



HAL
open science

Les déterminants de l'observance dans les troubles bipolaires

Dominique Thomas Roi

► **To cite this version:**

Dominique Thomas Roi. Les déterminants de l'observance dans les troubles bipolaires. Psychologie. Université de Lille, 2021. Français. NNT : 2021LILUH053 . tel-03685435

HAL Id: tel-03685435

<https://theses.hal.science/tel-03685435>

Submitted on 2 Jun 2022

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



LES DETERMINANTS DE L'OBSERVANCE DANS LES TROUBLES BIPOLAIRES

Dominique THOMAS ROI

Laboratoire PSITEC (EA 4072)

École doctorale sciences de l'homme et de la société (SHS)

Présentée le jeudi 16 décembre 2021

en vue de l'obtention du grade de docteur en psychologie de l'Université de Lille

Composition du jury:

Rapporteur: Mme Stacey CALLAHAN, Professeur de Psychologie, Université de Toulouse
Jean Jaurès

Rapporteur: Mme Lucia ROMO, Professeur de Psychologie, Université de Paris Nanterre

Président: M. Alain GUERRIEN, Professeur de Psychologie, Université de Lille

Directrice: Mme Amélie ROUSSEAU, Professeur de Psychologie, Université de Toulouse
Jean Jaurès

Co-directrice: Mme Anne DENIS, Maître de conférences, Université Savoie Mont Blanc

REMERCIEMENTS

J'exprime ici toute ma reconnaissance envers mes directrices de thèse pour leur travail de supervision. À Mme Amélie Rousseau et à Mme Anne Denis pour m'avoir permis de terminer cette thèse, pour leur soutien indéfectible, leur aide et leur formidable bienveillance.

Je remercie chaleureusement Madame Stacey Callahan et Madame Lucia Romo pour leur intérêt et pour avoir accepté de faire partie de mon jury et de jouer le rôle de rapporteur. Je remercie tout aussi chaleureusement Monsieur Alain Guerrien pour avoir accepté d'être le président de ce jury.

Ce travail n'aurait pu être mené à bien sans la disponibilité et l'accueil chaleureux que m'ont témoigné Madame Joséphine Loftus du centre expert de l'hôpital "Princesse Grâce" de Monaco, l'équipe soignante et le personnel de l'hôpital. Ils m'ont fourni mes précieuses données pour avancer dans cette recherche.

Cette étude n'aurait pu être menée à bien sans la disponibilité et l'accueil chaleureux que m'a réservé Madame Labedade présidente de l'association "Le Phare des deux pôles". Elle et ses bénéficiaires m'ont permis de réaliser ma deuxième étude en répondant à un grand nombre de questionnaires.

Merci aux premiers "cobayes" qui ont bien voulu répondre aux questionnaires des études et surtout aux docteurs Clad et Pacoud et à Madame Blanc, directrice de la clinique du "Val d'Estreille" à Pégomas

Un immense merci à Madame Bonardi qui depuis mon Master 1 me soutient.

Une éternelle reconnaissance à Madame Chapusot et un grand merci pour nos échanges et son aide dans cette ultime étape, sorte de résilience symbiotique.

Merci à Nath mon "correcteur orthographique" qui m'a fait redécouvrir l'existence du point-virgule et des accords parfaits.

Merci à Christophe27, le maître du "style".

Merci à mes patients. Merci à ma famille à qui j'ai volé ma disponibilité, ma patience et mon temps libre et souvent ma bonne humeur.

Enfin merci à mes chats qui ont parfois écrit des tas de bêtises sur ce texte

Et merci à tous les autres...

A mes parents

A mes enfants

A mon mari

Aux quatre pattes qui partagent tout avec nous....

A Martine et Chester, leur combat est terminé, qu'ils reposent en paix.

“Une détresse trop grande peut conduire au suicide, même si le suicide n'est au fond réellement qu'un appel au secours, entendu trop tard...” *L'amer noir*, Bruno Samson, 1973.

“Le suicide c'est la ressource des hommes dont le ressort a été rongé par la rouille.”

Le feu follet, Pierre Drieu La Rochelle, 1931.

“Peut-on considérer le désespoir comme condition normale de la vie sans aller jusqu'à sa conséquence, jusqu'au suicide ?” *Alberto Moravia*, 1934.

" L'âme résiste plus aisément aux vives douleurs qu'à la tristesse prolongée. *La Nouvelle Héloïse*", Emile Rousseau, 1761.

" Lorsque la maladie entre dans un foyer, elle ne s'empare par seulement d'un corps mais tisse entre les cœurs une sombre toile où s'ensevelit l'espoir." *L'élégance du hérisson*, Muriel Barbery, 2006.

" Être malade, c'est changer. Mais changer, c'est tantôt être un autre, tantôt être autrement le même. Or, cesser d'être le même, c'est se perdre." *Norbert Bensaïd*, 1978.

SOMMAIRE

Table des figures	6
Table des tableaux	6
Table des annexes.....	8
<i>RESUME</i>	10
<i>ABSTRACT</i>	11
<i>INTRODUCTION</i>	1
I. PARTIE THEORIQUE.....	5
1. Présentation des troubles bipolaires	5
1.1 Historique, Évolution et Classification des troubles bipolaires.....	5
1.1.1 Classification internationale des maladies (CIM)	10
1.1.2 Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM).....	13
1.1.3 Autres appellations du spectre bipolaire utilisées hors DSM V.....	16
1.2 Épidémiologie des troubles bipolaires	18
1.3 Étiologie des troubles bipolaires.....	20
1.4 Évolution des troubles, pronostic et co-morbidités associées aux troubles bipolaires.....	21
1.4.1 Le risque suicidaire.....	21
1.4.2 Les comorbidités physiques	22
1.4.3 Les comorbidités psychiatriques	24
1.5 Coût des troubles psychiatriques et patients bipolaires.....	31
2. Clinique des troubles bipolaires de l'adulte	33
2.1 Troubles bipolaires de type I (TBI)	34
2.2 Trouble bipolaire type II (TBII)	41
2.3 Trouble bipolaire non spécifié (NOS) et période inter critique.....	43
2.4 Autres troubles de l'humeur.....	44
2.5 Diagnostics différentiels.....	46
3. Les Traitements.....	49
3.1 Traitements médicamenteux.....	49
3.2.1 L'éducation thérapeutique et la psychoéducation.....	52
3.2.2 Prise en charge TCC.....	54
4. L'observance Thérapeutique	58
4.1 Modèles explicatifs de l'observance	60
4.2 L'approche cognitive et les représentations des patients :	64
4.3 Les principaux déterminants de l'observance thérapeutique	66
4.4 Les mesures de l'observance.....	74
5. Les représentations sociales de la maladie et du patients bipolaire	76
5.1 La théorie du noyau central	77
5.2 Représentations sociales de la santé et de la maladie	78
5.3 Les représentations du malade.....	78
5.4 Les représentations de la maladie dans la population générale	81
II. PROBLEMATIQUE ET OBJECTIFS DES ETUDES.....	85
1. Etude 1: Les principaux déterminants de l'observance et la différence de représentation entre les médecins et les malades bipolaires.....	87
2. Étude 2 : La représentation sociale du malade et de la maladie des patients bipolaires et des non malades	89

III.	ETUDE1 : ÉTUDE COMPARATIVE ENTRE LES REPRESENTATIONS DES MEDECINS ET DES PATIENTS BIPOLAIRES	93
1.	Méthodologie	93
1.1	Participants	93
1.2	Instruments de mesure.....	94
1.3	Procédure.....	98
2.	Résultats	98
2.1	Description des participants	98
2.2	Analyses Statistiques.....	101
3.	Discussion.....	103
3.1	Les facteurs socio-économiques, démographiques.....	103
3.2	Les comparaisons entre les représentations des médecins et des patients sur les différentes dimensions étudiées.....	105
3.3	Influence de l'alliance thérapeutique sur l'observance	107
IV.	ETUDE2 : ÉTUDE COMPARATIVE DES REPRESENTATIONS SOCIALES DE LA MALADIE ENTRE PERSONNES BIPOLAIRES ET PERSONNES TOUT VENANTES	
	109	
1.	Méthodologie	109
1.1	Participants	109
1.2	Instrument de mesure	109
1.3	Procédure.....	111
2.	Résultats	112
2.1	Description des participants	112
2.2	Statistiques descriptives	112
2.3	Analyses Statistiques.....	112
3.	Discussion.....	114
3.1	Les similitudes de la représentation sociale des personnes bipolaires et des non bipolaires (H1).....	114
3.2	L'observance du malade selon sa représentation sociale du malade bipolaire, (H2)	
	116	
V.	DISCUSSION GENERALE	117
VI.	CONCLUSION.....	135
VII.	BIBLIOGRAPHIE.....	137
VIII.	ANNEXES	167

Table des figures

Figure 1: Etudes de la comorbidité des troubles bipolaires et anxieux (Slama, Étain, Desage, et Leduc, 2014)	25
Figure 2: relation temporelle des comorbidités anxieuse chez les patients bipolaires (Simon et al., 2004)	25
Figure 3: Distribution cumulée de l'âge de début des troubles mentaux chez les patients avec double diagnostic et trouble mental primaire (Kessler2004).	29
Figure 4: Distribution de l'âge du début des troubles (Hudson et al., 2007)	31
Figure 5: Fluctuations de l'humeur dans les TB (Astra Zeneca, 2008)	33
Figure 6: Schématisation d'un trouble bipolaire I	34
Figure 7: Schématisation du trouble bipolaire II.....	42
Figure 8: Manie et hypomanie	43
Figure 9: Amplitude de l'humeur dans la cyclothymie.....	45
Figure 10: Amplitude de l'humeur dans la dysthymie	45
Figure 11: Schéma des cycles rapides	46
Figure 12: Modalités évolutives d'un état dépressif majeur (Goudemand, 2015).....	47
Figure 13: Les 5 dimensions de l'adhésion des patients au traitement médicamenteux (Allenet et al., 2013)	68
Figure 14:L'observance thérapeutique expliquée par les déterminants et par la représentation sociale	87
Figure 15: Les facteurs de la représentation sociale du malade et de la bipolarité chez les patients et des personnes non malades et leur impact sur l'observance.....	91

Table des tableaux

Tableau 1: Spectre de la Manie selon Klerman 1981 (Summary from Akiskal, 1983, 1996)....	8
Tableau 2: Classification d'Akiskal & Pinto, 2000	8
Tableau 3: Evolution du spectre des TB telle que décrite par Akiskal et Pinto en 2000 Evolution du spectre des TB telle que décrite par Akiskal et Pinto en 2000.....	9
Tableau 4: Tableau des troubles bipolaires dans la CIM-10 (Bourgeois, 2007).....	11
Tableau 5: Chapitre C dans la CIM 11	12
Tableau 6: Troubles bipolaires dans le DSM IV et DSM-IV-TR , (Bourgeois, 2007)	15
Tableau 7: Caractéristiques cliniques des autres appellations des troubles bipolaires.....	18

Tableau 8: Comorbidité addictive sur l'année de sujets bipolaire selon l'étude NESARC (Blandin & Gorwood, 2014).....	28
Tableau 9: Prévalence vie entière des comorbidités additives, études NCS et ECA.....	28
Tableau 10 :Stade de la manie	35
Tableau 11: Symptômes discriminants dépression bipolaires versus unipolaires (Azorin, 2011)	37
Tableau 12: Critères de Koukopoulos de dépression mixte (2007), (Weibel & Bertschy, 2016.)	40
Tableau 13: Symptômes caractéristiques selon la polarité du TB dans les "états mixtes" (Ngo, Provencher, Goulet, et Haloult, 2015).....	41
Tableau 14: Phases du programme de Lam de psychoéducation et TCC chez les malades bipolaires (Lam et al., 2000).	55
Tableau 15: Les 5 colonnes de Beck (réévaluation des pensées).....	56
Tableau 16: Les programmes de psychoéducation et TCC dans les troubles bipolaires (Lam et al., 2000)	57
Tableau 17 Correspondance des items entre le questionnaire "patient" et le questionnaire "médecin psychiatre "	97
Tableau 18: Caractéristiques sociodémographiques des participants	99
Tableau 19: Caractéristiques médicales des participants	100
Tableau 20: Résultat des analyses pour les représentations des participants selon les différentes dimensions étudiées.....	101
Tableau 21: Corrélations de rangs de Spearman entre l'observance et l'alliance chez les patients bipolaires.....	103
Tableau 22: Dimensions étudiées et items correspondants pour l'étude 2	111
Tableau 23: Répartition des participants en fonction du sexe et de la présence ou de l'absence de la maladie	112
Tableau 24: Analyse des scores moyens de la représentation sociale entre les bipolaires et les non bipolaires sur les dimensions étudiées.....	113
Tableau 25: Comparaison du niveau d'observance en fonction de la RS des personnes bipolaires	114
Tableau 26: Corrélations entre les différentes dimensions étudiées de la population entière	109
Tableau 27: Corrélations entre les différentes dimensions étudiées de la population bipolaire	110

Table des annexes

Annexe 1: Plan d'action global pour la santé mentale 2013-2030	167
Annexe 2: CIM 9.....	167
Annexe 3 : Evolution du concept de la maladie maniaco-dépressive dans les éditions successives du traité de Kraepelin (Gay et al. 2014, p. 5)	168
Annexe 4: Evolution du modèle maniaco-dépressif (Sous-types des troubles unipolaires-bipolaires) et de la distinction BP/UP (Bourgeois, 2001).....	168
Annexe 5: Détail de la rubrique 296 concernant les troubles bipolaires	169
Annexe 6: CIM 10 (version 2008)	170
Annexe 7: Liste des codes du DSM IV pour les troubles de l'humeur.....	174
Annexe 8: DSM 5 Critères diagnostiques (traduction non validée).....	175
Annexe 9: Critères diagnostiques détaillés du TBI et du TBIII selon le DSM 5	176
Annexe 10: Échelle d'Évaluation de la dépression de Hamilton	178
Annexe 11 : Echelle MADRS	181
Annexe 12 : Questionnaire "troubles de l'humeur" MDQ (Mood Disorder Questionnaire) ..	183
Annexe 13 : Critères de la dépendance selon le DSM IV	183
Annexe 14 : Critères diagnostiques de la dépendance (CIM-10)	184
Annexe 15 : Critères de l'addiction selon GOODMAN (1990)	184
Annexe 16 :Algorithme décisionnel lors d'un épisode, (Samalin et al., 2015).....	185
Annexe 17: Les différentes formes de non-observance selon Munzenberger et al. (1996) ...	185
Annexe 18: Les différents facteurs du modèle HBM de Rosenstock (Tarquinio & Tarquinio, 2007).....	185
Annexe 19: Modèle HBM, (Rosenstock, 1974).....	186
Annexe 20: Modèle de la compliance de la santé (Heiby et Carlston 1986).....	186
Annexe 21: Modèle systémique de soins préventifs (MSSP).....	187
Annexe 22: Modèle de prédiction des comportements de santé (MPCS) (Godin, 1991)	187
Annexe 23: Adaptation du modèle d'autorégulation de Leventhal par Coutu (Coutu, 2005).	188
Annexe 24: Représentation sociale, théorie du noyau central (Abric, 1987)	188
Annexe 25: Différents modèles d'élaboration de la relation médecin-patient (Floris, Masson, & Delatte, 2005).....	189
Annexe 26: Avantages et limites des méthodes directes d'évaluation de l'observance médicamenteuse (Allenet et al., 2013)	189

Annexe 27: Avantages et limites des méthodes indirectes de l'adhésion médicamenteuse (Allenet & al., 2013).....	190
Annexe 28 Echelle insight Q8	191
Annexe 29 Echelle de mesure de l'observance médicamenteuse (MARS)	191
Annexe 30: Questionnaire pré-test à l'usage des soignants	192
Annexe 31 : Questionnaire à l'usage des soignants	200
Annexe 32: Questionnaire pré-test "Patient "	204
Annexe 33 : Questionnaire "Patient"	207
Annexe 34 Echelle DAI-30 (Hogan et Al.)	209
Annexe 35 : Questionnaire médecin enquête EPOS	212
Annexe 36: questionnaire patient enquête EPOS.....	214
Annexe 37: Répartition des hospitalisations par sexe et type de la maladie	214
Annexe 38: Répartition des TS avec les comorbidités	215
Annexe 39: Répartition des traitements par type de patients et nombre de médicaments	215
Annexe 40: Répartition des différentes classes de médicaments de l'étude I.....	215
Annexe 41: Répartition des différentes molécules prescrites en fonction du type de maladie :	216
Annexe 42 Scores moyens par dimensions pour les médecins et les patients bipolaires de l'étude1	217
Annexe 43: Questionnaire sur la représentation de la bipolarité (étude 2).....	219
Annexe 44 : Tableau de réponse de l'enquête SMPG	220
Annexe 45: Alpha de Crombach dimension observance Etude 1	220
Annexe 46:Alpha de Crombach dimension effet indésirable du traitement Etude 1	220
Annexe 47: :Alpha de Crombach dimension connaissance de la maladie Etude 1.....	221
Annexe 48: Alpha de Crombach dimension soutien social Etude	221
Annexe 49:Alpha de Crombach dimension alliance thérapeutique Etude 1	221
Annexe 50:Alpha de Crombach dimension RS Etude 1.....	221
Annexe 51 : Alpha de Crombach dimension satisfaction/efficacité du traitement Etude	222
Annexe 52:Alpha de Cronbach par items pour la dimension "Observance" étude 2.....	222
Annexe 53: Alpha de Cronbach par items pour la dimension "Humeur" étude 2	222
Annexe 54: Alpha de Cronbach par items pour la dimension "violence" étude 2	223
Annexe 55: Alpha de Cronbach par items pour la dimension "Inadapté" étude 2.....	223
Annexe 56:Alpha de Cronbach par items pour la dimension "Représentation" étude 2.....	224
Annexe 57: Tableau des scores moyens de la population entière de l'étude 2	225

RESUME

L'observance thérapeutique des patients en psychiatrie - et plus particulièrement des malades souffrant de troubles bipolaires – est très souvent partielle. Celle-ci représente un véritable enjeu de santé publique car elle est responsable de nombreuses rechutes et de suicides. Ainsi, le retentissement de cette problématique d'observance est important aussi bien pour le patient, son entourage que pour la société. Dans ce travail de thèse, nous nous sommes intéressés aux nombreux facteurs qui affectent l'observance notamment au rôle de représentation sociale de la maladie en tant que déterminant à part entière de l'observance.

En s'appuyant sur plusieurs théories et modèles portant sur l'observance, nous avons essayé de comprendre les déterminants du comportement "non observant" des patients afin d'envisager, *in fine*, des interventions psychothérapeutiques plus ciblées. Il s'agit par ailleurs dans ce travail de mettre en évidence la différence de perception en termes de représentation et d'objectifs thérapeutiques des différents protagonistes (médecins, patients, personnes tout-venants) face à la maladie.

Nos résultats montrent l'existence d'une différence de perception et de représentation entre les soignants et les soignés mais aussi que l'observance est en lien direct avec l'alliance thérapeutique. En effet, plus l'alliance est élevée et meilleure est l'observance. En revanche, la représentation sociale de la maladie et du patient souffrant de trouble bipolaire est identique pour les personnes bipolaires et les non bipolaires et c'est le fait de se percevoir "malade "ou non qui influence l'observance. Le patient qui se perçoit comme « malade » sera plus enclin à se soigner qu'un patient qui ne ressent pas de trouble et aura donc une meilleure observance. Tenter de réduire cette différence de représentations sociales entre les médecins et les malades en travaillant en partenariat, en favorisant la pluridisciplinarité, en intégrant les nouvelles technologies et innovations médicales en matière de surveillance et de suivi, permettra certainement d'obtenir une meilleure prise en charge du malade et par conséquent une meilleure observance. La représentation sociale apparaît donc, dans notre étude, comme un déterminant important de l'observance à prendre en compte pour améliorer la prise en charge globale du patient souffrant de trouble bipolaire.

Mots clés : *Observance, Trouble bipolaire, déterminants de l'observance, représentations sociales.*

ABSTRACT

The therapeutic adherence of patients in psychiatry - and more particularly of patients suffering from bipolar disorders - is not partial. This partial adherence represents a real issue in public health because it is responsible of many relapses and suicides. Thus, the repercussion of these problems is important for society and for the patient and their family as well. In this thesis, we were interested in the many factors affecting the adherence and in particular by the social representation of the disease as a major determination.

With the help of several modelled theories on adherence, we tried to understand the behaviour of the "unobservant" patients, in view of a possible optimized therapeutic intervention. Furthermore, we would like to point out the difference in perception regarding social representation and therapeutic objectives of the various protagonists.

Our results show a difference in perception and representation between the patients and the medical staff and that adherence is directly linked to therapeutic alliance. This difference is likely to act negatively on compliance. The higher the covenant, the better the observance. Otherwise, the social representation of bipolarity is the same for bipolar or non-bipolar people, the fact of being perceived "sick "or not influences the adherence. The patient who perceives himself ill will be more inclined to take care of himself than a patient who does not feel any trouble and will therefore have better compliance.

Trying to reduce this difference in the social representations between doctors and patients by working in partnership, by promoting multidisciplinary, by integrating new technologies and medical innovations in terms of surveillance and monitoring, will undoubtedly make it possible to obtain better management. Patient load and therefore better compliance.

The social representation appears in our study as a major determinant of the adherence into account in order to improve the overall care of the patient

Keywords: Adherence, bipolar disorder, adherence factors, social representations.

Une personne sur quatre est concernée, durant sa vie, par un trouble mental. L'importance des troubles mentaux implique que la santé mentale est une priorité en termes de santé publique (Lambooy, 2005). Ainsi, dans un rapport sur la santé mentale en 2003, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) estimait que les troubles mentaux touchaient environ 450 millions de personnes dans le monde, dont 20% d'enfants et d'adolescents, 38,2% d'européens. L'OMS note que 5 maladies mentales sont présentes parmi les 10 principales pathologies du XXIème siècle et que leur coût est estimé à 109 milliards d'euros par an. Devant cette ampleur, un plan d'action global pour la santé mentale a été formalisé par l'OMS pour les années de 2013 à 2020 (OMS, 2013). Ce plan prévoyait notamment une réduction de 10% du nombre des suicides dans le monde d'ici 2020 (Annexe 1, p.167), l'indicateur retenu étant le nombre de suicides annuels pour 100 000 habitants, renseigné par l'enregistrement annuel systématique de tous les décès. En effet, le rapport de 2014 de l'OMS sur les suicides révèle qu'en Europe " le taux de suicide est, d'après les estimations, légèrement plus élevé que la moyenne mondiale de 11,4 pour 100 000 habitants en 2012, avec 6 pays européens figurant dans les 20 pays ayant les estimations les plus élevées des taux de suicide dans le monde" (OMS, 2014). En France, selon les sources CepiDC-Inserm, en 2010, le nombre de suicides par an était de 10 334 (Inserm, 2012). De plus, 90% de ces décès sont associés à des troubles mentaux et toutes les études s'accordent à dire que le risque suicidaire est extrêmement élevé chez les patients bipolaires (Bourgeois & Verdoux, 1997).

Le Trouble Bipolaire (TB) est une pathologie extrêmement fréquente, présente dans le monde entier. Pathologie chronique qui démarre tôt, extrêmement invalidante, le TB est considéré comme une des maladies psychiatriques les plus graves et est associé à de nombreuses comorbidités, le risque majeur étant le suicide. En outre, le TB peut s'accompagner ou non de symptômes psychotiques. Le DSM V¹ distingue aujourd'hui les TB de type I, ceux de type II et les TB non spécifiques (Annexe 9, p.175). Le TB concerne les hommes comme les femmes, indépendamment de la classe socioéconomique et de l'origine ethnoculturelle. C'est un trouble récurrent de l'humeur avec une alternance de phases "euphoriques" (manie ou hypomanie) et de périodes de dépression importantes avec des "intervalles libres" plus ou moins longs (phase euthymique). On précise, dans la littérature, que le TB est moins fréquent chez les personnes

¹ DSM-5 ou Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux de l'Association Américaine de Psychiatrie.

mariées n'ayant jamais divorcé. Le TB est souvent diagnostiqué tardivement, sa prévalence sur la vie entière des malades est d'environ 1%. Si on prend en compte la cyclothymie et le TB de type II, ce pourcentage serait porté à 3,1% selon Rouillon (1997). On s'accorde à retenir une valeur médiane qui serait de 1 à 1,5% pour les patients nécessitant une prise en charge. Ce pourcentage semble être en adéquation avec le résultat des études américaines NCS² et ECA³ dans lesquelles la prévalence de la maladie est du même ordre. En France, des données sur la prévalence du trouble sont issues de l'étude Bipolact Impact menée en médecine générale où le pourcentage est de l'ordre de 3,7% (Rouillon, Gasquet, Garay, & Lancrenon, 2008). L'âge du début du trouble est précoce, c'est une pathologie grave et invalidante dont le coût est très élevé aussi bien au niveau socio-professionnel que familial.

Outre les conduites à risques qui augmentent le taux de mortalité de ces patients (recherche du danger, vitesse, défis...), le risque suicidaire reste la principale menace du fait d'une surmortalité et d'une morbidité élevée. D'après, Dardennes, Thuile, Even, Friedman, et Guelfi (2006), le risque suicidaire est 15 fois supérieur à la moyenne de la population chez ces malades. La mortalité est ainsi estimée à 1500 morts par an selon Rouillon (2009). D'autres auteurs signalent que 25 à 50% de malades bipolaires ont fait ou feront une tentative de suicide et que 10 à 19% d'entre eux décéderont (Ernoul, 2012).

Les conditions de prise en charge des malades se sont considérablement améliorées mais il subsiste un problème majeur qui est celui de l'observance du traitement. Le Professeur Delfraissy, (2002, p.75) définit l'observance⁴ comme "un *comportement selon lequel la personne prend son traitement médicamenteux avec l'assiduité et la régularité optimales, selon les conditions prescrites et expliquées par le médecin*". Une totale "adhésion" suggère un degré d'acceptation réfléchi et consenti par le patient mais cela est rarement le cas. Les anglo-saxons, préfèrent employer le terme de "compliance" (Tarquinio & Tarquinio, 2007) pour désigner l'observance mais quel que soit le terme employé, les prescriptions sont rarement suivies convenablement. La mauvaise observance est fréquente et les déterminants sont multiples et interdépendants. Ils sont parfois liés aux patients, aux traitements lourds et longs, à leurs effets secondaires, à la forme de la maladie, à l'entourage mais aussi à la qualité de la relation entre le soignant et le soigné, par exemple d'une méfiance du patient vis-à-vis du corps médical. Cette mauvaise observance a un impact direct sur l'efficacité du traitement, sur la survenue des

² La NCS :National Comorbidity Survey (Kessler, McGonagle, Zhao, et al, 1994).

³ L'Epidemiologic Catchment Area (Regier, Farmer, Rae, et al, 1990).

⁴ Nous avons choisi d'employer indifféremment les termes "observance", "compliance" et "adhésion" pour parler de la façon pour un patient de suivre correctement les prescriptions d'un soignant, bien qu'il y ait des nuances. Les nuances terminologiques de ces termes sont détaillées au chapitre trois qui est consacré à l'observance. A noter que nous parlons souvent d'observance médicamenteuse mais l'observance est aussi composée de tous les éléments qui font le suivi du malade comme par exemple le fait de respecter les rendez-vous avec l'équipe soignante, de participer aux activités prescrites ou de faire d'éventuels exercices donnés...

rechutes mais aussi sur le comportement et le jugement du patient ainsi que sur le risque de suicide.

D'où l'importance d'une prise en charge psychologique de qualité, qui prend tout son sens et accroît la bonne observance du traitement, par l'effet conjugué de la psychothérapie, de l'alliance thérapeutique, de la psycho-éducation, des thérapies cognitivo-comportementales, des thérapies de groupes. La relation "malade-médecin" est un facteur déterminant et essentiel pour le traitement de la maladie et la prévention des rechutes quelle que soit la forme du trouble bipolaire. Cette relation est trop souvent négligée ou de mauvaise qualité dans le parcours de soin du soignant.

L'objectif de cette thèse sera d'étudier l'observance du traitement, ses déterminants, les représentations sociales et la différence de perception qu'ont le médecin et son patient bipolaire. Elle cherche également à mettre en évidence l'importance et l'influence des représentations sociales de la maladie bipolaire, celles du patient comme celles de la population non malade. En effet, de nombreuses recherches montrent l'impact des représentations chez les patients atteints de troubles psychiques et y trouvent une explication de la baisse de l'observance (Pignon, Tebeka, Leboyer & Geoffroy, 2017). Étudier le concept des représentations sociales peut donc nous aider à comprendre comment une personne peut en s'auto-stigmatisant, avoir un comportement inapproprié par rapport à la gestion sa maladie (Brohan et al., 2010). L'intérêt de ce travail sera de déterminer si ces différences de perception de l'observance et de celle de la représentation sociale du malade et de la maladie peuvent influencer l'observance et de quelle façon.

Ce travail s'articulera en plusieurs parties. Après une introduction générale, la deuxième partie sera destinée à resituer et à présenter le trouble bipolaire depuis l'origine du concept jusqu'aux nouvelles classifications. Nous parlerons de l'épidémiologie, des comorbidités et des coûts liés à la maladie. Nous étudierons la clinique des troubles en évoquant le risque suicidaire et enfin, nous passerons en revue les différents traitements médicamenteux et psychologiques destinés aux patients. La troisième partie, sera consacrée d'une part au concept des représentations sociales et des représentations sociales de la maladie et d'autre part à l'observance, ses déterminants et les principaux modèles théoriques. C'est autour de ces différents concepts et interactions que nous avons élaboré notre problématique en articulant nos différentes variables d'étude et en formulant nos hypothèses. Selon nous, la représentation sociale de la maladie est un déterminant extrêmement important pour expliquer ce "phénomène

observance" ; il est aussi important que peuvent l'être les effets secondaires des médicaments, le soutien social, la connaissance de la maladie, l'efficacité et la satisfaction du traitement.

La partie suivante sera consacrée aux études que nous avons menées, leur méthodologie, leur cadre de recherche et leurs résultats. Nous avons diligenté dans le cadre de cette thèse deux études. La première recherche aura pour objectif d'étudier les différences de perception entre les médecins et les patients souffrant de troubles bipolaires et de mettre en évidence les déterminants de l'observance qui influencent l'adhésion au traitement. La deuxième étude concerne les représentations sociales de la bipolarité chez les malades et chez les personnes "non malades". L'objectif étant de mettre en évidence s'il existe des différences dans la manière de percevoir la maladie et si cela peut être un obstacle ou pas à une bonne observance. Enfin, dans une dernière partie, nous discuterons de l'ensemble de nos travaux avant de conclure.

L'ambition de ce travail sur la perception de l'observance chez les patients bipolaires, outre le fait de réaliser un recueil de données sur cette problématique, de quantifier les déterminants de l'observance et d'établir les liens qui influencent l'observance, est peut-être d'arriver à montrer quels sont les déterminants les plus importants et d'en faire prendre réellement conscience aux soignants. En effet, la non observance est tellement un fait établi que son importance est parfois négligée par les équipes soignantes. Des déterminants comme l'alliance thérapeutique et le soutien social peuvent jouer un rôle positif et facilitateur important dans le fait de se conformer aux prescriptions des médecins. Les soignants sont confrontés quotidiennement à des patients qui arrêtent ou adaptent leurs traitements par manque de confiance, de conviction ou de motivation (Raust et al.,2014).

Nous nous proposons donc d'établir quels sont les facteurs les plus "incitatifs" pour le patient pour observer correctement son traitement.

I. PARTIE THEORIQUE

1. Présentation des troubles bipolaires

1.1 Historique, Évolution et Classification des troubles bipolaires

Le concept du TB a évolué au fil du temps, de la découverte de la *manie* et de la *mélancolie*, en passant par la *folie circulaire* puis la *psychose maniaco-dépressive* ou PMD, pour arriver au terme actuel de *troubles bipolaires*.

Pinel (1745-1826) dans son ouvrage "*Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale*" du début du XIXème siècle, décrit la mélancolie et la manie comme des formes d'aliénation mentale au contenu hétérogène, sortes de juxtaposition de deux troubles distincts (Pinel, 1809). Il nomme "*manie*" un état où le patient présente un ensemble de symptômes délirants et d'agitation. L'intérêt pour ces pathologies se poursuit dans le temps avec l'apport d'un élève de Pinel, Esquirol (1772-1840). Comme lui, il ne décrit pas une maladie unique. Grâce aux données statistiques, il remarque le caractère saisonnier des troubles de l'humeur et note l'influence de l'hérédité (d'Estienne, 2010), (Esquirol, 1838). Il distingue aussi différentes formes de délires : *manie générale* et *monomanie* ou encore *lypémanie*. La *manie* serait un délire total alors que la *monomanie* serait un délire partiel. La *lypémanie*, elle, un genre d'aliénation mentale caractérisée par une extrême tristesse.

En 1845, Griesinger (1817-1868), interniste et psychiatre allemand, déclare que la dépression et la manie sont liées (Bourgeois et al., 2014). Les notions de cycle rapide et de saisonnalité sont aussi évoquées dans ses écrits.

Dans le même temps, c'est Falret, aliéniste et élève d'Esquirol qui, en 1854, dans "*La Dixième leçon de clinique de la maladie mentale*" décrit une alternance de phases maniaques et dépressives entrecoupées d'intervalles libres plus ou moins longs (Falret, 1853). Il décrit, je cite, la "*folie circulaire*" comme "*l'évolution successive et régulière de l'état maniaque, de l'état mélancolique et d'un intervalle lucide plus ou moins prolongé*". Il considère que cette pathologie est extrêmement grave avec un pronostic désastreux et que la composante génétique est importante.

C'est donc de ces deux auteurs qu'est née la conceptualisation d'une pathologie dans laquelle deux états cohabitent au sein de la même entité.

Les états mixtes seront ensuite décrits, états d'excitation avec présence de pensées tristes.

Comme en France, les auteurs allemands évoquent les formes atténuées de la maniaco-dépression. Deux psychiatres, Hecker (1843-1909) et Karl Ludwig Kahlbaum (1828-1899)

observent leurs patients à la clinique Kahlbaum de Görlitz et décrivent des formes mineures du trouble sur la base de nombreuses observations cliniques. Dès 1877, Hecker, surtout connu pour ses travaux sur l'hébéphrénie, parle de *cyclothymie* (Azorin, 2008) et publie un article évoquant ce trouble atténué (Koukopoulos, 2003)⁵. D'autres médecins comme Mendel proposent les concepts *d'hypomanie* (Mendel en 1881) ou de *dysthymie* et *cyclothymie* (Bourgeois, 2001⁶; (Kahlbaum 1863; 1882). Kahlbaum, en 1882, introduit le concept *d'hyperthymie* et de *dysthymie* (Azorin, 2008). Ce psychiatre allemand a été le premier à essayer de classifier les maladies psychiques sur la base de ses observations cliniques.

Gilbert Ballet, en 1894, rassemble, lui aussi les différentes formes de la maladie sous le nom de "*folie périodique*". Pour lui, ce qui est important, c'est l'évolution de la pathologie plutôt que la succession des différentes phases constitutives (Caire, 2017).

Entre 1899 et 1913, Kraepelin (1856-1926), considéré comme le fondateur de la psychiatrie moderne, continue un travail de synthèse ; il publie la "*Manisch-depressive Irresein, la Folie maniaque-dépressive*" où il inventorie 18 formes de folies maniaco-dépressives qui regroupent l'ensemble des troubles bipolaires. Il s'attache à une description clinique, il y classe les symptômes et divise les troubles en 2 grands groupes, psychose maniaco-dépressive et démence précoce. Ces deux groupes se différencient selon différents critères, notamment la périodicité des épisodes récurrents avec un retour à la normale et une prédisposition familiale. Kraepelin estime que le pronostic est bon car il n'y a pas de déficit contrairement à ce que l'on observe dans les démences précoces. Apparaît ensuite le modèle unitaire de la psychose périodique qui perdure jusqu'au début des années 80. On y retrouve le concept d'évolution d'une seule maladie dans laquelle se succèdent des cycles récurrents avec des périodes de rémission. On voit clairement que Kraepelin fait la différence entre l'état mélancolique/dépressif, l'état maniaque et les états mixtes. Il souligne aussi l'aspect héréditaire de la maladie et l'importance des événements stressants de la vie qui favoriseraient la survenue et les rechutes de la maladie. De la première édition de son traité de psychiatrie jusqu'à la neuvième (Cf. Annexe 3, p.168), il fait évoluer son concept (Bourgeois et al., 2014). Il remarque que lorsque la maladie évolue, la fréquence des cycles s'accélère (*embrasement*). Lorsque le nombre d'épisodes augmente, alors le facteur prédictif de récurrence semble être le nombre d'épisodes antérieurs plutôt que la survenue d'épisodes de vie stressants. L'intensité de l'événement déclencheur est de moins en moins élevée et on observe des modifications des neurotransmetteurs. Mais cette théorie ne

⁵ (Hecker, 2003)

⁶ Conférence du séminaire de psychiatrie biologique de l'hôpital Ste Anne à Paris (Bourgeois, 2001)

semble pas décrire l'évolution de tous les patients bipolaires car il faut aussi prendre en compte le rôle du sommeil, les facteurs de stress, la comorbidité... ("Le modèle du *Kindling* ou théorie de l'embrasement" Fouques, (2014).

Le terme de psychose maniaco-dépressive (PMD) est inventé par Demy (1847-1923) et son interne Camus (Azorin, 2008). Ces médecins de la Salpêtrière vont faire découvrir en France les travaux de Kraepelin (Demy & Camus, 1907). L'appellation *folie* va disparaître au profit de la *psychose* qui décrit un trouble endogène avec déni du sujet et envahissement total.

Le terme "bipolaire" (*Zweipolig*) sera utilisé la première fois par Kleist en 1953 pour décrire des troubles constitués d'une alternance entre état d'excitation maniaque et état mélancolique, ceci en opposition aux troubles dépressifs dits "unipolaires" (*einpolig*) (Zigmond, Snaith, et al., 1983). On ne parlera plus alors de la manie et de la mélancolie comme de deux maladies distinguées mais constituant les phases d'un même trouble. Cette notion de bipolarité sera reprise dans le DSM III⁷ (1980 traduit en français en 1983) et le DSM IV (1994). S'ajoutent à la sémiologie existante les *types I et II* du trouble bipolaire que l'on retrouvera dans le DSM IV. Ces auteurs vont aussi définir la notion de *cycles rapides* qui implique d'avoir au moins 4 épisodes par an.

Les TB (troubles bipolaires) vont être constitués d'une part, par les BPI formés par au moins un épisode maniaque ou mixte et le plus souvent accompagnés d'épisodes dépressifs récurrents (MD, Md, M)⁸ et d'autre part par les BPII parmi lesquels on observe des dépressions sévères et récurrentes avec des accès hypomaniaques récurrents (mD)⁹. On trouve aussi le trouble cyclothymique (md)¹⁰(Cf. Annexe 4, p.168).

Le TB deviendra ensuite *le spectre bipolaire*. On commence à trouver le terme "Bipolar spectrum" dès 1977 dans la littérature (CTAH-Recherche, 2010). La nécessité d'élargir les formes vient du fait que de nombreuses observations cliniques rapportent l'existence de formes sub-cliniques¹¹ qui doivent être recensées. Bien que cette notion soit critiquée, des études sont venues valider les autres formes décrites par le spectre (Akiskal, Akiskal, Lancrenon, & Hantouche, 2006). C'est en 1981 que Klerman parle de "spectre de la manie" en différenciant six types de troubles bipolaires (Cf. tableau 1). Il décrit l'état du malade de façon quantitative, le nombre et l'intensité des symptômes déterminant les formes de la pathologie. Ce concept va

⁷ DSM III et suivants (Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux).

⁸ MD : épisodes majeurs Maniaques et Dépressifs. Md : épisode Maniaque majeur et Mineur de dépression. M : épisode maniaque majeur seul.

⁹ mD : forme mineure maniaque et épisode dépressif majeur.

¹⁰ Md : formes maniaques et de dépressions mineures.

¹¹ Formes ne répondant pas aux critères de seuil du DSM-IV

encore s'enrichir avec Akiskal et ses formes de *spectre bipolaire élargi et de soft bipolar* (Cf. tableau 2). Il décrit les TB de type I, II et III ainsi que la *dépression pseudo-unipolaire*, dépression unipolaire avec un virage maniaque ou hypomaniaque déclenché par la prise d'un antidépresseur (Akiskal & Pinto, 2000).

Tableau 1

Spectre de la Manie selon Klerman 1981 (Summary from Akiskal, 1983, 1996)

Bipolaire I	Dépression + manie
Bipolaire II	Dépression + hypomanie spontanée
Bipolaire III	Dépression + hypomanie pharmacologique
Bipolaire IV	Cyclothymie
Bipolaire V	Histoire familiale de bipolarité
Bipolaire VI	Manie monopolaire ou unipolaire

Tableau 2

Classification d'Akiskal et Pinto, 2000

Bipolar I	Full-blown manic depressive illness (with at least one episode of mania or mixed mania)
Bipolar II	Recurrent depression without spontaneous hypomania and /or cyclothymic temperament.
Bipolar III	Recurrent depression without spontaneous hypomania- arising from a hyperthymic temperamental background and /or bipolar family history. Hypomania occurring solely during antidepressant or other somatic treatment should also be classified here.
Strict Unipolar Depression: Absence of mania, hypomania, cyclothymic and hyperthymic temperaments, as well as bipolar family history.	

Par ailleurs, comme le montre le tableau 3, Akiskal et Pinto détaillent huit formes cliniques à l'intérieur de ce "*spectre*" bipolaire (Garrabé, 2014) qui aboutissent à une nouvelle classification en 2000 (Akiskal & Pinto, 2000).

Tableau 3

Evolution du spectre des TB telle que décrite par Akiskal et Pinto en 2000¹²

TYPES	DESCRIPTION
Bipolaire 1/2	Troubles schizo-bipolaires
Bipolaire I	Maladie maniaco-dépressive
Bipolaire I 1/2	Dépression + hypomanie prolongée
Bipolaire II	Dépression + épisodes hypomaniaques spontanés clairement circonscrits
Bipolaire II 1/2	Dépression + tempérament cyclothymique
Bipolaire III	Dépression + hypomanie survenant seulement en association avec un traitement antidépresseur ou autre traitement somatique
Bipolaire III 1/2	Oscillations marquées de l'humeur dans le contexte d'un abus toxicomaniaque ou alcoolique
Bipolaire IV	Dépression + tempérament hyperthymique

Des conceptions biologiques du trouble bipolaire existent aussi. En effet, on pense que l'origine des troubles relève d'une composante héréditaire et génétique (Kahalé, 2009). On attache ainsi de l'importance à l'histoire familiale où l'on retrouve des tableaux cliniques similaires et un risque morbide élevé de TB et unipolaires (Bellivier & Leboyer, 1997). De plus, on remarque une différence notable de l'importance du risque hérité par un sujet en fonction de la pathologie de son parent. D'après Mc Guffin et Katz (2003), si le parent est bipolaire, le risque moyen morbide de TB ou unipolaire est de 19.2% alors qu'il n'est que de 9,7% si le parent est unipolaire. Lorsqu'on compare ces chiffres à la prévalence de la maladie dans la population générale, on ne retrouve que 3% pour les dépressions unipolaires et 1% pour les bipolaires. Ceci montre clairement l'influence des facteurs de prédisposition génétique.

Par ailleurs, des études sur les jumeaux montrent aussi un lien entre la génétique et la vulnérabilité aux TB. La part de l'incidence de la génétique serait de 60 à 80 % dans l'explication de la maladie contre 40 % pour l'effet de l'environnement (Lichtenstein et al., 2009). Chez les jumeaux monozygotes (100% des gènes en commun), on retrouve près de 40% des individus qui partagent aussi un TB alors que ce pourcentage n'est que de 5% chez les jumeaux dizygotes ou faux jumeaux (50% des gènes en commun) (Kieseppä, Partonen, Haukka, Kaprio, & Lönngqvist, 2004).

D'autres théoriciens affirment qu'il existe des personnalités prédisposées à développer des pathologies psychiatriques et notamment des troubles bipolaires. Akiskal (1994), décrit des personnalités mélancoliques avec un tempérament dysthymique et des personnalités maniaques

¹²Tableau 4, p. 182

avec un tempérament hyperthymique qui seraient "programmées" pour développer la maladie bipolaire. Les événements et la présence de troubles ajoutent un risque supplémentaire à la survenue de nouveaux incidents (Akiskal, 1994).

On constate donc que, de l'Antiquité à nos jours, le concept et les appellations de cette pathologie n'ont pas cessé d'évoluer. Aujourd'hui encore, les classifications "officielles" s'enrichissent de nouveaux concepts. Nous allons nous intéresser à ces différentes classifications qui nous amènent à la dernière version du manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, le DSM V.

Les hôpitaux psychiatriques ont été les premiers à essayer de classer les maladies mentales et c'est en 1952 qu'est publié le premier DSM. Il fournit pour chaque catégorie de maladie une liste de symptômes que l'on retrouve le plus souvent chez les patients présentant le même trouble. Ces symptômes observables ne peuvent pas être sujet à la subjectivité et permettent aux médecins de faire un diagnostic de façon unanime.

Aujourd'hui, deux systèmes de classifications cohabitent et ils sont admis majoritairement par tous. Il s'agit de la classification internationale des maladies ou CIM publiée sous l'égide de l'OMS (Organisation Mondiale de la santé) et du Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux ou DSM réalisé par l'AAP (Association Américaine de Psychiatrie). À titre anecdotique, il existe depuis 1979 une classification chinoise des troubles mentaux (*Chinese Classification of Mental Disorders, CCMD*) publiée par la *Chinese Psychiatric Association*. La dernière version révisée en 2001, CDMD-3, reprend aussi des troubles mentaux typiques de la Chine.

1.1.1 Classification internationale des maladies (CIM)

En 1891, Bertillon, chef des travaux statistiques de la ville de Paris, est chargé de classer les causes de décès. Parallèlement des statistiques annuelles pour les asiles d'aliénés sont recensées (Garrabé, 2013). C'est donc à cette époque que naît la CIM, classification statistique internationale des maladies, traumatismes et causes de décès (en anglais : *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, ICD*), publiée et révisée régulièrement par l'OMS depuis 1948. Elle recense et organise les informations sanitaires permettant de rendre compte des données de mortalité et morbidité. La CIM est traduite en 43 langues et est utilisée par 117 pays. Elle permet d'avoir un langage commun pour décrire et répertorier les définitions, signes ou symptômes d'une maladie. Un chapitre est consacré aux maladies mentales.

Le TB est évoqué dans plusieurs versions successives de la CIM

La CIM 9

Cette version terminée en 1975 est publiée par l'OMS en 1979 (un an avant le DSM III). Dans la table analytique, on trouve une liste de rubriques à trois chiffres. Les troubles mentaux sont répertoriés au chapitre V, des rubriques 290 à 319 (Annexe 2, p.167). Les troubles bipolaires y sont dénommés "*psychoses affectives*". La rubrique 296 leur est consacrée et décrit les troubles.

La CIM 10

On observe un changement notoire dans cette version, où les maladies sont regroupées selon un classement alphanumérique. Les troubles mentaux du chapitre V sont ainsi regroupés sous l'appellation « Troubles mentaux et du comportement de F00 à F99 » (Annexe 6, p.170). Les troubles bipolaires y sont proposés en rubrique F3 et les troubles de l'humeur et affectifs de F30 à F39 (tableau reproduit ci-dessous¹³). On note trois degrés de sévérité (léger, moyen ou sévère) qui différencient les épisodes dépressifs, maniaque ou hypomaniaque.

Tableau 4

Tableau des troubles bipolaires dans la CIM-10 (Bourgeois, 2007)

F30 Episode maniaque	
F30.0	Hypomanie
F30.1	Manie sans symptômes psychotiques
F30.2	Manie avec symptômes psychotiques
F30.8	Autres épisodes maniaques
F30.9	Episodes maniaques sans précisions
F31 Trouble affectif bipolaire	
F31.0	Trouble affection bipolaire, épisode actuel hypomaniaque
F31.1	Trouble affection bipolaire, épisode actuel maniaque
F31.2	Trouble affection bipolaire, épisode actuel maniaque avec symptômes psychotiques
F31.3	Trouble affectif bipolaire, épisode actuel de dépression légère ou moyenne
	.30 sans syndrome somatique
	.31 avec syndrome somatique
F31.4	Trouble affectif bipolaire, épisode actuel de dépression sévère, sans symptômes psychotiques
F31.5	Trouble affectif bipolaire, épisode actuel de dépression sévère, avec symptômes psychotiques
F31.6	Trouble affectif bipolaire, épisode actuel mixtes
F31.7	Trouble affectif bipolaire, épisode actuellement en rémission
F31.8	Autres troubles affectifs bipolaires
F31.9	Trouble affectif bipolaire, sans précision

¹³ Tableau des troubles bipolaires de la CIM-10 p. 21 (Bourgeois, Gay, Henry, et Masson, 2014).

La CIM 11

Cette version s'aligne sur la révision du DSM-IV et elle est critiquée car elle fait apparaître de très longues listes de diagnostics qui nuisent à la clarté de la hiérarchisation. Les changements portent à la fois sur la structure de la classification et les descriptions cliniques des troubles mentaux. De plus, elle fait apparaître de nouveaux troubles qu'on ne trouvait pas dans la CIM 10. La CIM 11 regroupe les troubles mentaux par chapitres, désignés par une lettre. Les troubles mentaux représentent 20 chapitres (A à V). Il existe un changement pour la pathologie qui nous intéresse, regroupée sous l'appellation "*troubles bipolaires et troubles connexes ou apparentés*" et il existe désormais deux chapitres distincts pour décrire les troubles bipolaires et les troubles dépressifs, le chapitre C pour les TB (qui sépare les TBI des TBIII et comprend six catégories) et le chapitre D pour les troubles dépressifs (Tableau 5). De plus, *l'épisode maniaque*, disparaît alors qu'apparaît un épisode dépressif modéré avec symptômes psychotiques dans les nouvelles catégories. On voit également apparaître une catégorie précisant le caractère saisonnier, les cycles rapides ou les troubles en rémission partielle.

Tableau 5

Chapitre C dans la CIM 11

Chapitre C	Troubles bipolaires et troubles connexes
C00	Troubles bipolaires I
C01	Troubles bipolaires II
C02	Trouble cyclothymique
C03	Troubles bipolaires associés à une autre affection médicale
C04	Trouble de l'humeur dû à un abus de substance
C05	Trouble bipolaire non classé ailleurs

Spécifier

Episode actuel ou le plus récent maniaque
Episode actuel ou le plus récent hypomaniaque
Episode actuel ou le plus récent dépressif

- Avec caractéristiques mixtes
- Avec caractéristiques psychotiques
- Avec caractéristiques catatoniques
- Avec cycles rapides
- Avec risques suicidaires
- Avec anxiété légère à sévère
- Avec caractère saisonnier
- Avec début au cours du post-partum

A noter que "La Classification française des troubles mentaux" publiée en 1956 par l'Inserm (Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale) se résumait à une simple nomenclature. Elle sera remplacée définitivement en 1994 par la CIM-10 (Pull, 2014).

1.1.2 Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM)

Le DSM (en anglais, *Diagnostic and Statistical of Mental Disorders*) repose sur quatre principes. Il se doit de permettre l'objectivité, remplace la notion de maladie mentale par le concept de troubles mentaux, propose un système de classification multiaxial et impose la nécessité de retrouver obligatoirement certains symptômes chez le patient pour poser le diagnostic. C'est ce que l'on appelle les critères nomothétiques en opposition aux symptômes polythétiques qui sont non obligatoires mais qui peuvent se retrouver chez certains malades (Fouchey, 2012).

Le DSM III

Dans ce manuel datant de 1980, on abandonne l'ancienne dichotomie "*psychose-névrose*" et on cherche des caractéristiques communes pour classer les troubles mentaux. Les critères diagnostiques sont reconnaissables et observables sans aucune ambiguïté. Les troubles bipolaires se retrouvent regroupés dans la catégorie "*troubles affectifs*" qui sont classés en fonction de leur sévérité, de leur polarité et de leur durée et subdivisés selon qu'ils sont un trouble affectif majeur, un autre trouble affectif spécifique ou un trouble atypique. (Pull, 2014).

Le DSM III-R

Cette édition révisée en par l'AAP a été publiée en 1987. Elle modifie la terminologie, les critères diagnostiques, la hiérarchisation par souci de cohérence et de clarté. Les changements sont significatifs. Six catégories sont supprimées et les autres refondées.

Comme dans le DSM III, on retrouve les troubles bipolaires associés aux troubles dépressifs. De la même façon, on retrouve les troubles bipolaires associés aux troubles dépressifs mais la terminologie "*troubles affectifs*" est remplacée par celle de "*troubles de l'humeur*". Les troubles sont organisés en fonction de leur polarité, d'un côté les troubles bipolaires et de l'autre les troubles dépressifs. Les troubles bipolaires sont divisés entre les troubles bipolaires, la cyclothymie et les troubles bipolaires non spécifiés. Les troubles dépressifs sont classés soit en dépression majeure, soit en dysthymie, soit en trouble dépressif non spécifié. La sévérité de la maladie est prise en compte et les épisodes sont classés selon leur degré de gravité (léger, moyen ou sévère) (Pull, 2014).

Le DSM IV

Cette quatrième édition datant de 1994 répertorie 410 troubles psychiatriques. On retrouve dans le DSM IV, "*les troubles de l'humeur*" avec les troubles maniaques et les troubles dépressifs. Cette version classe les syndromes en cinq axes définis comme suit :

- Axe I, les troubles majeurs cliniques ;
- Axe II, les troubles de la personnalité et le retard mental ;
- Axe III, les affections médicales générales ;
- Axe IV, facteurs psychosociaux et environnementaux ;
- Axe V, évaluation globale et fonctionnement.

L'évaluation du fonctionnement global de l'individu peut être réalisée à l'aide d'une échelle qui va de 10 à 100. On porte un diagnostic principal qui peut être complété par d'autres diagnostics sur plusieurs axes.

Les troubles sont codés à l'aide de 5 chiffres notés "XXX.xx" (Annexe 7, p.173). On peut ainsi indiquer la catégorie choisie sur un axe (la lettre et les deux premiers chiffres) que l'on complète par un quatrième chiffre qui représente la temporalité (unique, récurrent...), le cinquième chiffre qualifiant la sévérité du trouble (léger, modéré, sévère).

Les troubles de l'Axe I incluent la dépression et le trouble bipolaire. Les troubles bipolaires sont organisés en TB I avec six sous divisions et le TBII correspond quant à lui à un trouble constitué d'au moins un épisode dépressif majeur et d'au moins un épisode hypomaniaque sans antécédent d'épisode maniaque.

Tableau 6

Troubles bipolaires dans le DSM IV et DSM-IV-TR14, (Bourgeois, 2007)

F31	Troubles bipolaires
F3x.x [296.xx]	Troubles bipolaires I
F30.x [296.0x]	Episodes maniaques isolés
F31.8 [296.89]	Troubles bipolaires II
F34.0 [301.13]	Trouble cyclothymique
F31.9 [296.80]	Troubles bipolaires non spécifié
F06.3x [293.83]	Trouble de l'humeur dû à une affection médicale générale
F1x.8 [xx.xx]	Trouble de l'humeur induit par une substance
F39 [296.90]	Trouble de l'humeur non spécifié

Spécifier

Episode le plus récent hypomaniaque
Episode le plus récent maniaque
Episode le plus récent mixte
Episode le plus récent dépressif
Episode le plus récent non spécifié

- Avec caractéristiques psychotiques
- Avec caractéristiques catatoniques
- Avec cycles rapides
- Avec cycles saisonniers
- Avec début au cours du post-partum

Le DSM IV-TR

Ce manuel révisé est paru en France en 2004. Il apporte simplement quelques corrections mais ne modifie plus les critères diagnostiques de la classification.

Le DSM V

Publiée en 2013, la version française est sortie en juin 2015. On trouve dans ce manuel de nombreuses différences. Les caractéristiques diagnostiques, la prévalence, l'évolution des troubles y sont décrits ainsi que les facteurs de risques, la comorbidité, le diagnostic différentiel. L'organisation des chapitres est prévue pour être compatible avec la CIM 11 et elle est très différente de celle du DSM IV. Cette nouvelle version va plus loin que la précédente, on y cote désormais les symptômes selon une échelle de sévérité qui devrait permettre d'affiner le diagnostic. De plus, on voit apparaître de nouveaux troubles : au total, 297 y sont recensés. On peut y voir des efforts pour aider au diagnostic des troubles de l'humeur et éviter de positionner de trop nombreux patients dans la catégorie "fourre-tout" des "*troubles de l'humeur non spécifiés*". Les TB représentent une catégorie différenciée et non plus un chapitre.

¹⁴Tableau p. 19

La catégorie "*épisode mixte*" est remplacée par celle "*avec éléments de mixité*" et permet de catégoriser aussi bien un épisode dépressif que maniaque ou hypomaniaque (Guelfi, 2016).

La description du TBII fait ressortir l'importance et la gravité de ce trouble plus clairement que dans le DSM IV.

Le critère A est élargi pour l'épisode maniaque (exaltation de l'humeur et une augmentation de l'activité et de l'énergie) (Calvet & Clément, 2014). Ces nouveaux critères diagnostiques sont détaillés en annexe (Annexe 2, p.167; Annexe 5, p.169).

Certains auteurs critiquent déjà cette nouvelle classification notamment pour les dépressions mixtes, dans lesquelles l'approche du DSM V manque, pour eux, de cohérence clinique et reste finalement difficile à appliquer (Bertschy, 2015).

1.1.3 Autres appellations du spectre bipolaire utilisées hors DSM V

Certains praticiens et auteurs n'utilisent pas le DSM actuel pour définir le spectre bipolaire. On retrouve alors, à côté des trois classes du DSM V, cinq dénominations différentes pour les malades bipolaires (type 1 à 5) définies par des caractéristiques cliniques spécifiques (Cf. tableau 7).

On distingue ainsi :

- Le trouble bipolaire de type I

C'est la forme la plus fréquente et typique de la maladie, caractérisée par une alternance de phases maniaques et dépressives, entrecoupées par des intervalles dits libres (sans manie ni dépression). La maladie commence souvent par un épisode maniaque suivi ensuite par une période dépressive. Dans cette phase maniaque, le patient se sent tout puissant et laisse libre expression à tous les excès, achats compulsifs et démesurés, chèques sans provisions, besoin exacerbé de sexe... L'énergie est débordante et la personne fait preuve d'hyperactivité et de surexcitation intenses dans ses propos et dans ses actes. Les pensées et les paroles peuvent ne pas être cohérentes et le patient peut se mettre soudainement en colère et même être violent voire dangereux. Cette phase maniaque est généralement suivie d'un épisode dépressif. Le patient bipolaire est angoissé, dépressif avec des idées noires et ralenties, des difficultés de concentration. Sans envie, son sommeil et son appétit sont modifiés. Il présente tous les symptômes d'un épisode dépressif majeur. Le suicide, dans ce cas-là, est la complication la plus grave et fréquente.

- Le trouble bipolaire de type II

Cette forme de la maladie est caractérisée par l'alternance de phases de polarité opposée moins prononcées que dans le type 1. La personne souffre ici d'hypomanie qui est une forme plus légère de manie et d'une dépression plus modérée. Le patient est toujours très actif mais dans une moindre mesure que dans le type 1. Les idées sont riches et nombreuses, la personne est en pleine forme et ne se sent pas malade, raison pour laquelle elle décide parfois d'arrêter son traitement parce qu'elle ne se sent pas malade ou qu'elle apprécie d'être dans cet état. Après une période libre de symptômes, l'état dépressif peut subvenir, toutefois moins intensément que dans le type 1.

- Le trouble bipolaire de type III

Ce type de trouble bipolaire est assez proche de celui décrit dans le type 2. Toutefois cet état est consécutif et déclenché par la prise d'antidépresseurs ou l'absence de traitement. Ce patient peut présenter des troubles maniaques alors qu'il est en phase dépressive, il faut être très attentif aux traitements pour régulariser son état. Il faut donc penser à cette forme de la maladie lorsque les épisodes sont induits pharmacologiquement et en cas d'épisodes dépressifs récurrents.

- Le trouble bipolaire type IV

Encore plus difficile à cerner, ce type de trouble bipolaire se rapproche du type 2 dans la mesure où l'on observe des phases successives de polarités opposées avec des intervalles très rapides. L'intensité est tellement faible que la maladie est très difficile à diagnostiquer. Les personnes peuvent varier d'humeur de façon intense dans la même journée, ce qui est extrêmement invalidant. Ces personnes sont très instables, difficiles à vivre et s'intègrent difficilement dans la société.

- Le trouble bipolaire de type V

Cette forme de trouble bipolaire est encore moins évidente à repérer que le type 4. Les patients atteints sont des personnes extrêmement actives et productives, souvent avec des postes à responsabilités. Toujours surexcitées, leur hyperactivité peut les conduire au *burnout*. Ces personnes ne sont pas diagnostiquées tout de suite mais, souvent, finissent par faire une dépression profonde qui s'avère être une dépression bipolaire.

Tableau 7

Caractéristiques cliniques des autres appellations des troubles bipolaires¹⁵

Caractéristiques cliniques	
Bipolaire I	MD
Bipolaire II	Dm
	Manie
Bipolaire III	Hypomanie pharmacologique
	Pas d'épisodes spontanés
Bipolaire IV	Personnalité cyclothymique md
Bipolaire V	Histoire familiale de bipolaires
	Sans symptômes personnels significatifs

Notes. D = dépression majeure ; d = dépression mineure ou sub-syndromique ; M = manie ; m = hypomanie

1.2 Épidémiologie des troubles bipolaires

L'épidémiologie des TB permet d'évaluer leur fréquence. Deux indicateurs servent à la mesurer, la mortalité et la morbidité.

La mortalité par suicide s'élevait en France en 2009 à environ 11 000 suicides par an (Rouillon, 2009) mais des études plus récentes donnent le chiffre de 15 000 suicides par an. Cette mortalité très importante montre que l'espérance de vie des patients présentant des troubles psychiatriques est inférieure à celle de la population générale. Lorsqu'on parle de morbidité, il faut prendre en compte les deux indicateurs que sont la prévalence et l'incidence. La prévalence représente le nombre de sujets malades à un moment donné ou durant une période déterminée (par exemple, à six mois, un an ou la vie entière) divisé par l'effectif de la population. On peut résumer la prévalence des troubles bipolaires à la proportion des personnes d'une population qui présente ces troubles à un moment donné, que ce soit des cas nouveaux ou plus anciens. L'incidence est quant à elle la mesure du nombre de nouveaux cas dans la population à un instant donné¹⁶ (Eupati, 2015).

Les TB sont une maladie très fréquente. Leur prévalence, est estimée à environ 2,4 %, ce chiffre étant équivalent aux États-Unis, en Europe et en Asie. En France, les troubles bipolaires touchent 1 % à 1,5 % de la population générale. C'est une valeur médiane car la prévalence varie en fonction du type de troubles et des études. Aux États-Unis, deux grandes études ont été réalisées, la NCS (*National Comorbidity Survey*) et l'ECA (*Epidemiologic Catchment Area*) dans lesquelles on retrouve le taux de 1 à 1,5 % de patients souffrant de troubles bipolaires dans la population générale. Dans bon nombre des études, l'appréciation des troubles de l'humeur se fait à l'aide du questionnaire MDQ (*Mood Disorder Questionnaire*)

¹⁵ D'après le tableau 2.II p.12 (Bourgeois et al., 2014).

¹⁶ <https://www.eupati.eu/fr/pharmaco-epidemiologie/concepts-epidemiologiques-incidence-et-prevalence/>

(Hirschfeld et al., 2003) (Annexe 12, p. 183) ou selon les critères du MINI (*International Neuropsychiatric Interview*), (Akiskal et al., 2006). Plus précisément, d'après l'étude Montra (citée par Llorca et al., 2013), la prévalence du TB de type I est de 0,4 à 1,6 % (présence d'au moins un épisode maniaque ou mixte) et celle du TB de type II est de 0,5 % (présence d'au moins un épisode hypomaniaque associé à au moins un épisode dépressif majeur). Les NOS (*not otherwise specified*) ou formes sub-syndromiques ont une prévalence d'environ 1,4%. Une autre enquête, Bipolact Impact, portant sur 9000 patients et menée chez le médecin généraliste, révèle une fréquence de l'ordre de 3,7% (Rouillon et al., 2009).

Aujourd'hui, il existe en France environ 900 000 malades atteints de TB de type I et 2 400 000 souffrants de TBI et TBII. Si on inclut tous les types de la maladie et les troubles apparentés (formes sub-syndromiques), cela touche près de 7 % de la population (Amado, 2016). Les TB semblent plus fréquents chez les personnes nées depuis 1930-1940 (Rouillon, 2009).

A noter que cette maladie atteint aussi bien les hommes que les femmes et que l'origine ethno-culturelle ne l'influence pas. Les femmes semblent toutefois présenter plus d'épisodes dépressifs. Les TB touchent plutôt les adultes jeunes et deviennent récurrents. Il existe néanmoins quelques différences quant à l'âge du début des troubles, l'évolution et la réponse au traitement. Si la pathologie débute généralement entre 15 et 24 ans, il existe néanmoins des formes juvéniles ou tardives. En règle générale, l'âge moyen de début est de 18 ans pour le TBI, de 20 ans pour le TBII et de 22 ans pour les formes sub-syndromiques. Dans 90 % des cas, un premier épisode est toujours suivi d'autres épisodes, le plus souvent la première rechute intervient au cours des deux premières années suivant le premier épisode. Les rechutes sont constituées dans 70 % des cas de troubles dépressifs avec un ratio de 2,4 épisodes dépressifs pour un épisode maniaque, hypomaniaque ou mixte (HAS, 2014). L'évolution du trouble est donc constituée par une succession d'épisodes et de rechutes, même sous traitement.

Nous observons que la maladie est souvent diagnostiquée tardivement et sous-évaluée. Les erreurs de diagnostic représentent environ 30 % en France, allant même jusqu'à 60 % en Espagne et aux États-Unis (Fajutrao et al., 2009). On estime, en moyenne, à huit ans le temps qui s'écoule entre la première consultation et le diagnostic exact. Pour 35 % des malades le diagnostic n'est posé qu'après 10 ans (Hantouche et al., 2003). Les patients voient souvent plusieurs médecins avant que le bon diagnostic soit établi, 60 % d'entre eux sont fréquemment "étiquetés" comme souffrant d'un épisode dépressif majeur. Or, plus la prise en charge se fait attendre et plus la maladie s'aggrave. Ainsi, le risque suicidaire augmente, le recours aux soins

et le nombre d'hospitalisations également. Les conséquences négatives financières ou professionnelles sont aussi majorées.

Il faut savoir que le diagnostic du trouble bipolaire est difficile à établir, d'autant plus qu'il est souvent associé à des co-morbidités. On ne diagnostique qu'avec retard les TB chez les jeunes ou chez les adolescents et notamment les phases maniaques. En effet, les troubles se présentent parfois de façon atypique (Conus & McGorry, 2005). Dans certains cas, on ne retrouve pas chez ces jeunes de signe classique de la maladie, tels que l'euphorie ou les idées de grandeur mais on observe à la place de l'irritabilité, des troubles du sommeil ou un excès d'énergie qui peuvent être mis sur le compte d'une "crise de jeunesse", ce qui aboutit à une erreur ou à un retard de diagnostic. Les retards de diagnostic peuvent également être dus au fait que les patients consultent rarement lorsqu'ils sont en phase maniaque. Ils se sentent bien et certainement pas malades et vont eux-mêmes retarder le fait qu'un médecin pose un diagnostic précoce. Ce délai va avoir un effet délétère sur le développement psychosocial du sujet, "sensibiliser" la personne, induire plus facilement les rechutes (*kindling*), favoriser l'apparition des cycles rapides et la prise d'un traitement non adapté (Conus & McGorry, 2005).

Outre le fait que les troubles bipolaires sont une maladie des plus coûteuses au niveau mondial, on note des conséquences familiales et professionnelles importantes, une désinsertion, un bas niveau socio-économique, un isolement social, une mauvaise qualité de vie, un risque judiciaire majoré et un taux élevé de mortalité. Au niveau professionnel, les patients observent souvent une dégradation de leur statut professionnel, de nombreux arrêts maladie et des relations difficiles au travail. Les patients bipolaires sont pour la plupart divorcés ou séparés ou ne se sont jamais mariés. Le risque de divorce est multiplié par trois. Lorsque la personne est en phase maniaque, la désinhibition qui en résulte la conduit parfois à des agressions physiques ou verbales, des dépenses inconsidérées ainsi que des actes criminels surtout s'il existe une comorbidité addictive (alcoolique ou toxicomaniaque). Il convient donc de souligner la détresse de l'entourage familial des malades.

1.3 Étiologie des troubles bipolaires

Les causes des troubles bipolaires sont multifactorielles et résultent d'un dysfonctionnement au niveau du système central (Henry & Gay, 2001). Nous savons qu'il existe un déterminisme génétique et que certains facteurs sont prédictifs de ce trouble comme la mauvaise qualité de vie, un développement psycho affectif perturbé, certains traits de personnalité ainsi que les facteurs environnementaux. Lorsqu'un des parents est atteint d'un trouble bipolaire, le risque d'atteinte d'un enfant s'élève à 20 % et si les deux parents sont atteints

alors le risque avoisine les 50 à 60 %. Les difficultés de vie et les facteurs de stress sont autant de facteurs pouvant favoriser ou précipiter les récives. C'est la théorie du "*kindling*" développée par Post qui suggère un "emballement de la maladie" (Rouillon, 2009; David, 2016)¹⁷. Même s'il touche toutes les catégories sociales, le pronostic est nettement plus défavorable dans les milieux défavorisés. La recherche s'attache aujourd'hui aux études en biologie moléculaire pour identifier des gènes de vulnérabilité et des gènes concernés par la neurotransmission sérotoninergiques (Henry & Gay, 2004). Des médicaments, des toxiques, des privations de sommeil excessives, des facteurs psycho-sociaux comme le stress, la perte d'un proche ou des déménagements peuvent aussi être responsables d'accès maniaques ou précipiter une rechute. La littérature relate aussi que le manque de soutien social et en général des relations interpersonnelles de mauvaise qualité peuvent induire des rechutes et une rémission plus courte (Hamdani & Gorwood, 2006).

1.4 Évolution des troubles, pronostic et co-morbidités associées aux troubles bipolaires

1.4.1 Le risque suicidaire

En France, le suicide est la deuxième cause de mortalité pour les sujets de 15 à 44 ans, ce qui représente un décès toutes les 40 minutes. Malheureusement, notre pays se situe bien au-dessus de la moyenne européenne car il occupe la 7ème place sur 27 pays¹⁸.

On estime que 33 % des patients souffrant de troubles bipolaires ont déjà fait au moins une tentative de suicide et, en règle générale, le risque suicidaire est 15 fois plus élevé chez ces malades que dans la population générale. Cette pathologie psychiatrique est celle dans laquelle on observe le plus de tentatives de suicides. Ainsi, le taux de suicide chez les patients bipolaires se situe entre 15 et 20 % avec une forte proportion de personnes faisant des tentatives et 82 % des malades ont des idées suicidaires. Les études rapportent que 25 à 60 % des patients feront au moins une tentative de suicide et 20 % en mourront. Dans la population générale, le sex-ratio pour le nombre de tentatives de suicides est de trois femmes pour un homme (Walter & Genest, 2006) et pour les suicides de trois hommes pour une femme. Pour les décès par suicide chez les patients bipolaires, le sex-ratio est de 1/1 (Haustgen, 2013). De plus, il apparaît que le risque suicidaire est d'autant plus élevé que le nombre d'épisodes est fréquent (Maron & Vaiva, 2012).

¹⁷"Kindling Effect on Bipolar Disorder "

¹⁸ https://www.fondation-fondamental.org/sites/default/files/etude_sante_mentale_institut_montaigne_fondamental_2014_1.pdf
(Montaigne, 2014)

Il est à noter que le suicide n'est pas la seule cause de mortalité chez ces patients car ils présentent notamment en phase maniaque des conduites à risque qui impliquent de nombreux accidents souvent mortels. Aujourd'hui encore, malgré des campagnes de prévention, on totalise en France près de 12 000 décès par suicide par an, même si ces chiffres sont inférieurs à ceux des années 1990 grâce notamment à une meilleure prise en charge des malades. Les jeunes adultes et les adolescents ne sont pas épargnés, le suicide étant la première cause de mortalité chez cette catégorie d'individus.

Des facteurs de risques différents d'un patient à l'autre interviennent dans ce processus. Des traits de caractères particuliers peuvent prédisposer au suicide. Le stress, une vulnérabilité spécifique du malade (mauvais traitements subis), des antécédents familiaux, la dégradation des conditions de vie, les problèmes de travail ou financiers, le type même de la maladie... sont autant de facteurs de risque qui peuvent amener la personne à se suicider. L'héritage familial semble également jouer un rôle important dans les facteurs de risque suicidaire indépendamment du fait que la bipolarité majeure à elle seule le risque de suicide. Il semble que comparativement à des malades bipolaires n'ayant pas d'antécédents personnels ou familiaux, ceux qui ont un tel héritage ont plus de risque de faire une tentative de suicide. Des études sur la génétique moléculaire semblent conforter ce constat et mettent en évidence des gènes responsables de cette vulnérabilité (Leboyer, 2005).

En résumé, face à un patient bipolaire, il convient de vérifier l'existence de facteurs de risque suicidaire tels que des antécédents de tentative de suicide, des antécédents familiaux, des idées suicidaires et de noter si le malade présente d'autres troubles associés de la personnalité, un abus d'alcool ou de toxiques. Il faut aussi vérifier la présence d'éléments psychotiques, d'impulsivité, d'insomnie rebelle ou d'agitation. Enfin, il est nécessaire de s'assurer que le patient ne vit pas dans l'isolement et qu'il prend bien son traitement car la mauvaise observance du traitement est ici un facteur qui aggrave le risque suicidaire.

1.4.2 Les comorbidités physiques

Au niveau des comorbidités physiques, chez les patients souffrant de TB, on retrouve de nombreux accidents cardio-vasculaires ainsi que l'aggravation d'autres maladies qui diminuent l'espérance de vie des malades (EDV), (Rouillon, 2009). Dans toutes les études, on retrouve ainsi des troubles cardio-vasculaires, de l'hypertension artérielle, des troubles métaboliques et endocriniens, du diabète et de l'obésité mais on observe aussi des maladies infectieuses, des problèmes respiratoires, des troubles neurologiques (McIntyre et al., 2008). L'EDV des patients bipolaires est donc fortement diminuée par rapport à la population générale

en raison notamment d'affections cardiovasculaires et métaboliques très fréquentes (Roshanaei-Moghaddam & Katon, 2009), responsables d'une surmortalité (Taylor & MacQueen, 2006). Corruble, (2008) évoque des modifications de la coagulation ou l'augmentation du tonus sympathique chez les patients bipolaires pour expliquer cette surmortalité. Sur le plan métabolique, les patients bipolaires souffrent plus de diabète de type 2 que la population générale avec une prévalence de 10 à 25% plus élevée que dans la population générale (Masson et al., 2014). On notera aussi des problèmes de surpoids, une dysthyroïdie, L'espérance de vie représente la durée de vie que peut atteindre en moyenne un individu en fonction du taux de mortalité à un âge donné (Sentissi, 2007). En 2006, l'EDV, pour la population générale, était de 76,8 ans pour les hommes et de 83,7 ans pour les femmes. Elle ne cesse d'augmenter malgré un fléchissement observé pour la première fois depuis 1969. En 2015, l'EDV a baissé respectivement de 0,3 an et 0,4 an pour atteindre 78,9 ans pour les hommes et 85 ans pour les femmes (INSEE, 2016). Selon un rapport de l'OMS, l'EDV de patients souffrants de TB serait diminuée de 10 ans (Sentissi, 2007).

D'autres comorbidités sont également associées au TB comme le syndrome métabolique. Ce syndrome ne constitue pas une maladie en soi mais un ensemble d'éléments qui augmentent le risque de survenue d'un diabète de type II et de maladies cardiovasculaires¹⁹. C'est actuellement un problème de santé publique et, pour certains auteurs, ce syndrome expliquerait chez le bipolaire l'augmentation de la morbi-mortalité cardiovasculaire (Eckel, Grundy, & Zimmet, 2005; Lakka, et al, 2002). Corruble, cite le travail de Taylor qui fait un lien entre mortalité précoce chez les bipolaires et syndrome métabolique (Taylor & MacQueen, 2006).

Il est à noter qu'une évolution de la maladie elle-même constituée par l'apparition de cycles rapides (plus de quatre épisodes par an), la présence de troubles psychiatriques associés ou l'apparition d'addictions multiples, s'ils ne sont pas traités, nuisent gravement au pronostic de la maladie (Leguay, 2006).

On décrit aussi chez ces malades des troubles du sommeil, des migraines et des allergies (Calabrese et al., 2003). Les associations entre TB et migraine et TB et épilepsie ont fait l'objet de nombreuses études. Le lien entre les TB et les migraines est clairement avéré, la prévalence des migraineux est plus importante chez les malades bipolaires que dans la population générale (Guillem et al., 1999; Masson et al., 2014). De même, concernant l'épilepsie, la prévalence varie entre 0,1 et 5% (Masson et al., 2005). Will (2008), dans sa revue de littérature, confirme que

¹⁹ Selon la définition de l'OMS, le syndrome métabolique se définit par la survenue d'au moins trois des cinq symptômes suivants : surpoids avec obésité abdominale, hyperlipidémie, HTA, glycémie élevée, hypertriglycéridémie.

les patients épileptiques ont une comorbidité psychiatrique importante constituée en particulier de TB.

Les patients bipolaires se plaignent également souvent de douleurs importantes et récidivantes (Olié & Courtet, 2013), avec une fréquence plus élevée que dans la population générale (Hansell, 1990).

Il est à noter que la mortalité due à ces comorbidités est plus élevée chez les patients atteints de TB que les patients souffrant de troubles unipolaires (Roshanaei-Oghaddam & Katon, 2009).

Il apparaît donc que la plupart des décès chez les patients atteints de TB, outre les suicides et les accidents, sont dus à des comorbidités somatiques (Roshanaei-Moghaddam & Katon, 2009). Mais il ne faut pas oublier que pour tous ces patients, la qualité de vie est dégradée de façon importante et que leur prise en charge est particulièrement délicate.

Mais le chapitre des comorbidités ne s'arrête pas là car il existe malheureusement d'autres troubles qui coexistent avec la bipolarité.

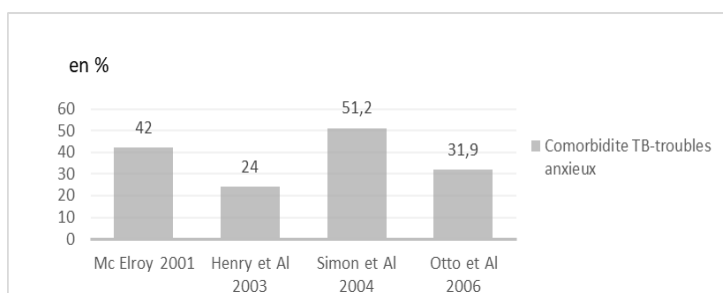
1.4.3 Les comorbidités psychiatriques

Slama affirme que 90% des patients bipolaires présenteront au cours de leur vie un autre trouble psychiatrique (Slama, Étain, & Henry, 2014). On retrouve ainsi pour 65% des patients un trouble psychiatrique associé, pour 42 % d'entre eux au moins deux et pour 24% de malades, trois affections psychiatriques durant leur vie (McElroy et al., 2001). Depuis 1993, les principales études sur la comorbidité psychiatrique montrent que les troubles anxieux sont fortement représentés ainsi que l'abus de substances.

Il semble que ce soit les troubles anxieux qui influencent négativement le devenir du malade, sa qualité de vie et compliquent sa prise en charge. Il peut s'agir d'un ou plusieurs troubles anxieux caractérisés voire de formes sub-syndromiques qui méritent aussi une prise en charge sérieuse. Ce chiffre est confirmé par une étude américaine de la NCS (*National Comorbidity Survey*) qui montre que la fréquence de survenue de pathologies anxieuses sur une vie entière avoisinent les 90% des patients atteints de TB (Cazard & Ferreri, 2013).

L'étude STEP-BD (*Systematic Treatment Enhancement Program for Bipolar Disorder*) (Bowden et al., 2012) montre que 31,9% des patients (1000 malades bipolaires TBI et TBII) souffrent d'un trouble anxieux. Les phobies sociales (PS) et les troubles anxieux généralisés (TAG) sont les pathologies les plus représentatives. Ces chiffres impactent négativement le devenir du patient en induisant un retard pour leur rémission, en favorisant la survenue des décompensations thymiques qui interviendront plus rapidement, en altérant à la fois la qualité de vie et le fonctionnement du malade (Slama et al., 2014). De nombreux travaux ont étudié la

comorbidité entre les TB et les troubles anxieux, la figure ci-dessous montre l'importance de la présence de ces troubles quels que soient les études et les auteurs.



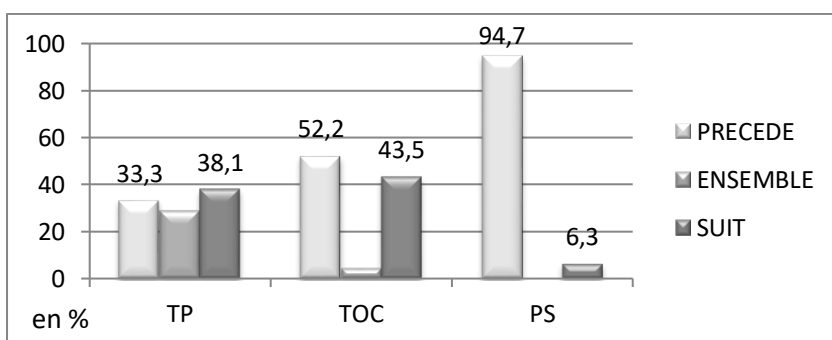
Notes. TB= trouble bipolaire

Figure 1

Études de la comorbidité des troubles bipolaires et anxieux (Slama, Étain, Desage, et Leduc, 2014)

Le trouble panique (TP) est la pathologie comorbide la plus fréquente chez les patients bipolaires (McElroy et al., 2001). Le TP est plus représenté chez les patients présentant des épisodes dépressifs ou mixtes et est également plus élevé chez les patients présentant un TP à cycles rapides (Dilsaver et al., 1997). On observe aussi, lors des phases hypomaniaques, une augmentation des attaques de panique. Des auteurs suggèrent qu'il existe aussi une vulnérabilité génétique dans le TP comme dans le TB et en cause le chromosome 18 (MacKinnon et al., 1998). Ils rapportent que dans 66% des cas, le TP précède le TB, l'inverse n'étant présent que dans un tiers des cas (Slama et al., 2014).

Quant à la phobie sociale (PS), elle précède dans plus de 90% des cas le TB (Perugi et al., 2001) et les symptômes d'anxiété et d'inhibition sociale vont diminuer à l'occasion d'une décompensation maniaque (Perugi et al., 2001), (Cf. figure 2).



Notes. TP= trouble panique ; TOC= trouble obsessionnel compulsif ; PS= phobie sociale

Figure 2

Relation temporelle des comorbidités anxieuse chez les patients bipolaires (Perugi et al., 2001)²⁰

²⁰ Figure d'après le tableau 1 p. 203

En ce qui concerne le trouble anxieux généralisé (TAG), il est très délicat de faire la distinction ses manifestations et les symptômes anxieux chez des patients atteints de TB. Toutefois, on a observé une corrélation élevée entre des patients atteints d'un TBII et traités également pour un TAG (Angst et al., 2009) et cela de façon plus importante que pour ceux souffrant d'un trouble unipolaire (Simon, 2009). On admet donc qu'il existe un lien entre troubles de l'humeur et TAG avec une hypothèse probable de vulnérabilité génétique dans les deux cas (Cazard & Ferreri, 2013).

Les troubles obsessionnels compulsifs (TOC) sont plus présents chez les patients présentant des manies dysphoriques que chez les patients souffrant de troubles euphoriques (McElroy et al., 1995). La mortalité suicidaire s'en trouverait augmentée (Krüger et al., 1995). D'après l'enquête ECA (*Epidemiological Catchment Area*) du *National Institute of mental Health* (MIMH) incluant 20291 personnes, la prévalence de ce trouble sur la vie entière chez les patients bipolaires est nettement supérieure à celle de la population générale. Les chiffres sont respectivement de 21% et de 2.5% (Slama et al. 2014). Il est clair, devant ces résultats, que cette comorbidité vient compliquer le devenir et la prise en charge de ces malades.

Les chiffres de prévalence de l'état de stress post-traumatique (ESPT) sont moins élevés que ceux des autres troubles anxieux mais si le chiffre n'est que de 16% dans la méta analyse de Otto (Simon et al., 2004), il représente néanmoins le double des cas dans la population générale. Le sommeil est perturbé face à ce trouble anxieux et majore les effets délétères de la maladie sur celui qui en souffre.

La morbi-mortalité du TB est plus importante du fait d'une diminution de la résilience du patient dans les périodes dépressives ou d'une prise de risques excessive dans les moments maniaques (Slama et al. 2014).

Une autre comorbidité existe et complique les pathologies psychiatriques, c'est la consommation excessive de toxiques. On parle de comorbidités addictives. L'addiction est une dépendance²¹ plus ou moins aliénante vis-à-vis d'un produit (drogue, alcool, médicaments...) ou d'une pratique (jeu, internet...). Les substances dites psychoactives licites ou non comme l'alcool, le tabac ou la drogue nous intéressent ici plus particulièrement. Ces substances modifient le comportement, les humeurs et la perception de l'individu. Elles altèrent l'activité mentale et créent rapidement une dépendance avec des effets néfastes pour le consommateur. La dépendance est définie dans le DSM IV (Annexe 13, p.183), accompagnée de signes

²¹ La dépendance est installée quand la personne ne peut plus se passer de consommer, sous peine de souffrances psychiques et/ou physiques qui traduisent un état de manque (Fédération alcool assistance, 2016).

physiques (signes de tolérance ou de sevrage) ou non (pas de signes de tolérance ou de sevrage). Elle est également définie par l'OMS à l'aide des critères diagnostiques de la CIM 10 (Annexe 14, p.184).

Les abus²² de drogue et de substances, notamment d'alcool, sont particulièrement fréquents chez les patients bipolaires par rapport à la population générale. Blandin et Gordwood, (2014, p.273) affirment que "25% des patients bipolaires augmentent leur consommation d'alcool après un épisode maniaque et 15% après un épisode dépressif majeur". Grâce aux études réalisées auprès de la population générale, on a une idée précise de la prévalence de cette comorbidité (Le Strat, 2010). Le chiffre de la prévalence vie entière de l'abus ou dépendance à l'alcool chez les patients bipolaires serait de 3 à 4 fois supérieur à celui de la population générale et la prévalence vie entière des troubles de l'humeur chez les alcooliques dépendants est à peu près dix fois plus importante que celle de la population générale (Brousse et al., 2008).

L'apport d'études épidémiologiques importantes, telles l'ECA montrent un abus chez 56,1% de patients bipolaires contre 16,7% dans la population générale (Farmer, Rae, et al; Regier et al. , 1990). Ces résultats sont corroborés par l'étude NCS (*National Comorbidity Survey*) (Kessler et al., 1997) (Cf. Tableau 11). L'étude NESARC (*National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions*) rassemblant 43000 personnes a également montré que les patients atteints de TB sont les plus enclins à une dépendance à l'alcool (Blandin & Gorwood, 2014), (Cf. Tableau 8). Il est à noter une différence significative du risque entre les sujets qui sont dépendants et ceux qui sont abuseurs (*Odds ratio*)²³. Les raisons de ce contraste ne sont pas clairement identifiées (Le Strat, 2010).

Une autre étude européenne, l'ESEMeD, (*European Study of the Epidemiology of Mental Disorders*) (Alonso et al., 2004), souligne que les femmes bipolaires consomment souvent plus d'alcool que les hommes (Brady & Sonne, 1995). Les hommes bipolaires sont plus nombreux à consommer des substances mais les femmes présenteraient un risque plus important de consommation excessive d'alcool (Brousse et al., 2008). Il serait donc intéressant, comme suggère cet auteur, de rechercher systématiquement des signes d'un TB chez une femme présentant une dépendance ou abusant de l'alcool.

²² Abus : Usage à risque susceptible de provoquer des dommages (physiques, juridiques, sociaux...) pour le sujet et son environnement.

²³ L'odds ratio (OR), également appelé rapport des chances, rapport des cotes ou risque relatif rapproché, est une mesure statistique, souvent utilisée en épidémiologie, exprimant le degré de dépendance entre des variables aléatoires qualitatives.

Tableau 8

Comorbidité addictive sur l'année de sujets bipolaire selon l'étude NESARC (Blandin & Gorwood, 2014)

Addiction	Population générale (%)	Trouble bipolaire (%)	Odds ratio
Un trouble addictif	9.35	27.9	2.98
Un abus	5.28	7.6	1.44
Une dépendance	4.07	20.3	4.99
Addiction à l'alcool	8.46	23.8	2.81
Abus d'alcool	4.65	6.3	1.65
Dépendance alcool	3.81	17.5	4.59
Addiction drogue (illicite)	2	12.1	6.05
Abus drogue	1.37	5.3	3.87
Dépendance drogue	0.63	6.8	10.79

Note. L'odds ratio (OR), également appelé rapport des chances, rapport des cotes ou risque relatif rapproché, est une mesure statistique, souvent utilisée en épidémiologie, exprimant le degré de dépendance entre des variables aléatoires qualitatives.

Tableau 9

Prévalence vie entière des comorbidités additives, études NCS et ECA

Addiction	Etude NCS	Etude ECA Regier et al 1990	Troubles Bipolaires
	Population générale	Population générale	
Mésusage	-----	16.7	56
Abus	26.6	----	---
Dépendance	14	----	40
Mésusage alcool	6,4	13.5	44
Abus d'alcool	14.1	6	16
Dépendance alcool	6.1	8	28
Mésusage drogue (illicite)	4.4	6.1	34
Abus drogue	7.5	----	----

Le diagnostic de TB est souvent posé de façon tardive et qu'il est sous-évalué mais, à contrario, il serait surévalué chez les patients dépendants à une substance (Le Strat, 2010). Il n'en demeure pas moins vrai que la comorbidité des conduites addictives et du TB est réellement importante. Elle est sous-évaluée et sous-diagnostiquée et elle vient compliquer la prise en charge du malade et aggrave le pronostic de son trouble (Blandin & Gorwood, 2014). Les conséquences de ce double trouble sont importantes et multiples, puisqu'il diminue la

compliance et l'efficacité du traitement chez les patients bipolaires. De plus, il augmente le risque suicidaire et favorise les autres comorbidités (Kazour et al., 2011).

D'autres addictions que l'alcool touchent les malades bipolaires, le lien entre l'utilisation du cannabis et les troubles psychiatriques étant clairement établi. Le Bec et al. (2009) insistent ainsi sur l'existence d'un lien entre consommation de cannabis, schizophrénie et troubles psychiatriques. Le cannabis est la substance psychoactive actuellement la plus consommée dans le monde avec la cocaïne et l'alcool, 25% des malades bipolaires en consomment (Miller et al., 1989). En 2001, Sherwood et al. observent que les abus concernent respectivement 61% et 48% des patients atteints de TBI et TBII contre 6% dans la population générale, le cannabis représentant à lui seul 8 % et 22% des abus (Sherwood Brown et al., 2001). Cerullo et Strakowski (2007) dans une revue d'études, rapporte que 40% des patients atteints de TBI abusent de cannabis. La même observation est faite par Verdoux et al. (1996) qui ont montré que le pourcentage d'abus de cannabis est sensiblement le même.

En cas de comorbidité psychiatrique se pose souvent la question de l'ordre d'apparition des troubles. Selon bon nombre d'études, ce sont les troubles mentaux qui semblent précéder le mésusage de substances d'un mésusage de substances (Kessler et al., 2006). Dans leur étude prospective sur les dépendances alcooliques et les comorbidités psychiatriques, Sengelen et Nubukpo, (2013, p. 30), concluent que *"la grande majorité des troubles mentaux primaires débutent à l'adolescence, la durée médiane entre l'âge de début des troubles mentaux et addictifs se situe entre 5 et 10 ans"*. Ceci est confirmé par les différents travaux de Gessler et al. 1994 ; Kessler 2004, illustré par la figure ci-dessous

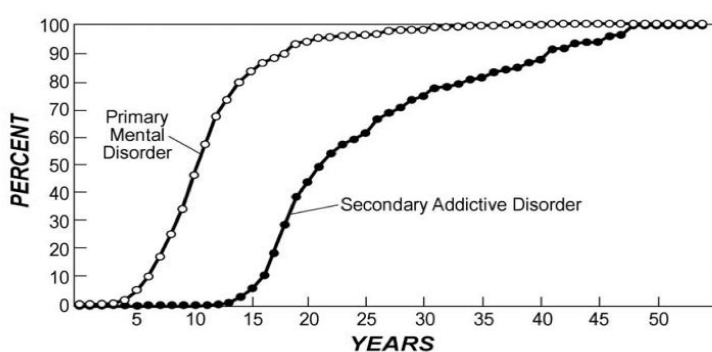


Figure 3

Distribution cumulée de l'âge de début des troubles mentaux chez les patients avec double diagnostic et trouble mental primaire (Kessler2004)²⁴

²⁴ D'après figure p. 31 (Sengelen & Nubukpo, 2013).

En revanche, nous observons aussi des troubles de l'humeur secondaires après usage du cannabis chez un nombre non négligeable de patients, 40% d'après Blandin (Blandin & Gorwood, 2014). Les observations de Patton sont confirmées par l'étude de Van Laar (2007) qui prouve qu'il existe un risque de développer un TB lorsqu'on consomme régulièrement du cannabis et qu'il est certain que cet usage précipite le trouble chez les sujets prédisposés et vulnérables. Si le patient est déjà bipolaire, la consommation de cannabis augmente la fréquence des cycles rapides et les épisodes maniaques (Van Laar et al., 2007).

Si on ne peut pas réellement savoir chez un patient si c'est son TB qui lui fait consommer des substances psycho-actives ou si ce sont ces substances qui ont précipité l'apparition du TB, il est clair que ces patients vont plus facilement consommer que les autres. Ils seront prédisposés à le faire et cet usage va influencer négativement le devenir de leur maladie. Il est donc nécessaire de traiter ces deux pathologies de façon spécifique.

Près de la moitié des patients bipolaires sont en surpoids ou obèses et peuvent aussi présenter des troubles de conduites alimentaires (TCA). Il n'est donc pas rare d'observer une comorbidité entre trouble bipolaire et TCA, surtout entre la boulimie et les TBII (Mury et al., 1995). Le lien entre TB et TCA est bien une réalité épidémiologique comme le montre la revue de littérature épidémiologique d'Amani et al. (2007). Plusieurs autres études concluent également à une forte corrélation entre TB et TCA (Hudson et al., 2007; McElroy et al., 2011, Wittchen et al., 1998). Mc Elroy et al. (2011), en examinant le lien évident entre les TCA et les troubles de l'humeur, a proposé des modèles théoriques dans lesquels des mécanismes physiopathologiques communs sont mis en évidence. On retrouve ainsi dans les deux pathologies une dérégulation de l'humeur et de l'alimentation ainsi que de l'impulsivité (McElroy, Phillips, & Keck, 1994). Dès les années 1990, on a remarqué l'existence d'une prévalence importante des TCA, largement supérieure à celle de la population générale, chez les patients bipolaires. D'après Schreck (2012), on passe de 3 à 5% dans la population générale à un taux de 9 à 27% pour le TBI et de 6 à 18% pour le TBII. On s'est aussi aperçu que les femmes bipolaires sont plus touchées par les TCA que les hommes, surtout en ce qui concerne l'anorexie et la boulimie. De plus, ces troubles commencent tôt, à l'adolescence, pour se stabiliser à l'âge adulte sauf pour le binge-eating qui perdure, comme le montre la figure ci-dessous (Hudson et al., 2007).

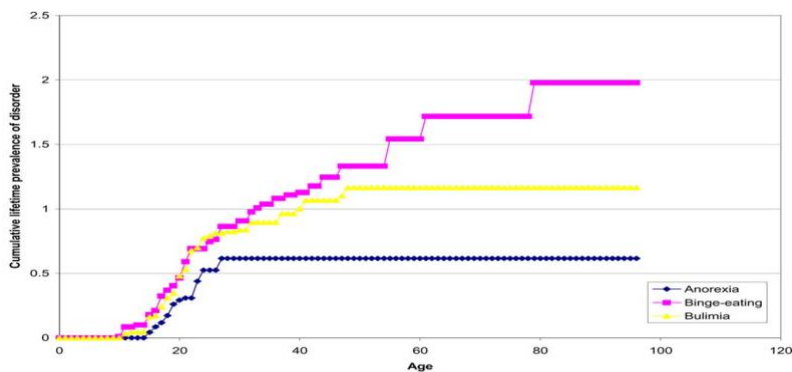


Figure 4

Distribution de l'âge du début des troubles (Hudson et al., 2007)²⁵

1.5 Coût des troubles psychiatriques et patients bipolaires

D'après l'OMS, les troubles mentaux touchent 450 millions de personnes dans le monde dont 20% d'enfants et d'adolescents et 38,2% d'Européens. En France, ce sont 12 millions de personnes qui sont touchées par ces troubles, c'est-à-dire un français sur cinq. L'OMS note que 5 maladies mentales sont présentes parmi les 10 principales pathologies du XXIème siècle, que leur coût est estimé à 109 milliards d'euros par an et qu'elles sont au 2ème rang des causes mondiales de handicap. Le montant des coûts directs et indirects s'élève à 240 milliards d'euros. La maladie mentale est, par ailleurs, la première cause d'invalidité et d'arrêts maladie de longue durée et la 2ème cause d'arrêt de travail. Il faut aussi noter que l'espérance moyenne de vie d'un malade psychiatrique est raccourcie de 9 ans et celle d'un patient bipolaire réduite de 30% (Leboyer, 2010). Les TB représentent la 6ème cause de handicap (Montaigne, 2014), ils se positionnaient en 2006, au 9ème rang des causes de handicap au même titre que la schizophrénie (Dardennes et al., 2006). D'après ces auteurs, *"une femme atteinte d'un trouble bipolaire ayant débuté à l'âge de 25 ans perd, en moyenne, 9 ans d'espérance de vie, 14 années de vie professionnelle active et 12 années de vie en bonne santé par rapport à une personne de la population générale, risque suicidaire exclu"* (Dardennes et al., 2006, p.19-20). Deux études Anglo-Saxonnes donnent les chiffres de 10 000 à 16 000€ pour le coût annuel de la maladie bipolaire. Les coûts indirects représentent 80 % de cette somme, l'hospitalisation seulement 15% et les médicaments 5 % (Dardennes et al., 2006).

²⁵ D'après le tableau 1 page 14 (Age-of-onset distributions for DSM-IV eating disorders)

C'est grâce aux données statistiques, à des estimations et à des extrapolations que de telles études sont possibles et il est plus facile d'établir un recueil des coûts directs que des coûts indirects. Il est également difficile d'apprécier finement l'impact réel médico-économique des TB car les études sont peu nombreuses, leur méthodologie dissemblable et les patients, selon les pays, ont des modalités de prise en charge différentes et des systèmes de soins particuliers (Pochard & Cléry-Melin, 2014). Au-delà de ces considérations, on peut quand même évoquer les invariants que sont les coûts globaux directs et indirects des TB.

Les coûts directs représentent le versant des soins, les médicaments, les hospitalisations. Les soins sont à eux seuls responsables de plus d'un quart des coûts directs alors que les médicaments représentent seulement 5 à 8% de la facture. Des coûts plus élevés se retrouvent dans des études qui prennent en compte les populations suivies dans des centres spécialisés ou des sujets handicapés. Ce sont bien évidemment les hospitalisations qui augmentent "la facture" même si le tarif de la journée d'hospitalisation est très différent d'un pays à l'autre. Les cas les plus sévères de TB se retrouvent à l'hôpital en service de psychiatrie (De Zelincourt et al., 2003) et ces patients contribuent à augmenter le coût global de la maladie. On estime ainsi que 20% des patients participent aux deux tiers des dépenses globales. Aux États-Unis, le prix d'une journée d'hospitalisation en psychiatrie est estimé à environ 780€ alors qu'en Angleterre, il n'est que de 360€ (Pochard & Cléry-Melin, 2014; Stensland et al., 2012). La prescription de thymo-régulateurs et le dépistage précoce de la maladie diminuent grandement les coûts en réduisant le nombre et la durée des hospitalisations. Mc Creadie (1986), estime ce bénéfice à 23 millions de livres sterling en Grande-Bretagne portant sur 40 000 patients sous lithium (Mc Creadie, 1987). Peselow et Fieve montrent une réduction du taux annuel d'hospitalisation de l'ordre de 70% dans une étude sur des patients traités au lithium (Peselow & Fieve, 1987). Ces exemples montrent bien que ce qui revient le plus cher est un traitement non adapté ou une prise en charge tardive. La mauvaise observance est aussi un facteur d'augmentation des coûts car elle favorise les rechutes. Or, cet effet est probablement surestimé dans les publications car les patients des études sont généralement plus compliants que les patient "de ville" (Pochard & Clery-Melin, 2014).

Les couts indirects sont très élevés car les TB nuisent gravement à l'insertion professionnelle. En effet, environ 50% des patients travaillent et seulement 16% à plein temps (Romans & McPherson, 1992). En Allemagne, seulement 30% des patients atteints de TB travaillent à plein temps (Dittmann et al., 2002). D'autres auteurs rapportent que le taux de chômage est quatre fois plus élevé parmi les patients atteints de TB que dans la population générale. De plus, ce taux est plus élevé que pour les patients unipolaires (Shippee et al., 2011).

Les arrêts de travail dépassent les 15 jours et sont trois à cinq fois plus nombreux que ceux de la population générale. On estime le nombre moyen de jours d'arrêt à deux mois pour un patient bipolaire contre un mois pour un unipolaire (Pochard & Clery-Melin, 2014).

2. Clinique des troubles bipolaires de l'adulte

Le trouble bipolaire (TB), trouble de l'humeur récurrent et pathologie chronique, est décrit par l'alternance d'épisodes dépressifs caractérisés par de la tristesse, une grande fatigue et une perte d'intérêt général et des épisodes maniaques durant lesquels on retrouve une élévation anormale de l'humeur et un fort niveau d'énergie et d'activité.

Les épisodes thymiques sont de 4 types, comme on peut le voir dans la figure ci-dessous.:

- les épisodes dépressifs majeurs,
- les épisodes maniaques accompagnés de signes psychotiques ou non,
- les épisodes hypomaniaques (d'intensité moindre que les épisodes maniaques),
- les épisodes mixtes

Ces épisodes sont séparés par des intervalles libres plus ou moins longs. Pour 90% des patients, le trouble est récurrent et un nouvel épisode apparaît au cours des deux premières années suivant la phase initiale. Le DSM V différencie les TBI, caractérisés par la présence d'au moins un épisode maniaque ou mixte et les TBII, caractérisés par la présence d'au moins un épisode hypomaniaque et un ou plusieurs épisodes dépressifs majeur ou de troubles reliés (non spécifiés). A noter que le deuil n'est plus un critère d'exclusion pour un épisode dépressif majeur.

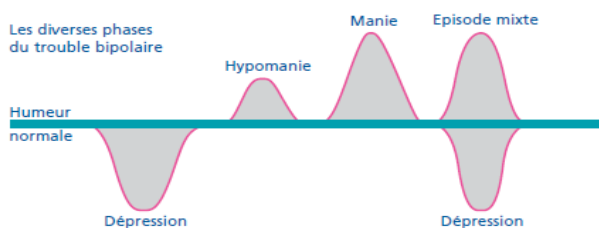


Figure 5

Fluctuations de l'humeur dans les TB (Astra Zeneca, 2008)²⁶

Les troubles de l'humeur peuvent être schématisés en fonction de la polarité des symptômes et de leur intensité. La polarité des troubles de l'humeur varie des épisodes dépressifs majeurs, aux

²⁶ Schéma p. 9, " Le trouble bipolaire, ce que vous devez savoir"

symptômes dépressifs et de l'hypomanie à la manie. Les variations sont plus intenses en allant de la personnalité cyclothymique aux TBI.

2.1 Troubles bipolaires de type I (TBI)

Ce sont les plus typiques. L'amplitude de l'humeur est grande, l'intensité des épisodes est importante comme on peut le voir sur la figure. Les TBI (Cf. Figure 6) sont caractérisés par au moins un épisode maniaque ou mixte et la survenue de manie et de dépression majeure n'est pas mieux expliquée par un autre trouble. L'épisode maniaque peut être précédé ou suivi par un épisode hypomaniaque ou dépressif caractérisé (DSM V, Cf. Annexe 8, p.175). Pour poser ce diagnostic, un épisode unique de manie suffit. L'épisode induit par un traitement antidépresseur est aussi reconnu pour poser ce diagnostic.

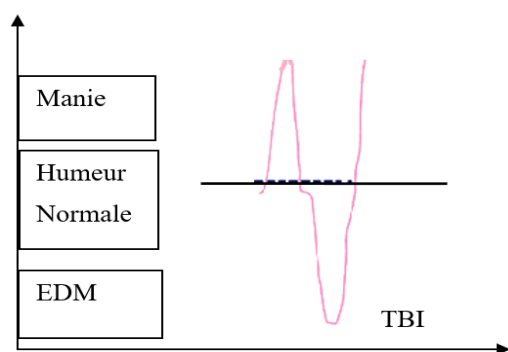


Figure 6

Schématisme d'un trouble bipolaire I

La manie

La *manie* a évolué dans ses formes, définitions et appellations selon les âges. Elle est décrite depuis l'Antiquité par Aretée de Cappadoce. De nombreux apports selon les époques sont notoires en particulier la conceptualisation des types et sous types décrit par Kraepelin dans les différentes éditions de son traité et cela jusqu'aux descriptions actuelles.

Les critères diagnostiques de l'épisode maniaque sont aujourd'hui simples à interpréter pour tous grâce au DSM-TR IV ou à la CIM 10 qui sont les manuels de référence dans le monde. Ces manuels sont encore très largement utilisés au regard du DSM V (Annexe 5, p.169) et de la future CIM 11. Pour le DSM V, l'épisode maniaque doit être présent depuis au moins une semaine, toute la journée, presque tous les jours. L'humeur est nettement élevée, l'activité et l'énergie également et sont tournées vers un but. Le changement doit être en rupture totale avec

le comportement habituel et au moins trois symptômes doivent être présents, de façon significative. Les symptômes pris en compte sont :

- une augmentation de l'estime de soi ou des idées de grandeur ;
- une réduction du besoin de sommeil, un grand désir de parler constamment ;
- la sensation que les idées défilent ;
- les stimuli extérieurs sont une grande source de distractibilité ;
- l'activité et l'agitation sont augmentées (sociale, professionnelle, sexuelle) ;
- l'excès en tout genre (achats démesurés, conduites sexuelles inconséquentes...)

Et enfin, tous symptômes qui ne répondent pas aux critères d'un épisode mixte.

Cette perturbation est suffisamment importante pour entraîner une altération de tout le fonctionnement de la personne (sociale, professionnelle...), une hospitalisation permet de limiter les effets dommageables pour le malade et son entourage. Tous ces symptômes ne sont bien sûr pas dus à un médicament ou un toxique ou une maladie. Il semble que le tableau de l'état maniaque soit le plus simple à décrire et cet épisode permet souvent de diagnostiquer la maladie. Cette phase aboutit dans de nombreux cas à une hospitalisation et représente souvent une urgence psychiatrique dans les formes aiguës. Cet état s'installe de façon brutale, classiquement, le patient est euphorique et très expansif. On retrouve parfois plutôt qu'une humeur euphorique, une hyperactivité et de l'agressivité dans le comportement de la personne. D'après Eisinger, les principaux éléments à prendre en compte pour établir le diagnostic d'un état maniaque sont l'irritabilité, l'euphorie avec ou sans labilité émotionnelle, une accélération des processus idéiques, la présence d'une excitation motrice, une grande distractibilité, des insomnies et tout cela en rupture avec le fonctionnement habituel (Eisinger, 2008).

En tenant compte de la nouvelle nomenclature du spectre bipolaire, on retrouve la manie dans les TB de type I alors que l'hypomanie ou la cyclothymie caractérisent plutôt les TBII. Les symptômes les plus fréquents de la manie aiguë sont les symptômes thymiques, par exemple : l'irritabilité, l'euphorie, la dépression. Présence aussi de symptômes cognitifs comme la mégalomanie, des troubles de la concentration et fuite des idées ; des symptômes comportementaux comme l'hyperactivité, hypernervosité, la logorrhée, le manque de sommeil, hypersexualité et quelques symptômes psychotiques moins fréquents comme des idées délirantes, des hallucinations, etc.

Bourgeois décrit 3 stades de la manie (Bourgeois et al., 2014) correspondant à 3 tableaux cliniques (tableau 10). Plusieurs formes de manies sont décrites.

Selon les auteurs, les manies unipolaires (sans épisode dépressif) ne seraient qu'une forme de la bipolarité, la phase dépressive passant inaperçue. On distingue aussi les manies avec symptômes psychotiques moins fréquentes que les manies "typiques".

Il est rare qu'un épisode maniaque soit isolé. Dans 90% des cas, le patient a des chances de récidiver. Il est important pour lui de connaître les signes de rechutes et de consulter le plus rapidement possible lorsqu'ils paraissent évidents. Si les manies aiguës classiques sont plus spectaculaires que dangereuses, il existe des formes de fureurs maniaques assez dangereuses notamment lorsqu'il y a une comorbidité associée de type alcoolisme ou drogue. Ces états peuvent conduire à une désinhibition totale en favorisant les actes violents, de délinquance et les agressions sexuelles.

Tableau 10 : Stades de la manie²⁷

	Stade I	Stade II	Stade III
Humeur	Labilité des affects Prédominance de l'euphorie Irritabilité si contrarié Expansivité, Grandiosité Confiance en soi ++	Dysphorie croissante Dépression, hostilité ouverte, colères	Dysphorie nette Panique, désespoir
Cognition	Pensées cohérentes mais tangentielle, préoccupations sexuelles et religieuses Accélération des idées	Fuite des idées Désorganisation cognitive Idées délirantes	Relâchement et incohérence des associations Idées bizarres et délirantes Hallucinations, désorientation
Comportement	Hyperactivité psychomotrice Tachylogorrhée, dépenses inconsidérées, tabagisme Accélération des idées	Accélération psychomotrice intense et continue Pression langagière, agression	Activité psychomotrice frénétique et souvent bizarre

La dépression

Il existe une grande hétérogénéité clinique des dépressions bipolaires même si dans les classifications on n'emploie que le terme EDM (épisode dépressif majeur). Les EDM peuvent être légers, modérés ou sévères.

La nouvelle classification du DSM V (Annexe 8, p.175) apporte quelques changements qui essaient de mieux caractériser les troubles dépressifs. Elle introduit la notion de dépression à caractère mixte quand la dépression est accompagnée d'agitation (Weibel & Bertschy, 2014). Pour le DSM V, cinq des symptômes suivants doivent être présents afin de caractériser un épisode dépressif :

²⁷ Tableau 5-III p. 36 de (Bourgeois et al., 2014).

- humeur dépressive pratiquement toute la journée et tous les jours (la plainte est exprimée par le patient ou son entourage) ;
- diminution du plaisir de faire des activités presque toute la journée et tous les jours ;
- modification du poids, de l'appétit presque tous les jours ;
- insomnie ou hypersomnie ;
- agitation ou ralentissement psychomoteur presque tous les jours ;
- fatigue ou perte d'énergie presque tous les jours ;
- sentiments de dévalorisation, culpabilité excessive presque tous les jours ;
- problèmes de concentration et d'indécision presque tous les jours ;
- pensées de mort récurrentes, idées suicidaires avec ou sans plan pour passer à l'acte ;
- tentatives de suicide.

Ces symptômes induisent une grande souffrance et une détérioration de l'état et du fonctionnement du malade. Ils ne sont pas expliqués par une autre pathologie ou un abus de substance quelconque.

Les dépressions bipolaires peuvent donc être caractérisées par une inhibition totale mais peuvent également présenter des caractères de mixité et d'hyperactivité. L'observation de la réactivité émotionnelle peut permettre d'affiner le diagnostic et de définir un traitement mieux adapté dans ces phases (Daban & Henry, 2011).

Le diagnostic différentiel est parfois difficile à poser entre dépression unipolaire et dépression bipolaire. De plus, les épisodes dépressifs sont les plus nombreux que les épisodes hypomaniaques ou maniaques et les patients consultent le plus souvent à l'occasion d'un EDM. Des travaux montrent que 40% des malades présentant un EDM souffrent en réalité d'un TB (Azorin, 2011). Des études ont cherché à déterminer des variables prédictives compte tenu qu'un grand nombre de malades ayant fait un premier épisode dépressif peuvent évoluer vers une bipolarité et que, pour d'autres, ce premier épisode est le signe d'entrée de la maladie (Besnier et al., 2010).

Il existe cependant des données permettant d'identifier plus facilement les dépressions bipolaires. Dans ces dernières, le début serait plus aigu et la forme serait plus atypique, se manifestant parfois une hypersomnie ou une prise de poids. On observe aussi dans ces dépressions bipolaires un ralentissement avec des idées mélancoliques et/ou suicidaires, un sentiment d'inutilité, une mauvaise estime de soi. La présence d'une anorexie ou d'une perte de poids avec insomnie, plaintes somatiques et cognitives fait par contre plus penser à une dépression unipolaire. La durée des épisodes semble plus brève lorsqu'il s'agit de dépressions bipolaires. De plus, ces dernières elles sont sensibles à la saisonnalité et souvent récurrentes.

Ces patients présentent plus de comorbidités et sont sujets à plus d'irritabilité. La labilité de l'humeur, les dépressions mixtes avec des symptômes hypomaniaques, beaucoup d'agitation ou une histoire familiale avec des TB sont des symptômes qui évoquent la pathologie bipolaire (Azorin, 2011).

S'attacher à la recherche des éléments discriminatifs permet d'établir un diagnostic différentiel pour les dépressions bipolaires versus unipolaires (Tableau 10). Des outils de dépistage peuvent aider au diagnostic comme le *Mood Disorder Questionnaire* (MDQ), (Annexe 11, p.181; Annexe 12, p.183), intéressant pour le TBI mais un peu moins pour les TBII. On peut également citer le BSDS (*Bipolar Spectrum Diagnostic Scale*) ou encore l'index de bipolarité qui évalue la bipolarité selon cinq dimensions.

Tableau 11

Symptômes discriminants dépression bipolaires versus unipolaires (Azorin, 2011)²⁸

	Bipolaire	Unipolaire
Abus de substance	Très élevé	Modérée
Histoire familiale	Presque constante	Quelquefois
Saisonnalité	Fréquente	Occasionnelle
Premier épisode <25ans	Très fréquent	Quelquefois
Affection post-partum	Très fréquente	Quelquefois
Caractéristiques psychotiques<35ans	Hautement prédictives	Peu fréquentes
Caractéristiques atypiques	Fréquentes	Occasionnelles
Labilité de l'humeur	Typique	Inhabituelle
Episodes dépressifs récurrents >3	Fréquents	Inhabituels
Manie/hypomanie sous ATD	Prédictive	Inhabituelle
Episodes dépressifs brefs <3 mois	Suggestifs	Inhabituels
Epuisement de l'effet ATD	Suggestifs	Inhabituel
Dépression mixte	Prédictive	Rare

Goudemand (2015), résume dans son article, les éléments cliniques qui doivent être pris en compte pour différencier les dépressions bipolaires des unipolaires. Il conviendra de prendre en compte chez les patients bipolaires, l'âge de début de la maladie (plus précoce) et le risque suicidaire (plus élevé), les symptômes psychotiques (plus fréquents), les nombreux signes atypiques. Des manifestations comme un retentissement psychomoteur important et des virages maniaques sous antidépresseurs (ATD) se retrouvent aussi dans les dépressions bipolaires (Goudemand, 2015).

²⁸ Tableau 1 p. 165

États mixtes

Le passage au DSM V change cette dénomination "d'états mixtes" au profit des termes dépression et manie mixte. Pour permettre de mieux isoler certaines catégories cliniques, apparaissent neuf spécifications (Maurel et al., 2013). La dépression mixte apparaît comme un sous type de la dépression dans le DSM V. Cette nouveauté dépasse la conception très stricte du DSM IV qui ne permettait pas de différencier la dépression pure de celle associée à l'hypomanie. Il est à noter qu'environ 50% des malades bipolaires qui souffrent de dépression ont aussi des symptômes maniaques. La fréquence des états mixtes est très importante et spécialement celle de la dépression mixte. Elle est plus élevée chez les femmes et les adolescents.

En clinique, nous retrouvons les éléments classiques de la dépression avec des symptômes hypomaniaques habituels ou qui viennent modifier les symptômes dépressifs. Toutes les émotions sont amplifiées, la personne est très irritable, on observe un syndrome dysphorique. L'excitation psychotique est parfois accompagnée d'agitation où à la distractibilité hypomane se rajoute aussi une difficulté de concentration classiquement présente dans la dépression.

Il est difficile de faire le diagnostic de l'état mixte car les formes sont souvent hétérogènes et le seuil de diagnostic d'autant plus difficile à déterminer. Le DSM V définit les états mixtes par la présence de trois symptômes de polarité opposée. Pour la dépression mixte, on recherche 3 symptômes "maniaques" hors symptômes "non spécifiques" c'est-à-dire l'agitation, la distractibilité ou l'irritabilité. La question est de savoir si ce cadre apporte vraiment quelque chose d'innovant et de positif. En effet certains auteurs critiquent cette formulation car ils y voient des contradictions. Si le DSM V a le mérite de palier les insuffisances du DSM IV en prenant en compte l'importance des états mixtes, les critères restent peu adaptés (Weibel & Bertschy, s. d.). Koulopolos (2012) propose d'autres critères (Tableau 12) qui prennent en compte la subtilité des symptômes de la dépression mixte (Koukopoulos et al., 1992).

Tableau 12

Critères de Koukopoulos de dépression mixte (traduction des auteurs)²⁹

Associée à un diagnostic de dépression majeure, au moins 3 des critères suivants sont remplis :
1. Tension interne ou agitation
2. Pensées accélérées
3. Irritabilités ou accès de rage spontanés
4. Absence de ralentissement
5. Loquacité
6. Expression spectaculaire de souffrance ou période de pleurs fréquents
7. Labilité de l'humeur et réactivité émotionnelle marquée
8. Insomnie d'endormissement

Beaucoup de dépressions sont parfois, à tort, qualifiées "d'agitées" alors que ce sont en fait des dépressions mixtes. La tendance à confondre les dépressions mixtes avec des troubles de personnalité borderline les patients souffrant de dépressions mixtes, rend le diagnostic difficile à établir. La manie mixte est aussi un tableau très fréquent. Avec le DSM V, les critères deviennent spécifiques et les différentes situations cliniques liées à cet état peuvent être prises en compte. Les symptômes maniaques et dépressifs sont imbriqués. Sur le plan clinique, il existe des symptômes classiques de manie tels qu'une agitation psychomotrice, une perte de sommeil, une logorrhée et au moins 3 symptômes dépressifs en particulier la tristesse qui peut passer inaperçue à cause de l'agitation et de l'hostilité du patient qui sont plus visibles. Cette manie dysphorique représente environ 20% des épisodes et le risque de passage à l'acte au cours de ces phases est très important. Parfois, des idées de persécution augmentent l'agressivité du patient. Ce tableau nécessite le plus souvent une hospitalisation. Toutefois, dans la phase dépressive, les idées de dévalorisation, la détresse et une profonde anxiété (Cf. Tableau 12; tableau 13) peuvent être présentes et constituer une urgence médicale du fait du risque suicidaire accru.

L'évolution de ces états est souvent plus défavorable. En effet, outre le risque suicidaire, les complications sont nombreuses, le nombre d'épisodes plus importants et les traitements complexes (Aubry et al., 2015)

²⁹ Tableau 2, p. 97, (Weibel & Bertschy, 2016)

Tableau 13

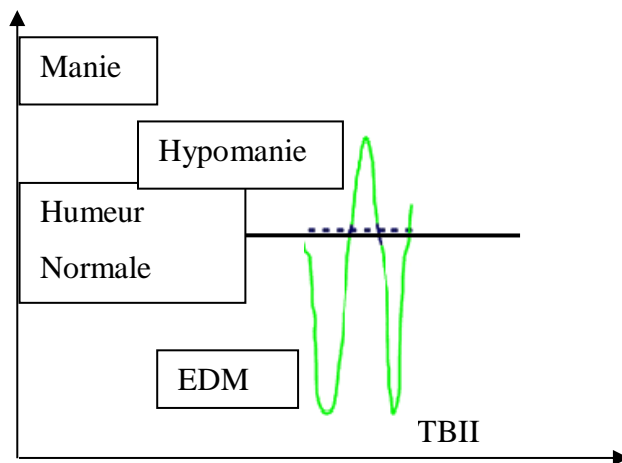
Symptômes caractéristiques selon la polarité du TB dans les "états mixtes" (Ngo, Provencher, Goulet, & Haloult, 2015)

En présence d'un épisode maniaque ou hypomaniaque ≥ 3 symptômes parmi les suivants	En présence d'un épisode dépressif majeur ≥ 3 symptômes parmi les suivants
Humeur dysphorique ou dépressive rapportée par le patient ou notée par les proches	Humeur élevée
Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités (subjective ou objectivée par les proches)	Augmentation de l'estime de soi ou grandiosité
Ralentissement psychomoteur	Volubilité
Fatigue ou perte d'énergie	Tachypsychie
Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité	Augmentation du niveau d'énergie ou de l'activité orientée vers un but (social, professionnel, scolaire ou sexuel)
Idées suicidaires	Engagement excessif dans des activités agréables mais à potentiel élevé de conséquences dommageables
	Diminution du besoin de dormir

2.2 Trouble bipolaire type II (TBII)

Il est caractérisé par l'alternance d'épisodes dépressifs majeurs et au moins un épisode d'hypomanie (il n'y a jamais eu de manie) récurrents entrecoupés d'intervalles libres (Figure 7). L'occurrence des épisodes n'est pas mieux expliquée par un autre trouble. L'intensité des phases est moindre par rapport au TBII. On considère qu'un seul épisode d'hypomanie suffit pour poser le diagnostic lorsqu'il est accompagné d'épisodes dépressifs majeurs. Les épisodes entraînent une détérioration de l'état global du malade et de son fonctionnement social et professionnel.

En phase "haute", le malade est hyperactif, les pensées sont accélérées, le débit de parole est rapide. Cet état peut être ressenti comme agréable par le malade et même recherché. Le patient qui se sent bien, arrête parfois son traitement et peut rapidement basculer dans la dépression. Ces patients sont malheureusement souvent diagnostiqués comme dépressifs car les épisodes dépressifs sont nombreux et handicapants et ils occupent le premier plan alors que l'hypomanie passe parfois inaperçue. C'est à l'occasion d'une dépression que la personne consulte. Pour 40% des patients, les troubles seraient étiquetés épisodes dépressifs récurrents (Scott & Henry, 2015a). Le TBII est plus fréquent chez la femme et débute tôt (entre 15 et 24 ans). L'évolution du TBII n'est pas meilleure que celle du TBI, les risques sont les mêmes, les hospitalisations aussi nombreuses mais peut être plus courtes. Un risque spécifique au TBII est que le patient soit traité comme pour une dépression unipolaire par antidépresseurs et que cela favorise un virage maniaque.



Notes : DM= épisode dépressif majeur ; TBII= trouble bipolaire de type 2

Figure 7

Schématisation du trouble bipolaire II

Hypomanie

L'hypomanie est une forme atténuée de la manie. On peut voir sur la figure combien l'intensité et l'amplitude de l'humeur sont moindres par rapport à la manie (Figure 8). D'après le DSM V, c'est une période d'élévation de l'humeur ou d'humeur expansive ou irritable, une augmentation de l'activité ou de l'énergie qui doit durer au moins 4 jours et être présente toute la journée, presque tous les jours.

Les symptômes pris en compte sont :

- une augmentation de l'estime de soi ou des idées de grandeur
- une réduction du besoin de sommeil
- un grand désir de parler constamment
- la sensation que les idées défilent
- les stimuli extérieurs sont une grande source de distractibilité
- l'activité et l'agitation sont augmentées (sociale, professionnelle, sexuelle) ;
- des excès en tout genre peuvent être commis (achats démesurés, conduites sexuelles inconséquentes...).

Ce fonctionnement est en rupture totale avec le fonctionnement habituel de la personne et est perceptible par autrui. Mais cette perturbation n'est pas suffisamment importante pour entraîner une altération de tout le fonctionnement de la personne (sociale, professionnel...) et n'entraîne pas d'hospitalisation.

En résumé, les symptômes sont les mêmes que ceux de la manie mais moins marqués, ils se manifestent pendant plusieurs jours, la durée de l'épisode est courte. Les symptômes ne sont

pas dus à un abus quelconque de substance ou de médicament. Le sommeil est réduit, les malades sont parfois irrités et euphoriques, ils ne sont jamais fatigués et redoublent d'énergie. Il faut savoir évoquer un TBII lorsque cet état s'accompagne d'hyperréactivité émotionnelle et d'un comportement hyperactif en rupture avec l'état habituel de la personne. Les patients se sentent en pleine forme et "pleins de vie" et sont extrêmement satisfaits de cet état. Même s'ils présentent une fuite des idées, une grande distractibilité et font des excès avec levée d'inhibition (jeu, sexe...), ils se sentent plus efficaces et peuvent mener à bien d'innombrables tâches. Une augmentation de l'estime de soi s'observe aussi. C'est donc souvent l'entourage qui s'aperçoit de la différence de comportement, cet état n'étant vraiment pas habituel. A noter qu'il existe des "personnalités hyperthymiques" pour qui cet état s'observe de façon "habituelle" (Bourgeois et al., 2014).

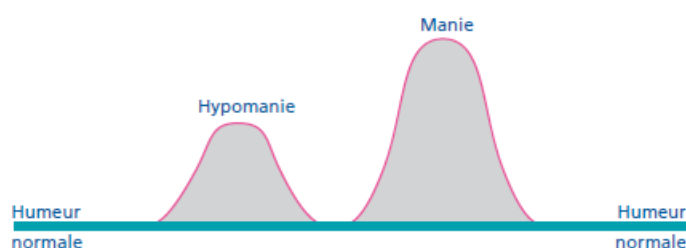


Figure 8

Manie et hypomanie³⁰

2.3 Trouble bipolaire non spécifié (NOS) et période inter critique

Ces patients ne répondent pas aux critères du TBI, TBII ou de la cyclothymie mais présentent des symptômes de manie et de dépression. On y regroupe des individus qui ont des antécédents d'EDM et qui présentent une hypomanie mais ne remplissant pas le critère de la durée (moins de 4 jours). Il en va de même pour les patients qui ne peuvent pas rejoindre la catégorie des TBII mais pour qui l'épisode hypomaniaque est d'au moins 4 jours consécutifs. La période inter critique est une période durant laquelle des symptômes sont présents mais pas suffisamment bruyants pour répondre aux critères diagnostiques d'un épisode. Pendant ces phases, nous observons non seulement des symptômes résiduels comme des troubles dépressifs,

³⁰ Tableau p.21 (" Brochure d'information sur le trouble bipolaire ", 2006.).

hypomaniaques ou cognitifs mais aussi des prodromes qui présagent d'une possible rechute, des troubles de la personnalité. Ces périodes favorisent les troubles anxieux, les abus de substance, les défauts d'observance à cause d'effets secondaires des traitements. La fréquence de ces troubles est importante. Selon les études et elle se situe entre 50 et 68% (Azorin, 2012). Ces symptômes "sous le seuil" doivent être pris en compte car ils augurent d'un grand nombre de rechutes dépressives ou maniaques. Le fonctionnement des malades est fortement altéré, les perturbations touchent aussi bien le domaine professionnel que social ou familial. Les dysfonctionnements sont proches de ceux observés durant une dépression (Azorin, 2012). Enfin, on observe chez les patients bipolaires une plus grande réactivité émotionnelle. L'étude de Henry et al. (2015), rapporte que ces patients même en période inter critique présentent une plus forte réponse émotionnelle aux stimulations de l'environnement mais aussi une plus grande instabilité émotionnelle en cours de journée (Chevrier, 2015). Les patients bipolaires ont aussi une plus forte réactivité émotionnelle lorsqu'ils sont soumis à des images neutres. Ces résultats sont confirmés par l'imagerie cérébrale (Chevrier, 2015). Les techniques d'imagerie cérébrale permettent de mieux comprendre et de visualiser les mécanismes neuraux du TB et de ses symptômes. Grâce à la neuro-imagerie, les anomalies du traitement émotionnels peuvent être identifiées (Houenou & Wessa, 2015).

2.4 Autres troubles de l'humeur

Cyclothymie

Il s'agit d'un trouble constitué par la coexistence d'épisodes d'hypomanie et des périodes avec des symptômes dépressifs, sans toutefois remplir les critères d'hypomanie ou d'EDM (Figure 9

Amplitude de l'humeur dans la cyclothymie). Ces critères doivent s'observer la moitié du temps pendant 2 ans (Annexe 8, p.175). On parle parfois de "personnalité cyclothymique". Même si l'amplitude de ces variations d'humeur est beaucoup moins importante que celle observée dans les TBI et II, cet état reste très invalidant pour la personne. Ce trouble est parfois difficile à cerner, il peut être confondu avec le trouble *borderline*. Il est souvent présenté par des personnes ayant une grande instabilité sociale et affective, avec des variations de l'humeur repérées par l'entourage et il touche entre 0.4 et 1% de la population générale. Le diagnostic se fait fréquemment lors d'un épisode avec des symptômes dépressifs. Les antécédents familiaux sont intéressants à étudier chez ces malades. Certains considèrent que la cyclothymie est une phase prodromale des TB alors que d'autres pensent que c'est un facteur de risque supplémentaire de

développer la maladie (Belzeaux & Azorin, 2015). Au-delà de l'approche catégorielle, l'approche dimensionnelle définit la cyclothymie plutôt comme un tempérament.

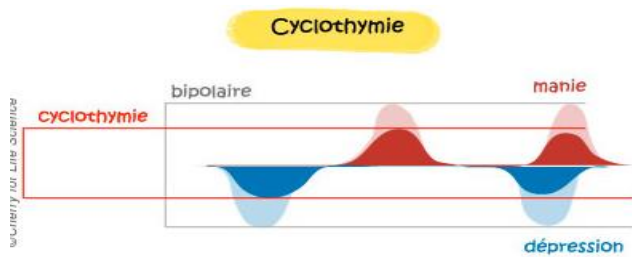


Figure 9

Amplitude de l'humeur dans la cyclothymie³¹

Dysthymie

Il s'agit d'une forme de dépression chronique à minima, avec tristesse permanente. Cependant, la perte de l'élan vital est moindre que dans une dépression (Cf. figure 10). Ce trouble peut débuter tôt dans l'enfance ou l'adolescence. Les périodes de trouble sont longues et les conséquences sur la personne et son entourage souvent importantes. C'est souvent la "dépression de toute une vie" qui peut évoluer vers des EDM. Une fois guéri, le patient retourne à son état dysphorique. On distingue deux formes de dysthymie en fonction de l'âge de début de la maladie :

- la forme précoce qui débute avant 21 ans
- la forme tardive qui survient après 21 ans.

La dysthymie implique plus de tentatives de suicide et d'hospitalisations que les dépressions récurrentes. D'autres pathologies fréquemment associés à la dysthymie comme les troubles de la personnalité, qui touchent environ 50 % de ces patients (Goudemand, 2015).

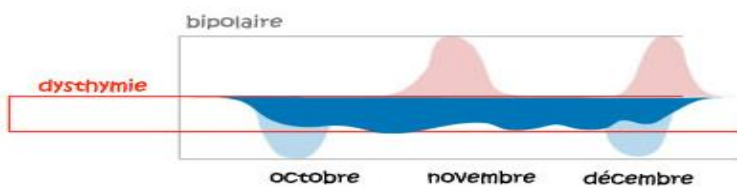


Figure 10

Amplitude de l'humeur dans la dysthymie³²

³¹ Source de la figure : site www.troubles-bipolaires.com

³² Source de la figure site : www.troubles-bipolaires.com

Trouble bipolaire à cycle rapide ou "rapid cycling" (TBCR)

C'est une forme de la maladie dans laquelle on observe une alternance rapide des épisodes. Elle est caractérisée par la présence de quatre épisodes de manie, d'hypomanie ou de dépression majeure dans les 12 derniers mois (Figure 11). La rémission peut être partielle ou totale (au moins deux mois) ou bien on peut voir un passage rapide à un épisode de la polarité opposée. Cela concerne aussi bien les TBI que les TBII. Deux mois d'intervalles libres entre les épisodes sont nécessaires pour établir le diagnostic de TBCR. Des formes ultra rapides existent et sont constituées par plus de 8 épisodes par an. Le risque majeur pour cette forme est le suicide car les phases dépressives sont souvent difficiles à traiter et plus sévères que dans les formes qui ne sont pas à cycles rapides (Gay et al., 2015). Le TBCR peut être induit ou augmenté par les psychotropes. On admet aujourd'hui qu'il existe une corrélation positive entre le TBCR et l'âge de début précoce de la maladie ainsi qu'avec les abus et addictions divers.

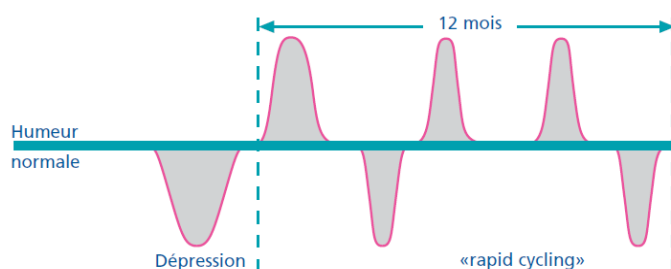


Figure 11

Schéma des cycles rapides³³

2.5 Diagnostics différentiels

Les troubles unipolaires

Nous avons vu précédemment dans la partie "Épisode dépressif" que les épisodes dépressifs majeurs (EDM) sont communs dans les troubles unipolaires et les TB. En présence d'un trouble dépressif majeur constitué par un EDM isolé ou récurrent, il convient de prendre la mesure du risque de ne pas diagnostiquer un TB initié par l'épisode dépressif. Beaucoup de personnes sont diagnostiquées avec retard car la similitude peut être grande entre les deux pathologies. C'est la périodicité du trouble qui permet un diagnostic différentiel et une prise en charge précoce adaptée (Goudemand, 2015). Les échelles *Hospital Anxiety and Depression scale*, *Montgomery and Asberg Depression Rating Scale*, (HAD) et MADRS (Annexe 10, p.177; Annexe 11, p.181) permettent d'évaluer et de classifier les phases des EDM. Des indices

³³ Tableau p. 23 (" Brochure d'information sur le trouble bipolaire ", s. d.).

permettent de prédire la chronicité des dépressions, tels que la durée de la première hospitalisation, la récurrence des épisodes, les réponses aux traitements, l'existence de comorbidités ainsi que les événements de vie, la vulnérabilité au stress... Par exemple, des échelles permettent de mesurer les réponses aux traitements antidépresseurs. Lorsque la sévérité de l'épisode a diminué de 50% en 6 à 8 semaines, il est question de patients "répondants", la diminution de sévérité n'étant que de 20 à 50% pour les "répondants partiels".

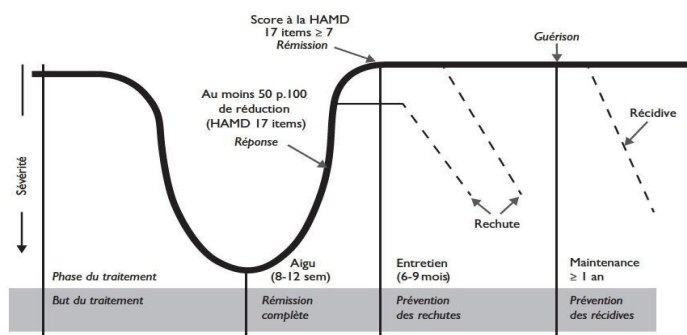


Figure 12

Modalités évolutives d'un état dépressif majeur (Goudemand, 2015)³⁴

La figure ci-dessus schématise l'évolution d'un EDM. On parle de "guérison" lorsqu'on constate l'absence de tout symptômes au-delà de 8 à 24 semaines. Le terme de "rémission" est employé lorsqu'il y a une réponse satisfaisante grâce à la prise d'ATD après 8 à 24 semaines. La "rechute" définit une phase durant laquelle des symptômes dépressifs réapparaissent après amélioration de l'EDM alors que la "récidive" concerne la survenue d'une autre EDM après la guérison de l'épisode précédent (Goudemand, 2015). Nous observons fréquemment des "dépressions récurrentes" (succession de deux EDM distincts) qui font le lit des *dépressions unipolaires*. La grande majorité des études montrent que le risque de récurrence augmente de façon exponentielle au fur et à mesure de la survenue des EDM. Les individus seraient encore plus vulnérables au stress associé à une hyperactivité de l'axe corticotrope (Goudemand, 2015). Le nombre d'épisodes antérieurs est un facteur prédictif de récurrence et il induit à la baisse les délais de rémission. Ainsi, plus les épisodes sont nombreux, plus ils réapparaissent rapidement. Ne pas diagnostiquer les patients bipolaires considérés comme unipolaires nuit grandement à leur devenir et augmente de façon conséquente le risque d'un passage à l'acte, le nombre et la durée d'hospitalisations et, impacte négativement, bien sûr, leur qualité de vie.

³⁴ Rémission : définie par la réponse au traitement après 8 à 24 semaines.
 Rechute : réapparition des symptômes après amélioration.
 Récidive : sans traitement et guéri, survenue d'un nouvel EDM.

Les troubles bipolaires et la schizophrénie

Lors d'un premier épisode psychotique, il est difficile d'établir un diagnostic différentiel entre un trouble bipolaire et la schizophrénie. De nombreux malades qualifiés de "patients bipolaires" sont au fil des années "rediagnostiqués" comme schizophrènes et inversement. Là encore, le devenir du malade dépend d'une prise en charge précoce et adaptée. L'apport de la clinique est essentiel et des études proposent de s'attacher à certains facteurs prédictifs pour guider le diagnostic (symptômes négatifs primaires et troubles formels du cours de la pensée, Schurhoff, 2015).

L'apport des biomarqueurs est intéressant mais leur utilisation et la recherche sont encore peu développées. Reste la contribution des facteurs de vulnérabilité génétique qui montrent que nombre d'entre eux sont communs aux deux maladies mais se retrouvent préférentiellement chez les patients bipolaires. L'apport de l'imagerie cérébrale structurelle et fonctionnelle permettrait aussi de dégager des anomalies spécifiques selon la maladie. Néanmoins, il convient d'être circonspect face aux résultats de ces nouvelles études et techniques, "la clinique" restant la meilleure façon d'établir le diagnostic différentiel.

Trouble bipolaire et troubles de la personnalité borderline

La prévalence de ces deux troubles associés est de 3% et il existe des similitudes et des différences entre les TB et les troubles borderline. On retrouve l'impulsivité dans ses deux pathologies avec une constance et une intensité plus sévère chez les malades "*borderline*". On observe aussi fréquemment un abus de substances et des comportements antisociaux d'autant plus importants que les deux troubles sont associés. L'instabilité émotionnelle ne se manifeste pas de la même façon, les uns oscillent entre une humeur triste et exaltée, les autres vont aller d'une humeur normale à la colère. Le trouble *borderline* vient aggraver le TB lorsqu'il y a co-existence des deux pathologies en augmentant l'impulsivité, l'agressivité et les comportements suicidaires. Chez un individu, la présence de symptômes *borderline* peut retarder le diagnostic du TB car il y a chevauchement des critères diagnostiques de ces maladies. L'instabilité de l'humeur, la récurrence des dépressions, la comorbidité addictive et le taux de suicide sont communs ; néanmoins, l'âge de début de la maladie est plus précoce chez les patients bipolaires, ils ont plus d'épisodes euphoriques que colériques. Les patients souffrant de troubles *borderline* ont une impulsivité chronique et prennent plus de risques, les automutilations sont plus fréquentes ainsi que les antécédents de maltraitance et la peur de l'abandon (Jost, 2015).

3. Les Traitements

3.1 Traitements médicamenteux

Dans 90% des cas, le patient risque de récidiver. Il doit donc connaître les signes de rechutes pour consulter le plus rapidement possible afin d'adapter son traitement. Le traitement des troubles bipolaires est encadré par des *guidelines* qui précisent la marche à suivre en fonction des stades, de la forme ou de la polarité de l'épisode. Une étude (WAVE-bd) montre, qu'en France, la prise en charge des malades est différente de celle des autres pays européens (Bellivier et al., 2014). Les patients présentant des troubles bipolaires I ou II, lorsqu'ils sont en phase d'hypomanie ou de manie, sont le plus souvent traités en monothérapie par du lithium, de l'acide valproïque ou des antipsychotiques atypiques.

Idéalement, un bon thymorégulateur devrait être capable de palier tous les symptômes (maniaques ou dépressifs) et être aussi bien curatif que préventif. Dans le TBI, le traitement de prédilection et de référence reste le lithium. Ce traitement présente un effet préventif sur les TB et les troubles unipolaires et la meilleure efficacité thymo-régulatrice (Courtet, 2014). Une simple prise de sang permet de mesurer la lithiémie³⁵ et d'ajuster la thérapeutique en fonction de la concentration de lithium dans le sang et de la phase de la maladie. Mais le lithium souffre de mauvaise réputation (Gard, 2016). En effet, s'il reste le traitement de fond de référence et dans la prévention du risque suicidaire, il a des effets secondaires. Ses effets secondaires sont dose-dépendants et il convient de trouver la plus petite dose efficace pour les minimiser et ne pas compromettre l'observance du traitement. Les effets secondaires les plus fréquents sont des troubles digestifs, une néphro-toxicité, des troubles métaboliques et endocriniens, des troubles sexuels et une prise de poids souvent conséquente. Les troubles neuro-cognitifs sont aussi assez fréquents (Masson, Cul, Henry, Gay, & Malhi, 2015). Le malade doit donc être rigoureux et doit faire l'objet d'une surveillance.

Dans les états mixtes, le valproate (*Dépamide/ Dépakote*®), la carmabazépine (*Tégrétol*®), la lamotrigine (*Lamictal*®) et les antipsychotiques atypiques donnent de meilleurs résultats (Geoffroy & Henry, 2015). Mais ils ont eux aussi de nombreux effets secondaires. Les antiépileptiques comme la carbamazépine, outre les problèmes hématologiques, cardiaque et rénaux, majore le risque tératogène et de *spina-bifida*. Elle présente les mêmes effets secondaires que le lithium mais pose en plus de nombreux problèmes de somnolence, fatigue et nausées. Lorsque le lithium et la carbamazépine sont contre-indiqués, le valproate est utilisé.

³⁵ La lithiémie est le taux de lithium dans le sang. La lithiémie doit être comprise entre 0,6 et 0,8 mmol/l de sang en phase euthymique. Elle est en phase maniaque, de 0,6 à 1 mmol/l et 0,4 à 0,8 mmol/l en phase dépressive.

Il a aussi de nombreux effets secondaires comme la prise de poids, la perte de cheveux, les syndromes parkinsoniens ou extrapyramidaux, des problèmes hépatiques, digestifs, des aménorrhées et des irrégularités menstruelles, des troubles hématologiques et cognitifs et un risque tératogène. La lamotrigine, quant à elle, donne de bons résultats dans les TBI à tendance dépressive (Dupont & Masson, 2015) mais avec aussi les mêmes effets indésirables que les autres anticonvulsivants. C'est cependant l'anticonvulsivant le plus "sûr" en cas de grossesse car, à petite dose, le taux de tératogénicité est le même que dans la population générale.

Mieux tolérés que les anciens, les antipsychotiques de 2ème génération (AP2G) ont aussi une large place dans le traitement des troubles bipolaires et ce à tous les stades de la maladie. L'aripiprazole (*Abilify*®) est utilisé chez les patients souffrant de TBI pour traiter les épisodes maniaques modérés à sévères et pour prévenir les épisodes maniaques. La rispéridone, (*Risperdal*®) est indiquée dans le traitement des épisodes maniaques modérés à sévères associés aux troubles bipolaires. Au long cours, sa formule à action prolongée améliorent l'observance du traitement (Llorca & Gourion, 2015). L'olanzapine, (*Zyprexa*®) et la quétiapine (*Xeroquel*®) sont aussi indiqués dans le traitement des épisodes maniaques modérés à sévères. Il est à noter que ces dernières molécules présentent toutes des effets indésirables notoires comme des hallucinations, des symptômes parkinsoniens, des problèmes hématologiques, gastro-intestinaux, cardiaques, dermatologiques

Pour le traitement des états mixtes, les antidépresseurs (ATD) seuls ne sont pas recommandés (Azorin et al., 2013) car il existe une corrélation entre l'utilisation d'ATD en monothérapie et le suicide. Il est donc recommandé de les associer au lithium pour diminuer le risque suicidaire ou de ne pas les prescrire (Dubois et al., 2013). De plus, il est admis de manière consensuelle dans la littérature que, lors d'un épisode aigu, le traitement antidépresseur doit être interrompu (Geoffroy, Bellivier, & Henry, 2014).

En France, L'Association Française de Psychiatrie et Neuropsychopharmacologie (AFPBN) a élaboré en 2010 et 2014 ses propres recommandations pour la prise en charge du TB. Ses experts ont examiné le rapport bénéfice/risque de chaque molécule pour établir leurs conseils. Ils proposent une gradation des médicaments dans la manie et l'hypomanie.

Les épisodes dépressifs étant ceux qui augmentent le plus le risque suicidaire, il convient de les traiter efficacement pour minimiser au mieux ce risque, d'autant plus que les malades sont plus souvent touchés par des épisodes dépressifs que maniaques. De plus, malgré le traitement subsistent toujours des symptômes résiduels. L'information et la psychoéducation semblent être la première chose à faire dans ce cas. Les experts de l'AFPBN préconisent pour les épisodes dépressifs des TB en première ligne, le lithium, la lamotrigine, la quétiapine et

l'ECT ; en 2ème ligne, la carbamazépine, l'oxcarbazépine, le valproate ou valpromide puis l'aripiprazole et l'olanzapine. L'utilisation d'algorithmes décisionnels a montré une meilleure prise en charge des patients (annexe16, p.185). Pour des patients particuliers comme les personnes âgées, les enfants et les adolescents, les recommandations sont l'extension de celles proposées pour les personnes adultes (Tournier, 2015). En cas de grossesse, du fait de leurs effets tératogènes, il convient d'éliminer certains thymorégulateurs du panel thérapeutique. (Sutter-Dallay et al., 2015).

Le modèle de "*staging*" en médecine permet d'adapter les interventions et les traitements en fonction de l'évolution de la maladie et de situer le malade sur un continuum allant du début de la maladie à un stade sévère. Il peut permettre de détecter précocement les troubles en mettant l'accent sur la prévention mais aussi de mieux les prendre en charge (Scott & Henry, 2015b). Dans les pathologies chroniques et évolutives, ce modèle est intéressant pour permettre une évaluation pronostique. Il est donc raisonnable de s'y référer pour les troubles psychiatriques. Pour les TB, il permettrait d'intégrer les facteurs de risques, les antécédents familiaux et personnels en plus des symptômes présents, favorisant une prise en charge précoce et personnalisée afin d'améliorer l'évolution de la maladie (Scott & Henry, 2015b). Ce modèle pourrait permettre d'affiner les modalités de la prise en charge des malades en fonction du stade (les thérapies cognitives et comportementales donnant d'excellents résultats dans les phases précoces de la maladie) et l'éventail thérapeutique des traitements. Avec ce modèle, une stratégie de traitement à long terme pourrait être envisagée pour les patients à risques avec une projection préventive ainsi qu'une intervention précoce chez les jeunes malades, susceptibles de basculer dans des troubles psychiatriques sévères (Scott & Henry, 2015b) .

Devant ces multiples recommandations, assez hétérogènes, il est compréhensible qu'une seule ne puisse pas répondre à la singularité de chaque profil clinique. Ces recommandations ont leurs propres limites (Geoffroy et al., 2015). Il existe un décalage entre les recommandations des différentes sociétés internationales³⁶, les données et la pratique clinique. Cela est certainement dû à la complexité de la maladie, à la réponse au traitement et aux effets secondaires variables d'un patient à l'autre. De ce fait, seulement 1 patient sur 6 est traité selon les recommandations (Geoffroy & Henry, 2014).

Il est primordial de s'intéresser aux effets secondaires des traitements car ils contribuent à une mauvaise observance, d'autant plus que ces traitements doivent être conservés au long cours.

³⁶ Sociétés internationales qui coexistent et qui ont chacune leurs recommandations : la CANMAT (*Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments*), l'ISBD (*International Society for Bipolar Disorders*), la WFSBP (*World Federation of Societies of Biological Psychiatry*), BAP (*British Association for Psychopharmacology*), la NICE (*National Institut for Health and Care Excellence*)

De même, l'impact des croyances du patient en l'efficacité ou non du traitement et du prescripteur, la lourdeur du traitement, la personnalité du patient et du médecin et de nombreuses autres raisons que nous détaillerons dans le chapitre suivant sont des causes de mauvaise observance.

3.2. Prise en charge psychologiques des troubles bipolaires

L'éducation thérapeutique, la psychoéducation, les thérapies de groupe et familiale et les thérapies cognitives et comportementales sont des méthodes de prise en charge psychologique qui sont un atout pour améliorer l'observance et l'efficacité des traitements médicamenteux. Elles permettent de faire face aux symptômes résiduels, cognitifs et aux problèmes de perception des patients.

3.2.1 L'éducation thérapeutique et la psychoéducation

L'éducation thérapeutique cible trois activités :

- l'éducation vis-à-vis de la santé, des comportements, du mode de vie ;
- la prévention des complications et des rechutes ;
- l'acquisition de capacités d'auto-soins (Gay, 2015b).

Selon l'OMS (p.28), l'éducation thérapeutique des patients ou ETP " *vise à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique. Elle fait partie intégrante et de façon permanente de la prise en charge du patient. Elle comprend des activités organisées, y compris un soutien psychosocial, conçues pour rendre les patients conscients et informés de leur maladie, des soins, de l'organisation et des procédures hospitalières, et des comportements liés à la santé et à la maladie. Ceci a pour but de les aider (ainsi que leurs familles) à comprendre leur maladie et leur traitement, collaborer ensemble et assumer leurs responsabilités dans leur propre prise en charge, dans le but de les aider à maintenir et améliorer leur qualité de vie. »*³⁷. Plus tard, cette approche va profiter aux malades bipolaires avec des programmes de soins complets. La loi HPST de 2009 (loi de réforme de l'hôpital) rend l'éducation thérapeutique obligatoire pour les malades atteints de maladies chroniques.

"La psychoéducation" concerne aussi bien les malades que leurs familles ou les soignants. Elle s'intéresse outre les aspects liés à l'ETP, à tous les déterminants sociaux qu'il faut aussi prendre en compte pour améliorer la compréhension de la situation du patient et son

³⁷ Rapport de l'OMS-Europe, publié en 1996, *Therapeutic Patient Education – Continuing Education Programmes for Health Care Providers in the field of Chronic Disease*, traduit en français en 1998

devenir (par exemple, les facteurs déclenchants, l'alliance thérapeutique, le soutien social...) C'est un programme global et interactif qui est destiné aussi bien à améliorer la qualité de vie du patient et de son entourage, qu'à prévenir les rechutes, à améliorer les rapports soignants/soignés et à favoriser la bonne observance du traitement. Gay (2015, p.426) dit "*elle peut se définir comme l'éducation ou la formation théorique et pratique axée sur les connaissances et la compréhension du trouble et de ses différents traitements. Cette approche a pour principale finalité de favoriser la réinsertion optimale du sujet*". Malgré la prise en charge médicamenteuse de plus en plus pointue des patients bipolaires, un nombre élevé de récurrences et de rechutes s'observent dès la première année de traitement, soit près de 37%. Les chiffres sont de 60% et 73% les deuxième et troisième années (Gay, 2014). La littérature rapporte que pour maximiser l'effet du traitement pharmacologique, les mesures psycho éducatives font partie intégrante de la prise en charge globale du malade. Leur efficacité est effective tant sur la diminution des récurrences et des rechutes que sur la qualité de vie des malades et sur l'observance médicamenteuse.

La psychoéducation en groupe

En France, on utilise souvent *le programme de Colom et Vitae*, *le programme FondaMental* ou encore *le programme de Garches*. Ces différents programmes abordent au cours de sessions, les aspects théoriques et pratiques des troubles bipolaires. Ils diffèrent au niveau du nombre de séances et de quelques détails mais l'approche globale s'articule à peu près de la même façon. Les patients vont étudier la symptomatologie, l'étiologie des troubles, les traitements, les comorbidités, la vulnérabilité au stress et comment le gérer, la résolution de problèmes. *Le programme de Garches*, comporte aussi des conseils sur la relaxation et de la *mindfulness*, la communication avec l'entourage. Un guide pratique, le manuel d'exercice de Monica Ramirez Basco d'essence cognitive et comportementale (TCC), synthétise les informations des programmes et permet au patient une ouverture sur une prise en charge plus spécifique (Gay, 2015a).

Les approches centrées sur la famille

Il est important que la famille et l'entourage soient informés correctement pour accompagner au mieux le patient. Les conflits, la mauvaise communication, le déni de la maladie, le manque de soutien sont néfastes à la bonne observance du traitement. La famille et son fonctionnement peuvent être un facteur de risque ou au contraire, un bon soutien. Les proches doivent aussi recevoir des informations adéquates pour accompagner au mieux le sujet.

Ici encore, la littérature rapporte les résultats de l'amélioration de l'observance médicamenteuse grâce à une formation de l'entourage (Gay, 2014).

L'étude de Miklowitz et al. (1988) met en évidence un risque élevé de rechute, de l'ordre de 94%, chez les patients exposés à des expériences émotionnelles négatives. Le soutien social permet de diminuer grandement ce chiffre. Une revue de littérature montre l'impact négatif sur le devenir du patient et la corrélation entre un bas niveau de soutien et les conflits familiaux (Richa et al., 2009). Il faut ainsi travailler la dynamique familiale pour éviter cela et en faire un levier plutôt qu'un frein (M'Bailara & Gay, 2015).

Dès lors, la formation de l'entourage et de toute personne susceptible d'aider le malade revêt un intérêt majeur pour améliorer l'observance, réduire le nombre d'hospitalisation, de récidives, de rechutes et pour allonger les intervalles libres. De nombreuses publications citées dans l'article de Gay confirment ces données (Gay, 2015b). Dans l'étude d'Eker et Harkin, après 6 semaines de psychoéducation, l'adhésion était de 86,7% contre 24,2% dans le groupe qui n'avait pas suivi le programme (Eker & Harkin, 2012).

3.2.2 Prise en charge TCC

Si la référence internationale en matière de psychoéducation est le *programme de Barcelone* (Colom & Vieta, 2006), le *programme de Lam*, (Lam et al., 2000) reste la référence en matière de psychoéducation et TCC chez les patients bipolaires (tableau 13). Ce programme se déroule en 3 phases : la psychoéducation (5 séances), les outils comportementaux et cognitifs (11 séances), la consolidation de ce qui a été vu (4 séances). Il doit permettre de diminuer la vulnérabilité au stress pour maintenir l'humeur normale. Le patient apprend à connaître et à accepter sa maladie, à détecter rapidement les signes de rechute et à bien observer son traitement. S'il arrive à contrôler son stress en évitant les "mauvaises situations", à adopter un style de vie adapté et à gérer ses problèmes alors, les rechutes, les conduites suicidaires et les hospitalisations diminueront. Les séances de la 3ème phase doivent amener un changement notoire et déboucher sur une meilleure gestion des épisodes et sur une meilleure qualité de vie en période euthymique avec une diminution des symptômes résiduels (Mirabel-Sarron et al., 2015).

Tableau 14

Phases du programme de Lam de psychoéducation et TCC chez les malades bipolaires (Lam et al., 2000).

Phase 1 : psychoéducation	Le trouble et les traitements Construire l'alliance thérapeutique Identification des comportements, cognitions et émotions Élaboration d'une charte de vie Définition de ses objectifs individuels
Phase 2 : outils comportementaux et cognitifs	Agenda de l'humeur et des activités (auto enregistrement) Relier les changements d'humeur aux différentes activités Apprendre la résolution de problèmes Apprentissage des outils cognitifs avec le décentrage Identification des schémas cognitifs, réévaluation des pensées et reformulation.
Phase 3 : consolidation	Retour sur les techniques apprises et leur utilisation Identifier les signes de rechutes.

D'autres programmes TCC (Tableau 16) ont fait leurs preuves tels ceux de Bauer et Mc Bride (2001), de Basco et Rush (2005) ou de Newman (2001), qui s'appuient sur les travaux de Beck. Les méthodes de ces derniers globalement assez similaires notamment avec un premier outil qui se propose d'analyser les croyances des patients qui nuisent à une bonne observance thérapeutique. Une bonne alliance thérapeutique, un traitement adapté et une bonne éducation ne suffisent pas toujours à obtenir une adhésion complète aux traitements. Dans sa méthode Newman (2001) demande aux patients de faire un auto-enregistrement de leurs pensées. Ils doivent noter les pensées et les croyances (le plus souvent erronées) qu'ils ont vis-à-vis du traitement et de la maladie. Ainsi repérées, ces pensées sont ensuite "travaillées" pour les rendre plus réalistes, comme on le fait avec "les colonnes d'Aaron Beck" (Tableau 15) qui permettent, à partir d'une situation, d'identifier les émotions et les pensées automatiques négatives (PAN) pour ensuite prendre une peu de distance et trouver des pensées alternatives (PA) plus rationnelles. Beck s'appuie sur les schémas dysfonctionnels, les représentations et interprétations biaisées qui touchent trois domaines : la vision de soi, la vision des autres (monde) et la vision de l'avenir. Un patient bipolaire peut très bien penser que prendre un médicament risque de nuire à son image et que les personnes auraient une mauvaise opinion de lui ou encore, être persuadé qu'il n'est pas vraiment malade et qu'il arrêtera un jour son traitement. Ce travail de réévaluation permet au malade d'avoir une autre vision du médicament, de la maladie et de lui-même en changeant ses croyances.

Tableau 15

Les 5 colonnes de Beck (réévaluation des pensées)

Situation	Émotions/Sensations	Pensées automatiques Négatives (PAN)	Pensées alternatives (PA)	Résultat
Ex : Prise de médicament ou se rendre à un RDV médical	On note les émotions et on les évalue Tristesse/10 Anxiété/10 Colère /10 Autres....	PAN induites par les émotions	Pensées plus rationnelles et réalistes qui contrebalancent les PAN	Réévaluation des croyances de départ Réévaluation des émotions de départ (qui diminuent en intensité)

Notes: PAN=pensées automatiques négatives; PA= pensées alternatives

Une deuxième technique utilisée est le "*questionnement socratique*". Largement utilisé en TCC, il met en lumière les croyances profondes du patient et l'aide à les modifier tout en dialoguant et en posant des questions. Newman utilise aussi la technique des "avantages et des inconvénients" où il faut faire établir des listes aux patients de tous les avantages et les inconvénients d'un comportement (les côtés positifs et négatifs). Il s'agit d'évaluer par exemple, le ratio "bénéfice/risque" de ne pas prendre correctement son traitement. La nécessité de lever les doutes et de comprendre les réticences sont aussi utiles pour modifier les cognitions.

La dernière technique utilisée par Newman est celle du "contrôle des stimuli" qui propose des astuces, des outils pour maintenir un bon niveau d'observance et limiter les oublis quand la concentration des patients n'est pas optimale.

Le programme de Basco et Rush (1996) est un modèle structuré de vingt séances. Le problème de la difficulté de la compliance y est évoqué. En cas de mauvaise observance, les médecins et le patient essayent de comprendre pourquoi et de trouver des solutions. Ils cherchent aussi à évaluer le degré d'observance des patients ainsi que leurs croyances vis à vis de la maladie et des médicaments. Grâce à un contrat thérapeutique, les objectifs et les tâches sont clairement identifiés, ainsi que les obstacles et la façon de les traiter.

Les problèmes peuvent venir du patient, de son état ou de son interprétation biaisée des choses. La famille et l'environnement social peuvent aussi être un obstacle, de même que la lourdeur du traitement et ses effets secondaires.

Tableau 16

Les programmes de psychoéducation et TCC dans les troubles bipolaires (Lam et al., 2000)

Programme	Durée	Objectifs	Psycho- éducation	Reconstruction cognitive	Résultats
Bauer et Mc Bride	6 séances en groupe 2eme partie optionnelle	Mieux gérer la maladie et améliorer le fonctionnement social	Oui	Non	Meilleure observance Meilleure connaissance de la maladie Prévention des rechutes
Lam et al.	20 séances de groupe sur 1 an	Améliorer la compliance médicamenteuse et l'information sur la maladie. Prévenir les récurrences	Oui	Oui	Prise de conscience de la maladie Détection précoce des symptômes Observance du traitement Moins de rechute Prise en charge des comorbidités Moins de symptômes résiduels
Basco et Rush	20 séances en individuel sur 1 an	Améliorer la compliance médicamenteuse et l'information sur la maladie. Prévenir les récurrences	Oui	Oui	Anticipation des obstacles Amélioration de l'observance Prévention des rechutes
Newman	Nombre non codifiée en individuel (proche du modèles de Lam)	Améliorer la compliance médicamenteuse et l'information sur la maladie. Prévenir les récurrences	Oui	Oui	Meilleure observance Prévention es rechutes

Quelle que soit la méthode utilisée, la prise en compte des obstacles au maintien d'une bonne adhésion médicamenteuse est essentielle pour prévenir et éviter les complications. En effet, la littérature confirme l'impact positif de ces différentes mesures et de ces différents programmes (Mirabel-Sarron et al., 2015). Une synthèse des études concernant la psychoéducation associée aux TCC montre entre autre, une réduction du nombre de rechutes et une diminution des attitudes et des croyances dysfonctionnelles (Mirabel-Sarron et al., 2015). L'intérêt d'une telle prise en charge réside dans la conjugaison d'une thérapie cognitive comportementale et de la psychoéducation tout en tenant compte du modèle biopsychosocial et de la particularité de chaque patient bipolaire (Gay, 2014). Les malades se familiarisent avec les outils TCC qui permettent d'intégrer des stratégies de *coping* efficaces. Cette double approche permet aussi de restaurer l'estime de soi et de régler quelques problèmes cognitifs

résiduels chez les patients en rémission. Enfin, la qualité de vie est nettement améliorée. Ces résultats ont été confirmés sur une plus grande population de patients bipolaires de type I grâce à l'étude de La Clinique des Maladies Mentales et de l'Encéphale (CMME) du centre hospitalier St Anne de Paris (Mirabel-Sarron et al., 2015).

Un élément important à prendre en compte pour améliorer le devenir et la compréhension du malade bipolaire est de comprendre et d'admettre l'existence de ses croyances et de la représentation qu'il a de lui-même et de la maladie. C'est ce qui sera le cœur de notre problématique.

4. L'observance Thérapeutique

L'observance thérapeutique est un des enjeux majeurs de santé publique du XXIème siècle. La lutte pour augmenter l'observance d'un traitement est au cœur des préoccupations du corps médical, en particulier pour les pathologies chroniques. En effet, le non-respect des préconisations médicales entraîne une évolution défavorable de la maladie et de la qualité de vie des patients, mais aussi des surcoûts importants aussi bien humains qu'économiques (aggravation de la maladie, hospitalisation répétées, suicides...). Or, il n'existe pas de solution unique car l'observance dépend d'un très grand nombre de facteurs. Il est évidemment compliqué de suivre un traitement à vie et chaque personne va réagir différemment.

Le problème de l'observance concerne tous les patients atteints de maladies chroniques et/ou évolutives qui, lors d'une stabilisation ou d'une rémission, sont moins exigeants sur le suivi de leurs traitements. L'observance n'étant pas simplement le respect des conseils, de la prescription ou de toutes les règles édictées par le médecin mais la capacité du patient à poursuivre ces préconisations à long terme et parfois à vie. Dans la littérature, plusieurs mots sont employés pour parler de choses globalement similaires, à quelques nuances près. Ainsi, on peut trouver les termes *d'observance*, de *compliance*, d'*adhésion aux traitements* ou encore de *persistance* (Detry-Morel, 2008). L'observance est définie par Haynes comme "*le degré de respect ou d'écart entre les prescriptions et les pratiques du patient en terme de santé* » (Haynes, 1979). Delfraissy (2002) définit l'observance comme : "*un comportement selon lequel la personne prend son traitement médicamenteux avec l'assiduité et la régularité optimales, selon les conditions prescrites et expliquées par le médecin : suivi exact des modalités de prises médicamenteuses en termes de dosage, de forme, de voie d'administration, de la quantité par prise et par jour, respect des intervalles entre les prises...*". Les différentes appellations varient également en fonction des années, des études et de l'origine des auteurs. Par exemple, dans les années 1970, les Anglo-saxons employaient généralement le terme de "*compliance*" (Tarquinio

& Tarquinio, 2007). Ce terme implique une notion de soumission car il vient du verbe "*to comply*" qui veut dire "se soumettre". C'est une forme d'acceptation totale de ce que le corps médical décrète et prescrit. On trouve aussi dans la littérature le terme d'*adhésion*" qui suggère un degré d'acceptation plus réfléchi et consenti par le patient. Elle induit la notion de motivation et elle reflète un désir d'implication plus fort découlant d'une participation plus active du malade. Elle s'apparente à une *soumission librement consentie* telle que la décrivent Joule et Beauvois (2010). Si les patients ont l'impression de décider par eux-mêmes de leur comportement, de suivre correctement leur traitement, alors leur engagement est proportionnel au degré où ils s'assimilent eux-mêmes à cet acte (Joule & Beauvois, 2014). Les changements de comportements à la suite de cet "*engagement*" ont donc plus de chance d'être pérennes. C'est ici que la confiance en la relation avec son médecin et la compliance aux traitements sont étroitement liées (Lamouroux et al., 2005).

On peut aussi prendre en considération la notion d'*alliance thérapeutique* qui est indissociable du concept d'adhésion même si on peut la considérer comme le déterminant à part entière d'une bonne observance. Un groupe de travail de l'ISPOR (*The International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research*) a étudié la différence du sens et des concepts des termes "*compliance*" et "*persistance*". Ils ont ainsi donné des définitions spécifiques et a apporté certaines nuances pour chacune de ces notions (Cramer et al., 2008). Par rapport à la *compliance*, la *persistance* introduit la notion de temps en plus de l'adéquation du comportement du malade à son traitement. Elle s'apprécie à long terme. Ce paramètre apparaît donc comme un marqueur supplémentaire de l'efficacité du traitement (Detry-Morel, 2008).

Plus généralement, nous parlerons de l'observance en admettant la définition de Corruble et Hardy (2003) qui la désignent (p.1) comme "*l'adhésion au traitement ou compliance*" qui est "*l'adéquation existant entre le comportement du patient et les recommandations de son médecin concernant un programme thérapeutique, qu'il s'agisse d'un traitement médicamenteux, d'une psychothérapie, de règles d'hygiène de vie, d'exams complémentaires à réaliser ou bien encore de présence à des rendez-vous*" (Corruble & Hardy, 2003). En allant plus loin, l'observance serait un comportement mesurable (allant d'une bonne observance à une non observance totale) et dynamique car il évolue dans le temps en fonction des événements de vie (Lamouroux et al., 2005). Il est à noter qu'une bonne observance ne se situe jamais à 100%. En effet, on considère, en psychiatrie, qu'un "observant" suit au mieux 75 à 80% des recommandations thérapeutiques de son médecin (Baudrant-Boga et al., 2012) avec un taux moyen, d'après les revues de littérature, aux alentours de 50% (Robin DiMatteo, 2004). En règle générale, en ambulatoire, on se rend compte que 50% des patients ne suivent pas

correctement leur traitement, ce chiffre augmentant même à 75% de mauvaise observance lorsqu'il s'agit de règles hygiéno-diététiques. Ces pourcentages sont encore plus élevés en psychiatrie et dès lors que le patient est hospitalisé (Corruble & Hardy, 2003).

Le concept de non-observance revêt aussi de multiples formes. On parle ainsi tour à tour de non observance, de sous-observance, d'observance variable, de sur-observance, d'oublis, d'arrêts prématurés ou encore de prises groupées (Lindström & Bingefors, 2000). La forme de non-observance la plus aigüe est certainement l'arrêt définitif qui va mettre en danger le patient en l'exposant aux rechutes et en augmentant le risque suicidaire. On constate que les malades arrêtent parfois leur traitement quelques semaines car ils peuvent, en phase euthymique, se sentir mieux et le trouver inutile. Ils peuvent aussi, par confort, l'interrompre à l'occasion d'un voyage ou de vacances, mais les cas les plus fréquents sont les oublis. Les prises du déjeuner sont les plus facilement délaissées et concernent occasionnellement presque tous les patients. Enfin, certains patients peuvent "réparer" leurs oublis en prenant toutes les prises d'un coup, ce qui est tout de même peu fréquent du fait du risque de surdosage (

Annexe 17, p.185).

Les conséquences économiques de la non-observance sont majeures car elle génère des hospitalisations multiples, l'augmentation de la durée de ces hospitalisations, des rechutes plus rapprochées, et la consultation de nombreux médecins et spécialistes, etc. Cette "mal observance" est aussi associée à des coûts indirects comme la baisse de productivité des individus lorsqu'ils travaillent. Elle met aussi à mal les relations avec l'entourage ainsi que celles avec le médecin qui peut avoir du mal à s'occuper correctement de ce type de patients à long terme (Corruble & Hardy, 2003).

La qualité de la relation entre le médecin et le patient doit rester optimale de part et d'autre pour espérer perdurer et obtenir la meilleure adhésion possible du patient et l'attention entière du médecin. Outre des problèmes cognitifs graves ou de compréhension majeure qui sont des freins inaliénables à la bonne observance mais sont perçus comme "excusables" par le médecin, les "adaptations fantaisistes" des patients sont, à la longue, exaspérantes pour les soignants.

4.1 Modèles explicatifs de l'observance

Plusieurs facteurs interviennent dans les comportements prédictifs de santé des patients. Outre les facteurs sociaux, génétiques et émotionnels, il faut aussi prendre en compte les symptômes perçus, les croyances du patient et celles des soignants (Leventhal & Nerenz, 1985).

Plusieurs théories générales et spécifiques au domaine de la santé existent, visant à prédire un changement de comportement. Le modèle biomédical rapporte des résultats peu satisfaisants car les facteurs objectivables liés au traitement ou au patient ne permettent pas d'expliquer ou de dresser le portrait du patient observant ou pas. Il n'y a donc pas de profil psychologique type du non observant. C'est ce qui ressort de l'étude de Bordenave-Gabriel en 2003 qui déclare (p.214) : "*L'étude des facteurs liés au modèle biomédical ne montre aucun impact significatif sur le comportement d'observance. Ces résultats constituent une démonstration supplémentaire du fait qu'il n'existe pas de portrait-robot du patient psychotique non observant*". En revanche, les auteurs s'accordent à souligner l'importance du soutien social comme déterminant favorisant l'observance et la bonne évolution d'une maladie chronique. Par ailleurs, des recherches en psychologie de la santé ont fourni des pistes en matière d'explication de la non-observance. Elles sont plus fructueuses que celles qui essayent de définir un "patient type" observant ou pas. Ainsi, ces modèles cognitivo-comportementaux proposent d'autres explications, qui impliquent en sus des déterminants psychosociaux des comportements (Bordenave-Gabriel et al., 2003)

Le Health Belief Model (HBM)

Ce modèle élaboré dans les années 1950 par Rosenstock est un des plus connus pour expliquer les comportements de santé (Rosenstock, 1974). Il utilise les attitudes, les comportements, les perceptions et les croyances des malades. Plusieurs types de déterminants différents influencent le comportement observant du patient (Annexe 18, p.185). Le fait qu'un patient suive les directives de son médecin est étroitement lié à la façon dont il comprend et connaît sa maladie, mais aussi à la façon dont il en évalue la sévérité et tous les risques associés. Cette perception subjective de la maladie est différente d'un patient à un autre dans la façon de l'intellectualiser mais aussi de ressentir la maladie comme plus ou moins menaçante ou grave pour lui. De même, la perception du traitement prescrit est subjective et amène le patient à évaluer s'il est bénéfique ou pas pour lui. Enfin, il faut souligner dans ce processus l'importance de l'environnement social et médical du patient. En résumé, si un individu a les connaissances suffisantes sur sa maladie, s'il la considère suffisamment grave, s'il donne une importance primordiale à sa santé et s'il perçoit plus d'avantages que d'inconvénients dans les solutions proposées, alors il sera capable de choisir, de mettre en place un comportement "observant" et donc de suivre correctement son traitement.

Un élément déclenchant est néanmoins nécessaire pour initier ce comportement. Il peut être interne (par exemple le fait de ressentir quelques symptômes résiduels) ou venir d'une

sollicitation extérieure (par exemple une personne de son entourage qui développe une maladie ou le fait de lire un magazine en lien avec sa pathologie...)

Le HBM a été repris et amélioré par Becker et Maiman (1975), (Annexe 19, p.186). Ce modèle fait comprendre que les "soignants" peuvent intervenir comme des facteurs influençant les perceptions des individus en les incitant à avoir une action et un comportement efficaces pour eux, entre autres, grâce à une bonne alliance thérapeutique ou à des programmes de psychoéducation.

Le Health Decision Model (HDM)

Ce modèle complète le HBM (Eraker et al., 1984). Eraker y introduit la notion de rétroaction ou rétrocontrôle, les comportements pouvant être influencés par les expériences précédentes et les croyances initiales des individus. Les soignants pourraient influencer ou modifier les croyances générales préexistantes des malades, adapter le traitement aux préférences des personnes, augmenter l'investissement du patient, favoriser les interactions sociales en impliquant la famille, améliorer l'efficacité de la psychoéducation, donc augmenter globalement les comportements observants.

Le Health Compliance Model (HCM, Heiby & Carlston, 1986)

(Tarquinio & Tarquinio, 2007) définissent (p.5) le HCM ou *modèle de compliance en santé* comme un modèle "*explicatif des comportements relatifs au suivi des traitements médicaux, qui est représenté comme dépendant à la fois de facteurs situationnels antécédents et des conséquences qu'impliquent pour le patient la prise de médicaments*". Ce modèle prend en compte la dimension objective et subjective du ressenti des patients sur les effets de cette observance sur leur vie (Annexe 20, p.186). Les trois types de variables prises en compte sont des variables situationnelles, des facteurs individuels subjectifs et les conséquences positives ou négatives, immédiates ou différées qui en découlent. Les antécédents situationnels regroupent plusieurs aspects tels que les caractéristiques du traitement (goût, formes galéniques, couleur...), les instructions du médecin en termes de qualité ou de forme, la qualité du suivi, l'existence ou non d'un soutien social et la qualité et le type de la relation patient-soignant. Les facteurs individuels sont du domaine de la perception et des croyances qu'a le malade vis-à-vis de la maladie, de l'efficacité du traitement et de son médecin et dépendent aussi de sa personnalité. La gravité estimée de la situation et le degré de satisfaction entrent aussi en ligne de compte. Les conséquences positives ou négatives concernent les aspects sociaux, personnels ou financiers, immédiats ou à long terme, que peuvent induire la maladie et l'observance.

Selon ces modèles (le HBM, le HDM, le HCM), il apparaît que, même en connaissant les risques liés à leur maladie, certains malades ne se soignent pas correctement. Le choix de la stratégie d'intervention doit prendre en compte différents facteurs, et surtout bien les identifier pour chaque patient. Un modèle unique ne pourrait, ne saurait résoudre la problématique de l'observance. Il est donc important de comprendre le phénomène de l'ambivalence, qui est présent chez tous les individus : les malades peuvent avoir envie de se soigner mais finalement trouver des avantages à ne pas le faire. Par exemple, un patient en phase maniaque, même s'il sait qu'il devrait prendre ses médicaments (il doit normalement percevoir son changement d'humeur), ne le fera pas car il se sent profondément bien dans cet état. Il est en " pleine forme", peut faire mille choses sans fatigue, se sent puissant et créatif.

Le Modèle Systémique Des Soins Préventifs (MSSP, Walsh et McPhee 1992).

Ce modèle intégratif datant de 1992 (annexe 21, p.187) est issu de plusieurs modèles notamment le HBM (Becker, 1975). Les auteurs mettent en évidence l'importance du rôle respectif du soignant et du malade dans l'observance et dans les conduites de prévention (Robichaud-ekstrand et al., 2001). Un grand nombre de facteurs sont intégrés dans ce modèle dont trois catégories principales que sont les facteurs prédisposants, les capacitants et les renforçants auxquelles il faut rajouter d'autres facteurs propres au patient et au médecin. " Les facteurs prédisposants" chez les patients regroupent les croyances et les perceptions vis-à-vis de la maladie et du personnel soignant, la motivation et le sentiment d'auto-efficacité et de contrôle sur la maladie. Les caractéristiques socio-démographiques ont aussi une influence. Les mêmes facteurs se retrouvent chez les soignants, assortis de l'évaluation qu'ils font du patient et de leurs propres compétences. "Les facteurs facilitants" concernent là encore le patient et le soignant. Seront évaluées la capacité, les connaissances et l'expertise de chacun ainsi que leurs ressources. " Les facteurs renforçants" mettent l'accent sur le soutien social, les conséquences positives du traitement, de l'interaction des acteurs et de leur satisfaction.

Le Modèle De Prédiction Des Comportements De Santé (MPCS, Pender, 1975)

Issu du HBM (modèle des croyances de santé), ce modèle reprend aussi les théories de l'apprentissage social de Bandura (1976), du LOC (lieu de contrôle) de Rotter en 1966³⁸ et de plusieurs autres facteurs. Pender (1975) y distingue cinq catégories de facteurs principaux :

³⁸ " Le concept de *lieu ou locus de contrôle* ("*locus of control*") réfère à la croyance d'une personne sur ce qui détermine sa réussite dans une activité donnée, les événements dans un contexte donné ou, plus généralement, le cours de sa vie. Les personnes croyant que leur performance ou leur sort dépend surtout d'elles-mêmes ont un locus de contrôle dit interne ; celles qui croient qu'ils sont avant tout déterminés par des facteurs extérieurs hors de leur influence ont un locus de contrôle dit externe.

- les facteurs démographiques tels que l'âge, le sexe... avec les variables interpersonnelles et conjoncturelles ;
- les perceptions individuelles vis-à-vis de la santé et de la maladie ;
- le lieu de contrôle ;
- la perception des obstacles et les priorités du patient ;
- les signaux internes ou externes qui obligent le patient à tenir compte de sa réalité.

C'est de l'ensemble de ces facteurs que découlera ou pas une bonne observance (Annexe 22, p.187). Le modèle tient compte à la fois de la perception de la maladie qu'a le patient mais aussi de ses attentes vis-à-vis d'autrui. L'influence de la norme sociale et du soutien social perçu déterminent dans ce modèle le comportement préventif du malade (Esnault, 2015).

Malgré les critiques et leurs limites, ces modèles sont néanmoins précurseurs de tentatives d'explications des comportements de santé et serviront de guides à d'autres théories plus abouties.

4.2 L'approche cognitive et les représentations des patients :

Le Modèle De L'auto Régulation De Leventhal (Self Régulation Model SMR, Leventhal, Meyer, & Gutmann, 1980)

Les patients cherchent à donner un sens à leur maladie, notamment lorsque ce sont des maladies lourdes et/ou chroniques. Ils se construisent ainsi une vision et une compréhension personnelle (une représentation) du monde extérieur et de leurs expériences qui induit et influence leur comportement. Un modèle issu de la psychologie de la santé nous aide à comprendre comment les patients construisent ces représentations. Ainsi, la façon dont ils traitent les informations les aiderait à accepter leur état de malade et à s'y adapter et les conduirait à choisir différentes stratégies. Mais ces représentations sont propres à chacun, elles diffèrent d'un individu à l'autre selon son vécu, ses expériences passées, sa culture et ses valeurs. De plus, son effort de formulation est plus ou moins cohérent car il repose sur les informations et le savoir dont dispose le patient et l'interprétation qu'il en fait. Le modèle d'autorégulation de Leventhal, Meyer, et Gutmann (1980) postule l'existence de plusieurs dimensions qui interviennent dans la représentation que se font les patients de leur maladie. Ce modèle est particulièrement bien adapté pour comprendre les habitudes comportementales des patients et leur formation. Des études menées, par exemple, chez des patients atteints de VIH confirment que ces dimensions ont un impact sur l'observance du traitement (Ferreira et al., 2010).

Pour Leventhal (1980), le comportement d'observance thérapeutique est dépendant des représentations cognitives du patient. Ces représentations portent sur l'état de santé actuel du

malade et les représentations cognitives liées à la maladie, l'état de santé désiré, les stratégies de *coping* (comportement adaptatif) permettant de changer l'état actuel et les moyens d'évaluation des progrès faits grâce à la mise en place des stratégies de *coping*. Son modèle s'est construit en 3 étapes : la représentation cognitive d'une menace pour la santé, la phase de *coping* dans laquelle le malade fait face aux problèmes et la phase d'évaluation des résultats durant laquelle peuvent survenir des ajustements si, par exemple, les effets sont jugés insuffisants. Outre le processus cognitif mis en œuvre dans chacune de ces phases, des réactions émotionnelles peuvent intervenir mais elles seront contrôlées par les stratégies de *coping* et les évaluations mises en place. Ces deux systèmes d'autorégulation qui vont intervenir seront propres à chaque malade car la perception et la façon de gérer les problèmes sont différents d'une personne à l'autre et parce que l'on peut soi-même réagir différemment face à la même situation selon la période de sa vie. Le SRM repose principalement sur le concept de la représentation de la maladie, qui y est donc central. Ce concept se construit individuellement à partir de trois sources d'information d'après Leventhal et ses collaborateurs (Krasnegor et al., 2013). En premier lieu, l'individu a sur sa maladie les connaissances qu'il a acquises par ses communications sociales ou ses propres recherches et selon son appartenance culturelle (croyances populaires voire folkloriques). Une autre source d'information provient de personnes référentes comme le corps médical ou les proches. Enfin, la dernière source provient de son vécu et des indications mémorisées lors d'épisodes antérieurs : les "diagnostics" sont établis par le malade en fonction de symptômes précédemment observés. Le malade va donc se construire une représentation de *sa maladie* qui s'ordonne selon différentes idées et perceptions qui lui sont propres, à savoir :

- L'identité de la menace et les symptômes que le patient y associe ;
- L'évolution dans le temps de la maladie et la croyance du malade en une durée probable ;
- Les causes correspondant aux croyances personnelles sur l'origine de sa maladie ;
- Les conséquences (réelles ou imaginaires, à court ou long terme) et les effets attendus de la maladie comme la guérison, l'aggravation...

Le patient peut-il exercer un contrôle ? Comment est-il capable de contrôler ? Peut-il guérir de sa pathologie ? Autant de questions que se pose le malade et qui interviennent dans ses représentations. Le patient peut aussi se demander s'il doit vraiment prendre un traitement et si le médicament prescrit est bien le meilleur pour améliorer sa santé. D'où de nombreuses adaptations des traitements par des patients sur la base de ces évaluations, ou une propension à y substituer des traitements alternatifs (Coutu, 2004).

Les auteurs, qui ont analysé les modèles comportementaux visant à expliquer les comportements dans le domaine de la santé, concluent à la supériorité du modèle de l'auto-régulation de Leventhal. C'est donc ce modèle, qui explique de nombreux comportements, notamment pour les maladies chroniques, qui est appliqué à la recherche sur l'observance (Coutu et al., 2000).

En fin de compte, tous ces modèles (HBM, HDM, HCM, et SMR de Leventhal) tentent de saisir chacun des aspects qui peuvent influencer ou prédire l'observance mais aucun n'explique ou ne prédit en totalité ce phénomène. Tarquino précise (p.8), en parlant des modèles, que *"une telle approche bien qu'écologique reste dans les faits particulièrement difficile à expérimenter et à valider"* (Tarquino & Tarquino, 2007). Néanmoins, ils ont l'avantage de montrer à quel point l'observance est un problème complexe et multifactoriel et ils reprennent les différents éléments que nous allons étudier notamment au niveau des déterminants de l'observance.

Ainsi, l'adaptation du modèle de Leventhal par Coutu (annexe 23, p.188) nous semble la plus pertinente pour appuyer nos observations et notre recherche. En effet, elle laisse une large place à la représentation de la maladie. Le malade génère, à partir d'informations et de stimuli divers, des représentations à la fois sur les plans cognitifs et émotionnels, et cela au sein et sous l'influence de la combinaison du contexte socioculturel et personnel. Ce modèle simplifié rend bien compte de toutes les variables qui interagissent avec l'observance et utilise comme concept central la représentation de la maladie. Nous nous inspirerons donc en partie de ce modèle et nous appuierons également sur les déterminants de l'observance les plus souvent rapportés dans la littérature (Allenet et al., 2013). Des facteurs personnels, liés au médecin ou encore au traitement peuvent influencer la bonne observance. C'est dans un souci de compréhension globale de ce "phénomène de non-observance " que nous utiliserons dans notre étude les déterminants qui apparaissent prépondérants pour favoriser, faciliter ou au contraire empêcher une bonne adhésion aux traitements. Nous attacherons aussi une importance particulière à la représentation sociale de la maladie comme un des principaux déterminants agissant sur l'observance.

4.3 Les principaux déterminants de l'observance thérapeutique

Les différents modèles mettent en évidence plus de 200 variables à prendre en compte pour la compliance (Haynes, 1979). Malheureusement, même si ces modèles permettent d'expliquer quelques comportements et d'élucider certaines problématiques, aucun ne permet de démontrer qu'une variable ou l'interaction de plusieurs suffit à élucider le fait qu'un patient

adhère ou non à son traitement. Il est extrêmement compliqué, voire impossible, de bâtir une unique théorie valide reprenant la totalité des variables (Tarquinio & Tarquinio, 2007).

L'adhésion pourrait se modéliser selon cinq dimensions comme le montre la figure ci-dessous. Ces cinq dimensions peuvent se regrouper en 3 grandes familles principales :

- les caractéristiques propres aux patients
- les variables liées à la maladie, à la compréhension des soins et des traitements
- les facteurs impliquant la qualité relationnelle de l'équipe soignant/malade.

L'observance d'un traitement n'est pas naturelle et le patient peut choisir consciemment ou inconsciemment de suivre les prescriptions. Il peut même les oublier, par exemple lorsqu'il part en vacances. Mais pour le malade chronique, il devra d'une part, faire le deuil d'une vie "normale", identique à celle des "non malades" et, d'autre part, accepter l'idée que le traitement et sa maladie s'arrêteront avec sa mort.

L'annonce d'une maladie chronique peut faire l'effet d'un cataclysme pour celui qui l'entend. C'est tout un combat que se livrent alors ses cotés rationnels et irrationnels, ses croyances et ses valeurs et l'issue de cette lutte aboutira ou pas à une bonne observance. Grimaldi dit : "*Le patient chronique doit accepter deux choses, sa finitude et sa différence vis-à-vis des autres, non-malades*" (Grimaldi et al., 2007). Dès lors, suivre son traitement à vie exactement comme prescrit et sans jamais faillir relève du défi. C'est aussi pour ces raisons que le taux d'observance n'est au mieux que de 50%. Baudrant-Boga, dans sa thèse (p.19), rapporte que pour les troubles psychiatriques, le taux d'observance est de 50% à 1 an, de 25% à 2 ans et que 78% des patients à 18 mois ne prennent plus leurs médicaments antipsychotiques (Baudrant-Boga, 2009).

Un autre facteur pouvant agir négativement sur l'adhésion au traitement est que les malades veulent se renseigner le plus possible sur ce dont ils souffrent. Se voulant experts, ils utilisent le biais des émissions médicales, des forums, de sites d'informations divers, officiels ou non, sérieux ou fantaisistes. Se pose alors le problème de la fiabilité de ces renseignements divers et variés et de l'influence néfaste ou pas qu'ils peuvent avoir sur l'observance. C'est comme si le malade voulait vérifier tout ce que dit l'équipe médicale et se faire sa propre opinion. A l'ère d'internet, la confiance aveugle que nous avons envers le "vieux" médecin de famille n'est plus de mise (Fromentin, 2014). Ceci est une réalité, il faut la prendre en compte et les soignants doivent être conscients de cette influence.

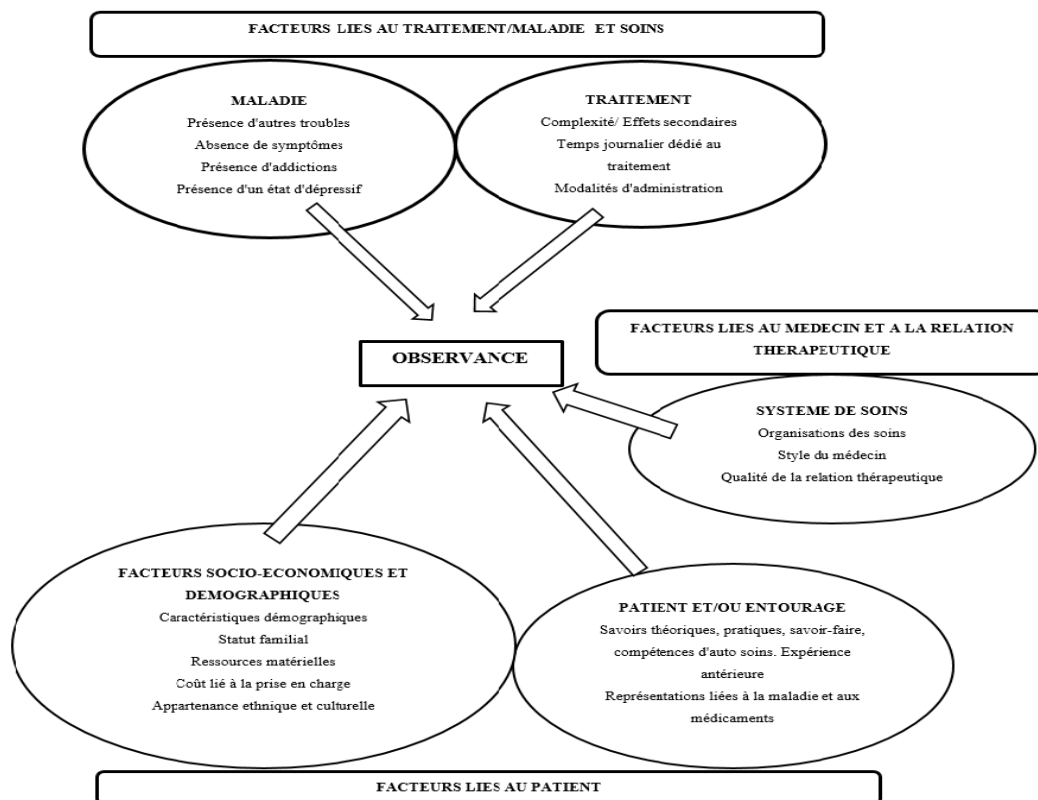


Figure 13
Les 5 dimensions de l'adhésion des patients au traitement médicamenteux (Allenet et al., 2013)³⁹

Facteurs personnels associés à l'observance

Un des éléments en lien avec les croyances des patients à prendre en compte dans la qualité de l'observance est le LOC : "*lieu de contrôle de la santé*" ou "*health locus of control*". Ce concept qui découle directement du LOC de Rotter⁴⁰ (Rossier et al., 2002), stipule que les croyances se divisent en 3 dimensions (l'internalité, l'externalité liée à autrui). Il y a deux types de contrôles différents. Quand la personne croit que ses actions peuvent agir sur les événements, nous parlons de locus interne, que la personne est "externe". En revanche, lorsque la personne considère que les événements sont dus au hasard, aux circonstances ou à la fatalité, on dit que la personne est "externe", on parle de locus externe. Les résultats de l'étude de Combes et Feral (2011) montrent notamment un lien significatif entre le lieu de contrôle interne du patient et une meilleure observance. Les patients avec un locus "interne" recherchent davantage

³⁹ Adaptée de la figure 1, p. 137

⁴⁰ " Ce concept de *lieu ou locus de contrôle* ("*locus of control*") fait référence à la croyance d'un individu sur ce qui détermine sa réussite dans une action donnée et les événements ou sur le cours de sa vie. Lorsque les personnes croient que leur performance ou leur sort dépend d'elles-mêmes on parle d'un locus de contrôle dit interne ; *a contrario* celles qui croient que ce sont les facteurs extérieurs hors de leur influence qui agissent, on parle d'un locus de contrôle dit externe.

d'informations. Le sentiment d'efficacité personnelle⁴¹ agit aussi sur l'adhérence au traitement et est corrélé à une meilleure observance lorsqu'il est fort alors que, lorsqu'il diminue, le risque de non observance est multiplié par 4,3 (Baudrant-Boga, 2009). L'individu croit en ses propres capacités sans compter sur ses réelles aptitudes et sans prendre en compte la situation. Les comportements sont affectés de telle sorte que les efforts et leur persistance sont directement dépendants du sentiment d'efficacité personnelle ressenti. Ainsi, une personne qui pense avoir une forte efficacité personnelle n'aura pas peur d'entreprendre des choses difficiles ni de faire d'importants efforts pour arriver à ses fins. Un échec éventuel peut la "booster," contrairement à une personne qui perçoit son efficacité personnelle comme faible et qui ne persévéra en rien et ne se fixera aucun objectif. Néanmoins, pour que cela fonctionne et assurer la pérennité de l'action du malade, les ressources doivent être réelles et les buts atteignables.

L'âge du patient peut aussi influencer la prise correcte des médicaments. On sait que les jeunes et les personnes âgées sont moins compliants, d'autant plus que les personnes âgées ont souvent de nombreux traitements à prendre et présentent parfois des troubles cognitifs. En dehors de ces catégories de patients, on sait que l'observance est corrélée à l'âge de manière positive. Par ailleurs, l'observance est meilleure chez les personnes mariées que chez les personnes mariées que chez les célibataires (Corruble & Hardy, 2003). L'appartenance à une religion ou à un mouvement sectaire peut aussi jouer un rôle. Ainsi, les témoins de Jéhovah refusent en général de se soigner et certaines croyances imposent des jeûnes (Agoub & Moussaoui, 2014):

Mais il existe d'autres déterminants liés aux patients comme les facteurs sociodémographiques, économiques, etc. On sait que les conditions de vie influencent négativement l'adhésion au traitement, notamment dans le cas des personnes en condition de précarité (Baudrant-Boga, Lehmann, & Allenet, 2011). A noter que des études anciennes rapportent que le sexe et le niveau socio-éducatif n'influencent pas l'observance (DiMatteo, 1994) alors que d'autres affirment le contraire. Une étude récente (Consoloni et al., 2015) confirme que l'âge, la durée de la maladie, les symptômes dépressifs résiduels, l'anxiété, l'impulsivité, la prise de thymorégulateurs et de lithium mais aussi le sexe influencent la compliance.

Il apparaît dans presque toutes les études que le soutien social est hautement important. C'est une ressource externe qui rend plus efficaces les stratégies d'adaptation et cela chez les moins

⁴¹ "Le sentiment d'efficacité personnelle désigne les croyances des individus quant à leurs capacités à réaliser des performances particulières. Il contribue à déterminer les choix d'activité et d'environnement, l'investissement du sujet dans la poursuite des buts qu'il s'est fixé, la persistance de son effort et les réactions émotionnelles qu'il éprouve lorsqu'il rencontre des obstacles » (Rondier, 2003). L'orientation scolaire et professionnelle, 33/3 | 2004

socialement favorisés, la solitude rendant plus fragiles les malades (Esnault, 2015), en ajoutant un facteur de vulnérabilité face au stress.

Concernant les troubles de l'humeur, on note l'effet négatif sur l'observance d'un épisode dépressif mais aussi d'un accès maniaque. La personnalité du patient peut également induire un comportement différent vis-à-vis de l'observance (Corruble & Hardy, 2003). Même s'il n'est pas possible de dégager un profil "type" de patient observant ou pas en fonction de sa personnalité, cet élément est une caractéristique supplémentaire à prendre en compte (Tarquinio & Tarquinio, 2007).

Finalement, il n'est pas naturel de suivre un traitement au long cours. Pour cela, il est nécessaire d'activer ses croyances et de penser qu'il est bon pour sa santé de prendre ses médicaments malgré l'inconfort que cela peut engendrer et durant les périodes sans symptôme. De plus, décider de suivre ou non son traitement est un choix de vie qui appartient au patient et doit être pris en compte dans la notion d'observance (Baudrant-Boga, Lehmann, & Allenet, 2011). Par exemple, les psychotropes, les neuroleptiques peuvent avoir un retentissement sur la vigilance et la sexualité et un patient jeune peut décider consciemment de s'en passer pour recouvrer une vie amoureuse "normale", lors de congés ou le week-end. Jacquin et Levine (2008, p 90) évoquent ce type de patient pour qui la non-observance relève "*d'un choix volontaire et conscient*". De même, une femme soucieuse de son corps pourrait refuser de prendre du poids à cause d'un traitement normothymique.

Relations entre facteurs liés aux traitements, prise en charge et observance :

Il est rare qu'un patient refuse de suivre son traitement alors même qu'il a l'intention de se soigner. Pourtant, les situations dans lesquelles nous observons une résistance de la part du malade sont nombreuses. L'observance est étroitement corrélée à la complexité et à la lourdeur du traitement (Bordenave-Gabriel et al., 2003). Elle ne doit pas se mesurer sur un mode "tout ou rien". Parfois, des patients choisissent de prendre un médicament à cause de sa couleur, de sa forme, de son nom ou du packaging, y associant une certaine efficacité en fonction de critères qui lui sont propres. Ces mêmes patients sont d'ailleurs capables de refuser un autre médicament pour les mêmes raisons, le nom, la forme, la couleur... ne les "inspirant pas". Ils peuvent donc développer une méfiance tout à fait subjective et irrationnelle par rapport à leur traitement (Valente & Laugier, 2009).

Plusieurs facteurs tels que la tolérance et l'efficacité du médicament, le nombre de prises, le nombre de médicaments, la forme galénique (effet négatif des injections par exemple), la durée du traitement, le nombre de rendez-vous sont importants dans le suivi du traitement. Les études

montrent que si l'ordonnance va au-delà de 3 médicaments et que les prises dépassent 1 à 2 fois par jour, l'adhérence au traitement diminue significativement (Bordenave-Gabriel et al., 2003). L'horaire des prises a un impact sur le respect des consignes, la prise du matin est la plus facile à respecter alors que celle du midi et du soir posent plus de problèmes du fait du style de vie, du travail du patient (Kleinclauss & Penfornis, 2014).

En résumé, un nombre de médicaments importants, de multiples prises journalières, des horaires stricts de prises, l'association d'une prise alimentaire avec les médicaments ou au contraire l'obligation de prendre le traitement à distance des repas, des médicaments qui nécessitent une préparation sont des facteurs de mauvaise observance (Fainzang, 2007). L'impact négatif de la lecture de la notice est également à souligner, les patients étant effrayés par le spectre des effets secondaires et renonçant même parfois de ce fait à prendre un médicament prescrit. De la même façon, une expérience médicamenteuse malheureuse peut induire un *a priori* négatif et inciter le patient à ne pas débiter un traitement ou à l'arrêter.

De plus, nous savons que près de 20 % des malades ne vont pas chercher leurs médicaments à la pharmacie et que d'autres les prennent mais n'importe comment ou les consomment à la demande en fonction des symptômes ou des effets secondaires. La substitution du produit princeps par un générique peut aussi être à l'origine d'une moins bonne observance ou efficacité. Certains excipients ou enrobage changent l'absorption des médicaments notamment pour les psychotropes. Un médicament jugé moins efficace ou moins bien toléré peut être délaissé. Fainzang (2007, p193) rapporte que "*ces médicaments sont souvent perçus comme des "faux" médicaments, comme des "ersatz" de médicaments"*...

En psychiatrie, les traitements sont souvent de longue durée et doivent parfois être poursuivis à vie, notamment pour les patients psychotiques et bipolaires. Dès lors, il est compréhensible que le risque d'arrêter ou de mal suivre les prescriptions soit encore plus important pour ces malades que pour les autres, surtout lors des périodes où ils ne ressentent pas de symptôme (Fainzang, 2007). Les effets indésirables sont aussi une contrainte non négligeable. Si les effets sont invalidants, alors le risque d'arrêt est majeur. Malheureusement les effets secondaires des psychotropes sont importants. Les effets extrapyramidaux, les tremblements, la dystonie, la sédation, les dysfonctionnements sexuels, la prise de poids, les effets digestifs... sont suffisamment désagréables pour parfois générer des arrêts ou des adaptations du traitement. L'efficacité du traitement ressentie par le patient a aussi un impact. Ainsi, un long délai d'action peut décourager le malade et le fait de se sentir bien peut faire penser au patient qu'il est guéri. La nécessité d'une surveillance biologique peut aussi être un frein. La prise de lithium, par exemple, nécessite des contrôles biologiques fréquents.

Une mauvaise compréhension, des consignes ou un manque d'information de la part du médecin diminuent encore l'adhésion au traitement. Tarquinio et Tarquinio (2007) rapportent que 50 à 53% des patients ne comprennent pas leur prescription, que 50% ne savent pas dire combien de temps ils doivent poursuivre leur traitement et que 25% n'en connaissent pas le dosage. Une fois le diagnostic posé et la prescription établie, un bon suivi est également essentiel. Des délais d'obtention de rendez-vous trop longs, des consultations qui se limitent à recopier une ordonnance ou à l'ajuster nuisent à la bonne observance. En outre, le soignant doit se focaliser avant tout sur ce qui tient lieu de réalité au patient et prendre conscience des difficultés journalières qu'il rencontre du fait de sa pathologie. Le coût du traitement et la part non prise en charge, par exemple les séances de psychothérapie ou de remédiation cognitive chez un psychologue, peut également être un obstacle à l'observance. Ce facteur prend pleinement son importance dans les pays où les malades ne sont pas remboursés, ce qui n'est pas le cas en France, notamment avec le système des ALD (Affections de Longue Durée) qui garantit une prise en charge à 100%.

Mais au-delà de ces considérations, l'aspect affectif de la relation des malades avec le corps médical joue un rôle prépondérant dans la poursuite des soins.

Les facteurs liés au médecin et à la qualité relationnelle :

La qualité de la relation entre le patient et son médecin est déterminante pour l'adhésion au traitement. Il est important que cette relation puisse s'inscrire dans l'optique d'une véritable alliance thérapeutique sorte de partenariat, de contrat bilatéral entre les acteurs. L'efficacité thérapeutique de "l'effet médecin" est connue depuis longtemps, elle peut se mesurer dans des études par des critères objectifs (Moreau et al., 2006). Dès lors, nous comprenons mieux toute l'importance que revêt l'interaction entre un médecin et son patient et la nécessité d'augmenter les habiletés médicales des soignants. Le patient attend d'être rassuré, sécurisé, accompagné et surtout compris. Les préoccupations et les angoisses du malade peuvent être très différentes de celles du médecin. On peut évaluer la qualité de la relation en mesurant le taux d'acceptation d'un diagnostic ou d'un traitement (Magar, 2009). Il est important qu'un climat de confiance s'établisse pour favoriser l'attitude positive du malade. Le patient attend beaucoup de son médecin et la satisfaction qu'il a vis-à-vis de lui influence grandement l'adhésion aux soins. Le fait que le malade remarque que son médecin s'implique dans la relation pourrait l'inciter à faire plus d'efforts et à développer son sens des responsabilités (Tarquinio & Tarquinio, 2007).

Mais la frustration peut aussi naître chez les soignants qui, malgré leurs efforts, voient le patient ne pas aller dans leur sens. Cela peut aboutir à un désintéret pour le malade, à de la colère voire

à de l'hostilité vis-à-vis de lui et, dans tous les cas, au fait de ressentir un sentiment d'échec de part et d'autre. (Tarquinio & Tarquinio, 2007) expliquent que " *la non-observance est souvent vécue par les médecins comme une frustration, ce qui les conduit le plus souvent à être sur la défensive*".

Les croyances du médecin à propos du devenir de la maladie et de l'efficacité du traitement sont aussi un élément déterminant. Si le médecin semble "croire" en son patient, cela développe la dimension affective de leurs rapports et le patient sera plus influencé positivement pour adhérer aux traitements (Tarquinio & Tarquinio, 2007). La façon dont le soignant communique doit être claire et adaptée ; il ne suffit pas de générer un message, il faut vérifier la façon dont le patient le réceptionne, le comprend, le mémorise et, surtout, l'accepte. Un message écrit plutôt qu'oral semble mieux perçu et mieux mémorisé (Detry-Morel, 2006). Le médecin doit faire un effort de compréhension des besoins de son malade, apporter des réponses adaptées et explicites, faciliter ou aménager le message ou le traitement en fonction de la personne, etc. Detry-Morel, 2006 (p.220) rapporte que "*plusieurs auteurs insistent sur la mauvaise qualité des informations transmises au patient et de la relation médecin-patient comme étant une cause déterminante de compliance défailante*". Les malades n'osent pas discuter les "ordres du docteur" lorsqu'ils ne sont pas d'accord, alors qu'ils devraient avoir le sentiment de pouvoir parler de tout avec leur médecin. Ainsi, ils adapteront leurs traitements ou ne suivront pas ou peu les directives de peur d'être jugés, de déranger ou de peiner le médecin ou encore par besoin de ne plus être passif et de s'approprier un certain pouvoir sur leur vie. Nous parlons alors en santé mentale d'*empowerment* en santé mentale (Fayard, Caria, & Loubieres, 2011). Parfois les patients ont même recours à d'autres formes de "traitements" comme les médecines alternatives ou parallèles sans toutefois oser le dire ouvertement aux soignants. Là encore, la perception des deux parties peut être différente, le patient préjugant du fait que le médecin ne pourra pas comprendre cette "déviance" et le médecin pensant qu'il n'a ni à expliquer ni à convaincre son patient de suivre son traitement puisque cela devrait être automatique et naturel. À ce propos, en 2007, Tarquinio et Tarquinio (p.2) évoquent le principe "d'autorité d'esculape" qui permet au médecin "d'imposer" l'ensemble des comportements que doit adopter le patient. Ceci est sans compter avec *l'empowerment* en santé mentale par lequel les patients cherchent à "s'émanciper". L'interaction entre le médecin et son patient est donc importante pour l'acceptation des prescriptions ou de la maladie et on assiste malheureusement encore trop souvent à un monologue du soignant sans qu'il prenne en compte les attentes, les préoccupations, les peurs du patient.

Une posture positive et impliquée de la part du médecin favorise donc la confiance et l'engagement du malade. Le patient attend non seulement un fort degré d'expertise de la part du médecin mais aussi un sens tout aussi développé de sa compétence interpersonnelle. Il n'est pas rare de rencontrer un professionnel de santé très compétent au niveau technique mais complètement défailant au niveau humain. Il existe plusieurs modèles d'élaboration de la relation médecin-patient (Hamann et al., 2003) (Annexe 25, p.189). A l'instar des managers et de leur style de management, le "style" du soignant influe sur la relation avec le malade. Le médecin "autoritaire", trop "paternaliste" ou trop "social" n'obtiendra pas de bons résultats alors qu'un médecin plus "intégrateur" saura à la fois s'intéresser à la personne, prenant en compte les aspects humains et psychologiques du malade. Il sera également soucieux du résultat thérapeutique de ses actions.

Tarquinio et Tarquinio (2007, p.13) rapportent que *"l'attention du médecin semble en outre se focaliser essentiellement sur des données biomédicales, plutôt que sur l'écoute du patient et sa souffrance psychologique"*. Une attitude préventive serait de questionner les malades sur leur observance et d'ailleurs, d'après les études, cela l'améliorerait de près de 20 %. Il est donc clair que les problèmes d'adhésion aux traitements ne reposent pas uniquement sur " la mauvaise volonté" des malades ou sur une mauvaise information. Le rôle du médecin est également central et lui-même est influencé par ses croyances, sa subjectivité, sa propre motivation et sa perception de l'observance.

Les raisons de chacun sont multifactorielles et bien difficiles à prendre en compte dans leur globalité. Il n'en demeure pas moins vrai que si l'éducation du patient à travers des programmes de psychoéducation donne de bons résultats, il faudrait aussi développer les programmes destinés à former les soignants. Des formations à l'usage des professionnels existent depuis 2010, comme par exemple un DIU en santé mentale communautaire (Jouet, & Flora, 2011).

4.4 Les mesures de l'observance

Il n'existe pas de mesure universelle pour évaluer l'observance mais plusieurs méthodes d'évaluation coexistent avec des avantages et des inconvénients. La difficulté méthodologique vient du fait qu'il est difficile de prendre en compte tous les facteurs. On distingue deux types de méthodes dans la littérature : les méthodes directes et les indirectes (Allenet et al., 2013). Les premières reposent sur la mesure de l'efficacité du médicament à l'aide de marqueurs cliniques ou biologiques, des dosages sanguins, plasmatiques ou urinaires. Les secondes analysent des données telles que des questionnaires, le décompte des comprimés, les renouvellements d'ordonnances.

Les méthodes directes

Ces méthodes utilisent des données qui sont plus objectives que les procédés indirects. Les données sont individuelles ou proviennent des banques de données de la Sécurité sociale avec les ordonnances des "patients en ALD ⁴²". Elles s'appuient également sur les taux sanguins ou urinaires des médicaments ou de leurs métabolites. L'inconvénient est qu'elles sont coûteuses parfois invasives et ne sont pas valables pour tous les médicaments. En revanche, elles sont fiables, sensibles et reproductives (Benoit et al., 2009).

Concernant la psychiatrie, les méthodes directes restent les plus adaptées, en particulier lorsque les concentrations sériques sont indispensables pour mesurer l'effet thérapeutique, notamment pour le lithium chez les patients bipolaires. La lithiémie renseigne sur l'efficacité mais peut aussi être le reflet des doses ingérées (Valente & Laugier, 2009). Mais l'observation de la prise directe des médicaments par les soignants ou l'entourage peut être perçue par le patient comme infantilisante ou renforcer un climat de suspicion. Ces différentes méthodes directes présentent donc des avantages mais aussi des limites (Annexe 26, p.189).

Les méthodes indirectes

Le plus souvent, ce sont des entretiens et des questionnaires qui représentent la méthode la moins coûteuse. Mais celle-ci peut induire une surestimation de la perception de l'observance et diminuer ainsi la qualité de la relation entre le malade et les soignants. En effet, le patient peut se sentir observé, surveillé.

La comparaison des prescriptions médicamenteuses avec le nombre de comprimés délivrés est aussi utilisée. Là encore, ces mesures peuvent être biaisées, les patients pouvant stocker les médicaments le plus souvent remboursés à 100% et n'ayant pas le souci d'économiser et de n'acheter que ce qui leur manque. De plus, les automesures faites par le patient ou l'entourage sont aussi sujettes à des biais ou des imprécisions (Halioua, 2012). Pour y remédier, il existe des piluliers électroniques qui enregistrent les jours et heures d'utilisation. Le MENS (*Médication Event Monitoring System*) améliore la précision des données (Floris et al., 2005) et son utilisation est intéressante pour la recherche clinique.

Néanmoins, ces méthodes comportent un bon nombre de limites (Annexe 27, p.190). Il existe par ailleurs une multitude d'outils standardisés, sous forme d'échelles analogiques ou d'échelles de Likert. Ils ont une sensibilité et une fiabilité variable et restent donc opérationnels mais avec des limites (Garfield et al., 2011). Certains questionnaires, très connus, sont largement utilisés,

⁴² ALD : affection de longue durée

notamment la MARS (*Médication Adhérence Rating Scale*), le DAI 30 (*Drug Attitude Inventory*), le ROMI (*Rating Of Médication Influences*). Ils sont faciles à remplir, ne demandant pas de formation particulière, sont d'un faible coût et utilisables aussi bien en clinique que dans les études (Annexe 29, p.191; Annexe 34, p.209).

5. Les représentations sociales de la maladie et du patients bipolaire

La genèse de cette notion débute avec les recherches de sociologues et d'anthropologues célèbres. Durkheim (1898) invente le concept de *représentations collectives* et donne une importance primordiale à la conscience collective que la société d'appartenance impose aux individus.

Moscovici (1961) délaisse ces représentations collectives pour étudier les *représentations sociales* (Jouet Le Pors, 2006), ajoutant ainsi, à la fixité des représentations collectives, la dimension dynamique de leur variations suivant les groupes d'appartenance et leur évolution au fil du temps. Elles diffèrent de la théorie primitive et y ajoutent un aspect dynamique. Moscovici (1961) avance que les représentations sociales regroupent des informations, des opinions, des valeurs et des croyances (Moscovici, 1961). Elles servent à communiquer avec des "codes" spécifiques qui sont reconnus par les individus d'un même groupe. Elles aident à comprendre l'environnement, la réalité, à orienter les comportements et les actions et ont également une fonction identitaire par l'insertion des individus dans un groupe et le partage par tous ses membres de représentations sociales à propos des objets importants pour leur vision du monde, leur vécu et leur fonctionnement. Ainsi, Moscovici (1961) définit une représentation comme "*un système de valeurs, de notions et de pratiques relatives à des objets, des aspects ou des dimensions du milieu social, qui permet non seulement la stabilisation du cadre de vie des individus et des groupes, mais qui constitue également un instrument d'orientation de la perception des situations et d'élaborations des réponses*" (Fischer, 1987, p. 117). Selon lui, ce sont des mécanismes d'*objectivation* des informations et des connaissances en circulation dans le tissu social et d'*ancrage* de ces connaissances dans le système de valeurs et de pensée de l'individu, qui permettent de donner un contenu et une forme à la représentation. Parmi une foule d'informations, chacun va sélectionner certains éléments, faire un "tri" en fonction de ses intérêts et de ses propres enjeux. Ainsi formée, la représentation pourra émerger et s'enrichir du système de valeur de l'individu et de ses expériences. Pour Herzlich (1969), p.10, c'est un processus de construction du réel qui " *vise à réintroduire l'étude des modes de connaissances et des processus symboliques dans leur relation avec les conduites*".

Plus récemment, Roussiau et Bonardi (2001) donnent la définition suivante: "*Une représentation sociale est une organisation d'opinions socialement construites, relativement à un objet donné, résultant de communications sociales, permettant de maîtriser l'environnement et de l'approprier en fonction d'éléments symboliques propres à son ou ses groupes d'appartenances*" (Roussiau & Bonardi, 2001). Selon Abric (2011), "*la représentation sociale est le produit et le processus d'une activité mentale par laquelle un individu ou un groupe reconstruit le réel auquel il est confronté et lui attribue une signification spécifique*" (Abric, 2011). Selon Carlos (2015), les fonctions des représentations sociales seraient au nombre de quatre :

- assimiler et intégrer les informations ;
- sauvegarder l'identité de l'individu en lui renvoyant une image positive de lui ou de son groupe d'appartenance ;
- fonction d'orientation en prescrivant des comportements et des pratiques ;
- fonction justificatrice qui sert à rationaliser les comportements des personnes.

Nous comprenons, au travers de ces définitions, que la représentation sociale et ses fonctions permettent avant tout de comprendre et d'agir sur le monde. Même si elles ne sont pas objectives, elles sont reconstruites par les individus pour les rendre cohérentes en y intégrant leur vision du monde et leur histoire personnelle. La somme d'informations que l'individu reçoit en permanence d'autrui ou de l'environnement a besoin d'être simplifiée, triée pour pouvoir agir et les représentations sociales remplissent cette fonction.

5.1 La théorie du noyau central

Cette théorie aide à comprendre pourquoi certaines croyances sont si ancrées et comment elles peuvent éventuellement évoluer ou pas. Abric (1987) mentionne que les représentations sociales sont organisées autour d'un noyau central qui en est la base stable. En général, ce noyau se compose de normes ou de valeurs sociales et de croyances fortement ancrées. Ainsi, un même groupe d'individus va organiser de façon homogène ses croyances autour d'un noyau central composé d'un petit nombre d'éléments. Autour de lui se juxtaposent des éléments périphériques qui sont plus flexibles et modulables et peuvent évoluer plus facilement que lui car ils sont au contact de la réalité du vécu (Abric 2011). La détermination de ces contenus est donc plus individualisée et intègre les expériences personnelles du sujet (Annexe 24, p.188).

Finalement, puisque le principe d'économie cognitive biaise ou réduit le traitement de l'information, on comprend mieux le poids que tout ceci peut avoir sur les comportements des personnes.

5.2 Représentations sociales de la santé et de la maladie

Concernant la maladie, il a été montré à de nombreuses reprises (Herzlich, 1969 ; Morin, 1994) que les représentations jouent un rôle important. En effet, le malade fait des choix adaptatifs en fonction du sens qu'il donne à sa pathologie et le fait d'être confronté à une maladie grave ou chronique mobilise des ressources et des valeurs spécifiques indispensables pour s'adapter à ce nouvel état. " Être malade", c'est être autrement dans son corps et son esprit, c'est vivre différemment. C'est donc aussi avoir une image de soi différente tant vis à vis de soi que vis à vis d'autrui. Le patient peut ainsi ressentir de la culpabilité ou de l'impuissance face à sa maladie et il a besoin de maîtrise et de contrôle pour comprendre ce qui lui arrive. Ses représentations l'aident à trouver un sens à tout cela, même si ce sens n'a rien d'objectif, voire manque de rationalité. Il existe donc un lien évident entre la représentation de la maladie, le contrôle que le malade essaye de prendre ou de reprendre sur lui-même et sa maladie et l'observance de son traitement (Baudrant-Boga et al., 2011). Les représentations sociales agissent comme des facteurs de perception subjectifs qui vont faire accepter ou pas les thérapeutiques. En effet, il peut exister une différence pour la personne entre le fait d'avoir une maladie et celui d'être malade" ou "d'être un malade", ce qui rend bien sûr différentes sa perception et sa gestion du problème.

5.3 Les représentations du malade

En psychologie de la santé, la santé et la maladie représentent des "objets" particuliers. La maladie ne touche pas que le corps avec son expression ou ses symptômes, mais aussi l'individu en tant que membre d'un groupe. Elle influence et change la vie du malade. Être perçu malade ou en bonne santé est en effet socialement différent. Il existe également une différence entre les représentations sociales de la santé ou du maladie qui existent chez les professionnels de santé, "les experts "et les malades, "les profanes" (Jeoffrion, 2012a). Les "objets" ne sont pas perçus de la même façon et ces références dissemblables peuvent induire des problèmes de communication et de compréhension entre le "soignant" et le "soigné" et avoir, par conséquent, une incidence sur l'observance thérapeutique.

Herzlich, (1984) considère que "l'objet maladie" est une construction médicale décrétée et édictée par les professionnels de santé et qui ne coïncide pas avec la réalité du malade. Ceci est tout particulièrement le cas avec les pathologies psychiatriques, car le fait "d'étiqueter" le malade peut conduire à le stigmatiser au regard de la société et de ce fait induire un refus ou un déni du statut de malade de la part de ce dernier. Cette représentation du malade ne manquera pas d'influencer sa prise en charge par les soignants et l'observance du traitement. En effet, le

médecin se recentre d'abord sur la maladie, les signes et les symptômes, ainsi que sur son rôle de technicien avec son langage spécifique. Le patient pour sa part, se réfère à sa propre logique, à la gestion de ses émotions et s'intéresse au rôle psychosocial de sa maladie, ceci avec le plus souvent un langage différent de celui du soignant. Parfois des symptômes vécus comme très désagréables et insupportables par le patient peuvent être évalués comme insignifiants par le médecin qui juge en fonction de la gravité de la pathologie et non pas de l'importance de la plainte.

Nous voyons ici l'importance et parfois le décalage entre les représentations du malade et la perception du soignant spécialiste de la maladie. Le médecin part du principe qu'une vision "exacte" et objective de la maladie devrait motiver le malade à bien observer son traitement, mais l'effet sur le patient peut se révéler paradoxal. En effet, si l'implication et la motivation sont nécessaires à la bonne observance d'un traitement, elles peuvent renforcer les croyances des malades et les rendre moins ouverts à un quelconque changement (Boutry et al., 2001). Cela peut s'observer chez les malades qui sont très impliqués et avec des croyances solides car ils sont très peu perméables à des messages différents de leurs croyances. La représentation de la maladie rejoint chez le patient ses croyances, issues de réflexions simplifiées quant à sa maladie ou son traitement, etc. Elles résultent certes d'un certain savoir dispensé par le corps médical, mais également des médias, d'internet, des autres et de ses idées personnelles sur les choses et le monde, sur lui-même sur son corps. Ainsi, l'influence des croyances biaise les pensées par rapport à l'objectivité médicale et le malade développe sa propre vision des causes et de la gravité de sa maladie, de sa vulnérabilité, de sa capacité à changer les choses et à agir sur son traitement, ainsi que sur le rôle du médecin, etc. (Anandamanoharan, 2012).

L'individu s'approprie toute réalité avec son système cognitif, ses propres valeurs, son histoire et ses expériences personnelles. Jeoffrion (2012a), explique que la connaissance des *représentations* permet de comprendre et donc de mieux anticiper les comportements des patients. Encore faut-il que le médecin et le malade parviennent à composer avec leurs visions respectives, se rejoignent et se comprennent à un moment donné – autrement dit qu'ils arrivent à réduire le décalage existant entre les représentations des malades et les acquis médicaux, entre leurs objectifs, leurs attentes et leurs motivations (Boutry et al., 2001). Par exemple, le patient peut considérer l'observance comme un moyen de ne pas être malade alors que pour le médecin, c'est une finalité (Aujoulat, 2005).

Jeoffrion (2012b) a également montré l'existence de similitudes et de différences entre les professionnels de santé et les personnes "tout venant" pour la représentation sociale de la maladie. Les éléments communs relèvent par exemple du partage des connaissances qui

peuvent provenir du milieu médical, d'association diverses ou de sites spécialisés... Ces connaissances sont partagées par les deux groupes sociaux qui en ont donc une vision assez proche. Par contre, l'expérience individuelle, les croyances par rapport à l'objet "maladie", les interprétations subjectives et l'influence de son propre groupe social conduisent à des éléments divergents de la représentation sociale de la maladie. Ainsi, il existe à la fois proximité et divergence et opposition des théories "profanes" et des théories "expertes" (Villani et al., 2013). La réalité de la maladie expliquée et décrite par le médecin au malade est souvent acceptée mais la représentation profonde et la signification qu'il en a relève d'un processus d'autorégulation qui s'appuie sur le sens commun (Apostolidis & Dany, 2012). Jeoffrion (2012b) a confirmé qu'il existe bien une pensée dite "profane" spécifique aux personnes qui n'appartiennent pas au corps médical. Dans son étude, il montre que la représentation sociale de l'observance des "experts" diffère de celle des "profanes". Pour les uns, leur statut "d'autorité médicale" les pousse à s'attacher davantage à l'aspect descriptif du traitement, des médicaments, du symptôme... tandis que les autres se centrent sur une dimension plus affective en prenant en compte la transformation qu'occasionne une maladie chronique sur leur mode de vie. Ainsi les croyances des malades, qui reposent avant tout sur un savoir "profane", s'oppose à celui des médecins (Hale et al., 2007).

Pour Herzlich, la représentation de la maladie peut revêtir divers aspects (Herzlich, 1969) et donner lieu à trois types de représentations de la maladie : "destructrice", "libératrice", la "maladie de métier" (p187). La maladie destructrice rompt tout rapport avec autrui en induisant la passivité ou le déni, en isolant le malade, en le rendant complètement inutile. L'identité de la personne et son rôle social sont réduits à néant. La maladie, alors synonyme d'inactivité, est source d'anxiété, de dépendance et d'exclusion. Le comportement de l'individu consiste à nier sa maladie en refusant de savoir, et/ou de se soigner. Il peut devenir entièrement passif, semblable à un spectateur et se laisser complètement aller. La perception de la maladie comme "libératrice" permet à l'individu de se dédouaner des exigences sociales, d'éviter toute contrainte. C'est donc une forme de libération car les charges et les responsabilités s'allègent, le malade peut "souffler" un peu, profiter d'un répit, faire une pause. Ce retrait de la société a un caractère bénéfique tant qu'il est justifié et accepté par l'entourage. Le patient lui-même y trouvera des bénéfices secondaires pour se laisser aller ou encore pour accepter la maladie, l'intégrer, ce qui permettra *coping* efficace. C'est lorsque la maladie devient "métier" que le "*coping action*" se met en place : il est essentiellement tourné vers des actions de lutte et de combat contre la pathologie. Tout est mis en œuvre pour vaincre, guérir et vivre le plus normalement possible. L'allègement de la charge de travail ou des responsabilités du fait de

cette pathologie permet la lutte active contre la maladie et la coopération avec les professionnels de santé devient entière. S'installe alors un rapport de partenariat, véritable symbiose entre le malade, son environnement et les soignants, pour vaincre ensemble la pathologie.

Le patient a avant tout besoin de construire cette représentation, grâce à son expérience ou aux informations dont il dispose, pour trouver ou donner du sens à sa maladie. "Tomber malade", c'est d'abord essayer de comprendre pourquoi et trouver des explications logiques. C'est aussi savoir quelles circonstances ont pu déclencher cet état, qu'elles soient externes ou internes. Cette vision est parfois proche de la réalité médicale mais peut aussi ne pas être rationnelle ou scientifique. Elle reste néanmoins cohérente et fonctionnelle pour le malade et indispensable dans le processus d'acceptation d'une maladie chronique. Ici, la maladie apparaît comme un objet social et Mannoni parle "d'une grille de lecture et de décodage de la réalité" (Mannoni, 2016). Roussiau et Bonardi (2001)⁴³ ajoutent que "*Comme une représentation sociale est une grille de lecture de la réalité, socialement construite, des groupes forts différents élaborent à leur manière cette grille, en fonction notamment de leurs intérêts*". Le malade va donc organiser le contenu de sa représentation selon ses besoins et en fonction des informations, même succinctes, dont il dispose. Les représentations sociales par rapport à un objet ne sont pas uniques et on a vu qu'elles dépendaient entre autres de l'intérêt des personnes ou du groupe d'appartenance. On comprend mieux alors pourquoi les représentations de soi comme malade, les représentations de la maladie dans de la population générale et la vision que le médecin développe peuvent se construire sur des bases et des modes différents.

5.4 Les représentations de la maladie dans la population générale

La maladie mentale est stigmatisée par la population générale. L'individu atteint de bipolarité va être d'emblée et le plus souvent catalogué comme "fou". Cette identité sociale stigmatisée l'est de façon souvent extrêmement péjorative et, même lorsqu'elle ne l'est pas, elle induit toujours une discrimination plus ou moins importante (Castillo et al., 2008 ; Defromont, 2003 ; Roeland et al., 2010). Elle implique que le malade est évalué et traité comme différent des "autres", en opposition aux gens "normaux". L'étude de la maladie mentale menée par Jodelet (1989) a permis de montrer que celle-ci influence les attitudes et les comportements aussi bien de la part des malades que de leur entourage social ou de la communauté au sein de laquelle ils vivent. Ces représentations sont profondément ancrées et véhiculées par la "société" et résultent plus de l'émotion que de la réflexion (Jodelet, 1989). A titre d'exemple, on peut

⁴³ p.16 (Roussiau & Bonardi, 2001)

citer l'histoire d'une communauté de 1000 malades mentaux placés dans 500 foyers ruraux. Elle y montre les réactions de la population et l'émergence des représentations sociales qui en résultent. Face à la promiscuité des malades, les habitants sont inquiets et méfiants. Jodelet (p.72) dit que " *ce qui est en jeu, c'est aussi le contrôle et la peur*" "*La délimitation et la défense territoriale préservent de la menace, permettent une coexistence sans heurts*" (Jodelet, 1989). Cette communauté va tenir à distance ces malades, ne les intégrera jamais et les discriminera par peur, ignorance ou mécanisme de déni et de défense sociale. La catégorisation va permettre aux individus de schématiser de façon sommaire les personnes rencontrées, d'intégrer ou de faire circuler les représentations collectives "profanes" s'opposant au discours scientifique. Dans notre exemple, les représentations vont prendre le pas sur les connaissances scientifiques dont disposent les foyers d'accueil des malades. Ainsi, les malades psychiatriques vont être caractérisés en trois types distincts : deux sont inhérents au caractère violent et à la dangerosité du malade et produisent une représentation suggérant que ces malades sont imprévisibles et irresponsables, incapables de se conformer aux règles de la société. Le troisième type présente les malades considérés comme pas ou peu intelligents avec des caractéristiques infantiles et que l'on montre du doigt comme les "idiots du village" (Martin, 2014). De ces représentations peuvent découler plusieurs attitudes, parfois bienveillantes mais, le plus souvent, génèrent la peur, la crainte et l'exclusion de la personne malade (Gomes et al., 2021 ; Pal et al., 2017 ; Pal, 2020). Perçus comme paresseux, bêtes, pas fiables, dangereux, non crédibles, etc., les malades eux-aussi peuvent avoir cette même perception d'eux-mêmes. Ainsi ces représentations négatives peuvent-elles influencer le devenir de la maladie et déprécier l'estime de soi et, par conséquent, nuire à l'observance (Bchir, Kechida, Klii, Hammami & Khochtali, 2018). En effet, une mauvaise estime de soi est corrélée négativement à l'observance du traitement car le malade pourrait alors se dire : "*A quoi bon ?*"

Une enquête sur la perception des problèmes de santé mentale (troubles de l'humeur, troubles anxieux, troubles psychotiques) a été menée afin d'évaluer entre autres, les représentations liées à trois mots : la "*folie*", "*la maladie mentale*", "*la dépression*". La SMPG (enquête de santé mentale en population générale de 1999 à 2003), menée conjointement par des centres collaborateurs, l'OMS (CCOM: le Centre collaborateur français de l'OMS pour la santé mentale) et la direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques (DRESS), permet de comprendre la signification que revêtent certains termes et d'en apprécier l'usage fait par des individus "normaux". Les résultats confirment que le "fou" est perçu comme dangereux et anormal. La folie est considérée comme le stade le plus grave de la maladie mentale, sans possibilité de guérison. "Le malade mental" est perçu quant à lui comme

quelqu'un de violent ayant un problème médical qui doit être traité à l'hôpital. "La dépression" reste une notion beaucoup plus familière et commune. Elle est perçue comme une maladie qui peut se soigner et qui ne dure pas et elle est jugée moins négativement que les deux premières catégories. Les résultats de cette enquête montrent que les croyances et représentations de la maladie mentale du grand public sont parfois erronées et subjectives (Anguis et al., 2001). C'est comme si la peur et l'inquiétude que suscitent les "malades mentaux" poussaient les "non malades" à les catégoriser et à les voir le plus différents d'eux possible. Cette mise à distance est souvent perçue douloureusement par les malades et pourrait les conduire à nier davantage leur maladie (Pignon, Tebeka, Leboyer, & Geoffroy, 2017). Le déni serait ici un mécanisme de défense pour préserver leur image et aussi pour paraître "normaux" aux yeux de l'entourage. Le besoin d'être "normal" et accepté les conduirait à ne pas observer correctement leur traitement d'autant plus que, selon la phase de sa pathologie, le patient ne se sent pas malade.

Il apparaît donc que la représentation sociale de la maladie des malades bipolaires peut influencer sur leurs comportements et notamment sur l'acceptation de la maladie et sur l'observance. Changer la représentation mentale de la maladie pour se protéger du regard d'autrui crée une nouvelle réalité pour le malade et induit forcément de nouveaux comportements. La perception de l'observance est très différente entre les professionnels de santé et les malades. S'oppose la perception "profane" de la représentation de la maladie et du traitement du malade et celle du corps médical qui se veut "experte". Certains praticiens ne croient pas utile d'insister sur l'importance de l'observance, pensant que leurs prescriptions seront suivies à la lettre. De plus, il faut aussi prendre en compte la notion d'*empowerment*, très en vogue outre atlantique. Ce concept reconnaît au patient la possibilité de prendre des décisions concernant son traitement, le malade étant sensé être à même de résoudre des situations problématiques en s'y adaptant grâce à ses expériences passées. Les patients à l'aide des nouvelles technologies, des forums, associations, etc. ne se privent pas de revendiquer une certaine expertise de leur maladie. Cette "liberté" ne doit pas déboucher sur une observance "à la carte" qui leur ferait faire m'importe quoi. Certains patients sont aussi plus "rebelles" que d'autres. Chez les adolescents par exemple, ce besoin plus prononcé de ne pas suivre correctement les directives se justifierait par la volonté de s'opposer au médecin pour s'affirmer (Jacquin & Levine, 2008). Jacquin et Levine (2008, p 90) disent que *"le refus de se soumettre aux exigences thérapeutiques, les "aménagements" du traitement ou la révolte contre la maladie apparaissent donc naturellement liés à l'adolescence"*.

Ainsi, la représentation sociale du malade bipolaire a beaucoup évolué et bénéficie d'une image plus positive aux yeux du "profane" (Fromentin, 2015 ; Pignon, et al., 2017). Elle

s'améliore encore grâce aux programmes éducatifs et à la vulgarisation des connaissances à travers les médias. (Castillo et al., 2008 ; Viard et al., 2016). Les personnes non malades font désormais bien la différence entre ce trouble de l'humeur et d'autres maladies psychiatriques. La terminologie est aussi moins stigmatisante puisque nous sommes passés de l'appellation "*psychose maniaco dépressive*" au terme "*bipolaire*" (Pignon, Tebekal, Leboyer, & Geoffroy, 2017). Le malade, qui a une image plus positive de lui-même, peut se sentir "normal" et de ce fait, en phase euthymique, moins bien observer son traitement.

II. PROBLEMATIQUE ET OBJECTIFS DES ETUDES

L'observance thérapeutique est un des enjeux majeurs de santé publique du XXIème siècle. Ainsi, augmenter l'observance d'un traitement est au cœur des préoccupations du corps médical en particulier pour les pathologies chroniques. En effet, le non-respect des préconisations médicales entraîne une évolution défavorable de la maladie et de la qualité de vie des patients mais aussi des surcoûts importants aussi bien humains qu'économiques (aggravation de la maladie, hospitalisation répétées, suicides...). Une observance qui n'est pas optimale est un facteur prédictif négatif important dans l'évolution de la maladie et est responsable de rechutes et de nombreux suicides (Fouilhoux, 2006 ; Hong et al., 2011).

L'observance est essentielle à la bonne prise en charge des maladies chroniques mais elle est le plus souvent partielle chez les patients présentant des troubles psychiatriques, notamment et surtout en phase euthymique (Chevrier, 2015; Corruble & Hardy, 2003). Baudrant-Boga (2009) rapporte, que pour les troubles psychiatriques, le taux d'observance est de 50% à 1 an, de 25% à 2 ans et que 78% des patients ne prennent plus leurs médicaments antipsychotiques au bout de 18 mois (Baudrant-Boga, 2009). Il est difficile de comprendre pourquoi les patients n'observent pas correctement leur traitement malgré le danger que cela représente, particulièrement en termes de récurrence et de rechute.

Comme vu précédemment dans la partie théorique, de nombreux paramètres influencent l'observance. La représentation sociale (RS) "du malade et de la maladie" peut être considérée comme un déterminant de l'observance à part entière. Les RS dans le domaine de la santé montrent l'existence d'une vision commune au sein d'un même groupe mais aussi parfois différente selon le groupe d'appartenance. Les représentations peuvent donc s'opposer pour un même "objet" selon son groupe (Galand & Salès-Wuillemin, 2010; Herzlich, 1969). La réalité des situations se trouve interprétée par rapport à des critères personnels, des croyances et une représentation individuelle. Les soignants comme les patients sont confrontés à leurs propres croyances et à leurs propres objectifs pour la gestion générale de la maladie. En effet, le professionnel de santé est plutôt tourné vers les résultats, les signes et les symptômes alors que le patient cherche à donner un sens à cette maladie et se centre sur le côté émotionnel et sur les atteintes qu'il subit au jour le jour du fait de la pathologie et des traitements. Les RS sont donc différentes comme l'est la logique de ces deux populations quant à leurs buts (Boutry et al., 2001). C'est en cela que l'on peut parler d'opposition pour le même objet "maladie".

Si les systèmes de pensée et les attentes du médecin et du patient diffèrent, leur type de savoir est également différent. Ainsi, on oppose ainsi le savoir "profane" du patient à celui dit

"expert" du médecin. De la même façon, les pratiques des patients peuvent paraître irrationnelles aux yeux des médecins et la culture "profane" s'oppose ainsi à celle du médecin "expert" (Kleinman, 1980). Une rupture de la communication entre ces protagonistes est souvent la conséquence et elle favorise la mauvaise observance (Cedraschi et al., 1998). Cette opposition et/ou différence de représentations entre le médecin et le malade est classiquement et depuis longtemps décrite (Jeoffrion, 2016).

Dans ce travail de thèse, nous avons essayé de modéliser le rôle des déterminants de l'observance en nous appuyant sur l'adaptation du modèle de Leventhal par Coutu (2005) (Annexe 23, p.188) tout en intégrant les déterminants de l'observance le plus souvent rapportés dans la littérature (Allenet et al., 2013; Lombardi et al., 2020). Dans le modèle de Coutu (2005), le malade génère, à partir d'informations et de stimuli divers, des représentations à la fois sur les plans cognitifs et émotionnels, et cela au sein et sous l'influence de la combinaison du contexte socioculturel et personnel. De plus la théorie de la RS évolue, au travers des interactions, des communications, des actes etc. Elle peut changer ainsi se modifier pour "coller" à la réalité sociale car elle a un statut dynamique (Kalampalakis & Apostolidis, 2016).

Alors que les maladies et les malades psychiatriques sont stigmatisés, on tend à différencier la bipolarité des autres maladies mentales. En effet, la bipolarité jouit d'une "popularité" et d'une représentation moins péjorative par rapport aux autres troubles psychiatriques (Yvon & Prouteau, 2017). La RS "du malade et de la maladie" pour les personnes bipolaires et pour les personnes non atteintes est devenue plus positive pour cette pathologie (Chamak, 2018 ; Milton, 2014). Les médias, les réseaux sociaux, les associations de malades, la publicité participent largement à cette modification. Cela rend les malades bipolaires moins "menaçants" par rapport à un "schizophrène" par exemple (Fromentin, 2014). L'objectif principal de cette thèse est d'étudier les principaux déterminants de l'observance thérapeutique chez des patients bipolaires, d'observer si les médecins ont la même représentation que celle des patients vis-à-vis de ces déterminants et de montrer que la représentation sociale de la bipolarité peut jouer un rôle prédominant dans cette observance aussi bien pour le patient que pour le médecin. De plus, nous souhaiterions déterminer si la représentation sociale du malade et de la maladie est la même chez les personnes bipolaires que chez les personnes tout venant sans trouble de l'humeur, et quelle incidence cela peut avoir sur l'observance du patient. Nous répondrons à ces différents objectifs à travers deux études transversales.

1. Etude 1: Les principaux déterminants de l'observance et la différence de représentation entre les médecins et les malades bipolaires

Dans un souci de compréhension globale du "phénomène de non observance", la première étude a pour objectif principal d'étudier la différence de représentation entre les médecins psychiatres ("les experts") et les patients bipolaires (TBPI et TBPII, "les profanes") concernant les déterminants impliqués dans l'observance comme les effets indésirables des médicaments, la représentation du malade de la maladie et des médicaments (RS), le soutien social, la connaissance de la maladie, l'alliance thérapeutique, la représentation de la satisfaction du traitement et de son efficacité. Cette étude vise également à prendre en considération comme élément essentiel, la RS dans la compréhension du mécanisme d'adhésion aux traitements car, comme le suggère le modèle de l'autorégulation, Self Régulation Model (SMR) de Leventhal (1980), le comportement d'observance est lié et dépendant des représentations cognitives des patients.

Nous avons l'hypothèse que non seulement les représentations des malades mais aussi celles des médecins ont une influence sur l'observance.

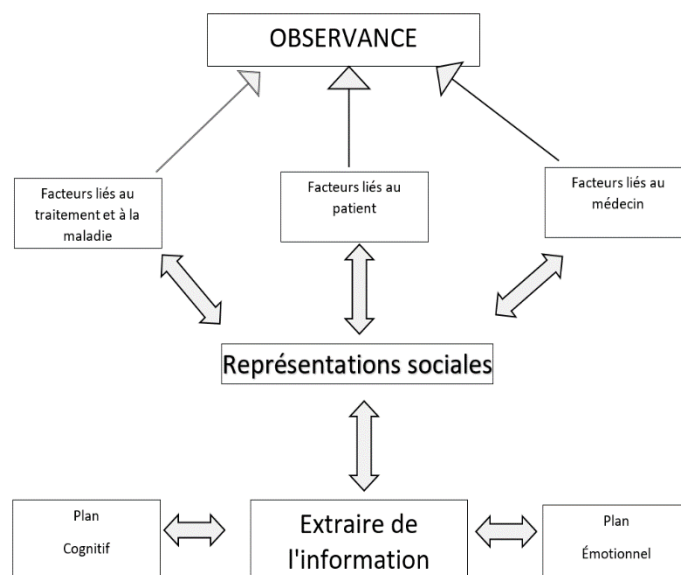


Figure 14 : observance thérapeutique expliquée par les déterminants et par la représentation sociale

Parallèlement à l'importance des représentations sociales du patient bipolaire par rapport au malade et à la maladie pouvant expliquer ses comportements de santé, le rôle du médecin est également central. Celui-ci est lui-même influencé par ses croyances, sa

subjectivité, sa propre motivation et sa représentation de l'observance (Tarquinio, & Tarquinio, 2007). Nous formulons l'hypothèse que comme le médecin se place dans son rôle de "technicien de la maladie" et de prescripteur, il est probable que la vision du patient soit différente de la sienne. Nous nous attendons à une différence entre la représentation sociale des médecins et celles des malades à travers 7 dimensions: l'observance, les effets indésirables des médicaments, la représentation du malade de la maladie et des médicaments, le soutien social, la connaissance de la maladie, l'alliance thérapeutique, la représentation de la satisfaction et de l'efficacité du traitement.

Plusieurs facteurs peuvent influencer l'observance, notamment les caractéristiques liées au malade, à la maladie, au traitement, à la relation entre le médecin et son patient. On mesure l'importance de l'impact des croyances et de la représentation sur le comportement des malades et des médecins à partir de la qualité de la relation avec les professionnels de santé, du soutien social, de l'alliance thérapeutique. L'importance d'une bonne connaissance de la maladie et d'une bonne information est également à prendre en compte pour étudier l'observance (Semahegn et al., 2020 ; Serna et al., 2015). Le choix de la stratégie d'intervention pour augmenter l'observance doit tenir compte des différents facteurs cités ci-dessus. Par exemple, donner une bonne information et communiquer efficacement avec son malade encourage son patient à bien observer son traitement (Waterhouse et al., 1993).

Concernant les déterminants de l'observance thérapeutique, ils sont de différentes natures et peuvent être regroupés par catégories ou par familles (Belzeaux, 2013 ; Bordenave-Gabriel et al., 2003 ; Cottin et al., 2012 ; Leclerc et al., 2015 ; Valente & Laugier, 2015). Les trois familles suivantes regroupent les cinq dimensions de l'observance médicamenteuse (Allenet et al., 2013) : les facteurs liés au traitement et à la maladie ; les facteurs liés au patient comme les facteurs sociodémographiques et les facteurs concernant le patient et son entourage (soutien social, RS...) ; les facteurs liés au médecin et à la relation thérapeutique qu'il entretient avec le patient comme le système de soins, le "style" du médecin. Au-delà des facteurs d'observance cités plus haut, l'aspect affectif de la relation des malades avec le corps médical joue un rôle prépondérant dans la poursuite des soins. Il est important que cette relation s'inscrive dans l'optique d'une véritable alliance thérapeutique, sorte de partenariat, de contrat bilatéral entre les acteurs. L'efficacité thérapeutique de "l'effet médecin" est connue depuis longtemps. Certaines études la mesurent grâce à des essais comparatifs randomisés qui prennent en compte les facteurs qualitatifs de communication entre le médecin et le patient, la

satisfaction globale de leur relation (Moreau et al., 2006). Il est largement reconnu qu'il est plus facile d'agir sur l'alliance thérapeutique pour augmenter l'efficacité du soin que sur les facteurs socio-économiques ou démographiques qui eux, ne peuvent pas faire l'objet d'un changement (Norcross, 2010). Dès lors, nous comprenons mieux toute l'importance que revêt l'interaction entre un médecin et son patient et la nécessité d'améliorer les habiletés sociales et de communication des soignants (El-Saifi et al., 2019). Dans cette optique, le patient attend d'être rassuré, sécurisé, accompagné et surtout compris (Lauber et al., 2006 ; Tessier et al., 2017). La qualité de la relation peut être évaluée en évaluant le taux d'acceptation d'un diagnostic ou d'un traitement (Magar, 2009).

Pour terminer, nous émettons l'hypothèse que l'observance varie en fonction du niveau de l'alliance thérapeutique, qu'elle augmente lorsque l'alliance est forte et inversement

2. Étude 2 : La représentation sociale du malade et de la maladie des patients bipolaires et des non malades

Dans la première étude, nous cherchions à démontrer l'existence d'une différence de représentation vis-à-vis des principaux déterminants de l'observance entre les médecins et les patients. Dans la deuxième étude, nous souhaitons étudier la manière dont les malades et les non malades perçoivent la bipolarité ; plus précisément, nous souhaitons mettre en évidence s'il existe des différences ou des similitudes au niveau de leurs représentations sociales de la maladie bipolaire.

Concernant la représentation sociale de la bipolarité des patients eux-mêmes, nous pourrions penser que du fait de leur connaissance de la maladie, les malades sont plus proches que la personne tout-venant de la représentation sociale des "experts" (celle des médecins). Par conséquent, s'ils sont "experts" de leur maladie, leur RS doit être différente des personnes non malades qui représentent les "profanes" (n'ayant pas à priori de connaissances spécifiques de la maladie). Mais il se peut que cette "expertise" soit relative et que finalement la représentation sociale du malade et de la maladie du patient bipolaire soit proche de celle de la population tout-venant. Ces représentations sont cruciales car elles peuvent influencer non seulement l'observance du patient, son estime de lui et ses comportements. En fonction de sa représentation, le malade pourra être soit dans le déni par peur de la maladie, du regard des autres, de la différence, d'être étiquetés..., soit dans l'acceptation ce qui bien sûr aura un impact différent sur sa façon de vivre la maladie et de se comporter (Herzlich, 1969). De la même façon, la représentation sociale de la personne tout venant est également importante car si sa représentation est erronée cela peut conduire à des conduites inappropriées, de la méfiance voire

de la défiance vis-à-vis des patients bipolaires et ainsi, engendrer leur stigmatisation (Castillo et al., 2008). Cette stigmatisation pourrait être un frein à l'observance en entretenant une mauvaise estime du patient, en diminuant la qualité du soutien social et en affectant la qualité de vie des malades (Pal et al., 2017). Cela impacte également l'insertion sociale, peut engendrer un sentiment de honte et de culpabilité et favoriser l'exclusion du malade.

Théoriquement, le fait d'être "expert "de sa maladie grâce à une bonne connaissance induite par les programmes d'éducation, les expériences passées, la fréquentation d'associations actives, devrait inciter les patients à une observance correcte (Gay, 2015 ; Ho et al.2017 ; Tourette-Turgis, 2015). *A contrario*, la peur d'être stigmatisés par autrui (par les "non malades") pourrait conduire les personnes bipolaires à nier leur maladie et à se sentir et à se déclarer "normaux ", non malades.

Notre étude s'inspire des travaux de Jodelet (1989) sur la représentation sociale de la maladie mentale. Cette étude a montré que des populations même averties quant aux diverses catégories de maladies psychiques, à leurs symptômes, à leurs caractéristiques et aux médications appropriées persistent à croire ces pathologies contagieuses et à s'en protéger de ce fait par des pratiques particulières. Plus récemment, l'enquête sur "*La Santé mentale en population générale*" (SMPG, 2001), réalisée par un des centres de l'Organisation mondiale de la Santé (CCOMS) et par la Direction de la Recherche des Études de l'Évaluation et des Statistiques (Drees) fait aussi ressortir la mauvaise opinion associée à la maladie mentale par la population non malade. Les mêmes termes sont toujours utilisés pour associer certains comportements aux malades psychiatriques : violents, dangereux, irresponsables.... Afin de formuler les hypothèses de notre étude, nous nous sommes donc inspirés à la fois du questionnaire de l'enquête SMPG (Roelandt et al.,2010) et des éléments significatifs relevés dans les études de Jodelet (1989) et Giordana (2010).

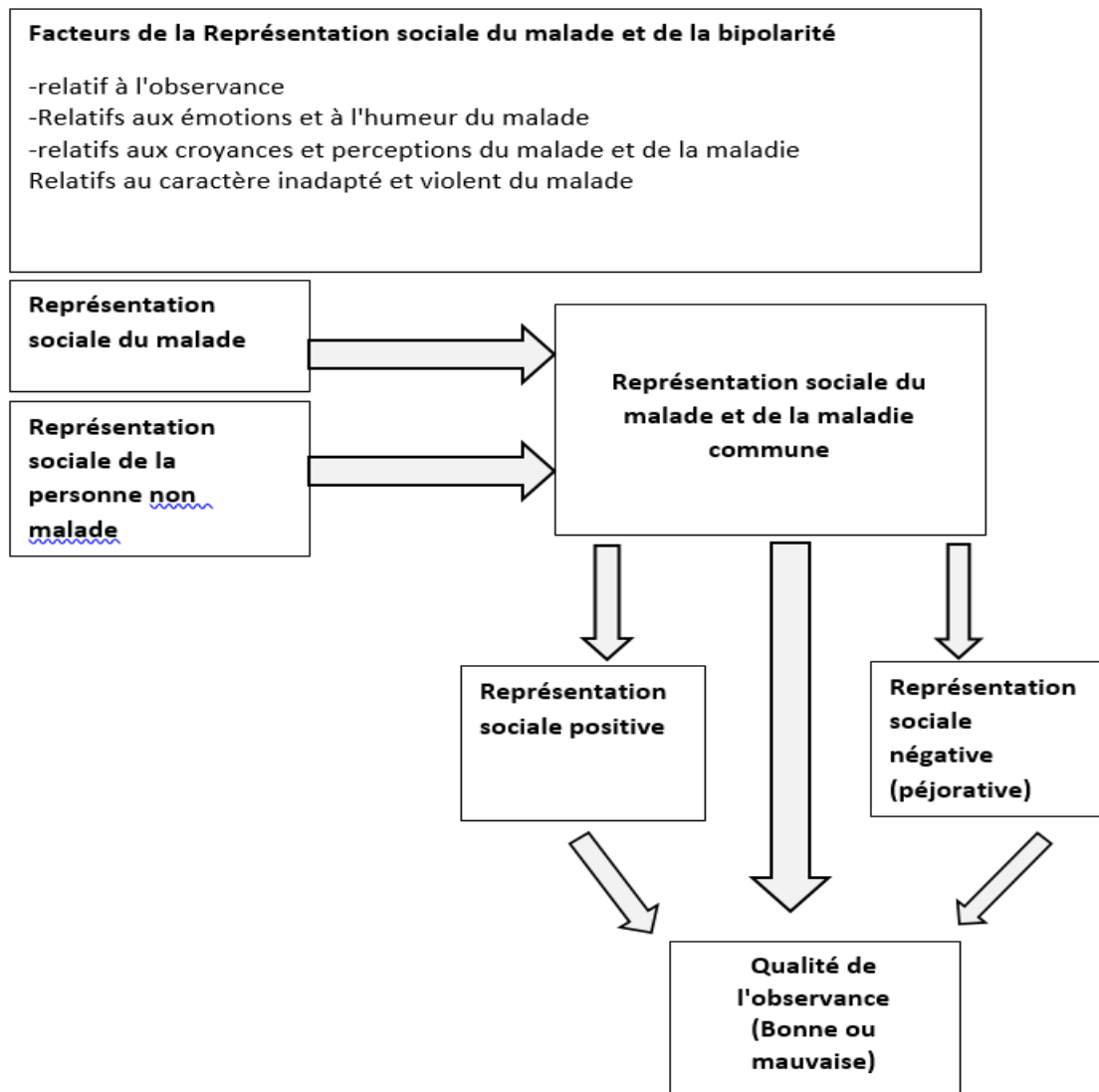


Figure 15: Les facteurs de la représentation sociale du malade et de la bipolarité chez les patients et des personnes non malades et leur impact sur l'observance.

Nous avons vu que si théoriquement, nous pouvons imaginer que les patients bipolaires sont experts de ce trouble en termes de connaissances, le risque existe également qu'ils ne se perçoivent pas en tant que "malades", ce qui les conduirait à développer une représentation sociale de leur maladie identique ou très proche de celle de la population tout venant, non malade (n'ayant pas de connaissance spécifique relativement à la bipolarité). Dans cette étude, nous avons cherché à explorer la représentation sociale des malades et de la maladie d'une part chez les patients et d'autre part dans une population non malade sans connaissance particulière de la maladie dans le but de relier cette représentation à l'observance. Notre première hypothèse est que la représentation sociale du patient bipolaire n'est pas différente de celle de la personne

tout venant non malade. Plusieurs indicateurs pourraient nous permettre de comparer les représentations sociales de nos deux populations :

- l'observance et l'automédication (déterminer si les réponses de nos deux populations aux items de cette dimension diffèrent ou pas, sur la façon dont le malade suit et/ou adapte son traitement), par exemple: "un patients bipolaire est quelqu'un qui respecte le nombre de prise et la posologie de son traitement";
- des croyances relatives au malade et à la maladie (déterminer si nos deux populations répondent identiquement sur la façon dont ils se représentent les malades bipolaires et sur ce qu'ils imaginent de la maladie), par exemple: "s'il prend ses médicaments, les gens auront une mauvaise opinion de lui";
- l'humeur (déterminer si les réponses relatives au trait d'humeur du malade bipolaire sont les mêmes pour nos deux populations), par exemple: "un patients bipolaire est quelqu'un qui pleure souvent, est triste";
- la dimension "inadapté" (déterminer si les réponses relatives au fait que le malade bipolaire n'a pas une vie normale dans la société et qu'il ne s'y adapte pas comme les autres personnes sont les mêmes pour nos deux populations), par exemple:" un patient bipolaire est quelqu'un d'ingérable "et
- la dimension" violence"(déterminer si les réponses relatives au fait que le malade bipolaire est quelqu'un de violent sont les mêmes pour nos deux populations), par exemple : " patients un bipolaire est quelqu'un qui est dangereux pour les autres".

Une meilleure connaissance de la maladie grâce aux médias, à des campagnes de communication, de sensibilisation du public, à des opérations "anti-stigma" peut améliorer peu l'image des malades psychiatriques. La bipolarité est aussi largement médiatisée car certaines célébrités ne la cachent plus (Mariah Carey, Mel Gibson, Sting,). Cela contribue à faire évoluer la représentation sociale des malades psychiatriques dans la population non malade, ce qui pourrait influencer celle des patients et les pousser à se sentir finalement non malade et comme tout le monde (Sarradon-Eck, 2002). Mais majoritairement, les malades psychiatriques ont tendance à être stigmatisés, catalogués de "fous", de "malades mentaux" (Giordana, 2010) et la maladie mentale est associée à une image de personne dangereuse, violente et peu adaptée à la vie en société. Dans ce contexte, les malades eux-mêmes en arrivent à se stigmatiser (Castillo et al., 2008 ; Corrigan et al., 2002, Lampropoulos et al., 2019). Nous pouvons alors considérer que la représentation de la maladie développée par les personnes bipolaires pourrait avoir un impact non négligeable sur leur adhésion aux traitements dans la mesure où croire que l'on

n'est pas malade peut inciter à être moins observant. De la même façon, la stigmatisation dont les patients font l'objet pourrait les amener à ne pas prendre leurs médicaments pour ne pas être jugés négativement et pourrait même les conduire à une émancipation de leur statut de malade bipolaire (Bird, 2004 ; Negura et al., 2020). Cette peur d'être stigmatisé est d'ailleurs décrite dans plusieurs études et elle nuit à la bonne observance (Pignon, Tebeka, Leboyer, & Geoffroy, 2017). En résumé, se considérer comme quelqu'un de "normal" (qui n'est pas malade), menant une vie " normale " et qui n'ayant donc pas besoin de traitement serait une façon pour le malade de protéger son estime de soi (Bchir, Kechida, Klii, Hammami, & Khochtali, 2018).

Notre deuxième hypothèse est que le niveau d'observance du patient bipolaire varie en fonction de la représentation sociale qu'il a de sa maladie. Plus les patients bipolaires ont une "RS positive" (image positive et non stigmatisée d'eux et de leur maladie), plus ils se sentent "normaux" et moins ils observent correctement leur traitement. En effet, une image positive de soi peut amener le patient à s'accepter et à accepter la maladie plus facilement en assumant pleinement son état mais le fait de ne ressentir aucun symptôme en phase euthymique peut aussi le conduire à "oublier" sa maladie. En ne se sentant pas différent, se pensant comme tout le monde, le malade bipolaire pourrait penser ne plus avoir besoin d'observer aussi consciencieusement son traitement que pendant les phases de manie ou de dépression.

III. ETUDE1 : ÉTUDE COMPARATIVE ENTRE LES REPRESENTATIONS DES MEDECINS ET DES PATIENTS BIPOLAIRES

1. Méthodologie

1.1 Participants

Un échantillon de 25 dyades de médecins psychiatres et patients bipolaires de type I (BPI, n = 11) et de type II (BPII, n = 14) a été recruté par le biais du centre expert de Monaco et de cabinets de psychiatres libéraux. Les patients avec une forme sub-syndromique ont été exclus de l'étude car leur faible nombre ne permettait pas de créer une condition supplémentaire. Les critères d'inclusion pour la participation à l'étude étaient la majorité, aucun critère de non-inclusion n'a été formulé. L'âge moyen des patients était de 46,72 ans ($\sigma=14,39$), avec 48% de femmes et 52 % d'hommes.

1.2 Instruments de mesure

Deux outils ont été créés afin de répondre aux objectifs de l'étude en se basant sur des questionnaires existants et sur des questions supplémentaires conçues pour notre recherche. Le protocole complet a été pré-testé auprès d'un échantillon de psychiatres (Annexe 30, p.192) et de patients (Annexe 31, p.199).

- Le premier outil, à destination des patients, était un questionnaire mesurant la représentation sociale du malade sur les déterminants de l'observance. Il se composait de 26 items et d'un commentaire libre. Les échelles de mesures étaient de 1 à 4 (de "pas du tout d'accord" à "complètement d'accord") pour 22 items et de 1 à 8 pour 4 items (échelle analogique en 8 points).

- Le deuxième outil, à destination des médecins psychiatres, était un questionnaire mesurant les représentations sociales des malades, de la maladie et de l'état clinique des patients d'après le médecin psychiatre. Ce questionnaire comportait également une partie consacrée aux renseignements socio-démographiques du patient. Le questionnaire se composait de 50 items (26 items pour les déterminants de l'observance, 21 questions sociodémographiques, 3 items pour l'impression clinique globale ou CGI) et d'un commentaire libre. Les échelles de mesures étaient de 1 à 4 (de "pas du tout d'accord" à "complètement d'accord") pour 22 items et de 1 à 8 pour 4 items (échelle analogique en 8 points). Pour les 3 items de la CGI, les échelles de mesures étaient en 5 points pour 1 item et en 4 points pour 2 items. La particularité de l'outil des médecins psychiatries était que, les questions des patients leurs étaient posées "en miroir". Par exemple, lorsque le patient devait répondre à "*je prends trop de médicaments*", le médecin psychiatre devait répondre à "*il pense (votre patient) qu'il prend trop de médicaments*".

Questionnaire des patients

Un questionnaire de 26 items a été créé en se basant sur la *Drug Attitude Inventory* (DAI-30, Hogan, 1983). Il comprenait 5 items issus de la DAI-30 (items 2, 6, 8, 9,13); 2 items étaient inspirés de l'enquête sur la perception de l'observance dans la schizophrénie (EPOS), (items 17, 25) et 4 items pratiquement identiques à ceux de la DAI-30 (Palazzolo et al., 2007b; Palazzolo, Weibel, Midol, & Dunezat, 2007a), (items 2, 8, 9, 13). Par ailleurs, dix-neuf items (4, 5, 7, 10, 11, 12, 14, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 25, 26, 27, 28) ont été bâtis par nos soins afin d'étudier les représentations sociales du patient bipolaire et de la maladie sur sept dimensions différentes de déterminants de l'observance. Au total, ces 26 questions avaient pour objectif d'explorer les sept dimensions de l'observance suivantes:

- l'observance et l'automédication (8 items),

- le traitement et les effets indésirables (5 items),
- la représentation du malade (1 item),
- le soutien social (2 items),
- la connaissance de la maladie (5 items),
- l'alliance thérapeutique (3 items),
- la satisfaction et l'efficacité du traitement (2 items).

Un espace libre a été prévu pour apporter d'éventuels commentaires. Pour certaines questions, il était demandé aux patients de se positionner sur une échelle en 4 points (22 items : de 2 à 19 et de 25 à 28) et pour d'autres questions sur une échelle analogique visuelles en 8 points (4 items : de 20 à 23) (Annexe 33, p.207). Afin de pouvoir catégoriser les scores totaux, nous avons utilisé la moyenne générale obtenue par tous les participants. Un score total inférieur à cette moyenne était considéré comme un score bas alors qu'à contrario un score supérieur à cette moyenne générale était considéré comme un score élevé. Un "score bas" était constitué par les réponses inférieures à la moyenne ($m=2$) pour les items de 2 à 19 et de 25 à 28 et inférieures à $m=4$ pour les items de 20 à 23. Un "score haut" était constitué par les réponses supérieures à la moyenne ($m=2$) pour les items de 2 à 19 et de 25 à 28) et supérieures à $m=4$ pour les items de 20 à 23 (Annexe 42,p.217).

Nous avons regroupé les items par dimensions et pour nous assurer de l'homogénéité de nos mesures, nous avons calculé pour chacune d'elles un alpha de Cronbach. Les dimensions étaient l'observance, les effets indésirables, le soutien social, la connaissance de la maladie et des médicaments, l'alliance thérapeutique, la satisfaction et l'efficacité du traitement (Annexe 45, p.220; Annexe 46, p.220; Annexe 47, p.221; Annexe 48, p. 221; Annexe 49, p.221; Annexe 50, p.221; Annexe 51, p.222). Les alphas obtenus étaient globalement satisfaisants puisqu'ils s'échelonnaient de 0,60 à 0,76.

Questionnaire des médecins psychiatres

Un questionnaire de 50 questions a été développé pour les médecins psychiatres dont l'objectif était de pouvoir comparer la représentation du médecin et celle des patients bipolaires à propos des différentes dimensions de déterminants de l'observance⁴⁴. De plus, ce questionnaire avait pour but d'obtenir des données sur la maladie des patients (les comorbidités, le traitement, le nombre d'hospitalisations...) ainsi que des renseignements sociodémographiques concernant les patients.

⁴⁴Les dimensions : l'observance, le traitement et les effets indésirables, la représentation du malade, le soutien social, la connaissance de la maladie, l'alliance thérapeutique, la satisfaction et l'efficacité du traitement.

Le questionnaire à destination des médecins-psychiatres comprenait 5 items issus de la *Drug Attitude Inventory* (DAI-30), (Hogan, 1983), (items 23, 27, 29, 30, 34). Parmi ces items, on peut citer la proposition suivante : "Il pense (votre patient) que prendre des médicaments ne va pas lui faire de mal était posée au patient sous la forme "Prendre des médicaments ne va pas me faire de mal". Six items (items 23, 29, 30, 34, 38, 47) étaient inspirés de l'enquête EPOS dont 4 étaient pratiquement identiques à ceux de la DAI-30 (Palazzolo et al., 2007b ; Palazzolo, Weibel, Midol, & Dunezat, 2007a). Trois items (de 45 à 47) ont été tirés de la *Clinical Global Impression* (CGI) (Guy, 1976), échelle très souvent utilisée dans les études pour évaluer la gravité d'une maladie, l'efficacité du traitement et sa tolérance. Comme pour le questionnaire des patients, dix-neuf items (25, 26, 28, 31, 32, 33, 35, 36, 37, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 49, 50, 51, 52) ont été bâtis par nos soins pour obtenir des réponses en lien avec les dimensions de notre étude (Annexe 31 Annexe 31, p.199). Ces items avaient pour objectif d'explorer les sept dimensions suivantes de l'observance :

- l'observance et l'automédication (8 items),
- le traitement et les effets indésirables (5 items),
- la représentation du malade (1 item),
- le soutien social (2 items),
- la connaissance de la maladie (5 items),
- l'alliance thérapeutique (3 items),
- la satisfaction et l'efficacité du traitement (2 items),
- la gravité, l'efficacité et la tolérance évaluées par le médecin (3 items de la CGI)

Un espace libre a été prévu pour apporter d'éventuels commentaires. Pour les questions de 23 à 40 et de 49 à 52, les médecins étaient invités à répondre sur une échelle en 4 points qui allait de "pas du tout d'accord" à "complètement d'accord". Pour items (de 41 à 44), ils devaient répondre sur une échelle analogique visuelle en 8 points. Pour les 3 items de la CGI, le médecin, en fonction de son expérience clinique, devait évaluer le niveau de gravité des troubles mentaux actuels du patient (échelle de type Likert en 5 points), l'efficacité du traitement et sa tolérance (échelle de type Likert en 4 points). Afin de pouvoir catégoriser les scores totaux, nous avons utilisé la moyenne générale des scores obtenus par l'ensemble des participants. Un score total inférieur à la moyenne générale était considéré comme un score bas, de la même façon, un score supérieur à la moyenne générale était considéré comme un score haut. Un "score bas" était constitué par les réponses inférieures à la moyenne ($m=2$) pour les items de 23 à 40 et de 49 à 52) et inférieures à $m=4$ pour les items de 41 à 44. Un "score haut" était constitué par les réponses supérieures à la moyenne ($m=2$) pour les items de 23 à 40 et de 49 à 52) et supérieures

à $m=4$ pour les items de 41 à 44 (Annexe 42, p.219). Seul le questionnaire destiné aux médecins psychiatres regroupait des questions relatives à des données socio-démographiques, au traitement et la maladie du patient, raison pour laquelle ce questionnaire comportait 21 items supplémentaires (de 2 à 22) par rapport à celui des malades.

Nous avons regroupé les items par dimensions et pour nous assurer de l'homogénéité de nos mesures, nous avons calculé pour chacune un alpha de Cronbach. Les dimensions étaient l'observance, les effets indésirables, le soutien social, la connaissance de la maladie et du médicaments, l'alliance thérapeutique, la satisfaction et l'efficacité du traitement (Annexe 45, p.220; Annexe 46, p.220; Annexe 47, p.221; Annexe 48, p. 221; Annexe 49, p.221; Annexe 50, p.221; Annexe 51, p.222). Les alphas obtenus étaient globalement satisfaisants puisqu'ils s'échelonnaient de 0,60 à 0,7.

Tableau 17

Synthèse des correspondances des items entre le questionnaire "patient" et le questionnaire "médecin psychiatre "

Dimensions Étudiées	Correspondance des items pour les questionnaires de l'étude 1		
	Nombre Items	Numéro des items pour le Patient	Numéro des items pour le Médecin psychiatre
Observance/automédication	8	2.3.17.23.25.26.27.28	23.24.38.44.49.50.51.52
Traitement et effets indésirables	5	4.5.6.8.22	25.26.27.29.43
Représentation de la maladie	1	7	28
Soutien social	2	18.19	39.40
Connaissance de la maladie	5	9.10.11.12.13	30.31.32.33.34
Alliance thérapeutique	3	14.15.16	35.36.37
Satisfaction	1	20	41
Efficacité	1	21	42
Question libre	1	24	48
Renseignements socio démographiques	21	-	2 à 22
CGI (clinical global impression)	3	-	45à 48
DAI (drug attitude inventory)	5	3.6.8.9.13	24.27.29.30.34.
EPOS (enquête sur la perception de l'observance dans la schizophrénie)	5	2.8.9.13.15	23.29.30.34.38

1.3 Procédure

Conditions de passation : avant le recrutement, les patients et les médecins psychiatres avaient été informés du respect de leur anonymat et de la confidentialité des données. Ils avaient reçu toutes les informations nécessaires concernant le respect de l'éthique, la finalité de l'étude et son déroulement afin de décider de donner librement leur consentement ou non. C'est le médecin psychiatre ou le centre de consultation qui ont obtenu et vérifié l'accord des patients pour la participation à cette recherche. Sur le questionnaire du patient, il était clairement écrit qu'il était libre de participer et que le fait de répondre aux questions supposait son accord.

Les questionnaires ont été mis en ligne⁴⁵ par l'intermédiaire d'un sondage " Google forms" et/ou imprimés pour donner le choix du type de support aux soignants et aux patients (Annexe 31, p.199; Annexe 33, p.207). Ce sont les médecins psychiatres qui ont remis les questionnaires aux patients, qui ont rempli leur questionnaire dans le même temps. A noter que les 50 participants de notre étude ont tous répondu à l'aide du format papier.

Analyses statistique : pour tester nos différentes hypothèses, des tests d'analyses non paramétriques ont été réalisés à l'aide du logiciel Statistica® (version 13.3).

2. Résultats

2.1 Description des participants

Notre échantillon de 25 patients se composait de 54% d'hommes (n=12) et de 46% de femmes (n=13). La répartition hommes/femmes se rapprochait de celle habituellement retrouvée dans les études. En ce qui concerne l'âge, seuls 22 patients sur 25 ont répondu (3 femmes n'ont pas voulu donner leur âge). L'âge moyen étaient de 46,72 ans ($\sigma=14,39$; minimum=23 et maximum=74). L'âge moyen de l'ancienneté du trouble était de 18,71 ans ($\sigma=13,23$; minimum=5 et maximum=58) avec un âge d'apparition moyen de 27,81 ans ($\sigma=10,89$; minimum=16 et maximum=50). Les différentes caractéristiques sociodémographiques sont résumées dans le tableau 17. La proportion des patients sans activité était de 64%. Concernant le statut scolaire, 76% de la population possédait le bac et 48% avait fait des études supérieures. Pour le statut marital, près de 52% de notre population était en couple.

⁴⁵ Questionnaire médecin :

https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSdGjF0IOCzSMIJMigybd5JagPSNRKj4IMcTfcqzZ_5BgImHUQ/viewform?vc=0&c=0&w=1&flr=0

Questionnaire patient : https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSfnWQHb_vU8PJpKG-NEFA27fGrxyj2kEfp2X7Y3JcYgiNewA/viewform?vc=0&c=0&w=1&flr=0

Tableau 18

Caractéristiques sociodémographiques des participants

Variables		n=25	%
Sexe	Femme	13	48
	Homme	12	52
Situation professionnelle	En activité	9	36
	Sans activité	16	64
Catégories socio professionnelles	Employés/Ouvriers	8	32
	Professions libérales/Indépendants	5	20
	Cadres	4	16
	Retraites sans profession	5	20
	En invalidité	3	12
Statut marital	Célibataire	9	36
	En couple	13	52
	Veuf (ve) ou divorcé(e)	2	8
Niveau scolaire	Secondaire	2	8
	Cap/Bep	2	8
	Bac	7	28
	Supérieur	12	48
	Autres	2	8

Nb : BPI= patients bipolaire de type 1; BPII= patients bipolaire de type 2

La comorbidité médicale était faiblement représentée. En effet, seulement 32 % des patients présentaient une autre pathologie. Lorsqu'on s'attachait à regarder la répartition du sexe dans les comorbidités par type de maladie, les hommes étaient les plus touchés. A noter que les comorbidités addictives étaient peu représentées et qu'elles concernaient surtout les patients TBII avec l'addiction à l'alcool (Tableau 19).

Tableau 19

Caractéristiques médicales des participants

Variables		n=25	%
Forme de la maladie	BPI	11 (4 femmes)	44
	BPII	14 (9 femmes)	56
Comorbidités médicales	Avec	8	32
	BPI	3 (1 femme)	37,5
	BPII	5 (3 femmes)	62,5
	Sans	17	68
Comorbidités addictives	Avec	3	12
	BPI	1 (1femmes)	33
	BPII	2 (1 femme)	66
	Sans	22	88
Hospitalisation	Avec	20	80
	BPI	8 (3 femmes)	40
	BPII	12 (8 femmes)	60
	Sans	5	20
Tentatives de suicide	Avec	6	24
	BPI	2 (1femme)	33
	BPII	4 (3 femmes)	66
	Sans	19	76

Nb : BPI= patients bipolaire de type 1; BPII= patients bipolaire de type 2

Par ailleurs, il est apparu que 80% de la population des patients interrogés avaient été hospitalisés au moins une fois. Le nombre d'hospitalisations allait de 0 à 12 par patient. La moyenne du nombre de tentatives de suicide (TS) était de 3,50 et 25% des personnes avaient fait au moins une TS, avec une majorité de femmes (75%) souffrant de TBII (

Annexe 38, p.215). Tous les patients de l'étude étaient traités et recevaient entre 1 et 5 médicaments. A noter que les traitements psychothérapeutiques et non médicamenteux n'ont pas été pris en compte. Les résultats sont résumés dans des tableaux (Annexe 39, p.215 ; Annexe 40, p. 215; Annexe 41, p.216). Les patients en monothérapie représentaient 16% (n= 4) de notre population. En moyenne, les patients prenaient entre 3 et 4 produits différents pour se soigner. C'est donc 60% (n= 15) des patients qui prenaient entre 3 et 4 produits. Lorsqu'on s'intéressait aux prescriptions, on notait que les deux molécules les plus utilisées étaient le Lamictal® (antiépileptiques) et le Téralithe® (lithium, normothymique). Le Lamictal® représentait 18,18% des prescriptions et le Téralithe® 12,99%. Le Lamictal® était plutôt utilisé chez les patients souffrant de TBPII (n= 8) tandis que le Téralithe® restait le médicament privilégié pour les patients présentant un TB I (n= 6).

2.2 Analyses Statistiques

Hypothèse n°1:

Les dyades psychiatres/patients ont une représentation sociale différente sur les dimensions suivantes : observance, effets indésirables des médicaments, représentation du patient de la maladie et des médicaments, soutien social, connaissance de la maladie, alliance thérapeutique, représentation de la satisfaction et de l'efficacité du traitement. L'objectif de l'étude était d'apprécier la différence de représentation entre les patients et le médecin psychiatre par rapport aux dimensions précédemment citées. Nous avons traité les données des 25 "dyades" en supposant que pour un médecin psychiatre donné, les réponses seraient systématiquement différentes de celles de son patient, cette hypothèse se déclinant sur toutes les dimensions étudiées précédemment.

Nous avons réalisé des tests de Kruskal-Wallis qui ont permis d'apprécier la différence de représentation entre ce que pensaient patients et médecins psychiatres et de mettre en évidence un certain nombre d'effets par rapport aux déterminants de l'observance étudiés (Tableau 20).

Tableau 20

Résultat des analyses pour les représentations des participants (médecins et patients) selon les différentes dimensions étudiées

Dimension	n=50 Participants		Somme des rangs	Moyenne des rangs	Kruskal-Wallis	
Observance	N=11	TBI	294,5	26,73	$H = (2, n=50) = 3,92, p = 0,14$	ns
	N=14	TBII	437	31,21		
	N=25	Médecin	543,5	21,74		
Effets Indésirables	N=11	TBI	180	16,36	$H = (2, n=50) = 7,37, p = 0,02$	< 0,05
	N=14	TBII	335	23,93		
	N=25	Médecin	760	30,40		
Représentation De la maladie	N=11	TBI	206	18,72	$H = (2, n=50) = 11,92, p = 0,00$	< 0,01
	N=14	TBII	262	18,71		
	N=25	Médecin	807	32,28		
Soutien Social	N=11	TBI	307,5	27,95	$H = (2, n=50) = 2,92, p = 0,23$	ns
	N=14	TBII	415,5	29,67		
	N=25	Médecin	552	22,08		
Connaissance De la maladie	N=11	TBI	382	34,72	$H = (2, n=50) = 9,00, p = 0,011$	< 0,05
	N=14	TBII	399,5	28,53		
	N=25	Médecin	493,5	19,74		
Alliance thérapeutique	N=11	TBI	256	23,27	$H = (2, n=50) = 12,73, p = 0,00$	< 0,01
	N=14	TBII	517	36,92		
	N=25	Médecin	502	20,08		
Satisfaction Efficacité	N=11	TBI	283,5	25,73	$H = (2, n=50) = 0,106, p = 0,94$	ns
	N=14	TBII	369,5	26,39		
	N=25	Médecin	622	24,88		

Notes : : TBI=patients bipolaires de type 1; TBII= patients bipolaires de type 2; ns non significatif;

Pour la variable "observance" : le test de Kruskal-Wallis n'a révélé aucune différence entre les trois groupes (TBI, TBII et médecins psychiatres) pour la variable "observance". Pour la variable "effets indésirables" : le test de Kruskal-Wallis a mis en évidence une différence significative entre les trois groupes pour la variable "effets indésirables", $H(2, n=50) = 7,37, p = 0,02$. Les comparaisons multiples des rangs moyens ont permis de noter que la représentation des effets indésirables était plus faiblement ressentie par les TBI ($R = 16,36$) que par les médecins psychiatres ($R = 30,0$) $p < 0,02$. Le test de Kruskal-Wallis, pour la variable « représentation de la maladie », a mis en évidence une différence significative entre les trois groupes pour la variable "représentation", $H(2, n=50) = 11,92 p = 0,00$.

Les comparaisons multiples des rangs moyens ont permis de noter que la façon de se représenter le patient, la maladie et les médicaments différaient chez patients présentant un TBI ($R = 18,72$), chez les patients présentant un TBII ($R = 18,71$) et chez les médecins psychiatres ($R = 32,28$). Les patients atteints de TBI et de TBII trouvaient que leur image n'était pas du tout altérée par la prise de médicaments. Elle était donc meilleure que celle perçue par les médecins psychiatres ($p < 0,001$). En revanche, les TBI ou les TBII avaient la même représentation de leur état, (respectivement $R = 18,72$ et $R = 18,71$).

Le test de Kruskal-Wallis, pour la variable "soutien social" n'a relevé aucune différence entre les trois groupes (TBI, TBII, médecins psychiatres) pour la variable "soutien social". Pour la variable "connaissance de la maladie", le test de Kruskal-Wallis a mis en évidence une différence significative entre les trois groupes pour la variable "connaissance de la maladie", $H(2, n=50) = 9,00, p = 0,01$.

Les comparaisons multiples des rangs moyens ont montré une différence entre les TBI ($R = 34,72$) et les médecin psychiatres ($R = 19,74, p < 0,01$) à savoir que les patients TBI avaient le sentiment d'être plus informés sur leur maladie que ne le pensaient les médecin psychiatres.

Pour la variable "alliance thérapeutique", le test de Kruskal-Wallis a mis en évidence une différence significative entre les trois groupes pour la variable *alliance thérapeutique*", $H(2, n=50) = 12,73, p = 0,00$. Les comparaisons multiples des rangs moyens ont révélé que la représentation de l'alliance thérapeutique différait entre les médecins psychiatres ($R = 20,08$), $p < 0,001$ et les TBII ($R = 36,92$). Ces patients trouvant que l'alliance thérapeutique était meilleure que celle perçue par les médecins psychiatres. Enfin pour la variable "satisfaction et efficacité du traitement", le test de Kruskal-Wallis n'a révélé aucune différence entre les trois groupes pour cette variable.

En conclusion, les hypothèses d'existence d'une différence entre les médecins psychiatres et les deux types de patients bipolaires ont été validées pour ce qui concerne l'alliance thérapeutique. En effet, les TBII percevaient l'alliance thérapeutique comme meilleure que les TBI et les médecins psychiatres. Il en va de même pour la connaissance de la maladie, la représentation du patient et de la maladie et des médicaments ainsi que pour les effets indésirables des médicaments. Dans ces trois cas, les TBI déclaraient une meilleure connaissance, une meilleure représentation et moins d'effets indésirables que ne le faisaient les médecins psychiatres. Notons également qu'il n'y avait aucune différence significative sur ces trois dimensions entre les TBI et les TBII. Par contre, nos hypothèses n'ont pas été confirmées pour l'observance, le soutien social et la satisfaction vis-à-vis du traitement. Il n'existe donc pas de différence significative entre la représentation sociale des médecins et des patients pour ces trois dimensions.

Notre deuxième hypothèse postulait que plus les patients ont un niveau d'alliance élevé, plus leur observance est bonne. L'analyse de corrélation non paramétrique de Spearman a montré dans le groupe des patients bipolaires que l'alliance était corrélée positivement à l'observance ($r=0,527$; $p=0,006$), indiquant que plus les patients percevaient un niveau d'alliance fort, plus ils étaient observants. En conclusion, les patients bipolaires ayant un bon niveau d'alliance thérapeutique observaient mieux leur traitement que ceux qui avaient une moins bonne alliance.

Tableau 21 Corrélation de rangs de Spearman entre l'observance et l'alliance chez les patients bipolaires

	1	2
1.Observance	-	0,52*
2. Alliance	0,52*	-

*-< 0,01

3. Discussion

3.1 Les facteurs socio-économiques, démographiques

Caractéristiques sociodémographiques des patients

Dans notre échantillon, la variable sexe est répartie de façon équilibrée, la prévalence de la maladie est pratiquement identique chez les hommes et les femmes, ce qui est globalement confirmé dans bon nombre d'études (Billups et al., 2000; Corruble & Hardy, 2003). D'autres

travaux ont également démontré qu'il n'existe pas d'effet systématique de l'âge et du sexe sur le type de bipolarité et sur les déterminants de l'observance (Baudrant-Boga, 2009). Dans notre échantillon, on remarque que l'âge d'apparition de la maladie est assez tardif, ce qui est en accord avec les données de la littérature et implique un diagnostic de bipolarité qui n'est pas fait dès le premier épisode et qui favorise la prescription de traitement mal adapté (Etain et al., 2014). D'autre part, le niveau scolaire des patients de notre échantillon est assez élevé puisque 76% des patients ont leur baccalauréat et 48% ont fait des études supérieures. On peut penser qu'un niveau scolaire élevé favorise une meilleure compréhension par le patient de la maladie et des consignes, favorisant l'éducation thérapeutique. Il est également probable qu'il favorise l'intégration des éléments complexes de la bipolarité et de ce fait, une bonne compliance (Leclerc et al., 2013). Concernant le statut social, 52% des patients de notre étude sont en couple et l'on sait que le fait d'être marié est un facteur de soutien social et prédictif d'une bonne observance (Gentina et al., 2019). Par ailleurs, 36% des patients travaillent et les femmes sont plus nombreuses à avoir une activité professionnelle. La majorité des actifs (32%) sont des employés. Or, le fait de travailler favorise aussi une bonne observance en améliorant le soutien social et en préservant l'identité du patient (González-Pinto et al., 2010).

Caractéristiques descriptives sur la maladie et le traitement

Dans notre échantillon, la comorbidité médicale est faiblement représentée puisqu'elle concerne seulement 32% des patients, en majorité des hommes. On note aussi une faible proportion de comorbidités addictives, ce qui est un facteur prédictif positif d'une bonne observance car la présence de telles comorbidités complique grandement la prise en charge et présage de difficultés importantes pour maintenir le patient en phase euthymique (Consoloni et al., 2020). En ce qui concerne le traitement, la majorité des patients de notre échantillon reçoit entre 3 et 4 médicaments différents, le nombre de prises est réduit et ce sont majoritairement des formes orales qui sont prescrites. Il est à noter que le nombre de prises et de médicaments est "raisonnable" en comparaison avec les ordonnances beaucoup plus "lourdes" des patients souffrant de nombreuses comorbidités. Or, on sait qu'un défaut d'observance peut aussi être lié au nombre important de prises et de médicaments (Baudrant-Boga, 2012). Les effets secondaires de ces médicaments et la surveillance étant importants et contraignants, cela explique que pour ces maladies chroniques, les patients sont parfois peu observants et prennent quelques libertés avec les prescriptions lorsqu'ils se sentent mieux (Ingersoll & Cohen, 2008).

3.2 Les comparaisons entre les représentations des médecins et des patients sur les différentes dimensions étudiées

Pour la représentation de l'observance, nous avons obtenu des scores moyens assez élevés chez les médecins psychiatres qui évaluaient l'observance de leur patient comme chez les patients qui évaluaient leur observance, sans déceler de différence significative entre eux, bien que les patients TBII se disent significativement plus observants que ne le déclarent les médecins psychiatres. Ce résultat va à l'encontre de la littérature qui rapporte que l'observance, quel que soit le trouble mental, est toujours surestimée par les psychiatres en pratique clinique (Samalin, 2016). Les médecins psychiatres interrogés seraient donc suffisamment "réalistes" pour estimer l'observance de la même façon que leur patient et ne pas la surestimer. Ceci pourrait s'expliquer par le fait que les psychiatres qui ont participé à l'étude sont peu nombreux et viennent pratiquement tous du centre expert de Monaco. La formation de ces médecins psychiatres est très spécifique et les centres experts utilisent les mêmes standards au niveau national pour le traitement et l'évaluation des patients bipolaires. Spécialisés dans cette prise en charge centrée sur le patient, ils ont peut-être, de par cette approche, une meilleure vision et une meilleure connaissance du patient. Cela pourrait être la raison pour laquelle les résultats ne divergent pas entre médecin et patient et que l'hypothèse ne se vérifie pas.

Pour l'évaluation des effets secondaires, dans notre étude, l'appréciation des effets secondaires s'est avérée différente entre médecins psychiatres et les patients TB1, les patients bipolaires déclarant mieux supporter les effets secondaires des médicaments que ne le déclarent les médecins psychiatres. De plus, les patients TBI comme TBII surestiment leur capacité à supporter ces effets secondaires par rapport à ce que déclare leur médecin psychiatre. Nous savons que les traitements des patients bipolaires sont parfois "lourds" et que les comorbidités les compliquent souvent en augmentant leurs effets secondaires. C'est peut-être ce qui pousse le médecin psychiatre à surestimer les effets secondaires ressentis par son patient. Mais, dans notre échantillon, les comorbidités médicale et addictive étant faiblement représentées, nous pouvons raisonnablement penser que nos patients participants supporteraient mieux les éventuels effets secondaires ou qu'ils les ressentiraient moins intensément.

De plus, la majorité des patients reçoivent entre 3 et 4 médicaments différents, le nombre de prises est réduit et ce sont majoritairement des formes orales (moins pénibles à supporter que les traitements injectables). Ce nombre de prises et de médicaments "raisonnable" pourrait

représenter quelque chose "d'acceptable" pour le patient, lui permettant de minimiser les effets indésirables alors que pour le médecin psychiatre cela est plus difficile à envisager.

Pour la représentation du patient de la maladie et du médicament, dans notre étude, la représentation sociale du patient, de la maladie et du médicament s'est avérée différente entre médecins psychiatres et les patients bipolaires TBI et TBII. Les médecins ont une représentation plus négative que ce que pensent les patients TBI et TBII alors qu'elle ne se distingue pas chez les patients. Globalement les deux types de patients ont plutôt une bonne image d'eux-mêmes, et pensent assez peu que les autres peuvent avoir une mauvaise opinion d'eux, de leur maladie ou des médicaments. Cet élément est extrêmement important car la peur d'être stigmatisé ou jugé comme un "fou" ou quelqu'un de différent conduit le patient au déni et par conséquent, à négliger l'adhésion à son traitement (Baudrant-Boga, 2009).

La représentation des patients est construite par rapport à celle la société. Selon Herzlich, (1969), si le patient se représente de sa maladie comme "destructrice", cela l'amène à refuser de se soigner et à cacher sa maladie sans la combattre. En revanche, lorsque la représentation de la maladie est positive (c'est la maladie "métier" chez Herzlich), le patient a un "bon" comportement et est davantage susceptible de suivre correctement son traitement. Baudrant-Boga (2009) affirme que 20% de la variabilité de l'observance est due aux seules représentations qu'ont les patients de leurs médicaments. Il n'est pas toujours évident pour une équipe soignante d'avoir cette analyse ni de comprendre l'impact de ce critère ni même de percevoir les patients de façon positive. En revanche, dans notre étude, les médecins psychiatres semblent avoir une représentation significativement moins bonne que les patients TBI. Les réponses des soignants sont donc proches de la représentation négative que les personnes ont des malades mentaux en général (Jodelet, 1989).

Pour le soutien social, le niveau déclaré de soutien perçu était important pour nos participants mais nous n'avons pas trouvé de différence significative entre les médecins psychiatres et les deux catégories de patients. Notre hypothèse relative à la différence d'évaluation du soutien social n'est donc pas validée. Le rôle de l'entourage (famille ou soignants) est prépondérant pour que le malade se sente soutenu ce qui permet d'optimiser l'observance (Corruble & Hardy, 2003; Valente & Laugier, 2009). Tous les auteurs estiment que le soutien social est essentiel. Valente et Laugier (2009) parlent de l'importance du fait que l'entourage aide le patient au quotidien, ils le considèrent même comme le facteur le plus déterminant pour améliorer l'adhésion aux traitements. Au centre expert, les familles des patients les plus gravement atteints sont reçues

et la communication est importante. Des réunions sont organisées avec tous les protagonistes, ce qui favorise l'adhésion au traitement et améliorerait grandement la prise en charge.

Pour la connaissance de la maladie, les patients estimaient globalement avoir une bonne connaissance de leur maladie alors même que les médecins psychiatres semblaient mésestimer cette connaissance de la maladie qu'avaient les patients. De plus, les patients TBI estimaient leur connaissance supérieure à celle que déclaraient les médecins psychiatres. La façon de penser et d'appréhender la maladie n'était donc pas la même pour les patients et leurs médecins psychiatres.

Pour l'alliance thérapeutique, globalement, elle était estimée assez forte. Toutefois, les médecins psychiatres et les patients TBII ne la percevaient pas de la même façon, les patients TBII la trouvant significativement meilleure que les médecins psychiatres. Ce décalage entre soignants et soignés confirme donc notre hypothèse de départ. Les patients TBII ressentiaient cette bonne alliance plus fortement que les patients TBI. Le fait de ressentir une bonne alliance laisse présager une bonne observance comme le relate la littérature (Andrade-Gonzales, 2020). Enfin, le niveau d'alliance avait bien un impact sur l'observance (H2) : les patients bipolaires ayant un niveau d'alliance thérapeutique faible se déclaraient moins observants que ceux ayant une alliance forte. Ces résultats corroborent les études rapportant que l'alliance thérapeutique est un facteur essentiel d'amélioration de l'observance médicamenteuse (Baudrant-Boga et al., 2012).

Pour la satisfaction/efficacité du traitement, il n'existe pas de différence significative entre les médecins psychiatres et les deux catégories de patients quant à la satisfaction vis-à-vis du traitement et à l'appréciation de son efficacité. Tous ont estimé que le traitement était efficace et qu'ils en étaient globalement satisfaits. Notre hypothèse n'est donc pas validée pour cette dimension.

3.3 Influence de l'alliance thérapeutique sur l'observance

L'analyse de corrélation non paramétrique de Spearman a montré une corrélation positive entre le niveau de l'alliance et l'observance. Il est intéressant de noter que, dans notre étude, l'observance était assez élevée et que les rapports entre les patients et les médecins psychiatres étaient excellents. Ceci souligne bien l'importance de ce déterminant. Ainsi, lorsque l'on veut

améliorer l'observance chez nos patients, il convient d'être particulièrement attentif à la qualité de l'alliance thérapeutique. Des résultats similaires sont d'ailleurs décrits dans la littérature (Zeber et al., 2005;Valente & Laugier, 2009; Montreuil et al., 2012)

Pour conclure, l'observance est donc loin d'être une fin en soi pour le patient. Si les modèles explicatifs nous apprennent à comprendre le côté intégratif et interactionnel des déterminants, ils ne peuvent pas prendre en compte la spécificité du patient, du médecin psychiatre et du "couple" qu'ils forment. Les comportements que l'on adopte avec les patients ne sont pas standardisés, ils dépendent de l'empathie ou de la sympathie que chacun éprouve vis-à-vis de l'autre. Cette relation qui se co-construit varie grandement en fonction des échanges et de la qualité relationnelle et émotionnelle et influence l'observance. On peut supposer que la prise en charge des patients dans un centre expert peut influencer positivement l'observance mais on constate que même dans ces circonstances a priori optimales, il existe des différences de perception entre soignant et soigné. En effet, en comparant les réponses du " couple" médecin psychiatre/patient nous avons constaté que leur représentation n'était pas la même. En clair, même avec le protocole de prise en charge d'un centre expert, avec une bonne alliance, un suivi efficace et la meilleure qualité de soins en matière d'innovation, de recherche et d'évaluation de l'impact de la prise en charge préconisée, les réponses diffèrent, que ce soit sur la perception de l'observance, des effets indésirables, de la représentation du médicament, du soutien, de l'alliance ou de la connaissance de la maladie. Cela confirme bien que même si le "couple" médecin psychiatre/patient œuvre dans le même sens avec la meilleure synergie possible, leurs objectifs et leurs représentations restent différents. Ceci va dans le sens de notre hypothèse qui était que le médecin psychiatre n'a pas la même vision que son patient et qu'il est plus axé sur le résultat et le côté technique que sur l'aspect "émotionnel".

Le chemin est encore long pour trouver un modèle qui puisse prendre en compte à la fois les déterminants et leur interaction avec toutes les spécificités des individus concernés. Jusqu'à présent, les pistes se concentraient sur les facteurs liés au patient mais peut-être faudrait-il se pencher sur le cas du médecin psychiatre et de la représentation qu'il a du patient. La compréhension des différences d'objectifs et de la disparité des perceptions du médecin psychiatre et de son patient pourraient améliorer sans doute encore l'observance. Le rôle de la représentation du patient nous paraissant un élément essentiel dans ce débat, nous avons voulu approfondir cette donnée dans une deuxième étude.

IV. ETUDE2 : ÉTUDE COMPARATIVE DES REPRESENTATIONS SOCIALES DE LA MALADIE ENTRE PERSONNES BIPOLAIRES ET PERSONNES TOUT VENANTES

1. Méthodologie

1.1 Participants

Un échantillon de 368 personnes a été recruté par le biais des réseaux sociaux et d'associations de patients bipolaires. Parmi eux, 137 étaient des patients bipolaires et 231 des personnes tout venantes. L'échantillon était composé majoritairement de femmes, soit 77,99% (n = 287) pour 22,01% d'hommes (n = 81). A noter que les femmes bipolaires étaient plus représentées dans notre échantillon, contrairement à ce qui est relevé dans les certaines études (Rouillon, 2009). 37,23% (137) étaient des personnes bipolaires tous types confondus (obligation pour le recrutement d'être en période inter critique) et 62,77% (231) étaient des personnes exemptes de troubles psychiatriques ou de l'humeur et sans connaissance particulière de la maladie. Les critères d'inclusion étaient : un diagnostic de bipolarité posé (DSM V) avec ou sans comorbidité, l'absence de pathologie psychiatrique, psychologique ou de trouble de l'humeur pour les tous venants, la non appartenance au corps médical ou para médical pour tous. Nous n'avons pas défini de critère de non inclusion.

1.2 Instrument de mesure

Un outil a été créé pour répondre aux objectifs de l'étude en se basant sur des questionnaires existants, sur des items de l'étude 1 et sur des questions supplémentaires conçues pour notre recherche. Le protocole a été pré-testé auprès d'un échantillon de personnes non malades et de patients (Cf. Annexe 30, p.191). Par l'intermédiaire des réseaux sociaux, nous avons posé la question suivante : " Pour vous, un patient bipolaire est quelqu'un qui ... ?" en demandant de noter des adjectifs ou des expressions qui répondaient, d'après eux, le mieux à cette question.

Le questionnaire final de 43 items a été créé en se basant sur l'échelle *Self Assesement Manikin* ou SAM (Bradley &, Lang, 1994), sur l'enquête "*La Santé mentale en population générale*" (la SMPG, 2001 ⁴⁶) et à l'aide d'items de la première étude. Il mesure 5 dimensions : les représentations sociales et les croyances diverses sur le malade et la maladie (RS), l'humeur et

⁴⁶ Pour les questions inspirées de l'enquête SMPG (*La perception des problèmes de santé mentale*, 2001), nous avons repris 11 des formulations recueillies sur le tableau des comportements et attitudes (Cf. annexe 23, p188).

les émotions, l'observance et l'automédication, le caractère inadapté ou bête du malade, la violence et la santé psychologique de tous les participants. L'item (1) de la SAM concerne la dimension humeur et permet de déterminer l'humeur du moment des répondants. Cette échelle se présente sous la forme de 9 figurines symbolisant des personnages souriants ou pas. Ils se déclinent de gauche à droite en allant d'un personnage d'humeur triste à gauche jusqu'à un personnage de bonne humeur à droite, avec au centre un personnage d'aspect neutre. Les participants devaient mettre une croix sous le personnage qui semblait le mieux correspondre à leur état psychologique du moment. A noter que cet item a servi à éliminer des participants à l'humeur "extrême" afin de ne pas fausser nos résultats et de respecter nos critères d'inclusion. Le questionnaire a aussi été bâti en reprenant onze items de l'enquête "*La Santé mentale en population générale*" (la SMPG)⁴⁷ réalisée par un centre de l'Organisation Mondiale de la Santé (CCOMS) et la Direction de la Recherche des Études de l'Évaluation et des Statistiques (Drees)⁴⁸. Sur les 18 questions de cette enquête qui permettaient de qualifier des comportements de malades mentaux, nous avons retenus 11 items qui appréciaient le caractère "violent", "inadapté et bête" le plus souvent attribué à ces patients (items 18 à 21 ; 23 à 16 ; 29; 32; 42). D'autres items déjà utilisés dans l'étude 1 sont venus compléter le questionnaire pour mesurer la perception de l'observance et de l'automédication, la connaissance de la maladie et diverses croyances et représentations du malade et de la bipolarité (items de 2 à 10 et de 39 à 42). De plus, 18 items ont été créés par nos soins, (items 11 à 17; 22; 27 à 30; 33 à 38). Pour chacune des questions (de 2 à 43), les participants étaient invités à répondre sur une échelle en 4 points qui allait de "pas du tout d'accord" à "complètement d'accord". A noter que la particularité de ce questionnaire était de reprendre certains items pour créer des sous dimensions à l'intérieur de la dimension des représentations sociales. Ainsi, un item pouvait aussi servir à explorer plusieurs dimensions. Par exemple, la question "Pour vous un patient bipolaire est quelqu'un qui est dangereux pour lui..." était employée tour à tour pour analyser la dimension "*représentation sociale*" et la dimension de la "*violence*". Un "score bas" était constitué par les réponses inférieures à la moyenne ($m=2$) sur une échelle de 2 à 4. Pour un score "haut", les réponses étaient prises en compte lorsqu'elles étaient supérieures ou égale à 2 sur une échelle de 4 (Annexe 57, p.225).

Nous avons regroupé les items par dimensions et pour nous assurer de l'homogénéité de nos mesures, nous avons calculé pour chacune d'elles un alpha de Cronbach. Les dimensions étaient

⁴⁷ Pour les questions inspirées de l'enquête SMPG (*La perception des problèmes de santé mentale*, 2001), nous avons repris 11 des formulations recueillies sur le tableau des comportements et attitudes (Cf. annexe 23, p188).

⁴⁸ SMPG (CCOMS, DRESS, 2003)

l'humeur, la violence, le caractère inadapté et "bête" de la personne bipolaire, l'observance et l'automédication, les représentations sociales de la bipolarité. Les alphas obtenus étaient globalement satisfaisants, ils s'échelonnaient de 0,52 à 0,72. (Annexe 52, p.222; Annexe 53, p.222; Annexe 54, p.222; Annexe 55, p.223; Annexe 56, p.223)

Tableau 22

Dimensions étudiées et items correspondants pour l'étude 2

Dimensions Étudiées	Nombre Items	Numéro des items	Alpha de Cronbach
Observance/automédication	5	9.39.40.41.42	0,67
Humeur	5	14.22.23.26.34	0,68
Caractère inadapté et "bête"	13	11.15.15.17.19.20.27.28.29.30.32.33.35	0,70
Violence	5	18.21.24.25.43	0,52
Représentation de la maladie et croyances	36	2 à 8; 10 à 30; 32 à 38; 43	0,72
SAM (Self Assesement Manikin)	1	1	-

1.3 Procédure

Avant le recrutement, les patients et les personnes non malades avaient été informés du respect de leur anonymat et de la confidentialité des données. Ils avaient reçu toutes les informations nécessaires concernant le respect de l'éthique, la finalité de l'étude et son déroulement afin de décider de donner librement leur consentement ou non. Les questionnaires ont été mis en ligne par l'intermédiaire d'un " Google Form"⁴⁹ et/ou imprimés pour donner le choix aux personnes du type de support (Annexe 43, p.219). Les réponses ont été de 69 pour le format papier et 299 pour le format "Google Form". La consigne pour la première question était de choisir la figurine qui correspondait le mieux à son humeur du moment. Pour toutes les questions suivantes, les participants devaient donner leur niveau d'accord sur une échelle de Lickert en 4 points.

Analyses statistiques, pour tester nos différentes hypothèses, des tests d'analyses paramétriques ont été réalisés à l'aide du logiciel Statistica® (version 13.3 en français.)

⁴⁹ Lien du questionnaire : https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLScFUZa7IEFbDr_EkbMK-nbTVCiJIJeP33PnfqXX7Xgg9_BQw/viewform?usp=sf_link

2. Résultats

2.1 Description des participants

Notre échantillon total se composait de 368 personnes dont 37,23% (n= 137) de malades souffrant de troubles bipolaires et 62,77% (n= 231) de sujets non bipolaires. Les différentes caractéristiques sociodémographiques sont résumées dans le tableau 19.

Tableau 23

Répartition des participants en fonction du sexe et de la présence ou de l'absence de la maladie

Variables		n=368	%
Sexe	Femme	287	77,99
	Homme	81	22,01
Statut	Bipolaire	137 (109 femmes)	37,23 (79,56 femmes)
	Sans trouble	231 (178 femmes)	62,77 (77,06 femmes)

2.2 Statistiques descriptives

Nous avons examiné les moyennes et écarts types de notre échantillon sur l'ensemble de nos items pour comparer les réponses des deux populations (personnes bipolaires vs non bipolaires). La comparaison des moyennes (tests t) entre nos deux échantillons pour chacun des 42 items du questionnaire ont montré des réponses globalement identiques (Annexe 57, p.225).

2.3 Analyses Statistiques

Notre première hypothèse était que la représentation sociale de la personne bipolaire n'est pas différente de celle de la population non bipolaire. Les représentations sociales des personnes bipolaires et non bipolaires ont été comparées (Test t) sur le plan des dimensions de l'observance, des représentations sociales (RS), de l'humeur, du caractère inadapté/bête du malade et de la violence. Le tableau ci-dessous reprend l'ensemble de nos résultats.

Tableau 24

Analyse des scores moyens de la représentation sociale entre les personnes bipolaires et les non bipolaires sur les dimensions étudiées

	Groupes	n=368	Moyenne	Test t	p	< 0,05
Observance	Bipolaires (bp)	137	2,38	-0,51	0,60	ns
	Non bipolaire (nb)	231	2,41			
Représentation sociale "RS"	Bipolaires (bp)	137	2,49	1,08	0,27	ns
	Non bipolaire (nb)	231	2,46			
Humeur	Bipolaires (bp)	137	2,81	-0,53	0,58	ns
	Non bipolaire (nb)	231	2,84			
Caractère Inadapté/bête	Bipolaires (bp)	137	2,16	1,59	0,11	ns
	Non bipolaire (nb)	231	2,10			
Violence	Bipolaires (bp)	137	1,86	-1,66	0,09	ns
	Non bipolaire (nb)	231	1,95			

Notes : ns= non significatif ; bp=personnes bipolaires ; nb=personnes non bipolaires

Pour la dimension "observance", "représentation sociale", "humeur", "inadaptation", "violence", il n'existait pas de différence significative entre les groupes. Les personnes bipolaires et les non bipolaires avaient la même représentation sociale de l'observance.

Pour conclure, notre première hypothèse d'existence d'une similitude entre les personnes bipolaires et non bipolaires est validée dans sa globalité, sur toutes les dimensions étudiées : l'humeur, la violence, le caractère inadapté et "bête" de la personne bipolaire, l'observance, les représentations sociales de la bipolarité. La personne bipolaire était perçue de la même façon par les personnes bipolaires et par les personnes non bipolaires.

Notre deuxième hypothèse était que l'observance du patient bipolaire varie en fonction de la représentation sociale qu'il a de lui et de la maladie bipolaire (RS "malade" vs "pas malade). Dans un deuxième temps, l'objectif de l'étude était d'apprécier la différence du niveau d'observance chez les patients bipolaires en fonction de la représentation sociale qu'ils se faisaient du patient bipolaire (je me sens "malade" ou je me sens "normal", c'est-à-dire pas "malade"). Nous avons donc traité les données des individus bipolaires uniquement pour cette hypothèse (tableau 25).

Tableau 25

Comparaison du niveau d'observance en fonction de la RS des personnes bipolaires

	Indice	n=137	Moyenne	Test t	p	<0,05
Observance	RS 2 (malade)	93	2,45	1,801	0,036*	s
	RS 1(normal)	44	2,22			

*=< 0,05 ; RS1=indice où la personne bipolaire se considère "normal, pas malade"; RS2= indice où la personne bipolaire se considère "malade"

Le test t de Student a mis en évidence une différence significative entre les deux niveaux de RS (malade vs non malade) pour la variable observance ($t = 1,801$, $p = 0,036$). Cela signifie que lorsque les personnes bipolaires se voient comme "malades", elles ont une meilleure observance ($M = 2,45$) que lorsqu'elles se considèrent comme "normales" ($M = 2,22$). Notre hypothèse est donc vérifiée.

Pour conclure, l'hypothèse d'existence d'une différence de l'observance chez les personnes bipolaires a été validée en ce qui concerne la représentation du bipolaire. En d'autres termes, le niveau d'observance varie selon que le malade bipolaire se perçoit comme "malade" ou "normal".

3. Discussion

3.1 Les similitudes de la représentation sociale des personnes bipolaires et des non bipolaires (H1)

Dans la littérature, il a été montré qu'il existe des différences entre la représentation des soignants centrée plutôt sur le côté technique et opérationnel et celle de la population dite "profane" sans doute teintée d'une couleur plus "affective", qui s'attacherait plus aux émotions, aux conséquences de la maladie et à sa signification (Jeoffrion et al., 2016; Markova, 2017; Vannotti, 2002). Cela suggère que la pensée profane s'oppose à la pensée scientifique (Apostolidis & Dany, 2012) et que la population tout venant et les malades forment un groupe homogène sur ce plan, centré plutôt sur des représentations sociales issues du sens commun. Nous pensons donc que les malades et les personnes tout venant auraient la même représentation sociale pour les différentes dimensions étudiées : l'observance, la représentation sociale du malade et de la maladie, l'humeur, l'inadaptation et enfin la violence.

Les résultats de notre étude ont montré qu'il n'existait pas de différence entre ce que pense un malade souffrant de troubles bipolaires et une personne non malade, sur toutes les

dimensions étudiées. Pour l'observance, nos deux échantillons avaient la même représentation de l'observance, ce qui rejoint ce que rapporte la littérature où la non observance peut même aller jusqu'à 85% (Valente & Laugier, 2009). Pour la représentation sociale, les personnes bipolaires et celles non bipolaires ne considéraient pas vraiment le patient bipolaire comme "normal" mais pas non plus franchement comme "malade", ce qui nous amène à penser que le patient bipolaire n'a pas de raison de se penser ni de se comporter comme un "malade", ce qui pourrait être une source d'explication de la non-observance (Kassaoui et al., 2016). Pour les personnes bipolaires et les non bipolaires, la représentation associée à l'humeur des personnes bipolaires était celle de quelqu'un qui a des problèmes d'humeur. Nos échantillons décrivaient le profil d'une personne qui reste imprévisible, pleure souvent, fait des "crises", est relativement anxieuse et angoissée ou est triste. Cette description est conforme à ce qui est généralement rapporté (Ermoul et al., 2014). Le malade bipolaire semble donc plus triste qu'une personne non malade (Belzeaux et al., 2013) et ses problèmes sont vus et pensés comme des troubles thymiques. En somme, son comportement se rapproche d'un comportement "normal" et il peut avoir des accès d'humeur joyeuse ou triste. Pour nos deux échantillons, la représentation associée à la violence des patients bipolaires n'était pas celle de quelqu'un de violent ni de dangereux, sauf peut-être vis-à-vis d'eux-mêmes, comme le montre les résultats du questionnaire de l'étude (annexe 57, p.225), cette notion d'auto-agressivité étant souvent rapportée par les auteurs (Rguibi, 2020). Il apparaît donc que la représentation du malade bipolaire est positive pour la population tout venant et pour les patients, contrairement à d'autres maladies psychiatriques (Yvon et Prouteau, 2017). Jodelet (1989) a montré que des malades psychiatriques placés chez l'habitant étaient *a priori* perçus comme *bêtes, violents et dangereux* et qu'ils suscitaient peur et défiance chez les villageois. Mais elle a également constaté que l'habitude mettait à distance la peur et les autres sentiments négatifs vis-à-vis du malade (Jodelet, 1989, p.93). En ce qui concerne l'inadaptation, les résultats ont montré que pour nos deux échantillons, le patient bipolaire n'était pas jugé ni perçu comme inadapté. La littérature rapporte d'ailleurs que l'existence de symptômes résiduels et de dysfonctionnements cognitifs même en période inter-critique ne stigmatise pas le patient bipolaire, contrairement ce qui est observé dans d'autres pathologies psychiatriques (Raust, 2009, Oueslati et al., 2019).

En résumé, sur toutes les dimensions étudiées, la représentation sociale du patient bipolaire est commune à nos deux échantillons. Pour tous, le patient bipolaire apparaît comme une personne qui observe plutôt moyennement son traitement, qui n'est plutôt pas malade, peu "inadaptée", pas vraiment violente mais qui présente néanmoins des problèmes d'humeur et un

côté un peu étrange. Contrairement à ce que rapportent les études antérieures (Jodelet, 1989, Senon et al., 2006) il n'était absolument pas perçu comme un malade psychiatrique dangereux, très violent, inadapté et bête et ceci à la différence des trois catégories⁵⁰ de représentations envisagées par l'enquête "Santé mentale en population générale" (SMPG, 2001). Cela permet de montrer que la maladie bipolaire jouit d'une représentation différente et plus "positive" que celle d'autres pathologies mentales. Les auteurs partagent le postulat que les représentations sociales varient en fonction des différents groupes sociaux (Galland & Wuillemin, 2009; Geoffrion, 2012b). De plus, ces représentations et leurs objets sont intégrés au système de valeurs des personnes (nouvel ancrage). La RS est donc reconstruite et les rapports individuels et collectifs qui en découlent évoluent aussi (Carlos, 2015). Les représentations pourraient aussi dépendre de notre vision du monde et de nos expériences personnelles. La représentation sociale est donc un élément pertinent et supplémentaire pour comprendre les comportements de santé du patient.

3.2 L'observance du malade selon sa représentation sociale du malade bipolaire, (H2)

Pour ce qui est de la représentation sociale d'une personne bipolaire, nous avons fait l'hypothèse que le fait de se percevoir comme "non malade" ou "malade" serait associé au fait que le patient bipolaire observe plus ou moins bien son traitement. En effet, les résultats ont montré que la personne qui ne se sent pas "malade" ne va pas être poussée à être observant et que lorsque les sujets bipolaires se voient comme malades, ils ont une meilleure observance (tableau 25). Cela rejoint les données de la littérature, qui rapportent que la représentation sociale du patient peut être un frein ou un levier pour l'observance (Baudrant-Boga et al., 2012).

Conclusion de la deuxième étude, la compréhension et l'image du malade bipolaire ont évolué auprès du grand public et peut-être également auprès du patient lui-même. Hier, nous parlions de psychose maniaco-dépressive et aujourd'hui, les termes de "bipolaire" et de bipolarité sont préférentiellement utilisés, ce qui contribue à édulcorer l'image de cette affection (Rebourg-Roesler, 2013). Dans notre étude, tous renvoyaient une représentation plutôt positive du patient bipolaire, suggérant que sa représentation sociale avait évolué favorablement tant pour lui-même que dans la population tout venant. En effet, il était considéré comme "non malade", menant une vie ordinaire et si son comportement était parfois jugé moyennement adapté, il n'était absolument pas considéré comme bête ou violent, contrairement à ce que l'on constate

⁵⁰ Les 3 catégories de représentations étudiées par l'enquête SMPG sont la représentation liée à la "folie", à "la dépression", à la "maladie mentale"

pour les malades psychotiques (Jodelet, 1989). Une telle représentation est certainement bénéfique pour les patients qui, ne se sentant plus stigmatisés, sont peut-être de ce fait plus enclins à accepter leur maladie et les traitements, mais on peut aussi redouter une telle représentation. Elle pourrait néanmoins être un frein car nous avons vu que l'observance était améliorée lorsque le patient bipolaire se pense "malade" mais s'il se pense et est pensé comme quelqu'un qui n'est pas foncièrement malade et qui un jour ira mieux ("sera guéri") alors, l'observance diminue. Ces croyances par rapport à une guérison possible pourraient donc être des éléments défavorables à une observance au long cours, car même si le patient se sent bien, la médication restera indispensable (Hou et al., 2010 ; Makela & Griffith, 2003).

Les soignants pourraient donc trouver un intérêt à prendre en compte les représentations sociales du malade bipolaire pour mieux appréhender la prise en charge du patient. En effet, la relation médecin-patient ou soignant-soigné devrait être conçue sur le mode d'une collaboration au vu de l'évolution des mentalités et des représentations des malades et des non malades (Duggan & Thompson, 2011 ; Kodakandla et al., 2016). La finalité serait une observance améliorée, une plus grande maîtrise de la maladie par le patient lui-même pour une qualité de soin optimale.

V. DISCUSSION GENERALE

La littérature établit l'existence de problèmes d'observance chez les patients souffrant de maladies chroniques, particulièrement lorsqu'il s'agit de pathologies psychiatriques. La mauvaise adhésion au traitement concerne environ 50% des patients mais peut aller bien au-delà (Berk et al., 2010 ; Leclerc et al., 2013). Ce manque d'observance peut aller de "l'oubli" d'une consultation à l'adaptation du traitement voire à la suppression totale des médicaments. Pourquoi la majorité des patients s'expose-t-elle à des risques supplémentaires du fait de l'inobservance ? Pourquoi se mettent-ils en danger de la sorte et pourquoi ne parvient-on pas à trouver une solution à cette problématique ? De nombreuses études se sont penchées sur les facteurs impliqués dans l'observance sans trouver d'explication réellement satisfaisante. Pourtant la non-observance est un enjeu majeur de santé publique et son non-respect, surtout dans les pathologies psychiatriques, peut entraîner des conséquences graves, notamment un taux non négligeable de suicide et de morts prématurées (Busby & Sajatovic, 2010 ; Fountoulakis et al., 2009).

L'objectif de ces deux études était d'analyser la perception de l'observance et surtout de déterminer s'il existait une différence de représentation sociale du patient bipolaire et de la maladie entre les médecins et leurs malades et entre les malades et la population tout venant. En effet, il semblait intéressant d'étudier une population peu représentée dans ce genre d'études et dont l'observance est essentielle pour éviter la complication la plus grave qu'est le suicide. Par ailleurs, la maladie qui touche l'individu en tant que membre d'un groupe le rend socialement différent et le malade a besoin de se construire une représentation sociale pour comprendre et donner un sens à ce qui lui arrive (Jodelet, 2013). Sa représentation sociale va l'aider à assimiler les informations, à sauvegarder son identité, à orienter ses comportements en les justifiant (Carlos, 2015). Il y a donc un lien entre la représentation sociale du malade et le contrôle qu'il exerce sur sa maladie et son traitement (Baudrant-Boga et al., 2011). Être perçu malade ou en bonne santé a donc une valeur sociale différente. Être "étiqueté" malade par la société ou les médecins même sans être stigmatisé, peut conduire le patient à être dans le déni de sa maladie et peut avoir des conséquences négatives sur sa prise en charge voire entraîner un refus de traitement (Makela & Griffith, 2003).

Ainsi, pour améliorer le degré d'observance de leurs patients, les médecins pourraient donc s'intéresser à la perception de la maladie et s'attacher à comprendre les besoins des patients et leurs préoccupations (Averous et al., 2018). Or, il existe très souvent un décalage entre la représentation du malade et celle du médecin. On parle de l'opposition entre le savoir "profane ou de sens commun" du malade et le savoir "expert" du médecin (Hale et al., 2007; Jodelet, 1989; Villani et al., 2013). Cette différence de représentation nuit à la relation entre le malade et le médecin en créant une distance et une incompréhension mutuelle (Campbell et al., 2015). Mais les représentations sociales ne sont pas les seuls éléments qui influent sur l'observance. Ainsi, afin de tenter d'expliquer au mieux les phénomènes complexes d'observance et de non-observance, plusieurs modèles ont été utilisés dans ce travail. Tout d'abord, parmi les différents exemples de modélisation de la santé, le modèle de l'autorégulation de Leventhal (SMR, Leventhal, Meyer, & Gutmann, 1980) est apparu comme le plus adapté pour tenter d'expliquer le phénomène d'observance car il tient compte des représentations cognitives du patient et le concept des représentations y est central. Mais aucun modèle ne peut à lui seul expliquer la non observance car il est impossible de modéliser la totalité des paramètres explicatifs dans un seul modèle et avec une seule approche. Aussi, les déterminants classiques de l'observance, relativement bien décrits et documentés dans la littérature, font office d'invariants et servent de base explicative au phénomène de la non-observance. Nous nous en sommes donc également servis dans ce travail afin de déterminer quels étaient ceux qui allaient peser sur l'observance

(Belzeaux, 2013 ; Cottin et al., 2012 ; Leclerc et al., 2013). L'approche psychosociale permet aussi de comprendre les comportements de santé et la construction de l'objet "maladie" : une approche centrée à la fois sur les déterminants et sur les représentations sociales permettrait d'expliquer les comportements de santé d'une façon plus complète (Apostolidis & Dany, 2012).

Cette thèse, à travers deux études, avait pour objectif de dresser un état des lieux des représentations sociales des médecins, des malades et de la population tout venant, d'évaluer leur importance respective dans le phénomène de non observance, de déterminer s'il existe des différences ou des similitudes de représentation pour nos échantillons et d'examiner l'impact des déterminants et des représentations sociales sur l'observance.

Dans une première étude, nous nous sommes appuyés sur les familles de déterminants de l'observance fréquemment décrites dans les études (Allenet et al., 2013; Baudrant-Boga et al., 2012a; Cottin et al., 2012) pour évaluer leur importance, pour montrer une différence de représentations entre les médecins et les patients et pour montrer que l'observance varie positivement lorsque l'alliance thérapeutique est forte. Pour cela, nous avons posé deux hypothèses, à savoir que les médecins et les patients auraient des représentations sociales différentes sur 7 dimensions : représentation de l'observance, représentation des effets indésirables des médicaments, représentation du malade de la maladie et des médicaments, représentation du soutien social, représentation de la connaissance de la maladie, représentation de l'alliance thérapeutique, représentation de la satisfaction et de l'efficacité du traitement. Pour la deuxième hypothèse, nous pensions que plus les patients avaient un degré d'alliance élevé et meilleure était leur observance car les études montrent que le fait de percevoir une alliance élevée avec son médecin favorise les attitudes positives, conduit à une plus grande acceptation de la maladie et augmente la tolérance des effets secondaires (Chakrabarti et al., 2018; Sylvia et al., 2013).

Pour répondre à la problématique de ce travail, l'impact des déterminants⁵¹classiquement retenus pour étudier l'observance ne nous semblait pas suffisant pour la comprendre. En intégrant la dimension des représentations sociales⁵² et en la considérant comme un facteur essentiel, nous pensions améliorer la connaissance du phénomène de

⁵¹Les facteurs liés au traitement et à la maladie ; les facteurs liés au patient comme les facteurs sociodémographiques et les facteurs concernant le patient et son entourage (soutien social, RS...) ; Les facteurs liés au médecin et à la relation thérapeutique qu'il entretient avec le patient comme le système de soins, le "style" du médecin.

⁵² Représentation de l'observance, représentation des effets indésirables des médicaments, représentation du malade de la maladie et des médicaments, représentation du soutien social, représentation de la connaissance de la maladie, représentation de l'alliance thérapeutique, représentation de la satisfaction et de l'efficacité du traitement

l'observance. Il était intéressant d'étudier la différence de perception entre les "soignants" et les "soignés" et son impact sur l'observance. Pour aller plus loin dans l'étude de la représentation sociale des patients, il était également intéressant de la comparer non plus à celle des soignants mais à la population tout venant. Ce fut l'objet d'une deuxième étude pour laquelle nous nous sommes appuyés sur les travaux de Jodelet (1989) et l'étude Santé mentale en population générale (SMPG, 2003) pour déterminer quelle était la RS du malade et de la maladie pour notre échantillon (patients bipolaire et population tout venant); afin de mettre en évidence que la représentation sociale du malade et de la maladie du patient bipolaire et des personnes tout venant était identique et que cette perception à travers différentes dimensions (l'observance et l'automédication, l'humeur du malade, la caractère inadapté et bête, le caractère violent, les croyances et la représentation de la maladie) avait une influence sur l'observance. Dans une première hypothèse, nous avons voulu montrer que la représentation sociale du patient bipolaire n'était pas différente de celle de la personne non malade et que notre échantillon réagissait comme un seul groupe. Notre deuxième hypothèse était que l'observance du patient variait en fonction de la représentation sociale qu'il avait de lui et de la maladie et nous savions qu'à partir des RS certains comportements peuvent être appréhendés dont l'observance aux traitements (Averous et al.; 2018; Elison, 2013; Galand & Sales-Wuillemin, 2009). Les croyances positives ou négatives sur soi ou sur la maladie peuvent influencer l'observance du patient, il pourra par exemple pour éviter la stigmatisation ou préserver son estime de lui, nier sa maladie et refuser son traitement (Wakiuchi et al., 2020).

Les résultats de l'analyse des données socio démographiques de la première étude ont montré que notre échantillon de patients bipolaires était comparable à la population générale des bipolaires quant à la répartition du sexe, l'âge, le type de maladie, les catégories socio professionnelles ou le niveau scolaire, les hospitalisations et le nombre de tentatives de suicides (Baudrant-Boga et al., 2012; Cottin et al., 2012; González-Pinto et al., 2010). Les résultats ont montré l'existence d'un lien positif entre l'observance et l'alliance (H2) et des différences de représentations sociales (RS) entre les médecins et les patients concernant les trois familles qui forment selon Allenet et al. (2013) les principaux acteurs de l'observance : facteurs liées à la maladie et au traitement, au médecin et à la relation thérapeutique et enfin ceux liés au patient. L'existence d'une différence de représentation entre les médecins psychiatres et les patients bipolaires trouve une explication chez certains auteurs. Par exemple, Tarquinio et Tarquinio (2007) expliquent que les médecins centrés dans leur rôle et sur les données biologiques ne prennent pas en compte l'aspect émotionnel et la souffrance du patient. Il semble que les

objectifs et la vision des protagonistes soient différents. Negura (2018) parle d'une émancipation du patient et d'un patient qui devient acteur de sa maladie et de sa prise en charge. Globalement, notre étude montrait qu'il existait bien une différence de représentations entre les médecins et les patients. Nos résultats ont montré que les différences de représentations portaient sur les dimensions des effets secondaires, de la représentation de la maladie et du bipolaire, sur la connaissance de la maladie et sur l'alliance thérapeutique. La représentation des effets secondaires était différente entre les médecins et les patients, les médecins pensaient que les effets secondaires étaient bien plus importants que ce que disaient les patients. Ressentir faiblement les effets indésirables favorisent une meilleure adhésion aux traitements (Sajatovic et al., 2011). Une des principales raisons qui incitent à arrêter un traitement est le fait de mal le tolérer, la majorité des personnes a du mal à maintenir une observance sur un traitement mal supporté (Arvilommi et al., 2014). Ainsi, il n'est pas rare d'observer des patients bipolaires "adapter" leur traitement lorsque les effets secondaires se font sentir. Nous avons aussi observé que les patients BPI étaient ceux qui déclaraient ressentir le moins les effets secondaires. Une explication pourrait être que les patients ont simplement moins d'effets secondaires perçus, le soulagement euthymique perçu vient peut-être entraîner une moins grande importance accordée aux effets secondaires. Une autre explication pourrait aussi être que les patients TBI ont une évaluation faussée des effets secondaires du fait d'une altération fonctionnelle résiduelle et de dysfonctionnements cognitifs (Raust, 2009). Les auteurs rapportent qu'une telle altération cognitive existe pour les patients en dehors des phases critiques et qu'elle affecte l'attitude vis à vis des médicaments, de l'humeur, de l'estime de soi et bien sûr, de l'observance (Amelhen & Gordon 2015; Belzeaux et al., 2013). Les résultats de notre étude suggéraient que les patients bipolaires avaient une bonne image d'eux-mêmes et qu'ils ne pensaient pas que quiconque puisse avoir une mauvaise opinion d'eux à cause de leurs traitements médicamenteux. Cette vision positive n'était absolument pas partagée par les médecins, ceux-ci ne pensaient pas que l'on pouvait avoir une image non stigmatisée de leurs patients bipolaires car aujourd'hui encore, on attribue aux malades psychiatriques des caractéristiques comme la folie, la dangerosité et l'incapacité (Yvon & Prouteau, 2017). Ce schéma discriminant et ces croyances négatives et stigmatisantes des médecins pourraient nuire à leur relation avec le patient en venant affaiblir sa confiance et par conséquent diminuer l'observance (Kodakandla et al., 2016; Yvon & Prouteau, 2017). Mais *a contrario*, cette différence pourrait aussi entraîner un effort de psychoéducation et une meilleure qualité de soins dans une dynamique de protection d'un patient jugé plus fragile.

La connaissance de la maladie était un autre paramètre qui différait entre les médecins et les patients. En effet, les patients s'estimaient effectivement plus "experts" de leur maladie que ne le pensaient les médecins. Cette connaissance exprimée et déclarée assez élevée était sans doute une réalité car la tendance actuelle à bien informer le patient et à l'éduquer est une pratique assez répandue dans la prise en charge car les programmes de psycho éducation et d'éducation thérapeutique font partie de l'arsenal des outils destinés à améliorer la qualité de soins et la vie des malades (Velligan et al., 2010; Eker & Harkin, 2012; M'Bailara et al., 2019). Même si tous les médecins ne partagent pas leur "savoir" avec leurs patients, la majorité du corps médical a bien compris que la médecine de demain ne se ferait plus sans la participation active des malades (Oud et al., 2016). Le professeur Tourette-Turgis porte le projet de l'université des patients à travers plusieurs projets de formation, notamment une offre de DU thérapeutique à la Sorbonne, dans lequel les malades peuvent non seulement être étudiants mais aussi y enseigner (Tourette-Turgis, 2015). Les patients qui se forment, se renseignent sur leur maladie voudraient mieux la contrôler, "la dompter". Grâce au témoignage du patient expert, ils développent ainsi des connaissances qui favorisent les comportements de protection en matière de santé (Shankland & Lamboy, 2011). Dans notre échantillon, la perception d'une bonne connaissance de la maladie se retrouvait chez les patients et pas chez leurs médecins. On peut se demander si cette différence de perception du corps médical à l'égard des malades psychiatriques ne peut pas être imputable à une sous-estimation des capacités des malades comme le suggère certains auteurs (Kodakandla et al., 2016).

Lorsqu'on s'intéresse à l'alliance thérapeutique, qui est aussi un élément déterminant facilitateur d'une bonne observance, nous observons une différence significative entre les représentations des médecins et des patients de notre étude. En effet, les patients trouvaient leur alliance meilleure que ce que pensait le médecin et ils suivaient les directives du médecin en lui faisant confiance alors que le médecin pensait savoir motiver son patient à prendre son traitement. La raison de cette différence pourrait être que "la position" et le degré d'affectivité dans la relation n'est pas le même entre les médecins et les patients. Cette asymétrie dans la représentation pourrait s'expliquer par l'existence d'un clivage entre la situation du médecin "expert" focalisée dans son rôle "thérapeutique et celui du patient "profane", plus centrée sur les émotions et l'affect ; ces "objectifs" différents sont d'ailleurs largement documentés dans la littérature (Boutry et al., 2001; Jeoffrion, 2012, Jeoffrion et al., 2016). Dans notre étude, c'est le patient qui ressentait un plus fort degré d'alliance alors que ressenti du médecin à motiver était plus important que celui du patient à être motivé. Ainsi, attaché à son médecin, le patient serait

susceptible de beaucoup mieux observer. Cet élément est primordial car toutes les études montrent que la perception qu'a le patient de l'utilité de prendre son traitement et surtout, de le continuer est étroitement liée à une bonne entente avec les soignants (Baudrant-Boga et al., 2012; Tessier et al., 2017). Donc, la confiance que peut avoir un malade en son équipe soignante ne repose pas que sur leurs compétences médicales mais aussi sur la qualité de la relation qui existe entre eux. De plus, l'observance serait proportionnelle à la qualité de cette alliance, il est donc important qu'elle soit excellente pour favoriser une bonne et durable observance (Andrade-Gonzalez et al., 2020). Nos résultats nous ont permis également de valider notre deuxième hypothèse à savoir que l'observance était bien corrélée positivement à l'alliance. Plus le niveau d'alliance est élevé et meilleure est l'observance, ceci venant confirmer qu'un fort degré d'alliance favorise l'observance (Montreuil et al., 2012). Plus nos patients ressentaient un bon niveau d'alliance et plus ils observaient leurs traitements. Ce constat doit amener le corps médical à réfléchir à la façon de prendre en charge les patients sans doute en se basant sur des relations plus "égalitaires", participatives et collaboratives comme le suggèrent certains auteurs (Day et al., 2005 ; Sajatovic, 2005) afin d'améliorer encore la prise en charge des patients.

Les résultats pour ces hypothèses nous ont permis de mettre en évidence que sur la majorité des facteurs déterminants de l'observance, la représentation sociale était différente entre les médecins et les patients. Cela vérifie l'existence d'une vision différente entre les soignants et leurs préoccupations "d'experts" et celles de leur malade plus centrée sur le côté affectif. Comparant la représentation sociale de la maladie des professionnels de santé et des non professionnels, Jeoffrion (2009) montre que certains éléments de la RS sont partagés mais que la plupart sont différents. Ceci est intéressant notamment pour l'observance car nos résultats vont dans ce sens. En effet, il existe une perception différente qui préexiste entre la vision des professionnels centrée sur l'aspect technique et pédagogique de l'observance et celle des non professionnels, préoccupés par le côté affectif des comportements qui joue directement sur leur changement de mode de vie. C'est ce qui se passe aussi certainement pour nos deux populations (les patients bipolaires et les médecins). En effet, nous pouvons penser que globalement la RS des soignants est élaborée dans le champ de leur pratique contrairement à celle des "soignés" qui elle, provient de leurs diverses expériences de vie, de leur ressenti, des différentes informations qu'ils récoltent de diverses sources, expertes ou non; tout particulièrement sur internet dans la presse ou auprès des associations; c'est-à-dire auprès de sources dans lesquelles les aspects pratiques et affectifs dominent les connaissances expertes.

Notre étude vient donc conforter cette idée que des objectifs et perceptions différentes chez les médecins et les malades peuvent avoir un impact négatif sur l'alliance, la connaissance de la maladie, la représentation du malade et de la maladie, les effets secondaires et par conséquent, nuire à l'observance (Jonsdottir et al., 2012; Leclerc et al., 2013; Velligan et al., 2010). Il serait essentiel que les médecins comprennent les raisons qui poussent leurs patients à ne pas observer correctement leur traitement, ce qui contribue à leur mauvaise qualité de vie (Crowe et al., 2011). Si les positions des uns et des autres s'opposent, cela aura certainement des effets sur l'observance des malades, il est essentiel que dans ce genre de maladie, la confiance soit réciproque et la vision d'ensemble commune car le combat de l'observance ne peut se mener qu'avec une collaboration étroite de tous les acteurs en présence.

Pour résumer, nos résultats mettent en évidence que de nombreux facteurs laissaient présager un bon niveau d'observance des patients bipolaires. Effectivement, les déterminants de l'observance que nous avons étudiés indiquaient une bonne adhésion. On trouvait des niveaux élevés de soutien, une bonne connaissance de la maladie chez le patient, des effets secondaires moyens, une satisfaction élevée et une bonne efficacité du traitement et une alliance thérapeutique corrélée à une bonne observance. De plus, la personne bipolaire avait une image positive de lui et ne pensait pas que le fait de prendre des médicaments puisse le stigmatiser aux yeux d'autrui. Tout ceci explique le niveau d'observance déclaré qui était élevé dans notre enquête. Outre le fait de montrer l'importance de ces déterminants, nous avons relevé des différences de perception entre les médecins et les patients bipolaires et parfois suivant le type de maladie (BPI/ BPII). Au niveau des effets indésirables, les participants ne s'accordaient pas sur leur perception, les médecins pensaient que leurs patients BPI ressentaient beaucoup plus les effets indésirables que le patient BPI lui-même, même chose pour la dimension représentation sociale. Les médecins avaient aussi un autre avis que celui de leurs patients sur leur connaissance de la maladie, ils la minimisaient et faisaient une différence entre les BPI et les BPII. Il en allait de même pour l'alliance thérapeutique où chacun avait une opinion différente, et ce, également en fonction du type de la maladie. Cela tend donc à montrer que les déterminants de l'observance fréquemment étudiés ont une influence mais qu'au-delà de cela, la différence de perception pourrait jouer un rôle essentiel d'autant plus que les médecins différencient aussi les BPI et les BPII.

Travailler à réduire cette différence de perception entre les médecins et leurs patients, comprendre pourquoi et comment cette différence existe et savoir pourquoi les médecins ne jugent pas les patients BPI et BPII de la même façon, pourrait encore améliorer l'observance.

Si tous développent une vision et des objectifs communs alors, la prise en charge serait certainement encore plus efficace et optimisée.

Dans notre deuxième étude, les résultats ont montré que la représentation sociale de la personne bipolaire est identique à celle de la population non bipolaire et cela sur toutes les dimensions étudiées (l'observance et l'automédication; la représentation sociale du patient bipolaire et de la maladie; l'humeur; l'inadaptation et le caractère "bête" du malade; la violence), il n'existait pas de différence entre les patients bipolaires et la population tout venant. Nous pensions que même si le patient bipolaire fait office de spécialiste de sa maladie au regard de la population tout venant, ces deux groupes avaient la même vision du malade bipolaire et de la maladie et que leur RS étaient identiques car comme l'ont montré les études, les représentations sociales sont en lien avec le groupe d'appartenance, elle permettent d'ordonner l'environnement social, de se forger une identité qui va induire des comportements rendant possible les relations et interactions dans le groupe (Abric, 2003; Galand & Salès-Wuillemin, 2009). C'est ce que nous avons vu dans notre première étude où les RS plus spécialisées des soignants et celles des patients qui relevaient du sens commun s'opposaient (Nancini et al., 2015; Markova, 2017). Ici, les RS des patients et celles de la population tout venant étaient communes et ces populations pourraient fonctionner comme un seul groupe car des individus qui appartiennent à des groupes différents peuvent se décrire de la même manière et adopter une même RS (Cohen-Scali & Moliner, 2008). A noter qu'aucun de nos participants n'avaient de connaissances particulières de la maladie et ils n'appartenaient pas au corps médical. Leurs RS sont ancrées dans le sens commun, définissent une appartenance sociale et une identité (Apostolidis & Dany, 2012; Cohen-Scali & Moliner, 2008), elles différencieraient ici des RS des professionnels de santé par exemple. Les RS sont organisées, partagées et collectivement produites et elles ont une fonction d'utilité qui va permettre aux groupes de se différencier des autres (Rateau & Lo Monaco, 2013). D'ailleurs, les membres d'une même communauté en fonction de leur appartenance, traitent les objets de la même façon, ici l'objet "maladie" (Galand & Sales-Wuillemin, 2009; Villani et al., 2013). Cela est certainement rendu possible grâce à la vulgarisation de la bipolarité par les médias, elle a évolué dans sa conception, son image aux yeux du public et par voie de conséquence, celle du malade. Auparavant, le terme de psychose maniaco-dépressive était souvent employé et aujourd'hui, l'utilisation fréquente des termes "bipolaire" ou bipolarité édulcorent grandement l'image de cette affection comme le montrent différents auteurs (Chan & Sireling, 2010; Ellison, 2013; Kaladjian et al., 2010; Pignon et al., 2017). Pour notre échantillon, le patient était considéré comme quelqu'un de "normal" avec une

vie ordinaire et si son comportement était parfois moyennement adapté, il n'était absolument pas pensé "bête, idiot, simple d'esprit" ou violent comme on peut le voir avec les malades psychotiques où la stigmatisation est plus importante (Angetmeyer & Matschinger, 2003; Yvon & Prouteau, 2017). Il était simplement considéré comme différent avec des troubles de l'humeur qui ne lui conféraient pas de dangerosité spécifique. Néanmoins pour certains items, la population tout venant considérait le malade bipolaire comme tout de même, une personne à part, parfois imprévisible qui pourrait éventuellement être dangereuse avec des problèmes sociaux mais au final, les résultats ont montré que les personnes tout venant voyaient les personnes bipolaires non pas comme des malades psychiatriques mais plutôt comme des personnes avec des troubles de l'humeur qui n'étaient globalement ni inadaptées et bêtes, ni violentes et qui observaient de façon moyenne leurs traitements. Cette vision était partagée avec le groupe des patients bipolaires qui n'avaient aucune raison de se considérer "malades" alors qu'ils étaient en phase euthymique d'où le risque de ne pas observer correctement leurs traitements. L'observance serait là encore, fonction des déterminants classiques mais aussi de la représentation qu'a le malade de sa maladie puisque les croyances influencent les comportements (Hou et al., 2010; Makela & Griffith, 2003). Notre étude centrée sur la représentation sociale du patient bipolaire nous a effectivement permis de montrer dans un premier temps que le malade à la même représentation sociale que la personne non bipolaire mais aussi que l'observance pour le seul groupe des malades bipolaires – variait selon leur représentation sociale (malade vs normal). Dans ce travail, l'observance augmentait lorsque le patient se percevait "malade" et diminuait lorsqu'il ne se sentait pas malade. Un patient bipolaire même en phase euthymique ne doit pas perdre de vue qu'il reste malade avec des dysfonctionnements cognitifs et une humeur dégradée par rapport à une personne non malade (Belzeaux et al., 2013; Raust, 2009; Raust et al., 2014). L'inconvénient de se représenter comme quelqu'un de "non malade" est de ne pas respecter totalement son traitement et de prendre quelques libertés avec celui-ci. Une explication possible est que le patient peut avoir une faible conscience de sa maladie et nous savons que l'insight est influencé par les croyances et le contexte social (Masson et al., 2001; Travers et al., 2008). D'autre part, l'observance est conditionnée par la présence de symptômes dépressifs résiduels (Belzeaux et al., 2013), les symptômes maniaques n'incitent pas en général à l'observance puisque pendant ces phases, les patients se sentent très bien. Les effets secondaires de certaines molécules, notamment du lithium, de même la difficulté à trouver un traitement adéquat, efficace avec le moins de contraintes possibles sont de nombreux freins à une bonne observance. Nous pourrions également penser que pour échapper à la stigmatisation, à la discrimination, au rejet et aux

diverses difficultés auxquels il doit faire face, le patient pourrait nier sa maladie et trouver un intérêt à ne pas se soigner (Guillaume et al., 2011). Car l'auto-stigmatisation amène à ressentir aussi un fort sentiment de honte et de culpabilité. L'avantage d'avoir une "bonne" représentation de soi permet d'éviter l'auto-stigmatisation dont sont victimes la plupart des malades psychiatriques, c'est le cas surtout pour les patients schizophrènes mais dans une moindre mesure les patients bipolaires sont aussi concernés (Richard-Lepouriel, 2017). *A contrario*, le fait de se sentir malade pourrait pousser les patients à consulter leur médecin. La recherche d'un soutien associée à une bonne alliance pourrait les conduire à observer correctement leur traitement (Andrade-Gonzales, 2020). Compte tenu de nos résultats, les RS pourraient servir de cadre théorique pour comprendre les mécanismes de l'observance et l'on peut donc penser qu'un des éléments qui favoriserait l'observance serait que le malade ait une exacte représentation de la maladie et du soi "malade". Cela favoriserait certainement l'adoption des comportements d'observance plus adéquats comme le mentionne Rusinek "si le patient a une bonne représentation sociale de sa maladie, il la gèrera d'autant mieux" (2018, p.273).

Compte tenu de nos résultats, nous pouvons donc penser que c'était bien la RS (malade vs "normal") qui a influencé le comportement et l'observance du patient faisant de la RS un élément central pour comprendre le comportement d'observance (Averous et al., 2018; Crowe et al., 2011; Hou et al., ; Makela, 2003; 2010).

Pour résumer, la deuxième étude, a montré que la RS "du malade et de la maladie" qu'avaient le patient et la population tout venant était identique et que le niveau d'observance était dépendant du fait de se sentir malade ou pas. La RS était plutôt positive et la personne bipolaire était peu stigmatisée par rapport à des malades d'autres pathologies psychiatriques. Notre échantillon percevait le patient bipolaire comme une personne ayant des problèmes d'humeur, qui n'était ni inadaptée ni violente et qui pouvait avoir une vie normale. Ces éléments influencent l'observance car lorsqu'une personne ne se perçoit pas malade, elle n'observera pas correctement son traitement et inversement. Un travail de restructuration cognitive et d'analyse des croyances dysfonctionnelles pourraient amener le malade à avoir une représentation sociale du malade et de sa maladie la plus proche possible de la réalité, cela pourrait ainsi le conduire à une meilleure observance. De même, chercher à favoriser la psychoéducation pour accroître le niveau d'information et la qualité de l'accompagnement serait également un facteur facilitant l'observance.

Comme toute recherche ce travail comporte un certain nombre de limites qu'il conviendrait d'améliorer pour les prochaines études. Pour la première étude, nous avons un

faible effectif, nous pensions au départ parvenir à un recrutement plus important et multicentriques pour pouvoir comparer les résultats des dyades issus des différents centres experts et aussi ceux de psychiatres de ville et des hôpitaux et des cliniques de la région. Malheureusement, aucun des centres experts n'a répondu à nos sollicitations, excepté celui de Monaco, nous n'avons eu que 3 retours de la part de médecins de ville et aucun des hôpitaux ni clinique. Si le nombre de dyades avait été plus important, nous aurions pu comparer ainsi les différences entre les BPI, BPII en différenciant les hommes et les femmes. Nous aurions également eu l'opportunité d'étudier les patients avec symptômes sub syndromiques car le petit nombre ne nous a pas permis de créer une condition supplémentaire. Il aurait été intéressant de comparer ces différents groupes sur nos variables d'intérêt pour généraliser nos résultats. De plus, les patients du centre de Monaco ne sont certainement pas assez représentatifs de la population des personnes bipolaires car les centres experts présentent un modèle innovant de prise en charge de leurs patients aussi bien en matière de diagnostic, de recherches et du suivi des patients. De par cette prise en charge spécifique, les malades sont réputés être mieux pris en charge que dans d'autres établissements (Henry et al., 2011) avec moins d'hospitalisation, une meilleure observance et une meilleure qualité de vie. Une cohorte plus importante et diversifiée aurait donc pu contribuer à obtenir des résultats plus représentatifs notamment en termes de représentation pour les dimensions étudiées.

Ensuite concernant le développement des questionnaires, la formulation de certaines questions a pu être à l'origine d'un biais de réponse. En effet, certains items étaient formulés de façon négative. Des participants auront peut-être mal compris la formulation et répondu de façon contraire. Un item comme "*il pense que prendre des médicaments, lui évitera de rechuter*" peut-être mal compris par un médecin pressé ou en surcharge cognitive ou un patient avec une compréhension moyenne. Il aurait été préférable de s'assurer, avant l'administration de la batterie de questionnaires, de la bonne compréhension des différentes questions par les patients bipolaires même si celle-ci avait été testée sur un petit échantillon. Pour une prochaine recherche, nous pourrions envisager de mettre tous les items sous forme affirmative pour éviter des erreurs de compréhension, pour simplifier le codage car cela a pu aussi occasionner un biais. Ensuite, le nombre des items pour certaines dimensions étaient peut-être insuffisant notamment pour le soutien social. Nous bâtirions sûrement un peu différemment le questionnaire aujourd'hui avec sans doute d'autres échelles standardisées. Tout d'abord en ajoutant des items dans chaque dimension étudiée, en y ajoutant des échelles de mesures du soutien social comme la *Social Support Questionnaire* (SSQ) de Saronson et al. (1983) et l'échelle de mesure de l'alliance thérapeutique, la *Working Alliance Inventory* (WAI) de Horwarth et Greenberg

(1989). Il aurait également été intéressant de valider l'ensemble des questionnaires afin de s'assurer des bonnes qualités psychométriques de nos instruments.

Une autre critique à soulever et que nous n'avons pas évalué l'observance de manière objective. Ainsi, nous avons travaillé sur du déclaratif, nous aurions pu adjoindre à notre étude une mesure de l'observance comme par exemple la *Médication Adhérence Rating* (MARS) de Thomson et al. (2000). Cela pourrait être une mesure directe ou indirecte qui pourrait être comparée à la perception déclarée des participants.

Enfin nous n'avons pas pu conduire d'entretien dans l'établissement ni faire remplir nous même les outils. Le fait que cela soit fait en séance avec le médecin a pu avoir un impact sur les réponses des patients. Les patients auraient pu donner des réponses socialement désirables différentes de leurs opinions de peur que le médecin ne lise leurs réponses ou ne les juge, cela pourrait constituer un biais pour nos résultats.

Concernant la deuxième étude, la première critique concerne le mode de recrutement, de nos échantillons. Pour les malades, la plus grande partie a également été recrutée par le biais des réseaux sociaux, les patients bipolaires en phase euthymique d'une association de malades à Nice ont complété notre échantillon. Bien que ce mode de recrutement (réseaux sociaux) ait fait l'objet de plusieurs études reconnues fiables, dans un souci de diversité, nous pourrions envisager un recrutement différent. Par exemple, recruter des personnes en fonction des régions, dans de grosses entreprises, dans les universités... pour avoir peut-être, un échantillon plus diversifié et une analyse plus détaillée.

Pour les participants souffrant d'un trouble bipolaire, bien que nous ayons posé une question préalable sur leur humeur, nous ne savions pas s'ils étaient réellement dans une phase euthymique. La réponse était déclarative grâce à une simple échelle, la *Self-Assessment Manikin* (SAM)⁵³ et nous n'avons pas fait remplir un questionnaire d'humeur comme par exemple le *Mood Disorder Questionnaire* (MDQ).⁵⁴

Nous n'avons pas posé la question pour savoir par qui et où les patients étaient pris en charge (médecins de ville ou hospitalier, centre expert, ville régions...). Cela n'a pas permis de différencier des catégories de patients pour savoir s'ils étaient pris en charge à l'hôpital, en ville

⁵³ Bradley, M., & Lang, P. (1994). Measuring emotion: The self-Assessment Manikin and the semantic differential. *Journal of Behavioral Therapy & Experimental Psychiatry*, 1, 49-59.

⁵⁴ Hirschfeld, R.M.; Williams, J.B. al. Development and validation of a screening instrument for bipolar spectrum disorder: the Mood Disorder Questionnaire. *American Journal of Psychiatry*. 2000 Nov; 157(11) : 1873-5

ou dans un centre expert et dans quelle région. Nous pourrions en rajoutant ces précisions, tenter de recruter des patients de plusieurs hôpitaux, sur plusieurs régions, pas uniquement par le biais des associations ou des réseaux sociaux pour avoir une meilleure représentativité des patients et généraliser nos résultats. Le protocole de prise en charge des patients est souvent différent entre les hôpitaux et entre les régions, un recrutement multicentrique aurait peut-être permis de dresser une cartographie précise des patients en fonction de la prise en charge et de leur région respective.

Pour les personnes non malades, la seule condition de recrutement était qu'ils ne soient pas du milieu médical et sans pathologie psychiatrique ni connaissances particulières de la maladie. Nous aurions pu vérifier qu'il n'avait pas dans leur entourage un patient bipolaire ou même exerçant une profession médicale. En effet, cela aurait pu leur enlever leur statut complètement "profane" et influencer leurs représentations. Nous aurions pu peut-être les éliminer de notre échantillon pour éviter de possibles biais de réponse.

Nous retrouvons les mêmes critiques que pour l'étude 1 puisque de nombreux items ont été repris: à savoir, la difficulté de compréhension des propositions pour les participants lorsqu'elles étaient formulées sous la forme négative. Cela a pu occasionné des réponses erronées donc un biais pour cette étude.

Certains items auraient pu être formulés différemment car susceptibles d'heurter la sensibilité de nos participants. En effet, nous nous sommes basés sur les travaux de Jodelet (1989) en reprenant ses termes "bête", "idiot", "simple d'esprit" et nous avons posé des questions "délicates" issues de l'enquête santé mentale en population générale (SMPG 2003) sur la capacité du malade à commettre des actes réprimés par la loi comme le meurtre, le viol... Nous aurions pu essayer de trouver d'autres termes moins violents mais malheureusement nous nous serions trop éloigné des études et ces termes étaient néanmoins pertinents pour étudier les représentations de notre échantillon.

Pour les deux études nous aurions pu choisir d'étudier les représentations sociales autrement, nous aurions pu envisager de choisir un questionnaire qui privilégie l'évocation libre des représentations du malade bipolaire et de la maladie afin d'étudier comment s'organisent ces associations. L'analyse de contenu aurait permis de dégager la structure de la représentation sociale pour mettre en évidence les éléments centraux et périphériques comme le fait Abric. Grâce à l'analyse prototypique et catégorielle et une analyse factorielle des correspondances nous aurions pu examiner les zones potentielles de changements des représentations entre les différentes populations de nos études (médecins, patients, personnes tout-venants). Ces

différences et ces similitudes des représentations entre nos échantillons auraient été intéressantes à commenter.

Par rapport aux perspectives et aux implications de nos résultats, nos résultats montrent qu'aujourd'hui encore, le problème de l'observance dans les maladies chroniques est bien réel. Chaque patient est unique. Ainsi, les thérapeutes adoptent-ils rarement la même posture et proposent-ils rarement les mêmes outils thérapeutiques à leurs patients, même s'ils sont atteints de la même pathologie chronique. De plus, dans un cabinet en ville ou à l'hôpital, il est difficile de rendre opérant un quelconque modèle théorique car il est nécessaire de se raccrocher à des éléments pratiques et immédiatement opérationnels. Les praticiens ont donc besoin d'une méthodologie à la fois standardisée et personnalisée pour améliorer la prise en charge de leurs patients bipolaires. Il serait toutefois judicieux d'interroger les représentations sociales afin de faire comprendre aux différents acteurs leur impact sur les déterminants de l'observance et de les sensibiliser sur l'importance de la représentation sociale qu'a le malade de lui-même et de sa pathologie. Cela permettrait également de "travailler" si besoin cette vision, de la remettre en question et de la faire évoluer. Plusieurs années et plusieurs professionnels de santé sont souvent nécessaires pour établir le diagnostic de pathologie bipolaire (Bellivier, 2006 ; Geoffroy et al., 2012). Mettre en place une méthode plus efficace et systématique pour détecter les troubles bipolaires précocement serait bénéfique pour le devenir du malade et pour optimiser son fonctionnement psycho-social (Etain et al., 2018). Dès l'enfance et l'adolescence les prodromes les plus fréquents (hyperactivité, agressivité, irritabilité, intolérance à la frustration, abus de toxiques...) devraient être détectés par les médecins généralistes mais aussi les médecins, infirmier(e) scolaire ou le personnel en lien avec toute structure éducative ou de loisirs (école, centre aérés). Cette détection précoce pourrait permettre de mettre en place, des interventions de prévention grâce à des équipes pluridisciplinaires qui pourraient proposer des séances de TCC, d'éducation thérapeutique, de résolution de problème, d'affirmation de soi, d'entraînement aux habilités sociales... Ceci pourrait passer par un consensus de la prise en charge et de surveillance des personnes qui dès le plus jeune âge, présentent de tels troubles du comportement. Enfin, appréhender les représentations sociales du patient aiderait le soignant à analyser les résistances et les fonctions défensives mises en place pour faire face à la maladie ou pour l'accepter.

Il serait également important de tenir compte du fait que la représentation sociale de la bipolarité a changé et que le public s'est approprié le terme, qui est parfois même galvaudé par

les médias et la publicité. Pour le public, cette maladie est devenue plus familière et ce changement de taxinomie a rendu la bipolarité moins "psychiatrique". Par exemple, des émissions outre atlantique ont bénéficié d'une large audience en révélant l'identité de célébrités atteintes de ce trouble, comme Robbie Williams ou Carry Fisher... (Chan & Sirulung, 2010). Le fait d'être "*hystérique*" "*maniac*" ou "*addict*" est même valorisé dans certaines publicités, par exemple pour des parfums, des marques de couturiers ou d'accessoires de sport. La bipolarité devient donc un argument marketing permettant de promouvoir des produits de luxe. Ces publicités suggèrent l'originalité voire la supériorité de l'état "bipolaire". La manie sort du champ psychiatrique et médical et est ainsi associée à la notion de dynamisme, de performance (Fromentin, 2015) voire de créativité (Rebourg-Rausler, 2013). On plébiscite ainsi de grands écrivains et poètes étiquetés "bipolaires", tels que Baudelaire ou Virginia Wolf... Cette évolution contribue à donner une image plus positive la bipolarité et influence la représentation sociale du public et des patients, qui se sentent moins stigmatisés (Pal, 2020). Malheureusement, le corolaire est que cette image positive peut influencer négativement l'observance en faisant croire au patient que la personne bipolaire peut se passer de médicaments. Ce genre de croyances conduit à un insight très faible de la maladie et à un manque d'observance (Masson et al., 2001). Il conviendrait donc de sensibiliser le malade et son entourage à la réalité de ces changements d'humeur, de ne pas stigmatiser mais de ne pas occulter le fait que cette maladie chronique nécessite une surveillance et un traitement à vie pour éviter rechutes ou tentatives de suicide. Les soignants devraient amener les patients à développer leur conscience du trouble, entretenir une relation plus centrée sur eux avec une place plus importante donnée à l'éducation thérapeutique (Chua & Tan, 2020), en utilisant des outils tels que la connaissance, la communication et l'information. D'ailleurs, de nombreux auteurs encouragent la collaboration entre les patients et le corps médical afin de faire de la relation de soin une collaboration active (Sajatovic et al., 2005) et d'améliorer ainsi les compétences de gestion de la maladie et le fonctionnement social et professionnel du patient. Une alliance thérapeutique de bonne qualité crée une ambiance propice à développer l'observance (Garcia et al., 2016). Comprendre l'interaction entre les patients et les médecins permet une meilleure prise en charge (Vieta et al., 2012), une meilleure perception des médicaments et donc une augmentation de l'observance (Crowne et al., 2011), ainsi qu'une diminution des rechutes et des récives. De même, l'utilisation de techniques innovantes comme les applications de coaching sur smartphone incitent le patient à se prendre en charge, à se surveiller et à s'impliquer en même temps que son thérapeute (Dopke et al., 2021). De nombreuses innovations technologiques viennent renforcer les outils à la disposition des

médecins et des patients. Les objets connectés ont toute leur place dans l'aide au suivi des patients par le biais du développement de programmes personnalisés de surveillance (Hidalgo-Mazzei et al., 2018 ; Samalin et al., 2018). Il existe même des travaux où des robots-thérapeutes sont utilisés chez des malades psychiatriques pour favoriser les interactions homme-machine, pour favoriser l'alliance thérapeutique (télé-thérapie assistée par ordinateur). De même, exploiter le lien profond qu'entretient l'utilisateur avec son smartphone peut être une opportunité pour renforcer une "alliance numérique thérapeutique" et conduire à une autre forme de soins (*digital therapeutic alliance*, DTA) pour favoriser l'observance (D'alfonso et al., 2020). Toutes ses actions collaboratrices et innovantes améliorent grandement la qualité de la prise en charge du patient en le sensibilisant, en faisant de lui un partenaire et en mettant à sa disposition tous les outils et techniques adéquats pour l'aider à se surveiller et éviter les rechutes. Cette collaboration améliore aussi l'alliance thérapeutique, la satisfaction du patient et du médecin et contribue à améliorer significativement l'observance (Jawad et al., 2018 ; Sylvia et al., 2013).

L'intérêt que suscite cette maladie dans le public est grand et ne cesse d'augmenter. En janvier 2017, une requête utilisant l'expression "troubles bipolaires" sur le moteur de recherche Google aboutissait à un total de 119 000 résultats. En janvier 2018, le résultat était de 470 000 occurrences et de 583 000 en 2021. Cela signifie que non seulement le public s'intéresse à ces troubles et cherche des réponses mais également que les malades consultent ce type de sources grand public ; ils aspirent à plus d'autonomie et ont de nouveaux besoins en termes d'informations et de compétences (Tourette-Turgis, 2015). Avec internet et la multiplication des sites dédiés et des forums, chacun est libre de partager son expérience et de discuter de sa maladie, voire même d'échanger des "trucs". L'utilisation des moyens numériques ne cesse d'augmenter (Rousselin, 2019) et la suprématie de l'avis médical est mise en péril. Il faut désormais compter avec ces nouveaux moyens d'information, qui distillent une forme particulière de savoir. Le malade pourrait ainsi se transformer lui aussi en "expert". Encore faudrait-il que cette expertise soit plus documentée et fondée sur de véritables informations et non sur des croyances et des représentations. Il s'agit donc d'une arme à double tranchant car l'information doit être de "qualité" pour que le patient se positionne comme un partenaire et que cela soit bénéfique pour lui. On constate néanmoins que les patients qui ont recours à internet pour évaluer leurs symptômes ont également tendance à augmenter le nombre des visites chez leur médecin et à poser plus de questions pour comprendre (Fox, 2009). Le rôle du médecin tout puissant détenteur du savoir n'est plus de mise et surtout ne satisfait plus les malades. De plus en plus de chercheurs critiquent la posture hégémonique du médecin qui déséquilibre la

relation et la déshumanise (Thöer, 2013). Ils montrent que mettre l'accent sur le versant psychosocial et sur la relation médecin/patient permet d'augmenter l'adhésion en diminuant les attitudes négatives, en faisant que les malades aient une plus grande acceptation de leur maladie et trouvent plus supportables les effets indésirables des médicaments. Une meilleure alliance, un partenariat efficace, augmentent l'observance (Chakrabarti, 2018). Aujourd'hui, les modèles de soins partagés démontrent leur impact positif sur l'observance et l'importance de la place de la communication dans la relation patient/médecin (Duggan & Thompson, 2011 ; Oshima & Emmanuel, 2013).

La notion "d'*empowerment*"⁵⁵ prend ici tout son sens ; elle fait et fera partie de plus en plus du paysage du patient bipolaire et c'est au médecin et plus largement aux soignants de s'adapter et d'adapter leur langage. Puisque le malade "ajuste" déjà son traitement et que c'est l'observance qui en souffre, n'aurions-nous pas intérêt à "l'éduquer" suffisamment bien pour qu'il puisse *a minima* nous faire entièrement confiance, agir au mieux et surtout prendre les bonnes décisions quand les circonstances l'imposent ? On peut reconnaître au malade le droit de participer à la mise en œuvre de ses soins. D'un statut d'objet passif, il devient ainsi acteur, actif dans la prise de décision. D'ailleurs, sur le plan juridique, les lois de 2002 et 2007 imposent au moins deux choses : que les patients donnent leur consentement de façon libre et éclairée pour les actes médicaux ou les traitements qui les concernent et qu'ils soient informés de leur état de santé (Peljak, 2016). C'est une réappropriation du pouvoir sur leur vie, sur leur maladie et le concept d'*empowerment* incarne véritablement la transformation du suivi du patient et de son pouvoir d'action sur sa maladie. Les soignants au statut "d'expert" devraient davantage prendre en compte les savoirs de sens commun, les capacités personnelles et la détermination des patients à devenir acteurs de leur santé afin de travailler à leur conférer plus d'autonomie. Tout ceci devrait être organisé pour éviter la non-observance et impliquer davantage le patient en lui offrant tout le savoir et la connaissance nécessaire pour s'autoréguler. Cela pourrait passer par la formation des patients et de leur entourage, par exemple par le biais de la création d'universités de patients (formation en psychoéducation, résolution de problèmes...et les soignants pourraient également bénéficier de formations à l'*empowerment*. Quelques programmes ont d'ailleurs déjà été mis en place, où des soignants porteurs de troubles psychiatriques, en témoignant de leur propre expérience, forment et sensibilisent les professionnels de santé à une gestion plus émotionnelle de la prise en charge des patients. Ces formations donnent de bons résultats et on observe un changement de comportement des

⁵⁵ "L'*empowerment*" fait référence au niveau de choix, de décision, d'influence et de contrôle que les usagers des services de santé mentale peuvent exercer sur les événements de leur vie" (INPES, 2011)

soignants formés (Labey et al., 2017). Outre ces formations, l'utilisation étendue des programmes de psychoéducation et l'utilisation des psychothérapies cognitives et comportementales (TCC) favorisent l'autonomie et la bonne observance. La combinaison psychoéducation et TCC fait d'ailleurs partie des recommandations de la Haute Autorité de Santé (Mirabel-Sarron et al., 2015). Mais l'émancipation des patients, qui souhaitent acquérir plus d'autonomie et de pouvoir peut aussi déstabiliser le soignant. Il convient donc de prendre également en compte les représentations de la personne qui soigne afin de recréer un équilibre dans cette nouvelle cohabitation qui se construit au cas par cas, afin que les compétences de chaque acteur s'articulent avec synergie (Pelicand et al., 2009)

Grâce à la mise en œuvre de ces différents moyens, le corps médical pourrait prendre en compte non seulement les symptômes et leur traitement mais aussi le bien-être et la satisfaction des patients en préservant leur qualité de vie et leur estime de soi, au mieux des possibilités. Il appartient sans doute au médecin de se mettre un peu plus à la portée du malade en privilégiant une relation où chacun retirerait assez de sens pour aboutir à une sorte de commensalisme qui transcenderait leur relation pour la satisfaction de tous.

VI. CONCLUSION

Nous avons mis en évidence que les représentations sociales des déterminants de l'observance entre les soignants et les patients étaient différentes et que ces différences pouvaient avoir une incidence sur leur relation et qu'ils n'avaient pas forcément les mêmes objectifs thérapeutiques. Les uns, soignants, sont centrés sur les résultats et le traitement, les autres plus centrés sur l'émotion et sur les conséquences de leur maladie. Ces différences peuvent agir de façon négative sur l'observance, d'autant plus que l'alliance thérapeutique est aussi un gage de bonne observance. Réaliser cela devrait conduire les soignants à changer de comportement pour mieux aider les patients, peut être en portant un peu plus attention aux préoccupations des malades pour répondre mieux à leurs attentes. Renforcer l'alliance thérapeutique, voir la relation comme un partenariat, une collaboration mutuelle, semble être la posture à privilégier.

D'autre part, nos résultats indiquent que les patients et la population tout venant se rejoignent sur leur perception du malade bipolaire et de la maladie et qu'ils ont des représentations sociales similaires, ce qui peut avoir une incidence sur l'observance. En effet, l'observance peut être améliorée si le patient ne se sent pas malade ou s'il est peu stigmatisé Mais inversement, cela

peut conduire à minimiser la gravité de la maladie et constituer un obstacle à la bonne observance du traitement. La représentation sociale est ainsi l'élément central pour déclencher l'observance selon que l'on se sent ou que l'on est perçu comme "malade" ou "non malade".

Au-delà des déterminants "classiques" de l'observance, l'alliance thérapeutique et les représentations sociales sont vraiment importantes mais peut-être trop souvent négligées ou méconnues par beaucoup de soignants. Le fait que le malade adapte son traitement est bien une réalité, et cela même lorsque le rapport avec son médecin est bon. Il faut donc aller plus loin pour améliorer la prise en charge de nos patients. Il convient aussi d'intégrer le fait que la représentation de la maladie bipolaire est en train de changer et que la façon de considérer son malade doit évoluer, privilégiant la notion de partenariat. Nous devons également accepter que les malades deviennent eux aussi "des experts" et que la notion d'*empowerment* va imposer des changements quant à la définition même d'observance.

Au-delà de la prise en charge "classique" du malade, le développement d'actions visant à améliorer l'éducation thérapeutique des patients et à former les soignants apparaît comme une piste prometteuse afin d'améliorer l'observance thérapeutique. Si de nombreux programmes destinés aux patients améliorent leur quotidien et leur observance, on peut imaginer "qu'éduquer" les soignants sur cette notion de perception et d'objectifs différents entre soignants et soignés pourrait améliorer la qualité de leur relation et leur compréhension mutuelle. Cette formation des soignants pourrait être intégrée à leur formation initiale ou continue. Peut-être faudrait-il instiller dans le cursus de tous les soignants un peu plus de notions de psychologie sociale et dans celui des psychologues et des paramédicaux un peu plus de psychopathologie. Des interventions pluridisciplinaires favoriseraient grandement le partage de la connaissance et des compétences. Grâce à cette transversalité, les connaissances seraient ainsi mutualisées avec un objectif commun axé sur la coopération et la collaboration pour "servir" encore mieux le patient.

VII. BIBLIOGRAPHIE

- A. Koukopoulos. (2003). Ewald Hecker's description of cyclothymia as a cyclical mood disorder: its relevance to the modern concept of bipolar II. *Journal of Affective Disorders*, 73(1-2), 199-205. [https://doi:10.1016/s0165-0327\(02\)00326-9](https://doi:10.1016/s0165-0327(02)00326-9)
- Abric, J.-C. (1987). *Pratiques sociales et représentations*. Paris : Cousset-Fribourg, Del Val.
- Abric, J. (2003). De l'importance des représentations sociales dans les problèmes de l'exclusion sociale. Dans : Jean-Claude Abric éd., *Exclusion sociale, insertion et prévention* (pp. 11-19). Toulouse, France: Érès. <https://doi.org/10.3917/eres.abric.2003.02.0011>
- Abric, J.-C. (2011). *Coopération, compétition et représentations sociales*. Paris: Presses universitaires de France - PUF.
- Agoub, M., & Moussaoui, D. (2004). 18. Troubles bipolaires: aspects transculturels. *Les troubles bipolaires* (pp.143-147). Lavoisier.
- Akiskal, H. S. (1994). Dysthymic and cyclothymic depressions: therapeutic considerations. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 55 Suppl, 46-52. PMID: 8077176.
- Akiskal, H. S., Akiskal, K. K., Lancrenon, S., & Hantouche, E. (2006). Validating the soft bipolar spectrum in the French National EPIDEP Study: the prominence of BP-II 1/2. *Journal of affective disorders*, 96(3), 207-213. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2006.03.011>
- Akiskal, H. S., & Pinto, O. (2000). The soft bipolar spectrum: footnotes to Kraepelin on the interface of hypomania, temperament and depression. In A. Marneros & J. Angst (Éd.), *Bipolar Disorders* (p. 37-62). Springer Netherlands. https://doi.org/10.1007/0-306-47521-9_2.
- Alabeatrix, V. (2002). *L'observance médicamenteuse des patients sous antidépresseurs: une enquête en officine* (Doctoral dissertation). <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01225116>.
- Allenet, B., Baudrant, M., Lehmann, A., Gauchet, A., Roustit, M., Bedouch, P., & Golay, A. (2013). Comment évaluer l'adhésion médicamenteuse ? Le point sur les méthodes. *Annales Pharmaceutiques Françaises*, 71(2), 135-141. <https://doi.org/10.1016/j.pharma.2012.10.001>
- Alonso, J., Angermeyer, M. C., Bernert, S., Bruffaerts, R., Brugha, T. S., Bryson, H., ESEMeD/MHEDEA 2000 Investigators, European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) Project. (2004). 12-Month comorbidity patterns and associated factors in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatrica Scandinavica. Supplementum*, (420), 28-37. <https://doi-org.proxy.unice.fr/10.1111/j.1600-0047.2004.00328.x>.
- Amado, I. (2016). Troubles bipolaires : chiffres clés et prévalence | Carenity. Consulté 3 mars 2016, à l'adresse <https://www.carenity.com/maladie/troubles-bipolaires/chiffres-cles-et-prevalence>
- Amami, o., Aloulou, j., Hachicha, a., Siala, m., & Aribi, l. Trouble bipolaire et trouble des conduites alimentaires quels liens ? *Journal de l'information médicale de sfax*, 6. <https://www.medecinesfax.org/>
- Anandamanoharan, J. (2012). *Observance et médecine générale: peut-on dépister les problèmes d'observance chez les patients atteints de pathologies chroniques?* (Doctoral dissertation). <http://bdspeshep.inist.fr/vibad/index.php?action=getRecordDetail&idt=491136>
- Andrade-González, N., Hernández-Gómez, A., Álvarez-Sesmero, S., Gutiérrez-Rojas, L., Vieta, E., Reinares, M., & Lahera, G. (2020). The influence of the working alliance on the treatment and outcomes of patients with bipolar disorder: a systematic review.

- Journal of affective disorders*, 260, 263-271. <https://doi-org.proxy.unice.fr/10.1016/j.jad.2019.09.014>
- Angermeyer MC, Matschinger H. The stigma of mental illness: effects of labelling on public attitudes towards people with mental disorder. *Acta Psychiatr Scand*. 2003 Oct; 108(4):304-9. doi: 10.1034/j.1600-0447.2003.00150.x. PMID: 12956832.
- Angst, J. (2007). The bipolar spectrum. *The British Journal of Psychiatry*, 190(3), 189-191. [https://doi: 10.1192/bjp.bp.106.030957](https://doi:10.1192/bjp.bp.106.030957)
- Angst, J., Gamma, A., Baldwin, D. S., Ajdacic-Gross, V., & Rössler, W. (2009). The generalized anxiety spectrum: prevalence, onset, course and outcome. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 259(1), 37-45. <https://doi:10.1007/s00406-008-0832-9>
- Anguis, M., Roelandt, J. L., & Caria, A. (2001). La perception des problèmes de santé mentale : les résultats d'une enquête sur neuf sites. *DREES, Études et Résultats*, 116. <http://pascal-francis.inist.fr/vibad/index.php?action=getRecordDetail&idt=6175124>
- Apostolidis, T., & Dany, L. (2012). Pensée sociale et risques dans le domaine de la santé: le regard des représentations sociales. *Psychologie française*, 57(2), 67-81. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1016/j.psfr.2012.03.003>
- Arétée de Cappadoce & la neuro-psychiatrie. (s. d.). Consulté 14 janvier 2016, à l'adresse <http://askleprios.chez.com/areteus/renaud.htm>
- Aristoteles, & Pigeaud, J. (2006). *L'homme de génie et la mélancolie : Problème XXX, I*. Paris: Eds. Payot et Rivages.
- Arvilommi, P., Suominen, K., Mantere, O., Leppämäki, S., Valtonen, H., & Isometsä, E. (2014). Predictors of adherence to psychopharmacological and psychosocial treatment in bipolar I or II disorders—an 18-month prospective study. *Journal of affective disorders*, 155, 110-117. <https://doi-org.proxy.unice.fr/10.1016/j.jad.2013.10.032>
- Ashton, C. H., Moore, P. B., Gallagher, P., & Young, A. H. (2005). Cannabinoids in bipolar affective disorder: a review and discussion of their therapeutic potential. *Journal of Psychopharmacology (Oxford, England)*, 19(3), 293-300. <https://doi.org/10.1177%2F0269881105051541>
- Aubry, J. M., Weibel, S., & Bertschy, G. (2014). 6. États mixtes : de la dépression mixte à la manie dysphorique. In *Les troubles bipolaires* (pp. 43-51). Lavoisier.
- Aujoulat, I. (2005). La représentation de soi au sein de la relation soignants/soignés. In *Représentations de la santé et de la maladie, Colloque organisé par Question Santé*. <http://hdl.handle.net/2078.1/104904>
- Averous, P., Charbonnier, E., Lagouanelle-Simeoni, M. C., Prospero, A., & Dany, L. (2018). Illness perceptions and adherence in bipolar disorder: An exploratory study. *Comprehensive psychiatry*, 80, 109-115. <https://doi-org.proxy.unice.fr/10.1016/j.comppsy.2017.10.003>
- Azorin, J. M. (2008). Des troubles psychotiques aux troubles bipolaires. *L'Encéphale*, 34, S127-S129. <http://pascal-francis.inist.fr/vibad/index.php?action=getRecordDetail&idt=20463584>
- Azorin, J.-M. (2011). Dépression majeure: quels sont les indicateurs de bipolarité? *L'Encéphale*, 37, S163-S168. [https://doi.org/10.1016/S0013-7006\(11\)70046-X](https://doi.org/10.1016/S0013-7006(11)70046-X)
- Azorin, J.-M. (2012). Trouble bipolaire : la pathologie intercritique. *L'Encéphale*, 38, S147-S150. [https://doi.org/10.1016/S0013-7006\(12\)70091-X](https://doi.org/10.1016/S0013-7006(12)70091-X)
- Azorin, J.-M., Belzeaux, R., Cermolacce, M., Kaladjian, A., Corréard, N., Dassa, D., ... Fakra, E. (2013). Recommandations sur le traitement des épisodes mixtes dans les guidelines actuelles. *Les états mixtes entre schizophrénie et troubles bipolaires*, 39, Supplément 3, 185-187. [https://doi.org/10.1016/S0013-7006\(13\)70120-9](https://doi.org/10.1016/S0013-7006(13)70120-9)

- Balagué, C., & Fayon, D. (2010). Facebook, Twitter et les autres. *Intégrer les réseaux sociaux dans*. <https://doi.org/10.4000/terminal.600>
- Banayan, M., Papetti, F., Palazzolo, J., Pringuey, D., & Darcourt, G. (2007). Conscience du trouble chez les sujets bipolaires euthymiques: étude transversale comparative réalisée sur 60 patients. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 165(4), 247–253. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2007.02.018>
- Bauer, M., & Pfennig, A. (2005). Epidemiology of bipolar disorders. *Epilepsia*, 46, 8-13. <https://doi-org.proxy.unice.fr/10.1111/j.1528-1167.2005.463003.x>
- Bauer, M., Glenn, T., Alda, M. *et al.* Trajectories of adherence to mood stabilizers in patients with bipolar disorder. *Int J Bipolar Disord* 7, 19 (2019). <https://doi.org/10.1186/s40345-019-0154-z>
- Baudrant-Boga, M. (2009). *Penser autrement le comportement d'adhésion du patient au traitement médicamenteux : modélisation d'une intervention éducative ciblant le patient et ses médicaments dans le but de développer des compétences mobilisables au quotidien-Application aux patients diabétiques de type 2* (Doctoral dissertation, Université Joseph-Fourier-Grenoble I). <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-00488730>
- Baudrant-Boga, M., Lehmann, A., & Allenet, B. (2012a). Penser autrement l'observance médicamenteuse : d'une posture injonctive à une alliance thérapeutique entre le patient et le soignant – Concepts et déterminants. *Annales Pharmaceutiques Françaises*, 70(1), 15–25. <https://doi.org/10.1016/j.pharma.2011.10.003>
- Bchir, MS., Kechida, M., Klii, R., Hammami, S. & Khochtali, I. (2018). Observance thérapeutique et estime de soi au cours des maladies chroniques: y a-t-il une corrélation ? *Revue de Médecine Interne*, Volume 39 supplément 1, A234-244. <https://doi.org/10.1016/j.revmed.2018.03.257>
- Beck, A. T., Baruch, E., Balter, J. M., Steer, R. A., & Warman, D. M. (2004). A new instrument for measuring insight: the Beck Cognitive Insight Scale. *Schizophrenia Research*, 68(2-3), 319-329. [https://doi.org/10.1016/S0920-9964\(03\)00189-0](https://doi.org/10.1016/S0920-9964(03)00189-0)
- Becker, M. H., & Maiman, L. A. (1975). Sociobehavioral determinants of compliance with health and medical care recommendations. *Medical Care*, 13(1), 10-24. <https://www.jstor.org/stable/3763271>
- Becker, M. H., & Maiman, L. A. (1980). Strategies for enhancing patient compliance. *Journal of community health*, 6(2), 113-135. <https://doi.org/10.1007/BF01318980>
- Bellivier, F., & Leboyer, M. (1997). Facteurs de prédisposition génétique. *Médecine thérapeutique*, 3(4), 269-273. <http://pascal-francis.inist.fr/vibad/index.php?action=getRecordDetail&idt=2652137>
- Bellivier, F. (2006). Évolution du trouble bipolaire. *L'Encéphale*, 32(4), 506-510. [https://doi-org.proxy.unice.fr/10.1016/S0013-7006\(06\)76194-2](https://doi-org.proxy.unice.fr/10.1016/S0013-7006(06)76194-2)
- Bellivier, F., Delavest, M., Coulomb, S., Figueira, M. L., Langosch, J. M., Souery, D., & Vieta, E. (2014). Prise en charge thérapeutique des patients présentant un trouble bipolaire en France et en Europe : étude multinationale longitudinale WAVE-bd. *L'Encéphale*, 40(5), 392–400. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2014.08.002>
- Belzeaux, R., & Azorin, J. M. (2014). 9. Cyclothymie et tempérament. In *Les troubles bipolaires* (pp. 66-72). Lavoisier.
- Benoit, M., Pon, J., & Zimmermann, M. A. (2009). Comment évaluer la qualité de l'observance ? *L'Encéphale*, 35, S87-S90. [https://doi.org/10.1016/S0013-7006\(09\)75542-3](https://doi.org/10.1016/S0013-7006(09)75542-3)
- Bensasson, G., Vassal, L., Linard, F., & Mnif, S. (2011). Le comportement d'observance des patients atteints de schizophrénie: impact du diagnostic et du traitement. *Analyse*

- phénoménologique de trois attitudes. *L'Evolution psychiatrique*, 76(4), 641-657. <https://doi.org/10.1016/j.evopsy.2011.09.002>
- Berk, L., Hallam, K. T., Colom, F., Vieta, E., Hasty, M., Macneil, C., & Berk, M. (2010). Enhancing medication adherence in patients with bipolar disorder. *Human Psychopharmacology*, 25(1), 1-16. <https://doi-org.proxy.unice.fr/10.1002/hup.1081>.
- Bertschy, G. (2015). La dépression mixte. *European Psychiatry*, 30(8, Supplement), S4. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.09.022>.
- Besnier, N., Fakra, E., Kaladjian, A., Adida, M., Maurel, M., & Azorin, J.-M. (2010). Premier épisode dépressif d'un trouble bipolaire: aspects cliniques et pronostiques. *L'Encéphale*, 36, Supplement 1, S18-S22. [https://doi.org/10.1016/S0013-7006\(10\)70005-1](https://doi.org/10.1016/S0013-7006(10)70005-1).
- Billups, S. J., Malone, D. C., & Carter, B. L. (2000). The relationship between drug therapy noncompliance and patient characteristics, health-related quality of life, and health care costs. *Pharmacotherapy: The Journal of Human Pharmacology and Drug Therapy*, 20(8), 941-949. <https://doi.org/10.1592/phco.20.11.941.35266>
- Birchwood, M., Smith, J., Drury, V., Healy, J., Macmillan, F., & Slade, M. (1994). A self-report Insight Scale for psychosis: reliability, validity and sensitivity to change. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 89(1), 62-67. <https://doi-org.proxy.unice.fr/10.1111/j.1600-0447.1994.tb01487.x>
- Bird, S. T., Bogart, L. M., & Delahanty, D. L. (2004). Health-related correlates of perceived discrimination in HIV care. *AIDS Patient care and STDs*, 18(1), 19-26 <https://doi.org/10.1089/108729104322740884>.
- Bizet, C., Defromont, L. & Labey, M. (2020). Des « experts d'expériences » pour former des professionnels de santé mentale. *Le Journal des psychologues*, 5(5), 56-61. <https://doi.org/10.3917/jdp.377.0056>
- Blackwell, B. (1992). Compliance. *Psychotherapy and psychosomatics*, 58(3-4), 161-169. <https://doi.org/10.1159/000288624>
- Blandin, E. & Gorwood, P. (2014). Troubles bipolaires et co-morbidités addictives. In *Les troubles bipolaires* (p. 271-275).
- Bonetto, E., Girandola, F., & Monaco, G. L. (2018). Social Representations and Commitment. *European Psychologist*. <https://doi.org/10.1027/1016-9040/a000317>.
- Bonetto, E., & Monaco, G. L. (2018). The fundamental needs underlying social representations. *New Ideas in Psychology*, 51, 40-43. <https://doi.org/10.1016/j.newideapsych.2018.06.003>
- Bordenave-Gabriel, C., Giraud-Baro, E., De Beauchamp, I., Bougerol, T., & Calop, J. (2003). Pourquoi les patients souffrant de troubles psychotiques ne sont-ils pas observants à leurs médicaments? *L'Encéphale*, 29(3), 213-222. <http://pascal-francis.inist.fr/vibad/index.php?action=getRecordDetail&idt=14888217>
- Bourgeois, M., (2002). L'insight (conscience de la maladie mentale), sa nature et sa mesure. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 160(8), 596-601. [https://doi.org/10.1016/S0003-4487\(02\)00240-8](https://doi.org/10.1016/S0003-4487(02)00240-8)
- Bourgeois, M. (2001). De la maladie maniaco-dépressive aux troubles bipolaires histoire et évolution des concepts. Collectif. (2001). *Séminaire de psychiatrie biologique Hôpital Ste Anne Tome 31*. Laboratoire Aventis. [https://doi.org/10.1016/S0003-4487\(02\)00212-3](https://doi.org/10.1016/S0003-4487(02)00212-3)
- Bourgeois, M. L., Koleck, M., & Jais, E. (2002). Validation de l'échelle d'insight Q8 et évaluation de la conscience de la maladie chez 121 patients hospitalisés en psychiatrie. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 160(7), 512-517. [https://doi-org.ressources-electroniques.univ-lille.fr/10.1016/S0003-4487\(02\)00212-3](https://doi-org.ressources-electroniques.univ-lille.fr/10.1016/S0003-4487(02)00212-3)

- Bourgeois, M., & Verdoux, H. (1997). Le risque suicidaire dans les troubles bipolaires. *L'Encéphale*, 23, 35-41. <http://pascal-francis.inist.fr/vibad/index.php?action=getRecordDetail&idt=2640224>
- Bourgeois, M.-L. (2007). *Manie et dépression: Comprendre et soigner le trouble bipolaire*. Odile Jacob.
- Bourgeois, M.-L., Gay, C., Henry, C., & Masson, M. (2014). *Les troubles bipolaires*. Paris: Médecine Sciences Publications.
- Boutry, L., Matheron, I., & Bidat, E. (2001). Quand les prescriptions ne sont pas suivies... Penser aux croyances et représentations de santé. L'exemple du patient asthmatique. *Revue Française d'Allergologie et d'Immunologie Clinique*, 41(5), 470-476. [https://doi.org/10.1016/S0335-7457\(01\)00056-9](https://doi.org/10.1016/S0335-7457(01)00056-9)
- Bowden, C. L., Perlis, R. H., Thase, M. E., Ketter, T. A., Ostacher, M. M., Calabrese, J. R., ... Sachs, G. S. (2012). Aims and results of the NIMH systematic treatment enhancement program for bipolar disorder (STEP-BD). *CNS Neuroscience & Therapeutics*, 18(3), 243-249. <https://doi-org.proxy.unice.fr/10.1111/j.1755-5949.2011.00257.x>
- Brady, K. T., & Sonne, S. C. (1995). The relationship between substance abuse and bipolar disorder. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 56 Suppl 3, 19-24. <https://psycnet.apa.org/record/1995-33130-001>
- Brochure d'information sur le trouble bipolaire. (2016). Consulté à l'adresse http://www.psychosis.ch/bipolar_broschuere_f_0308.pdf
- Brousse, G., Boussiron, D., & Llorca, P.-M. (2003). Trouble bipolaire et alcoolisme : une association qui n'est pas fortuite. In *Revue française de psychiatrie et de psychologie médicale* (Vol. 7, p. 51-54). <http://pascal-francis.inist.fr/vibad/index.php?action=getRecordDetail&idt=14766287>
- Brohan, E., Elgie, R., Sartorius, N., Thornicroft, G., & GAMIAN-Europe Study Group. (2010). Self-stigma, empowerment and perceived discrimination among people with schizophrenia in 14 European countries: the GAMIAN-Europe study. *Schizophrenia research*, 122(1-3), 232-238. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2010.02.1065>
- Bruchon-Schweitzer, M., Mufioz-Sastre, M. T., & Morin, M. (2000). Health psychology: Objectives and models. *European review of applied psychology*, 50(3), 295-299. <http://pascal-francis.inist.fr/vibad/index.php?action=getRecordDetail&idt=799417>
- Brousse, G., Garay, R. P., & Benyamina, A. (2008). Prise en charge de la comorbidité du trouble bipolaire avec l'alcoolodépendance. *La presse médicale*, 37(7), 1132-1137. <https://doi.org/10.1016/j.lpm.2007.09.020>
- Brunelle, J., Consoli, A., & Cohen, D. (2015). 15. *Troubles bipolaires à l'adolescence*. Lavoisier. <https://www.encephale.com/content/download/86388/1487155/version/1/file/main.pdf>
- Burton, R., & Gass, W. H. (2001). *The Anatomy of Melancholy*. (H. Jackson, Éd.) (1st edition). New York: New York Review Books.
- Busby KK, Sajatovic M. REVIEW: Patient, treatment, and systems-level factors in bipolar disorder nonadherence: A summary of the literature. *CNS Neurosci Ther*. 2010 Oct; 16(5):308-15. <https://doi:10.1111/j.1755-5949.2010.00191.x>.
- Caire, M. (2017). Histoire de la psychiatrie en France. Consulté 19 janvier 2016, à l'adresse <http://psychiatrie.histoire.free.fr/index.html>
- Caire Michel. (S. d.). <http://psychiatrie.histoire.free.fr/noso/pmd.htm>. Consulté 19 janvier 2016, à l'adresse <http://psychiatrie.histoire.free.fr/noso/pmd.htm>
- Calabrese, J. R., Hirschfeld, R. M. A., Reed, M., Davies, M. A., Frye, M. A., Keck, P. E., Wagner, K. D. (2003). Impact of bipolar disorder on a U.S. community sample. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 64(4), 425-432. <https://doi.org/10.4088/jcp.v64n0412>

- Calvet, B., & Clément, J.-P. (2014). DSM-5 et la psychiatrie de la personne âgée. *Gériatrie et psychologie neuropsychiatrie du vieillissement*, 12(1), 52–62. <https://doi.org/10.1684/pnv.2014.0456>
- Campbell, C., Scott, K., Skovdal, M., Madanhire, C., Nyamukapa, C., & Gregson, S. (2015). A good patient? How notions of ‘a good patient’ affect patient-nurse relationships and ART adherence in Zimbabwe. *BMC infectious diseases*, 15(1), 1-11. <https://doi.org/10.1186/s12879-015-1139-x>
- Carlos, P. D. (2015). *Le savoir historique à l'épreuve des représentations sociales: l'exemple de la préhistoire et de Cro-Magnon chez les élèves de cycle 3* (Doctoral dissertation, Cergy-Pontoise). <http://www.theses.fr/2015CERG0750>
- Castillo, M. C., Lannoy, V., Seznec, J. C., Januel, D., & Petitjean, F. (2008). Étude des représentations sociales de la schizophrénie dans la population générale et dans une population de patients schizophrènes. *L'Évolution psychiatrique*, 73(4), 615-628. <https://doi-org.ressources-electroniques.univ-lille.fr/10.1016/j.evopsy.2007.06.006>
- Cazard, F., & Ferreri, F. (2013). Troubles bipolaires et troubles anxieux comorbides : impact pronostique et enjeux thérapeutiques. *L'Encéphale*, 39(1), 66–74. <https://doi-org.ressources-electroniques.univ-lille.fr/10.1016/j.encep.2012.04.005>
- Cedraschi, C., Reust, P., Lorenzi-Cioldi, F., & Vischer, T. L. (1996). The gap between back pain patients' prior knowledge and scientific knowledge and its evolution after a back school teaching programme: a quantitative evaluation. *Patient Education and counseling*, 27(3), 235-246. [https://doi-org.ressources-electroniques.univ-lille.fr/10.1016/0738-3991\(95\)00841-1](https://doi-org.ressources-electroniques.univ-lille.fr/10.1016/0738-3991(95)00841-1)
- Cedraschi, C. H., Allaz, A. F., & Piguët, V. (1998). Le rôle des représentations de la maladie et de la douleur dans la relation patient-thérapeute. *Douleur et analgésie*, 11(2), 91-95. <https://doi.org/10.1007/BF03013290>
- Cerit C, Filizer A, Tural Ü, Tufan AE. Stigma: a core factor on predicting functionality in bipolar disorder. *Compr Psychiatry*. 2012 Jul;53(5):484-9. doi: 10.1016/j.comppsy.2011.08.010. Epub 2011 Oct 27.
- Cerullo, M. A., & Strakowski, S. M. (2007). The prevalence and significance of substance use disorders in bipolar type I and II disorder. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 2, 29. <https://doi.org/10.1186/1747-597X-2-29>
- Chakrabarti, S. (2018). Treatment alliance and adherence in bipolar disorder. *World journal of psychiatry*, 8(5), 114. <https://dx-doi-org.proxy.unice.fr/10.5498%2Fwjpv.8.i5.114>
- Chan, D., & Sireling, L. (2010). ‘I want to be bipolar’...a new phenomenon. *The Psychiatrist*, 34(3), 103-105. doi:10.1192/pb.bp.108.022129
- Charles, C., Ninot, G., & Sultan, S. (2011). Patients' illness perceptions and adherence to treatment with inhaled corticosteroids in asthma. *Revue des maladies respiratoires*, 28(5), 626-635. <https://doi.org/10.1016/j.rmr.2010.11.003>
- Charpentier, A., Goudemand, M., & Thomas, P. (2009). L’alliance thérapeutique, un enjeu dans la schizophrénie. *L'Encéphale*, 35(1), 80-89. <https://doi-org.ressources-electroniques.univ-lille.fr/10.1016/j.encep.2007.12.009>
- Chevrier, F. (2014). 27. La période intercritique: une phase d’euthymie? In *Les troubles bipolaires* (pp. 199-204). Lavoisier.
- Chevrier, M., Bouteloux, M., Brisebarre, P., Lebourleux, A., Ordoñez, M.L., Pomey, K., M’Bailara, S., Gard, Centres collaboratifs et centres experts FondaMental : un exemple de coopération pour le trouble bipolaire sur le territoire sud-aquitain, *French Journal of Psychiatry*, Volume 1, Supplement 2, 2019, Page S174, <https://doi.org/10.1016/j.fjpsy.2019.10.469>
- Choppin, S., & Henry, C. (2015). Caractéristiques cliniques pour un meilleur choix thérapeutique dans la dépression bipolaire. *European Psychiatry*, 30(8, Supplement), S57-S58. <https://doi:10.1016/j.eurpsy.2015.09.160>

- Chua GP, Tan HK. (2020). A qualitative approach in determining the patient-centered information and supportive care needs of cancer patients in Singapore
BMJ Open 2020; 10:e034178. [https://doi: 10.1136/bmjopen-2019-034178](https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-034178)
- Cochran, S. D. (1984). Preventing medical noncompliance in the outpatient treatment of bipolar affective disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52(5), 873-878. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0022-006X.52.5.873>
- Cohen-Scali, V., & Moliner, P. (2008). Représentations sociales et identité: des relations complexes et multiples. *L'orientation scolaire et professionnelle*, (37/4), 465-482. <https://doi.org/10.4000/osp.1770>
- Combes, C., & Feral, F. (2011). Observance médicamenteuse et lieu de contrôle de la santé dans la schizophrénie. *Thérapeutique*, 37, Supple (0), S11-S18. <https://doi-org.ressources-electroniques.univ-lille.fr/10.1016/j.encep.2010.08.007>
- Consoloni, J.-L., Correard, N., Azorin, J.-M., & Belzeaux, R. (2015). Quels sont les facteurs sociodémographiques, cliniques et neuropsychologiques associés à l'observance médicamenteuse ? *European Psychiatry*, 30(8, Supplement), S155. <https://doi:10.1016/j.eurpsy.2015.09.312>
- Conus, P., & McGorry, P. D. (2005). Intervention précoce dans les troubles bipolaires: un développement justifié. *PSN*, 3(1), S69-S78. <https://doi.org/10.1007/BF03020595>
- Corrigan, P. W., & Watson, A. C. (2002). The paradox of self-stigma and mental illness. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9(1), 35-53. <https://doi-org.proxy.unice.fr/10.1093/clipsy.9.1.35>
- Corrigan, P. W., Kuwabara, S. A., & O'Shaughnessy, J. (2009). The public stigma of mental illness and drug addiction: Findings from a stratified random sample. *Journal of Social Work*, 9(2), 139-147. <https://doi.org/10.1177/1468017308101818>
- Corruble, E. (2008). Troubles bipolaires et comorbidités somatiques. *L'Encéphale*, 34, S143-S145. [https://doi.org/10.1016/s0013-7006\(08\)80625-2](https://doi.org/10.1016/s0013-7006(08)80625-2)
- Corruble, E., & Hardy, P. (2003). Observance du traitement en psychiatrie. *Encyclopédie médicochirurgicale*. [https://doi.org/10.1016/s0246-1072\(03\)00114-7](https://doi.org/10.1016/s0246-1072(03)00114-7)
- Cottin, Y., Lorgis, L., Gudjoncik, A., Buffet, P., Brulliard, C., Hachet, O., ... Zeller, M. (2012). Observance aux traitements : concepts et déterminants. *Risque cardiovasculaire en prévention primaire*, 4(4), 291-298. [https://doi-org.ressources-electroniques.univ-lille.fr/10.1016/S1878-6480\(12\)70845-5](https://doi-org.ressources-electroniques.univ-lille.fr/10.1016/S1878-6480(12)70845-5)
- Courtet, P. (2014). Actualité sur le risque suicidaire et les sels de lithium. *European Psychiatry*, 29(8, Supplement), 670. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2014.09.070>
- Courtet, P., Guillaume, S., & Olié, É. (2014). 29. Troubles bipolaires et risque suicidaire. In *Les troubles bipolaires* (p. 214-219). Cachan: Lavoisier.
- Coutu, M. F., Marchand, A., Dupuis, G., O'Connor, K., Turgeon, L., & Nielson, T. (2004). Une piste pour favoriser l'adhésion au plan de soins. *Revue francophone de clinique comportementale et cognitive*, 9(4), 17-24. http://dreamscience.ca/en/documents/publications/_2004_Nielsen_Coutu_Reprint_RF_CCC_9_17-24.pdf
- Coutu, M.-F. (2005). *Presentation_MFC.pdf*. Consulté 17 novembre 2016, à l'adresse https://www.usherbrooke.ca/caprit/fileadmin/sites/caprit/Presentation_MFC.pdf
- Coutu, M.-F., Dupuis, G. H., Marchand, A., O'connor, K., Trudel, G., & Bouthillier, D. (2000). Adoption et maintien des habitudes comportementales saines : Recension des modèles explicatifs. *Revue francophone de clinique comportementale et cognitive*, 5(2), 23-35. <http://pascal-francis.inist.fr/vibad/index.php?action=getRecordDetail&idt=1389915>
- Cramer, J. A., Roy, A., Burrell, A., Fairchild, C. J., Fuldeore, M. J., Ollendorf, D. A., & Wong, P. K. (2008). Medication Compliance and Persistence: Terminology and Definitions. *Value in Health*, 11(1), 44-47. <https://doi.org/10.1111/j.1524-4733.2007.00213.x>

- Critères de la dépendance selon DSM-IV - Addictions... En savoir + | Réseau Addicto Cher. (s. d.). Consulté 27 mai 2016, à l'adresse <http://www.reseau-addiction-cher.fr/page-criteres-de-la-dependance-selon-dsm-iv-46.html>
- Crowe M, Wilson L, Inder M. Patients' reports of the factors influencing medication adherence in bipolar disorder - an integrative review of the literature. *Int J Nurs Stud.* 2011 Jul; 48(7):894-903. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2011.03.008. Epub 2011 Apr 9.
- CTAH-Recherche. (2010a). CTAH-Recherche, Connexion anxiété et trouble bipolaire. Consulté 9 mai 2016, à l'adresse <http://ctah.eu/espaces.php?ref=612>
- CTAH-Recherche. (2010b). CTAH-Recherche, Définition et utilité du spectre bipolaire selon Hagop Akiskal. Consulté 6 février 2016, à l'adresse <http://ctah.eu/espaces.php?ref=688>
- D'Estienne, J. M. (2010). La folie selon Esquirol. Observations médicales et conceptions de l'aliénisme à Charenton entre 1825 et 1840. *Revue d'histoire du XIXe siècle. Société d'histoire de la révolution de 1848 et des révolutions du XIXe siècle*, (40), 95-112. <https://doi-org.proxy.unice.fr/10.4000/rh19.3994>
- Daban, C., & Henry, C. (2011). La réactivité émotionnelle : un outil diagnostic ? *L'Encéphale*, 37, S179-S184. [https://doi-org.ressources-electroniques.univ-lille.fr/10.1016/S0013-7006\(11\)70050-1](https://doi-org.ressources-electroniques.univ-lille.fr/10.1016/S0013-7006(11)70050-1)
- D'Alfonso S, Lederman R, Bucci S, Berry K. The Digital Therapeutic Alliance and Human-Computer Interaction. *JMIR Ment Health.* 2020 Dec 29; 7(12): e21895. <https://doi:10.2196/21895>.
- Dardennes, R., Thuile, J., Even, C., Friedman, S., & Guelfi, J.-D. (2006). Coût du trouble bipolaire : revue de la littérature. *L'Encéphale*, 32(1), 18-25. [https://doi-org.ressources-electroniques.univ-lille.fr/10.1016/S0013-7006\(06\)76133-4](https://doi-org.ressources-electroniques.univ-lille.fr/10.1016/S0013-7006(06)76133-4)
- Davey, S., & Gordon, S. (2017). Definitions of social inclusion and social exclusion: the invisibility of mental illness and the social conditions of participation. *International Journal of Culture and Mental Health*, 10(3), 229-237. <https://doi.org/10.1080/17542863.2017.129509>
- David, A. S. (1990). Insight and psychosis. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 156, 798-808. <https://doi:10.1192/bjp.156.6.798>
- David, O. (2016). Kindling Effect on Bipolar Disorder. Consulté 3 mars 2016, à l'adresse <http://www.bipolarcentral.com/articles/articles-117-1-Kindling-Effect-on-Bipolar-Disorder.html>
- Davis, M. S. (1971). Variation in Patients' Compliance with Doctors' Orders: Medical Practice and Doctor-Patient Interaction. *Psychiatry in Medicine*, 2(1), 31-54. <https://doi.org/10.2190/KMPK-19TA-GEK8-BFTM>
- Day, J. C., Bentall, R. P., Roberts, C., Randall, F., Rogers, A., Cattell, D., & Power, C. (2005). Attitudes toward antipsychotic medication: the impact of clinical variables and relationships with health professionals. *Archives of general psychiatry*, 62(7), 717-724. <https://doi-org.proxy.unice.fr/10.1001/archpsyc.62.7.717>
- Defromont, L. (2003). Les représentations sociales du « fou », du « malade mental » et du « dépressif ». *L'Information psychiatrique*, 79(10), 887-894. https://www.jle.com/fr/revues/ipe/sommaire.phtml?cle_parution=848
- De Luca. (s. d.). Arétée De Cappadoce & La Neuro-Psychiatrie. Consulté 18 janvier 2018, à l'adresse <http://asklepious.chez.com/areteus/renaud.htm>
- De Zelincourt, M., Dardennes, R., Verdoux, H., Gandhi, G., Papatheodorou, M. L., Edgel, E. T., ... Eli Lilly & Co Ltd France. Département Economie de la Santé. Paris. FRA. (2003). Le trouble bipolaire I en France : prévalence des épisodes maniaques et coût des hospitalisations pour ce motif. *L'Encephale*, 29(3), 248-253. <http://pascal-francis.inist.fr/vibad/index.php?action=getRecordDetail&idt=14888221>

- Delfraissy, J. F. (2002). Prise en charge médicale des personnes infectées par le VIH. *Recommandations du groupe d'experts*. Paris: Edition Flammarion, 1-280.
- Denson, T. F., & Earleywine, M. (2006). Decreased depression in marijuana users. *Addictive Behaviors*, 31(4), 738-742. <https://doi-org.ressources-electroniques.univ-lille.fr/10.1016/j.addbeh.2005.05.052>
- Deny, G., & Camus, P. (1907). *Les folies intermittentes; la psychose maniaque-dépressive*. Baillière.
- Detry-Morel, M. (2006). Compliance et persistance. *Journal français d'ophtalmologie*, 29(2), 216-225. [https://doi-org.ressources-electroniques.univ-lille.fr/10.1016/S0181-5512\(06\)73775-5](https://doi-org.ressources-electroniques.univ-lille.fr/10.1016/S0181-5512(06)73775-5)
- Diefenbach, M. A., & Leventhal, H. (1996). The common-sense model of illness representation: Theoretical and practical considerations. *Journal of social distress and the homeless*, 5(1), 11-38. <https://doi.org/10.1007/BF02090456>
- Dilsaver, S. C., Chen, Y.-W., Swann, A. C., Shoab, A. M., Tsai-Dilsaver, Y., & Krajewski, K. J. (1997). Suicidality, panic disorder and psychosis in bipolar depression, depressive-manic and pure-manic. *Psychiatry Research*, 73(1-2), 47-56. [https://doi-org.ressources-electroniques.univ-lille.fr/10.1016/S0165-1781\(97\)00109-1](https://doi-org.ressources-electroniques.univ-lille.fr/10.1016/S0165-1781(97)00109-1)
- DiMatteo, M. R. (1994). Enhancing patient adherence to medical recommendations. *JAMA*, 271(1), 79, 83. <https://doi.org/10.1001/jama.271.1.79>
- DiMatteo, M. R., Lepper, H. S., & Croghan, T. W. (2000). Depression is a risk factor for noncompliance with medical treatment: meta-analysis of the effects of anxiety and depression on patient adherence. *Archives of internal medicine*, 160(14), 2101-2107. <https://doi:10.1001/archinte.160.14.2101>
- DiMatteo, M. R. (2004). Variations in patients' adherence to medical recommendations: a quantitative review of 50 years of research. *Medical Care*, 42(3), 200-209. <https://doi:10.1097/01.mlr.0000114908.90348.f9>
- DiMatteo, M. R. (2004). Social support and patient adherence to medical treatment: a meta-analysis. *Health psychology*, 23(2), 207. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0278-6133.23.2.207>
- DiMatteo, M. R., Haskard-Zolnierok, K. B., & Martin, L. R. (2012). Improving patient adherence: a three-factor model to guide practice. *Health Psychology Review*, 6(1), 74-91. <https://doi.org/10.1080/17437199.2010.537592>
- Dittmann, S., Biedermann, N. C., Grunze, H., Hummel, B., Schäfer, L. O., Kleindienst, N., ... Walden, J. (2002). The Stanley Foundation Bipolar Network: results of the naturalistic follow-up study after 2.5 years of follow-up in the German centres. *Neuropsychobiology*, 46 Suppl 1, 2-9. <https://doi.org/10.1159/000068018>
- Dopke CA, McBride A, Babington P, Jonathan GK, Michaels T, Ryan C, Duffecy J, Mohr DC, Goulding EH. Development of Coaching Support for LiveWell: A Smartphone-Based Self-Management Intervention for Bipolar Disorder. *JMIR Form Res*. 2021 Mar 24; 5(3):e25810. <https://doi:10.2196/25810>.
- Droulout, T., Liraud, F., & Verdoux, H. (2003). Influence de la conscience du trouble et de la perception subjective du traitement sur l'observance médicamenteuse dans les troubles psychotiques. *Encéphale*, 29(5), 430-7. PMID: 14615692
- Dunbar-Jacob, J., & Mortimer-Stephens, M. (2001). Treatment adherence in chronic disease. *Journal of clinical epidemiology*, 54(12), S57-S60. [https://doi-org.ressources-electroniques.univ-lille.fr/10.1016/S0895-4356\(01\)00457-7](https://doi-org.ressources-electroniques.univ-lille.fr/10.1016/S0895-4356(01)00457-7)
- Dubois, M., Dassa, D., Belzeaux, R., Fakra, E., Cermolacce, M., Corréard, N., ... Azorin, J.-M. (2013). Le traitement des dépressions mixtes. *L'Encéphale*, 39, 179-184. [https://doi.org/10.1016/S0013-7006\(13\)70119-2](https://doi.org/10.1016/S0013-7006(13)70119-2)

- Duggan, A.P., Thompson, T. L. (2011). Provider-Patient Interaction and related outcomes, In T.L. Thompson, R. Parrott, et J.F. Nussbaum (eds) *The Routledge handbook of health communication*, 2nd edition, NY and London : Routledge 414-42. ISBN 9780203846063
- Dupont, S., & Masson, M. (2014). 58. Anticonvulsivants et stabilisation de l'humeur. In *Les troubles bipolaires* (pp. 452-463). Lavoisier.
- Eckel, R. H., Grundy, S. M., & Zimmet, P. Z. (2005). The metabolic syndrome. *Lancet (London, England)*, 365(9468), 1415-1428. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)66378-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)66378-7)
- Eisinger, P. (2008). Troubles de l'humeur. *EMC - Traité de médecine AKOS*, 3(3), 1-14.
- Eker, F., & Harkin, S. (2012). Effectiveness of six-week psychoeducation program on adherence of patients with bipolar affective disorder. *Journal of Affective Disorders*, 138(3), 409-416. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2012.01.004>
- Ellison, N., Mason, O., & Scior, K. (2013). Bipolar disorder and stigma: a systematic review of the literature. *Journal of Affective Disorders*, 151(3), 805-820. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.08.014>
- Ellison, N., Mason, O., & Scior, K. (2015). Renaming schizophrenia to reduce stigma: Comparison with the case of bipolar disorder. *British Journal of Psychiatry*, 206(4), 341-342. <https://doi:10.1192/bjp.bp.114.146217>
- Eraker, S. A., Kirscht, J. P., & Becker, M. H. (1984). Understanding and improving patient compliance. *Annals of Internal Medicine*, 100(2), 258-268. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-100-2-258>
- Ernoul, A. (2012). De la psychose maniaco-dépressive au spectre bipolaire: considération critique à propos de l'élargissement de la bipolarité. *Angers: Faculté de Médecine*. <http://www.sudoc.fr/165070803>
- Ernoul, A., Mouselier, A., de Prisque, G. D., Poussevin, C., Roquelaure, Y., Duverger, P., & Garré, J. B. (2014, October). Considération critique sur l'extension de la bipolarité, psychopathologie des mouvements d'humeur et de l'euphorie morbide. In *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique* (Vol. 172, No. 8, pp. 599-605). Elsevier Masson. <https://doi-org.proxy.unice.fr/10.1016/j.amp.2013.06.016>
- Escande, M. (1987). Des rapports entre créativité, narcissisme, dépressivité et dépression. A propos de R. Schumann. *Psychologie médicale*, 19(10), 1777-1779. <http://pascal-francis.inist.fr/vibad/index.php?action=getRecordDetail&idt=7606265>
- Esnault, N. (2015). *L'éducation thérapeutique entre vérité médicale et histoire du patient* (Doctoral dissertation, Université de Nantes). <http://archive.bu.univ-nantes.fr/pollux/show.action?id=ebad503d-963f-4c5d-803e-f8172e6a8c77>
- Esquirol, É. (1838). *Des maladies mentales considérées sous les rapports médical, hygiénique et médico-légal* (Vol. 1). Chez JB Baillière.
- Étain, B., Drancourt, N. & Scott, J. (2014). 22. Retard au diagnostic et à la mise en place d'un traitement thymorégulateur dans les troubles bipolaires. Dans : Marc-Louis Bourgeois éd., *Les troubles bipolaires* (pp. 170-174). Cachan, France: Lavoisier. <https://doi.org/10.3917/lav.bourg.2014.01.0170>
- Étain, B., Scott, J., Cochet, B., Bellivier, F., Boudebessé, C., Drancourt, N., ... & Henry, C. (2018). A study of the real-world effectiveness of group psychoeducation for bipolar disorders: Is change in illness perception a key mediator of benefit?. *Journal of affective disorders*, 227, 713-720. <https://doi-org.proxy.unice.fr/10.1016/j.jad.2017.11.072>
- Eupati. (2015). Incidence et prévalence : Concepts épidémiologiques fondamentaux : (2015, juin 17). Consulté 19 janvier 2018, à l'adresse <https://www.eupati.eu/fr/pharmaco-épidémiologie/concepts-épidémiologiques-incidence-et-prévalence/>

- Fainzang, S. (2007). Les réticences vis-à-vis des médicaments: La marque de la culture. *Revue française des affaires sociales*, 193-209. <https://doi.org/10.3917/rfas.073.0193>
<https://www.eupati.eu/fr/pharmaco-epidemiologie/concepts-epidemiologiques-incidence-et-prevalence/>
- Fayard, A., caria, A., & Loubieres, C (2011). Empowerment et santé mentale. *La santé de l'homme (413, 01-05-2011)* Institut national de prévention et d'éducation pour la santé. Consulté à l'adresse : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/SLH/pdf/sante-homme-413.pdf> <https://doi.org/10.1016/j.respe.2013.07.393>
- Fajutrao, L., Locklear, J., Priaulx, J., & Heyes, A. (2009). A systematic review of the evidence of the burden of bipolar disorder in Europe. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health: CP & EMH*, 5, 3. [https://doi.org/10.1016/s1098-3015\(10\)66906-9](https://doi.org/10.1016/s1098-3015(10)66906-9)
- Falret. (1853, 1864). La folie circulaire. Consulté 14 janvier 2016, à l'adresse <http://www.biusante.parisdescartes.fr/histoire/biographies/?cle=6091>
- Fédération alcool assistance. (2016). Définitions et classifications de l'alcoolisme.
- Fekih-Romdhane, F., Homri, W., & Labbane, R. (2013). Évaluation de l'estime de soi chez des patients bipolaires en rémission. *European Psychiatry*, 28(S2), 49-49. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2013.09.127>
- Fekih-Romdhane, F., Homri, W., Mrabet, A., & Labbane, R. (2016). Facteurs prédictifs du fonctionnement chez les patients bipolaires de type 1 en période de rémission. *The Pan African Medical Journal*, 25. <https://dx-doi-org.proxy.unice.fr/10.11604%2Fpamj.2016.25.66.8532>
- Feinstein, A. R. (1970). The pre-therapeutic classification of co-morbidity in chronic disease. *Journal of Chronic Diseases*, 23(7), 455-468. [https://doi-org.proxy.unice.fr/10.1016/0021-9681\(70\)90054-8](https://doi-org.proxy.unice.fr/10.1016/0021-9681(70)90054-8)
- Fernandes Pereira, R. S., & Rosselet, O. (2016). *L'adhésion au traitement chez les personnes atteintes de troubles bipolaires* (Doctoral dissertation, Haute Ecole de Santé Vaud). consulté le 20 janvier 2016, à l'adresse <https://doc.rero.ch/record/278145>
- Ferreira, C., Gay, M.-C., Regnier-Aeberhard, F., & Bricaire, F. (2010). Les représentations de la maladie et des effets secondaires du traitement antirétroviral comme déterminants de l'observance chez les patients VIH. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 168(1), 25-33. <http://dx.doi.org/10.1016%2Fj.amp.2007.09.005>
- Fischer, G. N. (1987). *Les concepts fondamentaux de la psychologie sociale*. Paris : Dunod
- Floris, M., Masson, A., & Delatte, B. (2005). Adhésion partielle au traitement. *Neurone, Vol 10(9)*. Consulté le 20 janvier 2017 sur le lien permanent <http://hdl.handle.net/2078.1/238378>
- Folle, A. D., Shimizu, H. E., & Naves, J. D. O. S. (2016). Social representation of Alzheimer's disease for family caregivers: stressful and rewarding. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 50(1), 79-85. <https://doi-org.proxy.unice.fr/10.1590/s0080-623420160000100011>
- Fouchey, M. (2012). Présentation du DSM (diagnostic and statistical of mental disorders). Consulté 11 février 2016, à l'adresse <http://psychologie-m-fouchey.psychoblogs.net/?post//Reflexions-sur-la-psychopathologie>
- Fouilhoux, N. (2006). Troubles bipolaires et suicide. *L'Encéphale*, 32(3), 6-9. [https://doi-org.proxy.unice.fr/10.1016/S0013-7006\(06\)76169-3](https://doi-org.proxy.unice.fr/10.1016/S0013-7006(06)76169-3)
- Fox, S. (2009). The social life of health information. Pew internet & American life project 2009. <http://www.pewinternet.org/Reports/2009/8-The-Social-Life-of-Health-Information.aspx>
- Fox, S., Duggan, M. (2013). Health online 2013. Pew Internet and American Life Project, Washington, D.C. Pew Research center, Consulté en ligne <http://pewinternet.org/Reports/2013/Health-online.aspx>

- Frank, E., Cyranowski, J. M., Rucci, P., Shear, M. K., Fagiolini, A., Thase, M. E., Kupfer, D. J. (2002). Clinical significance of lifetime panic spectrum symptoms in the treatment of patients with bipolar I disorder. *Archives of General Psychiatry*, 59(10), 905-911. <https://doi-org.proxy.unice.fr/10.1001/archpsyc.59.10.905>
- Fremon, B., Negrete, V., Davis, M. *et al.* Gaps in Doctor-Patient Communication: Doctor-Patient Interaction Analysis. *Pediatr Res* 5, 298-311 (1971). <https://doi.org/10.1203/00006450-197107000-00003>
- Fromentin, C. (2014). Deux représentations sociales des troubles bipolaires. *Perspectives Psy*, 4(4), 320-325. <https://doi.org/10.1051/ppsy/2014534320>
- Fountoulakis KN, Gonda X, Siamouli M, Rihmer Z. Psychotherapeutic intervention and suicide risk reduction in bipolar disorder: a review of the evidence. *J Affect Disord*. 2009 Feb; 113(1-2):21-9. <https://doi: 10.1016/j.jad.2008.06.014>. Epub 2008 Aug 3. PMID: 18676024.
- Fouques, D. (2009). Nouvelles approches psychologiques et psychothérapeutiques. *Le Journal des psychologues*, (10), 40-43. <https://doi.org/10.3917/jdp.273.0040>
- Fox S. et S. Jones. (2009). The Social Life of Health Information. Pew Internet and American Life Project, Washington, D.C. Pew Research center. Consulté sur Internet <http://www.pewinternet.org/Reports/2009/8-The-Social-Life-of-Health-Information.aspx>
- Galand, C. & Salès-Wuillemin, É. (2009). Apports de l'étude des représentations sociales dans le domaine de la santé. *Sociétés*, 3(3), 35-44. <https://doi.org/10.3917/soc.105.0035>
- García S, Martínez-Cengotitabengoa M, López-Zurbano S, Zorrilla I, López P, Vieta E, González-Pinto A. Adherence to Antipsychotic Medication in Bipolar Disorder and Schizophrenic Patients: A Systematic Review. *J Clin Psychopharmacol*. 2016 Aug; 36(4):355-71. <https://doi: 10.1097/JCP.0000000000000523>.
- Gard, S. (2015). Actualité des thymorégulateurs. *Journal français de psychiatrie*, 2(2), 39-41. <https://doi.org/10.3917/jfp.042.0039>.
- Garfield, S., Clifford, S., Eliasson, L., Barber, N., & Willson, A. (2011). Suitability of measures of self-reported medication adherence for routine clinical use: a systematic review. *BMC Medical Research Methodology*, 11, 149. <http://dx.doi.org/10.1186%2F1471-2288-11-149>
- Garrabé, J. (2013). La Classification française des troubles mentaux et la Classification internationale des maladies : historique comparatif. *L'information psychiatrique, Volume 89*(4), 319-326. <https://www.jle.com/10.1684/ipe.2013.1058>
- Garrabé, J. (2014). Remarques historiques sur la nosographie des troubles thymiques : de la psychose maniaco-dépressive à la bipolarité. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 172(8), 642-651. <https://doi-org.proxy.unice.fr/10.1016/j.amp.2014.08.003>
- Gauchet, A. (2005). *Les déterminants psychosociaux de l'observance thérapeutique chez les personnes infectées par le VIH: représentations et valeurs* (Doctoral dissertation, Metz). Consulté le 10 mars 2016 à l'adresse <https://www.theses.fr/2005METZ001L>
- Gay, C. (2014). 63. Mesures psychoéducatives. In *Les troubles bipolaires* (pp. 491-503). Lavoisier.
- Gay, C. (2015b). Psychoéducation et troubles bipolaires. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 173(5), 424-432. <https://doi-org.proxy.unice.fr/10.1016/j.amp.2014.12.008>
- Gay, C., Masson, M., & Bellivier, F. (2014). 28. Troubles bipolaires à cycles rapides. In *Les troubles bipolaires* (pp. 205-213). Lavoisier.

- Gellad, W. F., Thorpe, C. T., Steiner, J. F., & Voils, C. I. (2017). The myths of medication adherence. *Pharmacoepidemiology and drug safety*, 26(12), 1437-1441. <https://doi.org/10.1002/pds.4334>
- Gentina, T., Bailly, S., Verkindre, C., Broussier, J. M., Guffroy, D., Prigent, A., ... & Pépin, J. L. (2019). Effets de l'implication du conjoint et de la qualité de relation du couple sur l'adhérence à la PPC dans le SAOS. *Médecine du Sommeil*, 16(1), 11. <https://doi-org.proxy.unice.fr/10.1016/j.msom.2019.01.189>
- Geoffroy, P. A., Etain, B., Leboyer, M., & Bellivier, F. (2012, September). Une entité clinique aux implications thérapeutiques majeures: le trouble bipolaire à début précoce. In *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique* (Vol. 170, No. 7, pp. 502-509). Elsevier Masson. <https://doi-org.proxy.unice.fr/10.1016/j.amp.2012.07.005>
- Geoffroy, P. A., Bellivier, F., & Henry, C. (2014). Traitement du trouble bipolaire en phase maniaque : synthèse critique des recommandations internationales. *L'Encéphale*, 40(4), 330-337. <https://doi-org.proxy.unice.fr/10.1016/j.encep.2013.10.007>
- Geoffroy, P. A., & Henry, C. (2014). 53. Prise en charge médicamenteuse des états maniaques et mixtes (recommandations internationales). In *Les troubles bipolaires* (pp. 393-401). Lavoisier.
- Giordana, J. Y. (2010). Les effets de la stigmatisation: de la discrimination à l'exclusion. *La stigmatisation en psychiatrie et en santé mentale, Issy-les-Moulineaux, El servi er Masson*, 11-17.
- Giordana, J. Y. (2011). *La stigmatisation en psychiatrie et en santé mentale*. Elsevier Masson.
- Godin, G. (1991). L'éducation pour la santé : les fondements psycho-sociaux de la définition des messages éducatifs. *Sciences sociales et santé*, 9(1), 67-94. <https://doi.org/10.3406/sosan.1991.1185>
- Godin, G., & Côté, F. (2006). Le changement planifié des comportements liés à la santé. *Pratiques en santé communautaire. Montréal: Les Éditions de la Chenelière inc.*
- Gomes DRAS, Zanetti ACG, Miasso AI, Castro FFS, Vedana KGG. Internalized Stigma in People With Mood Disorders: Predictors and Associated Factors. *J Nerv Ment Dis*. 2021 Jan; 209(1):54-58. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000001257>.
- González-Pinto, A., Reed, C., Novick, D., Bertsch, J., & Haro, J. M. (2010). Assessment of medication adherence in a cohort of patients with bipolar disorder. *Pharmacopsychiatry*, 43(07), 263-270. <https://doi.org/10.1055/s-0030-1263169>
- Gorwood, P., Strat, Y. L., Ramoz, N., Dubertret, C., Moalic, J.-M., & Simonneau, M. (2012). Genetics of dopamine receptors and drug addiction. *Human Genetics*, 131(6), 803-822. <https://doi.org/10.1007/s00439-012-1145-7>
- Goudemand, M. *Troubles unipolaires*. In Bourgeois, M. L. (2014). *Les troubles bipolaires*. Lavoisier.
- Grant, B. F., Stinson, F. S., Hasin, D. S., Dawson, D. A., Chou, S. P., Ruan, W. J., & Huang, B. (2005). Prevalence Correlates, and Comorbidity of Bipolar I Disorder and Axis I and II Disorders: Results From the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 66(10), 1205-1215. <https://doi-org.proxy.unice.fr/10.4088/jcp.v66n1001>
- Grimaldi, A., Barrier P, Reach, G., Consoli, S. M., Guitard-Munnich C, Santiago-Delefosse, Alliot F. (2007). *Observance : changer les comportements*. Paris: Masson.
- Grinspoon, L., & Bakalar, J. B. (1998). The use of cannabis as a mood stabilizer in bipolar disorder: anecdotal evidence and the need for clinical research. *Journal of Psychoactive Drugs*, 30(2), 171-177. <https://doi.org/10.1080/02791072.1998.10399687>
- Guelfi, J. (2015). De la manie-mélancolie à la maniaco-dépression et au trouble bipolaire. *Journal français de psychiatrie*, 2(2), 24-33. <https://doi.org/10.3917/jfp.042.0024>

- Guillaume, S. & Courtet, P. (2010). Troubles bipolaires et risque suicidaire. Dans : Philippe Courtet éd., *Suicides et tentatives de suicide* (pp. 124-128). Cachan, France: Lavoisier. <https://doi.org/10.3917/lav.court.2010.01.0124>
- Guillaume, S., Courtet, P., Chabannes, J. P., Meynard, J. A., & Moreau-Mallet, V. (2011). Prises en charge, besoins et attentes de patients souffrant de troubles bipolaires I (Étude ECHO–France). *L'Encéphale*, 37(4), 332-338. <https://doi-org.proxy.unice.fr/10.1016/j.encep.2014.11.002>
- Guillaume, S., & Courtet, P. (2014). Troubles bipolaires et troubles des conduites alimentaires. *Psychiatrie*, 276–279. <https://doi-org.proxy.unice.fr/10.1016/j.encep.2011.07.006>
- Guillem, E., Pelissolo, A., & Lepine, J. P. (1999). Troubles mentaux et migraine : données épidémiologiques. *L'Encéphale*, 25(5), 436-442. <http://pascal-francis.inist.fr/vibad/index.php?action=getRecordDetail&idt=1188950>
- Halioua, B. (2012, January). Observance: Définitions et méthodes de mesure: spécificités de l'observance des traitements topiques. In *Annales de Dermatologie et de Vénérologie* (Vol. 139, pp. S1-S6). Elsevier Masson. [https://doi-org.proxy.unice.fr/10.1016/S0151-9638\(12\)70101-1](https://doi-org.proxy.unice.fr/10.1016/S0151-9638(12)70101-1)
- Hamann, J., Leucht, S., & Kissling, W. (2003). Shared decision making in psychiatry. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 107(6), 403-409. <https://doi-org.proxy.unice.fr/10.1034/j.1600-0447.2003.00130.x>
- Hamdani, N., & Gorwood, P. (2006). Les hypothèses étiopathogéniques des troubles bipolaires. *L'Encéphale*, 32(4), 519-525. [https://doi-org.proxy.unice.fr/10.1016/S0013-7006\(06\)76197-8](https://doi-org.proxy.unice.fr/10.1016/S0013-7006(06)76197-8)
- Hansell, N. (1990). Manic illness presenting with physical symptoms. *The American Journal of Psychiatry*, 147(11), 1575-1576. <https://doi:10.1176/ajp.147.11.1575b>.
- Hantouche, E. ., Azorin, J.-M., Châtenet-Duchêne, L., Lancrenon, S., Allilaire, J.-F., & Akiskal, H., (2003). Caractérisation de la manie dans la cohorte nationale de 1 090 patients de l'étude " EPIMAN-II-Mille » : fréquence des sous-types cliniques, début et errances diagnostiques. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 161(5), 359-366. [https://doi-org.proxy.unice.fr/10.1016/S0003-4487\(03\)00116-1](https://doi-org.proxy.unice.fr/10.1016/S0003-4487(03)00116-1)
- HAS. (2014). Troubles bipolaires : repérage et diagnostic en premier recours. Note de cadrage. Paris: HAS. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-06/troubles_bipolaires_reperage_et_diagnostic_en_premier_recours_-_note_de_cadrage_2014-06-13_10-53-16_714.pdf
- Haustgen, T. (2013). *Idées reçues sur les troubles bipolaires*. Le Cavalier Bleu Editions.
- Haynes, R. B. (1979). Determinant of compliance: The disease and the mechanics of treatment. *Compliance in health care*. <https://ci.nii.ac.jp/naid/10014530673/en/ER>
- Hawke LD, Parikh SV, Michalak EE. Stigma and bipolar disorder: a review of the literature. *J Affect Disord*. 2013 Sep 5;150(2):181-91. <https://doi:10.1016/j.jad.2013.05.030>.
- Henry, C., & Gay, C. (2004). État de la recherche dans les troubles bipolaires. *Encyclopédie Orphanet*, 1-6. <https://www.orpha.net/data/patho/FR/fr-troublesbipolaires.pdf>
- Henry, C. & Van den Bulke, D. (2004). Réactivité émotionnelle des patients bipolaires en période normothymique. *Perspectives Psy*, 5(5), 382-386. <https://doi.org/10.1051/ppsy/2004435382>
- Henry, C., Etain, B., Mathieu, F., Raust, A., Vibert, J. F., Scott, J., & Leboyer, M. (2011). A French network of bipolar expert centres: a model to close the gap between evidence-based medicine and routine practice. *Journal of affective disorders*, 131(1-3), 358-363. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2010.11.013>
- Henry, C., Boudebessé, C., & Etain, B. (2013). L'apport des centres experts en psychiatrie. *Apport des neurosciences à la psychiatrie clinique*, 217. https://doi.org/10.1007/978-2-8178-0505-4_13

- Herzlich, C. (1969). *Santé et maladie : Analyse d'une représentation sociale*. Paris: Editions de l'Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales. <https://doi.org/10.1515/9783111561554>
- Herzlich, C. (1984). La problématique de la représentation sociale et son utilité dans le champ de la maladie (Commentaire). *Sciences sociales et santé*, 2(2), 71-84. https://www.persee.fr/doc/sosan_0294-0337_1984_num_2_2_968
- Heszen-Klemens, I., & Lapińska, E. (1984). Doctor-patient interaction, patients' health behavior and effects of treatment. *Social science & medicine*, 19(1), 9-18. [https://doi-org.proxy.unice.fr/10.1016/0277-9536\(84\)90132-1](https://doi-org.proxy.unice.fr/10.1016/0277-9536(84)90132-1)
- Hidalgo-Mazzei, D., Reinares, M., Mateu, A., Nikolova, V. L., del Mar Bonnin, C., Samalin, L., & Colom, F. (2018). OpenSIMPLE: a real-world implementation feasibility study of a smartphone-based psychoeducation programme for bipolar disorder. *Journal of affective disorders*, 241, 436-445. <https://doi-org.proxy.unice.fr/10.1016/j.jad.2018.08.048>
- Hirschfeld, R. M. A., Holzer, C., Calabrese, J. R., Weissman, M., Reed, M., Davies, M., Hazard, E. (2003). Validity of the mood disorder questionnaire: a general population study. *The American Journal of Psychiatry*, 160(1), 178-180. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1176/appi.ajp.160.1.178>
- Hogan, T. P., Awad, A. G., & Eastwood, R. (1983). A self-report scale predictive of drug compliance in schizophrenics: reliability and discriminative validity. *Psychological medicine*, 13(1), 177-183. <https://doi-org.proxy.unice.fr/10.1017/s0033291700050182>
- Hong, J., Reed, C., Novick, D., Haro, J. M., & Aguado, J. (2011). Clinical and economic consequences of medication non-adherence in the treatment of patients with a manic/mixed episode of bipolar disorder: results from the European Mania in Bipolar Longitudinal Evaluation of Medication (EMBLEM) study. *Psychiatry research*, 190(1), 110-114. <https://doi-org.proxy.unice.fr/10.1016/j.psychres.2011.04.016>
- Houenou, J., & Wessa, M. (2015). Troubles bipolaires et imagerie cérébrale. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 173(3), 244-248. <https://doi-org.proxy.unice.fr/10.1016/j.amp.2015.03.003>
- Hudson, J. I., Hiripi, E., Pope, H. G., & Kessler, R. C. (2007). The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biological Psychiatry*, 61(3), 348-358. <https://doi-org.proxy.unice.fr/10.1016/j.biopsych.2006.03.040>
- Ingersoll, K. S., & Cohen, J. (2008). The impact of medication regimen factors on adherence to chronic treatment: a review of literature. *Journal of behavioral medicine*, 31(3), 213-224. <https://doi.org/10.1007/s10865-007-9147-y>
- INPES. (2011). INPES - La Santé en action n° 413 - Sommaire. Consulté 18 février 2018, à l'adresse <http://inpes.santepubliquefrance.fr/SLH/sommaires/413.asp>
- INSEE. (2016). Statistiques | Insee. Consulté 21 janvier 2016, à l'adresse <https://insee.fr/fr/statistiques>
- Inserm. (2012). Suicide : autopsie psychologique et prévention. Consulté 14 janvier 2016, à l'adresse <http://www.inserm.fr/thematiques/sante-publique/dossiers-d-information/suicide-autopsie-psychologique-et-prevention>
- Institut Montaigne. (2014). Etude Prévention en psychiatrie 2014. Consulté 6 mars 2016, à l'adresse <https://www.fondation-fondamental.org/nous-connaître/nos-missions/information/étude>.
- Isabelle, A. (2021). Comment la réhabilitation psychosociale guidée par la perspective du rétablissement peut redessiner l'offre de soins en psychiatrie? *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine*. <https://doi-org.proxy.unice.fr/10.1016/j.banm.2021.02.028>

- Jacquín, P., & Levine, M. (2008). Difficultés d'observance dans les maladies chroniques à l'adolescence: comprendre pour agir. *Archives de pédiatrie*, 15(1), 89–94. <https://doi-org.proxy.unice.fr/10.1016/j.arcped.2007.10.016>
- Jamrozinski, K. (2010). Do euthymic bipolar patients have normal cognitive functioning?. *Current Opinion in Psychiatry*, 23(3), 255–260. <https://doi-org.proxy.unice.fr/10.1097/yc0.0b013e328338620a>
- Jaspal, R., & Nerlich, B. (2020). Social representations, identity threat, and coping amid COVID-19. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 12(S1), S249. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/tra0000773>
- Jawad I, Watson S, Haddad PM, Talbot PS, McAllister-Williams RH. Medication nonadherence in bipolar disorder: a narrative review. *Ther Adv Psychopharmacol*. 2018 Oct 16;8(12):349-363. <https://doi:10.1177/2045125318804364>.
- Jeoffrion, C. (2009). Santé et Représentations sociales : une étude « multi-objets » auprès de Professionnels de Santé et Non-Professionnels de Santé. *Les Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale*, 2(2), 73-115. <https://doi.org/10.3917/cips.082.0073>
- Jeoffrion, C. (2012b). Santé et Représentations sociales : une étude " multi-objets »auprès de Professionnels de Santé et Non-Professionnels de Santé, Abstract, Zusammenfassung, Riassunto, Resumen, Resumo. *Les Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale*, Numéro 82(2), 73-115. <https://doi.org/10.3917/cips.082.0073>
- Jeoffrion, C., Dupont, P., Tripodi, D., & Roland-Lévy, C. (2016). Représentations sociales de la maladie : comparaison entre savoirs " experts »et savoirs " profanes ». *L'Encéphale*, 42(3), 226-233. <https://doi-org.proxy.unice.fr/10.1016/j.encep.2015.12.007>
- Jodelet, D. (1984). Représentation sociale: phénomènes, concept et théorie. *Psychologie sociale*, 2, 357-378.
- Jodelet, D. (1989). *Folies et représentations sociales*. Paris: Presses Universitaires de France - PUF <http://dx.doi.org/doi:10.1522/030110944>
- Jodelet, D. (1989). Représentations sociales: un domaine en expansion. *Les représentations sociales*, 5, 45-78. <http://dx.doi.org/10.3917/puf.jodel.2003.01.0045>
- Jodelet, D. (2007). *Place de l'expérience vécue dans le processus de formation des représentations sociales*. J.-M. Tremblay. <http://dx.doi.org/doi:10.1522/030023179>
- Jodelet, D. (2015). Considérations sur le traitement de la stigmatisation en santé mentale. https://www.researchgate.net/publication/333112458_Considerations_sur_le_traitement_de_la_stigmatisation_en_sante_mentale
- Jodelet, D. (2015). *Représentations sociales et mondes de vie* (Vol. 1). Archives contemporaines. https://www.academia.edu/11585713/Jodelet_D._2015._Repr%C3%A9sentations_sociales_et_mondes_de_vie._Paris_Editions_des_Archives_contemporaines
- Jodelet, D. (2019). La notion de commun et les représentations sociales. In S. Seidmann & N. Pievi (Eds.), *Identidades y conflictos sociales. Aportes y desafíos de la investigación sobre representaciones sociales* (pp. 18-38). Buenos Aires, Ed. de Belgrano.
- Jonsdottir, H., Opjordsmoen, S., Birkenaes, A. B., Simonsen, C., Engh, J. A., Ringen, P. A., ... & Andreassen, O. A. (2013). Predictors of medication adherence in patients with schizophrenia and bipolar disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 127(1), 23-33. <https://doi-org.proxy.unice.fr/10.1111/j.1600-0447.2012.01911.x>
- Jost, F. (2014). 13. Diagnostic différentiel entre les troubles bipolaires et les troubles de la personnalité (borderline, narcissique, paranoïaque). In *Les troubles bipolaires* (pp. 100-103). Lavoisier.
- Jouet, E., & Flora, L (2011). Empowerment et santé mentale. *Le contexte et la situation en France (413, 01-05-2011)* Institut national de prévention et d'éducation pour la santé. Consulté à l'adresse : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/SLH/pdf/sante-homme-413.pdf>

- Joule, R.-V., & Beauvois, J.-L. (2010). *La soumission librement consentie* (6e édition revue et corrigée). Paris: Presses Universitaires de France - PUF.
- Joule, R.-V., & Beauvois, J.-L. (2014). *Petit traité de manipulation à l'usage des honnêtes gens* (édition revue et augmentée). Grenoble: presses universitaires de Grenoble.
- Kahalé, N. (2009). *L'influence du trouble bipolaire sur les facteurs cognitifs et affectifs chez le patient adulte libanais* (Doctoral dissertation, Université Saint-Esprit de Kaslik). <https://halshs.archives-ouvertes.fr/tel-00420144/>
- Kaladjian, A., Azorin, J.-M., Adida, M., Fakra, E., Da Fonseca, D., & Pringuey, D. (2010). Troubles affectifs : évolution des modèles nosographiques. *Trouble affectifs : modèles actuels et innovations thérapeutiques*, 36, *Supplement 6*, S178-S182. [https://doi-org.proxy.unice.fr/10.1016/S0013-7006\(10\)70054-3](https://doi-org.proxy.unice.fr/10.1016/S0013-7006(10)70054-3)
- Kalampalikis, N., & Apostolidis, T. (2016). La perspective socio-génétique des représentations sociales. <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-02539755/>
- Kao, Y.-C., & Liu, Y.-P. (2010). The Beck Cognitive Insight Scale (BCIS): translation and validation of the Taiwanese version. *BMC Psychiatry*, 10, 27. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-10-27>
- Kassaoui, H., Bouhlel, S., Nakhli, J., Mahmoud, I. B., Nasr, S. B., & Ali, B. B. H. (2016). Facteurs influençant l'observance médicamenteuse dans le trouble bipolaire Factors related to treatment compliance in bipolar disorder. *La tunisie médicale*, 94(1). https://www.researchgate.net/profile/Jaafar-Nakhli/publication/306172862_Factors_related_to_treatment_compliance_in_bipolar_disorder/links/5910f897a6fdccbfd5a1608a/Factors-related-to-treatment-compliance-in-bipolar-disorder.pdf
- Kazour, F., Rouhayem, J., Chammay, R., Haddad, R., Haddad, G., Laqueille, X., & Richa, S. (2011). Cannabis et trouble bipolaire : recherche d'une association à partir d'une revue de la littérature. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 169(5), 277-281. <https://doi-org.proxy.unice.fr/10.1016/j.amp.2009.12.022>
- Kemp, R., & David, A. (1996). Psychological predictors of insight and compliance in psychotic patients. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 169(4), 444-450. <https://doi.org/10.1192/bjp.169.4.444>
- Kessler, R. C., Crum, R. M., Warner, L. A., Nelson, C. B., Schulenberg, J., & Anthony, J. C. (1997). Lifetime co-occurrence of DSM-III-R alcohol abuse and dependence with other psychiatric disorders in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 54(4), 313-321. doi:10.1001/archpsyc.1997.01830160031005
- Kessler, R. C., Walters, E. E., Aguilar-Gaxiola, S., Andrade, L., Borges, L. G., Caraveo-Anduaga, J. J., Wittchen, H.-U. (2006). Cross-National Comparisons of Co-Morbidities between Substance Use Disorders and Mental Disorders. In Z. Sloboda & W. J. Bukoski (Éd.), *Handbook of Drug Abuse Prevention* (p. 447-472). https://doi.org/10.1007/0-387-35408-5_23
- Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, & et al. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of dsm-iii-r psychiatric disorders in the United States: Results from the national comorbidity survey. *Archives of General Psychiatry*, 51(1), 8-19. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1001/archpsyc.1994.03950010008002>
- Kieseppä, T., Partonen, T., Haukka, J., Kaprio, J., & Lonnqvist, J. (2004). High Concordance of Bipolar I Disorder in a Nationwide Sample of Twins. *American Journal of Psychiatry* 161(10),1814-1821. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1176/appi.ajp.161.10.1814>
- Kiortsis, D. N., Giral, P., Bruckert, E., & Turpin, G. (2000). Factors associated with low compliance with lipid - lowering drugs in hyperlipidemic patients. *Journal of clinical pharmacy and therapeutics*, 25(6), 445-451. <https://doi-org.proxy.unice.fr/10.1046/j.1365-2710.2000.00315.x>

- Kleinclauss, C., & Penfornis, A. (2014). Compliance nella pratica medica e corrente. *EMC - AKOS - Trattato di Medicina*, 16(1), 1-6. [https://doi-org.proxy.unice.fr/10.1016/S1634-7358\(14\)66963-1](https://doi-org.proxy.unice.fr/10.1016/S1634-7358(14)66963-1)
- Kleinman, A. (1980). Patients and healers in the context of culture: An exploration of the borderland between anthropology, medicine, and psychiatry (Vol. 3). Univ of California Press. <https://doi.org/10.1525/9780520340848>
- Knight, F. (1976). Role of Cannabis in Psychiatric Disturbance. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 282(1), 64-71. <https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.1976.tb49886.x>
- Kodakandla, K., Nasirabadi, M., & Pasha, M. S. (2016). Attitude of interns towards mental illness and psychiatry: A study from two medical colleges in South India. *Asian journal of psychiatry*, 22, 167-173. <https://doi-org.proxy.unice.fr/10.1016/j.ajp.2016.06.008>
- Koukopoulos, A., Faedda, G., Proietti, R., D'Amico, S., de Pisa, E., & Simonetto, C. (1992). [Mixed depressive syndrome]. *L'Encephale*, 18 Spec No 1, 19-21. French. PMID: 1600899. https://www.researchgate.net/publication/271842922_A_MIXED_DEPRESSIVE_SYNDROME_Translation
- Krasnegor, N. A., Epstein, L., Johnson, S. B., Yaffe, S. J., & Epstein, L. H. (2013). *Developmental Aspects of Health Compliance Behavior*. Psychology Press. <https://doi.org/10.4324/9780203772829>
- Krüger, S., Cooke, R. G., Hasey, G. M., Jorna, T., & Persad, E. (1995). Comorbidity of obsessive-compulsive disorder in bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*, 34(2), 117-120. bipolar disorder: a comprehensive review. *Journal of affective disorders*, 149(1-3), 247-252. [https://doi-org.proxy.unice.fr/10.1016/0165-0327\(95\)00008-B](https://doi-org.proxy.unice.fr/10.1016/0165-0327(95)00008-B)
- Labej M., Defromont L., Noël C., Boisseau A., 2017, « Intégrer les savoirs expérientiels aux soins », *Santé mentale*, Vol. 220 : 58-64. <https://doi.org/10.3917/jdp.377.0056>
- Laforgue, E.-J., Bulteau, S., Cholet, J., Victorri-Vigneau, C., Guitteny, M., Mauduit, N., ... Sauvaget, A. (2017). Concordance entre prescriptions hospitalières et recommandations dans le traitement de la manie. *Thérapie*, 72(3), 327-337. <https://doi-org.proxy.unice.fr/10.1016/j.therap.2016.07.007>
- Lakka, H. M., Laaksonen, D. E., Lakka, T. A., Niskanen, L. K., Kumpusalo, E., Tuomilehto, J., & Salonen, J. T. (2002). The metabolic syndrome and total and cardiovascular disease mortality in middle-aged men. <https://doi:10.1001/jama.288.21.270>
- Lam, D. H., Bright, J., Jones, S., Hayward, P., Schuck, N., Chisholm, D., & Sham, P. (2000). Cognitive Therapy for Bipolar Illness—A Pilot Study of Relapse Prevention. *Cognitive Therapy and Research*, 24(5), 503-520 <https://doi.org/10.1023/A:1005557911051>
- Lambert, P. A., Carraz, G., Borselli, S., & Carrel, S. (1966). Action neuropsychotrope d'un nouvel anti-épileptique: le depamide. *Ann Med Psychol*, 1, 707-710. <https://ci.nii.ac.jp/naid/10010604499/#cit>
- Lamboj, B. (2005). La santé mentale : état des lieux et problématique. *Santé Publique*, 4(4), 583-596. <https://doi.org/10.3917/spub.054.0583>
- Lamouroux, A., Magnan, A., & Vervloet, D. (2005). Compliance, observance ou adhésion thérapeutique : de quoi parlons-nous ? *Revue des Maladies Respiratoires*, 22(1, Part 1), 3134. [https://doi.org/10.1016/S0761-8425\(05\)85433-6](https://doi.org/10.1016/S0761-8425(05)85433-6)
- Larsen, J. H., & Nordgren, G. (2018). Improving patient–doctor communication through the use of ‘receipts’. *Education for Primary Care*, 29(5), 296-300. <https://doi.org/10.1080/14739879.2018.1483210>
- Latalova K, Ociskova M, Prasko J, Kamaradova D, Jelenova D, Sedlackova Z. Self-stigmatization in patients with bipolar disorder. *Neuro Endocrinol Lett*. 2013;34(4):265-72. PMID: 23803872.

- Lauber, C., Nordt, C., & Rössler, W. (2005). Recommendations of mental health professionals and the general population on how to treat mental disorders. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 40(10), 835-843. <https://doi.org/10.1007/s00127-005-0953-7>
- Lauber, C., Nordt, C., Braunschweig, C., & Rössler, W. (2006). Do mental health professionals stigmatize their patients? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 113, 51-59. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2005.00718.x>
- Le Bec, P.-Y., Fatséas, M., Denis, C., Lavie, E., & Auriacombe, M. (2009). Cannabis et psychose : recherche d'un lien de causalité à partir d'une revue critique systématique de la littérature. *L'Encéphale*, 35(4), 377-385. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2008.02.012>
- Leclerc, E., Mansur, R. B., & Brietzke, E. (2013). Determinants of adherence to treatment in bipolar disorder: a comprehensive review. *Journal of affective disorders*, 149(1-3), 247-252. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.01.036>
- Leclerc, L. (2019). Mise en place d'un protocole de directives anticipées incitatives en psychiatrie en France. <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02389958>
- Fouques, D. (2009). Nouvelles approches psychologiques et psychothérapeutiques. *Le Journal des psychologues*, 10(10), 40-43. <https://doi.org/10.3917/jdp.273.0040>
- Le Strat, Y. (2010). Trouble bipolaire et comorbidités addictives. In *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique* (Vol. 168, No. 8, pp. 584-587). Elsevier Masson. 584-587. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2009.10.015>
- Leboyer. (2010). Troubles bipolaires- Fiche N°40. Consulté à l'adresse http://www.sante-2025.org/wp-content/uploads/2010/03/Sante_2025-fiche-40.pdf
- Leboyer, M. (Ed.). (2005). *Troubles bipolaires: pratiques, recherches et perspectives*. John Libbey Eurotext.
- Leclerc, E., Mansur, R. B., & Brietzke, E. (2013). Determinants of adherence to treatment in bipolar disorder: a comprehensive review. *Journal of affective disorders*, 149(1-3), 247-252. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.01.036>
- Leguay, D. (2006). Répercussions sociales des troubles bipolaires. *L'Encéphale*, 32(3), 38-40. [https://doi.org/10.1016/S0013-7006\(06\)76177-2](https://doi.org/10.1016/S0013-7006(06)76177-2)
- Lemaine, G. (1969). Santé et maladie. Analyse d'une représentation sociale. *Annales. Histoire, Sciences Sociales*, 24(6), 1519-1521. Retrieved May 16, 2021, from <http://www.jstor.org/stable/27577472>
- Leventhal, H., Meyer, D., & Nerenz, D. R. (1980). The Common-Sense Representation of Illness Danger In: Rachman S, editor. *Contributions to Medical Psychology*.
- Leventhal, H., & Nerenz, D. (1985). The assessment of illness cognition. *Measurement strategies in health psychology*, 517-554.
- Leventhal, H., & Tomarken, A. (1995). Stress and illness: Perspectives from health psychology.
- Leweke, F. M., & Koethe, D. (2008). Cannabis and psychiatric disorders: it is not only addiction. *Addiction Biology*, 13(2), 264-275. <https://doi.org/10.1111/j.1369-1600.2008.00106.x>
- Ley, P., & Llewelyn, S. (1995). Improving patients' understanding, recall, satisfaction and compliance. In *Health psychology* (pp. 75-98). Springer, Boston, MA. https://doi.org/10.1007/978-1-4899-3226-6_5
- Lichtenstein, P., Yip, B. H., Björk, C., Pawitan, Y., Cannon, T. D., Sullivan, P. F., & Hultman, C. M. (2009). Common genetic determinants of schizophrenia and bipolar disorder in Swedish families: a population-based study. *The Lancet*, 373(9659), 234-239. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)60072-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)60072-6)
- Lindström, E., & Bingeors, K. (2000). Patient compliance with drug therapy in schizophrenia. Economic and clinical issues. *Pharmacoeconomics*, 18(2), 106-124. <https://doi.org/10.2165/00019053-200018020-00002>

- Llorca, P.-M., Camus, V., Courtet, P., Gourion, D., Lukasiewicz, M., & Coulomb, S. (2013). Caractéristiques et modalités de prise en charge des patients présentant un trouble bipolaire en France : enquête MONTRA. *L'Encéphale*, 39(3), 212–223. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2013.04.010>
- Llorca, P.-M., & Gourion, D. *Antipsychotiques*. in Bourgeois, M. L. (2014). *Les troubles bipolaires*. Lavoisier.
- MacKinnon, D. F., Xu, J., McMahan, F. J., Simpson, S. G., Stine, O. C., McInnis, M. G., & DePaulo, J. R. (1998). Bipolar disorder and panic disorder in families: an analysis of chromosome 18 data. *The American Journal of Psychiatry*, 155(6), 829–831. [https://doi.org/10.1016/s0006-3223\(96\)00299-5](https://doi.org/10.1016/s0006-3223(96)00299-5)
- Magar, Y. (2009). Comment améliorer l'observance chez nos patients? *Asthme difficile : comment améliorer le contrôle ?*, 49, *Suppl*(0), S57–S59. [https://doi.org/10.1016/S1877-0320\(09\)73171-9](https://doi.org/10.1016/S1877-0320(09)73171-9)
- Maier, S. F., & Seligman, M. E. (1976). Learned helplessness: Theory and evidence. *Journal of Experimental Psychology: General*, 105(1), 3–46. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0096-3445.105.1.3>
- Makaryus, A. N., & Friedman, E. A. (2005, August). Patients' understanding of their treatment plans and diagnosis at discharge. In *Mayo Clinic Proceedings* (Vol. 80, No. 8, pp. 991–994). Elsevier. <https://doi-org.proxy.unice.fr/10.4065/80.8.991>
- Makela, E. H., & Griffith, R. K. (2003). Enhancing treatment of bipolar disorder using the patient's belief system. *Annals of Pharmacotherapy*, 37(4), 543–545. <https://doi.org/10.1345/aph.1c081>
- Mannoni, P. (2016). *Les représentations sociales* (7e édition). Paris: Presses Universitaires de France - PUF.
- Manzoor, F., Wei, L., Hussain, A., Asif, M., & Shah, S. I. A. (2019). Patient Satisfaction with Health Care Services; An Application of Physician's Behavior as a Moderator. *International journal of environmental research and public health*, 16(18), 3318. <https://doi:10.3390/ijerph16183318>
- Maremmani, I., Pacini, M., Lamanna, F., Pani, P. P., Perugi, G., Deltito, J., ... Akiskal, H. (2010). Mood stabilizers in the treatment of substance use disorders. *CNS Spectrums*, 15(2), 95–109. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1017/S1092852900027346>
- Marková, I. (2017). The making of the theory of social representations. *Cadernos de Pesquisa*, 47(163), 358–375. <http://eprints.lse.ac.uk/id/eprint/77079>
- Maron, M., & Vaiva, G. (2012). Polarité prédominante, mixité et suicide. *Trouble bipolaire : crise et intercrise*, 38, *Supplément* 4, S155–S159. [https://doiorg.proxy.unice.fr/10.1016/S0013-7006\(12\)70093-3](https://doiorg.proxy.unice.fr/10.1016/S0013-7006(12)70093-3)
- Martin, J.-B. (2014). Regards croisés sur les représentations sociales autour de la santé mentale. Mémoire de DU Consulté 8 février 2017, à l'adresse <http://www.ccomssantementalelillefrance.org/sites/ccoms.org/files/m%C3%A9moireMARTIN%5B1%5D.pdf>
- Masson, M., Azorin, J. M., & Bourgeois, M. L. (2001, June). La conscience de la maladie dans les troubles schizophréniques, schizo-affectifs, bipolaires et unipolaires de l'humeur: résultats d'une étude comparative de 90 patients hospitalisés. In *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique* (Vol. 159, No. 5, pp. 369–374). Elsevier Masson. [https://doi-org.proxy.unice.fr/10.1016/S0003-4487\(01\)00057-9](https://doi-org.proxy.unice.fr/10.1016/S0003-4487(01)00057-9)
- Masson, M., Barde, M., Henry, C., & Gay, C. (2014). Syndrome métabolique, maladies cardiovasculaires et dysthyroïdies: co-morbidités somatiques prépondérantes dans les troubles bipolaires. In *Les troubles bipolaires* (p. 287–295).

- Masson, M., Bourgeois, M.-L., Petitjean, Luaut, Laxenaire, & Plaisant. (2005). Les troubles bipolaires de l'humeur et l'épilepsie : une revue de la littérature. Discussion. *Annales médico-psychologiques*, 163(5), 410-419. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2007.06.008>
- Masson, M., Del Cul, A., Henry, C., Gay, C., & Malhi, G. (2014). 57. Lithium: le premier thymorégulateur. In *Les troubles bipolaires* (pp. 432-451). Lavoisier.
- Masson, M., Radat, F. & Del Cul, A. (2014). 40. Pathologies neurologiques et troubles bipolaires. Dans : Marc-Louis Bourgeois éd., *Les troubles bipolaires* (pp. 296-303). Cachan, France: Lavoisier. <https://doi.org/10.3917/lav.bourg.2014.01.0296>
- Maurel, M., Belzeaux, R., Fakra, E., Cermolacce, M., Dassa, D., Dubois, M., ... Azorin, J.-M. (2013). Clinique des manies mixtes. *Les états mixtes entre schizophrénie et troubles bipolaires*, 39, *Supplement 3*, 145-148. [https://doi.org/10.1016/s0013-7006\(13\)70113-1](https://doi.org/10.1016/s0013-7006(13)70113-1)
- M'Bailara, K. (2009). Une relecture des troubles bipolaires à travers la réactivité émotionnelle. *Le Journal des psychologues*, 273(10), 24-27. <https://doi.org/10.3917/jdp.273.0024>.
- M'Bailara, K., & Gay, C. (2014). 68. Famille et troubles bipolaires. In *Les troubles bipolaires* (pp. 541-550). Lavoisier.
- M'Bailara, K., et al. "L'éducation thérapeutique: un levier pour modifier les perceptions du trouble bipolaire chez les aidants familiaux." *L'Encéphale* 45.3 (2019): 239-244. <https://doi-org.proxy.unice.fr/10.1016/j.encep.2018.11.004>
- McCreadie, R. G. (1987). The economics of lithium therapy. *Depression and mania. Modern lithium therapy. IRL, Oxford Washington*, 257-259. <https://doi.org/10.1177/026988118700100409>
- McElroy, S. L., Altshuler, L. L., Suppes, T., Keck, P. E., Frye, M. A., Denicoff, K. D., ... Post, R. M. (2001). Axis I psychiatric comorbidity and its relationship to historical illness variables in 288 patients with bipolar disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 158(3), 420-426. <https://doi-org.proxy.unice.fr/10.1176/appi.ajp.158.3.420>
- McElroy, S. L., Frye, M. A., Hellemann, G., Altshuler, L., Leverich, G. S., Suppes, T., ... Post, R. M. (2011). Prevalence and correlates of eating disorders in 875 patients with bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*, 128(3), 191-198. <https://doi-org.proxy.unice.fr/10.1016/j.jad.2010.06.037>
- McElroy, S. L., Kotwal, R., & Keck, P. E. (2006). Comorbidity of eating disorders with bipolar disorder and treatment implications. *Bipolar Disorders*, 8(6), 686-695. <https://doi-org.proxy.unice.fr/10.1111/j.1399-5618.2006.00401.x>
- McElroy, S. L., Phillips, K. A., & Keck, P. E. (1994). Obsessive-compulsive spectrum disorder. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 55 *Suppl*, 33-51; discussion 52-53. <https://doi.org/10.1080%2Fj.1440-1614.2006.01757.x>
- McElroy, S. L., Strakowski, S. M., Keck, P. E., Tugrul, K. L., West, S. A., & Lonczak, H. S. (1995). Differences and similarities in mixed and pure mania. *Comprehensive Psychiatry*, 36(3), 187-194. [https://doi-org.proxy.unice.fr/10.1016/0010-440X\(95\)90080-F](https://doi-org.proxy.unice.fr/10.1016/0010-440X(95)90080-F)
- McKenzie, K., & Chang, Y. P. (2015). The effect of nurse-led motivational interviewing on medication adherence in patients with bipolar disorder. *Perspectives in psychiatric care*, 51(1), 36-44. <https://doi-org.proxy.unice.fr/10.1111/ppc.12060>
- McGuffin P, Rijsdijk F, Andrew M, Sham P, Katz R, & Cardno A. (2003). THE heritability of bipolar affective disorder and the genetic relationship to unipolar depression. *Archives of General Psychiatry*, 60(5), 497-502. <http://doi:10.1001/archpsyc.60.5.497>
- McIntyre, R. S., Nguyen, H. T., Soczynska, J. K., Lourenco, M. T. C., Woldeyohannes, H. O., & Konarski, J. Z. (2008). Medical and substance-related comorbidity in bipolar disorder: translational research and treatment opportunities. *Dialogues in Clinical*

- Neuroscience, 10(2), 203-213. <https://dx-doi.org.proxy.unice.fr/10.31887%2FDCNS.2008.10.2%2Frsmcintyre>
- Merikangas KR, Jin R, He JP, Kessler RC, Lee S, Sampson NA, Viana MC, Andrade LH, Hu C, Karam EG, Ladea M, Medina-Mora ME, Ono Y, Posada-Villa J, Sagar R, Wells JE, Zarkov Z. Prevalence and correlates of bipolar spectrum disorder in the world mental health survey initiative. *Arch Gen Psychiatry*. 2011 Mar;68(3):241-51. <https://doi:10.1001/archgenpsychiatry.2011.12>.
- Miklowitz, D. J., Goldstein, M. J., Nuechterlein, K. H., Snyder, K. S., & Mintz, J. (1988). Family Factors and the Course of Bipolar Affective Disorder. *Archives of General Psychiatry*, 45(3), 225-231. <https://doi:10.1001/archpsyc.1988.01800270033004>
- Miller, F. T., Busch, F., & Tanenbaum, J. H. (1989). Drug abuse in schizophrenia and bipolar disorder. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 15(3), 291-295. <https://doi.org/10.3109/00952998908993409>
- Mirabel-Sarron, C., Docteur, A., Siobud-Dorocant, E., & Dardennes, R. (2015). Psychoéducation, TCC et éducation thérapeutique du patient : un programme certifié par l'ARS pour patients bipolaires. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*, 25(4), 159-167. <https://doi-org.proxy.unice.fr/10.1016/j.jtcc.2015.09.003>
- Mirabel-Sarron, C., Docteur, A., Siobud-Dorocant, E., Dardennes, R., Gorwood, P., & Rouillon, F. (2015). Psychoéducation et TCC. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 173(1), 85-91. <http://dx.doi.org/10.1016%2Fj.amp.2014.12.005>
- Montreuil, T. C., Cassidy, C. M., Rabinovitch, M., Pawliuk, N., Schmitz, N., Joober, R., & Malla, A. K. (2012). Case manager-and patient-rated alliance as a predictor of medication adherence in first-episode psychosis. *Journal of clinical psychopharmacology*, 32(4), 465-469. <https://doi:10.1097/JCP.0b013e31825d3763>
- Moreau, A., Boussageon, R., Girier, P., & Figon, S. (2006). Efficacité thérapeutique de "l'effet médecin" en soins primaires. *La Presse Médicale*, 35(6), 967-973. [https://doi-org.proxy.unice.fr/10.1016/S0755-4982\(06\)74729-7](https://doi-org.proxy.unice.fr/10.1016/S0755-4982(06)74729-7)
- Morin, M. (1994). Entre représentations et pratiques: le sida, la prévention et les jeunes. *ABRIC, JC. Pratiques sociales et représentations*. Paris: PUF, 109-144.
- Mortazi, M., Bertrand, J. M., Triffaux, J. M., Troisfontaines, B., & Kempeneers, J. L. (2002). Influence de l'hérédité, du sexe et de la saison sur le type d'épisode dans le trouble bipolaire. *Revue Médicale de Liège*, 57(3), 171-5. PMID: 12014266.
- Moscovici, S. (1961). *La psychanalyse, son image et son public*. (3e édition). Paris: Presses Universitaires de France - PUF.
- Munch, G., & Godart, N. (2017). Bonnes pratiques pour la prescription de thymorégulateurs à l'adolescence: une revue de la littérature. *L'Encéphale*, 43(5), 464-470. <https://doi-org.proxy.unice.fr/10.1016/j.encep.2016.09.005>
- Muris, P., Meesters, C., van de Blom, W., & Mayer, B. (2005). Biological, psychological, and sociocultural correlates of body change strategies and eating problems in adolescent boys and girls. *Eating Behaviors*, 6(1), 11-22. <https://doi-org.proxy.unice.fr/10.1016/j.eatbeh.2004.03.002>
- Mury, M., Verdoux, H., & Bourgeois, M. (1995). Comorbidité trouble bipolaire et trouble des conduites alimentaires. Aspects épidémiologiques et thérapeutiques. *L'Encéphale*, 21(5), 545-553. <http://pascal-francis.inist.fr/vibad/index.php?action=getRecordDetail&idt=3697854>
- Nache, C. M., & Trudeau, F. (2000). Déterminants psychosociaux des comportements de santé: approches théoriques et opérationnalisation en éducation pour la santé. *Spirale*, (25), 89-109. <https://doi.org/10.3406/spira.2000.1512>
- Nandrino, J. L. (2008). Les modèles étiologiques de la récurrence dépressive. *Psychologie française*, 53(3), 357-374. <https://doi-org.proxy.unice.fr/10.1016/j.psfr.2008.02.004>

- Negura, L. " L'analyse de contenu dans l'étude des représentations sociales », *SociologieS* [En ligne], Théories et recherches, mis en ligne le 22 octobre 2006, consulté le 19 juin 2019. URL : <http://journals.openedition.org/sociologies/993>.
<https://doi.org/10.4000/sociologies.993>
- Negură, L. (2018). L'intervention à l'épreuve des représentations sociales. L'utilisateur des services sociaux peut-il devenir un sujet avec pouvoir d'agir? *Psihologie. Pedagogie Specială. Asistență Socială*, 51(2), 23-36.
https://ibn.idsi.md/ro/vizualizare_numar_revista/56/3271
- Negura, L., Plante, N., & Lévesque, M. (2020). The role of social representations in the construction of power relations. *Journal for the Theory of Social Behaviour*, 50(1), 25-41. <https://doi-org.proxy.unice.fr/10.1111/jtsb.12213>
- Nencini, A., Sarrica, M., Cancian, R., & Contarello, A. (2015). Pain as social representation: a study with Italian health professionals involved in the 'Hospital and district without Pain' project. *Health promotion international*, 30(4), 919-928.
<https://doi.org/10.1093/heapro/dau027>
- Ngo, T. L., Provencher, M., Goulet, M. D., & Chaloult, L. (2015). Guide de pratique pour le diagnostic et le traitement du trouble bipolaire.
- Nordt, C., Rössler, W., & Lauber, C. (2006). Attitudes of mental health professionals toward people with schizophrenia and major depression. *Schizophrenia bulletin*, 32(4), 709-714. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbj065>
- Olié, É., & Courtet, P. (2013). Trouble bipolaire et douleur : au-delà de la souffrance. In *Santé mentale et douleur* (p. 99-109). Springer Paris. https://doi.org/10.1007/978-2-8178-0307-4_8
- Ohlsson, R. (2016). Diagnosis as a resource in the social representation of mental illness. *Papers on Social Representations*, 25(1), 12-1. <https://orcid.org/0000-0002-4646-3591>
- Organisation mondiale de la santé. (2013). *Plan d'action global pour la santé mentale 2013-2020*. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/89969/9789242506020_fre.pdf
- Organisation Mondiale de la Santé. (2008). Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes. *Dixième révision. CIM-10*. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/mis-18721>
- OMS : Premier rapport de l'OMS sur la prévention du suicide. (2014). Communiqué de presse du 4 septembre 2014 : Consulté 14 janvier 2016, à l'adresse <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2014/suicide-prevention-report/fr/>
- Oueslati, J., Ellini, S., Khanfir, S., Chebli, S., & Cheour, M. (2019). Trouble bipolaire type I et violence: étude transversale à propos de 25 cas. *French Journal of Psychiatry*, 1, S177. <https://doi-org.proxy.unice.fr/10.1016/j.fjpsy.2019.10.475>
- Oshima, L.E., Emanuel, E.J., (2013) Shared decision making to improve care and reduce costs *New England Journal of Medicine*, 368(1) : 6-8. <https://doi.org/10.1056/nejmp1209500>
- Pal, A., Sharan, P., & Chadda, R. K. (2017). Internalized stigma and its impact in Indian outpatients with bipolar disorder. *Psychiatry research*, 258, 158-165. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.09.08>
- Pal A. (2020). A cross-sectional study of internalized stigma in euthymic patients of bipolar disorder across its predominant polarity. *Indian J Soc Psychiatry* 2020;36:73-9 https://doi.org/10.4103/ijsp.ijsp_7_19
- Palazzolo, J. (2004). About the use of seclusion in psychiatry: the patients' point of view. *L'Encephale*, 30(3), 276-284. [https://doi.org/10.1016/s0013-7006\(04\)95440-1](https://doi.org/10.1016/s0013-7006(04)95440-1)
- Palazzolo, J., Weibel, L., Midol, N., & Dunezat, P. (2007a). Enquête sur la perception de l'observance dans la schizophrénie (EPOS). In *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique* (Vol. 165, p. 313-324). <https://doi-org.proxy.unice.fr/10.1016/j.amp.2005.06.010>

- Patton, G. C., Coffey, C., Carlin, J. B., Degenhardt, L., Lynskey, M., & Hall, W. (2002). Cannabis use and mental health in young people: cohort study. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 325(7374), 1195-1198. <https://doi.org/10.1136/bmj.325.7374.1195>
- Paula, R. D., Lefevre, F., Lefevre, A. M. C., Galesi, V. M. N., & Schoeps, D. (2014). Why do tuberculosis patients look for urgency and emergency unities for diagnosis: a study on social representation. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 17, 600-614. <https://doi.org/10.1590/1809-4503201400030003>
- Pélicand, J., Fournier, C., & Aujoulat, I. (2009). Observance, auto-soin (s), empowerment, autonomie: quatre termes pour questionner les enjeux de l'éducation du patient dans la relation de soins. *ADSP*, 66, 21-23. <http://hdl.handle.net/2078.1/104865>
- Peljak, D. (2016). *Empowerment en santé mentale : pour une évolution du droit sanitaire français*. *Revue française des affaires sociales*, 75-88. <https://doi-org.proxy.unice.fr/10.3917/rfas.162.0075>
- Perlick, D. A., Rosenheck, R. A., Clarkin, J. F., Sirey, J. A., Salahi, J., Struening, E. L., & Link, B. G. (2001). Stigma as a barrier to recovery: adverse effects of perceived stigma on social adaptation of persons diagnosed with bipolar affective disorder. *Psychiatric services*, 52(12), 1627-1632. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.52.12.1627>
- Perugi, G., Akiskal, H. S., Toni, C., Simonini, E., & Gemignani, A. (2001). The temporal relationship between anxiety disorders and (hypo) mania: a retrospective examination of 63 panic, social phobic and obsessive-compulsive patients with comorbid bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*, 67(1-3), 199-206. [https://doi-org.proxy.unice.fr/10.1016/S0165-0327\(01\)00433-5](https://doi-org.proxy.unice.fr/10.1016/S0165-0327(01)00433-5)
- Pescosolido, B. A., Monahan, J., Link, B. G., Stueve, A., & Kikuzawa, S. (1999). The public's view of the competence, dangerousness, and need for legal coercion of persons with mental health problems. *American journal of public health*, 89(9), 1339-1345. <https://doi.org/10.2105/AJPH.89.9.1339>
- Peselow, E., & Fieve, R. (1987). Cost effectiveness of a lithium clinic. In: Johnson FN, ed. *Depression and mania : modern lithium therapy*. Oxford : IRL Press, 1987 : 259-61 -
- Petrie, K. J., & Broadbent, E. (2003). Self-regulatory interventions for improving the management of. *The self-regulation of health and illness behaviour* (pp.257-277).
- Pignon, B., Tebekal, S., Leboyer, M., & Geoffroy, P. A. (2007). "Psychose maniaco-dépressive » à "Troubles bipolaires »: une histoire des représentations sociales et de la stigmatisation en rapport avec la nosographie. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique* (Vol. 175, No. 6, pp. 514-521). Elsevier Masson <https://doi-org.proxy.unice.fr/10.1016/j.amp.2016.02.015>
- Pinel, P. (1809). *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale*. Paris, J.A. Brosseau.
- Pitchot, W., Scantamburlo, G., Anseau, M., & Souery, D. (2012). Le trouble bipolaire: une affection bien complexe. *Revue Médicale de Liège*, 67(5-6), 366-73. <http://hdl.handle.net/2268/162498>
- PMD et troubles bipolaires. (S. d.). Consulté 14 janvier 2016, à l'adresse <http://psychiatrie.histoire.free.fr/index.html>
- Pochard, F., & Cléry-Melin, P. (2014). 34. Impact médico-économique des troubles bipolaires. In *Les troubles bipolaires* (pp. 257-260). Lavoisier.
- Post, R. M., Putnam, F., Contel, N. R., & Goldman, B. (1984). Electroconvulsive seizures inhibit amygdala kindling: implications for mechanisms of action in affective illness. *Epilepsia*, 25(2), 234-239. <https://doi-org.proxy.unice.fr/10.1111/j.1528-1157.1984.tb04181.x>
- Postolica, R., Iorga, M., Savin, M., Azoicai, D., & Enea, V. (2018). The utility of Leventhal's model in the analysis of the psycho-behavioral implications of familial cancer—a

- literature review. *Archives of medical science: AMS*, 14(5), 1144. <https://doi-org.proxy.unice.fr/10.5114/aoms.2016.63149>
- Pull, C. B. (2014). 3. Classification des troubles bipolaires: de la CIM-9 à la CIM-11 et du DSM-III au DSM-5. In *Les troubles bipolaires* (pp. 17-24). Lavoisier.
- Rateau, P., & Monaco, G. L. (2013). La Théorie des Représentations Sociales: orientations conceptuelles, champs d'applications et méthodes. *CES Psicología*, 6(1), 1-21. On-line version ISSN 2011-3080. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-726801>
- Raust, A. (2009). Déficits fonctionnels des patients atteints de trouble bipolaire: Troubles cognitifs et traits de personnalité. *Le Journal des psychologues*, 10(10), 28-31. <https://doi.org/10.3917/jdp.273.0028>
- Raust, A., Daban-Huard, C., Cochet, B. & Goodwin, G. (2014). 47. Troubles neurocognitifs dans les troubles bipolaires. Dans : Marc-Louis Bourgeois éd., *Les troubles bipolaires* (pp. 347-355). Cachan, France: Lavoisier. <https://doi:10.3917/lav.bourg.2014.01.0347>.
- Rebourg-Roesler, C. (2013). Je sens donc je suis : identité bipolaire. *Psychologie clinique et projective*, 1(1), 55-73. <https://doi.org/10.3917/pcp.019.0055>
- Regier DA, Farmer ME, Rae DS, & et al. (1990). Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse: Results from the epidemiologic catchment area (eca) study. *JAMA*, 264(19), 2511-2518. <https://doi:10.1001/jama.1990.03450190043026>
- Renahy, E. (2012). Les inégalités sociales face à l'internet-santé. Enseignements tirés d'enquêtes internationales. Dans C. Thoër, et J.J. Levy (dir.), *Internet et santé, usages, acteurs et appropriations*, collection santé et société, (pp. 13-36). Sainte-Foix : PUQ. <https://doi.org/10.1684/sss.2013.0103>
- Reyes-Ortiz, C. A., Gheorghiu, S., & Mulligan, T. (1997). The empathic physician-aged patient relationship. *Gerontology & Geriatrics Education*, 17(3), 19-27. https://doi.org/10.1300/J021v17n03_03
- Richa, N., Richa, S., Salloum, S., Baddoura, C., Millet, B., & Mirabel-Sarron, C. (2009). Les facteurs de risque familiaux influençant le cours et l'évolution du trouble bipolaire : revue de la littérature. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*, 19(4), 141-145. <https://doi-org.proxy.unice.fr/10.1016/j.jtcc.2009.10.004>
- Richard-Lepouriel, H. (2017). Trouble bipolaire, auto-stigmatisation et restructuration cognitive : une première tentative de prise en charge. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*, 27(4), 177-183. <https://doi-org.proxy.unice.fr/10.1016/j.jtcc.2017.06.003>
- Robichaud-ekstrand, S., Faizang, S., Viens, C., & Bradet, R. (2001). Les modèles de comportements de santé. *Recherche en soins infirmiers*, 64, 59 - 77. <http://pascal-francis.inist.fr/vibad/index.php?action=getRecordDetail&idt=6169534>
- J.-L. Roelandt, A. Caria, L. Defromont, A. Vandeborre, N. Daumerie, Représentations sociales du « fou », du « malade mental » et du « dépressif » en population générale en France, Volume 1674, Issue 13001, /2010, (1-6). [http://dx.doi.org/10.1016/S0013-7006\(10\)70012-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0013-7006(10)70012-9)
- Rguibi, h. (2020). Violence et hetero-agressivite chez les patients souffrant de trouble bipolaire: prevalence et facteurs de risque. <http://hdl.handle.net/123456789/18522>
- Romans, S. E., & McPherson, H. M. (1992). The social networks of bipolar affective disorder patients. *Journal of Affective Disorders*, 25(4), 221-228. [https://doi-org.proxy.unice.fr/10.1016/0165-0327\(92\)90079-L](https://doi-org.proxy.unice.fr/10.1016/0165-0327(92)90079-L)
- Rondier, Mailys. (2004). " A. Bandura. Auto-efficacité. Le sentiment d'efficacité personnelle », *L'orientation scolaire et professionnelle*, 33/3 | 2004, 475-476. <https://doi.org/10.4000/osp.741>
- Rosenstock, I. M. (1974). Historical Origins of the Health Belief Model. *Health Education & Behavior*, 2(4), 328-335. <https://doi.org/10.1177%2F109019817400200403>

- Roshanaei-Moghaddam, B., & Katon, W. (2009). Premature mortality from general medical illnesses among persons with bipolar disorder: a review. *Psychiatric Services (Washington, D.C.)*, *60*(2), 147-156. <https://doi.org/10.1176/ps.2009.60.2.147>
- Rossier, J., Rigozzi, C., & Berthoud, S. (2002). Validation de la version française de l'échelle de contrôle de Levenson (IPC), influence de variables démographiques et de la personnalité. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, *160*(2), 138-148. [https://doi-org.proxy.unice.fr/10.1016/S0003-4487\(01\)00111-1](https://doi-org.proxy.unice.fr/10.1016/S0003-4487(01)00111-1)
- Rouillon, F. (1997). Épidémiologie du trouble bipolaire : Données actuelles. *L'Encéphale*, *23*, 7-11.
- Rouillon, F. (2009). Épidémiologie du trouble bipolaire. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, *167*(10), 793-795.
- Rouillon, F., Gasquet, I., Garay, R.-P., & Lancrenon, S. (2009). Prévalence des troubles bipolaires en médecine générale : enquête Bipolact Impact. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, *167*(8), 611-615. <https://doi-org.proxy.unice.fr/10.1016/j.amp.2009.08.005>
- Rousselin, B. (2019). Se raconter sur le Web, une source d'empowerment pour les personnes atteintes de troubles mentaux. *Terminal. Technologie de l'information, culture & société*, (125-126). <https://doi.org/10.4000/terminal.5232>
- Roussiau, N., & Bonardi, C. (2001). *Les représentations sociales: état des lieux et perspectives* (Vol. 237). Editions Mardaga.
- Ruddy, K., Mayer, E., & Partridge, A. (2009). Patient adherence and persistence with oral anticancer treatment. *CA: a cancer journal for clinicians*, *59*(1), 56-66. <https://doi-org.proxy.unice.fr/10.3322/caac.20004>
- Runge, C., & Grunze, H. (2004). Annual costs of bipolar disorders in Germany. *Der Nervenarzt*, *75*(9), 896-903. <https://doi.org/10.1007/s00115-004-1691-x>
- Rusinek, S. (2018). 31. Psychoéducation. Dans :, F. Chapelle, B. Monié, S. Rusinek & R. Poinot (Dir), *Thérapies comportementales et cognitives: En 37 notions* (pp. 273-281). Paris: Dunod.
- Sagar KA, Dahlgren MK, Gönenç A, Gruber SA. Altered affective processing in bipolar disorder: an fMRI study. *J Affect Disord*. 2013 Sep 25;150(3):1192-6. <https://doi:10.1016/j.jad.2013.05.019>.
- Sajatovic, M., Davies, M., Bauer, M. S., McBride, L., Hays, R. W., Safavi, R., & Jenkins, J. (2005). Attitudes regarding the collaborative practice model and treatment adherence among individuals with bipolar disorder. *Comprehensive Psychiatry*, *46*(4), 272-277. <https://doi-org.proxy.unice.fr/10.1016/j.comppsy.2004.10.007>
- Salime, S., Clesse, C., Prudent, C., Dumand, I., & Batt, M. (2017). Medical Staff's Social representation on elderly with psychiatric disorder: Impacts about the life project. *European Psychiatry*, *41*(S1), S664-S665. <https://doi-org.proxy.unice.fr/10.1016/j.eurpsy.2017.01.1128>
- Samalin, L., Guillaume, S., Courtet, P., Abbar, M., Lancrenon, S., & Llorca, P.-M. (2015). Recommandations Formalisées d'Experts de l'Association Française de Psychiatrie Biologique et Neuropsychopharmacologie sur le dépistage et prise en charge du trouble bipolaire: mise à jour 2014. *L'Encéphale*, *41*(1), 93-102. <https://doi-org.proxy.unice.fr/10.1016/j.encep.2014.11.002>
- Samalin, L. (2016). *Attitudes et croyances vis-à-vis du traitement comme variables intermédiaires du comportement d'usage du médicament* (Doctoral dissertation, Université d'Auvergne-Clermont-Ferrand I).
- Samalin, L., Roux, P., Hidalgo-Mazzei, D., & Etain, B. (2018). Quelles innovations thérapeutiques dans la prise en charge du trouble bipolaire?. *French Journal of*

- Psychiatry*, 1, S61-S62. [https://doi-org.proxy.unice.fr/10.1016/S2590-2415\(19\)30152-7](https://doi-org.proxy.unice.fr/10.1016/S2590-2415(19)30152-7)
- Sanchez-Moreno, J., Martinez-Aran, A., Gadelrab, H. F., Cabello, M., Torrent, C., del Mar Bonnin, C., ... & Vieta, E. (2010). The role and impact of contextual factors on functioning in patients with bipolar disorder. *Disability and Rehabilitation*, 32(sup1), S94-S104. <https://doi.org/10.3109/09638288.2010.520810>
- Sarradon-Eck, A. (2002). Les représentations populaires de la maladie et de ses causes. *La Revue du praticien. Médecine générale*, 16.
- Sartorius, N. (2007). Stigma and mental health. *The Lancet*, 370(9590), 810-811. [https://doi-org.proxy.unice.fr/10.1016/s0140-6736\(07\)61245-8](https://doi-org.proxy.unice.fr/10.1016/s0140-6736(07)61245-8)
- Schreck, L. (2012b). Bipolarité et troubles des conduites alimentaires: Quelles relations ? *Diabète & obésité*, 7(56), 42-48.
- Schürhoff, F. (2014). 12. Diagnostic différentiel entre troubles bipolaires et schizophrénie. In *Les troubles bipolaires* (pp. 96-99). Lavoisier.
- Schürhoff, F., Fond, G., Berna, F., Bulzacka, E., Godin, O., Boyer, L., ... & Zinetti-Bertschy, A. (2019). Centres Experts Schizophrénie, un outil pour le soin et la recherche: retour sur 10 ans d'expérience. *L'Encéphale*, 45(1), 9-14. <https://doi-org.proxy.unice.fr/10.1016/j.encep.2018.07.007>
- Scott, J., & Henry, C. (2014). 7. Troubles bipolaires de type II. In *Les troubles bipolaires* (pp. 52-58). Lavoisier.
- Scott, J., & Henry, C. (2014). 23. Modèle du staging (ou stades évolutifs) appliqué aux troubles bipolaires. In *Les troubles bipolaires* (pp. 175-180). Lavoisier.
- Sengelen, J. M. (2013). *Dépendance alcoolique et comorbidités psychiatriques : apport de l'étude prospective du centre hospitalier Esquirol de Limoges* (Doctoral dissertation).
- Senon, J., Manzanera, C., Humeau, M. & Gotzamanis, L. (2006). Les malades mentaux sont-ils plus violents que les citoyens ordinaires ?. *L'information psychiatrique*, 8(8), 645-652. <https://doi.org/10.3917/inpsy.8208.0645>
- Shankland, R., & Lamboy, B. (2011). Utilité des modèles théoriques pour la conception et l'évaluation de programmes en prévention et promotion de la santé. *Pratiques psychologiques*, 17(2), 153-172. <https://doi-org.proxy.unice.fr/10.1016/j.prps.2010.11.001>
- Sentissi, O. (2007). Espérance de vie des patients bipolaires. *L'Encéphale*, 33, 187-191. [https://doi-org.proxy.unice.fr/10.1016/S0013-7006\(07\)78700-6](https://doi-org.proxy.unice.fr/10.1016/S0013-7006(07)78700-6)
- Sherwood Brown, E., Suppes, T., Adinoff, B., & Rajan Thomas, N. (2001). Drug abuse and bipolar disorder: comorbidity or misdiagnosis? *Journal of Affective Disorders*, 65(2), 105-115. [https://doi-org.proxy.unice.fr/10.1016/S0165-0327\(00\)00169-5](https://doi-org.proxy.unice.fr/10.1016/S0165-0327(00)00169-5)
- Shippee, N. D., Shah, N. D., Williams, M. D., Moriarty, J. P., Frye, M. A., & Ziegenfuss, J. Y. (2011). Differences in demographic composition and in work, social, and functional limitations among the populations with unipolar depression and bipolar disorder: results from a nationally representative sample. *Health and Quality of Life Outcomes*, 9, 90. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-9-90>
- Simon, N. M. (2009). Generalized anxiety disorder and psychiatric comorbidities such as depression, bipolar disorder, and substance abuse. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 70 Suppl 2, 10-14. <https://doi-org.proxy.unice.fr/10.4088/jcp.s.7002.02>
- Simon, N. M., Otto, M. W., Wisniewski, S. R., Fossey, M., Sagduyu, K., Frank, E., ... Pollack, M. H. (2004). Anxiety Disorder Comorbidity in Bipolar Disorder Patients: Data From the First 500 Participants in the Systematic Treatment Enhancement Program for Bipolar Disorder (STEP-BD). *American Journal of Psychiatry*, 161(12), 2222-2229. <https://doi-org.proxy.unice.fr/10.1176/appi.ajp.161.12.2222>

- Slama, F., Étain, B., Desage, A., & Leduc, A. (2014). 35. Anxiété, troubles anxieux et troubles bipolaires. *Psychiatrie*, 261–270. <https://www.cairn.info/les-troubles-anxieux---page-269.htm>
- Stensland, M., Watson, P. R., & Grazier, K. L. (2012). An examination of costs, charges, and payments for inpatient psychiatric treatment in community hospitals. *Psychiatric Services (Washington, D.C.)*, 63(7), 666–671. <https://doi-org.proxy.unice.fr/10.1176/appi.ps.201100402>
- Stip, E., Caron, J., & Mancini-Marie, A. (2006). General population perceptions and attitudes towards schizophrenia and bipolar disorder. *Primary Care and Community Psychiatry*, 11(4), 157. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1185/135525707X183003>
- Stone, G. C. (1979). Patient compliance and the role of the expert. *Journal of Social Issues*, 35(1), 34–59. <https://doi-org.proxy.unice.fr/10.1111/j.1540-4560.1979.tb00788.x>
- Sturman, E. D., & Sproule, B. A. (2003). Toward the development of a Mood Disorders Insight Scale: modification of Birchwood's Psychosis Insight Scale. *Journal of Affective Disorders*, 77(1), 21–30. [https://doi-org.proxy.unice.fr/10.1016/S0165-0327\(02\)00102-7](https://doi-org.proxy.unice.fr/10.1016/S0165-0327(02)00102-7)
- Sutter-Dallay, A. L., Denard, S., Dallay, D., & Rebola, M. (2014). 16. Troubles bipolaires et périnatalité. In *Les troubles bipolaires* (pp. 126-135). Lavoisier.
- Sylvia, L. G., Hay, A., Ostacher, M. J., Miklowitz, D. J., Nierenberg, A. A., Thase, M. E., ... & Perlis, R. H. (2013). Association between therapeutic alliance, care satisfaction, and pharmacological adherence in bipolar disorder. *Journal of clinical psychopharmacology*, 33(3). <https://dx-doi-org.proxy.unice.fr/10.1097%2FJCP.0b013e3182900c6f>
- Tarquinio, C., & Tarquinio, M.-P. (2007). L'observance thérapeutique : déterminants et modèles théoriques. *Pratiques Psychologiques*, 13(1), 1–19. <https://doi-org.proxy.unice.fr/10.1016/j.prps.2006.09.005>
- Taylor, V., & MacQueen, G. (2006). Associations between bipolar disorder and metabolic syndrome: A review. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 67(7), 1034–1041. <https://doi-org.proxy.unice.fr/10.4088/jcp.v67n0704>
- Thoër, C. (2013). Internet: un facteur de transformation de la relation médecin-patient?. Communiquer. *Revue de communication sociale et publique*, (10), 1-24. <https://doi.org/10.4000/communiquer.506>
- Tourette-Turgis, C. (2013). L'université des patients : une reconnaissance institutionnelle des savoirs des malades. *Le sujet dans la cité*, 2(2), 173-185. <https://doi.org/10.3917/lsdlc.004.0173>
- Tourette-Turgis, C. (2015). Les patients experts et les soignants, vers des relations de réciprocité. *Soins*, 60(796), 37–39. <https://doi : 10.1016/j.soins.2015.04.008>
- Tournier, M. (2014). 60. Traitement des troubles bipolaires chez les sujets plus âgés. In *Les troubles bipolaires* (pp. 472-476). Lavoisier.
- Travers, D., Levoyer, D., & Millet, B. (2008). Évaluation de la conscience du trouble chez le schizophrène dans une cohorte de 31 patients. *L'Encéphale*, 34(1), 66–72. <https://doi-org.proxy.unice.fr/10.1016/j.encep.2007.01.001>
- Tremain H, McEnery C, Fletcher K, Murray G. The Therapeutic Alliance in Digital Mental Health Interventions for Serious Mental Illnesses: Narrative Review. *JMIR Ment Health*. 2020 Aug 7;7(8): e17204. <https://doi.org/10.2196/17204>.
- Type de bipolaire : 1, 2, 3, 4 et 5. (2016, juillet 16). Consulté 27 février 2017, à l'adresse <http://www.lebipolaire.com/type-de-bipolaire/>
- Vacheron-Trystram, M.-N., Braitman, A., Cheref, S., & Auffray, L. (2004). Antipsychotiques et troubles bipolaires. *L'Encéphale*, 30(5), 417–424. [https://doi-org.proxy.unice.fr/10.1016/S0013-7006\(04\)95456-5](https://doi-org.proxy.unice.fr/10.1016/S0013-7006(04)95456-5)

- Valente, P., & Laugier, F. (2009). Adhésion aux traitements biologiques en psychiatrie. *EMC - Psychiatrie*, 6(2), 1-6.
- Vander Stichele, R. H., Thomson, M., Verkoelen, K., & Droussin, A. M. (1992). Measuring patient compliance with electronic monitoring: lisinopril versus atenolol in essential hypertension. *Post-Marketing Surveillance*, 6, 77-90.
- van Laar, M., van Dorsselaer, S., Monshouwer, K., & de Graaf, R. (2007). Does cannabis use predict the first incidence of mood and anxiety disorders in the adult population? *Addiction (Abingdon, England)*, 102(8), 1251-1260. <https://doi-org.proxy.unice.fr/10.1111/j.1360-0443.2007.01875.x>
- Vannotti, M. (2002). L'empathie dans la relation médecin – patient. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, 2(2), 213-237. <https://doi.org/10.3917/ctf.029.0213>
- Vázquez, G. H., Kapczinski, F., Magalhaes, P. V., Córdoba, R., Jaramillo, C. L., Rosa, A. R., ... & on Bipolar, T. I. A. N. (2011). Stigma and functioning in patients with bipolar disorder. *Journal of affective Disorders*, 130(1-2), 323-327. <https://doi-org.proxy.unice.fr/10.1016/j.jad.2010.10.012>
- Verdoux, H., Mury, M., Besançon, G., & Bourgeois, M. (1996). Comparative study of substance dependence comorbidity in bipolar, schizophrenic and schizoaffective disorders. *L'Encéphale*, 22(2), 95-101. PMID: 870662
- Viard, D., Netillard, C., Cheraitia, E., Barthod, V., Choffel, J. M., Tartary, D., ... & Tissot, E. (2016). Éducation thérapeutique en psychiatrie: représentations des soignants, des patients et des familles. *L'Encéphale*, 42(1), 4-13. <https://doi-org.proxy.unice.fr/10.1016/j.encep.2015.08.003>
- Villani, M., Flahault, C., Montel, S., Sultan, S. & Bungener, C. (2013). Proximité des représentations de la maladie chez le malade et ses proches : revue de littérature et illustration clinique. *Bulletin de psychologie*, numéro 528(6), 477-487. <https://doi.org/10.3917/bupsy.528.0477>
- Wakiuchi, J., Oliveira, D. C. D., Marcon, S. S., Oliveira, M. L. F. D., & Sales, C. A. (2020). Meanings and dimensions of cancer by sick people-a structural analysis of social representations. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 54. <https://doi-org.proxy.unice.fr/10.1590/s1980-220x2018023203504>
- Walter, M., & Genest, P. (2006). Les complications du trouble bipolaire. *L'Encéphale*, 32(4), 515-518. [https://doi-org.proxy.unice.fr/10.1016/S0013-7006\(06\)76196-6](https://doi-org.proxy.unice.fr/10.1016/S0013-7006(06)76196-6)
- Waterhouse, D. M., Calzone, K. A., Mele, C., & Brenner, D. E. (1993). Adherence to oral tamoxifen: a comparison of patient self-report, pill counts, and microelectronic monitoring. *Journal of Clinical Oncology*, 11(6), 1189-1197. <https://doi-org.proxy.unice.fr/10.1200/jco.1993.11.6.1189>
- Weibel, S., & Bertschy, G. (2014). Dépression mixte dans le DSM 5 : y a-t-il du nouveau ? *Hors-série 1 – 6ème Congrès Français de Psychiatrie – Nice, novembre 2014*, 29(8, Supplement), 565. <https://doi-org.proxy.unice.fr/10.1016/j.eurpsy.2014.09.242>
- Weibel, S., & Bertschy, G. (2016). Dépression mixte et DSM-5 : mise au point critique. *L'Encéphale*, 42(1), 90-98. <https://doi-org.proxy.unice.fr/10.1016/j.eurpsy.2014.09.242>
- Will, T. (2008). Troubles psychiatriques chez des patients épileptiques et leurs traitements. *Epileptologie*, 25, 2-9.
- Will, T. (2008). Troubles psychiatriques chez des patients épileptiques et leurs traitements. *sl]:[sn],[sd]. Disponible sur: <http://www.epi.ch/_files/Artikel_Epileptologie/Will_1_08.pdf>(consulté le 14 octobre 2015).*

- Wittchen, H. U., Nelson, C. B., & Lachner, G. (1998). Prevalence of mental disorders and psychosocial impairments in adolescents and young adults. *Psychological Medicine*, 28(1), 109-126. <https://doi-org.proxy.unice.fr/10.1017/s0033291797005928>
- Wolkenstein, L., & Meyer, T. D. (2009). What factors influence attitudes towards people with current depression and current mania?. *International Journal of Social Psychiatry*, 55(2), 124-140. <https://doi-org.proxy.unice.fr/10.1177/0020764008092410>
- Yurgelun-Todd DA, Gruber SA, Kanayama G, Killgore WD, Baird AA, Young AD. fMRI during affect discrimination in bipolar affective disorder. *Bipolar Disord*. 2000 Sep;2(3 Pt 2):237-48. <https://doi:10.1034/j.1399-5618.2000.20304.x>. <https://doi-org.proxy.unice.fr/10.1034/j.1399-5618.2000.20304.x>
- Yvon, F. & Prouteau, A. (2017). Vers une compréhension de la stigmatisation : quel est le stéréotype associé à la schizophrénie ? *Santé mentale au Québec*, 42(2), 125–131. <https://doi.org/10.7202/1041919ar>
- Zigmond, A. S., Snaith, R. P., & others. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta psychiatr scand*, 67(6), 361–370. <https://doi-org.proxy.unice.fr/10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x>

VIII. ANNEXES

Annexe 1: Plan d'action global pour la santé mentale 2013-2030

Objectifs du Plan d'action	Cibles du Plan d'action	Valeur de référence pour 2013
OBJECTIF 1 : Renforcer le leadership et la gouvernance dans le domaine de la santé mentale	Cible 1.1 : 80 % des pays auront élaboré ou actualisé leurs politiques ou leurs plans de santé mentale conformément aux instruments internationaux et régionaux relatifs aux droits de l'homme (avant fin 2020).	88 pays, soit 56 % des pays ayant répondu ou 45 % de l'ensemble des Etats Membres de l'OMS. Valeur basée sur l'autoévaluation par une liste de contrôle (voir Section 2.1 du rapport).
	Cible 1.2 : 50 % des pays auront élaboré ou actualisé leur législation en matière de santé mentale conformément aux instruments internationaux et régionaux relatifs aux droits de l'homme (avant fin 2020).	65 pays, soit 42 % des pays ayant répondu ou 34 % de l'ensemble des Etats Membres de l'OMS. Valeur basée sur l'auto-évaluation par une liste de contrôle (voir Section 2.2 du rapport).
OBJECTIF 2 : Fournir des services de santé mentale et d'aide sociale complets, intégrés et adaptés aux besoins dans un cadre communautaire	Cible 2 : La couverture des services de prise en charge des troubles mentaux sévères aura augmenté de 20 % (avant fin 2020).	Pas calculable à partir des données de l'Atlas 2014 mais, selon toute attente inférieure à 25 %, sur la base des lacunes en matière de traitement et des études sur le recours aux services.
OBJECTIF 3 : Mettre en œuvre des stratégies de promotion et de prévention dans le domaine de la santé mentale	Cible 3.1 : 80 % des pays disposeront d'au moins deux programmes nationaux fonctionnels et multisectoriels de promotion et de prévention dans le domaine de la santé mentale (avant fin 2020)	80 pays, soit 48 % des pays ayant répondu ou 41 % de l'ensemble des Etats Membres de l'OMS. Valeur basée sur l'inventaire fait par les pays des programmes en cours (voir Section 4 du rapport).
	Cible 3.2 : Le taux de suicides dans les pays sera réduit de 10 % (avant fin 2020).	11,4 pour 100 000 habitants. Valeur basée sur une estimation mondiale standardisée selon l'âge (voir rapport de l'OMS sur le suicide, 2014).
OBJECTIF 4 : Renforcer les systèmes d'information, les bases factuelles et la recherche dans le domaine de la santé mentale	Cible 4 : 80 % des pays recueilleront systématiquement et communiqueront tous les deux ans des données sur un ensemble minimal d'indicateurs clés de santé mentale dans le cadre de leurs systèmes nationaux d'information sanitaire et sociale (avant fin 2020).	64 pays, soit 42 % des pays ayant répondu ou 33 % de l'ensemble des Etats Membres de l'OMS. Valeur basée sur la capacité autoévaluée de compiler régulièrement les données spécifiques sur la santé mentale couvrant au moins le secteur public (voir Section 1 du rapport).

Annexe 2: CIM 9

**CLASSIFICATION INTERNATIONALE DES MALADIES
MANUEL DE LA CLASSIFICATION STATISTIQUE INTERNATIONALE DES MALADIES, TRAUMATISMES
ET CAUSES DE DÉCÈS
(Volume 1)**

Fondé sur les recommandations de la Conférence pour la neuvième révision 1975 et adopté par la Vingt-neuvième Assemblée mondiale de la Santé



**ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ GENÈVE 1977
TABLE ANALYTIQUE
V. TROUBLES MENTAUX (290-319)**

Etats psychotiques organiques (290-294)

290 Etats psychotiques organiques séniles et préséniles

291 Psychoses alcooliques

292 Psychoses dues aux drogues

293 Etats psychotiques organiques transitoires

294 Autres états psychotiques organiques (chroniques)

Autres psychoses (295-299)

295 Psychoses schizophréniques

296 Psychoses affectives

297 Etats délirants

298 Autres psychoses non organiques

299 Psychoses spécifiques de l'enfance

Troubles névrotiques, de la personnalité et autres non psychotiques (300-316)

300 Troubles névrotiques

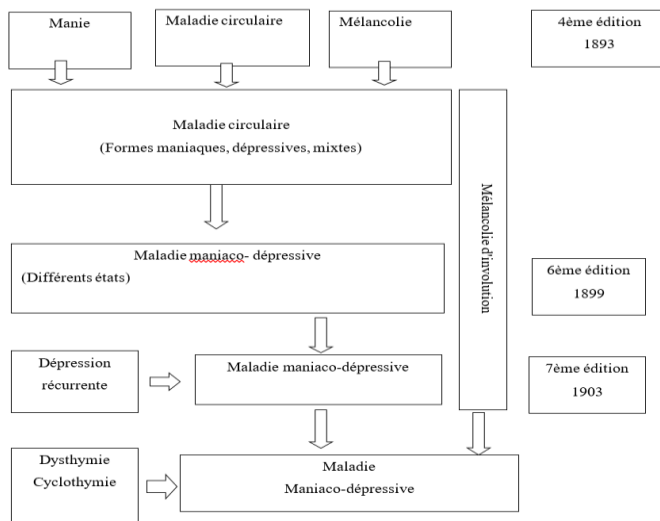
301 Troubles de la personnalité

302 Déviations et troubles sexuels

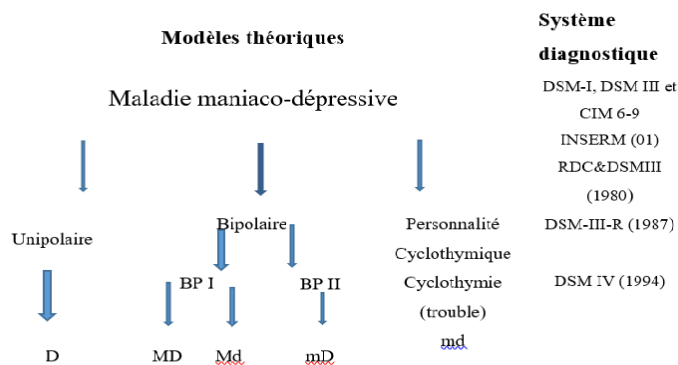
303 Syndrome de dépendance alcoolique

- 304 Pharmacodépendance
- 305 Abus de drogue chez une personne non dépendante
- 306 Troubles du fonctionnement physiologique d'origine psychique
- 307 Symptômes ou troubles spéciaux non classés ailleurs
- 308 Etats réactionnels aigus à une situation très éprouvante
- 309 Troubles de l'adaptation
- 310 Troubles mentaux spécifiques non psychotiques consécutifs à une atteinte cérébrale organique
- 311 Troubles dépressifs non classés ailleurs
- 312 Troubles de la conduite non classés ailleurs
- 313 Troubles de l'affectivité spécifiques de l'enfance et de l'adolescence
- 314 Instabilité de l'enfance
- 315 Retards spécifiques du développement
- 316 Facteurs psychiques associés à des affections classées ailleurs
- Retard mental (317-319)**
- 317 Retard mental léger
- 318 Autre retard mental de niveau précisé
- 319 Retard mental de niveau non précisé

Annexe 3 : Evolution du concept de la maladie maniaco-dépressive dans les éditions successives du traité de Kraepelin (Gay et al. 2014, p. 5)



Annexe 4: Evolution du modèle maniaco-dépressif (Sous-types des troubles unipolaires-bipolaires) et de la distinction BP/UP (Bourgeois, 2001).



Notes. BPI= trouble bipolaire de type 1 ; BPII= trouble bipolaire de type 2 ; NOS ou *Not otherwise specified*= trouble bipolaire non spécifié ailleurs ; D = dépression majeure ; d = dépression mineure ; M = manie ; m = hypomanie (Figure 2 d'après la figure2.1 p.10)

Annexe 5: Détail de la rubrique 296 concernant les troubles bipolaires

296 - Psychoses affectives

Troubles mentaux, habituellement périodiques, caractérisés par des troubles graves de l'humeur [constitués surtout par la dépression et l'anxiété mais qui se manifestent également par l'euphorie et l'excitation]. Ces troubles s'accompagnent d'un ou plusieurs des symptômes suivants : idées délirantes, perplexité, troubles de l'identité, de la perception, du comportement. Tous ces symptômes sont en accord avec l'humeur prédominante du malade [de même que les hallucinations lorsqu'elles existent]. Il y a une tendance marquée au suicide. Pour des raisons pratiques, les troubles légers de l'humeur peuvent aussi être classés ici, si les symptômes correspondent aux descriptions données. Cette remarque s'applique particulièrement à l'hypomanie.

A l'exclusion de :

dépression névrotique (300.4)

excitation réactionnelle (298.1)

psychose dépressive réactionnelle (298.0)

296.0 *Psychose maniaque dépressive, forme maniaque*

Troubles mentaux caractérisés par des états d'euphorie ou d'excitation sans rapport avec les circonstances dans lesquelles se trouve le malade et variant de l'entrain exagéré [hypomanie] à l'excitation violente à peine contrôlable. L'agressivité et la colère, la fuite des idées, l'inattention, l'altération du jugement et les idées de grandeur sont courantes.

Hypomanie SAI

Manie (monopolaire) SAI

Psychose :

hypomaniaque

maniaque

Psychose ou réaction

maniaco-dépressive :

hypomaniaque

maniaque

A l'exclusion de : forme circulaire s'il y a eu antérieurement un accès dépressif (296.2)

296.1 *Psychose maniaque dépressive, forme dépressive*

Psychose affective caractérisée par un sentiment généralisé dépressif de tristesse et de malheur accompagné d'un certain degré d'anxiété. Il existe souvent une diminution de l'activité mais il peut y avoir aussi de la turbulence et de l'agitation. Il y a une tendance marquée à la récurrence qui, dans quelques cas, peut se produire à intervalles réguliers.

Dépression :

endogène

monopolaire

psychotique

Mélancolie d'involution

Psychose dépressive

Réaction maniaco-dépressive, type dépressif

A l'exclusion de : dépression SAI (311)

forme circulaire s'il y a eu antérieurement un accès maniaque (296.3)

296.2 *Psychose maniaque dépressive, forme circulaire, en période maniaque*

Psychose affective qui s'est manifestée à la fois sous la forme dépressive et sous la forme maniaque, soit alternativement, soit séparée par un intervalle normal, mais dans laquelle c'est un épisode maniaque qui est actuellement présent [Les phases maniaques sont beaucoup moins fréquentes que les phases dépressives].

Psychose alternante, période maniaque

A l'exclusion de : brèves variations de l'humeur (296.8)

296.3 *Psychose maniaque dépressive, forme circulaire, en période dépressive*

Forme circulaire (voir 296.2) dans laquelle c'est un épisode dépressif qui est actuellement présent.

Psychose alternante, période dépressive

A l'exclusion de : brèves variations de l'humeur (296.8)

296.4 *Psychose maniaque dépressive, forme circulaire, mixte*

Psychose affective dans laquelle les deux types de symptômes, maniaques et dépressifs, sont présents en même temps.

296.5 *Psychose maniaque dépressive, forme circulaire, état actuel non indiqué*

Forme circulaire (voir 296.2) dans laquelle l'état actuel n'est pas indiqué comme maniaque ou dépressif.

296.6 *Psychose maniaque dépressive, autre et sans précision*

Cette sous-rubrique doit être utilisée lorsqu'il n'est fait mention que de formes non précisées telles que psychose maniaque dépressive ou lorsqu'il s'agit de syndromes correspondant aux formes dépressives (296.1) ou maniaques (296.0) décrites ci-dessus, mais qui, pour d'autres raisons, ne peuvent pas être classés à 296.0-296.5.

Psychose maniaque dépressive :

SAI

type mixte

Réaction } maniaque dépressive
Syndrome } SAI

296.8 *Autres psychoses affectives*

A l'exclusion de : psychoses affectives psychogènes (298)

296.9 *Sans précision*

Mélancolie SAI

Psychose affective SAI

Annexe 6: CIM 10 (version 2008)

Chapitre V : Troubles mentaux et du comportement (F00-F99)

Inclus : troubles du développement psychologique

Excl. : Symptômes, signes et résultats anormaux d'examens cliniques et de laboratoire, non classés ailleurs ([R00-R99](#))

Ce chapitre comprend les blocs suivants :

- [F00-F09](#) Troubles mentaux organiques, y compris les troubles symptomatiques
- [F10-F19](#) Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psycho-actives
- [F20-F29](#) Schizophrénie, trouble schizotypique et troubles délirants
- [F30-F39](#) Troubles de l'humeur [affectifs]
- [F40-F48](#) Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes
- [F50-F59](#) Syndromes comportementaux associés à des perturbations physiologiques et à des facteurs physiques
- [F60-F69](#) Troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte
- [F70-F79](#) Retard mental
- [F80-F89](#) Troubles du développement psychologique
- [F90-F98](#) Troubles du comportement et troubles émotionnels apparaissant habituellement durant l'enfance et l'adolescence
- [F99-F99](#) Trouble mental, sans précision SAI (sans autres indications)
- Les catégories de ce chapitre comprenant des astérisques sont les suivantes :
- [F00*](#) Démence de la maladie d'Alzheimer
- [F02*](#) Démence au cours d'autres maladies classées ailleurs

Détail de la rubrique F30-F39 Troubles de l'humeur

Ce groupe réunit les troubles dans lesquels la perturbation fondamentale est un changement des affects ou de l'humeur, dans le sens d'une dépression (avec ou sans anxiété associée) ou d'une élation. Le changement de l'humeur est habituellement accompagné d'une modification du niveau global d'activité, et la plupart des autres symptômes sont soit secondaires à ces changements de l'humeur et de l'activité, soit facilement compréhensibles dans leur contexte. La plupart de ces troubles ont tendance à être récurrents et la survenue des épisodes individuels peut souvent être mise en relation avec des situations ou des événements stressants.

F30 Episode maniaque

Toutes les subdivisions de cette catégorie s'appliquent exclusivement à un épisode isolé. Un épisode hypomaniaque ou maniaque survenant chez un sujet ayant présenté un ou plusieurs épisodes affectifs dans le passé (dépressif, hypomaniaque, maniaque ou mixte) doit conduire à un diagnostic de trouble affectif bipolaire (F31.-).

Inclus : trouble bipolaire, épisode maniaque isolé

F30.0 Hypomanie

Trouble caractérisé par la présence d'une élévation légère, mais persistante, de l'humeur, de l'énergie et de l'activité, associée habituellement à un sentiment intense de bien-être et d'efficacité physique et psychique. Il existe souvent une augmentation de la sociabilité, du désir de parler, de la familiarité, ou de l'énergie sexuelle et une réduction du besoin de sommeil ; ces symptômes ne sont toutefois pas assez marqués pour entraver le fonctionnement professionnel ou pour entraîner un rejet social. L'euphorie et la sociabilité sont parfois remplacées par une irritabilité ou des attitudes vaniteuses ou grossières. Les perturbations de l'humeur et du comportement ne sont pas accompagnées d'hallucinations ou d'idées délirantes.

F30.1 Manie sans symptômes psychotiques

Présence d'une élévation de l'humeur hors de proportion avec la situation du sujet, pouvant aller d'une jovialité insouciant à une agitation pratiquement incontrôlable. Cette élation s'accompagne d'une augmentation d'énergie, entraînant une hyperactivité, un désir de parler, et une réduction du besoin de sommeil. L'attention ne peut être soutenue et il existe souvent une distractibilité importante. Le sujet présente souvent une augmentation de l'estime de soi avec idées de grandeur et surestimation de ses capacités. La levée des inhibitions sociales normales peut entraîner des conduites imprudentes, déraisonnables, inappropriées ou déplacées.

F30.2 Manie avec symptômes psychotiques

Présence, associée au tableau clinique décrit en F30.1, d'idées délirantes (habituellement de grandeur) ou d'hallucinations (habituellement à type de voix parlant directement au sujet), ou d'une agitation, d'une activité motrice excessive et d'une fuite des idées d'une gravité telle que le sujet devient incompréhensible ou hors d'état de communiquer normalement.

Manie avec symptômes psychotiques :

- Congruents à l'humeur
- Non congruents à l'humeur

Stupeur maniaque

F30.8 Autres épisodes maniaques

F30.9 Episode maniaque, sans précision

Manie SAI

F31 Trouble affectif bipolaire

Trouble caractérisé par deux ou plusieurs épisodes au cours desquels l'humeur et le niveau d'activité du sujet sont profondément perturbés, tantôt dans le sens d'une élévation de l'humeur et d'une augmentation de l'énergie et de l'activité (hypomanie ou manie), tantôt dans le sens d'un abaissement de l'humeur et d'une réduction de l'énergie et de l'activité (dépression). Les épisodes récurrents d'hypomanie ou de manie sont classés comme bipolaires.

Inclus :

- Maladie
 - Psychose
 - réaction
- } maniaco-dépressive

Excl. : Cyclothymie (F34.0)

Trouble bipolaire, épisode maniaque isolé (F30.-)

F31.0 Trouble affectif bipolaire, épisode actuel hypomaniaque

Le sujet est actuellement hypomaniaque, et a eu, dans le passé, au moins un autre épisode affectif (hypomaniaque, maniaque, dépressif, ou mixte).

F31.1 Trouble affectif bipolaire, épisode actuel maniaque sans symptômes psychotiques

Le sujet est actuellement maniaque, sans symptômes psychotiques (comme sous F30.1), et a eu, dans le passé, au moins un autre épisode affectif (hypomaniaque, maniaque, dépressif, ou mixte)

F31.2 Trouble affectif bipolaire, épisode actuel maniaque avec symptômes psychotiques

Le sujet est actuellement maniaque, avec symptômes psychotiques (comme sous F30.2), et a eu, dans le passé, au moins un autre épisode affectif (hypomaniaque, maniaque, dépressif, ou mixte).

F31.3 Trouble affectif bipolaire, épisode actuel de dépression légère ou moyenne

Le sujet est actuellement déprimé, comme au cours d'un épisode dépressif d'intensité légère ou moyenne (F32.0 ou F32.1), et a eu, dans le passé, au moins un épisode hypomaniaque, maniaque ou mixte bien documenté.

F31.4 Trouble affectif bipolaire, épisode actuel de dépression sévère sans symptômes psychotiques

Le sujet est actuellement déprimé, comme au cours d'un épisode dépressif d'intensité sévère sans symptômes psychotiques (F32.2), et a eu, dans le passé, au moins un épisode hypomaniaque, maniaque ou mixte bien documenté.

F31.5 Trouble affectif bipolaire, épisode actuel de dépression sévère avec symptômes psychotiques

Le sujet est actuellement déprimé, comme au cours d'un épisode dépressif d'intensité sévère avec symptômes psychotiques (F32.3), et a eu, dans le passé, au moins un épisode hypomaniaque, maniaque ou mixte bien documenté.

F31.6 Trouble affectif bipolaire, épisode actuel mixte

Le sujet a eu, dans le passé, au moins un épisode hypomaniaque, maniaque, dépressif ou mixte bien documenté, et l'épisode actuel est caractérisé soit par la présence simultanée de symptômes maniaques et dépressifs, soit par une alternance rapide de symptômes maniaques et dépressifs.

Excl. : Épisode affectif mixte isolé (F38.0)

F31.7 Trouble affectif bipolaire, actuellement en rémission

Le sujet a eu, dans le passé, au moins un épisode hypomaniaque, maniaque ou mixte bien documenté, et au moins un autre épisode affectif (hypomaniaque, maniaque, dépressif ou mixte), mais sans aucune perturbation significative de l'humeur, ni actuellement, ni au cours des derniers mois. Les rémissions sous traitement prophylactique doivent être classées ici.

F31.8 Autres troubles affectifs bipolaires

Épisodes maniaques récurrents SAI

Trouble bipolaire II

F31.9 Trouble affectif bipolaire, sans précision

F32 Épisodes dépressifs

Dans les épisodes typiques de chacun des trois degrés de dépression : léger, moyen ou sévère, le sujet présente un abaissement de l'humeur, une réduction de l'énergie et une diminution de l'activité. Il existe une altération de la capacité à éprouver du plaisir, une perte d'intérêt, une diminution de l'aptitude à se concentrer, associées couramment à une fatigue importante, même après un effort minime. On observe habituellement des troubles du sommeil et une diminution de l'appétit. Il existe presque toujours une diminution de l'estime de soi et de la confiance en soi et, fréquemment, des idées de culpabilité ou de dévalorisation, même dans les formes légères. L'humeur dépressive ne varie guère d'un jour à l'autre ou selon les circonstances, et peut s'accompagner de symptômes dits "somatiques", par exemple, d'une perte d'intérêt ou de plaisir, d'un réveil matinal précoce, plusieurs heures avant l'heure habituelle, d'une aggravation matinale de la dépression, d'un ralentissement psychomoteur important, d'une agitation, d'une perte d'appétit, d'une perte de poids et d'une perte de la libido. Le nombre et la sévérité des symptômes permettent de déterminer trois degrés de sévérité d'un épisode dépressif : léger, moyen et sévère.

Inclus : épisodes isolés de :

- Dépression :
 - Psychogène
 - Réactionnelle
- Réaction dépressive

Excl. : Associés à un trouble des conduites en F91.- (F92.0)

Trouble (de) :

- adaptation (F43.2)
- dépressif récurrent (F33.-)

F32.0 Episode dépressif léger

Au moins deux ou trois des symptômes cités plus haut sont habituellement présents. Ces symptômes s'accompagnent généralement d'un sentiment de détresse, mais le sujet reste, le plus souvent, capable de poursuivre la plupart de ses activités.

F32.1 Episode dépressif moyen

Au moins quatre des symptômes cités ci-dessus sont habituellement présents et le sujet éprouve des difficultés considérables à poursuivre ses activités usuelles.

F32.2 Episode dépressif sévère sans symptômes psychotiques

Episode dépressif dans lequel plusieurs des symptômes dépressifs mentionnés ci-dessus, concernant typiquement une perte de l'estime de soi et des idées de dévalorisation ou de culpabilité, sont marqués et pénibles. Les idées et les gestes suicidaires sont fréquents et plusieurs symptômes "somatiques" sont habituellement présents.

Dépression :

- Agité
- Majeure
- vitale

} épisode isolé sans symptômes psychotiques

F32.3 Episode dépressif sévère avec symptômes psychotiques

Episode dépressif correspondant à la description d'un épisode dépressif sévère (F32.2) mais s'accompagnant, par ailleurs, d'hallucinations, d'idées délirantes ou d'un ralentissement psychomoteur ou d'une stupeur d'une gravité telle que les activités sociales habituelles sont impossibles ; il peut exister un danger vital en raison d'un suicide, d'une déshydratation ou d'une dénutrition. Les hallucinations et les idées délirantes peuvent être congruentes ou non congruentes à l'humeur.

Episodes isolés de :

- Dépression :
 - Majeure avec symptômes psychotiques
 - Psychotique
- Psychose dépressive :
 - Psychogène
 - Réactionnelle

F32.8 Autres épisodes dépressifs

Dépression atypique

Episodes isolés d'une dépression "masquée" SAI

F32.9 Episode dépressif, sans précision

Dépression SAI

Trouble dépressif SAI

F33 Trouble dépressif récurrent

Trouble caractérisé par la survenue répétée d'épisodes dépressifs correspondant à la description d'un tel épisode (F32.-), en l'absence de tout antécédent d'épisodes indépendants d'exaltation de l'humeur et d'augmentation de l'énergie (manie). Le trouble peut toutefois comporter de brefs épisodes caractérisés par une légère élévation de l'humeur et une augmentation de l'activité (hypomanie), succédant immédiatement à un épisode dépressif, et parfois déclenchés par un traitement antidépresseur. Les formes graves du trouble dépressif récurrent (F33.2 et F33.3) présentent de nombreux points communs avec des concepts antérieurs comme ceux de dépression maniaco-dépressive, de mélancolie, de dépression vitale et de dépression endogène. Le premier épisode peut survenir à n'importe quel âge, de l'enfance à la vieillesse, le début peut être aigu ou insidieux et la durée peut varier de quelques semaines à de nombreux mois. Le risque de survenue d'un épisode maniaque ne peut jamais être complètement écarté chez un patient présentant un trouble dépressif récurrent, quel que soit le nombre d'épisodes dépressifs déjà survenus. Si un tel épisode maniaque se produit, le diagnostic doit être changé pour celui de trouble affectif bipolaire (F31.-).

Inclus : épisodes récurrents de :

- Dépression :
 - Psychogène
 - Réactionnelle

- Réaction dépressive

Trouble dépressif saisonnier

Exclus. : Épisodes dépressifs récurrents de courte durée (F38.1)

F33.0 Trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger

Trouble caractérisé par la survenue répétée d'épisodes dépressifs, l'épisode actuel étant léger (F32.0), en l'absence de tout antécédent de manie.

F33.1 Trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen

Trouble caractérisé par la survenue répétée d'épisodes dépressifs, l'épisode actuel étant moyen (F32.1), en l'absence de tout antécédent de manie.

F33.2 Trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques

Trouble caractérisé par la survenue répétée d'épisodes dépressifs, l'épisode actuel étant sévère, sans symptômes psychotiques (F32.2), en l'absence de tout antécédent de manie.

Dépression :

- Endogène, sans symptômes psychotiques
- Majeure récurrente, sans symptômes psychotiques
- Vitale récurrente, sans symptômes psychotiques

Psychose maniaco-dépressive, forme dépressive, sans symptômes psychotiques

F33.3 Trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère avec symptômes psychotiques

Trouble caractérisé par la survenue répétée d'épisodes dépressifs, l'épisode actuel étant sévère, avec symptômes psychotiques (F32.3), en l'absence de tout épisode précédent de manie.

Dépression endogène avec symptômes psychotiques
Épisodes récurrents sévères de :

- Dépression :
 - Majeure, avec symptômes psychotiques
 - Psychotique
- Psychose dépressive :
 - Psychogène
 - Réactionnelle

Psychose maniaco-dépressive, forme dépressive, avec symptômes psychotiques

F33.4 [Trouble dépressif récurrent, actuellement en rémission](#)

Le sujet a eu, dans le passé, au moins deux épisodes dépressifs répondant aux descriptions données en F33.0-F33.3, mais ne présente aucun symptôme dépressif depuis plusieurs mois.

F33.8 [Autres troubles dépressifs récurrents](#)

F33.9 [Trouble dépressif récurrent, sans précision](#)

Dépression unipolaire SAI

F34 Troubles de l'humeur [affectifs] persistants

Troubles de l'humeur persistants et habituellement fluctuants, dans lesquels la plupart des épisodes individuels ne sont pas suffisamment sévères pour justifier un diagnostic d'épisode hypomaniaque ou d'épisode dépressif léger. Toutefois, étant donné qu'ils persistent pendant des années et parfois pendant la plus grande partie de la vie adulte du sujet, ils entraînent une souffrance et une incapacité considérables. Dans certains cas, des épisodes maniaques ou dépressifs récurrents ou isolés peuvent se surajouter à un état affectif persistant.

F34.0 [Cyclothymie](#)

Instabilité persistante de l'humeur, comportant de nombreuses périodes de dépression ou d'exaltation légère (hypomanie), mais dont aucune n'est suffisamment sévère ou prolongée pour justifier un diagnostic de trouble affectif bipolaire (F31.-) ou de trouble dépressif récurrent (F33.-). Le trouble se rencontre fréquemment dans la famille de sujets ayant un trouble affectif bipolaire et certains sujets cyclothymiques sont eux-mêmes atteints ultérieurement d'un trouble affectif bipolaire.

Personnalité :

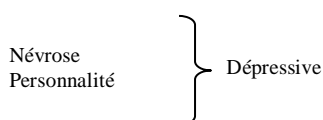
- Affective
- Cycloïde
- Cyclothymique

F34.1 [Dysthymie](#)

Abaissement chronique de l'humeur, persistant au moins plusieurs années, mais dont la sévérité est insuffisante ou dont la durée des différents épisodes est trop brève pour justifier un diagnostic de trouble dépressif récurrent, sévère, moyen ou léger (F33.-).

Dépression :

- Anxieuse persistante
- Névrotique



Excl. : Dépression anxieuse (légère ou non persistante) ([F41.2](#))

F34.8 [Autres troubles de l'humeur \[affectifs\] persistants](#)

F34.9 [Trouble de l'humeur \[affectif\] persistant, sans précision](#)

F38 Autres troubles de l'humeur [affectifs]

Tous les autres troubles de l'humeur dont la sévérité ou la durée est insuffisante pour justifier un classement en F30-F34.

F38.0 [Autres troubles de l'humeur \[affectifs\] isolés](#)

Épisode affectif mixte isolé

F38.1 [Autres troubles de l'humeur \[affectifs\] récurrents](#)

Épisodes dépressifs récurrents de courte durée

F38.8 [Autres troubles de l'humeur \[affectifs\] précisés](#)

F39 Trouble de l'humeur [affectif], sans précision

Inclus : Psychose affective SAI

Annexe 7: Liste des codes du DSM IV pour les troubles de l'humeur

Troubles dépressifs

- 300.4 Trouble [dysthymique](#)
- [Dépression majeure](#)
 - Dépression majeure, récurrente
 - 296.36 -
 - 296.35 -
 - 296.31 Légère
 - 296.32 Modérée
 - 296.33 Sévère sans symptômes psychotiques
 - 296.34 Sévère avec symptômes psychotiques
 - 296.30 Non spécifiée
 - 296.26 -
 - 296.25 -
 - 296.21 Léger
 - 296.22 Modéré
 - 296.23 Sévère sans symptômes psychotiques
 - 296.24 Sévère avec symptômes psychotiques
 - 296.20 Non spécifié
- 311 [Dépression majeure non spécifiée](#)

Troubles bipolaires

- [Troubles bipolaires](#)
 - 296.80 [Trouble bipolaire non spécifié](#)
 - [Trouble bipolaire I](#), épisode [dépressif](#) récent
 - 296.56 -
 - 296.55 -
 - 296.51 Léger
 - 296.52 Modéré
 - 296.53 Sévère sans symptômes psychotiques
 - 296.54 Sévère avec symptômes psychotiques
 - 296.50 Non spécifié
 - 296.40 Trouble bipolaire I, épisode [hypomaniaque](#) récent
 - Trouble bipolaire I, épisode [maniaque](#)
 - 296.46 -
 - 296.45 -
 - 296.41 Léger
 - 296.42 Modéré
 - 296.43 Sévère sans symptômes psychotiques
 - 296.44 Sévère avec symptômes psychotiques
 - 296.40 Non spécifié
 - Trouble bipolaire I, épisode mixte récent
 - 296.66 -
 - 296.65 -
 - 296.61 Léger
 - 296.62 Modéré
 - 296.63 Sévère sans symptômes psychotiques
 - 296.64 Sévère avec symptômes psychotiques
 - 296.60 Non spécifié
 - 296.7 Trouble bipolaire, épisode récent non spécifié
 - 296.06 -
 - 296.05 -
 - 296.01 Léger
 - 296.02 Modéré
 - 296.03 Sévère sans symptômes psychotiques
 - 296.04 Sévère avec symptômes psychotiques
 - 296.00 Non spécifié
 - 296.89 [Trouble bipolaire II](#)
- 301.13 Trouble [cyclothymique](#)
- [Trouble de l'humeur](#)
 - 293.83 Trouble de l'humeur dû à... [Indiquer une condition médicale générale]
 - 296.90 Trouble de l'humeur non spécifié

Annexe 8: DSM 5 Critères diagnostiques (traduction non validée)

Source : HAS/SERVICES Bonnes Pratiques professionnelles / juin 2014

Episode maniaque

DSM 5. Critères diagnostiques d'un épisode maniaque

- A. Un épisode maniaque est défini comme une période nettement délimitée d'élévation de l'humeur ou d'humeur expansive ou irritable ou d'une augmentation de l'activité ou de l'énergie orientée vers un but. Cette période doit durer au moins une semaine, être présente tout le long de la journée presque tous les jours ou moins si une hospitalisation est nécessaire.
- B. Au moins 3 des symptômes suivants doivent être présents à un degré significatif et constituer un changement notable du comportement habituel (4 symptômes si l'humeur est seulement irritable).
- Augmentation de l'estime de soi ou idées de grandeur.
 - Réduction du besoin de sommeil (se sentir reposé après seulement 3 heures de sommeil).
 - Plus grande communicabilité que l'habitude ou le désir de parler constamment.
 - Fuite des idées ou sensations subjectives que les pensées défilent.
 - Distractibilité (l'attention est trop facilement attirée par des *stimuli* extérieurs sans importance ou insignifiants).
 - Augmentation de l'activité orientée vers un but (social, professionnel, scolaire ou sexuel) ou agitation psychomotrice.
 - Engagement excessif dans les activités agréables mais à potentiel élevé de conséquences dommageables (par exemple la personne se lance sans retenue dans des achats inconsidérés, des conduites sexuelles inconséquentes ou des investissements commerciaux déraisonnables).
 - Les symptômes ne répondent pas aux critères d'un épisode mixte.
- C. La perturbation de l'humeur est suffisamment sévère pour entraîner une altération marquée du fonctionnement professionnel, des activités sociales, ou des relations interpersonnelles, ou, pour nécessiter l'hospitalisation afin de prévenir les conséquences dommageables pour le sujet ou pour autrui ou bien, s'il existe des caractéristiques psychotiques.

DSM 5. Critères diagnostiques Trouble bipolaire de type I

- A. Les critères (critères A à D de l'épisode maniaque) ont été respectés pour au moins un épisode maniaque.
- B. L'occurrence d'un épisode maniaque et d'un épisode dépressif majeur n'est pas mieux expliquée par un trouble schizoaffectif, une schizophrénie, un trouble schizophréniforme, un trouble délirant, ou par un autre trouble psychotique.
- L'épisode maniaque peut avoir été précédé et suivi par un épisode hypomaniaque ou par un épisode dépressif caractérisé.

DSM 5. Critères diagnostiques Trouble bipolaire de type II

- A. Les critères (A à F) ont été respectés pour au moins un épisode hypomaniaque et pour au moins un épisode dépressif.
- B. Il n'y a jamais eu d'épisode maniaque.
- C. L'occurrence d'un épisode hypomaniaque et d'un épisode dépressif majeur n'est pas mieux expliquée par un trouble schizoaffectif, une schizophrénie, un trouble schizophréniforme, un trouble délirant, ou par un autre trouble psychotique.
- Les symptômes de dépression ou le caractère imprévisible provoqué par l'alternance fréquente des périodes de dépression et des périodes d'hypomanie entraînent une détresse cliniquement significative ou une détérioration des activités sociales, du fonctionnement professionnel, ou dans d'autres domaines importants de fonctionnement.

DSM 5. Critères diagnostiques d'un épisode maniaque

D. Les symptômes ne sont pas dus aux effets physiologiques directs d'une substance (donnant lieu à un abus, médicament) ou d'une affection médicale généralisée (hyperthyroïdie).

Les critères A à D constituent un épisode maniaque. La présence d'au moins un épisode maniaque est nécessaire pour le diagnostic d'un épisode bipolaire de type I.

During the period of mood disturbance and increased energy and activity, three (or more) of the following symptoms (four if the mood is only irritable) have persisted, represent a noticeable change from usual behavior, and have been present to a significant degree

Episode hypomaniaque

DSM 5. Critères diagnostiques d'un épisode hypomaniaque

- A. Un épisode hypomaniaque est défini comme une période nettement délimitée d'élévation de l'humeur ou d'humeur expansive ou irritable et d'une augmentation persistante de l'activité ou de l'énergie. Cette période doit durer au moins 4 jours consécutifs et être présente toute la journée, presque tous les jours.
- B. Durant la période de trouble de l'humeur et d'augmentation de l'énergie et de l'activité au moins 3 des symptômes suivants ont persisté, constituent un changement notable du comportement habituel (4 symptômes si l'humeur est seulement irritable) et ont été présents à un degré significatif.
- Augmentation de l'estime de soi ou idées de grandeur.
 - Réduction du besoin de sommeil (se sentir reposé après seulement 3 heures de sommeil).
 - Plus grande communicabilité que l'habitude ou le désir de parler constamment.
 - Fuite des idées ou sensations subjectives que les pensées défilent.
 - Distractibilité (l'attention est trop facilement attirée par des *stimuli* extérieurs sans importance ou insignifiants).
 - Augmentation de l'activité orientée vers un but (social, professionnel, scolaire ou sexuel) ou agitation psychomotrice.
 - Engagement excessif dans les activités agréables mais à potentiel élevé de conséquences dommageables (par exemple la personne se lance sans retenue dans des achats inconsidérés, des conduites sexuelles inconséquentes ou des investissements commerciaux déraisonnables).
- L'épisode est associé sans équivoque à un fonctionnement qui est inhabituel chez l'individu quand il n'est pas symptomatique.
- La perturbation de l'humeur et le changement du fonctionnement sont perceptibles par autrui.
- C. La perturbation de l'humeur n'est pas assez sévère pour entraîner une altération marquée du fonctionnement professionnel, des activités sociales, ou des relations interpersonnelles, ou, pour nécessiter l'hospitalisation. S'il existe des caractéristiques psychotiques l'épisode est par définition considéré comme maniaque.
- D. Les symptômes ne sont pas dus aux effets physiologiques directs d'une substance (donnant lieu à un abus, médicament).
- Les critères A à F constituent un épisode hypomaniaque. Les épisodes hypomaniaques sont courants dans le trouble bipolaire de type I mais ne sont pas nécessaires pour établir un diagnostic du trouble bipolaire de type I.

Épisode dépressif majeur

DSM 5. Critères diagnostiques d'un épisode dépressif majeur d'un trouble bipolaire

A. Au moins 5 des symptômes suivants doivent être présents pendant une même période d'une durée de deux semaines et avoir représenté un changement par rapport au fonctionnement antérieur ; au moins un des symptômes est soit 1) une humeur dépressive, soit 2) une perte d'intérêt ou de plaisir. NB : Ne pas inclure les symptômes manifestement attribuables à une autre affection médicale.

1) Humeur dépressive présente pratiquement toute la journée, presque tous les jours signalée par le sujet (ex. : se sent vide ou triste ou désespéré) ou observée par les autres (ex. : pleure ou est au bord des larmes). NB : Eventuellement irritabilité chez l'enfant ou l'adolescent.

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

3) Perte ou gain de poids significatif en l'absence de régime (ex. : modification du poids corporel en 1 mois excédant 5 %) ou diminution ou augmentation de l'appétit presque tous les jours. NB : Chez l'enfant, prendre en compte l'absence de l'augmentation de poids attendue.

4) Insomnie ou hypersomnie presque tous les jours.

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

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

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

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

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

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

C. Les symptômes ne sont pas attribuables à l'effet physiologique d'une substance ou d'une autre affection médicale.

NB : Les critères A à C caractérisent l'épisode dépressif majeur (ou épisode dépressif caractérisé). Les épisodes dépressifs majeurs sont courants dans le trouble bipolaire de type I mais ne sont pas nécessaires pour établir un diagnostic du trouble bipolaire de type I.

NB : La réaction à une perte significative (p. ex. décès, ruine financière, perte secondaire à une catastrophe naturelle, affection médicale ou handicap sévère) peut inclure une tristesse intense, des ruminations au sujet de cette perte, une insomnie, une perte d'appétit et une perte de poids notées au niveau du critère A, et peut ressembler à un épisode dépressif. Bien que ces symptômes puissent être compréhensibles ou considérés comme adaptés face à cette perte, la présence d'un épisode dépressif caractérisé associé à la réponse normale à cette perte doit aussi être envisagée. Cette décision demande que le jugement clinique tienne compte de l'histoire individuelle et des normes culturelles concernant l'expression de la souffrance dans un contexte de perte.

Annexe 9: Critères diagnostiques détaillés du TBI et du TBII selon le DSM 5

(source Psychomedia 13/12/2015)

Trouble bipolaire de type 1

Pour un diagnostic de trouble bipolaire de type 1, les critères suivants d'un épisode de manie doivent être rencontrés. Un tel épisode peut, ou non, avoir été précédé ou être suivi par un ou des épisodes de dépression majeure ou d'hypomanie.

Critères d'un épisode de manie

- A. Une période nettement délimitée d'au moins 1 semaine (ou n'importe quelle durée si une hospitalisation est nécessaire) d'humeur anormalement élevée, expansive ou irritable et d'augmentation anormale de l'activité ou de l'énergie dirigée vers un but, de façon persistante, la plus grande partie de la journée, presque tous les jours.
- B. Au cours de cette période de perturbation de l'humeur et d'énergie ou d'activité accrue, 3 (ou plus) des symptômes suivants (4 si l'humeur est seulement irritable) sont présents à un niveau significatif et représentent un changement notable par rapport au comportement habituel :
 1. Estime de soi exagérée ou idées de grandeur.
 2. Besoin réduit de sommeil (par exemple, se sentir reposé après seulement 3 heures de sommeil).
 3. Plus grande loquacité que d'habitude ou désir de parler constamment.
 4. Fuite des idées ou expérience subjective que les pensées s'emballent.
 5. Distractibilité rapportée ou observée (par exemple, l'attention est trop facilement attirée par des stimuli extérieurs sans importance ou insignifiants).
 6. Augmentation de l'activité orientée vers un but (sociale, professionnelle, scolaire ou sexuelle) ou agitation psychomotrice (activité sans but).
 7. Engagement excessif dans des activités à potentiel élevé de conséquences dommageables (par exemple, s'engager dans des achats inconsidérés, des conduites sexuelles inconséquentes ou des investissements commerciaux déraisonnables).
- C. La perturbation de l'humeur est suffisamment sévère pour entraîner une altération marquée du fonctionnement social ou professionnel ou pour nécessiter une hospitalisation (afin d'éviter de se nuire à soi-même ou aux autres) ou il y a présence de caractéristiques psychotiques (idées délirantes, hallucinations et trouble de la pensée formelle).
- D. L'épisode n'est pas dû aux effets physiologiques directs d'une substance (par exemple, substance donnant lieu à abus, médicament ou autre traitement) ou d'une affection médicale générale.

Remarque : Un épisode maniaque qui apparaît au cours d'un traitement antidépresseur, mais persiste, à un niveau qui rencontre les critères, au-delà de l'effet physiologique de ce traitement est considéré comme un épisode maniaque et, par conséquent, justifie un diagnostic de trouble bipolaire I.

Critères d'un épisode d'hypomanie

- A. Une période nettement délimitée, d'au moins 4 jours consécutifs, d'humeur anormalement élevée, expansive ou irritable, et d'augmentation anormale de l'activité ou de l'énergie, de persistante, la plus grande partie de la journée, presque tous les jours.

- B. Au cours de cette période de perturbation de l'humeur et d'énergie ou d'activité accrue, 3 (ou plus) des symptômes suivants (4 si l'humeur est seulement irritable) ont persisté, ont représenté un changement notable par rapport au comportement habituel et ont été présents à un niveau significatif :
1. Estime de soi exagérée ou idées de grandeur.
 2. Besoin réduit de sommeil (par exemple, se sentir reposé après seulement 3 heures de sommeil).
 3. Plus grande loquacité que d'habitude ou désir de parler constamment.
 4. Fuite des idées ou expérience subjective que les pensées s'emballent.
 5. Distractibilité rapportée ou observée (par exemple, l'attention est trop facilement attirée par des stimuli extérieurs sans importance ou insignifiants).
 6. Augmentation de l'activité orientée vers un but (sociale, professionnelle, scolaire ou sexuelle) ou agitation psychomotrice (activité sans but).
 7. Engagement excessif dans des activités à potentiel élevé de conséquences dommageables (par exemple, s'engager dans des achats inconsidérés, des conduites sexuelles inconséquentes ou des investissements commerciaux déraisonnables).
- C. L'épisode s'accompagne de modifications indiscutables du fonctionnement qui diffèrent de ceux de la personne hors période symptomatique.
- D. La perturbation de l'humeur et le changement dans le fonctionnement sont manifestes pour les autres.
- E. La sévérité de l'épisode n'est pas suffisante pour entraîner une altération marquée du fonctionnement professionnel ou social, ou pour nécessiter une hospitalisation. S'il y a des caractéristiques psychotiques, l'épisode est, par définition, maniaque (et non hypomaniaque).
- F. L'épisode n'est pas dû aux effets physiologiques directs d'une substance (drogue prêtant à abus, médicament, ou autre traitement) ou d'une affection médicale générale.

Remarque : Un épisode hypomaniaque qui apparaît au cours d'un traitement antidépresseur, mais persiste, à un niveau qui rencontre les critères, au-delà de l'effet physiologique de ce traitement est considéré comme un épisode hypomaniaque. Toutefois, un ou deux symptômes (notamment l'augmentation de l'irritabilité, de la nervosité, ou de l'agitation suite à l'utilisation d'antidépresseurs) ne sont pas considérés comme suffisants pour le diagnostic d'un épisode d'hypomanie, ni nécessairement indicatifs d'un trouble bipolaire.

Note : Les épisodes d'hypomanie sont fréquents dans le trouble bipolaire de type 1 mais ne sont pas nécessaires pour le diagnostic.

Note : Les épisodes de dépression majeure sont fréquents dans le trouble bipolaire de type I mais ne sont pas nécessaires pour le diagnostic.

Critères du trouble bipolaire de type 1

- A. Les critères d'au moins un épisode de manie doivent être rencontrés.
- B. La survenue d'épisode(s) de manie et de dépression majeure n'est pas mieux expliquée par un trouble schizoaffectif, une schizophrénie, un trouble schizophréniforme, un trouble délirant, ou un autre trouble du spectre schizophrénique et un autre trouble psychotique.

Trouble bipolaire de type 2

- A. Les critères d'au moins un épisode d'hypomanie ET d'au moins un épisode de dépression majeure, actuels ou passés, sont rencontrés.
- B. Il n'y a jamais eu d'épisode de manie.
- C. La survenue des épisode(s) d'hypomanie et de dépression majeure n'est pas mieux expliquée par un trouble schizoaffectif, une schizophrénie, un trouble schizophréniforme, un trouble délirant, ou un autre trouble du spectre schizophrénique et un autre trouble psychotique.
- D. Les symptômes de dépression ou l'imprévisibilité causée par la fréquente alternance entre périodes de dépression et d'hypomanie provoquent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement dans les domaines sociaux ou professionnels ou d'autres domaines importants.

Troubles reliés

Trouble cyclothymique

Un diagnostic de trouble cyclothymique peut s'appliquer lorsque, pendant deux ans, des périodes hypomaniaques et dépressives sont vécues la moitié du temps, sans jamais que les critères d'un épisode de manie, d'hypomanie ou de dépression majeure soient remplis.

Autre trouble bipolaire (spécifié ou non spécifié)

Un diagnostic d'autre trouble bipolaire (spécifié ou non spécifié, selon les précisions apportées par le clinicien), peut aussi être posé dans des cas où les symptômes caractéristiques d'un trouble bipolaire causent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement mais ne répondent pas à tous les critères des troubles bipolaires 1 et 2 ou du trouble cyclothymique.

Annexe 10: Échelle d'Évaluation de la dépression de Hamilton

1 - Humeur dépressive (tristesse, sentiment d'être sans espoir, impuissant, auto-dépréciation)

- Absent
- Ces états affectifs ne sont signalés que si on interroge la personne
- Ces états sont signalés rapportés spontanément
- Ces états sont communiqués de manière non verbale (par exemple par l'expression faciale, l'attitude, la voix et la tendance à sangloter).
- La personne ne rapporte que ces états dans sa communication verbale spontanée et non verbale

2 – Sentiments de culpabilité

- Absent
- S'adresse des reproches à elle-même, a l'impression d'avoir porté préjudice aux autres
- Idées de culpabilité ou rumination sur des erreurs passées ou des actes condamnables
- La maladie actuelle est une punition. Idées délirantes de culpabilité
- Entend des voix qui l'accusent ou la dénoncent; a des hallucinations visuelles menaçantes

3 - Suicide

- Absent
- A l'impression que la vie ne vaut pas la peine d'être vécue
- Souhaite être morte ou a des pensées de mort
- Idées ou geste suicidaire
- Tentatives de suicide

4 - Insomnie en début de nuit

- Pas de difficulté à s'endormir
- Difficulté occasionnelle à s'endormir (c'est-à-dire plus d'une demi-heure)
- Difficulté quotidienne à s'endormir

5 - Insomnie en milieu de nuit

- Pas de difficulté
- La personne est agitée et facilement dérangée durant la nuit
- Réveils pendant la nuit

6 - Insomnie du matin

- Pas de difficulté
- La personne se réveille de très bonne heure mais se rendort
- Incapable de se rendormir si elle se réveille

7 - Travail et activités

- Pas de difficulté
- Pensées et sentiments d'incapacité, de fatigue et de faiblesse lors d'activités de travail ou de loisir
- Désintérêt pour les activités, travail ou loisirs, rapporté directement par la personne, ou indirectement par une attitude apathique, indécise et hésitante (elle sent qu'elle doit se forcer)
- Diminution du temps réel consacré à des activités, diminution de productivité
- Arrêt de travail en raison de la présente maladie.

8 - Ralentissement (lenteur de pensée et de langage, difficulté de concentration, activité motrice diminuée)

- Pensée et langage normaux
- Léger ralentissement lors de l'entrevue
- Ralentissement manifeste lors de l'entrevue
- Entrevue difficile
- État de stupeur

9 - Agitation

- Aucune
- Crispation
- Joue avec ses mains, ses cheveux...
- Bouge, ne peut rester assis tranquille
- Se tord les mains, se ronger les ongles, s'arrache les cheveux, se mord les lèvres

10 - Anxiété (aspect psychologique)

- Pas de difficulté
- Tension subjective et irritabilité
- S'inquiète pour des problèmes mineurs
- Appréhension apparente dans l'expression faciale et le discours
- Peurs exprimées sans être questionnées

11 - Anxiété (aspect physique)

- Absent
- Symptômes légers
- Symptômes modérés
- Symptômes sévères
- Symptômes invalidants

12 - Symptômes gastro-intestinaux

- Aucun symptôme
- Perte d'appétit, mais mange à peu près normalement sans s'y être incitée
- Réduction marquée de l'appétit et de la prise de nourriture. La personne a de la difficulté à manger sans être incitée par d'autres

13 - Symptômes somatiques généraux

- Aucun
- Lourdeur dans les membres, le dos ou la tête. Maux de dos, de tête, douleurs musculaires. Perte d'énergie et fatigabilité.
- Un de ces symptômes est très marqué

14 - Symptômes génitaux (tels que perte de libido, performance sexuelle altérée, perturbations des règles)

- Absents
- Légers
- Sévères

15 - Hypochondrie

- Absente
- Attention concernant son corps
- Préoccupations concernant sa santé
- Plaintes fréquentes, demande de l'aide,...
- Idées délirantes hypochondriaques

16 - Perte de poids

- Pas de perte de poids
- Perte de poids probable associée à la présente maladie
- Perte de poids certaine selon la personne

17 - Conscience de la maladie

- Reconnaît être déprimée et malade
- Reconnaît être malade mais attribue la maladie à une mauvaise alimentation, le climat, le surmenage, un virus, le besoin de repos...
- Nie être malade

Plus la note est élevée, plus la dépression est grave :

- 0 à 12 Non dépressif (ve)
- 10 à 13 Symptômes dépressifs légers
- 14 à 17 Symptômes dépressifs légers à modérés
- 18 à 52 Symptômes dépressifs modérés à sévères

Annexe 11 : Echelle MADRS

1) Tristesse apparente

Correspond au découragement, à la dépression et au désespoir (plus qu'un simple cafard passager) reflétés par la parole, la mimique et la posture. Coter selon la profondeur et l'incapacité à se dérider.

- 0 Pas de tristesse.
- 1
- 2 Semble découragé mais peut se dérider sans difficulté.
- 3
- 4 Parait triste et malheureux la plupart du temps.
- 5
- 6 Semble malheureux tout le temps. Extrêmement découragé.

2) Tristesse exprimée

Correspond à l'expression d'une humeur dépressive, que celle-ci soit apparente ou non. Inclut le cafard, le découragement ou le sentiment de détresse sans espoir. Coter selon l'intensité, la durée et le degré auquel l'humeur est dite être influencée par les événements.

- 0 Tristesse occasionnelle en rapport avec les circonstances.
- 1
- 2 Triste ou cafardeux, mais se déride sans difficulté.
- 3
- 4 Sentiment envahissant de tristesse ou de dépression.
- 5
- 6 Tristesse, désespoir ou découragement permanents ou sans fluctuation.

3) Tension intérieure

Correspond aux sentiments de malaise mal défini, d'irritabilité, d'agitation intérieure, de tension nerveuse allant jusqu'à la panique, l'effroi ou l'angoisse. Coter selon l'intensité, la fréquence, la durée, le degré de réassurance nécessaire.

- 0 Calme. Tension intérieure seulement passagère.
- 1
- 2 Sentiments occasionnels d'irritabilité et de malaise mal défini.
- 3
- 4 Sentiments continuels de tension intérieure ou panique intermittente que le malade ne peut maîtriser qu'avec difficulté.
- 5
- 6 Effroi ou angoisse sans relâche. Panique envahissante.

4) Réduction du sommeil

Correspond à une réduction de la durée ou de la profondeur du sommeil par comparaison avec le sommeil du patient lorsqu'il n'est pas malade.

- 0 Dort comme d'habitude.
- 1
- 2 Légère difficulté à s'endormir ou sommeil légèrement réduit. Léger ou agité.
- 3
- 4 Sommeil réduit ou interrompu au moins deux heures.
- 5
- 6 Moins de deux ou trois heures de sommeil.

5) Réduction de l'appétit

Correspond au sentiment d'une perte de l'appétit comparé à l'appétit habituel. Coter l'absence de désir de nourriture ou le besoin de se forcer pour manger.

- 0 Appétit normal ou augmenté.
- 1
- 2 Appétit légèrement réduit.
- 3.
- 4 Pas d'appétit. Nourriture sans goût.
- 5
- 6 Ne mange que si on le persuade.

6) Difficultés de concentration

Correspond aux difficultés à rassembler ses pensées allant jusqu'à l'incapacité à se concentrer. Coter l'intensité, la fréquence et le degré d'incapacité.

- 0 Pas de difficulté de concentration.
- 1
- 2 Difficultés occasionnelles à rassembler ses pensées.
- 3
- 4 Difficultés à se concentrer et à maintenir son attention, ce qui réduit la capacité à lire ou à soutenir une conversation.
- 5
- 6 Incapacité de lire ou de converser sans grande difficulté.

7) Lassitude

Correspond à une difficulté à se mettre en train ou une lenteur à commencer et à accomplir les activités quotidiennes.

- 0 Guère de difficultés à se mettre en route ; pas de lenteur.
- 1
- 2 Difficultés à commencer des activités.
- 3
- 4 Difficultés à commencer des activités routinières qui sont poursuivies avec effort.
- 5
- 6 Grande lassitude. Incapable de faire quoi que ce soit sans aide.

8) Incapacité à ressentir

Correspond à l'expérience subjective d'une réduction d'intérêt pour le monde environnant, ou les activités qui donnent normalement du plaisir. La capacité à réagir avec une émotion appropriée aux circonstances ou aux gens est réduite.

- 0 Intérêt normal pour le monde environnant et pour les gens.
- 1
- 2 Capacité réduite à prendre plaisir à ses intérêts habituels.
- 3
- 4 Perte d'intérêt pour le monde environnant. Perte de sentiment pour les amis et les connaissances.
- 5
- 6 Sentiment d'être paralysé émotionnellement, incapacité à ressentir de la colère, du chagrin ou du plaisir, et impossibilité complète ou même douloureuse de ressentir quelque chose pour les proches, parents et amis.

9) Pensées pessimistes

Correspond aux idées de culpabilité, d'infériorité, d'auto-accusation, de péché ou de ruine.

- 0 Pas de pensées pessimistes.
- 1
- 2 Idées intermittentes d'échec, d'auto-accusation et d'autodépréciation.
- 3
- 4 Auto-accusations persistantes ou idées de culpabilité ou péché précises, mais encore rationnelles. Pessimisme croissant à propos du futur.
- 5
- 6 Idées délirantes de ruine, de remords ou péché inexpiable. Auto-accusations absurdes et inébranlables.

10) Idées de suicide

Correspond au sentiment que la vie ne vaut pas la peine d'être vécue, qu'une mort naturelle serait la bienvenue, idées de suicide et préparatifs au suicide. Les tentatives de suicide ne doivent pas, en elles-mêmes, influencer la cotation.

- 0 Jouit de la vie ou la prend comme elle vient.
- 1
- 2 Fatigué de la vie, idées de suicide seulement passagères.
- 3
- 4 Il vaudrait mieux être mort. Les idées de suicide sont courantes et le suicide est considéré comme une solution possible, mais sans projet ou intention précis.
- 5
- 6 Projets explicites de suicide si l'occasion se présente. Préparatifs de suicide.

Résultats :

Chaque item est coté de 0 à 6, seules les valeurs paires sont définies. Le médecin doit décider si l'évaluation doit reposer sur les points de l'échelle bien définis (0, 2, 4, 6) ou sur des points intermédiaires (1, 3, 5).

Score maximal de 60.

Le seuil de dépression est fixé à 15.

Echelle assez rapide et sensible à l'efficacité thérapeutique.

Annexe 12 : Questionnaire "troubles de l'humeur" MDQ (Mood Disorder Questionnaire)

Y a-t-il jamais eu des périodes de temps où vous n'étiez pas comme d'habitude et ou...			
Vous vous sentiez si bien et si remonté que d'autres personnes pensaient que vous n'étiez pas comme d'habitude ou que vous alliez vous attirer des ennuis		Oui	Non
Vous étiez si irritable que vous criiez après des gens ou que vous provoquiez des bagarres ou des disputes		Oui	Non
Vous vous sentiez beaucoup plus sûr de vous que d'habitude		Oui	Non
Vous dormiez beaucoup moins que d'habitude et trouviez que cela ne vous manquait pas vraiment		Oui	Non
Vous étiez beaucoup plus bavard et parliez beaucoup plus vite que d'habitude		Oui	Non
Des pensées traversaient rapidement votre tête et vous ne pouviez pas les ralentir		Oui	Non
Vous étiez si facilement distrait par ce qui vous entourait et que vous aviez des difficultés à vous concentrer ou à poursuivre la même idée		Oui	Non
Vous aviez beaucoup plus d'énergie que d'habitude		Oui	Non
Vous étiez beaucoup plus actif ou que vous faisiez beaucoup plus de choses que d'habitude		Oui	Non
Vous étiez beaucoup plus sociable ou extraverti que d'habitude, par exemple, vous téléphoniez à vos amis au milieu de la nuit		Oui	Non
Vous étiez beaucoup plus intéressé par le sexe que d'habitude		Oui	Non
Vous faisiez des choses inhabituelles pour vous ou que d'autres gens pensaient être excessifs, imprudentes ou risquées		Oui	Non
Vous dépensiez de l'argent de manière si inadaptée que cela vous attirait des ennuis ou à votre famille		Oui	Non
Si vous avez coché "oui" à plus d'une des questions précédentes, est-ce que plusieurs d'entre elles sont apparues durant la même période de temps ?		Oui	Non
A quel point une de ces questions a été pour vous un problème au point de ne plus travailler, d'avoir des difficultés familiales, légales, d'argent, de vous inciter à des bagarres ou des disputes ?			
Pas de problème	Problème mineur	Problème moyen	Problème sérieux

Annexe 13 : Critères de la dépendance selon le DSM IV

La dépendance est un mode d'utilisation inapproprié d'une substance entraînant une détresse ou un dysfonctionnement cliniquement significatif, comme en témoignent trois (ou plus) des manifestations suivantes, survenant à n'importe quel moment sur la même période de douze mois :

Tolérance, définie par l'une ou l'autre des manifestations suivantes :

- Besoin de quantités nettement majorées de la substance pour obtenir une intoxication ou l'effet désiré ;
- Effet nettement diminué en cas d'usage continu de la même quantité de la substance.

Comme en témoigne l'une ou l'autre des manifestations suivantes :

- Syndrome de sevrage caractéristique de la substance ;
- La même substance (ou une substance apparentée) est prise dans le but de soulager ou d'éviter les symptômes de sevrage.

Substance souvent prise en quantité supérieure ou sur un laps de temps plus long que ce que la personne avait envisagé.

Désir persistant ou efforts infructueux pour réduire ou contrôler l'utilisation de la substance ;

Temps considérable passé à faire le nécessaire pour se procurer la substance, la consommer ou récupérer de ses effets ;

D'importantes activités sociales, occupationnelles ou de loisirs sont abandonnées ou réduites en raison de l'utilisation de la substance ;

Poursuite de l'utilisation de la substance malgré la connaissance de l'existence d'un problème physique ou psychologique persistant ou récurrent déterminé ou exacerbé par la substance.

Préciser :

- **Avec dépendance physique :** signes de tolérance ou de sevrage (item 1 ou 2 présents)
- **Sans dépendance physique :** pas de signes de tolérance ou de sevrage (item 1 ou 2 absents).

Annexe 14 : Critères diagnostiques de la dépendance (CIM-10)

Critères diagnostiques de l'Organisation Mondiale de la Santé - CIM-10

Au moins trois des manifestations suivantes ont persisté conjointement pendant au moins un mois ou, quand elles ont persisté pendant moins d'un mois, sont survenues ensemble de façon répétée au cours d'une période de 12 mois :

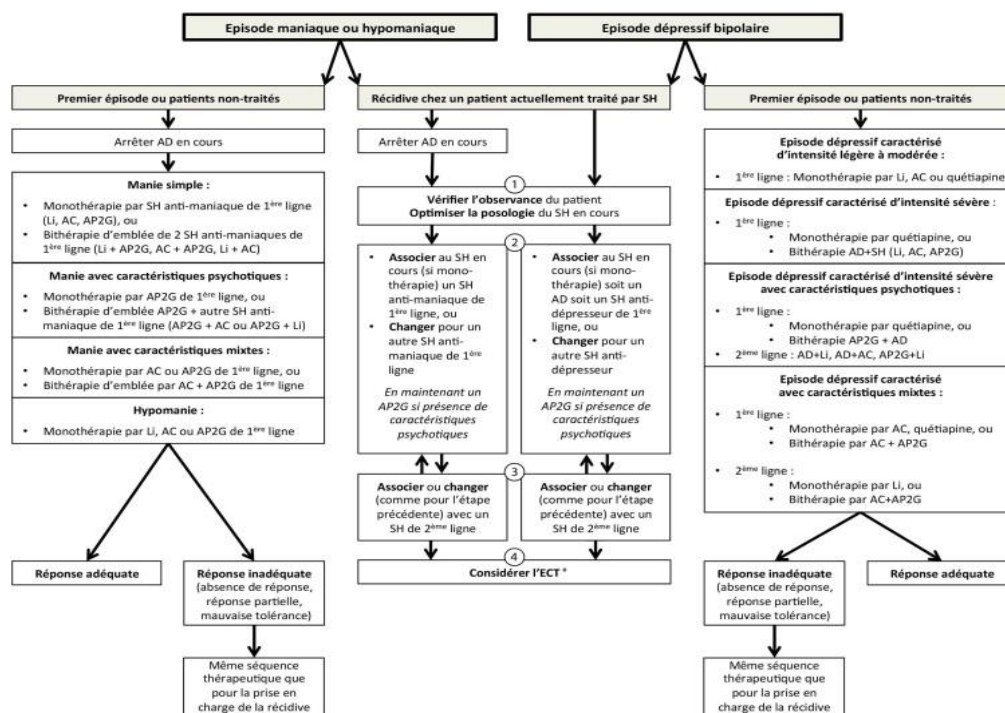
- désir puissant ou compulsif d'utiliser une substance psychoactive ;
- altération de la capacité à contrôler l'utilisation de la substance, caractérisée par des difficultés à s'abstenir initialement d'une substance, à interrompre sa consommation ou à contrôler son utilisation, comme en témoigne le fait que la substance est souvent prise en quantité supérieure ou sur un laps de temps plus long que ce que le sujet avait envisagé, ou par un ou plusieurs efforts infructueux pour réduire ou contrôler son utilisation ;
- survenue d'un syndrome de sevrage physiologique quand le sujet réduit ou arrête l'utilisation de la substance, comme en témoigne la présence de symptômes de sevrage, caractéristiques de la substance ou l'utilisation de la substance (ou d'une substance similaire) dans le but de diminuer ou d'éviter les symptômes de sevrage ;
- mise en évidence d'une tolérance aux effets de la substance, caractérisée par un besoin de quantités nettement majorées pour obtenir une intoxication ou l'effet désiré ou un effet nettement diminué en cas d'usage continu de la même dose ;
- préoccupation par l'utilisation de la substance, comme en témoigne le fait que d'autres plaisirs ou intérêts importants sont abandonnés ou réduits en raison de l'utilisation de la substance ou qu'un temps considérable est passé à faire le nécessaire pour se procurer la substance, la consommer ou récupérer de ses effets ;
- poursuite de la consommation de la substance psychoactive malgré la présence manifeste de conséquences nocives, comme en témoigne la poursuite de la consommation malgré le fait que le sujet est effectivement conscient de la nature et de la gravité des effets nocifs ou qu'il devrait l'être.

Annexe 15 : Critères de l'addiction selon GOODMAN (1990)

- A. Impossibilité de résister aux impulsions à réaliser ce type de comportement.
- B. Sensation croissante de tension précédant immédiatement le début du comportement.
- C. Plaisir ou soulagement pendant sa durée.
- D. Sensation de perte de contrôle pendant le comportement.
- E. Présence d'au moins cinq des neuf critères suivants :
 - Préoccupations fréquentes au sujet du comportement ou de sa préparation
 - Intensité et durée des épisodes plus importantes que souhaitées à l'origine
 - Tentatives répétées pour réduire, contrôler ou abandonner le comportement
 - Temps important consacré à préparer les épisodes, à les entreprendre ou à se remettre de leurs effets
 - Survenue fréquente des épisodes lorsque le sujet doit accomplir des obligations professionnelles, scolaires ou universitaires, familiales ou sociales
 - Activités sociales, professionnelles ou de loisirs majeures sacrifiées du fait du comportement
 - Persévérance du comportement bien que le sujet sache qu'il cause ou aggrave un problème persistant ou récurrent d'ordre social, financier, psychologique ou physique
 - Tolérance marquée : besoin d'augmenter l'intensité ou la fréquence pour obtenir l'effet désiré, ou diminution de l'effet procuré par un comportement de même intensité
 - Agitation ou irritabilité en cas d'impossibilité de s'adonner au comportement
- F. Certains éléments du syndrome ont duré plus d'un mois ou se sont répétés pendant une période plus longue.

Source: (*Le risque d'addiction aux réseaux sociaux*, 05:28:04 UTC)

Annexe 16 : Algorithme décisionnel lors d'un épisode, (Samalin et al., 2015).



* : ECT en 1ère intention si pronostic vital engagé (ex : manie furieuse, mélancolie délirante...) ou si antécédent de réponse. Si présence de cycles rapides ou si caractéristiques mixtes : AD contre-indiqués (même en association avec un SH).

AC : anti-convulsivant ; AD : anti-dépresseur ; AP2G : anti-psychotique de deuxième génération ; ECT : électro-convulsivo-thérapie ; Li : lithium ; SH : stabilisateur de l'humeur

Annexe 17: Les différentes formes de non-observance selon Munzenberger et al. (1996)⁵⁶

Gradation de la non-observance	Caractéristiques
Les arrêts définitifs	Forme de non-observance la plus aiguë Comportements non observants les plus visibles : " perdus de vue »
Les arrêts "momentanées"	Comportements décidés par les patients (par exemple, pendant quelques semaines) Plus difficile à mesurer pour le médecin
Les "oublis"	Comportements les plus fréquents et difficilement visibles pour le médecin La quasi-totalité des patients avoue oublier fréquemment ou occasionnellement leurs médicaments
Les prises "groupées"	Comportements moins fréquents Prise de la totalité des médicaments en une ou deux prises par jour au lieu de trois

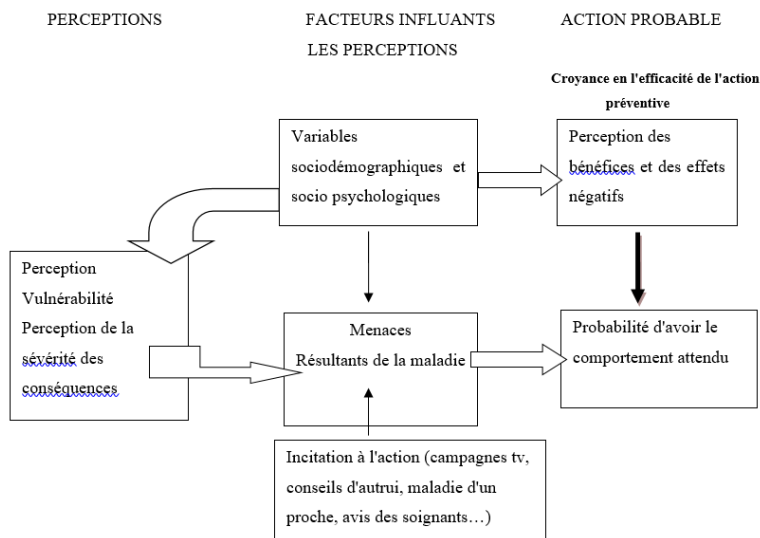
Annexe 18: Les différents facteurs du modèle HBM de Rosenstock (Tarquinio & Tarquinio, 2007).⁵⁷

Facteurs liés à la perception subjective de la maladie par le patient	Facteurs liés à la perception subjective du traitement par le patient	Facteurs liés à l'environnement socio-familial du patient	Facteurs liés à l'influence de la relation médecin-patient
- Reconnaissance et acceptation du diagnostic - Perception de la gravité de la maladie	- Perceptions des potentialités bénéfiques ou négatives des médicaments	- Perception des opinions de l'environnement socio-familial - Qualité de ce climat	Confiance du patient dans la prise en charge thérapeutique du médecin et de son soutien

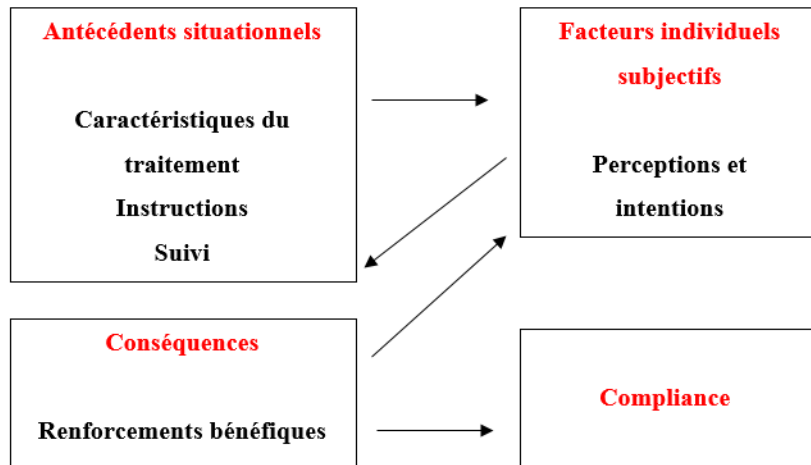
⁵⁶ Tableau reproduit à partir du tableau 1 page 3 (Tarquinio & Tarquinio, 2007).

⁵⁷ Tableau 1, page 215.

Annexe 19: Modèle HBM, (Rosenstock, 1974)

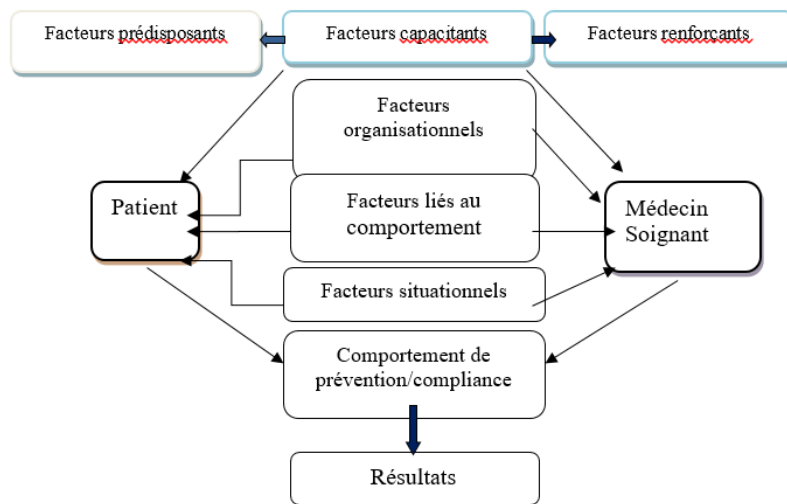


Annexe 20: Modèle de la compliance de la santé (Heiby et Carlston 1986)⁵⁸

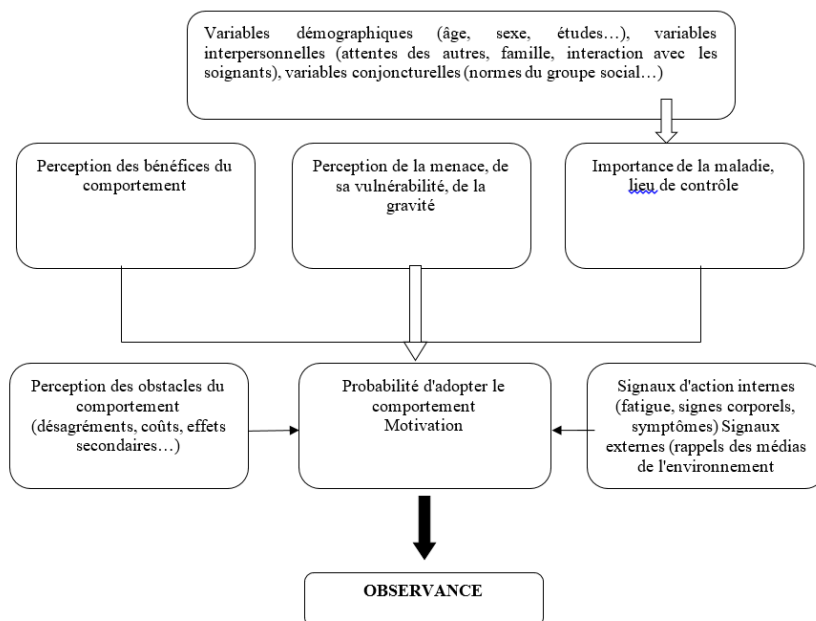


⁵⁸ Tableau 1 p. 5 (Tarquinio & Tarquinio, 2007)

Annexe 21: Modèle systémique de soins préventifs (MSSP)

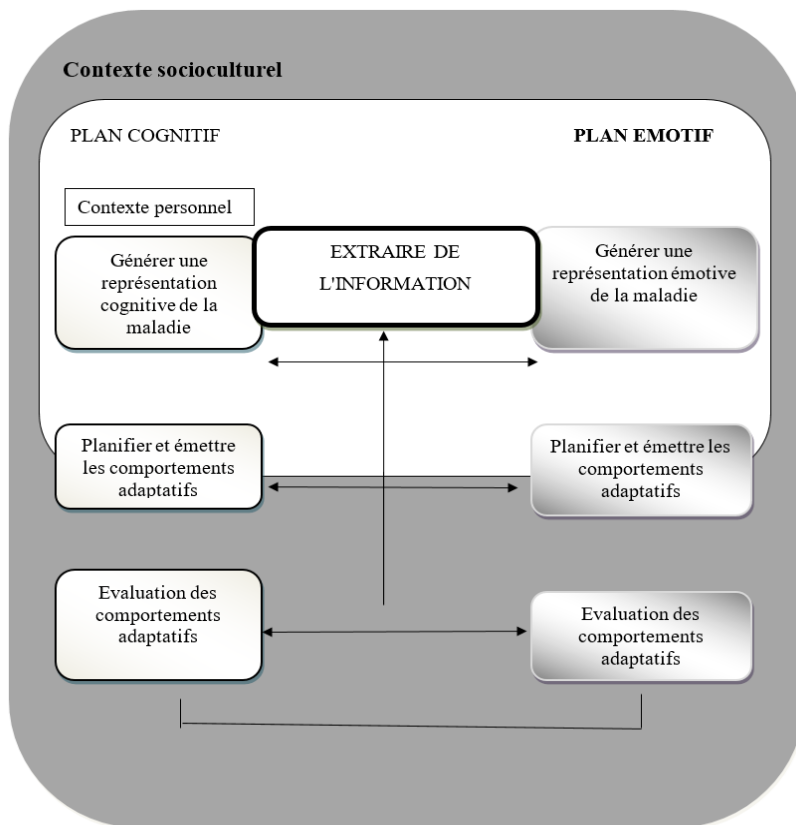


Annexe 22: Modèle de prédiction des comportements de santé (MPCS) (Godin, 1991)⁵⁹

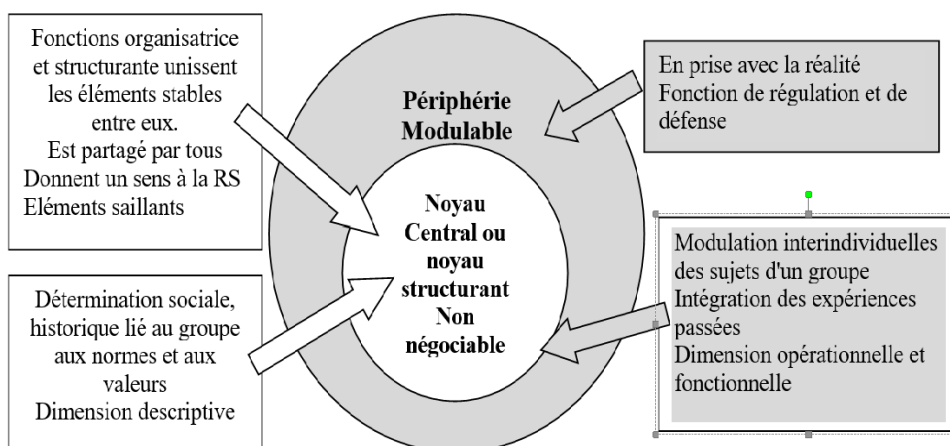


⁵⁹ D'après la figure. 3, p. 9

Annexe 23: Adaptation du modèle d'autorégulation de Leventhal par Coutu (Coutu, 2005).



Annexe 24: Représentation sociale, théorie du noyau central (Abric, 1987)



Annexe 25: Différents modèles d'élaboration de la relation médecin-patient (Floris, Masson, & Delatte, 2005)⁶⁰

	PATERNALISME (Modèle du médecin traditionnel)	PARTENARIAT (prise de décision participative)	CHOIX INFORME OU ECLAIRE
Rôle du médecin	Actif : il décide seul du meilleur traitement et communique de façon autoritaire	Actif : médecin donne informations sur les différentes options, collaboration et négociation du traitement	Passif : médecin donne informations sur les différentes options, mais il ne donne pas son opinion
Rôle du patient	Passif : Le patient doit collaborer	Actif : Le patient examine toutes les options, se forge son opinion et discute avec le médecin de la meilleure option	Actif : C'est le patient qui décide librement et tout seul
Responsabilité de la décision	Médecin	Médecin et patient	patient

Annexe 26: Avantages et limites des méthodes directes d'évaluation de l'observance médicamenteuse (Allenet et al., 2013)⁶¹

METHODES	AVANTAGES	LIMITES
Dosages plasmatiques des médicaments et/ou métabolites	Méthode objective	<ul style="list-style-type: none"> Pas possible pour tous les médicaments Obligation de standardisation des méthodes Variations intra/interindividuelles Délai du résultat Coûteux Reflète à court terme de l'observance Intrusif Biais de comportement du patient
Dosages urinaires des médicaments et/ou métabolites	Méthode objective	<ul style="list-style-type: none"> Pas possible pour tous les médicaments Nécessite information sur la pharmacocinétique des médicaments Temps de collecte important Biais de comportement du patient
Marqueurs biologiques	Méthode objective	<ul style="list-style-type: none"> Pas possible pour tous les médicaments Intrusif Coûteux
Marqueurs cliniques	Méthode objective	<ul style="list-style-type: none"> Pas possible pour tous les médicaments Variations intra/interindividuelles Facteurs pouvant affecter la réponse clinique

⁶⁰ Tableau. d'après le tableau 7, p. 20 (Floris et al., 2005).

⁶¹ Tableau 1, p. 138

Annexe 27: Avantages et limites des méthodes indirectes de l'adhésion médicamenteuse
(Allenet & al., 2013)⁶²

METHODES	AVANTAGES	LIMITES
Décompte des comprimés	Reflet d'une consommation globale	Le patient doit ramener ses boîtes Risque de falsification par le patient Pas de garantie que les comprimés manquants soient consommés Ne reflète pas les variations journalières
Registres des renouvellements d'ordonnances des pharmacies	Permet de calculer un ratio (nb de jours de traitement délivrés par le pharmacien sur le nombre total de jours de la période) Evaluation du nb et des horaires de prises	Pas de garantie que les comprimés manquants soient consommés Ne reflète pas les variations journalières
Systèmes électroniques (blister, flacons, piluliers)	Reflet des variations journalières Effet "impliquant" Aussi fiables que le décompte des comprimés	Pas de garantie que les comprimés manquants soient consommés Risque d'augmenter le sentiment de contrôle, de surveillance et peu augmenter l'anxiété et les plaintes somatiques Couteux Pas adaptés à toutes les formes galéniques
Auto-questionnaires, carnet de suivi du relevé de la prise des médicaments	Faible coût Facilité de mise en place Différentes dimensions de l'observance explorées	Impact de la mémoire (oublis) et de la désirabilité sociale (envie de donner la bonne réponse) Risque de surestimation Importance de la formulation des questions
Entretien avec la famille Avis des soignants	Assez peu fiable Dépend de la relation soignant/soigné	Risque de surestimation ou de sous-estimation Peu précis et peu reproductible sur ou sous-estimation des soignants

⁶² D'après le tableau 2, p. 139.

Annexe 28 Echelle insight Q8

QUESTIONS	OUI	NON
1. Pourquoi êtes-vous ici ?		
2. Avez-vous l'impression d'être malade ?		
3. De quelle maladie souffrez-vous ?		
4. À quoi cela est dû ?		
5. Souffrez-vous psychologiquement ou moralement ?		
6. Est-ce que vous êtes handicapé dans votre vie professionnelle, familiale ou sociale ?		
7. Que peut-on faire pour vous ?		
8. Pensez-vous qu'une guérison est possible ?		
Score 0 – 2	non conscience du trouble	
Score 3-5	conscience médiocre du trouble	
Score 6-8	bonne conscience du trouble	

Annexe 29 Echelle de mesure de l'observance médicamenteuse (MARS)

ITEM	OUI	NON
Vous est-il parfois arrivé d'oublier de prendre vos médicaments ?		
Négligez-vous parfois l'heure de prise d'un de vos médicaments ?		
Lorsque vous vous sentez mieux, interrompez-vous parfois votre traitement ?		
Vous est-il arrivé d'arrêter votre traitement parce que vous vous sentiez moins bien en le prenant ?		
Je ne prends les médicaments que lorsque je me sens malade		
Ce n'est pas naturel pour mon corps ni pour mon esprit d'être équilibré par des médicaments		
Mes idées sont plus claires avec les médicaments		
En continuant à prendre les médicaments, je peux éviter de tomber à nouveau malade		
Avec les médicaments, je me sens bizarre, comme "un zombie"		
Les médicaments me rendent lourd(e) et fatigué(e)		

Annexe 30: Questionnaire pré-test à l'usage des soignants

Enquête sur l'observance du traitement chez une population de bipolaires

Questionnaire à remplir par le médecin.

(Confidentialité et anonymat respectés)

Madame, Monsieur le Docteur,

Cette enquête comporte 2 questionnaires (un pour vous, le deuxième pour votre patient)

Votre questionnaire se compose d'une partie qui récolte des données socio-démographiques sur les patients bipolaires et, la deuxième, des éléments sur la perception que vous avez de votre malade au regard de son observance, des effets secondaires, etc.

Vous devez répondre à votre questionnaire et donnez, dans le même temps, au patient le sien à compléter.

Il est essentiel que vous y répondiez tous les deux pour la validité du traitement statistique.

Les résultats seront ensuite comparés, traités et repris dans une thèse de psychologie intitulée : "*Etude sur la perception de l'observance chez une population de patients souffrant de troubles bipolaires*".

Vous avez à votre disposition les questionnaires en ligne ou en fichier PDF à imprimer.

En vous remerciant pour votre participation.

1/ Nom, Prénom du médecin + ville ou hôpital *Obligatoire

2/ Nom, Prénom du patient *Obligatoire

3/ Sexe du patient ?*Obligatoire

• Femme

• Homme

4/ Age du patient ?*Obligatoire

5/ Quelle est la situation matrimoniale du patient ?*Obligatoire

- Célibataire
- En couple
- Divorcé(e) séparé(e), veuf (vé)
- Vit seul
- Autre

6/ Quel est le niveau scolaire du patient ?*Obligatoire

- Primaire/secondaire
- BEP/cap
- Bac
- Études supérieures
- Autre

7/ De quelle ethnie est la personne ?*Obligatoire

- Blanc
- Asiatique
- Africain
- Maghrébin
- Autre

8/Quelle est la profession du patient ?*Obligatoire

9/ Le patient est-il en activité aujourd'hui ?*Obligatoire

- oui
- non

10/ Depuis combien de temps votre patient est- il en activité ?*Obligatoire

- Moins d'un an
- Entre 1 an et 3 ans
- De 3 à 5ans
- De 5 à 10 ans
- Supérieur à 10 ans

11/De quel trouble souffre votre patient ?*Obligatoire

- Trouble bipolaire de Type I
- TB Type II

- TB Type III
- Autre

12/Autre(s) pathologie(s)



13/ Ancienneté du trouble (en années) ?*Obligatoire

14/ Age du début de la maladie ?*Obligatoire

15/ Nombre d'hospitalisations ?

16/ Date de la dernière hospitalisation ?

17/ Antécédent de TS ? Nombre ?

18/ Date de la dernière TS?

19/ Le patient prend-il des toxiques ?

- Alcool
- Cannabis/herbe
- Cocaïne
- Héroïne
- Autre

20/ Traitement actuel ?*Obligatoire

21/ Nombre de prises ?*Obligatoire

22/ Forme galénique ?*Obligatoire

23/ Pensez-vous que votre patient arrêtera son traitement dès qu'il se sentira mieux ?*Obligatoire

1 2 3 4

24/ Pensez-vous que votre patient se sent mieux lorsqu'il prend ses médicaments ?*Obligatoire

1 2 3 4

25/ Avez-vous le sentiment que votre patient pense qu'il prend trop de médicaments ?*Obligatoire

1 2 3 4

26/ Avez-vous le sentiment que votre patient pense que son traitement est trop compliqué ?*Obligatoire

1 2 3 4

27/ Avez-vous le sentiment que votre patient se sent "bizarre" ou ressent des effets indésirables avec son traitement ?
*Obligatoire

1	2	3	4
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

28/ Avez-vous le sentiment que votre patient pense que les autres ont une mauvaise opinion de lui parce qu'il prend trop de médicaments ?*Obligatoire

1	2	3	4
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

29/ Avez-vous le sentiment que votre patient pense que prendre des médicaments ne va pas lui faire de mal ?*Obligatoire

1	2	3	4
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

30/ Avez-vous le sentiment que votre patient pense que prendre des médicaments lui évitera de rechuter ?*Obligatoire

1	2	3	4
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

31/ Avez-vous le sentiment que votre patient reconnaît les signes d'une rechute ?*Obligatoire

1	2	3	4
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

32/ Avez-vous le sentiment que votre patient connaît bien la maladie dont il souffre ?*Obligatoire

1	2	3	4
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

33/ Avez-vous le sentiment que votre patient pense qu'il prend des risques en prenant son traitement ?*Obligatoire

1	2	3	4
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

34/ Avez-vous le sentiment que votre patient pense qu'il n'est pas différent avec ou sans médicaments ?*Obligatoire

1	2	3	4
---	---	---	---

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

35/ Avez-vous le sentiment que vous avez une bonne alliance thérapeutique avec votre patient ?*Obligatoire

1	2	3	4
---	---	---	---

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

36/ Avez-vous le sentiment que vous motivez votre patient pour prendre son traitement ?*Obligatoire

1	2	3	4
---	---	---	---

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

37/ Avez-vous le sentiment que votre patient vous fait aveuglement confiance même s'il doute parfois ?*Obligatoire

1	2	3	4
---	---	---	---

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

38/ Avez-vous le sentiment que votre patient respecte la posologie et le nombre de prises ?*Obligatoire

1	2	3	4
---	---	---	---

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

39/ Avez-vous le sentiment que l'entourage de votre patient le soutient ?*Obligatoire

1	2	3	4
---	---	---	---

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

40/ Avez-vous le sentiment que l'entourage de votre patient l'aide au quotidien dans la prise de ses médicaments ?*Obligatoire

1	2	3	4
---	---	---	---

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

41/ Selon vous, quel est le degré de satisfaction de votre patient concernant son traitement ?*Obligatoire

De totalement insatisfait à gauche à totalement satisfait à droite

--	--	--	--	--	--	--	--	--

	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
--	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

42/ Selon vous, comment votre patient évalue l'efficacité de son traitement ?*Obligatoire

De extrêmement inefficace à gauche à totalement efficace à droite

	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
--	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

43/ Selon vous, comment votre patient évalue la tolérance son traitement ?*Obligatoire

De extrêmement mal toléré à gauche à parfaitement toléré à droite

		Colonne 2	Colonne 3	Colonne 4	Colonne 5	Colonne 6	Colonne 7	Colonne 8
--	--	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------

	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
--	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

44/ Comment jugez-vous la régularité de votre patient dans la prise de son traitement ?*Obligatoire

De nulle, il oublie tout le temps à gauche à excellente à droite, aucun oubli

		Colonne 2	Colonne 3	Colonne 4	Colonne 5	Colonne 6	Colonne 7	Colonne 8
--	--	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------

	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
--	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

45/ CGI (*Clinicat Global Impression*) gravité de la maladie (4 items). En fonction de votre expérience clinique totale avec ce type de patient, quel est le niveau de gravité des troubles mentaux actuels de votre patient ?

- Normal, pas du tout malade
- Modérément malade
- A la limite
- Gravement malade
- Option 5

46/ Comment jugez-vous l'efficacité du traitement ?*Obligatoire, un seul choix possible

- Nulle
- Modéré

- Bonne
- Excellente

47/ Comment jugez-vous la tolérance du traitement ?*Obligatoire, un seul choix possible

- Très mauvaise
- Mauvaise
- Bonne
- Excellente (aucun EI)

48/ Avez-vous quelque chose à ajouter ?



Annexe 31 : Questionnaire à l'usage des soignants ⁶³

Enquête sur l'observance des traitements médicamenteux

Questionnaire à remplir par le médecin

(Confidentialité et anonymat respectés)

Madame, Monsieur le Docteur,

Cette enquête comporte 2 questionnaires (un pour vous le deuxième pour votre patient). Votre questionnaire se compose d'une partie qui récolte des données sociodémographiques sur les patients bipolaires et la deuxième, des éléments sur la perception que vous avez de votre malade au regard de son observance, des effets secondaires, etc....Il est essentiel de s'assurer de l'accord de votre patient avant de lui soumettre le questionnaire.

Vous êtes libres de participer à cette étude.

Vous devez répondre à votre questionnaire et donnez dans le même temps au patient le sien à compléter.

Il est essentiel que vous y répondiez tous les deux pour la validité du traitement statistique.

Les résultats seront ensuite comparés, traités et repris dans une thèse de psychologie intitulée: "Etude sur la perception de l'observance chez une population de patients souffrant de troubles bipolaires".

Vous avez à votre disposition les questionnaires en ligne ou en fichier PDF à imprimer. En vous remerciant pour votre participation.

Toutes les réponses sont obligatoires pour la validité de l'étude

1/ NOM du médecin	PRENOM	ville ou hôpital

2/ Nom,Prénom du patient (initiales)	
--------------------------------------	--

3/ Sexe du patient ? **F H**

4/ Age du patient ?

5/ Situation matrimoniale du patient

Célibataire	En couple	Divorcé(e) séparé(e), veuf (ve)	Vit seul	autre
-------------	-----------	---------------------------------	----------	-------

6/ Niveau scolaire du patient

Primaire/secondaire	Bep/cap	Bac	Etudes supérieures	autre
---------------------	---------	-----	--------------------	-------

7/ Ethnie du patient

Blanc	Asiatique	Africain	Maghrébin	Autre
-------	-----------	----------	-----------	-------

8/ Profession du patient ?

⁶³ Questionnaire médecin janvier 2017

9/ Le patient est-il en activité aujourd'hui ? OUI/NON

10/ Depuis combien de temps votre patient est- il en activité ?*	Moins d'1an	Entre 1 et 3 ans	De 3 à 5 ans	De 5 à 10 ans	Plus de 10 ans
--	-------------	------------------	--------------	---------------	----------------

Selon le DSM 5

11/De quel trouble souffre votre patient ?*	TB de Type I	TB de Type II	NOS	Autre
---	--------------	---------------	-----	-------

12/ Autre(s) pathologie(s) de votre patient ?

13/ Ancienneté du trouble (en années) ?	
---	--

14/ Age du début de la maladie ?	
----------------------------------	--

15/ Nombre d'hospitalisations ?	
---------------------------------	--

16/ Date de la dernière hospitalisation ?	
---	--

17/ Antécédent de TS ? Nombre ?	
---------------------------------	--

18/ Date de la dernière TS	
----------------------------	--

19/ Le patient prend-il des toxiques ? Oui/ non

Si oui lesquels ?

Alcool	Cannabis/herbe	Cocaïne	Héroïne	Autres (précisez)
--------	----------------	---------	---------	-------------------------

20/ Traitement actuel

--

21/ Nombre de prises	
----------------------	--

22/ Forme galénique	
---------------------	--

Pour chacune des questions suivantes, donnez votre sentiment personnel sur votre patient selon l'échelle suivante :

De 1= Pas du tout d'accord à 4= Complètement d'accord

- 23/ Votre patient arrêtera son traitement dès qu'il se sentira mieux
- 24/ Votre patient se sent mieux lorsqu'il prend ses médicaments
- 25/ Il pense qu'il prend trop de médicaments
- 26/ Il pense que son traitement est trop compliqué
- 27/ Il se sent "bizarre" ou ressent des effets indésirables avec son traitement
- 28/ Il pense que les autres ont une mauvaise opinion de lui parce qu'il prend trop de médicaments
- 29/ Il pense que prendre des médicaments ne va pas lui faire de mal
- 30/ Il pense que prendre des médicaments lui évitera de rechuter
- 31/ Il reconnaît les signes d'une rechute
- 32/ Il connaît bien la maladie dont il souffre
- 33/ Il pense qu'il prend des risques en prenant son traitement
- 34/ Il pense qu'il n'est pas différent avec ou sans médicaments
- 35/ J'ai une bonne alliance thérapeutique avec mon patient
- 36/ Je motive mon patient pour prendre son traitement
- 37/ Mon patient me fait aveuglement confiance même s'il doute parfois
- 38/ Mon patient respecte la posologie et le nombre de prise
- 39/ L'entourage de mon patient le soutient
- 40/ L'entourage de mon patient l'aide au quotidien dans la prise de ses médicaments

Q23	1	2	3	4
Q24	1	2	3	4
Q25	1	2	3	4
Q26	1	2	3	4
Q27	1	2	3	4
Q28	1	2	3	4
Q29	1	2	3	4
Q30	1	2	3	4
Q31	1	2	3	4
Q32	1	2	3	4
Q33	1	2	3	4
Q34	1	2	3	4
Q35	1	2	3	4
Q36	1	2	3	4
Q37	1	2	3	4
Q38	1	2	3	4
Q39	1	2	3	4
Q40	1	2	3	4

41/ Selon vous, quel est le degré de satisfaction de votre patient concernant son traitement ?

De totalement insatisfait à gauche à totalement satisfait à droite



42/ Selon vous, comment votre patient évalue l'efficacité de son traitement ?

De extrêmement inefficace à gauche à totalement efficace à droite



43/ Selon vous, comment votre patient évalue la tolérance son traitement ?

De extrêmement mal toléré à gauche à parfaitement toléré à droite



44/ Comment jugez-vous la régularité de votre patient dans la prise de son traitement ?

De nulle, il oublie tout le temps à gauche à excellente à droite, aucun oubli



45/ CGI (*Clinical Global Impression*) gravité de la maladie (4 items). En fonction de votre expérience clinique totale avec ce type de patient, quel est le niveau de gravité des troubles mentaux actuels de votre patient ?

Normal, pas du tout malade	Modérément malade	A la limite	Gravement malade	Très gravement malade
----------------------------	-------------------	-------------	------------------	-----------------------

46/ Comment jugez-vous l'efficacité du traitement (un seul choix possible)

Nulle	Modéré	Bonne	Excellente
-------	--------	-------	------------

47/ Comment jugez-vous la tolérance du traitement (un seul choix possible)

Très mauvaise	Mauvaise	Bonne	Excellente (aucun EI)
---------------	----------	-------	-----------------------

48/ Avez-vous quelque chose à ajouter ?

Pour les questions suivantes, avez-vous le sentiment que votre patient adapte son traitement ?

De 1= Pas du tout d'accord à 4= Complètement d'accord

49/ En fonction de son état, de son humeur

50/ En fonction des effets secondaires

51/ Lorsqu'il ne peut pas vous joindre

52 / En fonction de ses expériences passées

EN VOUS REMERCIANT DE VOTRE COLLABORATION

Q49	1	2	3	4
Q50	1	2	3	4
Q51	1	2	3	4
Q52	1	2	3	4

Annexe 32: Questionnaire pré-test "Patient "

Enquête sur l'observance du traitement chez une population de bipolaires

Questionnaire à remplir par le patient

1/ Veuillez noter votre Nom et Prénom + le nom du médecin et sa ville ou le nom de l'hôpital qui vous a remis ce questionnaire.*Obligatoire
Votre anonymat sera respecté, ni votre nom ni vos résultats ne seront divulgués

2/ Je ne prendrai plus de médicaments dès que je me sentirai mieux.*Obligatoire

De 1= Pas du tout d'accord à 4= Complètement d'accord

1	2	3	4
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

3/ Je sens que je vais mieux en prenant mes médicaments.*Obligatoire

De 1= Pas du tout d'accord à 4= Complètement d'accord

1	2	3	4
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

4/ Je prends trop de médicaments.*Obligatoire

De 1= Pas du tout d'accord à 4= Complètement d'accord

1	2	3	4
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

5/ Mon traitement est trop compliqué.*Obligatoire

De 1= Pas du tout d'accord à 4= Complètement d'accord

1	2	3	4
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

6/ Avec mon traitement, je me sens "bizarre" ou j'ai des effets désagréables.*Obligatoire

De 1= Pas du tout d'accord à 4= Complètement d'accord

1	2	3	4
---	---	---	---

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

7/ Si je prends des médicaments, les gens auront une mauvaise opinion de moi.*Obligatoire

De 1= Pas du tout d'accord à 4= Complètement d'accord

1	2	3	4
---	---	---	---

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

8/ Prendre des médicaments ne va pas me faire de mal.*Obligatoire

De 1= Pas du tout d'accord à 4= Complètement d'accord

1	2	3	4
---	---	---	---

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

9/ Prendre des médicaments m'évitera de rechuter*Obligatoire

De 1= Pas du tout d'accord à 4= Complètement d'accord

1	2	3	4
---	---	---	---

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

10/ Je reconnais les signes d'une rechute.*Obligatoire

De 1= Pas du tout d'accord à 4= Complètement d'accord

1	2	3	4
---	---	---	---

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

11/ Je connais bien la maladie dont je souffre.*Obligatoire

De 1= Pas du tout d'accord à 4= Complètement d'accord

1	2	3	4
---	---	---	---

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

12/Y a-t-il des risques si je ne prends pas mes médicaments ?*Obligatoire

De 1= Il n'y a pas de risque à 4= Il y a énormément de risques

1	2	3	4
---	---	---	---

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

13/ Je ne suis pas différent avec ou sans mes médicaments ?*Obligatoire

De 1= Pas du tout d'accord à 4= Complètement d'accord

	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

14/ J'ai un bon contact avec mon médecin*Obligatoire

De 1= Pas du tout d'accord à 4= Complètement d'accord

1	2	3	4
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

15/ Mon médecin sait me motiver pour prendre mon traitement*Obligatoire

De 1= Pas du tout d'accord à 4= Complètement d'accord

1	2	3	4
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

16/ Je fais aveuglement confiance à mon médecin. Je fais ce qu'il me dit même si je doute parfois.*Obligatoire

De 1= Pas du tout d'accord à 4= Complètement d'accord

1	2	3	4
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

17/ Je respecte le nombre de prises et la posologie de mon traitement*Obligatoire

De 1= Pas du tout d'accord à 4= Complètement d'accord

1	2	3	4
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

18/ Mon entourage me soutient.*Obligatoire

De 1= Pas du tout d'accord à 4= Complètement d'accord

1	2	3	4
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

19/ Mon entourage m'aide au quotidien pour la prise de mes médicaments*Obligatoire

De 1= Pas du tout d'accord à 4= Complètement d'accord

1	2	3	4
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

20/ Quel est votre degré de satisfaction concernant votre traitement ?*Obligatoire

De totalement insatisfait à gauche à totalement satisfait à droite

21/Comment évaluez-vous votre traitement ?*Obligatoire

D'extrêmement efficace à gauche à totalement inefficace à droite

22/Comment supportez-vous votre traitement ?*Obligatoire

D'extrêmement mal à gauche à extrêmement bien à droite

23/Comment jugez-vous votre régularité dans la prise de votre traitement ?*Obligatoire

De nulle (j'oublie tout le temps) à gauche à excellente (aucun oubli) à droite

24/ Avez-vous des éléments à ajouter concernant la prise, les effets, l'intérêt du médicament, votre relation avec votre médecin, votre entourage ou toutes autres remarques ?

Annexe 33 : Questionnaire "Patient"⁶⁴

⁶⁴ Questionnaire janvier 2017.

Enquête chez une population de bipolaires

Questionnaire à remplir par le patient

Donnez la réponse qui convient à votre état du moment, il n'y a pas de bonne ou mauvaise réponse.

Répondez le plus franchement possible pour les besoins de l'enquête.

Vos réponses sont anonymes. Le fait de répondre à cette enquête vaut acceptation de votre part. Vous êtes libres de ne pas y répondre.

En vous remerciant pour votre collaboration.

Votre anonymat sera respecté, ni votre nom ni vos résultats ne seront divulgués

1/ Veuillez noter votre Nom et Prénom + le nom du médecin et sa ville ou le nom de l'hôpital qui vous a remis ce questionnaire (toutes les réponses sont obligatoires pour la validité de l'étude)

NOM (initiale)	PRENOM (initiale)	NOM MEDECIN HABITUEL

Pour les questions de 2 à 19, vous répondrez selon l'échelle suivante en cochant votre réponse

De 1= Pas du tout d'accord à 4= Complètement d'accord

- 2/ Je ne prendrai plus de médicaments dès que je me sentirai mieux.
- 3/ Je sens que je vais mieux en prenant mes médicaments.
- 4/ Je prends trop de médicaments.
- 5/ Mon traitement est trop compliqué
- 6/ Avec mon traitement, je me sens "bizarre" ou j'ai des effets désagréables
- 7/ Si je prends des médicaments, les gens auront une mauvaise opinion de moi
- 8/ Prendre des médicaments ne va pas me faire de mal
- 9/ Prendre des médicaments m'évitera de rechuter
- 10/ Je reconnais les signes d'une rechute
- 11/ Je connais bien la maladie dont je souffre
- 12/ Si je ne prends pas mes médicaments, il y a des risques
- 13/ Je ne suis pas différent avec ou sans mes médicaments
- 14/ J'ai un bon contact avec mon médecin
- 15/ Mon médecin sait me motiver pour prendre mon traitement
- 16/ Je fais aveuglement confiance à mon médecin.
- Je fais ce qu'il me dit même si, je ne suis pas d'accord

Q2	1	2	3	4
Q3	1	2	3	4
Q4	1	2	3	4
Q5	1	2	3	4
Q6	1	2	3	4
Q7	1	2	3	4
Q8	1	2	3	4
Q9	1	2	3	4
Q10	1	2	3	4
Q11	1	2	3	4
Q12	1	2	3	4
Q13	1	2	3	4
Q14	1	2	3	4
Q15	1	2	3	4
Q16	1	2	3	4

- 17/ Je respecte le nombre de prise et la posologie de mon traitement
- 18/ Mon entourage me soutient
- 19/ Mon entourage m'aide au quotidien pour la prise de mes médicaments

Q17	1	2	3	4
Q18	1	2	3	4
Q19	1	2	3	4

20/ Satisfaction par rapport à mon traitement

De totalement insatisfait à gauche à totalement satisfait à droite



21/ Efficacité de mon traitement

D'extrêmement efficace à gauche à totalement inefficace à droite

22/ Je supporte mon traitement

D'extrêmement mal à gauche à extrêmement bien à droite

23/ Régularité dans la prise de mon traitement

De nulle (j'oublie tout le temps) à gauche à excellente (aucun oubli) à droite

24/ Avez-vous des éléments à ajouter concernant la prise, les effets, l'intérêt du médicament, votre relation avec votre médecin, votre entourage ou toutes autres remarques

De 1= Pas du tout d'accord à 4= Complètement d'accord

25/ J'adapte mon traitement en fonction de mon état, de mon humeur

26/ J'adapte mon traitement en fonction des effets secondaires

27/ J'adapte mon traitement en fonction lorsque je ne peux pas joindre mon médecin

28/ J'adapte mon traitement en fonction en fonction de mes expériences passées

Q25	1	2	3	4
Q26	1	2	3	4
Q27	1	2	3	4
Q28	1	2	3	4

EN VOUS REMERCIANT DE VOTRE COLLABORATION

Annexe 34 Echelle DAI-30 (Hogan et Al.)

Initiales Nom :	Prénom :	Date de naissance : / /19
Sexe : <input type="radio"/> Féminin <input type="radio"/> Masculin		Date : / /19

DAI-30 (Drug Attitude Inventory)

INSTRUCTIONS : Ce questionnaire consiste en un certain nombre d'appréciations personnelles à propos des médicaments que vous prenez. Il n'y a pas de réponse juste ou fausse. En utilisant l'échelle en 6 points indiquée ci-dessous,

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

veuillez, s'il vous plaît, indiquer le degré avec lequel vous êtes d'accord ou non avec chaque affirmation en cochant la case correspondante. Par exemple, vous répondrez de la manière suivante :

	Pas du tout d'accord	Tout à fait d'accord
si vous n'êtes pas du tout d'accord :	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
si vous êtes un peu d'accord :	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
si vous êtes tout à fait d'accord :	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

	Pas du tout d'accord	Tout à fait d'accord
1. Je n'ai plus besoin de prendre de médicaments dès que je me sens mieux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Pour moi, les bonnes choses à propos des médicaments l'emportent sur les mauvaises	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Avec les médicaments, je me sens bizarre, comme un « zombié »	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. J'ai besoin de médicaments régulièrement, même quand je ne suis pas à l'hôpital	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Je ne prends des médicaments que sous la pression d'autres personnes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Quand je prends des médicaments, je suis plus conscient(e) de ce que je fais et de ce qui se passe autour de moi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Prendre des médicaments ne va pas me faire de mal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Je prends les médicaments de mon propre gré	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Les médicaments me rendent plus détendu(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Je ne suis pas différent(e) avec ou sans médicaments	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Pas du tout d'accord

Tout à fait d'accord

	Pas du tout d'accord	Tout à fait d'accord
11. Les effets désagréables des médicaments sont toujours présents	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Les médicaments me rendent lourd(e) et fatigué(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Je ne prends les médicaments que lorsque je suis malade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Les médicaments sont un poison agissant lentement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Je m'entends mieux avec les gens quand je prends les médicaments	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Je ne peux pas me concentrer sur quoique ce soit quand je prends les médicaments	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Je sais mieux que le docteur quand arrêter les médicaments	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Je me sens plus normal(e) sous médicaments	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Je préfère être malade plutôt que prendre des médicaments	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Ce n'est pas naturel pour mon esprit et mon corps d'être équilibré(e) par des médicaments	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Mes idées sont plus claires avec les médicaments	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Je dois continuer à prendre des médicaments même si je me sens bien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Prendre des médicaments m'évitera de rechuter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. C'est au médecin de me dire quand arrêter les médicaments	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Les choses que je pourrais faire facilement sont bien plus difficiles lorsque je prends des médicaments	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Je suis plus heureux(se) et je me sens mieux quand je suis sous médicaments	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. On me donne des médicaments pour maîtriser un comportement que d'autres (pas moi) n'aiment pas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Je ne peux pas me détendre sous médicaments	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Je me maîtrise mieux avec les médicaments	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. En continuant à prendre les médicaments, je peux éviter de tomber malade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Annexe 35 : Questionnaire médecin enquête EPOS

	Totalement faux	Plutôt faux	Plutôt vrai	Totalement vrai
1. Vous pensez que votre patient poursuivra son traitement lorsqu'il se sentira mieux				
2. Vous pensez que votre patient se sent ralenti par son traitement				
3. Vous pensez que votre patient prend son traitement sous la pression de son entourage ou d'une tierce personne				
4. Vous pensez que votre patient se sent plus normal sous médicament				
5. Vous pensez que pour votre patient, prendre des médicaments lui évitera de rechuter				
6. Vous pensez que votre patient respecte vos prescriptions				
7. Vous pensez que votre patient comprend vos explications				
8. Vous pensez que pour votre patient, les médicaments ne sont pas nocifs pour lui				
9. Vous pensez que votre patient ne prend ses médicaments que lorsqu'il se sent malade				
10. Vous pensez que votre patient ne se sent pas différent avec ou sans médicaments				

11. Selon vous, quel est le degré de satisfaction de votre patient concernant son traitement ?

Totalement _____ Totalement

Insatisfait **Satisfait**

12. Selon vous, comment votre patient évalue l'efficacité de son traitement ?

Extrêmement _____ Extrêmement

Inefficace **Efficace**

13. Selon vous, comment votre patient évalue la tolérance de son traitement ?

Très mal toléré _____ Parfaitement toléré

14. Comment jugez-vous la régularité de prise de l'antipsychotique pivot par votre patient ?

Nulle _____ Excellente

(Oubli permanent) **(Aucun oubli)**

CGI (Clinical Global Impression) – Gravité de la maladie (4 items)	
<p>En fonction de votre expérience clinique totale avec ce type de patients, quel est le niveau de gravité des troubles mentaux actuels du patient ?</p> <p>I_I Normal, pas du tout malade I_I A la limite</p> <p>I_I Modérément malade I_I Gravement malade</p>	
Comment jugez-vous le niveau d'efficacité et de tolérance du traitement ?	
<p>Efficacité</p> <p>I_I Nulle</p> <p>I_I Modérée</p> <p>I_I Bonne</p> <p>I_I Excellente</p>	<p>Tolérance</p> <p>I_I Très mauvaise</p> <p>I_I Mauvaise</p> <p>I_I Bonne</p> <p>I_I Excellente (Aucun effet secondaire)</p>

Annexe 36: questionnaire patient enquête EPOS

	Totalement faux	Plutôt faux	Plutôt vrai	Totalement vrai
1. Je ne prendrai plus de médicaments dès que je me sentirai mieux				
2. Avec les médicaments, je me sens bizarre, comme un "zombie»				
3. Je ne prends des médicaments que sous la pression de mon entourage ou du médecin				
4. Je me sens plus normal(e) sous médicament				
5. Prendre des médicaments m'évitera de rechuter				
6. Je respecte les prescriptions de mon médecin				
7. J'éprouve des difficultés à comprendre les explications de mon médecin				
8. Prendre des médicaments ne va pas me faire de mal				
9. Je ne prends les médicaments que lorsque je me sens malade				
10. Je ne suis pas différent avec ou sans médicaments				
11. Quel est votre degré de satisfaction concernant votre traitement ?				
12. Comment évaluez-vous l'efficacité de votre traitement ?				
13. Comment supportez-vous votre traitement ?				
14. Comment jugez-vous votre régularité de prise concernant le médicament principal ?				
Avez-vous des éléments à rajouter concernant la prise effective de votre traitement ?				
Avez-vous bien compris l'intérêt du traitement ? Si oui, quel est-il ?				

Annexe 37: Répartition des hospitalisations par sexe et type de la maladie

Nb hospitalisation	Nb de patient	Sexe		Co morbidités			
		Hommes	Femmes	Médicamenteuse	Addictive	TBI	TBII
0	7	5	2	3	2	2	3
1	1	1	0	0	0	0	1
2	3	2	1	0	0	1	2
3	5	2	3	1	0	2	2
4	4	2	2	2	0	1	3
5	1	0	1	0	0	1	0
6	1	1	0	0	0	1	0
7	1	1	0	0	1	0	1
8	2	0	2	2	1	0	2
10	1	0	1	1	0	1	0
11	1	0	1	0	1	0	1
12	1	1	0	1	0	1	0

Annexe 38: Répartition des TS avec les comorbidités

Nb de TS	Nb de patient total/nb de TS	Sexe		Co morbidités		Hospitalisations Nb de personnes selon le nombre de TS	Type de la maladie	
		Hommes	Femmes	Médicamenteuse	Addictive		TBI	TBII
0	21	12	9	6	3	14	9	10
1	3	2	1	1	0	3	2	0
2	1	1	0	0	1	1	0	1
4	1	0	1	1	0	1	0	1
8	1	0	1	1	0	1	0	1
9	1	0	1	1	0	1	0	1

Annexe 39: Répartition des traitements par type de patients et nombre de médicaments

	Monothérapie	Bithérapie	Trithérapie	Quadrithérapie	>4médicaments	
BPI	(3) 27.27%	(2) 18.18%	(2) 18.18%	(3) 27.27%	(1) 9.09%	(11) 39.28%
BPII	(1) 7.14%	(1) 7.14%	(5) 37.71%	(5) 37.71%	(2) 14.28%	(14) 50%
Total	(4) 16%	(3) 12%	(7) 28%	(8) 32%	(3) 12%	25

Annexe 40: Répartition des différentes classes de médicaments de l'étude I

Anxiolytiques	19.48%
Antidépresseurs	5.19%
Antipsychotiques	19.48%
Anticonvulsivants	28.57%
Normothymique	12.99%
Hypnotiques	11.69%
Autres	2.6%

Annexe 41: Répartition des différentes molécules prescrites en fonction du type de maladie :

	BPI	BPII	Nos	Total	Risque niv1	Risque niv2	pourcentage
Abilify	2	3	0	5	3	2	6,49 %
Busperidone	0	2	0	2	2	0	2,60 %
Citalopram	1	0	0	1	0	1	1,30%
Cymbalta	1	1	0	2	2	0	2,60%
Depakote	1	3	1	5	0	5	6,49%
ECT	1	0	0	1	1	0	1,30%
Epitomax	1	1	0	2	2	0	2,60%
Imovane	1	2	0	3	3	0	3,90%
Kardegic	0	1	0	1	1	0	1,30%
Lamictal	3	8	3	14	8	6	18,18%
Lexomil	1	0	0	1	1	0	1,30%
Loxapac	1	1	0	2	2	0	2,60%
Lyxansia	2	1	0	3	3	0	3,90%
Noctamide	1	4	0	5	4	1	6,49%
Seresta	1	3	0	4	4	0	5,19%
Stylnox	1	0	0	1	1	0	1,30%
Tegretol	1	0	1	1	1	0	1,30%
Temesta	0	1	0	1	1	0	1,30%
Teralithe	6	3	1	10	4	6	12,99%
Tercian	0	1	0	1	0	1	1,30%
Tranxene	1	0	0	1	1	0	1,30%
Venfalaxine	1	0	0	1	0	1	1,30%
Xanax	1	1	0	2	0	2	2,60%
Xeroquel	1	5	0	6	3	3	7,79%
Zyprexa	1	1	0	2	2	0	2,60

Annexe 42 Scores moyens par dimensions pour les médecins et les patients bipolaires de l'étude1

		Moyenne	Ecart type	Moyenne	Ecart type
Dimensions	Patients items de 2 à 28 Médecins items de 23 à 52	Bipolaires	Bipolaires	Médecins	Médecins
Observance	2/ Je ne prendrai plus de médicaments dès que je me sentirai mieux 23/ Votre patient arrêtera son traitement dès qu'il se sentira mieux	3,36	1,07	2,68	1,14
Observance	3/ Je sens que je vais mieux en prenant mes médicaments. 24/ Votre patient se sent mieux lorsqu'il prend ses médicaments	3,24	0,89	3,12	0,89
Observance	17/ Je respecte le nombre de prise et la posologie de mon traitement 38/ Mon patient respecte la posologie et le nombre de prise	3,68	0,62	3,04	0,89
Observance	23/ Régularité dans la prise de mon traitement 44/ Comment jugez-vous la régularité de votre patient dans la prise de son traitement ?	3,72	0,54	3,16	0,87
Observance	25/ J'adapte mon traitement en fonction de mon état, de mon humeur 49/ Avez-vous le sentiment que votre patient adapte son traitement: En fonction de son état, de son humeur	3	1,25	3,16	1,17
Observance	26/ J'adapte mon traitement en fonction des effets secondaires 50/ Avez-vous le sentiment que votre patient adapte son traitement: En fonction des effets secondaires	3,2	1,04	2,8	0,92
Observance	27/ J'adapte mon traitement en fonction lorsque je ne peux pas joindre mon médecin 51/ Avez-vous le sentiment que votre patient adapte son traitement : Lorsqu'il ne peut pas vous joindre	2,76	1,23	2,6	1,16
Observance	28/ J'adapte mon traitement en fonction de mes expériences passées 52 / Avez-vous le sentiment que votre patient adapte son traitement: En fonction de ses expériences passées	2,88	1,12	2,8	1,11
Effets Indésirables	4/ Je prends trop de médicaments 25/ Il pense qu'il prend trop de médicaments	1,92	1,11	2,6	1,04
Effets Indésirables	5/ Mon traitement est trop compliqué 26/ Il pense que son traitement est trop compliqué	1,64	1,03	2,44	1,19
Effets Indésirables	6/ Avec mon traitement, je me sens "bizarre" ou j'ai des effets désagréables 27/ Il se sent "bizarre" ou ressent des effets indésirables avec son traitement	2,36	1,35	2,08	0,95
Effets Indésirables	8/ Prendre des médicaments ne va pas me faire de mal 29/ Il pense que prendre des médicaments ne va pas lui faire de mal	2,64	1,31	2,52	0,91
Effets Indésirables	22/ Je supporte mon traitement 43/ Selon vous, comment votre patient évalue la tolérance son traitement ?	1,64	0,99	3,12	0,88

RS	7/Si je prends des médicaments, les gens auront une mauvaise opinion de moi 28/ Il pense que les autres ont une mauvaise opinion de lui parce qu'il prend trop de médicaments	1,64	0,94	2,6	0,81
Connaissance De la maladie	9/Prendre des médicaments m'évitera de rechuter 30/ Il pense que prendre des médicaments lui évitera de rechuter	3,64	0,63	2,88	0,88
Connaissance De la maladie	10/Je reconnais les signes d'une rechute 31/ Il reconnaît les signes d'une rechute	3,28	0,89	2,64	0,95
Connaissance De la maladie	11/Je connais bien la maladie dont je souffre 32/ Il connaît bien la maladie dont il souffre	3,4	0,76	2,64	0,86
Connaissance De la maladie	12/ Si je ne prends pas mes médicaments, il y a des risques 33/ Il pense qu'il prend des risques en prenant son traitement	3,44	1,04	2,6	0,81
Connaissance De la maladie	13/Je ne suis pas différent avec ou sans mes médicaments 34/ Il pense qu'il n'est pas différent avec ou sans médicaments	2,56	1,38	2,92	0,90
Alliance	14/J'ai un bon contact avec mon médecin 35/ J'ai une bonne alliance thérapeutique avec mon patient	3,76	0,43	3,04	0,78
Alliance	15/Mon médecin sait me motiver pour prendre mon traitement 36/ Je motive mon patient pour prendre son traitement	3,48	0,82	3,56	0,65
Alliance	16/Je fais aveuglement confiance à mon médecin. Je fais ce qu'il me dit même si , je ne suis pas d'accord 37/ Mon patient me fait aveuglement confiance même s'il doute parfois	3,16	0,85	2,56	0,71
Soutien Social	18/Mon entourage me soutient 39/ L'entourage de mon patient le soutient	3,36	0,90	2,88	1,05
Soutien Social	19/Mon entourage m'aide au quotidien pour la prise de mes médicaments 40/ L'entourage de mon patient l'aide au quotidien dans la prise de ses médicaments	2,6	1,19	2,12	1,01
Satisfaction efficacité	20/ Satisfaction par rapport à mon traitement 41/ Selon vous, quel est le degré de satisfaction de votre patient concernant son traitement ?	3,32	0,80	2,76	0,92
Satisfaction efficacité	21/Efficacité de mon traitement 42/ Selon vous, comment votre patient évalue l'efficacité de son traitement ?	2,56	1,22	2,96	0,87

Annexe 43: Questionnaire sur la représentation de la bipolarité (étude 2)

ENQUETE SUR LA MALADIE BIPOLAIRE

Votre anonymat sera respecté, ni votre nom ni vos résultats ne seront divulgués.

Dans le cadre de mon doctorat en psychologie qui portent sur l'observance médicamenteuse des patients bipolaires et la représentation sociale de la maladie, je cherche des participants pour répondre à cette enquête en ligne (3mn), parfaitement anonyme sur la représentation sociale de la bipolarité.

Je m'engage à assurer la confidentialité des informations recueillies (sur Google Forms, les réponses sont parfaitement anonymes et le traitement des données n'est pas nominatif).

Votre participation est volontaire. Vous pouvez une fois le lien ouvert ne pas remplir l'enquête si vous estimez ne pas vouloir la faire. Le fait d'y répondre vaut acceptation de votre part pour participer à ce projet. Pour rappel, il n'y a aucun moyen de vous identifier avec ce genre de questionnaire.

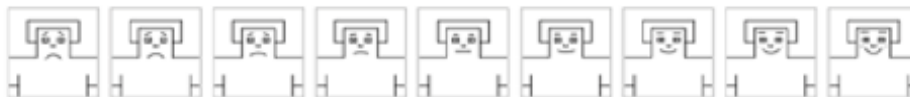
Pour des informations supplémentaires sur cette étude ou tout autre question, vous pouvez me contacter par message à l'adresse suivante:

dthomapsy@free.fr

En vous remerciant par avance pour votre concours.

Veillez noter vos INITIALES (Nom et Prénom) : Votre SEXE H / F Bipolaire OUI / NON

1/ Mettez une croix sur le dessin qui correspond le mieux à votre état psychologique actuel



Pour les questions de 2 à 43, vous répondrez selon l'échelle suivante en cochant votre réponse :

Pour vous, un bipolaire est quelqu'un qui :

De 1= Pas du tout d'accord à 4= Complètement d'accord

2/ ne prendra plus de médicaments dès qu'il se sentira mieux.

3/ va mieux en prenant ses médicaments.

4/ prends trop de médicaments.

5/ a un traitement trop compliqué

6/ avec son traitement, se sent "bizarre" ou a des effets désagréables

7/ s'il prend des médicaments, les gens auront une mauvaise opinion de lui

8/ n'est pas différent avec ou sans médicaments

9/ respecte le nombre de prise et la posologie de son traitement

10/ a un entourage qui le soutient

11/ a une vie comme tout le monde

12 / n'est pas malade

13/ sera un jour guérie

14/ est imprévisible

15/ est ingérable

16/ est capable de s'intégrer dans la société, de suivre les règles

17/est capable d'avoir un travail

18/ est dangereux pour les autres

19/ a un discours bizarre qui n'a pas de sens

20/ a un comportement étrange

21/boit régulièrement de l'alcool ou se drogue

22/ pleure souvent, est triste

23/ est anxieux, angoissé

24/est violent

25/ peut commettre un meurtre ou un viol

26/ fait des crises

27/est isolé, en retrait

28/a une vie normale

29/est négligé, ne prend pas soin de lui

30/ a un comportement inadapté

32/est bête, idiot, simple d'esprit

33/est quelqu'un de normal

34/ a des problèmes d'humeur

35/a beaucoup de problèmes avec la société

36/ a une maladie comme une autre

37/ ne peut pas vivre sans médicaments

38/n'a pas besoin de médicaments

39/ adapte son traitement en fonction de son état, de son humeur

40/ adapte son traitement en fonction des effets secondaires

41/ adapte son traitement lorsque il ne peut pas joindre son médecin

42/ adapte son traitement en fonction de ses expériences passées

43/ est dangereux pour lui

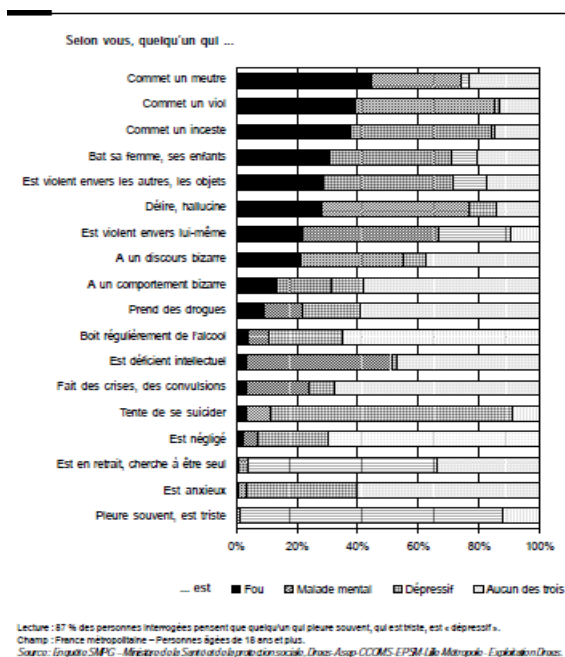
	1	2	3	4
Q2				
Q3				
Q4				
Q5				
Q6				
Q7				
Q8				
Q9				
Q10				
Q11				
Q12				
Q13				
Q14				
Q15				
Q16				

Q17				
Q18				
Q19				
Q20				
Q21				
Q22				
Q23				
Q24				
Q25				
Q26				
Q27				
Q28				
Q29				
Q30				
Q32				
Q33				
Q34				
Q35				
Q36				
Q37				
Q38				
Q39				
Q40				
Q41				
Q42				
Q43				

EN VOUS REMERCIANT DE VOTRE COLLABORATION¹

¹ Questionnaire MARS 2017

Annexe 44 : Tableau de réponse de l'enquête SMPG



Annexe 45: Alpha de Cronbach dimension observance Etude 1

$\alpha = ,723583$ Alpha standardisé = ,724231

En enlevant la question n°3/24, l'alpha est amélioré

Synthèse échelle : Moy.=24,6000 Ec-T.=4,69042 N actif:50 (Feuille de d Alpha Cronbach :,723583 Alpha Standardisé :,724231 Corrél. moy. inter-quest.:,272864					
observance	Moy. si supprimé	Var. si supprimé	Ec-T. si supprimé	Corrél. Qst. Tot	Alpha si supprimé
QP2/QM23	21,58000	17,36360	4,16696	0,31398	0,71985
QP3/QM24	21,42000	20,32360	4,50817	0,07721	0,75094
QP17/QM38	21,24000	17,78240	4,21691	0,44996	0,69171
QP23/QM44/2	21,16000	18,13440	4,25845	0,42507	0,69681
QP25/QM49	21,52000	16,04960	4,00619	0,44591	0,69010
QP26/QM50	21,60000	16,48000	4,05955	0,58937	0,66335
QP27/QM51	21,92000	15,27360	3,90814	0,54743	0,66466
QP28/QM52	21,76000	15,86240	3,98276	0,51073	0,67424

Annexe 46: Alpha de Cronbach dimension effet indésirable du traitement Etude 1

$\alpha = ,591184$ Alpha standardisé = ,594907

Synthèse échelle : Moy.=11,4800 Ec-T.=3,56422 N actif:50 (Feuille de don Alpha Cronbach :,591184 Alpha Standardisé :,594907 Corrél. moy. inter-quest.:,238370					
Effets indésirable	Moy. si supprimé	Var. si supprimé	Ec-T. si supprimé	Corrél. Qst. Tot	Alpha si supprimé
QP4/QM25	9,220000	8,01160	2,830477	0,510087	0,446419
QP5/QM26	9,440000	7,20640	2,684474	0,620820	0,370634
QP6/QM27	9,260000	8,59240	2,931280	0,373328	0,521763
QP8*/QM29*	8,900000	9,13000	3,021589	0,308050	0,556700
QP22*/QM43*	9,100000	10,97000	3,312099	0,010734	0,705439

Annexe 47: :Alpha de Crombach dimension connaissance de la maladie Etude 1

$\alpha=,710469$ Alpha standardisé= $,731566$

Synthèse échelle : Moy.=15,0000 Ec-T.=3,36246 N actif:50 (Feuille de donn Alpha Cronbach :,710469 Alpha Standardisé :,731566 Corrél. moy. inter-quest.:368452					
Connaissance	Moy. si supprimé	Var. si supprimé	Ec-T. si supprimé	Corrél. Qst. Tot	Alpha si supprimé
QP9/QM30	11,74000	7,992400	2,827083	0,497702	0,654355
QP10/QM31	12,04000	7,438400	2,727343	0,520947	0,640711
QP11/QM32	11,98000	7,299600	2,701777	0,628958	0,602188
QP12/QM33	11,98000	6,899600	2,626709	0,595854	0,606180
QP13*/QM34*	12,26000	8,392400	2,896964	0,198162	0,788396

Annexe 48: Alpha de Crombach dimension soutien social Etude

$\alpha=,715213$ Alpha standardisé= $,718036$

Synthèse échelle : Moy.=5,48000 Ec-T.=1,87617 N actif:50 (Feuille Alpha Cronbach :,715213 Alpha Standardisé :,718036 Corrél. moy. inter-quest.:560107					
soutien	Moy. si supprimé	Var. si supprimé	Ec-T. si supprimé	Corrél. Qst. Tot	Alpha si supprimé
QP18/QM39	2,360000	1,230400	1,109234	0,560107	
QP19/QM40	3,120000	0,985600	0,992774	0,560107	

Annexe 49:Alpha de Crombach dimension alliance thérapeutique Etude 1

$\alpha=,506356$ Alpha standardisé= $,5125$

Synthèse échelle : Moy.=9,78000 Ec-T.=1,63245 N actif:50 (Feuille c Alpha Cronbach :,506356 Alpha Standardisé :,512528 Corrél. moy. inter-quest.:261909					
Alliance	Moy. si supprimé	Var. si supprimé	Ec-T. si supprimé	Corrél. Qst. Tot	Alpha si supprimé
QP14/QM35	6,380000	1,355600	1,164302	0,438309	0,214813
QP15/QM36	6,260000	1,592400	1,261903	0,266570	0,492339
QP16/QM37	6,920000	1,393600	1,180508	0,276044	0,493685

Annexe 50:Alpha de Crombach dimension RS Etude 1

$\alpha=,093300$ Alpha standardisé $,061297$

Synthèse échelle : Moy.=7,88000 Ec-T.=1,93401 N actif:50 (Feuille de données 1) Alpha Cronbach :,093300 Alpha Standardisé :,061297 Corrél. moy. inter-quest.:022639					
variable	Moy. si supprimé	Var. si supprimé	Ec-T. si supprimé	Corrél. Qst. Tot	Alpha si supprimé
PERCEPTION	5,760000	3,142400	1,772682	-0,148205	0,490326
QP12/QM33	4,860000	2,480400	1,574929	0,052066	0,050314
QP13*/QM34*	5,140000	1,480400	1,216717	0,294285	0,000000

Annexe 51 : Alpha de Cronbach dimension satisfaction/efficacité du traitement Etude

$\alpha=,652813$ Alpha standardisé $,662392$

Synthèse échelle : Moy.=8,76000 Ec-T.=2,27282 N actif:50 (ETUDE1ALPH) Alpha Cronbach : ,652813 Alpha Standardisé : ,662392 Corrél. moy. inter-quest.: ,399802					
variable	Moy. si supprimé	Var. si supprimé	Ec-T. si supprimé	Corrél. Qst. Tot	Alpha si supprimé
QP10/QM31	5,800000	2,680000	1,637071	0,466582	0,551642
satisfaction	5,720000	2,641600	1,625300	0,558578	0,439733
Efficacité	6,000000	2,600000	1,612452	0,382955	0,679385

ETUDE 2

Annexe 52: Alpha de Cronbach par items pour la dimension "Observance" étude 2

$\alpha=,674399$ Alpha standardisé $,663545$

Synthèse échelle : Moy.=12,0190 Ec-T.=2,84613 N actif:368 (Feuille de données3) Alpha Cronbach : ,674399 Alpha Standardisé : ,663545 Corrél. moy. inter-quest.: ,293992					
oBSERVAI	Moy. si supprimé	Var. si supprimé	Ec-T. si supprimé	Corrél. Qst. Tot	Alpha si supprimé
Q9	9,679348	7,049356	2,655062	0,099245	0,746165
Q39	9,491848	5,445586	2,333578	0,475487	0,601974
Q40	9,402174	5,457821	2,336198	0,466887	0,605769
Q41	9,948370	5,233748	2,287739	0,512316	0,583749
Q42	9,554348	4,768785	2,183755	0,609624	0,531465

$\alpha=,746165$ Alpha standardisé $,745869$, en enlevant la question n°9, l'alpha est amélioré

Synthèse échelle : Moy.=9,67935 Ec-T.=2,65868 N actif:368 (Feuille de données3) Alpha Cronbach : ,746165 Alpha Standardisé : ,745869 Corrél. moy. inter-quest.: ,426941					
variable	Moy. si supprimé	Var. si supprimé	Ec-T. si supprimé	Corrél. Qst. Tot	Alpha si supprimé
Q39	7,152174	4,406191	2,099093	0,531471	0,692700
Q40	7,062500	4,390115	2,095260	0,531276	0,692759
Q41	7,608696	4,401229	2,097911	0,505546	0,707011
Q42	7,214674	4,005546	2,001386	0,593221	0,656536

Annexe 53: Alpha de Cronbach par items pour la dimension "Humeur" étude 2

$\alpha=,676075$ Alpha standardisé $,680578$

Synthèse échelle : Moy.=14,1603 Ec-T.=2,58667 N actif:368 (Feuille de données4) Alpha Cronbach : ,676075 Alpha Standardisé : ,680578 Corrél. moy. inter-quest.: ,301040					
HUMEUR	Moy. si supprimé	Var. si supprimé	Ec-T. si supprimé	Corrél. Qst. Tot	Alpha si supprimé
Q14	11,49185	4,478194	2,116174	0,380478	0,652188
Q22	11,61413	4,470670	2,114396	0,458706	0,611865
Q23	11,26087	4,611295	2,147393	0,520433	0,589918
Q26	11,35598	4,490128	2,118992	0,457826	0,612328
Q34	10,91848	5,031398	2,243078	0,349914	0,657892

Annexe 54: Alpha de Cronbach par items pour la dimension "violence" étude 2

$\alpha=,5226$ Alpha standardisé= $,59111$

Synthèse échelle : Moy.=9,67120 Ec-T.=2,65203 N actif:368 (Feuille Alpha Cronbach :,522623 Alpha Standardisé :,591112 Corré. moy. inter-quest.:229329					
VIOLENCE	Moy. si supprimé	Var. si supprimé	Ec-T. si supprimé	Corré. Qst. Tot	Alpha si supprimé
Q18	7,961957	5,199639	2,280272	0,388984	0,421812
Q21	7,804348	5,554111	2,356716	0,211693	0,510377
Q24	7,752717	4,892655	2,211935	0,472717	0,373258
Q25	8,067935	5,335059	2,309775	0,357233	0,439643
Q43	7,097826	4,142604	2,035339	0,187514	0,610905

Annexe 55: Alpha de Cronbach par items pour la dimension "Inadapté" étude 2

$\alpha=,705182$ Alpha standardisé= $,720416$

Synthèse échelle : Moy.=27,6495 Ec-T.=4,80684 N actif:368 (Feuille Alpha Cronbach :,708182 Alpha Standardisé :,720416 Corré. moy. inter-quest.:170389					
INADAP	Moy. si supprimé	Var. si supprimé	Ec-T. si supprimé	Corré. Qst. Tot	Alpha si supprimé
Q11	25,42391	24,73334	4,973263	-0,276530	0,776862
Q15	25,50272	19,42934	4,407873	0,408502	0,680420
Q16	25,56793	19,53343	4,419664	0,423906	0,678886
Q17	25,78533	19,91859	4,463025	0,423399	0,680550
Q19	25,81793	19,21414	4,383393	0,483339	0,671113
Q20	25,36685	18,71053	4,325567	0,519999	0,664417
Q27	25,19837	20,08293	4,481399	0,334974	0,690685
Q28	24,94293	19,93968	4,465387	0,335228	0,690662
Q29	25,86685	20,31108	4,506781	0,343921	0,689852
Q30	25,45652	19,00898	4,359929	0,513891	0,666855
Q32	26,39402	21,64638	4,652567	0,201463	0,705195
Q33	25,20380	19,32531	4,396056	0,384580	0,683554
Q35	25,26630	19,59756	4,426913	0,394286	0,682566

Annexe 56: Alpha de Cronbach par items pour la dimension "Représentation" étude 2

$\alpha = ,728293$ Alpha standardisé = ,736123

Synthèse échelle : Moy.=88,9810 Ec-T.=8,85685 N actif:368 (Feuille de données4) Alpha Cronbach :,728293 Alpha Standardisé :,736123 Corrél. moy. inter-quest.:.074061					
variable	Moy. si supprimé	Var. si supprimé	Ec-T. si supprimé	Corrél. Qst. Tot	Alpha si supprimé
Q2	85,92391	79,93986	8,940909	-0,159052	0,744895
Q3	85,90489	75,92846	8,713694	0,150117	0,726329
Q4	86,07337	78,78538	8,876113	-0,084359	0,739911
Q5	86,20924	79,35023	8,907875	-0,123656	0,741336
Q6	86,37500	76,26698	8,733097	0,102939	0,729068
Q7	86,88043	76,11615	8,724457	0,072253	0,732862
Q8	85,56522	76,08814	8,722852	0,128954	0,727462
Q10	86,41848	79,37923	8,909502	-0,124686	0,741926
Q11	86,75543	81,57063	9,031646	-0,250775	0,752040
Q12	85,62228	75,34917	8,680390	0,164043	0,725959
Q13	85,76630	76,76604	8,761623	0,057396	0,731902
Q14	86,31250	71,72028	8,468782	0,384339	0,712746
Q15	86,83424	71,02415	8,427583	0,474336	0,708087
Q16	86,89946	73,37304	8,565806	0,320139	0,717439
Q17	87,11684	74,15211	8,611162	0,298838	0,719119
Q18	87,27174	73,23051	8,557483	0,360076	0,715775
Q19	87,14946	71,84995	8,476435	0,446632	0,710592
Q20	86,69837	70,47152	8,394732	0,518283	0,705509
Q21	87,11413	73,13372	8,551826	0,321380	0,717142
Q22	86,43478	72,38705	8,508058	0,380548	0,713795
Q23	86,08152	73,70531	8,585179	0,334630	0,717317
Q24	87,06250	71,87924	8,478163	0,457106	0,710333
Q25	87,37772	74,51766	8,632361	0,261253	0,720899
Q26	86,17663	72,28674	8,502161	0,391551	0,713229
Q27	86,52989	72,15128	8,494191	0,411492	0,712295
Q28	86,27446	73,47087	8,571515	0,293236	0,718721
Q29	87,19837	74,24054	8,616295	0,281881	0,719843
Q30	86,78804	70,62898	8,404105	0,542824	0,705150
Q32	87,72554	77,34044	8,794341	0,056169	0,729769
Q33	86,53532	71,69984	8,467576	0,389790	0,712475
Q34	85,73913	75,19282	8,671379	0,202737	0,723796
Q35	86,59782	71,47956	8,454558	0,450076	0,709778
Q36	86,53532	74,82484	8,650135	0,152789	0,727580
Q37	86,36413	75,34566	8,680188	0,130880	0,728630
Q38	85,55978	76,28991	8,734409	0,114666	0,728126
Q43	86,46196	70,74311	8,410892	0,441258	0,708859

Annexe 57: Tableau des scores moyens de la population entière de l'étude 2

	Moyenne	Ecart type	Moyenne	Ecart type	s/ns
	Bipolaires	Bipolaires	Non bipolaires	Non bipolaires	
Echelle SAM de l'humeur	5,04	1,81	6,32	1,67	S
2/ ne prendra plus de médicaments dès qu'il se sentira mieux,	3,20	0,85	2,97	0,86	S
3/ va mieux en prenant ses médicaments	3,01	0,79	3,11	0,64	NS
4/ prends trop de médicaments,	2,69	0,94	3,03	0,73	S
5/ a un traitement trop compliqué	2,67	0,89	2,83	0,73	NS
6/ avec son traitement, se sent "bizarre" ou a des effets désagréables	2,66	0,82	2,57	0,73	NS
7/ s'il prend des médicaments, les gens auront une mauvaise opinion de lui	2,45	0,98	1,89	0,88	S
8/ n'est pas différent avec ou sans médicaments	3,36	0,77	3,45	0,69	NS
9/ respecte le nombre de prise et la posologie de son traitement	2,25	0,94	2,40	0,73	NS
10/ a un entourage qui le soutient	2,51	0,94	2,59	0,74	NS
11/ a une vie comme tout le monde	2,08	0,96	2,31	0,9	S
12 / n'est pas malade	3,41	0,82	3,333	0,79	NS
13/ sera un jour guérie	3,38	0,81	3,12	0,79	S
14/ est imprévisible	2,59	0,91	2,71	0,86	S
15/ est ingérable	2,09	0,84	2,18	0,80	NS

16/ est capable de s'intégrer dans la société, de suivre les règles	2,23	0,80	2,00	0,75	S
17/est capable d'avoir un travail	2,04	0,74	1,76	0,65	S
18/ est dangereux pour les autres	1,60	0,74	1,77	0,71	S
19/ a un discours bizarre qui n'a pas de sens	1,7	0,74	1,91	0,77	S
20/ a un comportement étrange	2,15	0,86	2,36	0,78	S
21/boit régulièrement de l'alcool ou se drogue	1,93	0,83	1,83	0,79	NS
22/ pleure souvent, est triste	2,64	0,85	2,49	0,77	NS
23/ est anxieux, angoissé	2,93	0,72	2,88	0,69	NS
24/est violent	1,85	0,75	1,96	0,75	NS
25/ peut commettre un meurtre ou un viol	1,39	0,65	1,73	0,72	S
26/ fait des crises	2,76	0,78	2,83	0,81	NS
27/est isolé, en retrait	2,64	0,78	2,34	0,76	S
28/a une vie normale	2,82	0,82	2,64	0,80	S
29/est négligé, ne prend pas soin de lui	1,95	0,80	1,68	0,65	S
30/ a un comportement inadapté	2,12	0,76	2,23	0,77	NS
32/est bête, idiot, simple d'esprit	1,32	0,69	1,22	0,49	NS
33/est quelqu'un de normal	2,58	0,89	2,37	0,86	S
34/ a des problèmes d'humeur	3,14	0,82	3,3	0,65	S
35/a beaucoup de problèmes avec la société	2,45	0,86	2,34	0,77	NS

36/ a une maladie comme une autre	2,57	0,95	2,37	0,95	NS
37/ ne peut pas vivre sans médicaments	2,73	0,96	2,55	0,87	NS
38/n'a pas besoin de médicaments	3,47	0,75	3,39	0,69	NS
39/ adapte son traitement en fonction de son état, de son humeur	2,53	0,93	2,52	0,81	NS
40/ adapte son traitement en fonction des effets secondaires	2,51	0,92	2,68	0,82	NS
41/ adapte son traitement lorsque il ne peut pas joindre son médecin	2,18	0,95	2	0,84	NS
42/ adapte son traitement en fonction de ses expériences passées	2,45	0,95	2,48	0,91	NS
43/ est dangereux pour lui	2,56	0,99	2,58	1,54	NS
