorbidités addictives, les changements d'humeur, les gestes auto-agressifs ou suicidaires sont autant de caractéristiques communes aux deux troubles (25).

Cette difficulté diagnostique est par ailleurs bien illustrée dans la littérature : en effet, dans une étude de 1998 recherchant les comorbidités de l'axe I du trouble de la personnalité borderline, Zanarini et al. (26) estiment que la cooccurrence avec les troubles bipolaires se situe entre 35 et 52 % ! De même, avec une autre démarche méthodologique, Akiskal et al., dans une série de 100 patients diagnostiqués et

suivis pour un trouble de la personnalité état limite, constatent que 25 % d'entre eux se verront attribuer un diagnostic de trouble bipolaire de type II ou de cyclothymie dans les mois qui suivent (27). Ce chiffre a probablement contribué à la théorie d'Akiskal, très controversée, selon laquelle le trouble de la personnalité état limite n'existerait pas et ne serait que le reflet d'un diagnostic limite.

À l'heure actuelle, quelles hypothèses sous-tendent ces chiffres éloquentes ? Certains auteurs avancent l'idée que personnalité borderline et troubles bipolaires appartiendraient en fait au même spectre (28), dans l'idée d'un continuum du normal au pathologique. D'autres (29), plus modérés, évoquent des dimensions émotionnelles communes qui expliqueraient, entre autres, la difficulté du diagnostic différentiel, leur réponse similaire aux traitements thymorégulateurs et surtout la forte comorbidité individuelle ou intrafamiliale.

Quels sont les outils à notre disposition pour éviter le piège diagnostique ? Selon P. Gorwood, le diagnostic différentiel se ferait essentiellement sur les patterns de changement d'humeur (25); celui-ci serait très rapide, réactif et secondaire aux événements de vie majoritairement relationnels dans le trouble de la personnalité borderline, tandis que les variations thymiques seraient moins fréquentes, plus lentes et plus indépendantes des conditions de vie dans le trouble bipolaire. Néanmoins, l'auteur souligne que cette distinction a un intérêt davantage psychopathologique que thérapeutique, puisque les deux troubles répondent bien aux traitements thymorégulateurs.

Cet état des lieux fait, nous avons désormais conscience de la prévalence des patients bipolaires en détention, de l'aspect physiopathologique du trouble lors des passages à l'acte, de l'importance des comorbidités pour comprendre l'intrication

entre bipolarité et incarcération. Et, si l'on doit déplorer à l'heure actuelle un bien trop grand nombre de patients psychiatriques dans les murs de la prison, quelle prise en charge adaptée leur apporter ?

## **E/ La prise en charge des patients bipolaires en milieu carcéral**

### 1/ Les soins psychiatriques en milieu carcéral

#### ***a/ Un peu d'histoire...***

Manzanera et Senon ont publié en 2004 un remarquable article pour penser la psychiatrie de liaison en milieu pénitentiaire. Cet article paraît 10 ans après la loi déterminante du 18 janvier 1994 et 6 ans avant l'ouverture des premières UHSA (Unités Hospitalières Spécialement Aménagées) dont nous évoquerons le fonctionnement plus loin (30).

Ils y rappellent quelques notions historiques bien utiles pour comprendre le fonctionnellement actuel de la psychiatrie en milieu carcéral, que nous allons exposer ici de façon synthétique, en débutant à l'époque contemporaine, même si les prémices de celle-ci vont de pair avec l'école des aliénistes :

- 1936 : création des **CRO** (Centres Régionaux d'Orientation) ou services « d'examens psychiatriques » à Fresnes, La Santé ou La Petite Roquette. Ces services sont déjà décriés à l'époque par l'administration pénitentiaire qui accuse les psychiatres de « fabriquer le fou » ou encore de « susciter la simulation »... Ces réflexions laissent entrevoir une stigmatisation du rôle de l'intervention psychiatrique en milieu carcéral, qui, si elle a considérablement évolué depuis près de 80 ans, demeure l'objet de questionnements éthiques et déontologiques permanents.
  
- 1945 : après la Seconde Guerre mondiale, le directeur de l'Administration Pénitentiaire P. Amor soutient la réforme pour la création d'annexes psychiatriques dans chaque établissement pénitentiaire.

- 1958 : à l'occasion du nouveau Code de procédure pénale, **quatre articles de loi (D395, D396, D397, D398)** vont définir la notion de services psychiatriques en milieu pénitentiaire.
  
- 1967 : officialisation de la création des **CMPR** (Centres Médico-Psychologiques Régionaux), où le personnel médical est sous l'autorité pénitentiaire.
  
- 1986 : loi du 14 mars, définissant les **SMPR** (Services Médico-Psychologiques Régionaux) comme le 3<sup>e</sup> type de secteur psychiatrique (après la psychiatrie générale et infanto-juvénile).
  
- 1992 : rapport Chodorge, faisant le constat qu'une politique de santé ne peut être correctement menée par l'administration pénitentiaire dans un contexte où s'accumulent pathologies de la précarité (telles que le VIH, la tuberculose) et pathologies psychiatriques. Ce rapport a une grande importance car il constitue les prémices de la loi du 18/01/1994.
  
- 1994 : loi du 18 janvier, qui instaure que tout établissement pénitentiaire doit être affilié par un protocole à un hôpital rattaché géographiquement, via les **UCSA** (Unités de Consultation et de Soins Ambulatoires), permettant ainsi une intervention psychiatrique de secteur (générale ou infanto-juvénile).

- 2002 : loi du 9/09 (« Perben I ») de l'orientation et la programmation pour la justice : définition des UHSA (Unités Hospitalières Spécialement Aménagées).
- 2010 : ouverture en mai de la première UHSA, nommée Simone Weil, à Lyon et dépendant du CH Le Vinatier.

Ces quelques dates nous montrent l'évolution progressive de la psychiatrie en milieu pénitentiaire, où comment, petit à petit, la psychiatrie de secteur prit à part entière sa place dans le milieu carcéral depuis 80 ans.

Il semble important de noter ici les justifications datant de la circulaire de décembre 1994, et plus que jamais d'actualité, concernant cette intervention psychiatrique (30) :

- importance des pathologies psychiatriques préexistant à l'incarcération  
aggravation de ces pathologies du fait des conditions contraignantes  
qu'entraîne l'incarcération ;
- incidence forte des troubles mentaux réactionnels à l'incarcération ;
- incidence forte des conduites addictives et suicidaires ;
- moindre recours aux articles de loi 122-1 alinéa 1 et 2 sur la dépénalisation  
des personnes jugées irresponsables de leurs actes par abolition du  
discernement, entraînant une augmentation du nombre des personnes  
souffrant de troubles psychiques placées en détention.

***b/ Quels moyens sont à notre disposition actuellement ?***

- Les dispositifs de soins en psychiatrie (DSP) assurent une prise en charge ambulatoire via une équipe pluridisciplinaire (psychiatre, psychologue, infirmier), à temps partiel et de taille variable selon les établissements. Ces DSP, rattachés à un ou plusieurs secteurs de psychiatrie, coordonnent leurs soins avec ceux de l'UCSA. La dispensation des médicaments se fait, sauf exception, par les infirmiers de l'UCSA qui se déplacent de cellule en cellule. Pour chaque patient, la délivrance peut être hebdomadaire, bihebdomadaire ou quotidienne (week-ends compris ou non), selon la modalité choisie par le prescripteur.
  
- Les SMPR travaillent en collaboration avec les UCSA et sont actuellement au nombre de 26, pour 189 établissements pénitentiaires (au 1<sup>er</sup> janvier 2011). Leurs missions sont de dépister et soigner les pathologies mentales, mais également d'agir pour la prévention du suicide et de veiller à la continuité des soins à l'issue de l'incarcération. Ils proposent des soins, également librement consentis, sous forme de consultations, d'activités thérapeutiques ou d'hospitalisation de jour (sauf exception, comme au SMPR des Baumettes où existe une infirmière de nuit). Ils se trouvent au sein des établissements pénitentiaires, et les conditions d'hospitalisation n'y ont rien de comparable avec ce que nous connaissons en milieu libre.
  
- Les UHSA proposent des soins d'hospitalisation psychiatrique à temps complet, consentie ou non. Ce sont des unités d'hospitalisation dans lesquelles évoluent seulement des équipes soignantes spécialement dédiées,

entourées par une surveillance pénitentiaire (murs + équipe de surveillants amenés à intervenir seulement à l'entrée, à la sortie, lors des parloirs, des transfèrements et, seulement si les soignants le requièrent, en cas d'agitation extrême). (31)

## 2. La prise en charge du patient bipolaire en prison : quelles particularités ?

### ***a/ Traitements pharmacologiques***

La pharmacopée des patients bipolaires en détention ne diffère pas de celle dont disposeraient les patients dans l'hôpital de rattachement, du moins sur le plan qualitatif.

Principes généraux du traitement, d'après M. Lévy-Rueff et D. Gourion (32) :

#### *Phase préthérapeutique :*

Évaluation diagnostique précise : anamnèse exhaustive des troubles, recherche de comorbidités, inventaire des antécédents familiaux.

Évaluation précise de la sécurité du patient : risque suicidaire, dangerosité, nécessité d'une hospitalisation (libre ou sous contrainte).

#### *Instauration d'un traitement :*

Adapté, dans le cadre d'une relation thérapeutique de qualité, assorti d'un suivi étroit de la réponse au traitement.

Application de mesures psycho-éducatives destinées au patient et à son entourage.

#### *Surveillance et évaluation après instauration :*

Évaluation de l'efficacité, des symptômes résiduels et des effets secondaires des traitements.

## **Thymorégulateurs :**

*Lithium : TÉRALITHE®*

C'est le gold standard. Il a la meilleure preuve d'efficacité dans la prévention des rechutes bipolaires et dans la prévention du suicide.

*Dérivés de l'acide valproïque : divalproate de sodium DÉPAKOTE® ; valpromide DÉPAMIDE®*

Divalproate de sodium : seconde intention dans le traitement des épisodes maniaques, en cas de contre-indication ou d'intolérance au lithium. Il présenterait une meilleure efficacité antimaniaque dans les formes mixtes et à cycles rapides.

Valpromide : indication dans le traitement du trouble bipolaire (AMM étendue à la prévention, contrairement au divalproate, même si celui-ci est également utilisé au long cours).

*Carbamazépine : TÉGRÉTOL®*

Ce traitement présente un d'intérêt dans la « prévention des rechutes dans le cadre des troubles bipolaires, notamment chez les patients présentant une résistance relative, des contre-indications ou une intolérance au lithium » d'après son AMM.

## **Antipsychotiques atypiques :**

Olanzapine ZYPREXA® ; risperidone RISPERDAL® ; aripiprazole ABILIFY® ; quetiapine XEROQUEL® sont ceux qui ont reçu l'AMM pour le « traitement à court terme des épisodes maniaques » et dans la « prévention des récurrences bipolaires chez les patients ayant répondu à cette molécule lors d'un épisode maniaque ». On les utilise en monothérapie ou en coprescription avec les thymoéulateurs

classiques. Ils sont également considérés comme alternative de premier choix dans toutes les phases du cycle rapide.

La clozapine à faible dose (75 mg/j) peut s'avérer être une alternative dans les formes ultraréfractaires.

### **Antiépileptiques de nouvelle génération :**

Aucun ne dispose à l'heure actuelle de l'AMM dans le traitement du trouble bipolaire.

Lamotrigine : LAMICTAL®

C'est l'unique antiépileptique à avoir montré une efficacité supérieure au placebo sur la prévention de la récurrence dépressive.

Topiramate : EPITOMAX® ; gabapentin : NEURONTIN® ; prégabaline : LYRICA® ; oxcarbazépine : TRILEPTAL®

Ils auraient des effets sur la prophylaxie des troubles bipolaires réfractaires au traitement. Le topiramate n'est utilisé que dans les formes résistantes ou présentant une comorbidité avec un trouble du comportement alimentaire de type boulimie. La prégabaline a également l'AMM dans le traitement des troubles anxieux généralisés.

### **Antidépresseurs :**

Ils sont de plus en plus controversés, notamment pour le risque de virage maniaque qu'ils représentent. Ils pourraient également favoriser l'induction de cycles rapides.

Dans tous les cas on utilisera de préférence un IRS ou un IRSNA en association avec un thymorégulateur, les tricycliques sont réservés à des situations très spécifiques de dépression sévères et résistantes, comme alternative à l'ECT.

### **Anxiolytiques et hypnotiques :**

Ils sont très utiles en phase aiguë à visée adjuvante, et sont à préférer aux neuroleptiques conventionnels type cyamémazine (TERCIAN®).

### **Thérapeutiques non médicamenteuses :**

L'électroconvulsivothérapie (ECT) reste une thérapeutique d'actualité qui a fait preuve de son efficacité notamment dans les épisodes sévères ou délirants (tels que la manie furieuse), ou en cas de contre-indications aux thérapeutiques habituelles. Les terrains incitant à son utilisation sont les femmes enceintes et les personnes âgées. Cette thérapeutique ne doit pas être écartée sous prétexte de raisons éthiques, en cas de troubles graves à risque suicidaire élevé.

### ***b/ Traitements non pharmacologiques***

*Psychothérapie* : de soutien par le praticien responsable du traitement, d'inspiration psychanalytique, TCC, systémique, selon les indications et la demande du patient. Il faudra par ailleurs prévenir celui-ci que la psychothérapie seule n'a fait preuve d'efficacité dans aucune étude de la littérature, et que l'association à un traitement biologique est indispensable (32). En prison, la conduction orthodoxe d'une psychothérapie reste en outre une vraie gageure, le déroulement, le rythme et le cadre des séances étant fortement bousculés par les contraintes quotidiennes du fonctionnement pénitentiaire. La pénurie de soignants constitue également une limite (soit du nombre de patients suivis, soit de la qualité de ce suivi en terme de fréquence et /ou de durée des entretiens).

*Psychoéducation* : il s'agit d'un des points clés de la prise en charge du trouble bipolaire. Elle permet l'apprentissage des symptômes annonciateurs d'une récurrence, des facteurs favorisant les récurrences, afin d'améliorer la connaissance du trouble et

ainsi l'observance et la réussite thérapeutiques.

Les règles hygiéno-diététiques telles que l'éviction de toxiques, l'éviction ou la limitation des excitants (café, tabac), le respect du cycle veille-sommeil, l'aménagement de l'environnement pour limiter les facteurs de stress, la prise de contact avec les associations de patients sont autant de points essentiels auxquels le patient incarcéré n'a quasiment pas accès, d'où les pertes de chances conséquentes pour obtenir une rémission et même maintenir l'équilibre quand il put être atteint.

*Prise en charge des comorbidités addictives :*

En prison, elle sera réalisée par les CSAPA. Elle est indispensable car comme nous l'avons vu, les conséquences pour les patients sont extrêmement lourdes. En pratique, elle est très difficile et va demander au patient une motivation majeure car les stupéfiants ne manquent pas en milieu carcéral ; ils sont souvent utilisés comme leviers contre le stress carcéral, et proposés à une population qui y est particulièrement vulnérable.

Après avoir apporté quelques notions élémentaires et générales concernant le patient bipolaire en milieu carcéral, il est maintenant temps de s'intéresser à cette population spécifique qui a attiré notre attention ; celle des troubles bipolaires à début précoce.

## **Partie II. Le trouble bipolaire à début précoce : considérations générales et liens avec la justice**

### **A/ Définition**

Le trouble bipolaire est une maladie aux multiples présentations cliniques, hétérogènes et complexes. Le tout nouveau DSM V entend actualiser sa classification, en détaillant certains aspects cliniques du trouble bipolaire qui n'apparaissaient pas auparavant ; l'enjeu majeur étant l'optimisation du diagnostic et surtout l'apport d'une réponse thérapeutique adaptée.

Après avoir enrichi la distinction clinique de critères sémiologiques tels que l'évolutivité des troubles (distinction manie/hypomanie), l'existence de comorbidités, la présence d'antécédents familiaux, un nouveau critère émerge, qui semble extrêmement pertinent pour mieux comprendre les troubles bipolaires : l'âge de début des troubles.

En effet, le démembrement clinique en fonction de l'âge de début des troubles a permis l'obtention de sous-groupes homogènes de la maladie bipolaire. Un de ces sous-groupe semble particulièrement se démarquer des autres, tant par ses caractéristiques cliniques que par sa sévérité et l'enjeu diagnostique qu'il représente : celui des troubles bipolaires à début précoce (33).

D'un point de vue statistique, ce sous-groupe représente un pourcentage très important de patients puisqu'environ 65 % des patients présenteraient un premier épisode thymique avant 18 ans, et 28 % avant 13 ans (34).

## 1. Pourquoi classer les troubles bipolaires en fonction de leur âge de survenue ?

Les études portant sur le démembrement des troubles bipolaires en fonction de l'âge de survenue des troubles mettent en lumière des sous-groupes de maladie qui se distinguent par leurs caractéristiques cliniques, leur réponse au traitement, et sont même, comme nous le verrons plus loin, sous-tendus par des mécanismes génétiques différents, révélant ainsi des maladies bien distinctes les unes des autres.

Une équipe française justifie le choix de l'âge de début comme

« symptôme candidat » afin de permettre l'individualisation de sous-groupes « étiologiquement plus homogènes » (33)

La classification en 3 sous-groupes d'âge de début (précoce, intermédiaire, tardif) est à l'heure actuelle la plus pertinente (les premiers travaux sur le sujet ne comportaient que deux sous-catégories : début précoce et début tardif.

Cette classification est le fruit d'études d'admixture qui valident la distribution selon trois sous-groupes d'âge de début, selon une loi normale, de manière homogène et reproductible (5).

## 2. Quels âges signent le début précoce et tardif des troubles ?

En 2012, une équipe française a récapitulé les 7 études internationales d'admixture existant sur la population bipolaire générale (menées en France, au Royaume-Uni, en Italie, en Suisse, en Allemagne, au Canada et aux États-Unis) et a ainsi identifié un seuil d'âge de début fiable aux alentours de 21 ans. De même, le seuil identifié pour l'âge de début tardif des troubles est de 33 ans (5).

Dans ces différentes études, les trois sous-groupes d'âge de début se dégagent de manière homogène et répliquée au sein des différentes populations, et ce quelle que

soit leur origine (européenne ou américaine). L'âge de début des troubles, bien que moins objectivable cliniquement, était pour les auteurs un facteur plus pertinent que l'âge de la première hospitalisation et était valide pour les troubles bipolaires de type I et II (5).

Ces âges seront donc les bornes que nous considérerons comme représentatives de sous-groupes de trouble bipolaire différenciés.

## **B/ Les particularités cliniques des troubles bipolaires à début précoce**

Geoffroy et al. relatent dans leur revue de la littérature de 2012 toutes les données suivantes (5):

Les premières études, datant du début des années 80, évoquant une hétérogénéité clinique entre les troubles bipolaires d'émergence précoce ou tardive (décrit alors de façon bimodale, et non trimodale comme à l'heure actuelle), rapportaient déjà un risque plus élevé d'alcoolisme ou de sociopathie chez les sujets ayant vu leur trouble émerger précocement (35).

Les comorbidités associées au trouble bipolaire à début précoce sont plus fréquentes et plus lourdes, et ce dernier se profile comme une maladie plus sévère, marquée par les particularités suivantes.

### 1. Sur le plan psychiatrique

- Délai diagnostique et de prise en charge plus élevé (36)
- Plus de cycles rapides (52,28 % versus 27,14 %) (37)
- Des épisodes euthymiques plus courts, davantage de récurrence (34)
- Davantage de caractéristiques de la lignée psychotique (dans 60 % des cas environ), notamment chez les femmes. (38)
- Plus de troubles anxieux (anxiété généralisée, attaque de panique et TOC) (39)
- Des addictions en plus grande prévalence (déjà très présentes chez les bipolaires de manière générale) : taux significativement plus élevé d'addiction alcoolique (44,54 % versus 28,8 %) et aux drogues (32,12 % versus 15,2 %) (37).

- Davantage de comportements violents (34)
- Un risque accru de suicide, et de tentatives de suicides (37,64 % versus 20,58 %) (40).
- Et une réponse thérapeutique moins efficace, notamment une moins bonne réponse prophylactique au lithium (39).

Les chiffres entre parenthèses reprennent les résultats d'une large étude datant de 2006 portant sur 211 familles et 1 856 sujets, à la recherche de corrélats cliniques et familiaux, et chez les porteurs d'un TBDP (37).

D'autres liens sont en cours d'exploration, comme la corrélation entre traumatisme dans l'enfance et émergence d'un trouble bipolaire : certains auteurs retrouvent une incidence forte des antécédents de traumatisme de l'enfance chez des patients souffrant de TB, affectant très probablement la présentation clinique de la maladie en termes d'âge de début et de comportements suicidaires (41).

## 2. Sur le plan somatique

- Prévalence des facteurs de risques cardiovasculaires plus élevée : diabète par résistance à l'insuline, obésité (abdominale notamment), HTA
- Dysfonction thyroïdienne
- Moindre variabilité de la fréquence cardiaque

Certaines pathologies seraient significativement plus fréquentes chez les patients souffrant de TBDP (5), et précéderaient dans le temps l'apparition des symptômes thymiques (résultats issus d'une cohorte prospective pédiatrique) (42) :

- Épilepsie, TDA/H, abus de substance pour les troubles neuropsychiatriques
- Obésité, asthme, maladie cardiovasculaire pour les pathologies somatiques

## **C/ Les apports paracliniques qui étayent ces particularités cliniques**

### 1. Les substrats génétiques

Dès 2004, une équipe française énonce l'hypothèse que « les sous-groupes d'âges de début pourraient être sous-tendus par des facteurs de vulnérabilité familiaux spécifiques » (33).

Il est maintenant avéré que le trouble bipolaire à début précoce est la forme clinique la plus sévère de trouble bipolaire, possédant un plus haut risque familial et un mode de transmission génétique spécifique.

En effet, dès la fin des années 80, Strober et al. démontrent que le risque de souffrir d'un trouble bipolaire chez les apparentés de premier degré de bipolaires de plus de 40 ans est estimé à 4 %, alors qu'il est de 14 % pour les apparentés de bipolaires de moins de 18 ans (43). Ce chiffre passe même à 40 % chez les apparentés de sujets bipolaires ayant développé un TDA/H ou des troubles des conduites avant l'émergence de leur maladie bipolaire. D'autres statistiques corroborent ce point de vue en rapportant une fréquence des TB plus élevée chez les apparentés de premier degré d'enfants atteints de TB (de 15 % à 42 %) par rapport à celle des apparentés de premier degré de sujets atteints de TB de l'adulte (8,7 %) (44).

De même, il existe une corrélation pour l'âge de début entre jumeaux monozygotes atteints de trouble bipolaire (45).

Enfin, dans une étude collaborative européenne, Bellivier et al. (33) recherchent une ressemblance d'âge de début entre paires de germains atteints, et ont montré une corrélation intrafamiliale pour cet âge de début dans la maladie maniaco-dépressive.

Ces intuitions cliniques d'une modalité de transmission différente pour les troubles bipolaires à début précoce se confirmant, quels mécanismes et gènes a-t-on à l'heure actuelle identifiés ?

Toujours dans leur exhaustive et récente revue de la littérature, P. Geoffroy et al. résument les découvertes suivantes (5):

- un mode de transmission génétique plus simple qui pourrait être sous-tendu par un nombre plus limité de gènes, ayant une pénétrance plus élevée que dans les formes à début tardif (46)
- Il existe une forme de trouble bipolaire lié au chromosome X caractérisée par un âge de survenue plus précoce, un plus grand taux intrafamilial de maladie dysthymique et un plus grand ratio de trouble bipolaire versus unipolaire (47).

De plus, Les hypothèses d'anomalies de neurotransmission, de plasticité neuronale et des rythmes circadiens ont apporté d'intéressants résultats :

- rôle de la présence de l'allèle codant pour l'apolipoprotéine E e4, et rôle du variant court du polymorphisme 5-HTTLPR du promoteur du gène codant pour le transporteur de la sérotonine (48).
- rôle possible de l'un des polymorphismes codant pour le brain-derived neurotrophic factor (BDNF) (49) et de certains variants du gène codant la catechol-O-methyltransferase (COMT) (50), comme gènes candidats.

- un variant sur la région chromosomique 20p12 du promoteur du gène SNAP25 (codant pour une protéine présynaptique) a été associé spécifiquement au TBDP (51)
- une étude sur le génome entier, et portant sur l'analyse de délétions et de duplications de régions chromosomiques, retrouve des microdélétions et des microduplications dans certaines régions génomiques associées à la forme précoce du trouble bipolaire (52)

## 2. Les découvertes relatives aux marqueurs inflammatoires

- Deux études ont été réalisées chez des adolescents bipolaires et ont montré des taux particulièrement élevés de marqueurs pro-inflammatoires, en particulier un taux de CRP élevé et des taux bas de BDNF et d'IL-6. Mais ces résultats, même s'ils concordent avec des données validées sur l'élévation des marqueurs inflammatoires lors des épisodes maniaques et dépressifs, doivent être confirmés par de nouvelles études (53) et (54)
- Il existe également chez les TBDP davantage de troubles du sommeil avec un retard de phase d'endormissement (55) et plus de chronotypes vespéraux (56).
- Aussi, des perturbations de type fragmentation du rythme éveil/sommeil, insomnie, variabilité inter-nuit du sommeil, période d'endormissement allongée et mouvements rapides oculaires augmentés seraient plus fréquemment observés, et ce même en phase de stabilité de l'humeur (57) , (58).

### 3. Les données actuelles de neuro-imagerie

De même, Geoffroy et al. recensent les dernières découvertes neuroanatomiques concernant la population des TBDP, à partir d'études menées majoritairement sur des populations pédiatriques et adolescentes (dont les résultats doivent être confirmés par davantage de recherches, sur des cohortes plus grandes) :

#### *Les apports de l'IRM anatomique :*

- une hyperintensité de la substance blanche sous-corticale a été démontrée de façon assez stable (59). Ce résultat est néanmoins relativement aspécifique, car retrouvé dans d'autres troubles psychiatriques, tels que la schizophrénie, la dépression ou l'état de stress post traumatique (60).
- une réduction significative du volume de l'amygdale et de l'hippocampe a été retrouvée dans la population de jeunes patients présentant un TB (61), (62).
- de plus, on a constaté une diminution significative du volume du gyrus temporal supérieur chez une population de patients enfants et adolescents bipolaires (63).

#### *Les apports de l'IRM fonctionnelle :*

- On observe une réduction significative de l'indice sulcal dans la région préfrontale dorsolatérale droite, et un indice sulcal global plus bas dans l'ensemble des deux hémisphères dans le groupe à début précoce comparé à la fois au groupe à début intermédiaire et au groupe témoin (l'indice sulcal est un marqueur de développement cérébral précoce, la sulcation faisant référence à l'étude des sillons cérébraux) (64).

- Sont également retrouvées des activations anormales préfrontales sous-corticales chez des enfants et adolescents atteints de TB par rapport à un groupe témoin, dont les résultats seront à préciser dans des études ultérieures (65)
- une étude par MRS (magnetic resonance spectroscopy : technique d'imagerie magnétique recueillant des données biochimiques et moléculaires) a rapporté des concentrations cérébrales de lithium moins importantes dans une population pédiatrique d'individus atteints de TB par rapport à une population atteinte de TB de forme adulte. Ces résultats offrent des perspectives d'adaptation thérapeutique très importantes, si elles se confirment (nécessité d'augmenter les posologies de lithium pour atteindre les concentrations efficaces dans les populations TBDP) (66).

#### 4. Les données de l'électroencéphalogramme (EEG)

- L'étude d'EEG frontaux a ainsi permis d'observer une profonde asymétrie hémisphérique préfrontale avec une hypoactivation droite, présente spécifiquement chez les patients jeunes et non chez ceux d'âge moyen. Ces résultats confirment l'intuition clinique d'une expression différente et plus sévère de la maladie dans les formes à début précoce avec ici l'hypothèse d'un hypofonctionnement de la région tempopariétale droite (67) ,(68).

## **D/ Une entité clinique sous l'angle de la pédopsychiatrie : le trouble bipolaire de l'adolescent (ou les prémices du TBDP ?)**

### 1. Données cliniques existantes

Si le trouble bipolaire de l'enfant est une entité clinique extrêmement controversée que nous n'aborderons pas en détail, le trouble bipolaire de l'adolescent est quant à lui une maladie avérée, qui touche 1 % de la population adolescente et 0,1 % pour le trouble bipolaire de type 1 (69), pour un sex-ratio de 1.

Dans leur article de 2007 sur les actualités et controverses du trouble bipolaire à l'adolescence, Consoli et D. Cohen, rapportent les caractéristiques cliniques suivantes, à propos des données déjà existantes dans la littérature (70):

- une symptomatologie psychotique présente dans plus de 70 % des cas, bien plus importante que chez l'adulte
- d'où un diagnostic différentiel avec un trouble schizophréniforme difficile. On comptabilise jusqu'à 50 % d'erreurs diagnostiques !
- Irritabilité, agressivité et violence sont des modes d'expression de la dysthymie plus fréquents que la tristesse
- La désinhibition sexuelle est fréquente, marquée plus particulièrement par des conduites sexuelles à risque chez l'adolescent

- Les états thymiques mixtes et les cycles rapides sont également plus fréquents
- On retrouve de nombreuses comorbidités : TDA/H, troubles anxieux, trouble des conduites, abus de substances qui favorisent les passages à l'acte
- Un critère de gravité : les passages à l'acte suicidaires sont plus fréquents
- Les facteurs de mauvais pronostic sont les suivants : humeur mixte, présence de comorbidités, durée de l'épisode plus longue, cycles rapides, signes psychotiques, faible niveau socio-économique.

Tous ces critères sont sensiblement les mêmes que ceux décrits pour le trouble bipolaire à début précoce défini plus haut. Dans l'absolu, les troubles bipolaires de l'adolescence sont des troubles bipolaires à début précoce, mais les troubles bipolaires à début précoce incluent adolescents et adultes jeunes, puisque l'on a vu que l'âge limite fixé (avant lequel des troubles sont survenus) est de 21 ans.

Le devenir de cette population bipolaire adolescente apparaît néanmoins meilleur que celui du TBDP en général, dans ce que rapportent les auteurs :

- Un taux de guérison allant de 40 % à 100 % est constaté dans les deux ans après l'épisode
- On peut observer de 96 % jusqu'à 100 % de guérison à 5 ans dans certaines cohortes comprenant entre 25 et 50 adolescents suivis, mais avec des taux de

rechute élevés dans les 3 ans suivant l'épisode inaugural.

- L'humeur marque un virage en moyenne 1,1 fois par an et
- Des symptômes thymiques sont constatés 60 % à 70 % du temps pendant le suivi

Néanmoins les résultats de ces différentes cohortes sont parfois très divergents, avec des échantillons de patients faibles, et doivent être interprétés avec prudence.

C'est pourquoi les auteurs ont souhaité réaliser leur propre étude de cohorte, faisant état des particularités cliniques et sociodémographiques d'adolescents souffrant de TB I hospitalisés, et de leur devenir, dont les résultats sont énoncés dans la partie qui suit (70),(71).

## 2. Résultats d'une étude naturaliste du devenir psychiatrique et psychosocial du TB I sévère débutant à l'adolescence

### ***a/ Résultats préliminaires***

L'échantillon regroupe 80 adolescents, présentant un trouble bipolaire de type I (selon les critères du DSM IV), hospitalisés entre 1993 et 2004 pour un épisode maniaque ou mixte.

Les résultats préliminaires sont constitués de la description rétrospective de l'épisode index, incluant les paramètres suivants : caractéristiques cliniques, antécédents, caractéristiques sociodémographiques et scores cliniques à l'entrée et à la sortie.

- Les données sociodémographiques étaient: un âge compris entre 12 à 19 ans (âge moyen : 15,7 ans), plus de filles, un niveau socio-économique

essentiellement bon et moyen, une origine migrante dans environ 40 % des cas.

- Les antécédents constatés étaient : 87,5 % d'antécédents psychiatriques personnels, et 63,8 % d'antécédents psychiatriques familiaux. Étaient rapportés également 21,3 % de patients souffrant d'un retard mental, avec un QI moyen pour l'ensemble de la cohorte à 83,4. Parmi les antécédents psychiatriques personnels, on note un épisode psychotique aigu chez 16 % des sujets, et un TDA/H dans 4 % des cas, ce qui est similaire à la prévalence rencontrée dans la population d'enfants d'âge scolaire.
- Les caractéristiques cliniques liées à l'hospitalisation étaient les suivantes : durée moyenne de 80 jours, près de 60 % des patients ont présenté des caractéristiques psychotiques, les épisodes étaient de nature maniaque dans 2/3 des cas, de début brutal dans 1/3 des cas. 5 % des patients ont présenté des symptômes catatoniques. De manière générale, la sévérité clinique était tout à fait importante.
- En comparant les épisodes maniaques et mixtes, on retrouve plus d'épisodes maniaques que mixtes chez les sujets présentant un retard mental, et également plus d'épisodes maniaques chez les sujets issus de l'immigration.
- Les échelles utilisées pour mesurer la sévérité des symptômes au début et à la fin de l'étude sont : la YMRS (Young Mania Rating Scale), la BPRS (Brief Psychiatric Rating Scale), la CGI (Impression Clinique Globale) et l'EGF

(Évaluation Globale du Fonctionnement).

- À ce niveau préliminaire, les auteurs avaient tenté d'identifier d'éventuels facteurs de l'évolution à court terme, à partir de l'amélioration clinique et de la durée de l'hospitalisation : sexe féminin et sévérité des symptômes à l'entrée semblaient corrélés à une meilleure amélioration clinique ; à l'inverse, absence d'insight et présence de symptômes psychotiques étaient en lien avec une durée d'hospitalisation plus longue.
- À leur sortie d'hospitalisation, 85 % des patients étaient très améliorés, ou bien améliorés, selon les échelles cliniques énumérées ci-dessus.

#### ***b/ Résultats à 5 ans***

Le recrutement de l'étude s'étant terminé en 2003, les patients ont été recontactés en 2005/2006, pour réévaluer leur devenir (71). Au total, 55 des 80 patients inclus initialement (soit 67 %) ont pu être réévalués (5 ont refusé de participer ; 20 ont été perdus de vue).

À distance, en moyenne 5 ans après leur sortie, environ 2/3 conservaient un diagnostic de TB (35 sujets), 15 % (8 sujets) ont changé de diagnostic pour un trouble schizoaffectif et 20 % (11 sujets) pour une schizophrénie. Nous savions précédemment que le taux d'erreurs diagnostiques était très élevé chez les adolescents, mais que ce taux soit aussi important à la faveur des troubles schizophréniformes est inédit dans la littérature.

91 % des patients ont eu au moins un épisode de rechute au cours du devenir. Les 5 patients n'ayant pas présenté de rechute ou ceux (n=19) ayant un devenir social

d'assez bonne qualité ont tous conservé un diagnostic de trouble bipolaire, confirmant l'intuition clinique d'un devenir plus lourd pour les patients atteints de schizophrénie ou d'un trouble apparenté .

Un patient est décédé d'un arrêt cardiaque après son hospitalisation.

Nous évoquerons dans la partie prise en charge la suggestion faite par les auteurs d'utiliser des échelles cliniques comme outils pronostiques.

## **E/ Troubles bipolaires à début précoce et passages à l'acte médico-légaux**

### 1. Adolescence, pathologie mentale et incarcération : quelques statistiques

#### épidémiologiques

Les études à propos des adolescents incarcérés sont rares, et souvent de faible puissance, car portant sur de petits échantillons. Néanmoins, des travaux américains méthodologiquement très intéressants nous apportent des données inédites sur les troubles mentaux des adolescents incarcérés, et notamment sur le TB.

Fazel et al. (72), dans une revue de la littérature, synthétisent les résultats de 25 études sur les troubles mentaux chez les adolescents des établissements pénitentiaires et centres de détention pour mineurs, regroupant au total 13 778 garçons et 2 972 filles.

Ils retrouvent chez les garçons 3,3 % de maladie psychotique, 10,6 % de dépression majeure, 11,7 % de TDA/H et 52,8 % de troubles des conduites.

Chez les filles, les résultats sont respectivement, pour les mêmes troubles, de 2,7 %, 29,2 %, 18,5 % et 52,8 %.

Ils concluent que les adolescents des centres de détention et des établissements pénitentiaires sont environ 10 fois plus susceptibles de souffrir d'une psychose que les adolescents en population générale.

Cette revue, remarquable par la taille de son échantillon, a néanmoins pour limite principale de ne pas préciser le taux de trouble bipolaire, ni celui de schizophrénie, probablement mêlés et regroupés sous la dénomination « maladie psychotique ».

Aussi, des chiffres spécifiques concernant le TB figurent dans les travaux de Harzke et al. (73), qui ont évalué la prévalence des troubles psychiatriques de 11 603 jeunes répertoriés dans le système de redressement pour mineurs texan, intégrant toutes

les données médicales informatisées (source très précieuse pour les études épidémiologiques sur les détenus, que nous avons déjà citée pour le TB adulte).

Pourcentage éloquent, 88 % des sujets inclus ont été diagnostiqués avec au moins l'un des troubles recherchés. La prévalence la plus élevée était celle du trouble des conduites (83,2 %), suivie par la toxicomanie (75,6 %), le trouble bipolaire (19,4 %), le TDA/H (18,3 %), et enfin le syndrome dépressif (12,6 %). La prévalence estimée des troubles psychiatriques chez ces jeunes est exceptionnellement élevée et montre des spécificités selon le sexe, l'origine ethnique et l'âge, qui étaient pour partie cohérentes avec d'autres échantillons de la justice pour mineurs.

Presque 1/5<sup>e</sup> de jeunes détenus bipolaires, cela va dans le sens d'un TBDP qui cristallise les facteurs de risque de passage à l'acte, même si la corrélation n'est pas étudiée dans cette étude épidémiologique. On remarque cependant que la prévalence de la schizophrénie n'a pas été recherchée, ce qui aurait permis une comparaison intéressante.

Enfin, citons ici une autre étude originale de Fazel et al. (74), qui a examiné la psychopathologie des adolescents et jeunes adultes délinquants.

À partir de registres suédois de médecine légale (recueillant les expertises pré-condamnations), ils ont comparé les diagnostics psychiatriques d'adolescents (deux tranches d'âge : 15-17 et 18-21 ans) et jeunes adultes délinquants à ceux d'adultes délinquants plus âgés (> 22 ans) et à ceux de patients hospitalisés non condamnés du même âge.

Par rapport aux délinquants adultes de plus de 22 ans, les jeunes délinquants de 15-17 ans et 18-21 ans présentaient des taux plus élevés de dépression, de troubles du développement et d'événements de vie difficiles dans l'enfance, mais des taux plus

faibles de psychose, de trouble bipolaire et de toxicomanie, ce qui va à l'encontre de notre intuition clinique.

Par rapport aux patients hospitalisés en psychiatrie générale, les délinquants âgés de 15 à 17 ans avaient une prévalence plus élevée de dépression, de TDAH/H et de troubles des conduites (ainsi que troubles oppositionnels avec provocation), mais une prévalence moins élevée d'abus de substances et d'alcool.

Ces différences psychopathologiques non négligeables, tant du point de vue de l'âge que du statut médico-légal, amènent les auteurs à conclure que les services de santé pénitentiaires et hospitaliers doivent prendre en compte ces spécificités pour une prise en charge optimale.

## 2. Les résultats d'une étude américaine

Cette étude, datant de 2007 (75), a pour caractéristique d'être la seule, à l'heure actuelle, ayant recensé les passages à l'acte médico-légaux chez les adolescents souffrant spécifiquement de trouble bipolaire, en tentant d'identifier des facteurs psychosociaux pouvant être corrélés à ces passages à l'acte. L'objectif de cette étude ambitieuse était d'étudier l'impulsivité et les comportements antisociaux chez les adolescents avant qu'ils ne reçoivent un diagnostic de bipolarité.

Elle inclut 80 adolescents âgés de 12 à 21 ans hospitalisés pour leur premier épisode maniaque ou mixte (trouble bipolaire de type I) entre novembre 1998 et janvier 2004, pour lesquels sont recueillis les antécédents de délinquance juvénile précédant l'hospitalisation, ainsi que différents facteurs sociodémographiques et cliniques. Ces différents paramètres sont ensuite comparés et analysés afin de savoir quelles sont les différences cliniques et sociodémographiques constatées entre adolescents bipolaires ayant expérimenté des actes délictueux, et ceux vierges de tels actes.

Ils doivent ne pas avoir eu d'hospitalisations psychiatriques antérieures, un QI supérieur à 70, et s'ils ont bénéficié d'un traitement psychotrope (antipsychotique, antidépresseur, thymorégulateur) celui-ci doit avoir été instauré il y a moins d'un mois. Les sujets dont l'état clinique est expliqué par une pathologie médicale ou par une intoxication aiguë ont été exclus.

Les informations ont été recueillies lors d'un entretien conjoint incluant l'adolescent et un de ses parents, pour améliorer la fiabilité des informations, en dehors des questions portant sur la sexualité, la consommation des toxiques et le rapport des actes médico-légaux. L'échelle utilisée pour le recueil d'informations réalisé pendant

l'entretien est la WASH-U-KSADS (Washington University Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia) qui a permis d'établir le diagnostic de TB I.

Les résultats sont les suivants :

- Les auteurs ne retrouvent pas de différence significative pour l'incidence des comorbidités de type : syndrome de déficit attentionnel avec hyperactivité (TDAH), troubles des conduites (TC), et trouble oppositionnel avec provocation (TOP) parmi les adolescents bipolaires ayant réalisé ou non des actes délictueux.
- Comme ils l'avaient prédit, la comorbidité des troubles anxieux est moins présente chez les patients ayant des antécédents d'actes délictueux.
- On ne retrouve pas de différence significative pour le niveau de revenus familial ni pour le rapport à la religion (*religiosity* en anglais) chez les adolescents délinquants ou non.
- Concernant les statistiques judiciaires (en se rappelant qu'il s'agit de données auto-rapportées), on note que 21 % des adolescents bipolaires évalués ont été arrêtés pour un délit avant leur première hospitalisation, et que plus de la moitié (55 %) ont eu affaire à la justice, contre 5,3 % des adolescents de la population générale.
- Les délits les plus fréquemment rapportés sont les vols, les violences domestiques et l'infraction à la législation sur les stupéfiants.

- Trois facteurs prédictifs sont identifiés comme étant corrélés à un antécédent de passage à l'acte médico-légal : l'activité sexuelle le mois précédant l'hospitalisation et surtout l'âge plus élevé au moment où l'adolescent bénéficie de son premier traitement sont des facteurs favorisant ; à l'inverse, l'usage de « stimulants » (non précisés dans l'étude) à visée thérapeutique est un facteur protecteur. Ces résultats doivent permettre l'élaboration de stratégies thérapeutiques plus ciblées, comme nous l'aborderons plus loin.

Les limitations principales sont le manque d'information concernant l'âge au moment des délits, ce qui ne permet pas de savoir s'ils ont été commis avant ou après les premiers symptômes dysthymiques, le caractère rétrospectif de l'étude, les sous-estimations probables de comportements antisociaux en n'évaluant comme critère que les confrontations à la justice, et l'absence de comparaison à une population de mêmes caractéristiques sociodémographiques exempte de troubles psychiques.

Cette étude est néanmoins très intéressante et innovante, et doit permettre, à l'instar de ce qui a été fait pour les troubles bipolaires de l'adulte, d'ouvrir la voie à d'autres études afin de mettre en lumière les facteurs cliniques et sociologiques potentiellement corrélés au passage à l'acte médico-légal chez l'adolescent ; ceci toujours dans un but de déstigmatisation et d'amélioration de la prise en charge.

## **F/ Prise en charge du trouble bipolaire à début précoce**

### 1. Diagnostic

Comme nous l'avons vu, le trouble bipolaire à début précoce souffre d'un retard diagnostique encore plus important que celui des autres troubles bipolaires ; son pronostic en est d'autant moins bon. Cette maladie sévère, aux comorbidités variées, peut connaître jusqu'à 50 % d'erreurs diagnostiques selon certains auteurs qui ont étudié le trouble bipolaire de l'adolescent (70).

Les diagnostics différentiels les plus fréquents à cet âge sont le trouble de la personnalité état-limite (un diagnostic cependant délicat à poser avant l'âge adulte en raison de la notion développementale de la personnalité), les troubles schizophréniformes (71) et le TDAH.

Aussi, comment apporter au plus tôt un diagnostic adapté ?

Comme perspective d'avenir, Geoffroy et al. nous suggèrent, à l'instar de ce qui est fait pour des maladies comme Alzheimer, la mise en place d'algorithmes décisionnels incluant, pour augmenter la spécificité du diagnostic, des marqueurs biologiques, inflammatoires et de neuro-imagerie qui sont de mieux en mieux identifiés chez les patients souffrant de trouble bipolaire à début précoce (5).

Barzman et al. (75), quant à eux, font remarquer que l'activité sexuelle de l'adolescent semble être un marqueur pertinent d'impulsivité élevée et de comportement antisocial dans le TBDP, mais ce n'est pas à proprement parler un symptôme.

Consoli et al. (71) nous suggèrent la piste clinique des bilans psychologiques lors du premier épisode, lesquels pourraient constituer un outil pronostique intéressant,

notamment par rapport au risque de désinsertion psychosociale ou de transition vers la schizophrénie.

## 2. Traitement

Il faut bien se représenter que le trouble bipolaire à début précoce est une notion récente dans l'histoire de la psychiatrie, et que les prises en charge spécialisées pour ce trouble sont à l'état d'ébauche. Il suffit de passer en revue les articles scientifiques à ce sujet pour s'apercevoir que la littérature est très pauvre. Comme dans toute étude sur des mineurs (population la plus concernée par le TBDP), il est difficile de réaliser des essais en aveugle, randomisés. Consoli et al. (76) nous le rappellent, la majorité des études sont des essais ouverts, non contrôlés, qui portent sur des échantillons souvent très limités empêchant de conclure à des conduites à tenir fiables, spécifiques, ayant fait preuve de leur efficacité.

Concernant les traitements pharmacologiques, ils sont d'une manière générale les mêmes que ceux prescrits pour l'adulte bipolaire, à ceci près qu'ils sont, comme souvent en pédopsychiatrie, prescrits hors AMM.

Geoffroy et al. (5) suggèrent une prévention ciblée et systématique (notamment de certaines comorbidités) afin de réduire le délai d'instauration du traitement spécifique (thymorégulateur), paramètre pronostique majeur de l'évolution du trouble.

Dans leur revue de la littérature, ils rapportent que les recommandations cliniques actuelles sont : un niveau 2 de preuve pour le lithium, le valproate de sodium et les antipsychotiques, et un niveau de preuve plus faible pour l'oxcarbazépine (77). Les thymorégulateurs seraient plus efficaces dans la prévention des rechutes dépressives du sous-groupe « début précoce » par rapport aux autres sous-groupes,

alors qu'aucune différence n'est retrouvée parmi les sous-groupes pour la prévention des épisodes maniaques ou mixtes (78).

Quant à Strober et al. (43), ils se sont spécialement penchés sur la question de l'efficacité du lithium : celui-ci le serait dans 68 % des cas de 50 adolescents (âgés de 13 à 17 ans) traités pendant 6 semaines. Nombreuses études rapportent que le lithium serait d'autant moins efficace que le sujet est jeune, mais certains auteurs affirment qu'il est plus exact de relier la moins bonne efficacité du lithium dans le TBDP à la présence d'un TDA/H comorbide. Ceci est également relaté dans la méta-analyse réalisée par Consoli et al (70), à propos de 5 essais ouverts incluant au total 273 enfants et adolescents. L'échantillon a été divisé en deux sous-groupes, avec ou sans TDA/H comorbide. Ils constataient alors une diminution significative de la réponse thérapeutique chez les sujets présentant un TB associé à un TDAH.

Enfin, les équipes qui ont étudié la neuro-imagerie du TBDP et calculé les concentrations cérébrales de lithium (en MRS) pensent que l'âge de début des troubles n'est pas corrélé à l'efficacité du lithium, mais que l'histoire familiale de réponse au lithium reste le meilleur prédicteur d'efficacité (66).

À l'heure actuelle, s'il est donc difficile de citer un traitement pharmacologique étiologique consensuel, il nous semble néanmoins indispensable de souligner l'importance des traitements non pharmacologiques dans la prise en charge du TBDP.

En premier lieu, une bonne connaissance des règles hygiéno-diététiques est indissociable de la prise en charge complète d'une maladie chronique aussi sévère

que le trouble bipolaire. On peut espérer qu'une information à la maladie sera d'autant plus efficace que précoce.

De plus, une prise en charge psychothérapeutique, de soutien, cognitivo-comportementale, psycho-dynamique ou systémique, doit permettre d'accompagner le jeune patient bipolaire dans l'acceptation de ses troubles et le traitement de certains symptômes handicapant sa vie quotidienne (troubles anxieux associés, labilité émotionnelle, impulsivité, troubles du sommeil...)

En parallèle, il est primordial de ne pas négliger la prise en charge addictologique, véritable pivot dans l'évolution des TBDP.

Tous les moyens d'information, de sensibilisation, d'aide au sevrage des différents toxiques doivent être proposés au premier plan, au même titre que la prise en charge des symptômes thymiques à proprement parler. L'orientation vers les CSAPA est habituellement la règle, même si l'on peut évidemment profiter des temps hospitaliers en psychiatrie pour débiter un sevrage. Outre un entretien (sans les parents) recherchant de manière approfondie la consommation de toxiques, certains auteurs suggèrent même de réaliser de manière aléatoire des recherches urinaires de toxiques chez les populations bipolaires adolescentes ! (40)

Comme l'intuition clinique pouvait le laisser présager, cette prise en charge thérapeutique contribue à diminuer les récurrences délictuelles. En effet, voici ce que montre une étude américaine comparant le récidivisme chez des adolescents bipolaires sous traitement versus sans traitement : le nombre de délits et de violation

de probation est significativement réduit chez les jeunes bipolaires traités ; le chiffre est éloquent, puisque le risque de récurrence est 4,8 fois plus grand chez les jeunes bipolaires non traités (79).

### **Partie III. Le trouble bipolaire à début précoce en pratique : vignette clinique et visite d'un EPM**

#### **A/ Vignette clinique à l'UHSA de Seclin**

Afin de mieux se représenter ce qu'est le trouble bipolaire à début précoce, et ses possibles intrications judiciaires, nous allons vous présenter le cas clinique de Monsieur P., jeune homme de 25 ans, rencontré dans l'unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA) de Seclin, rattachée au CHRU de Lille.

Monsieur P. a donc été admis à l'UHSA en mars 2014 pour troubles du comportement au quartier arrivants de la maison d'arrêt d'Arras. Le certificat initial, rédigé par le médecin de l'UCSA, rapporte « des épisodes d'agitation psychomotrice avec logorrhée en alternance avec des épisodes de mutisme et de prostration. Il semble également exister des idées de persécution. »

Le motif d'incarcération était « atteinte sexuelle par majeur sur mineure de moins de 15 ans ».

À son entrée à l'UHSA, Monsieur P. a une présentation soignée, est très maigre, le faciès assez peu expressif. Il est extrêmement tachyphémique, répétant chacune de ses phrases 3 ou 4 fois, donnant l'impression d'un disque rayé. On constate également une désorganisation sur le plan comportemental, avec une accélération motrice franche. Il se lève pendant l'entretien, inonde sa salle de bains sous prétexte de se laver le visage, se rassoit. Le cours de la pensée est légèrement diffluent mais recadrable, et l'on ne constate pas d'élément délirant. Le contact est bon, et Monsieur P. participe volontiers à l'entretien, même s'il est un peu irritable au bout d'une vingtaine de minutes.

Il relate avoir été mis à la porte du domicile familial par sa mère 4 jours auparavant, puis avoir « squatté » avec un groupe de connaissances avec lesquelles il a consommé des toxiques, principalement du cannabis et de l'alcool, et dormi dans la rue. Il y a rencontré une jeune fille avec laquelle il a eu des rapports sexuels « mais elle était consentante » ; il semblerait que ce soit cette jeune fille, mineure, qui a porté plainte, et c'est pourquoi Monsieur P. est incarcéré. Le patient verbalise spontanément qu'il doit être en train de faire « une crise légère de schizophrénie », ce qui annonce des antécédents d'épisodes d'allure psychotique ainsi qu'une conscience, au moins partielle, des troubles.

Concernant son mode de vie, Monsieur P. vit avec sa mère et son petit frère dans le Pas-de-Calais, venant d'un milieu socio-culturel assez élevé (sa mère est professeur au lycée). Il a été adopté à l'âge d'un an et est originaire du Brésil. Ses parents sont divorcés et son père vit en Irak, il n'a que très peu de contact avec lui. Il est le deuxième d'une fratrie de 3 garçons tous adoptés : son frère aîné, autonome, a été adopté à Madagascar, et son plus jeune frère est également originaire du Brésil, mais Monsieur P. et lui n'ont pas de liens de sang. Monsieur P. est sans emploi, il a débuté de nombreuses formations qui n'ont pas abouti (il est inscrit à l'école de la deuxième chance).

Ses antécédents psychiatriques ont officiellement débuté à l'âge de 18 ans, par une hospitalisation d'office pour troubles à l'ordre public dans un contexte de prise de toxiques, et d'alcool. Une anecdote nous a été relatée par son grand-père, qui explique avoir nourri des inquiétudes par rapport à son petit-fils quand celui-ci avait 7 ans : il était « surexcité, incapable de se contrôler ». L'adolescence a été compliquée par une crise identitaire forte, mise en lien avec l'adoption. Monsieur P. voulait « rejoindre ses parents au Brésil ».

Par la suite, il a été suivi en addictologie, à Lens, notamment pour instauration d'un traitement substitutif à l'héroïne (MÉTHADONE). Il présentait également d'autres abus de substances (cannabis et alcool), majoritairement dans des conduites de binge-drinking. Sur le plan psychiatrique, il a été hospitalisé et suivi sur son secteur (centre psychothérapique du Ternois) où il a successivement reçu les diagnostics de schizophrénie dysthymique et de trouble de la personnalité complexe, dans des contextes d'hospitalisations libres et sous contraintes (SDT).

Il a reçu les traitements suivants : DEPAKOTE, DIPIPERON, HALDOL, TERCIAN, ATARAX, RIVOTRIL ET METHADONE en 2010 ; ABILIFY (instauré lors de sa première incarcération, en 2011, à la maison d'arrêt d'Arras).

Son suivi a été réalisé en pointillés, avec une adhésion aux soins et une alliance thérapeutique fragiles. Les différents psychiatres rapportent la toxicomanie au premier plan, ainsi que des troubles des conduites du type « n'a pas respecté le règlement », « a été grossier avec le personnel », « a demandé sa sortie contre avis médical ». L'observance thérapeutique était également difficile, Monsieur P. a souvent arrêté ses traitements neuroleptiques mais restait attaché à son traitement substitutif par méthadone. Par ailleurs, le suivi addictologique semblait plus investi que le suivi psychiatrique.

Concernant son passé carcéral, il s'agit de sa 4<sup>e</sup> incarcération. Monsieur P. reste évasif sur les motifs d'incarcération précédents, qui sont a priori des ILS (infraction à la législation sur les stupéfiants). Ce sont à chaque fois des peines courtes, de quelques mois. Malheureusement, nous n'avons pas pu récupérer les comptes rendus de ses suivis en milieu carcéral, très sporadiques, pas plus que ses expertises psychiatriques.

À l'UHSA, malgré les antécédents du patient, le diagnostic de trouble bipolaire de type I est rapidement évoqué car la symptomatologie clinique présentée par Monsieur P. est celle d'une décompensation maniaque typique, avec élation de l'humeur, mégalomanie, irritabilité, tachypsychie, tachyphémie, instabilité psychomotrice, insomnie sans fatigue.

Le contact avec Monsieur P. est en miroir avec son humeur, très labile, hypersyntone, et l'irritabilité survient rapidement, allant parfois de pair avec une agitation majeure. Le discours est mégalomane « je suis extrêmement intelligent », « j'ai peu d'amis car ils ont peur que leurs copines me draguent », et pour autant, et il est difficile au début pour Monsieur P. de s'intégrer avec les autres patients du service, comme s'il redoutait le contact d'autrui. On devine, malgré les attitudes de prestance, des relations conflictuelles permanentes avec ses pairs et un passé de bouc émissaire.

Sa mère, très étayante, demande régulièrement de ses nouvelles, lui rend visite en parloir, et nous fournit de nombreux documents précieux de son passé psychiatrique, nous permettant de reconstruire du mieux possible son anamnèse disparate. Ils ont ensemble une relation très proche et très conflictuelle, Madame se décrit volontiers comme très protectrice et débordée par l'instabilité de son fils, et Monsieur P., quant à lui, souffre de cette proximité trop importante.

Sur le plan thérapeutique, il reçoit très rapidement du lithium (TÉRALITHE), et des traitements anxiolytiques adjuvants (TEMESTA 2,5mg\*4/j et IMOVANE pour induire le sommeil), et le traitement substitutif par MÉTHADONE est poursuivi.

La symptomatologie thymique s'améliore doucement mais il reste hypomane malgré une posologie de lithium optimale. C'est pour cela qu'il reçoit en plus, au bout d'un mois, du SOLIAN. Il accepte les traitements proposés et l'alliance thérapeutique

évolue parallèlement à son amélioration symptomatique. Monsieur P. est en effet accessible à l'information liée à sa maladie, à l'évocation d'un projet de soins ultérieur, à la demande d'une AAH (allocation adulte handicapé) et d'une reconnaissance travailleur handicapé auprès de la MDPH. Il quitte d'ailleurs l'unité de soins sous contrainte au bout d'un mois pour rejoindre l'unité libre de réhabilitation afin de préparer sa sortie, car sa fin de peine est désormais arrêtée au mois d'août (4 mois ½). Son contact avec les équipes soignantes est bon, même si celles-ci rapportent une « intolérance à la frustration ». Il verbalise spontanément une angoisse du retour en détention : « là-bas, je vais reconsommer », en parlant de sa vulnérabilité par rapport aux toxiques.

Un projet d'autonomisation, avec installation dans un foyer à sa sortie avec suivi sur le CMP de secteur, est prévu.

Monsieur P. sort début août, dans le cadre de sa libération donc, quasiment euthymique, avec néanmoins une irritabilité résiduelle, et une projection dans l'avenir idéalisée, dont on ne sait si elle est à mettre sur le compte d'une élation de l'humeur a minima ou d'un simple soulagement lié à la fin de l'incarcération. Il s'inscrit dans un projet de soins ambulatoires, avec reprise du suivi par un des psychiatres qui le connaissait sur son secteur d'origine, et délivrance quotidienne des traitements à la pharmacie. La difficulté majeure pour Monsieur P. reste la consommation de toxiques, car même durant son hospitalisation à l'UHSA, il a de nouveau consommé du cannabis, et banalise cette consommation malgré l'information donnée sur les effets délétères des toxiques sur son humeur. Il accepte néanmoins de reprendre un suivi addictologique programmé une semaine après sa sortie.

## Commentaires à propos du cas clinique de Monsieur P. :

Monsieur P. est un cas clinique extrêmement riche et intéressant, qui illustre parfaitement la complexité du trouble bipolaire à début précoce. Son parcours de soins chaotique, émaillé de diagnostics variés, ne l'amène à celui de TB qu'à l'âge de 25 ans, après au moins 7 ans de parcours hospitalier et probablement encore davantage à souffrir de symptômes psychiques.

Nous ne pouvons que bien nous représenter à quel point la comorbidité addictive handicape la vie d'un sujet bipolaire jeune (40), à quel point elle peut être au premier plan, biaisant sa présentation clinique à l'image de l'arbre qui cache la forêt. Chez Monsieur P., cette appétence pour les toxiques est flagrante et très difficilement contrôlée.

Il est intéressant de constater, tout à fait subjectivement, quel contre-transfert peut induire un patient comme Monsieur P., contre-transfert qui transparait dans les évaluations cliniques des différents praticiens qui l'ont rencontré : « immature », « intolérant à la frustration », « manque de motivation au sevrage ». Ces différentes caractéristiques, médicalement ou psychologiquement nommées, sont assez proches des critiques émises par l'entourage familial du patient. Cela soulève la question des traits de personnalité chez des patients s'étant construits avec un trouble bipolaire dès l'adolescence...

De plus, l'adoption laisse entrevoir la possibilité d'un traumatisme dans l'enfance, qui comme on l'a vu est potentiellement impliqué dans la survenue précoce du trouble bipolaire (41).

Enfin, à propos de notre questionnaire sur le patient bipolaire en milieu carcéral, nous avons le cas, malheureusement typique, d'un jeune homme bipolaire qui a

commencé son histoire carcérale à peine sa majorité atteinte et qui est dans une situation d'incarcérations récidivantes pour des motifs liés à la drogue ou à la désinhibition sexuelle (avec manifestement une théorie de l'esprit altérée dans le cas présent, puisqu'il décrit en toute sincérité que sa victime était « consentante »). Nous supputons que souvent les patients bipolaires se mettent dans des situations délictuelles, même après avoir vécu le traumatisme de l'incarcération primitive, de par leurs troubles thymiques et addictologiques. Dans le cas du trouble bipolaire de type I, à début précoce ici, on note cliniquement une perception de la réalité altérée chez ces patients, laissant comprendre que le diagnostic de schizophrénie dysthymique ait été évoqué.

Dans l'univers carcéral, la sensibilisation à ce trouble semble de plus en plus primordiale...

## **B/ Visite de l'établissement pour mineurs de Quiévrechain**

L'établissement pour mineurs de Quiévrechain (EPM), qui a ouvert ses portes fin 2007, est rattaché à la cour d'appel de Douai et au tribunal de grande instance de Valenciennes. Il accueille jusqu'à 60 détenus mineurs, âgés de 13 à 18 ans.

Nous avons pu le visiter grâce à l'un des psychiatres y intervenant (rattaché au secteur de psychiatrie adulte de Valenciennes), et également en présence de la future directrice de l'établissement et du chef de détention.

D'un point de vue extérieur, le bâtiment par son architecture austère ne peut que rappeler celui d'autres établissements pénitentiaires. La surprise se trouve à l'intérieur : en effet, le regard est attiré par une grande cour, centrée par un terrain de sport, et entourée de différents « quartiers » regroupant 4 à 6 détenus (les groupes ne sont pas mixtes). Chaque quartier est personnalisé, du moins au niveau extérieur donnant sur la cour, par des graffitis réalisés dans le cadre d'activités artistiques, le tout évoquant presque les murs d'un centre aéré.

Les mineurs y ont un emploi du temps où l'école tient une place centrale. En sus des temps d'enseignements généraux, ils ont accès à des enseignements techniques : multimédia, formation réparation de cycles, restauration / cuisine.

Ils peuvent bénéficier en outre d'activités sportives et éducatives réparties sur la journée et le week-end : football, handball, volley, badminton, musculation, arts martiaux, course à pied, tennis de table. Les activités éducatives sont réparties en activités socioculturelles et en activités orientées vers l'éducation civique, l'AFPS, l'apprentissage du code de la route, l'éducation à la santé...

Ces mesures ont pour objectif principal de favoriser la réinsertion, ce qui est

ostensiblement la politique de l'établissement de Quiévrechain, et de tous les EPM.

Cela paraît en effet prioritaire, mais quelle place reste-t-il pour les soins psychiatriques, quand ils sont nécessaires ?

Les jeunes détenus sont, à l'instar des autres détenus, évalués lors d'une consultation arrivants, et si besoin, ensuite suivis en consultation, au maximum une fois par semaine. S'il y a nécessité d'une hospitalisation, elle se fera sur le secteur psychiatrique ou pédopsychiatrique correspondant. Les consultations se font dans un bâtiment dévolu aux soins somatiques et psychiatriques, où des équipes infirmières sont présentes de 7 h à 21 h.

La prise en charge psychiatrique rencontre de nombreux obstacles : premièrement, la scolarité est la priorité absolue des EPM ; cela signifie, en pratique, que si un cours est concomitant à une consultation psychiatrique, cette dernière sera annulée systématiquement au profit du cours.

De plus, la durée moyenne de séjour dans les EPM est de 2 mois. C'est un temps, déjà court pour une prise en charge, qui rend quasiment impossible l'établissement d'un diagnostic adapté avec le peu de temps de consultations qui y est consacré. Ceci explique sans doute que notre confrère nous rapporte n'avoir jamais suivi ni diagnostiqué un trouble bipolaire chez l'un de ces jeunes détenus. Cela, et le fait que le temps de présence psychiatrique équivaut à 2 à 3 demi-journées par semaine seulement...

Enfin, la prise en charge de l'adolescent est difficilement complète sans rencontrer la famille du patient (ou bien sa famille d'accueil ou encore les éducateurs de son foyer), ce que l'incarcération rend ardu. Les familles vivent souvent très loin du lieu de l'EPM, qui couvre un secteur très large.

## Discussion

L'objectif de notre travail était de réaliser un état des lieux du trouble bipolaire en milieu carcéral, et de traiter des spécificités d'un sous-groupe : le trouble bipolaire à début précoce. Pour servir cet objectif, nous avons passé en revue la littérature, présenté une vignette clinique et visité un établissement pénitentiaire pour mineurs dans le Nord.

Ainsi, nous avons constaté que les sujets bipolaires sont surreprésentés en prison et que les conséquences de l'incarcération sont pour eux très préoccupantes, tant sur le plan médical que pénitentiaire: les symptômes s'exacerbent et les sanctions judiciaires se durcissent au fur et à mesure des outrages, rixes, infractions à la législation sur les stupéfiants, etc. La peine s'en trouve rallongée, les mises au quartier disciplinaire multipliées, les parloirs supprimés, les permissions refusées... Ces facteurs supplémentaires de stress ne font qu'accroître l'intensité des troubles, dans un cercle vicieux difficile à enrayer. De ce constat alarmant émergent plusieurs réflexions : pourquoi cette spirale n'est-elle pas mieux interrompue, plus souvent, plus tôt, avec la présence de soignants au sein même de l'établissement? Comment, en amont, remédier à l'incarcération pléthorique des patients bipolaires dès leur plus jeune âge ? Et enfin, quelles pistes d'amélioration thérapeutique avons-nous actuellement ?

## **A/ Des possibilités affichées aux aspects concrets du soin en prison**

Dans la première partie, nous avons rappelé les modalités de soins psychiatriques en milieu carcéral, ainsi que les aspects pharmacologiques et non pharmacologiques de la prise en charge des sujets bipolaires. Tenant compte de ces données, nous allons décrire quel serait le parcours de soins idéal d'un sujet bipolaire en prison, et quels principes de réalité s'opposent à ce parcours.

### 1. Parcours de soin idéal

- Dépistage d'un trouble bipolaire préexistant à l'incarcération lors de la consultation arrivants.
- Orientation, selon les établissements, vers le DSP ou le SMPR, dès la consultation arrivants ou en cours d'incarcération, avec l'accord du patient pour les troubles équilibrés ou légèrement symptomatiques, afin de bénéficier de consultations et, si indication, d'ateliers thérapeutiques.
- Pour les décompensations plus sévères, et si le patient y consent, hospitalisation de jour au SMPR via leur suivi ou un signalement (de l'équipe de psychiatrie « de liaison » ou de l'équipe pénitentiaire).
- Hospitalisation complète en UHSA pour les décompensations très sévères nécessitant une surveillance et une prise en charge continue en milieu hospitalier, chez des patients consentant ou non aux soins, via leur suivi ou un signalement.

## 2. Principes de réalité

En pratique, on dispose souvent de peu de temps pour la consultation arrivants, qui est réalisée soit par un psychologue (qui peut orienter dans un second temps vers le psychiatre), soit directement par un psychiatre. Elle est notamment l'occasion de repérer des troubles de l'adaptation réactionnels à l'incarcération, allant d'un trouble anxieux modéré au fameux choc carcéral, qu'il est très important de diagnostiquer en raison du risque suicidaire majeur qu'il représente.

- Si le patient a pu verbaliser un désir de suivi dès la consultation arrivants, ou si le praticien a repéré des troubles anciens nécessitant un suivi et créé une alliance suffisamment bonne pour convaincre le patient d'être suivi, celui-ci peut être orienté dès son entrée vers le DSP ou le SMPR et se verra programmer une visite infirmière ou une consultation psychologique ou médicale dans de relativement brefs délais.
  
- Sinon, le plus souvent, c'est une fois incarcéré que le patient va faire la demande par courrier. Les délais avant d'obtenir une consultation dépendent des établissements pénitentiaires, mais peuvent être extrêmement longs dans certains cas (nombreuses équipes souffrant de postes vacants, volume considérable des demandes de consultation émanant des personnes incarcérées, courriers acheminés avec beaucoup de retard - parfois trop tard - auprès du service soignant, consultations limitées voire annulées par l'administration pénitentiaire qui encadre et restreint de plus en plus drastiquement la circulation des détenus au sein de la prison, patients d'autant plus contraints de choisir entre généraliste, psychiatre, avocat, CPIP, parloir,

etc., puisque ces rendez-vous finissent par se télescoper sur des créneaux horaires devenus lilliputiens.) En outre, c'est majoritairement en phase dépressive qu'une demande de soins pourra émaner du patient bipolaire, qui souvent n'est pas capable d'identifier le caractère pathologique d'une phase hypomaniaque ou maniaque (ou du moins rarement désireux d'y remédier quand bien même il perçoit l'aspect pathologique de son état).

- C'est là que le bât blesse : qui va identifier ces troubles? Comment vont être perçus, dans les coursives de la détention, ces signes cliniques présentés par un patient en phase d'exaltation thymique, à savoir l'accélération psychomotrice, la diffluence du discours, le ludisme, l'hypersyntonie, l'irritabilité, l'insomnie, etc. ? Comment ne pas tomber dans l'écueil, déjà si courant en pratique clinique de ville ou hospitalière, de cataloguer ces patients comme « pénibles », « provocateurs », « excités », « bagarreurs » quand on est surveillant pénitentiaire et très peu sensibilisé à la maladie mentale ? A. Amad (le bipolaire, la prison et la loi) nous rappelle que ces comportements peuvent être considérés comme une défiance de l'autorité carcérale et que les patients, de ce fait, n'ont pas accès aux soins.
- Par ailleurs, sur 189 établissements pénitentiaires, il n'existe que 26 SMPR, ce qui crée une inégalité d'accès aux soins.
- De même, il n'y a à l'heure actuelle que 7 UHSA. Certaines ont une capacité de 40 lits, d'autres de 60. Elles ont un fonctionnement inter-régional, nécessitant pour les détenus les plus éloignés un transport long, et parfois

encore relativement lourd à organiser (interlocuteurs nombreux, aux priorités pas toujours superposables : plusieurs ARS à coordonner, Préfets, Directeurs d'établissement pénitentiaires, Direction Interrégionale des Services Pénitentiaires, Juge d'instruction quand le patient est encore en attente de jugement... À quoi s'ajoutent les contraintes matérielles dues au nombre limité de véhicules et surveillants pénitentiaires). Aussi, les urgences thérapeutiques, si elles ne sont pas déjà différées par manque de place, connaissent-elles parfois une prise en charge retardée pour des raisons qui ne sont nullement médicales.

### 3. Quelles améliorations proposer ?

- Établir un dépistage au moyen d'une échelle (Young Mania Rating Scale), dès l'entrée, pour les patients dont le diagnostic est incertain ? Le MDQ (Mood Disorder Questionnaire) a été testé par une équipe américaine, qui l'a proposé en routine aux détenus arrivants: ils retrouvaient une bonne spécificité du test, mais la sensibilité était très moyenne. Ils concluent qu'il ne semble pas être un test idéal pour le milieu carcéral, alors qu'il se révèle très utile « en ville ». (80)
- Faciliter les conditions d'accès aux DSP et aux SMPR
- Délivrer plus souvent les traitements de façon quotidienne, afin de limiter les difficultés d'observance et les intoxications médicamenteuses volontaires.
- Voire utiliser un algorithme thérapeutique, à l'image du TIMA testé dans une étude pilote dans des prisons texanes (81) pour optimiser l'encadrement des

prises en charge de patients bipolaires.

- Renforcer les formations à l'ENAP (École Nationale de l'Administration Pénitentiaire), est-ce une solution, afin de ne pas tomber dans ce que J.L. Senon appelle la « paranoïa en miroir », c'est-à-dire « une lutte de pouvoir et de tensions favorisée par le narcissisme des soignants et des pénitentiaires »? Il se trouve néanmoins des soignants qui, après avoir eux-mêmes participé à des actions de formation auprès du personnel pénitentiaire, en reviennent maintenant, remarquant que finalement ces efforts pédagogiques avaient aussi un effet pervers de vulgarisation excessive de la psychiatrie : certains se sentiraient alors encore davantage autorisés à critiquer l'attitude et les choix des soignants vis-à-vis de patients/détenus qu'ils s'estiment désormais capables d'évaluer à l'égal d'un soignant qualifié.
- Enfin, sensibiliser les magistrats au trouble bipolaire afin d'obtenir une utilisation plus satisfaisante de la loi 122-1 alinéa 1 du Code de procédure pénale? Et au-delà, lorsque l'irresponsabilité pénale est parfois néanmoins reconnue par le juge d'instruction, accélérer considérablement la levée d'écrou (certains patients pouvant connaître jusqu'à deux ans de détention entre cette reconnaissance d'irresponsabilité et la clôture effective de leur dossier pénal).

Ces quelques mesures, non exhaustives, pourraient permettre une meilleure adaptation des sujets souffrant de troubles bipolaires dans un milieu stressant et rigide tel que la prison. Il faut noter cependant que ce sont des propositions qui, pour majorité d'entre elles, n'ont pas fait l'objet d'études ; or ceci apparaît nécessaire pour garantir leur validité.

## **B/ Quelles pistes pour remédier à l’incarcération pléthorique des patients bipolaires ?**

Celles-ci doivent être considérées à trois niveaux : judiciaire, médical et enfin, auprès de l’entourage du patient.

### 1. Auprès de la justice

Les patients bipolaires sont confrontés de manière exhaustive à la justice, surreprésentés en prison, et sont également ceux dont les incarcérations se répètent le plus (4).

Il semble donc essentiel de sensibiliser les magistrats à ce problème, peut-être dans le sens d’une prévention. Dans l’idée qu’ils puissent, devant des incarcérations itératives, pour des motifs tels que l’outrage à la pudeur, les violences sexuelles ou l’infraction à la législation sur les stupéfiants, se demander s’il n’y a pas une pathologie mentale sous-jacente. Souvent leur intuition les guide à incarcérer ces sujets dans des établissements pénitentiaires dotés d’un SMPR, imaginant ainsi que les patients présumés pourront bénéficier de soins tout en payant néanmoins leur dette à la société ; mais c’est utopiste quand on connaît d’une part les conditions réelles des soins en prison, et d’autre part l’extrême pathogénicité du milieu carcéral en lui-même.

Cela soulève également la question de la responsabilité pénale : même si nous n’avons pas de chiffres exacts, il semblerait que très peu de patients bipolaires soient reconnus, partiellement ou en totalité, irresponsables de leurs actes.

Est-ce qu’une personne souffrant de désinhibition instinctuelle et de labilité émotionnelle non contrôlées, qui n’a dans la majorité des cas pas conscience d’avoir

un trouble, doit être considérée responsable lorsqu'elle a enfreint la loi ? C'est une question éthiquement difficile, mais qui mérite d'être posée, et réfléchie, au cas par cas pour ces sujets. Davantage d'expertises doivent être demandées pour éliminer des troubles du comportement en lien avec une pathologie bipolaire, particulièrement chez les sujets jeunes.

## 2. Après du corps médical et des partenaires sociaux

La Haute Autorité de Santé rappelle dans son guide médecin - affection de longue durée de 2009 (19) que : « La détection et le diagnostic de la maladie sont du domaine de tout médecin, en particulier du médecin généraliste et du psychiatre. La prise en charge globale et l'établissement des thérapeutiques au long cours justifient d'emblée un recours régulier au psychiatre. La complexité de la pathologie justifie une collaboration étroite entre le psychiatre et le médecin traitant. » et qu' « Un travail de liaison peut être nécessaire entre les différents intervenants, qu'il s'agisse du secteur psychiatrique public ou privé, et, dans les limites du secret médical, des services sociaux, médicosociaux, éducatifs et juridiques, de la médecine du travail, ainsi qu'avec les structures telles que le GEM (groupe d'entraide mutuelle), le SAVS (service d'aide à la vie sociale), le SAMSAH (service d'aide médicosocial pour adultes handicapés), le juge des tutelles et des curatelles. »

Ce travail pluridisciplinaire est indispensable pour améliorer, en amont des incarcérations, le diagnostic et la prise en charge des patients bipolaires dans la population générale. Nous présumons que cela permettrait de diminuer les passages à l'acte médico-légaux des patients bipolaires et de ce fait les incarcérations.

Aussi, nous détaillerons plus loin (dans la troisième sous-partie) les perspectives de prise en charge.

### 3. Au près de l'entourage

En quoi les proches peuvent-ils aider à remédier aux incarcérations ? Leur action ne peut pas être à ce point linéaire, néanmoins leur rôle dans le pronostic du patient est crucial.

Malheureusement, les parcours de vie des patients bipolaires sont émaillés de ruptures, tant professionnelles que personnelles. Les séparations conjugales et familiales sont très fréquentes, notamment suite aux troubles du comportement générés par la maladie (troubles avec des incidences majeures pour l'entourage) (82)

Quant ils sont maintenus et de bonne qualité, les liens familiaux sont extrêmement précieux pour aider le détenu bipolaire à faire face à son incarcération, par le biais de courriers, d'appels, de parloirs.

C'est pourquoi il est primordial de faire du lien avec la famille durant l'incarcération en utilisant notamment la psychoéducation, pour que la prochaine fois celle-ci puisse l'aider à éviter la prison.

Pour le psychiatre, le témoignage de la famille est souvent indissociable d'un recueil anamnestique de bonne qualité ; mais en milieu carcéral, il relève d'un véritable parcours du combattant judiciaire et administratif.

À l'image de ce qui est proposé aux aidants des patients psychiatriques hors les murs carcéraux, une mise en lien avec les associations de familles de patients (type UNAFAM : union nationale des amis et familles de malades psychiques) doit être recommandée si possible (19).

## **C/ Pistes et limites thérapeutiques**

L'enjeu majeur dans la prise en charge du trouble bipolaire, et a fortiori du trouble bipolaire à début précoce, est l'amélioration du dépistage afin de réduire le délai d'instauration de traitement et ainsi prévenir les complications (5), dont le risque suicidaire.

En effet, il émerge des différents travaux de la littérature française et internationale consultés une notion consensuelle : le trouble bipolaire, maladie hétérogène aux visages multiples, est victime d'erreurs et de retards diagnostiques conséquents. Et cette particularité est accentuée pour les sujets souffrant de TBDP (5).

Parmi les raisons décrites dans la récente note de cadrage de la HAS (repérage et diagnostic en premier recours) (1) pour expliquer le retard diagnostique, on peut citer :

- une présentation clinique initiale peu définie
- l'épisode dépressif comme manifestation initiale la plus fréquente
- la variabilité clinique.

À cela s'ajoute le fait que les patients déplorent très rarement les états d'élévation de l'humeur, et c'est malheureusement à leurs conséquences dommageables qu'ils sont identifiés, bien souvent par l'entourage.

Dans ce contexte, il nous semble opportun de citer le travail d'une équipe suisse dont les recherches portent sur l'intervention précoce lors du premier épisode thymique chez le sujet adolescent ou jeune (83) sous forme de 4 points essentiels, à savoir :

- Tenir compte du caractère atypique de la présentation clinique d'un épisode maniaque chez le sujet jeune (augmentation de l'énergie et irritabilité plus qu'euphorie véritable comme nous l'avons vu dans la partie clinique), et ne pas confondre symptomatologie maniaque avec des troubles du comportement (notamment en cas de comorbidité addictive).
- Les symptômes psychotiques orientent souvent à tort vers un diagnostic de schizophrénie, alors qu'ils sont très présents chez les sujets jeunes (rappelons-nous, dans environ 60 % des cas) et que leur nature n'est pas spécifique à une de ces deux pathologies.
- Les troubles de l'expérience subjective (anomalous self-experience) pourrait être un outil diagnostique orientant vers la schizophrénie, mais nécessite un étayage de leur validité par de nouveaux protocoles de recherche.
- Enfin, les auteurs nous appellent à rester prudents et à garder un diagnostic différentiel ouvert, en utilisant le concept dimensionnel de psychose fonctionnelle plutôt qu'en cherchant à catégoriser vers l'un ou l'autre des troubles dès le premier épisode. Pour illustrer ce propos, nous pouvons citer une étude réalisée dans les urgences psychiatriques d'un hôpital général de la région parisienne, qui reformule l'intérêt de « porter en psychiatrie d'urgence le diagnostic de bouffée délirante polymorphe » pour éviter les écueils diagnostiques, et qui conclue ainsi que « nombre de [leurs] erreurs diagnostiques venaient d'une trop faible prise en compte de l'importance de

certaines formes cliniques de troubles bipolaires, en particulier les variantes psychopathiques. » (84).

Aussi, pharmacothérapies et psychothérapies sont d'autant plus efficaces qu'elles sont instaurées tôt dans l'histoire de la maladie. Cela préviendrait en outre l'apparition d'altérations neurostructurales et neurocognitives survenant lorsque les troubles se chronocisent. Ceci renforce l'absolue nécessité d'un diagnostic et d'un traitement précoces de cette maladie, d'expression clinique malheureusement difficile et polymorphe (5).

Le dépistage en médecine de ville grâce à un auto-questionnaire simple tel que le MDQ (85) est par exemple un bon moyen de repérage des troubles bien qu'il soit d'une utilité limitée en dépistage dans les prisons texanes (80). Des études pour élucider les mécanismes sous-tendant cette différence d'efficacité entre ville et prison seraient opportunes, et viendraient illustrer les particularités de la psychiatrie en milieu carcéral.

Une fois le diagnostic posé, il faut pouvoir améliorer le travail de liaison entre les différents partenaires concernés, avec au premier plan les soignants (psychiatres, addictologues, médecins généralistes, autres spécialistes si nécessaires dans le cas de comorbidités somatiques), mais aussi les travailleurs sociaux et bien sûr l'entourage familial et amical du patient.

À l'heure actuelle, il est également recommandé d'adresser des patients dans les centres experts bipolaires, créés suite aux constats alarmants des failles dans la prise en charge des sujets souffrant de cette pathologie (1).

Et bien sûr les enquêtes de pratique sont à poursuivre, pour ne pas dire à initier quand on parle du trouble bipolaire à début précoce.

## Conclusion

Le trouble bipolaire, surreprésenté en milieu carcéral, est en proie à un risque plus grand d'infractions violentes, fortement corrélé à la comorbidité d'abus de substances, auquel il est très exposé. Sa prise en charge est entravée d'une double contrainte : celle inhérente à la reconnaissance du trouble, et celle liée aux difficultés propres aux soins en milieu carcéral.

Le trouble bipolaire à début précoce, entité clinique à part, au pronostic alourdi par un retard diagnostique et des complications plus sévères encore, condense quant à lui nombre de ces facteurs de risque de passage à l'acte, même si les corrélations entre TBDP et infractions violentes n'ont à l'heure actuelle pas été suffisamment étudiées.

Des pistes pour une optimisation de la prise en charge de ce trouble spécifique sont à l'heure actuelle recherchées. Elles doivent conduire, en parallèle de mesures de sensibilisation judiciaire et sociétale, à une réduction de l'incarcération de ces patients.

## **Bibliographie**

1. Haute Autorité de Santé. Troubles bipolaires : repérage et diagnostic en premier recours. Note de cadrage. Juin 2014.
2. Thomas P. The many forms of bipolar disorder: a modern look at an old illness. *J Affect Disord*. 2004 Apr;79:3–8.
3. Fazel S, Danesh J. Serious mental disorder in 23000 prisoners: a systematic review of 62 surveys. *Lancet*. 2002 Feb 16;359(9306):545–50.
4. Amad A. Le bipolaire, la prison et la loi. *Lett Psychiatre*. 2013 Jan;IX(1).
5. Geoffroy PA, Etain B, Leboyer M, Bellivier F. Une entité clinique aux implications thérapeutiques majeures : le trouble bipolaire à début précoce. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr*. 2012 Sep;170(7):502–9.
6. Haute Autorité de Santé. Dangérosité psychiatrique : étude et évaluation des facteurs de risque de violence hétéro-agressive chez les personnes ayant une schizophrénie ou des troubles de l'humeur. Audition publique - Texte des experts. Décembre 2010.
7. Senninger J-L. Notion de dangérosité en psychiatrie médico-légale. *EMC - Psychiatr*. 2007 Jan;4(1):1–8.
8. Bénézech. Troubles graves de l'humeur et criminalité violente. Les troubles bipolaires. Flammarion. 2014.
9. Gay C, Mathis D. Troubles bipolaires et dangérosité. Les dangérosités : de la criminologie à la psychopathologie, entre justice et psychiatrie. John Libbey Eurotext. 2004.
10. Modestin J, Hug A, Ammann R. Criminal behavior in males with affective disorders. *J Affect Disord*. 1997 Jan;42(1):29–38.
11. Quanbeck CD, Stone DC, Scott CL, McDermott BE, Altshuler LL, Frye MA. Clinical and legal correlates of inmates with bipolar disorder at time of criminal arrest. *J Clin Psychiatry*. 2004 Feb;65(2):198–203.
12. Duburcq, Coulomb, Bonte, Marchand, Fagnani, Falissard. Enquête de prévalence sur les troubles psychiatriques en milieu carcéral. 2004;
13. Falissard B, Loze J-Y, Gasquet I, Duburcq A, de Beaurepaire C, Fagnani F, et al. Prevalence of mental disorders in French prisons for men. *BMC Psychiatry*. 2006;6:33.
14. Fazel S, Lichtenstein P, Grann M, Goodwin GM, Långström N. Bipolar disorder and violent crime: new evidence from population-based longitudinal studies and systematic review. *Arch Gen Psychiatry*. 2010 Sep;67(9):931–8.

15. Baillargeon J, Binswanger IA, Penn JV, Williams BA, Murray OJ. Psychiatric disorders and repeat incarcerations: the revolving prison door. *Am J Psychiatry*. 2009 Jan;166(1):103–9.
16. Fazel S, Wolf A, Geddes JR. Suicide in prisoners with bipolar disorder and other psychiatric disorders: a systematic review. *Bipolar Disord*. 2013 Aug;15(5):491–5.
17. Bénézech M, Le Bihan P, Bourgeois ML. Criminologie et psychiatrie. *Encyclopédie Médico-Chirurgicale*. 2002;15.
18. Swanson JW, Holzer CE, Ganju VK, Jono RT. Violence and psychiatric disorder in the community: evidence from the Epidemiologic Catchment Area surveys. *Hosp Community Psychiatry*. 1990 Jul;41(7):761–70.
19. Haute Autorité de Santé. Troubles bipolaires. Guide médecin - affection de longue durée. Mai 2009.
20. Kessler RC, Crum RM, Warner LA, Nelson CB, Schulenberg J, Anthony JC. Lifetime co-occurrence of DSM-III-R alcohol abuse and dependence with other psychiatric disorders in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*. 1997 Apr;54(4):313–21.
21. Gorwood P, LeStrat Y, Wohl M. Comorbidité addictive des troubles bipolaires. *L'Encéphale*. 2008 Jun;34:S138–S142.
22. Le Strat Y, Gorwood P. Does lower response to alcohol explain the high comorbidity between bipolar disorder and alcohol dependence? *Med Hypotheses*. 2008;71(1):81–4.
23. Bizzarri JV, Sbrana A, Rucci P, Ravani L, Massei GJ, Gonnelli C, et al. The spectrum of substance abuse in bipolar disorder: reasons for use, sensation seeking and substance sensitivity. *Bipolar Disord*. 2007 May;9(3):213–20.
24. Harnic D, Catalano V, Mazza M, Janiri L, Bria P. [An observational study evaluating comorbidity between bipolar disorder and personality disorders]. *Clin Ter*. 2010;161(1):51–4.
25. Gorwood P. Masques trompeurs et diagnostics différentiels du trouble bipolaire. *L'Encéphale*. 2004 Apr;30(2):182–93.
26. Zanarini MC, Frankenburg FR, Dubo ED, Sickel AE, Trikha A, Levin A, et al. Axis I comorbidity of borderline personality disorder. *Am J Psychiatry*. 1998 Dec;155(12):1733–9.
27. Akiskal HS, Chen SE, Davis GC, Puzantian VR, Kashgarian M, Bolinger JM. Borderline: an adjective in search of a noun. *J Clin Psychiatry*. 1985 Feb;46(2):41–8.
28. Stone MH. Borderline syndromes: a consideration of subtypes and an overview, directions for research. *Psychiatr Clin North Am*. 1981 Apr;4(1):3–24.

29. Henry C, Mitropoulou V, New AS, Koenigsberg HW, Silverman J, Siever LJ. Affective instability and impulsivity in borderline personality and bipolar II disorders: similarities and differences. *J Psychiatr Res.* 2001 Dec;35(6):307–12.
30. Manzanera C, Senon J-L. Psychiatrie de liaison en milieu pénitentiaire : organisation, moyens, psychopathologies et réponses thérapeutiques. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr.* 2004 Oct;162(8):686–99.
31. Bodon-Bruzel M. Psychiatrie en milieu pénitentiaire. *EMC - Psychiatr.* 2013 Jan;10(1):1–17.
32. Lévy-Rueff M, Gourion D. Traitement du trouble bipolaire. *EMC - Psychiatr.* 2009 Jan;6(1):1–16.
33. Bellivier F. Hétérogénéité de la maladie maniaco-dépressive : intérêt des sous-groupes d'âge de début. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr.* 2004 Jun;162(5):365–9.
34. Perlis RH, Miyahara S, Marangell LB, Wisniewski SR, Ostacher M, DelBello MP, et al. Long-term implications of early onset in bipolar disorder: data from the first 1000 participants in the systematic treatment enhancement program for bipolar disorder (STEP-BD). *Biol Psychiatry.* 2004 May 1;55(9):875–81.
35. Taylor MA, Abrams R. Early- and late-onset bipolar illness. *Arch Gen Psychiatry.* 1981 Jan;38(1):58–61.
36. Suominen K, Mantere O, Valtonen H, Arvilommi P, Leppämäki S, Paunio T, et al. Early age at onset of bipolar disorder is associated with more severe clinical features but delayed treatment seeking. *Bipolar Disord.* 2007 Nov;9(7):698–705.
37. Lin P-I, McInnis MG, Potash JB, Willour V, MacKinnon DF, DePaulo JR, et al. Clinical correlates and familial aggregation of age at onset in bipolar disorder. *Am J Psychiatry.* 2006 Feb;163(2):240–6.
38. Yildiz A, Sachs GS. Age onset of psychotic versus non-psychotic bipolar illness in men and in women. *J Affect Disord.* 2003 Apr;74(2):197–201.
39. Schürhoff F, Bellivier F, Jouvent R, Mouren-Siméoni MC, Bouvard M, Allilaire JF, et al. Early and late onset bipolar disorders: two different forms of manic-depressive illness? *J Affect Disord.* 2000 Jun;58(3):215–21.
40. Goldstein BI, Bukstein OG. Comorbid substance use disorders among youth with bipolar disorder: opportunities for early identification and prevention. *J Clin Psychiatry.* 2010 Mar;71(3):348–58.
41. Etain B, Henry C, Bellivier F, Mathieu F, Leboyer M. Beyond genetics: childhood affective trauma in bipolar disorder. *Bipolar Disord.* 2008 Dec;10(8):867–76.
42. Jerrell JM, McIntyre RS, Tripathi A. A cohort study of the prevalence and impact of comorbid medical conditions in pediatric bipolar disorder. *J Clin Psychiatry.* 2010 Nov;71(11):1518–25.

43. Strober M, Morrell W, Burroughs J, Lampert C, Danforth H, Freeman R. A family study of bipolar I disorder in adolescence. Early onset of symptoms linked to increased familial loading and lithium resistance. *J Affect Disord*. 1988 Dec;15(3):255–68.
44. Mick E, Faraone SV. Family and genetic association studies of bipolar disorder in children. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2009 Apr;18(2):441–453, x.
45. Kendler KS, Neale MC, Kessler RC, Heath AC, Eaves LJ. Familial influences on the clinical characteristics of major depression: a twin study. *Acta Psychiatr Scand*. 1992 Nov;86(5):371–8.
46. Grigoriu-Serbanescu M, Martinez M, Nöthen MM, Grinberg M, Sima D, Propping P, et al. Different familial transmission patterns in bipolar I disorder with onset before and after age 25. *Am J Med Genet*. 2001 Dec 8;105(8):765–73.
47. Baron M, Hamburger R, Sandkuyl LA, Risch N, Mandel B, Endicott J, et al. The impact of phenotypic variation on genetic analysis: application to X-linkage in manic-depressive illness. *Acta Psychiatr Scand*. 1990 Sep;82(3):196–203.
48. Bellivier F, Laplanche JL, Schürhoff F, Feingold J, Féline A, Jouvent R, et al. Apolipoprotein E gene polymorphism in early and late onset bipolar patients. *Neurosci Lett*. 1997 Sep 12;233(1):45–8.
49. Tang J, Xiao L, Shu C, Wang G, Liu Z, Wang X, et al. Association of the brain-derived neurotrophic factor gene and bipolar disorder with early age of onset in mainland China. *Neurosci Lett*. 2008 Mar 12;433(2):98–102.
50. Massat I, Kocabas NA, Crisafulli C, Chiesa A, Calati R, Linotte S, et al. COMT and age at onset in mood disorders: a replication and extension study. *Neurosci Lett*. 2011 Jul 12;498(3):218–21.
51. Etain B, Dumaine A, Mathieu F, Chevalier F, Henry C, Kahn J-P, et al. A SNAP25 promoter variant is associated with early-onset bipolar disorder and a high expression level in brain. *Mol Psychiatry*. 2010 Jul;15(7):748–55.
52. Priebe L, Degenhardt FA, Herms S, Haenisch B, Mattheisen M, Nieratschker V, et al. Genome-wide survey implicates the influence of copy number variants (CNVs) in the development of early-onset bipolar disorder. *Mol Psychiatry*. 2012 Apr;17(4):421–32.
53. Goldstein BI, Collinger KA, Lotrich F, Marsland AL, Gill M-K, Axelson DA, et al. Preliminary findings regarding proinflammatory markers and brain-derived neurotrophic factor among adolescents with bipolar spectrum disorders. *J Child Adolesc Psychopharmacol*. 2011 Oct;21(5):479–84.
54. Padmos RC, Hillegers MHJ, Knijff EM, Vonk R, Bouvy A, Staal FJT, et al. A discriminating messenger RNA signature for bipolar disorder formed by an aberrant expression of inflammatory genes in monocytes. *Arch Gen Psychiatry*. 2008 Apr;65(4):395–407.

55. Staton D. The impairment of pediatric bipolar sleep: hypotheses regarding a core defect and phenotype-specific sleep disturbances. *J Affect Disord.* 2008 Jun;108(3):199–206.
56. Mansour HA, Monk TH, Nimgaonkar VL. Circadian genes and bipolar disorder. *Ann Med.* 2005;37(3):196–205.
57. Harvey AG. Sleep and circadian rhythms in bipolar disorder: seeking synchrony, harmony, and regulation. *Am J Psychiatry.* 2008 Jul;165(7):820–9.
58. Lopez J, Hoffmann R, Armitage R. Reduced sleep spindle activity in early-onset and elevated risk for depression. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2010 Sep;49(9):934–43.
59. Pillai JJ, Friedman L, Stuve TA, Trinidad S, Jesberger JA, Lewin JS, et al. Increased presence of white matter hyperintensities in adolescent patients with bipolar disorder. *Psychiatry Res.* 2002 Feb 15;114(1):51–6.
60. Breeze JL, Hesdorffer DC, Hong X, Frazier JA, Renshaw PF. Clinical significance of brain white matter hyperintensities in young adults with psychiatric illness. *Harv Rev Psychiatry.* 2003 Oct;11(5):269–83.
61. Blumberg HP, Kaufman J, Martin A, Whiteman R, Zhang JH, Gore JC, et al. Amygdala and hippocampal volumes in adolescents and adults with bipolar disorder. *Arch Gen Psychiatry.* 2003 Dec;60(12):1201–8.
62. DelBello MP, Zimmerman ME, Mills NP, Getz GE, Strakowski SM. Magnetic resonance imaging analysis of amygdala and other subcortical brain regions in adolescents with bipolar disorder. *Bipolar Disord.* 2004 Feb;6(1):43–52.
63. Chen HH, Nicoletti MA, Hatch JP, Sassi RB, Axelson D, Brambilla P, et al. Abnormal left superior temporal gyrus volumes in children and adolescents with bipolar disorder: a magnetic resonance imaging study. *Neurosci Lett.* 2004 Jun 3;363(1):65–8.
64. Penttilä J, Cachia A, Martinot J-L, Ringuenet D, Wessa M, Houenou J, et al. Cortical folding difference between patients with early-onset and patients with intermediate-onset bipolar disorder. *Bipolar Disord.* 2009 Jun;11(4):361–70.
65. Chang K, Adleman NE, Dienes K, Simeonova DI, Menon V, Reiss A. Anomalous prefrontal-subcortical activation in familial pediatric bipolar disorder: a functional magnetic resonance imaging investigation. *Arch Gen Psychiatry.* 2004 Aug;61(8):781–92.
66. Moore CM, Demopulos CM, Henry ME, Steingard RJ, Zamvil L, Katic A, et al. Brain-to-serum lithium ratio and age: an in vivo magnetic resonance spectroscopy study. *Am J Psychiatry.* 2002 Jul;159(7):1240–2.
67. Kentgen LM, Tenke CE, Pine DS, Fong R, Klein RG, Bruder GE. Electroencephalographic asymmetries in adolescents with major depression: influence of comorbidity with anxiety disorders. *J Abnorm Psychol.* 2000 Nov;109(4):797–802.

68. Smit DJA, Posthuma D, Boomsma DI, De Geus EJC. The relation between frontal EEG asymmetry and the risk for anxiety and depression. *Biol Psychol.* 2007 Jan;74(1):26–33.
69. Lewinsohn PM, Klein DN, Seeley JR. Bipolar disorders in a community sample of older adolescents: prevalence, phenomenology, comorbidity, and course. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1995 Apr;34(4):454–63.
70. Consoli A, Cohen D. Troubles bipolaires à l'adolescence : actualités et controverses. *L'Encéphale.* 2007 Dec;33:103–9.
71. Cohen D, Guilé J-M, Brunelle J, Bodeau N, Louët E, Lucanto R, et al. Troubles bipolaires de type I de l'adolescent : controverses et devenir à l'âge adulte. *L'Encéphale.* 2009 Dec;35:S224–S230.
72. Fazel S, Doll H, Långström N. Mental Disorders Among Adolescents in Juvenile Detention and Correctional Facilities: A Systematic Review and Metaregression Analysis of 25 Surveys. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2008 Sep;47(9):1010–9.
73. Harzke AJ, Baillargeon J, Baillargeon G, Henry J, Olvera RL, Torrealday O, et al. Prevalence of psychiatric disorders in the Texas juvenile correctional system. *J Correct Health Care Off J Natl Comm Correct Health Care.* 2012 Apr;18(2):143–57.
74. Fazel M, Långström N, Grann M, Fazel S. Psychopathology in adolescent and young adult criminal offenders (15-21 years) in Sweden. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2008 Apr;43(4):319–24.
75. Barzman DH, DelBello MP, Fleck DE, Lehmkuhl H, Strakowski SM. Rates, types, and psychosocial correlates of legal charges in adolescents with newly diagnosed bipolar disorder. *Bipolar Disord.* 2007 Jun;9(4):339–44.
76. Consoli A, Deniau E, Huyhn C, Mazet P, Cohen D. Traitements des troubles bipolaires de type I de l'enfant et de l'adolescent. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc.* 2006 Aug;54(4):217–27.
77. Yatham LN, Kennedy SH, Schaffer A, Parikh SV, Beaulieu S, O'Donovan C, et al. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) and International Society for Bipolar Disorders (ISBD) collaborative update of CANMAT guidelines for the management of patients with bipolar disorder: update 2009. *Bipolar Disord.* 2009 May;11(3):225–55.
78. Dell'Osso B, Buoli M, Riundi R, D'Urso N, Pozzoli S, Bassetti R, et al. Clinical characteristics and long-term response to mood stabilizers in patients with bipolar disorder and different age at onset. *Neuropsychiatr Dis Treat.* 2009;5:399–404.
79. Dailey LF, Townsend SW, Dysken MW, Kuskowski MA. Recidivism in medication-noncompliant serious juvenile offenders with bipolar disorder. *J Clin Psychiatry.* 2005 Apr;66(4):477–84.

80. Kemp DE, Hirschfeld RMA, Ganocy SJ, Elhaj O, Slembariski R, Bilali S, et al. Screening for bipolar disorder in a county jail at the time of criminal arrest. *J Psychiatr Res.* 2008 Jul;42(9):778–86.
81. Kamath J, Temporini H, Quarti S, Zhang W, Kesten K, Wakai S, et al. Best practices: disseminating best practices for bipolar disorder treatment in a correctional population. *Psychiatr Serv Wash DC.* 2010 Sep;61(9):865–7.
82. Senon J-L, Manzanera C, Papet N. Aspects médico-légaux des troubles bipolaires. *L'Encéphale.* 2006 Aug;32(4):547–52.
83. Conus P. Premier épisode thymique : cas particulier de l'intervention dans la phase précoce des troubles bipolaires. *L'Encéphale.* 2010 Mar;36:S71–S76.
84. Ferrey G, Zebdi S, Kasmi M-S, Dupuy C. Du rattachement des bouffées délirantes chez l'adolescent aux troubles bipolaires dans leurs variantes psychopathiques. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr.* 2006 Jun;164(4):337–40.
85. Hirschfeld RMA, Lewis L, Vornik LA. Perceptions and impact of bipolar disorder: how far have we really come? Results of the national depressive and manic-depressive association 2000 survey of individuals with bipolar disorder. *J Clin Psychiatry.* 2003 Feb;64(2):161–74.

**AUTEUR : Nom : BAZANTAY**

**Prénom : Mathilde**

**Date de Soutenance : 12 septembre 2014**

**Titre de la Thèse : Trouble bipolaire en milieu carcéral : état des lieux et spécificités du trouble bipolaire à début précoce**

**Thèse - Médecine - Lille 2014**

**Cadre de classement : DES de psychiatrie**

**Mots-clés :**

**Résumé :**

**Trouble bipolaire en milieu carcéral : état des lieux et spécificités du trouble bipolaire à début précoce**

Le trouble bipolaire est l'une des dix pathologies les plus invalidantes classées par l'OMS, en raison des complications et du risque suicidaire qu'il implique. Le trouble bipolaire à début précoce, quant à lui, cristallise la majorité des facteurs de risque de passage à l'acte médico-légaux et d'incarcération. Les pathologies mentales sont surreprésentées en milieu carcéral, mais peu d'études portent sur les spécificités du trouble bipolaire, et aucune sur les intrications entre bipolarité à début précoce et incarcération.

Afin de répondre aux questions soulevées par ces constats, nous avons examiné la littérature française et internationale, et illustré nos propos d'une vignette clinique et du compte rendu de notre visite à l'établissement pour mineurs de Quiévrechain.

Nous avons constaté que la prévalence de patients bipolaires en milieu carcéral est forte (environ 6 %), qu'ils sont davantage confrontés à la justice et sujets aux récidives. Ils présentent un risque de commettre des infractions violentes plus grand, qui est très fortement corrélé aux abus de substances comorbides. Leur prise en charge est entravée par les nombreuses contraintes inhérentes au milieu carcéral.

Concernant les troubles bipolaires à début précoce, la clinique de l'impulsivité et celle de la libération instinctuelle y sont davantage marquées, et l'élévation de l'humeur est souvent remplacée par l'irritabilité et l'agressivité. Les comorbidités addictives sont encore plus fréquentes, et le pronostic globalement moins bon, avec plus de suicides et tentatives de suicide. Des substrats génétiques et neuro-anatomiques sous-tendent ce trouble. Les erreurs diagnostiques sont fréquentes à l'adolescence, notamment avec des troubles schizophréniques ou apparentés. À l'instar des troubles bipolaires de l'adulte, ils sont plus fréquemment confrontés à la justice, même si les études à ce sujet sont très rares.

D'autres études pour comprendre l'intrication entre trouble bipolaire à début précoce et incarcération doivent être menées. Des soins adaptés aux contraintes du milieu carcéral, des mesures pour remédier à l'incarcération pléthorique de ces patients, et bien sûr des pistes thérapeutiques doivent être envisagés. À cet égard, différents algorithmes, échelles de dépistage et outils pronostiques doivent être évalués dans les travaux à venir.

**Composition du Jury :**

**Président : Monsieur le Professeur Pierre THOMAS**

**Assesseurs : Monsieur le Professeur Pierre DELION**

**Monsieur le Professeur Guillaume VAIVA**

**Madame le Docteur Maud BERTRAND**