

République Tunisienne

Ministère de la santé
Institut Supérieur des
Sciences Infirmières du Kef



Ministère de l'Enseignement
Supérieur de la recherche scientifique
Université de Jendouba



Travail de fin d'études
Pour l'obtention de la
Licence Nationale en sciences infirmières

Élaboré par :

Ben Jalel Rayen

Moulahi Yassine

Titre	<i>L'observance thérapeutique chez les patients suivis pour des troubles bipolaires</i>
Mots-clés	<i>Observance thérapeutique, patients, troubles bipolaires</i>

Encadreurs du travail :

Dr.Slimi Afef

PPM : Touati Lilia

Année universitaire : 2024/2025

République Tunisienne

Ministère de la Santé
Institut Supérieur des
Sciences Infirmières du Kef



Ministère de l'Enseignement
Supérieur de la Recherche scientifique
Université de Jendouba



Travail de fin d'études
Pour l'obtention de la
Licence Nationale en sciences infirmières

N° :

Présenté et soutenu le :

Élaboré par :

Ben Jalel Rayen

Moulahi Yassine

Titre	<i>L'observance thérapeutique chez les patients suivis pour des troubles bipolaires</i>
Mots-clés	<i>Observance thérapeutique, patients, troubles bipolaires</i>

**Encadreurs du
mémoire :**

Dr.Slimi Afef

PPM: Touati Lilia

Jury :

.....
.....
.....

بِسْمِ اللّٰهِ الرَّحْمٰنِ الرَّحِيْمِ



يَرْفَعُ اللَّهُ الَّذِينَ آمَنُوا مِنْكُمْ
وَالَّذِينَ أُوتُوا الْعِلْمَ دَرَجَاتٍ
وَاللَّهُ بِمَا تَعْمَلُونَ خَيْرٌ

قسم الممرض

أقسم بالله العظيم أن أقوم بواجباتي المهنية بكل أمانة

أن أمتنع عن كل عمل جنائي و مؤذني عند مباشرتي لعملي

الا أعطي عن قصد أدوية تشكل خطرا على حياة المرضى

أن أبذل ما في وسعي لإعلاء مستوى مهنتي

أن أكتم الأسرار التي أطلع عليها بموجب مهنتي

أن أتحلى بروح التعامل مع الفريق الذي أباشر معه عملي

أن أكون مخلصا لكل المرضى الذين هم في عهدي

Remerciements

Au terme de ce travail de fin d'études, nous tenons à exprimer nos reconnaissances et nos gratitude envers Dieu, le tout puissant et à tous ceux qui nous ont collaboré de près ou de loin à l'élaboration de ce travail de recherche.

Nos chères encadrantes

Dr. Slimi Afef

Pour l'acceptation de diriger notre travail avec intérêt. Pour son expérience, sa compétence et ses remarques constructives et précieuses qui nous ont aidées à l'élaboration de ce travail.

Veuillez trouver ici le témoignage de notre profond respect.

Mme Touati Lilia

Pour l'honneur qu'elle nous a fait en acceptant de superviser notre travail, ainsi que pour l'intérêt qu'elle y a manifesté et pour ses orientations éclairées, pour sa disponibilité régulière, son accueil chaleureux, sa patience, son écoute et son soutien constant durant toute l'année et pour le temps consacré pour guider notre étude. Son accompagnement bienveillant a été essentiel pour la réalisation de ce travail et nous a permis de grandir sur le plan académique que personnel. Nous la témoignons nos profondes gratitude.

Tous les enseignants de l'ISSIK

Pour leur assistance tout au long de notre parcours. Il nous sera difficile de vous exprimer notre estime, notre respect et notre reconnaissance.

Les membres de jury

Pour avoir accepté de réviser notre mémoire et d'apporter leurs remarques afin d'enrichir notre travail.

On remercie également

Tous les patients qui nous ont accordé leur confiance, et ont accepté de participer à notre étude.

Dédicace...

Il est difficile de trouver les mots justes pour exprimer toute la gratitude que je ressens aujourd'hui. Ce travail est l'aboutissement d'un parcours jalonné de doutes, d'efforts, mais surtout de belles rencontres et de soutiens inestimables.

Je dédie ce modeste travail et ma profonde gratitude À ma très chère mère « Hasna »

Affable, honorable, aimable : Tu représentes pour moi le symbole de la bonté par excellence, la source de tendresse et l'exemple du dévouement qui n'a pas cessé de m'encourager et de prier pour moi.

Ta prière et ta bénédiction m'ont été un grand secours pour mener à bien mes études.

Aucune dédicace ne saurait être assez éloquente pour exprimer ce que tu mérites pour tous les sacrifices que tu n'as cessé de me donner depuis ma naissance, durant mon enfance et même à l'âge adulte.

Tu as fait plus qu'une mère puisse faire pour que ses enfants suivent le bon chemin dans leur vie et leurs études.

Je te dédie ce travail en témoignage de mon profond amour. Puisse Dieu, le tout puissant, te préserver et t'accorder santé, longue vie et bonheur.

Je t'aime fort.

À mon cher père « Mondher »

Aucune dédicace ne saurait exprimer l'amour, l'estime, le dévouement et le respect que j'ai toujours eu pour toi. Rien au monde ne vaut les efforts fournis jour et nuit pour mon éducation et mon bien être. En tant que collègue, tu as partagé avec moi ton expertise, tes conseils éclairés et ton soutien inconditionnel. Tu m'as toujours poussé à donner le meilleur de moi-même et à poursuivre mes aspirations académiques. Merci pour votre amour inconditionnel, vos encouragements silencieux et vos sacrifices. Que cette dédicace témoigne de mon amour filial et de ma reconnaissance éternelle envers toi, mon père et collègue exceptionnel.

À mon cher frère « Firas » & ma chère sœur « Insaf »

Deux présences essentielles dans ma vie, deux coeurs unis au mien par un lien plus fort que les mots. Merci pour votre amour sincère, votre soutien discret mais constant, et votre foi en moi même dans les moments de doute.

Votre force, votre écoute, vos encouragements silencieux ont été des piliers tout au long de ce parcours. Dans chaque pas vers cette réussite, il y a un peu de vous.

Que Dieu vous protège, vous accorde une vie remplie de paix, de santé et de bonheur. Ce mémoire vous est dédié, avec tout mon amour, toute ma reconnaissance et toute ma tendresse.

À mes chers intimes et frères « BolBol » et « Chekernios »

صديق الصدق و عم شاكرنيوس

À mes deux frères de cœur, compagnons d'âme et de vie,
En témoignage de l'amitié précieuse qui nous unit et de tous les souvenirs que nous avons partagés, je tiens à vous adresser ces quelques mots du fond du cœur. Chaque moment passé à vos côtés, les discussions, les rires, les instants de complicité comme ceux de sérieux, reste gravé dans ma mémoire. Je vous souhaite une vie remplie de douceur, de santé, et de bonheur, entourée des personnes qui vous aiment et que vous aimez. Puissent vos jours à venir être aussi lumineux que le bien que vous semez autour de vous. Je vous aime infiniment.
Merci pour votre présence indéfectible, votre bienveillance sincère et votre soutien sans faille. Je prie pour que Dieu veille sur vous, vous protège de tout mal, vous accorde la santé, la sérénité, la joie et une vie pleine de paix et de réussites.

À tous les membres de ma grande famille

Ben Yahya Oussama (CAZIN), Riahi Arwa, Jamazi Tass, Dr Salsabil...

Je vous dédie ce travail avec tout mon amour et ma reconnaissance.
Merci pour votre soutien constant, vos encouragements, vos prières silencieuses, et surtout, pour l'amour inconditionnel que vous m'avez toujours offert.

Votre présence dans ma vie est une source de force et d'inspiration.
Que cette modeste réalisation soit le reflet de ma gratitude envers chacun de vous.

À ma chère cousine « Ichrak »

dont la bienveillance et les talents linguistiques ont sublimé ce mémoire. Ton soutien m'a été d'un grand réconfort.

À madame « Aouadi Islem »

Avec vous, on se sent immédiatement en confiance. Vous avez ce don rare de rendre l'apprentissage à la fois humain et chaleureux, et c'est une chance de vous avoir eue comme professeure. Merci pour tout ce que vous avez donné avec tant de cœur et de simplicité. Entre les cours, les fous rires et vos précieux conseils, vous avez su créer un véritable esprit de famille en classe. Votre gentillesse, votre écoute et vos encouragements ne seront jamais oubliés et resteront à jamais gravés dans mon cœur.

À celui qui a dirigé ce projet avec rigueur, bienveillance et engagement « Oueslati Farouk »

Tu as su nous accompagner avec énergie, disponibilité et bienveillance tout au long de la réalisation de ce projet de fin d'études.

Ton soutien, tes conseils et ta patience ont été précieux pour surmonter les difficultés

rencontrées.

Merci pour ton engagement et ta collaboration qui ont contribué à la réussite de ce travail.

À mes chers amis

Rafik rafouka, The Legendary 3am Ibrahim, Dridi Mehdi, Sidi Ramzi, Tounsi Amer, Lhaj Slimane, Trabelsi Slah, Amen Allah, Aziz Balti, Ben Slema, et Nassim

*À mes amis, mes frères de cœur,
ceux qui ont marché à mes côtés avec loyauté, simplicité et sincérité.*

Merci pour votre présence indéfectible, vos paroles motivantes, vos silences solidaires et vos éclats de rire partagés.

Vous avez su, chacun à votre manière, rendre ce parcours plus léger, plus humain, plus vrai. Votre amitié a été un refuge, une force, une richesse inestimable.

Ce mémoire vous est dédié avec gratitude et affection.

*Que la vie vous comble de succès, de paix et de bonheur,
car vous méritez le meilleur de ce qu'elle a à offrir.*

À mon cher ami et binôme «Yassine»

C'est avec une immense joie que je te dédie ce projet de fin d'études, car sans toi, rien de tout cela n'aurait été possible. Tout au long de notre parcours universitaire, tu as été mon soutien, mon collaborateur et surtout un ami fidèle. Merci infiniment pour tout ce que tu as fait pour moi, et pour être un ami si cher et si proche de mon cœur. Je te souhaite tout le succès et la joie que tu mérites dans la vie.

À toutes mes chères amies «Nour, Feten, Sirine » et surtout «Walee»

Celles qui ont marché à mes côtés avec loyauté, simplicité et sincérité.

Merci pour votre présence indéfectible, vos paroles motivantes, vos silences solidaires et vos éclats de rire partagés.

Vous avez su, chacune par sa manière, rendre ce parcours plus léger, plus humain, plus vrai.

Ce mémoire vous est dédié avec gratitude et affection.

Walee, ton amitié a été un refuge, une force, une richesse inestimable.

Que la vie te comble de succès, de paix et de bonheur, car tu mérites le meilleur.

À mes professeurs «Matoussi Riadh, Turki Tarek, Gammoudi Nedia et Hajri Sonia»

Pour votre passion de transmettre, votre exigence bienveillante et votre foi en mes capacités.

Vous avez semé en moi les premières graines du savoir, de la rigueur et de l'ambition.

Votre enseignement a dépassé les murs de la classe ; il a marqué mon esprit et nourri mon parcours.

Je vous suis profondément reconnaissant pour votre écoute, vos conseils et votre engagement.

*Ce mémoire est, en partie, le fruit de l'élan que vous m'avez donné.
Merci du fond du cœur.*

À notre coordinateur de TFE, notre encadrant et pilier de notre parcours académique «Mr Khayreddine Massoudi»

Merci pour votre accueil, votre encadrement bienveillant, et la confiance que vous m'avez accordée dès le premier jour.

Votre soutien constant, vos conseils éclairés et votre disponibilité ont été des repères précieux tout au long de cette expérience.

Bien au-delà d'un rôle formel, vous avez été un guide, un mentor et un véritable partenaire d'apprentissage.

Je vous exprime ma profonde reconnaissance pour avoir cru en moi, pour m'avoir encouragé à donner le meilleur,

*et pour m'avoir permis de grandir autant sur le plan professionnel que personnel.
Ce mémoire vous est dédié avec gratitude et respect.*

Pour mon professeur qui m'a aidé dans la réalisation du PFE «Dridi Issam»

Je vous remercie sincèrement pour votre accompagnement précieux pour la réalisation de ce projet de fin d'études. Votre rigueur, vos conseils avisés et votre soutien constant ont été essentiels à la réussite de ce travail.

Je vous exprime toute ma gratitude et mon profond respect pour votre encadrement bienveillant et exigeant.

إلى مشايخ الزيتونة الكرام

"سيدي عبد المجيد، سيدي الأمجد، سيدي كنانة، سيدي السجبي، سيدي ياسين، سيدي أمان الله" بمناسبة مشروع التخرج، يسعدني أن أرفع أسمى آيات الشكر والتقدير إلى مشايخ الزيتونة الأجلاء، الذين كانوا مثارات هدى ونبراس علم نهدي به.

فلولا توجيهاتكم السديدة، وموافقاتكم المشرفة، وتعليمكم الراسخ، لما اكتمل هذا الجهد ولا نضج هذا المشروع جزاك الله خير الجزاء، وبارك في علمكم وعملكم، ونفع بكم الأمة.

BEN JALEL Rayen

Dédicaces...

Je dédie ce modeste travail et ma profonde gratitude

À mes chers parents

« Barhoum » & « Hasniya »

Avec tout mon amour et ma reconnaissance. Votre soutien, vos sacrifices silencieux et vos encouragements constants ont été ma plus grande force. Sans votre amour, votre patience et votre foi en moi, ce chemin n'aurait pas été possible. Merci pour tout ce que vous êtes et tout ce que vous faites. Aucune dédicace ne saurait exprimer l'amour, l'estime, le dévouement et le respect que j'ai toujours eu pour vous

À mon grand frère « Sami »

Tu as toujours été un modèle, un protecteur et un soutien dans les moments importants de ma vie. Tes conseils, ta force tranquille et ta bienveillance m'ont guidé plus que tu ne peux l'imaginer. Merci d'avoir toujours cru en moi et d'avoir été là, sans jamais faillir.

À mes chers frères : « Ahmed, Saleh & 3loulou »

Vous êtes bien plus que des frères : vous êtes mes confidents, mes soutiens indéfectibles et les gardiens de nos souvenirs communs. Chaque page de cette œuvre porte l'empreinte de notre lien unique, forgé par les joies, les épreuves et les rêves que nous avons partagés. Votre force, votre humour et votre amour m'ont inspiré à chaque étape, et c'est avec une immense gratitude que je vous rends hommage à travers ces mots, en célébration de notre fraternité éternelle.

À mes sœurs : « Sana & Ibtissem »

Mes âmes jumelles et mes confidentes, ce livre vous est dédié avec une tendresse infinie. Vous êtes les gardiennes de mes secrets, les complices de mes rires et les piliers de mes jours les plus sombres. Votre force, votre douceur et votre amour inconditionnel ont façonné mon cœur et mes rêves. Chaque mot de ces pages porte l'écho de nos souvenirs partagés, de nos éclats

de rire et de notre lien indéfectible. Merci d'être mes sœurs, mes amies, mes inspiratrices, et de rendre ma vie si riche de votre présence.

À mes chers amis :

Étoiles brillantes de mon chemin, ce livre vous est dédié avec tout mon cœur. Vous êtes les confidents de mes joies, les piliers de mes peines et les complices de mes fous rires. Votre présence, votre écoute et votre bienveillance ont tissé des liens précieux qui illuminent ma vie.

À travers ces pages, je rends hommage à notre amitié sincère, à ces moments partagés qui nous unissent et à la magie de votre soutien indéfectible. Merci d'être là, toujours, et de rendre chaque jour plus beau.

Et enfin, un grand merci à mon binôme et ami, Rayen. Merci pour ta présence, ton engagement, et pour tous les sourires et les souvenirs partagés au cours de ces trois dernières années.

Et à tous les autres qui, de près ou de loin, ont cru en moi, m'ont encouragé, écouté ou épaulé...

YASSINOS

Table des matières

INTRODUCTION.....	1
Phase conceptuelle	1
PROBLEMATIQUE	4
But de recherche :	7
Question de recherche :	7
CADRE DE REFERENCE	8
I. Introduction :	8
II. Présentation du modèle :	8
III. Bibliographie :	8
IV. But du Modèle :	9
V. Les principales composantes du modèle :	9
VI. Le schéma du « Modèle Multidimensionnel d’Adhésion » :.....	10
VII. Adaptation du modèle :.....	11
Recension des écrits.....	15
A. Troubles Bipolaires :	15
I. Introduction aux troubles bipolaires :	15
II. Épidémiologie et facteurs de risque :	16
III. Classification des troubles bipolaires :	16
IV. Manifestations cliniques :	17
V. Diagnostic :.....	18
VI. Evolution et complications :	20
VII. Prise en charge thérapeutique :	21
VIII. Rôle de l’infirmier dans la gestion des troubles bipolaires :.....	24
B. Observance Thérapeutique :.....	25

I.	Définition de l'observance :	26
II.	Types de l'observance Thérapeutique :	26
III.	Outils de l'évaluation de l'observance Thérapeutique :	26
IV.	Les facteurs influençant l'observance thérapeutique :	28
V.	Conséquences de la mauvaise observance :	29
VI.	Stratégies d'amélioration de l'observance thérapeutique :	30
	Phase méthodologique.....	4
	DEVIS DE RECHERCHE.....	34
I.	But de l'étude:	34
II.	Type de l'étude :	34
III.	Type des variables :	34
IV.	Lieu de l'étude :	34
V.	Durée de l'étude :	34
VI.	Choix de population:.....	34
VII.	Instruments de mesures :.....	35
VIII.	Pré-test :	36
IX.	Déroulement de l'étude :	37
X.	La saisie des résultats :	37
XI.	Considérations éthiques :	37
XII.	Les difficultés rencontrées :	38
	Phase empirique	32
	PHASE EMPIRIQUE.....	40
I.	Données sociodémographiques :	40
II.	Données cliniques et paracliniques :	47
III.	Facteurs de non-observance liés au patient :	59
IV.	Facteurs de non observance liés au traitement :.....	63
V.	Facteurs liés à la famille :	66

VI.	Facteurs liés à la relation médecin-patient :	67
VII.	Questionnaire d'attitude envers les médicaments : Medication Adherence Rating Scale (MARS).....	73
Phase de discussion et d'interprétation des résultats		38
Discussion.....		82
Recommandations		99
Conclusion.....		102
Phase de diffusion.....		80
Diffusion		104
Les références bibliographiques		104
Annexes.....		

Liste des tableaux

Tableau 1 : Répartition de la population selon la moyenne d'âge.....	40
Tableau 2 : Répartition de la population selon l'âge	40
Tableau 3 : Répartition de notre population selon le genre	41
Tableau 4 : Répartition de la population selon le niveau institutionnel.....	41
Tableau 5 : Répartition de la population selon le statut matrimonial.....	42
Tableau 6 : Répartition de la population selon le lieu de résidence	42
Tableau 7 : Répartition de la population selon leur condition d'habitat.....	43
Tableau 8 : Répartition de la population selon leur profession	43
Tableau 9 : Répartition de la population selon le niveau socio-économique	44
Tableau 10 : Répartition de la population selon l'existence d'un exercice de loisir	44
Tableau 11 : Répartition de la population selon le type d'activité de loisir.....	45
Tableau 12 : Répartition de la population selon la présence d'une habitude d'addiction	45
Tableau 13 : Répartition de la population selon les d'habitudes d'addiction	46
Tableau 14 : Répartition de la population selon l'ancienneté de la maladie	47
Tableau 15 : Répartition de la population selon les antécédents d'hospitalisation.....	48
Tableau 16 Répartition de la population selon les causes d'hospitalisation	49
Tableau 17 : Répartition de la population selon les autres causes d'hospitalisation	50
Tableau 18 : Répartition de la population selon le nombre d'hospitalisation	50
Tableau 19 : Répartition de la population selon la dernière date d'hospitalisation	51
Tableau 20 : Répartition de la population selon le nombre de traitement pris quotidien...nem	52
Tableau 21 : Répartition de la population selon la fréquence quotidienne de prise médicamenteuse.....	52
Tableau 22 : Répartition de la population selon la régularité de la prise des médicaments	53
Tableau 23 : Répartition des patients selon la présence des difficultés par rapport à la prise de traitement	54
Tableau 24 : Répartition des patients selon les types des difficultés rencontrés lors de prise du traitement	54
Tableau 25 : Répartition des patients selon le respect des rendez-vous.....	55
Tableau 26 : Répartition selon L'existence d'une maladie chronique associée.....	56

Tableau 27: Les types des tares associés.	56
Tableau 28 : Répartition de la population selon l'ancienneté de la tare associée	57
Tableau 29 : L'utilisation d'un traitement pour la tare associée	57
Tableau 30 : Répartition de la population selon le nombre de traitement pour la tare associée	58
Tableau 31 : Répartition de la population selon L'acceptation de la maladie	59
Tableau 32 : Répartition de notre population selon La croyance qu'il n'est pas malade et refus de traitement	60
Tableau 33 : Répartition de la population selon l'interruption volontaire du traitement	61
Tableau 34 : Répartition selon les causes de l'interruption volontaire du traitement	62
Tableau 35 : Répartition de notre population selon la considération que le traitement est contraignant	63
Tableau 36 : Répartition de notre population selon la possibilité de rester sans médicaments	63
Tableau 37 : Répartition selon la non disponibilité du médicament	64
Tableau 38 : Répartition selon la raison du manque d'argent	64
Tableau 39 : Répartition de la population selon l'avis sur l'existence des effets indésirables liés aux médicaments	65
Tableau 40 : Types des effets indésirables des médicaments	65
Tableau 41 : Autres effets indésirables des médicaments	66
Tableau 42 : Répartition de la population selon l'existence d'une personne de famille ou de l'entourage qui contrôle la prise de traitement et les rendez-vous	66
Tableau 43 : Répartition de la population selon La présence d'un soutien familial	67
Tableau 44 : Répartition de la population selon la qualité de l'écoute fournie par l'équipe soignante.	67
Tableau 45 : Répartition de la population selon la qualité de compréhension par l'équipe soignante	68
Tableau 46 : Répartition de notre population selon le temps consacré par l'équipe soignante	68
Tableau 47 : Répartition de notre population selon la déclaration sur les informations fournies par le médecin et les soignants par rapport à la maladie et la médication	69
Tableau 48 : Répartition selon la satisfaction concernant la qualité des informations fournies	69

Tableau 49 : Répartition de notre population selon l'existence d'autre source d'information	70
Tableau 50 Répartition de la population selon la nature de la source d'information	71
Tableau 51 : Répartition de la population selon le désir d'obtenir plus d'informations concernant leur traitement	72
Tableau 52 : Le score moyen de l'observance thérapeutique de notre population	73
Tableau 53 : MARS (Medication Adherence Rating Scale).....	73
Tableau 54 : Répartition de la population selon le degré de l'observance thérapeutique	74
Tableau 55 : L'observance thérapeutique selon les tranches d'âges	75
Tableau 56 : Répartition du degré de l'observance thérapeutique selon le genre	76
Tableau 57 : Répartition du degré de l'observance thérapeutique selon le niveau institutionnel	77
Tableau 58 : Répartition du degré de l'observance thérapeutique selon le logement	78
Tableau 59 : Répartition du degré de l'observance thérapeutique selon la prise régulière du traitement	79
Tableau 60 : Répartition du degré de l'observance thérapeutique selon l'existence d'un effet indésirable	80

Listes des figures

Figure 1 : Dr. Eduardo Sabaté.....	8
Figure 4 : Schéma d'adaptation de Modèle Multidimensionnel d'Adhésion chez les sujets atteints du trouble bipolaire	14
Figure 5 : Echelle Eval-Obs.....	27
Figure 6 : Répartition selon les tranches d'âge de notre population.....	40
Figure 7 : Répartition de la population selon le genre	41
Figure 8 : Répartition de la population selon le niveau institutionnel	41
Figure 9 : Répartition de notre population selon le statut matrimonial	42
Figure 10 : Répartition de la population selon le lieu de résidence	42
Figure 11 : Répartition de la population selon leur condition d'habitat.....	43
Figure 12 : Répartition de la population selon le statut professionnel.....	43
Figure 13 : Répartition de la population selon le niveau socio-économique.....	44
Figure 14 : Répartition de la population selon l'existence d'un exercice de loisir	44
Figure 15 : Répartition de la population selon le type d'activité de loisir	45
Figure 16 : Répartition de la population selon la présence d'une habitude d'addiction.	45
Figure 17 : Répartition de la population selon les habitudes d'addiction.....	46
Figure 18 : Répartition de la population selon l'ancienneté de la maladie	47
Figure 19 : Répartition de la population selon les antécédents d'hospitalisation	48
Figure 20 : Répartition de la population selon les causes d'hospitalisation	49
Figure 21 : Répartition de la population selon le nombre d'hospitalisation :	50
Figure 22 : Répartition de la population selon la dernière date d'hospitalisation	51
Figure 23 : Répartition de la population selon le nombre de traitement pris quotidien...	52
Figure 24 : Répartition de la population selon la fréquence quotidienne de prise médicamenteuse.....	52
Figure 25 : Répartition de la population selon la régularité de la prise des médicaments	53
Figure 26 : Répartition des patients selon la présence des difficultés par rapport à la prise de traitement	54
Figure 27 : Répartition des patients selon le respect des rendez-vous	55
Figure 28 : Répartition selon L'existence d'une maladie chronique associée	56
Figure 29 : Répartition de la population selon l'ancienneté de la tare associée	57

Figure 30 : Répartition de la population selon le nombre de traitement pour la tare associée	58
Figure 31 Répartition des patients selon l'acceptation de la maladie	59
Figure 32 : Répartition des patients selon leur croyance sur la maladie	60
Figure 33 : Répartition selon l'interruption volontaire du traitement	61
Figure 34 : Répartition selon la cause de l'interruption volontaire du traitement	62
Figure 35 : Répartition de notre population selon la considération que le traitement est contraignant.....	63
Figure 36 : Répartition de notre population selon la possibilité de rester sans médicaments	63
Figure 37 : Répartition selon la non disponibilité du médicament.....	64
Figure 38 : Répartition selon la raison du manque d'argent	64
Figure 39 : Répartition de la population selon l'avis sur l'existence des effets indésirables liés aux médicaments	65
Figure 40 : Répartition de notre population selon les types des effets indésirables des médicaments	65
Figure 41 : Répartition de notre population selon l'existence d'une personne de famille ou de l'entourage qui contrôle la prise de traitement et les rendez-vous.....	66
Figure 42 : Répartition de notre population selon la présence d'un soutien familial.....	67
Figure 43 : Répartition de la population selon la qualité de l'écoute fournie par l'équipe soignante.....	67
Figure 44 : Répartition de la population selon la qualité de compréhension par l'équipe soignant	68
Figure 45 : Répartition de notre population selon le temps consacré par l'équipe soignante.....	68
Figure 46 : Répartition de notre population selon la déclaration sur les informations fournies par le médecin et les soignants par rapport à la maladie et la médication	69
Figure 47 : Répartition selon la satisfaction devant la qualité des informations fournies	69
Figure 48 : Répartition de notre population selon l'existence d'autre source d'information	70
Figure 49 : Répartition de la population selon la nature de la source d'information.....	71
Figure 50 : Répartition selon le désir d'obtenir plus d'informations sur la maladie.....	72

Figure 51 : Répartition de notre population selon le degré de l'observance thérapeutique	74
Figure 52 : Répartition du degré de l'observance thérapeutique selon les tranches d'âges	75
Figure 53 : Répartition du degré de l'observance thérapeutique selon le genre	76
Figure 54 : Répartition du degré de l'observance thérapeutique selon le niveau institutionnel	77
Figure 55 : Répartition du degré de l'observance thérapeutique selon le logement	78
Figure 56 : Répartition du degré de l'observance thérapeutique selon la prise régulière du traitement	79
Figure 57 : Répartition du degré de l'observance thérapeutique selon l'existence d'un effet indésirable	80

Liste des abréviations

OT : Observance Thérapeutique.

TB : Trouble Bipolaire.

TM : Trouble mental.

OMS : Organisation Mondiale de la Sante.

MMA : Modèle Multidimensionnel d'adhésion

DSM-IV-TR : Manuel Diagnostique et statistique des troubles mentaux

MARS : Medication Adherence Rating Scale

ATCD : Antécédents

INTRODUCTION

Un trouble psychique, qui peut être également désigné sous les termes de trouble psychiatrique ou encore de trouble mental, désigne un ensemble d'affections et troubles d'origines très différentes entraînant des difficultés dans la vie d'un individu, des souffrances et des troubles du comportement (1).

Parmi ces différents types de troubles on trouve le trouble bipolaire (TB), qui représente l'une des maladies mentales les plus importantes. C'est est un trouble de l'humeur qui est fréquent et souvent sévère, il affecte de multiples dimensions de la vie des patients (2). En raison de son impact important sur le fonctionnement global, il est considéré comme l'une des maladies non transmissibles les plus handicapantes. De nombreux patients connaissent une rechute dans les deux années suivant un épisode, ce qui contribue à la chronicité et à la lourde charge de la maladie. Bien que plus rares, les épisodes mixtes sont associés à un risque accru de suicide et à une forte comorbidité (3). Les travaux actuels tendent à démontrer que, sans qu'on puisse parler d'une rupture avec la réalité comparable à celle des schizophrénies, les patients bipolaires conservent un certain handicap entre leurs accès, durant ce qu'on a appelé les « phases intercritiques » de la maladie (4). C'est dans ce contexte que l'observance thérapeutique (OT) prend toute son importance, puisqu'elle constitue un enjeu majeur dans le trouble bipolaire, car une mauvaise adhésion au traitement multiplie par deux à trois fois le risque de rechute, de suicide et d'hospitalisation (5).

Pour mieux comprendre et améliorer l'OT chez les patients suivis pour des TB, notre étude a été conçue suivant une approche méthodologique rigoureuse en cinq phases :

1. **Phase conceptuelle** : Cette phase consiste en une revue approfondie de la littérature, visant à recenser et analyser les connaissances actuelles relatives au phénomène étudié.
2. **Phase méthodologique** : Elle détaille la méthodologie adoptée pour la collecte des données, en précisant les outils, les techniques et les démarches employées.
3. **Phase empirique** : Cette étape expose les résultats obtenus à la suite de l'enquête ou de l'expérimentation menée dans le cadre de la recherche.
4. **Phase d'interprétation et de discussion** : Elle consiste à interpréter les résultats, à les analyser de manière critique et à les comparer aux données existantes dans la littérature scientifique.

5. **Phase de diffusion** : Cette dernière phase vise à partager et transférer les connaissances produites, notamment à travers la réalisation d'une affiche scientifique, la distribution de dépliants explicatifs et la création d'un site web.

Phase conceptuelle

PROBLEMATIQUE

Les troubles mentaux touchent une personne sur huit dans le monde, mais ils restent souvent invisibles, silencieux et mal compris (6). Leur impact sur la vie quotidienne est profond (7). Parmi les troubles mentaux majeurs, on distingue le TB qui représente la sixième cause d'handicap mondial avec une prévalence annuelle estimée à 1,7 % de la population générale (4) et malgré que cette maladie affecte des millions de personnes dans le monde, elle reste mal comprise par une grande partie de la population (8).

L'une des principales raisons pour lesquelles cette maladie est en augmentation est la négligence de l'OT en psychiatrie, comme c'est le cas dans de nombreuses autres spécialités médicales. Cependant, ce phénomène devrait être perçu comme un véritable enjeu de santé publique. La mauvaise OT est un phénomène fréquent dans les TB, elle est associée à plusieurs facteurs qui l'influencent (9).

En termes statistiques, le TB est une maladie très courante à l'échelle mondiale. C'est une pathologie chronique qui apparaît généralement à un âge précoce et qui est particulièrement invalidante. Elle est également considérée comme l'une des maladies psychiatriques les plus sévères (10). En 2019, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a estimé qu'environ 1 adulte sur 150 (40 millions de personnes, soit 0,53 % de la population mondiale) vivait avec un TB (11).

Selon les données nationales de 2024, au Canada, environ 3 % de la population canadienne sera touchée par un TB au cours de sa vie (12).

Dans le même contexte, des études réalisées en 2014 ont montré que la prévalence des TB en Europe, aux États-Unis et en Asie est estimée à 2,4 % de la population. En France, des études ont évalué cette prévalence entre 1 % et 2,5 % de la population, ce qui représente entre 650 000 et 1 600 000 personnes, en incluant toutes les formes de TB (13).

En outre, les statistiques marocaines ont prouvé en 2015 qu'environ 1% de la population marocaine souffrait de la bipolarité (14).

De même, en 2000, le TB a concerné environ 82 tunisiens parmi 393 hospitalisations, soit une fréquence de 20,9 % (15).

De point de vue empirique, une étude comparative des propositions de Basco, Rush et Newman publiée en 2011 par l'association française de thérapie comportementale et cognitive, a révélé que l'OT des patients bipolaires est souvent partielle et elle est responsable des rechutes thymiques (16).

De surcroit, une étude française menée par Dominique Thomas Roi en 2021 auprès d'un échantillon de 25 dyades de médecins psychiatres et patients bipolaires de type I et de type II afin d'étudier la différence de représentation entre les médecins psychiatres et les patients bipolaires concernant les déterminants impliqués dans l'observance, comme l'alliance thérapeutique, les résultats ont montré que l'observance était assez élevée et que les rapports entre les patients et les médecins psychiatres étaient excellents, ce qui montre que l'alliance thérapeutique entre le médecin psychiatre et le patient bipolaire a un impact significatif sur l'observance du traitement et ceci souligne bien l'importance de ce déterminant (10).

Dans le même fil d'idée, une étude Tunisienne réalisée en 2016 par Hichem Kassaoui et al, auprès de 50 patients atteints d'un TB de type I ou II afin d'identifier les facteurs sociodémographiques, cliniques et thérapeutiques influençant l'OT dans le TB. Les résultats ont révélé que les facteurs qui ont été associés à la mauvaise OT dans cette étude étaient l'âge jeune ($p=0.016$), la consommation de toxiques ($p=0.003$), les effets indésirables du traitement et la complexité de la prescription, le manque d'éducation sur la maladie et le traitement, les faibles ressources financières ($p=0.012$) et les antécédents d'épisodes maniaques ou mixtes (17).

Dans ce contexte, une étude réalisée en 2022 par Mathilde Rojo a montré que les facteurs d'inobservance dans le TB (tels que l'âge, le sexe, le niveau d'études, le statut social et le statut marital) ne sont pas les mêmes chez tous les personnes bipolaires et diffèrent d'une étude à une autre (18).

Dans la même optique, une étude menée par la Fondation FondaMental en 2021 a dévoilé les complications graves associées à la non-observance thérapeutique chez les patients atteints de TB. Cette étude, portant sur 1 627 patients suivis pendant deux ans dans le cadre de la cohorte FACE-BD, a révélé que la non-adhérence au traitement était significativement liée à une augmentation des risques de rechute, de récidive et de suicide. Les chercheurs ont également

identifié que les symptômes dépressifs jouaient un rôle majeur dans la diminution de l'observance, en raison de troubles cognitifs tels que des déficits d'attention ou de mémoire, impactant la capacité des patients à suivre leur traitement. Ces résultats soulignent l'importance d'une prise en charge adaptée et d'une information claire sur la maladie et le traitement pour améliorer l'observance et prévenir les complications associées (19).

Afin de favoriser l'OT et de mieux comprendre les problèmes qui agissent sur la qualité de l'observance, le Modèle Multidimensionnel d'Adhésion (MMA) semble pertinent pour examiner les divers facteurs qui influencent l'adhésion des patients aux traitements médicamenteux. Il est proposé par Eduardo Sabaté, médecin à l'OMS, en 2003, ce modèle vise à offrir une compréhension globale et complète de multiple élément qui affecte l'OT.

Le **Modèle Multidimensionnel d'Adhésion (MMA) de l'OMS**, qui aborde l'adhésion au traitement sous différentes dimensions (socio-économiques, psychologiques, culturelles, etc.), peut être adapté pour identifier les barrières spécifiques et développer des stratégies ciblées pour améliorer et mieux comprendre l'OT chez les individus atteints de TB (20).

En conclusion, l'OT dans les TB est essentielle pour prévenir les rechutes, réduire le risque suicidaire et améliorer le pronostic général des patients, c'est pourquoi il faut comprendre les facteurs qui influencent cette observance et mettre en œuvre des stratégies adaptées pour optimiser la prise en charge des personnes atteintes de TB. En effet, le renforcement de l'éducation sanitaire au profit de ces patients s'avère une stratégie essentielle et adaptée pour optimiser leur prise en charge (21).

But de recherche :

Décrire le niveau de l'observance thérapeutique chez les patients suivis pour des troubles bipolaires, consultants aux services de psychiatrie A et D de l'hôpital RAZI-LA MANOUBA durant les 3 premiers mois de l'année 2025.

Question de recherche :

Quel est le niveau de l'observance thérapeutique chez les patients suivis pour des troubles bipolaires ?

CADRE DE REFERENCE

I. Introduction :

En matière des comportements liés à la santé, il existe des modèles théoriques spécifiques à l'étude de l'OT. Ces modèles s'inscrivent dans une perspective d'apprehension des comportements qui prend en compte de nombreux paramètres issus le plus souvent des modèles traditionnels de la psychologie de la santé.

Parmi ces modèles, le MMA (proposé par l'OMS en 2003) qui fait partie des modèles spécifiques de l'OT (20). Nous avons utilisé ce modèle comme cadre de référence pour notre étude pour avoir plus de clarification à propos de cette thématique.

II. Présentation du modèle :

Le modèle multidimensionnel d'observance de l'OMS est un modèle écologique qui associe des obstacles intra personnels, interpersonnels, organisationnels, politiques et communautaires pour comprendre le comportement d'observance. Le cadre du MAM classifie les obstacles à l'observance en cinq dimensions : équipe soignante/système de santé, facteurs socio-économiques, facteurs liés au patient, facteurs liés à l'état de santé et facteurs liés au traitement (22,23).

III.Bibliographie :

Eduardo Sabaté est un expert en santé publique et en médecine préventive qui a travaillé pour l'OMS pendant plus de 20 ans. Il a étudié la médecine à l'université de Barcelone et a obtenu une maîtrise en santé publique à l'université de Londres.

Le Dr. Sabaté est l'auteur principal du livre "Adherence to Long-Term Therapies : Evidence for Action" publié par l'OMS en 2003 qui a été largement cité dans la littérature scientifique et a eu une influence importante sur les politiques de santé dans de nombreux pays (20).



Figure 1: Dr. Eduardo Sabaté (20)

IV. But du Modèle :

Le but du MMA est de fournir une compréhension globale et approfondie des multiples facteurs qui influencent l'adhésion des patients à leur traitement. Le modèle met en évidence l'importance des facteurs cliniques, sociaux, économiques, psychologiques et comportementaux dans l'adhésion des patients. En identifiant ces facteurs, les professionnels de la santé peuvent adapter leurs interventions pour encourager l'adhésion et améliorer les résultats de santé. Le MMA souligne également la nécessité d'une approche multidisciplinaire de l'observance, ce qui correspond bien à l'objectif de MMA (20).

V. Les principales composantes du modèle :

1. Les facteurs socio-économiques :

Certains facteurs ont été rapportés comme l'effet significatif sur l'adhérence comprenant l'âge, l'état matrimonial, profession, le niveau socio-économique, niveau d'éducation, le logement (la dysfonction familiale) (24).

2. Les facteurs liés à l'équipe soignante / le système de santé :

Comprennent les systèmes, les organisations ou l'accès aux professionnels de santé, le temps d'attente, l'admission au service ambulatoire et d'urgence, les connaissances et la formation des prestataires de soins de santé sur la gestion des maladies chroniques, la qualité de la relation entre le patient et le fournisseur de soins de santé et les obstacles liés au système de soins de santé qui comprennent la qualité des services de soins de santé, l'assurance maladie et le remboursement des médicaments (24,25).

3. Les facteurs liés à l'état :

Les facteurs liés à l'état de santé sont des caractéristiques telles que la gravité des symptômes et de la maladie, le niveau d'handicap, le nombre d'exacerbations, la disponibilité de traitements efficaces, ainsi qu'aux comorbidités (25).

4. Les facteurs liés au traitement :

Il existe de nombreux facteurs liés à la thérapie qui affectent l'observance. Les plus remarquables sont ceux liés à la complexité du régime médicamenteux, à la durée du traitement, la fréquence des médicaments, le schéma thérapeutique, aux changements

fréquents de traitement, à l'immédiateté des effets bénéfiques, aux effets secondaires et à la disponibilité d'un soutien médical pour y faire face (24).

5. Les facteurs liés au patient :

Les facteurs liés au patient sont définis comme les caractéristiques démographiques, qui représentent les ressources, les connaissances, les attitudes, les croyances, les perceptions et les attentes du patient, auto-efficacité.

Certains des facteurs liés au patient qui ont été signalés comme ayant un effet sur l'observance sont : l'oubli, le stress psychosocial, l'anxiété à propos des effets indésirables possibles, la faible motivation, le manque de besoin auto-perçu de traitement, le manque de perception de l'effet du traitement, les croyances négatives concernant l'efficacité du traitement, la méconnaissance et la non-acceptation de la maladie, la mécompréhension des instructions de traitement, le manque d'acceptation du suivi, la faible participation au suivi, aux consultations de conseil, aux classes de motivation, de comportement ou de psychothérapie, le désespoir et les sentiments négatifs, la frustration envers les professionnels de santé, la crainte de la dépendance, l'anxiété due à la complexité du traitement médicamenteux et le sentiment d'être stigmatisé par la maladie (22,24,25).

VI. Le schéma du « Modèle Multidimensionnel d'Adhésion » :

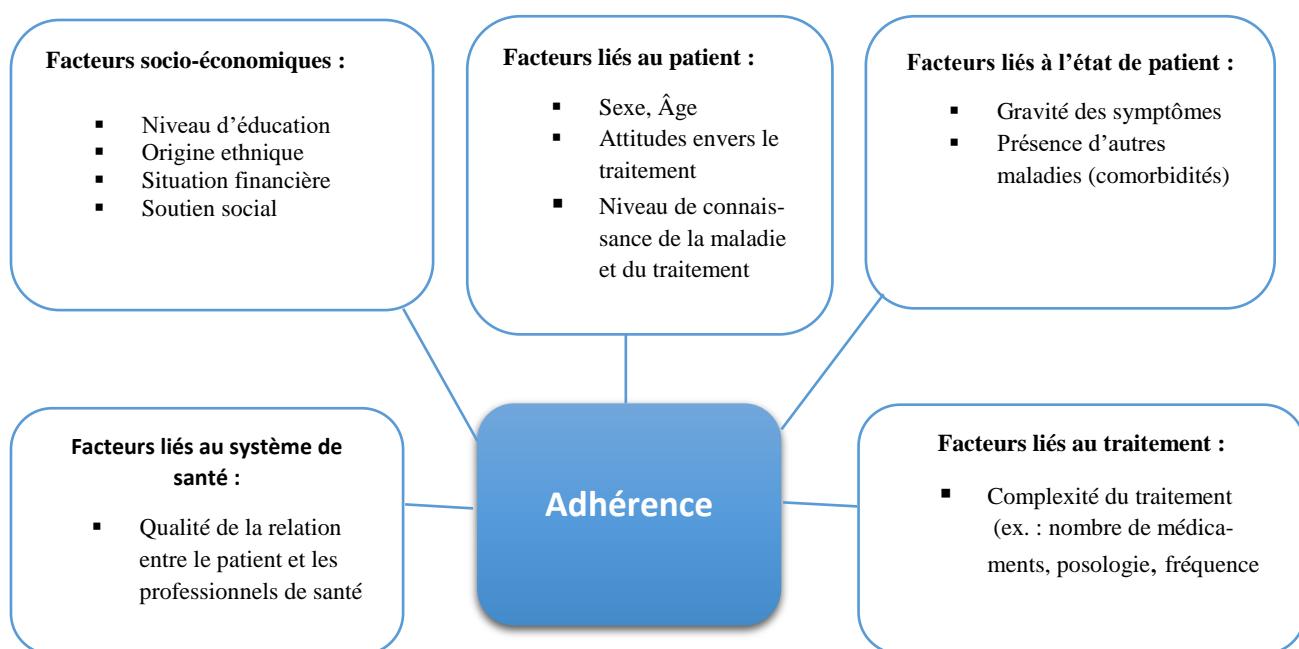


Figure 2 : le Modèle Multidimensionnel d'Adhésion (22).

VII. Adaptation du modèle :

1. Les facteurs socio-économiques :

Les facteurs socio-économiques jouent un rôle significatif dans l'adhésion thérapeutique des patients atteints de TB. Premièrement, le coût des médicaments et des soins peut être prohibitif pour certains patients, surtout s'ils ne disposent pas d'une assurance maladie. De plus, l'accès aux soins constitue un défi de taille, en particulier dans les zones reculées notamment les régions rurales où les professionnels de la santé mentale sont rares, par exemple un patient vivant dans une région isolée peut ne pas avoir de psychiatre à proximité, rendant difficile le suivi régulier de sa thérapie. De plus, le manque de soutien social peut réduire la motivation à rechercher un traitement ; ce phénomène est encore exacerbé par le manque de sensibilisation et de connaissance au TB et à l'importance des médicaments d'où un patient qui ne comprend pas le rôle de son médicament peut croire qu'il n'est pas nécessaire de le prendre lorsqu'il se sent bien, réduisant ainsi son adhésion. Ainsi, la précarité de l'emploi et le faible statut socio-économique compliquent l'accès au traitement. Enfin, la stigmatisation culturelle peut décourager le recours aux soins ; cela ajoute des contraintes logistiques, telles que des difficultés de transport, qui peuvent affecter le bon déroulement des négociations.

2. Les facteurs liés à l'équipe soignante/le système de santé :

L'adhésion thérapeutique des patients bipolaires est largement conditionnée par des facteurs liés aux soignants et au système de santé. Plusieurs éléments entravent cette adhésion, notamment la qualité de la relation soignant-soigné, le suivi médical, la charge de travail des professionnels, leur formation, ainsi que l'accès aux ressources et la coordination des soins.

Tout d'abord, une communication inefficace entre le patient et les soignants peut provoquer des malentendus, ce qui peut dissuader l'adhésion au traitement. De même, un suivi irrégulier entraîne un sentiment d'abandon, réduisant ainsi la motivation du patient. Par ailleurs, la surcharge de travail des soignants limite le temps consacré à chaque patient, ce qui nuit à un accompagnement personnalisé.

Ensuite, l'inadéquation de la formation des professionnels de santé constitue un obstacle supplémentaire. En effet, un manque de spécialisation sur les TB peut mener à une prise en charge insuffisante. De plus, un accès limité aux ressources en santé mentale, comme les thérapies complémentaires, peut freiner l'engagement du patient dans son parcours de soins.

Par ailleurs, le manque de coordination entre les différents intervenants médicaux peut générer des incohérences dans le traitement, rendant l'adhésion plus difficile. De surcroît, les politiques de soins rigides, notamment les délais d'attente prolongés, peuvent décourager certains patients. Enfin, la stigmatisation des TB au sein du milieu médical peut altérer la relation de confiance entre soignants et patients.

3. Les facteurs liés à l'état de patient :

Plusieurs facteurs liés à l'état du patient peuvent influencer l'observance du traitement, notamment les fluctuations des symptômes qui peuvent altérer leur perception du besoin de traitement. Par exemple, en phase maniaque, ils peuvent se sentir invincibles et refuser la médication, tandis qu'en période de dépression, un manque d'énergie et de motivation peut les amener à négliger leur traitement. De plus la présence des comorbidités surtout neurologiques se manifeste comme un obstacle à l'adhésion au traitement, ainsi on peut noter également l'abus de drogues et d'alcool qui sont des modificateurs importants du comportement de l'OT des patients atteints des TB.

4. Les facteurs liés au traitement :

L'OT des patients atteints de TB est souvent compromise par plusieurs facteurs liés au traitement. Tout d'abord, la complexité du schéma thérapeutique, nécessitant la prise de multiples médicaments à différents moments de la journée, peut entraîner des oubli et une difficulté d'adhésion. De plus, les effets secondaires indésirables, tels que la prise de poids ou les troubles digestifs, peuvent dissuader les patients de poursuivre leur traitement.

L'efficacité du traitement étant variable, certains patients peuvent ne pas percevoir d'amélioration significative et perdre leur motivation, par exemple un patient qui ne voit pas d'amélioration durant plusieurs mois peut commencer à douter de l'efficacité de son traitement et envisager de l'interrompre. Par ailleurs, la stigmatisation associée aux médicaments psychotropes peut renforcer leur réticence à suivre leur prescription.

Les changements fréquents dans le type ou la posologie peuvent également perturber le patient d'où si un patient change de médication plusieurs fois sur une courte période, il peut avoir du mal à s'adapter et à maintenir sa régularité. Enfin, la rupture du lien thérapeutique joue un rôle déterminant tel qu'un patient qui ne se sent pas écouté par son psychiatre peut être moins enclin à suivre les recommandations de traitement.

5. Les facteurs liés au patient :

Les patients atteints de TB sont influencés par divers facteurs liés à leur état psychologique et à leur mode de vie qui peuvent conduire à des croyances et attitudes négatives envers la maladie ce qui peut influencer leur OT. Parmi eux, les caractéristiques psychopathologiques, comme l'impulsivité et la prise de décision altérée en phase maniaque, peuvent les amener à sous-estimer l'importance de leur traitement. De plus, l'anosognosie, ou manque de conscience de la maladie, les empêche parfois de reconnaître la nécessité d'un suivi médical.

Certains patients cherchent des alternatives en recourant à l'automédication, utilisant des remèdes naturels ou des substances illicites au détriment du traitement prescrit. Par ailleurs, un historique de non-observance peut compliquer le rétablissement, surtout si le patient a déjà interrompu son traitement par le passé en cas d'amélioration temporaire.

Les craintes liées aux effets secondaires, comme la peur d'une perte d'identité ou d'une altération de la créativité, constituent un frein supplémentaire. La fluctuation de l'humeur joue aussi un rôle majeur : un patient en dépression peut manquer de motivation pour suivre son traitement, tandis qu'en phase maniaque, il peut le juger inutile. De plus, le stress et les événements de vie difficiles détournent parfois l'attention du patient de sa prise en charge médicale.

Le manque de soutien social aggrave ces difficultés, notamment pour les personnes isolées qui ne bénéficient pas d'un rappel ou d'un accompagnement. Enfin, un mode de vie désorganisé, avec des horaires irréguliers ou un quotidien chaotique, peut empêcher l'instauration d'une routine médicamenteuse efficace.

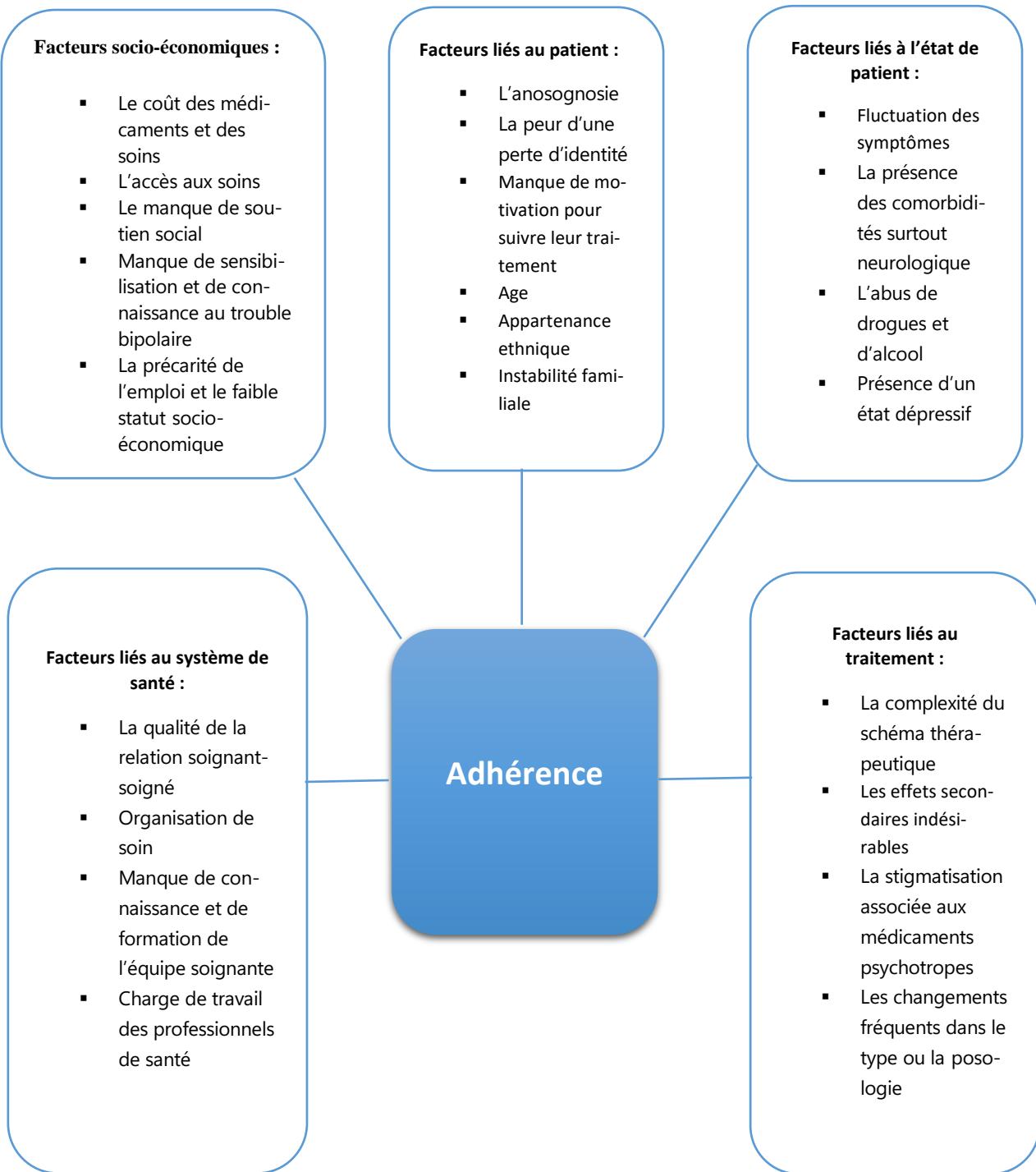


Figure 2 : Schéma d'adaptation de Modèle Multidimensionnel d'Adhésion chez les sujets atteints du trouble bipolaire

Recension des écrits

A. Troubles Bipolaires :

I. Introduction aux troubles bipolaires :

1. Historique de la maladie :

Ce n'est qu'en 1854 que deux psychiatres français, Falret et Baillarger, qui agissaient de manière indépendante, ont unifié ces deux états sous une même pathologie : Falret la désignant sous le terme de « folie circulaire », tandis que Baillarger l'appela « folie à double forme ».

Il faudra attendre 1899 pour qu'un médecin allemand, Kraepelin, propose la première description de la conception moderne de la maladie maniaco-dépressive (ou « folie maniaco-dépressive »), un terme qui sera véritablement utilisé pour la première fois en 1907 par Deny et Camus.

Dans les années 1960, une distinction est faite entre la maladie bipolaire, caractérisée par des épisodes maniaques et dépressifs, et la maladie unipolaire, où seuls des épisodes dépressifs se manifestent (26).

2. Définition :

L'OMS en 2024 définit le TB comme un problème de santé mentale qui affecte l'humeur, l'énergie, l'activité et les pensées d'une personne et qui se caractérise par des épisodes maniaques (ou hypomaniaques) et dépressifs (27).

Le TB est un état pathologique défini par la fluctuation de l'humeur, oscillant entre des périodes d'exaltation de l'humeur et des périodes de dépression. Il se caractérise généralement par trois états :

- Un état d'euphorie ou d'agitation, appelé « manie »
- Un état d'abattement, appelé « dépression »
- Un état sans symptômes (appelé « euthymie ») pendant lequel la personne se sent équilibrée et fonctionne bien (28).

II. Épidémiologie et facteurs de risque :

1. Prévalence des troubles bipolaires :

Prévalence mondiale : À l'échelle mondiale, la prévalence des TB est estimée à environ 2,4 % de la population en Europe, aux États-Unis et en Asie (29).

Trouble bipolaire de type I : Environ 0,6 % de la population.

Trouble bipolaire de type II : Environ 0,4 %.

Formes subsyndromiques : Ces formes, qui ne répondent pas entièrement aux critères des types I ou II, ont une prévalence de 1,4 % (30).

2. Facteurs génétiques, environnementaux et biologiques :

Les origines de la psychose maniaco-dépressive sont ancrées dans la génétique. Il existe une prédisposition familiale marquée, se manifestant par une fragilité émotionnelle prononcée et une difficulté à maintenir une régulation efficace des états affectifs (31).

L'environnement exerce une influence significative dans l'émergence du TB. En effet, les épisodes initiaux de psychose maniaco-dépressive semblent fréquemment induits par des facteurs de stress important ou un épuisement physique et psychique, tels qu'un déficit de sommeil, un décalage horaire, ou encore des horaires de travail nocturne.

D'autres éléments peuvent également agir comme déclencheurs, notamment les infections affectant le système nerveux, les traumatismes crâniens, ainsi que des comportements à risque tels que l'alcoolisme ou la consommation de substances psychoactives (32).

III. Classification des troubles bipolaires :

1. Trouble bipolaire de type I :

Se caractérise par un ou plusieurs épisodes maniaques ou mixtes accompagnés ou non d'épisodes dépressifs majeurs.

2. Trouble bipolaire de type II :

Se caractérise par l'association d'au moins un épisode dépressif majeur avec une hypomanie (33).

3. Cyclothymie :

Selon le manuel MSD : le trouble cyclothymique est caractérisé par des symptômes d'hypomanie et de mini dépression qui durent quelques jours, avec une évolution irrégulière et sont moins graves que celles des TB; ces périodes de symptômes doivent se produire pendant plus de la moitié du temps pendant une période supérieure ou égale à deux ans (34).

IV. Manifestations cliniques :

1. Symptômes de la phase maniaque :

- Euphorie
- Augmentation de l'estime de soi
- Diminution du besoin de sommeil sans fatigue
- Augmentation de la libido
- Accélération des pensées
- Hyperactivité (35)

2. Symptômes de la phase dépressive :

- Tristesse
- Perte confiance en soi
- Perte de l'élan vital
- Perte de tout plaisir
- Fatigue
- Trouble sommeil, de l'appétit et de la sexualité
- Troubles cognitifs (35)

3. Symptômes de la phase hypomaniaque :

Cette phase, bien que modérée avec une manie atténuee, se manifeste avec une intensité suffisante pour être reconnu comme pathologique par l'entourage. Elle engendre des problèmes relationnels, tout en restant en deçà du seuil nécessitant un traitement médical ou une hospitalisation. Elle doit s'accompagner d'au moins trois des symptômes suivants :

- Une grande confiance en soi (la personne ose davantage et est généralement au centre de l'attention).
- Une désinhibition importante (la personne est plus sociable, elle a davantage envie de sortir, de rencontrer de nouvelles personnes).
- Une augmentation du débit de la parole, au point que les autres peuvent le remarquer.
- Une plus grande efficience intellectuelle pour travailler ou étudier (elle a plein d'idée et de projet).
- Un flux de pensée qui va très vite, au point d'être plus distract et de passer d'une idée à l'autre rapidement.
- une augmentation excessive de l'engagement dans des activités agréables (consommation de nourriture, tabac, alcool, drogue, sexe, dépenses excessives, conduites à risque, jeux d'argent...), mais sans réellement percevoir les risques(36).

4. Comorbidités psychiatriques fréquentes :

Les TB s'associent fréquemment à des comorbidités significatives, incluant des troubles tels que la consommation d'alcool et de substances, les troubles paniques, le trouble obsessionnel-compulsif, les troubles des conduites alimentaires, les troubles de la personnalité, ainsi que des conditions physiques comme le surpoids, l'obésité, le diabète et les maladies cardiovasculaires. Il est donc essentiel de détecter ces comorbidités et de les prendre en charge parallèlement au traitement du TB (37).

V. Diagnostic :

1. Critères diagnostiques selon le DSM-5 :

Le DSM-5 fournit des critères clairs pour diagnostiquer les TB, permettant aux professionnels de santé mentale d'identifier correctement ces conditions et d'adapter le traitement en conséquence.

Trouble bipolaire de type I :

- *Épisode maniaque :*
 - Une période nettement délimitée d'élévation de l'humeur ou d'humeur expansive ou irritable, qui dure au moins une semaine.
 - Au moins trois des symptômes suivants doivent être présents à un degré significatif :
 - ✓ Augmentation de l'estime de soi ou idées de grandeur.
 - ✓ Réduction du besoin de repos (se sentir reposé après seulement 3 heures).
 - ✓ Plus grande loquacité que d'habitude ou désir de parler constamment.
 - ✓ Fuite des idées ou sensation que les pensées s'emballent.
 - ✓ Distractibilité.
 - ✓ Augmentation de l'activité orientée vers un but ou agitation psychomotrice.
- *Exclusion d'autres troubles :* un trouble schizo-affectif, une schizophrénie, ou un autre trouble psychotique.

Trouble bipolaire de type II :

- Épisodes hypomaniaques et dépressifs.
- Absence d'épisode maniaque.
- Exclusion d'autres troubles (38) (39) (40).

2. Diagnostics différentiels :

a. Troubles dépressifs :

- ❖ Trouble dépressif majeur
- ❖ Trouble dépressif récurrent

b. Troubles psychotiques :

- ❖ Trouble schizo-affectif
- ❖ Schizophrénie

c. Troubles de la personnalité :

- ❖ Trouble de la personnalité borderline

d. Troubles liés à l'usage de substances :

- ❖ Intoxication ou sevrage de substances

e. Troubles médicaux :

- ❖ Dysfonctionnement thyroïdien
- ❖ Troubles neurologiques

f. Autres troubles affectifs :

- ❖ Trouble cyclothymique (41)

VI. Evolution et complications :

1. Risques de rechutes :

Le principal défi du TB réside dans son risque élevé de rechutes, en raison de l'évolution instable de la maladie tout au long de la vie. Pour cette raison, il est vivement recommandé aux patients de maintenir un suivi psychiatrique régulier, même en l'absence de traitement actif ou de symptômes visibles (42).

2. Risques de suicide et comportements à risque :

Le TB est l'une des pathologies psychiatriques les plus graves qui conduit à des tentatives de suicide : 1 malade sur 2 fera au moins une tentative de suicide dans sa vie et 15 % décèderont par suicide (43).

Chez les patients atteints de TB, le risque de suicide est 15 fois supérieur à celui de la population générale. Une mauvaise observance du traitement thymorégulateur constitue un facteur aggravant majeur (35).

Ce risque est particulièrement présent lors des phases dépressives, où de nombreux patients rapportent des pensées suicidaires. Il peut survenir dès le début de l'épisode ou apparaître lorsque le traitement antidépresseur commence à agir, atténuant le ralentissement psychomoteur initial sans toutefois soulager pleinement la tristesse et la douleur émotionnelle.

Le risque existe aussi pendant les **phases maniaques**, sous la forme d'un geste impulsif, et est à craindre tout particulièrement au cours des épisodes mixtes. Il est parfois présent au cours des phases de rémission.

Il semble que ce risque soit plus important pendant les premières années de la maladie.

Les comportements à risque (conduite automobile à vitesse excessive, défis dangereux, comportements sexuels à risques, actes médicolégaux...) sont fréquents surtout en phase maniaque ou mixte, et peuvent eux aussi engager le pronostic vital (44).

VII. Prise en charge thérapeutique :

1. Traitement pharmacologique :

Les thymorégulateurs : Les médicaments régulateurs de l'humeur, dits aussi thymorégulateurs ou normothymiques, représentent le traitement le plus courant du TB. Ils servent à atténuer les symptômes de l'épisode maniaque ou dépressif en cours et à réduire le risque de récidive. En général, ces médicaments sont proposés à partir du troisième épisode de TB. Ils peuvent être prescrits avant si les premières manifestations ont eu des conséquences sociales et professionnelles importantes (pour le patient comme pour sa famille) (45).

Le lithium : Il est le stabilisateur de l'humeur de référence, généralement proposé en premier. Sa concentration dans le sang est à surveiller régulièrement pour éviter les surdoses aux conséquences parfois graves. Son association avec certains autres médicaments est à éviter, il est utilisé pour traiter la manie et prévenir les épisodes de manie et de dépression (46).

Certains antiépileptiques sont aussi utilisés pour leur effet stabilisant de l'humeur :

- Le valproate de sodium (Depakine® ou autres) :

Cet anticonvulsivant porte différents noms selon sa formulation. Le divalproex (et ses diverses formes) est administré aux personnes ayant des sautes d'humeurs fréquentes ou qui ne réagissent pas au lithium. Il est connu notamment sous le nom de Depakine et d'Epival (47).

- La carbamazépine (Tegretol® ou autres) :

La carbamazépine (Tegretol) est un autre anticonvulsivant. Elle sert à traiter la manie et les états mixtes lorsque la personne ne réagit pas au lithium ou est irritable ou agressive (46,47).

- La lamotrigine (Lacmital® ou autres) :

La lamotrigine pourrait bien être le psychorégulateur le plus efficace pour traiter la dépression chez les personnes ayant un TB, mais il n'est pas aussi efficace pour traiter la manie (46,47).

Les antipsychotiques : L'olanzapine (Zyprexa®), la rispéridone (Risperdal®), l'aripiprazole (Abilify®), la clozapine (Léponex®) :

Ces médicaments ont d'abord été utilisés pour lutter contre les symptômes psychotiques (délire et hallucinations). Plusieurs travaux de recherche montrent que les nouveaux antipsychotiques ont aussi des propriétés régulatrices de l'humeur et peuvent aider à contrôler la dépression et la manie. Ces médicaments peuvent ainsi être utilisés seuls comme régulateurs. Ils sont également souvent ajoutés aux thymorégulateurs pour améliorer la réponse des patients même chez ceux qui n'ont jamais eu de symptôme psychotique (48).

Les antidépresseurs : Les antidépresseurs traitent les symptômes de la dépression mais ne sont pas un traitement de première ligne dans la dépression bipolaire. Dans le TB, en cas d'épisode dépressif, les antidépresseurs doivent toujours être associés à un thymorégulateur. S'ils sont utilisés seuls et sans thymorégulateur, un antidépresseur peut entraîner chez une personne ayant un TB un accès maniaque (48).

2. Thérapies non pharmacologiques (psychothérapie, TCC) :

a. **Psychothérapie** :

➤ Thérapie Cognitivo-Comportementale (TCC) :

La Thérapie Cognitivo-Comportementale s'appuie sur la communication et la réflexion, elle vise à modifier notre façon d'interpréter les situations, de penser et d'agir afin de diminuer les symptômes liés aux troubles mentaux et d'enrayer les comportements de dépendance (49).

➤ **Thérapie interpersonnelle :**

La psychothérapie interpersonnelle aide les personnes à surmonter leurs préoccupations dans leurs relations avec les autres, ce qui, en conséquence, résout leur souffrance psychologique et augmente leur qualité de vie. Elle se concentre sur les relations interpersonnelles actuelles, au lieu de se concentrer exclusivement sur les expériences de l'enfance (50).

➤ **Thérapie de groupe :**

La psychothérapie de groupe est une technique thérapeutique spécifique, où un petit groupe se réunit, guidé par un(e) psychothérapeute professionnel(le), en vue d'une aide individuelle et mutuelle. Cette forme de thérapie est très courante, et ses effets en sont reconnus depuis plus de 50 ans (51).

➤ **L'électro convulsivothérapie (ECT) :**

L'ECT (anciennement appelée sismothérapie) repose sur l'administration de décharges électriques au niveau du cerveau. Il est parfois proposé pour traiter une personne ayant :

- Des épisodes dépressifs graves (mélancolie), résistants aux antidépresseurs
- Un TB avec des cycles très rapides
- Des épisodes maniaques sévères et prolongés
- une mauvaise tolérance aux médicaments ou une contre-indication à leur utilisation (grossesse par exemple) (45).

b. Psychoéducation :

La psychoéducation est une discipline qui se spécialise en prévention et en intervention dans le domaine de l'inadaptation psychosociale, principalement auprès des jeunes (52).

➤ **Education thérapeutique du patient :**

Elle a pour objectif de rendre le patient plus autonome en facilitant son adhésion aux traitements prescrits et en améliorant sa qualité de vie (53).

Gestion du mode de vie :

- Exercice physique :

L'activité physique est une source de bien-être physique et émotionnel. Elle favorise un bon sommeil, améliore la qualité de vie et la perception de soi et renforce les liens sociaux (54).

- Mesures hygiéno-diététiques :

Une alimentation équilibrée et un poids idéal pourraient jouer un rôle capital dans l'efficacité des médicaments contre la bipolarité (55).

- Sommeil régulier :

Un **sommeil réparateur** régule l'humeur, maintient l'équilibre mental et permettra progressivement de réduire les « pics » maniaco-dépressifs (56) (57).

- Techniques de relaxation :

La **méditation**, quant à elle, favorise la relaxation et la stabilité émotionnelle, dotant les personnes bipolaires d'outils précieux pour naviguer à travers les hauts et les bas (57).

VIII. Rôle de l'infirmier dans la gestion des troubles bipolaires :

1. Soins et surveillance des patients bipolaires :

a. Suivi régulier :

- Consultations fréquentes : Des visites régulières chez le psychiatre ou le médecin traitant sont nécessaires pour évaluer l'état du patient, ajuster le traitement et surveiller l'observance.
- Évaluation des symptômes : Suivre l'évolution des symptômes, y compris l'humeur, le sommeil et l'appétit, est crucial pour détecter toute détérioration de l'état du patient (58).

b. Surveillance psychologique :

- Observation des comportements : Les soignants doivent être attentifs aux comportements à risque ou aux signes d'agitation qui pourraient indiquer une crise imminente.
- Évaluation du risque suicidaire : Une attention particulière doit être portée aux pensées suicidaires, surtout lors des épisodes dépressifs (59,60).

c. Surveillance physique :

- Contrôle des paramètres vitaux : Surveiller la santé physique du patient, y compris son poids, son alimentation et son hydratation, est essentiel pour prévenir les complications liées aux médicaments ou à la maladie elle-même (48,59).

2. Conseils aux familles et soutien psycho-social :

a. Psychoéducation :

Informer le patient et sa famille sur le TB, ses symptômes et que l'importance du suivi thérapeutique est fondamentale pour améliorer l'adhésion au traitement.

b. Sensibilisation aux signes de rechute :

Enseigner aux patients et à leurs proches à reconnaître les signes précurseurs d'une rechute peut aider à intervenir rapidement.

c. Soutien familial :

Encourager un environnement familial stable contribue à la gestion du TB (48).

B. Observance Thérapeutique :

L'OT revêt une importance capitale pour le patient, mais aussi pour la santé publique. Elle contribue à diminuer les facteurs de morbidité, c'est-à-dire le nombre de personnes atteintes par la maladie, ainsi que les risques de mortalité associés à une pathologie traitée (61).

I. Définition de l'observance :

L'OT désigne l'accord entre le comportement du patient et les prescriptions médicales, qu'il s'agisse de traitements médicamenteux, de recommandations hygiéno-diététiques, ou de directives spécifiques énoncées par le médecin et appuyées par le pharmacien (62).

II. Types de l'observance Thérapeutique :

1. Bonne observance :

La bonne OT se réfère à la capacité d'un patient à suivre correctement les recommandations médicales concernant son traitement. Cela inclut non seulement la prise de médicaments, mais aussi le respect des conseils liés à l'hygiène de vie et la participation aux suivis médicaux (63).

2. Mauvaise observance :

La mauvaise OT désigne le non-respect des recommandations médicales par les patients concernant leur traitement. Cela inclut la prise incorrecte de médicaments, le non-respect des régimes alimentaires, et l'absence de suivi médical (64).

3. L'inobservance :

L'inobservance thérapeutique, également appelée non-observance, désigne le fait pour un patient de ne pas se conformer aux recommandations médicales concernant son traitement. Ce phénomène est fréquent et peut avoir des conséquences graves tant pour la santé du patient que pour le système de soins (65,66).

III.Outils de l'évaluation de l'observance Thérapeutique :

1. Applications mobiles :

- EVAL-OBS : Cette application permet aux patients de réaliser un bilan d'observance pour chaque médicament. Elle utilise une échelle visuelle analogique où les patients positionnent un curseur pour indiquer leur niveau d'observance, allant de "Je n'ai pris aucun comprimé" à "J'ai pris tous les comprimés". Cela permet d'obtenir une estimation de l'observance sur le dernier mois (67).



Figure 3 : Echelle Eval-Obs (67).

2. Échelles d'auto-évaluation :

- Medication Adherence Rating Scale (MARS) : Un auto-questionnaire comportant 10 items qui évalue le comportement du patient concernant son traitement et ses perceptions subjectives par rapport à celui-ci. Il est souvent utilisé dans les études pour mesurer l'observance.
- Échelle de dépression de Hamilton (HDRS) : Bien que principalement utilisée pour évaluer la sévérité des symptômes dépressifs, elle peut également fournir des informations contextuelles sur l'observance, car la dépression peut affecter la capacité d'un patient à suivre son traitement (68).

3. Méthodes biologiques et pharmacologiques :

- Dosages de médicaments : Mesurer les niveaux de médicaments dans le sang peut fournir une évaluation objective de l'observance, bien que cela nécessite des analyses en laboratoire.
- Marqueurs biologiques : Certains traitements peuvent être évalués par des marqueurs biologiques, permettant d'estimer si le patient a respecté son traitement(69).

4. Suivi et observation directe :

- Entretiens avec le patient : Les discussions régulières avec les patients peuvent aider à identifier les obstacles à l'observance et à adapter les traitements en conséquence.
- Carnets de suivi : Les patients peuvent être encouragés à tenir un carnet où ils notent leurs prises de médicaments, ce qui peut aider à auto-évaluer leur observance (69).

5. Technologies électroniques :

- Piluliers électroniques : Ces dispositifs enregistrent automatiquement quand un médicament est pris, fournissant ainsi des données précises sur l'observance sans biais lié au rappel du patient (69).

IV. Les facteurs influençant l'observance thérapeutique :

1. Facteurs socio-démographiques :

Age : Les études montrent que l'âge peut influencer l'observance. Les patients plus jeunes (moins de 30 ans) et plus âgés (plus de 80 ans) ont tendance à avoir de meilleures taux d'observance, tandis que les patients d'âge intermédiaire (30 à 80 ans) montrent souvent une observance plus faible.

Sexe : Les différences entre les sexes dans l'observance peuvent exister, mais elles ne sont pas toujours significatives.

Revenu : Les patients à faible revenu peuvent avoir plus de difficultés à se conformer aux traitements en raison des coûts associés (70).

2. Facteurs liés à la maladie :

Complexité du traitement :

Plus le régime médicamenteux est complexe (nombre de médicaments et fréquence des prises), plus le risque d'inobservance augmente (70).

Antécédents médicaux :

Des antécédents d'épisodes dépressifs ou d'autres problèmes de santé mentale peuvent influencer la capacité d'un patient à suivre son traitement (68).

3. Facteurs psychologiques :

Compréhension de la maladie :

Une mauvaise compréhension des effets du traitement, des effets secondaires et des conséquences de l'inobservance peut diminuer l'adhésion (71).

État émotionnel :

Des troubles tels que la dépression ou l'anxiété peuvent affecter la motivation et la capacité d'un patient à suivre son traitement (68).

4. Relation médecin-patient :

Qualité de la communication :

Une bonne relation avec le médecin, caractérisée par une communication ouverte et une écoute attentive, favorise l'observance.

Information délivrée :

La quantité et la qualité des informations fournies par le médecin sur le traitement jouent un rôle clé dans l'adhésion du patient (71).

5. Facteurs environnementaux :

Soutien social :

Un bon soutien familial et social peut encourager les patients à respecter leur traitement. À l'inverse, un environnement peu soutenant peut nuire à l'adhésion.

Accès aux soins :

Les difficultés d'accès aux soins médicaux ou aux médicaments peuvent également constituer un obstacle à l'observance (72).

V. Conséquences de la mauvaise observance :

1. Sur le plan individuel :

a. Aggravation des symptômes :

La non-observance peut entraîner une perte d'efficacité du traitement, ce qui peut aggraver les symptômes de la maladie (73,74).

b. Augmentation des Hospitalisations :

Les patients qui ne suivent pas leur traitement sont plus susceptibles d'être hospitalisés en raison de l'aggravation de leurs symptômes. Cela entraîne non seulement des conséquences personnelles pour le patient, mais aussi un coût accru pour le système de santé (48).

c. Risque accru de mortalité :

Des études montrent que la non-observance peut être responsable de nombreux décès (75).

2. Pour l'entourage :

Impact sur la santé publique :

La non-observance a également des implications pour la santé publique en aggravant l'incidence et la prévalence des maladies au sein de la population (76).

a. Conséquences économiques :

Coûts directs et indirects :

La mauvaise observance entraîne des coûts supplémentaires pour le système de santé, incluant des hospitalisations évitables, des consultations médicales inutiles et des traitements pour des complications qui auraient pu être évitées. Cela augmente également la charge financière sur les patients et leurs familles (74).

Escalade thérapeutique :

L'inefficacité du traitement due à la non-observance peut conduire à une escalade thérapeutique, nécessitant l'utilisation de traitements plus coûteux et potentiellement plus risqués (76).

VI. Stratégies d'amélioration de l'observance thérapeutique :

1. Éducation et information :

Informier les patients sur leur maladie, le traitement prescrit, ses bénéfices et ses effets secondaires peut améliorer leur compréhension et leur engagement. Une bonne connaissance aide à réduire l'anxiété liée au traitement et à renforcer la motivation à suivre les prescriptions (71,72).

2. Simplification des régimes médicamenteux :

Réduction du nombre de médicaments :

Simplifier le traitement en réduisant le nombre de médicaments prescrits ou en utilisant des formulations à action prolongée peut faciliter l'observance.

Régimes de prise réguliers :

Encourager les patients à prendre leurs médicaments à des moments fixes (par exemple, avec un repas) pour créer une routine (77).

3. Utilisation de technologies :

Applications mobiles et rappels :

Les applications qui envoient des rappels de prise de médicaments ou qui permettent aux patients de suivre leur observance peuvent être très utiles. Des dispositifs électroniques comme des piluliers connectés peuvent également enregistrer les prises (77,78).

Télé médecine :

Utiliser des consultations à distance pour discuter des traitements et répondre aux questions des patients peut renforcer leur engagement (79).

4. Soutien social et familial :

Impliquer la famille :

Encourager les membres de la famille à soutenir le patient dans la gestion de son traitement peut améliorer l'adhésion. Un environnement familial positif peut également renforcer la motivation du patient (71,77).

Groupes de soutien :

Participer à des groupes d'entraide où les patients partagent leurs expériences peut offrir un soutien émotionnel et pratique (80).

5. Communication efficace :

Dialogue ouvert :

Établir une communication claire et empathique entre le patient et le professionnel de santé est crucial. Les patients doivent se sentir écoutés et compris, ce qui favorise une relation de confiance (77).

Évaluation régulière :

Discuter régulièrement avec le patient de son observance, identifier les obstacles rencontrés et ajuster le plan de traitement si nécessaire (77).

6. Suivi personnalisé :

Planification des rendez-vous :

Proposer des horaires de rendez-vous flexibles qui conviennent aux patients peut améliorer leur participation aux consultations médicales

Évaluation continue :

Suivre l'évolution du patient et ajuster le traitement en fonction de ses besoins spécifiques permet d'optimiser l'observance (77).

Phase méthodologique

DEVIS DE RECHERCHE

I. But de l'étude:

Décrire le niveau de l'observance thérapeutique chez les patients suivis pour des troubles bipolaires consultants aux services de psychiatrie A et D de l'hôpital RAZI-LA MANOUBA durant les 3 premiers mois de l'année 2025.

II. Type de l'étude :

Afin de répondre à la question de recherche et en se référant aux données de la littérature, une recherche de niveau I ; c'est-à-dire une étude descriptive est indiquée, une approche méthodologique de nature quantitative.

III. Type des variables :

Quantitatives :

- Age, l'ancienneté de la maladie, nombre d'hospitalisation...

Qualitatives :

- Sexe, Niveau d'instruction, état civil, lieu de résidence, profession, niveau socio-économique...

IV. Lieu de l'étude :

Notre enquête s'est déroulée dans les services de psychiatrie A et D de l'hôpital RAZI-LA MANOUBA de Tunis.

V. Durée de l'étude :

Notre étude s'est déroulée durant les 3 premiers mois de l'année 2025.

VI. Choix de population:

1. Population cible :

Les personnes atteintes de trouble bipolaire de type I ou II en Tunisie.

2. Population source :

Les personnes atteintes de trouble bipolaire consultant dans les services de psychiatrie A et D de l'hôpital RAZI répondant aux critères ci-dessous.

3. Les critères d'inclusion :

- Patient avec un diagnostic confirmé de TB et mis sous traitement prescrit.
- Les patients qui étaient présent lors des consultations et acceptant volontairement de participer à l'étude.

- Les patients âgés de plus de 18 ans.

4. Les critères d'exclusion :

- Tout patient dont l'âge est moins de 18 ans.
- Les patients ayant des troubles cognitifs et qui présente un retard mental.
- Les patients qui ont refusé de participer à l'étude.

5. Type d'échantillonnage :

L'échantillon de cette étude a été obtenu par une méthode accidentelle. Ce type d'échantillonnage consiste à choisir des personnes du fait de leur présence dans un lieu bien déterminé et a un moment précis (Fortin, 2016) : Les patients étaient choisis selon leur accessibilité dans les services de psychiatrie A et D de l'hôpital RAZI.

6. Taille de l'échantillon :

Notre échantillon d'étude est composé de 51 patients bipolaires.

VII. Instruments de mesures :

Nous avons fait recours à l'échelle validée "Médication Adherence Rating Scale" (MARS) de Thompson 2000. Il s'agit d'un test d'auto-évaluation largement utilisé en psychiatrie pour mesurer l'adhésion du patient à son traitement médicamenteux, notamment chez les patients souffrant de **troubles mentaux chroniques** comme **le trouble bipolaire**.

En effet l'organisation de l'échelle de MARS est une combinaison entre les items des deux échelles qui focalisent sur l'évaluation de l'observance médicamenteuse :

- MAQ « Médication Adherence Questionnaire » élaboré par Morisky et al en 1986 ».
- DAI « Drug Attitude Inventory » construit par Hogan et al.en 1983.

La série de questions au niveau de l'échelle de MARS vise à évaluer le niveau de l'observance thérapeutique selon 3 niveaux :

- 1- la perception du patient envers la prise médicamenteuse.
- 2- la régularité du patient concernant la prise médicamenteuse.
- 3- la conscience de la personne à propos les effets indésirables induites par les antipsychotiques.

L'échelle de MARS est composée de dix items auxquels les patients répondent par oui/non (**Voir annexes**) (81).

Structure du questionnaire :

Notre questionnaire est constitué de 2 parties :

Partie 1 : Echelle MARS :

Il est composé de 10 questions dont les réponses possibles sont OUI ou NON.

Les questions 7 et 8 lui sont attribués zéro pour une réponse par non et 1 pour la réponse oui, cependant les autres items (1, 2, 3, 4, 5, 6, 9,10) lui sont attribués un zéro pour une réponse oui et 1 pour la réponse non. Le score total est compris entre 0 et 10 dont 7 a été fixé comme un score seuil (81).

Le patient est bien observant si le score est supérieur à 7 et un score inférieur ou égal à 7 désigne une mauvaise observance (81).

Partie 2 :

Nous avons également utilisé un questionnaire préliminaire assisté. Il comprend trente-deux questions qui se répartissent en cinq rubriques

- Rubrique n°1 : Identification des participants (19 questions)
- Rubrique n°2 : les facteurs de non-observance liés au patient (2 questions)
- Rubrique n°3 : Les facteurs de non-observance liés au traitement (3 questions)
- Rubrique n°4 : Les facteurs de non-observance liés à la famille (2 questions)
- Rubrique n°5 : Les facteurs de non-observance liés à la relation clinicien-patient (6 questions)

La passation du questionnaire a été assistée par nous-mêmes de face à face, soit avec les patients ou les parents des patients. Le temps de passation était estimé de 20 à 25 minutes.

VIII. Pré-test :

Comme nous avons auto-rédigé les questions de la première partie de notre questionnaire (les questions de : données sociodémographiques, les données cliniques et paracliniques, les ATCD) en se basant sur la littérature ainsi que les articles qui parlent du même thème que

notre sujet, nous avons fait un pré-test sur 3 patients qui étaient automatiquement éliminés de la population étudiée. Nous sommes allés au service A de consultations externes à l'hôpital Razi un jour avant de commencer la distribution du questionnaire le matin de 8h à 13h. Et après avoir pris l'autorisation, nous avons commencé la distribution aux 3 parents.

Nous nous sommes présentés en lui expliquant le but de ce questionnaire. Nous avons fait ce pré-test pour savoir si ces questions sont adaptées à notre population ou non, ainsi pour tester la fiabilité et la logique de ces questions.

IX. Déroulement de l'étude :

*L'étude s'est déroulée pendant les 3 premiers mois de l'année 2025 après avoir obtenu l'accord des responsables des services.

*Nous avons tout d'abord amené une demande signée par la directrice de l'ISSIK et nous avons pris l'autorisation de l'hôpital afin de mener l'enquête au sein des services de psychiatrie A et D

*On a vérifié la présence de la population cible au sein des services de psychiatrie A et D et de la consultation externe de l'hôpital RAZI, ensuite nous avons noté les rendez-vous de chaque patient à part au service afin de les inviter à un bureau pour répondre au questionnaire. Nous avons expliqué aux participants le but de notre recherche, ainsi que leur droit de refuser de participer ou de se retirer de l'enquête à tout moment.

*Nous avons distribué le questionnaire à remplir et nous avons accompagné les participants lors du remplissage du questionnaire afin de garantir une meilleure compréhension.

X. La saisie des résultats :

- La saisie et l'analyse statistique des données ont été réalisées à l'aide du logiciel SPSS (Version 23). Les représentations graphiques ont été effectuées par le logiciel Microsoft Excel (version 2016).
- Des statistiques descriptives, y compris les moyennes, le maximum, le minimum, les écarts types, les effectifs et les pourcentages, ont été utilisés.
- Nos résultats ont été présentés sous forme de tableaux et de graphiques.

XI. Considérations éthiques :

- Les règles éthiques et déontologiques sont respectées.

- Une autorisation administrative, portant sur le recueil des données, a été accordée par l'ISSIK.
- L'autorisation des chefs des services de psychiatrie C et D de l'hôpital RAZI pour interroger les patients a été accordée.
- L'objectif de notre étude, la procédure ainsi que le droit des participants de refus ou de se retirer de l'étude à tout moment ont été mentionnés et expliquées.
- Notre étude a été menée dans le cadre de respect de la confidentialité (les questionnaires ont été anonymes).
- Nous avons pris le temps d'informer les participants que notre enquête revêt une dimension pleinement scientifique, soulignant ainsi la rigueur et la pertinence de notre objectif de recherche.

XII. Les difficultés rencontrées :

Comme toute recherche, nous avons confronté divers problèmes, tant sur le plan pratique que conceptuel, les difficultés majeures qui méritent d'être soulignées, sont :

- La difficulté d'accès à certains sites scientifiques qui portent sur le thème de l'observance thérapeutique chez les bipolaires.
- Le déplacement au lieu de l'étude pour effectuer le questionnaire
- Difficulté à remplir certains questionnaires auprès de certains patients (le refus de participation, manque de connaissance)
- La rareté des références bibliographiques récentes en relation avec notre sujet surtout en Tunisie.
- Difficultés de coopération rencontrées avec certains personnels soignants lors de l'élaboration de l'enquête.
- La contrainte temporelle après la consultation, couplée au souhait du patient de rentrer à la maison, constituait une considération importante.
- La contrainte du temps a représenté un véritable défi dans la réalisation de l'enquête, notamment en raison de l'espacement entre les rendez-vous, du faible nombre de jours de consultation par semaine (seulement deux jours), et de leur répartition irrégulière.

Phase empirique

PHASE EMPIRIQUE

I. Données sociodémographiques :

Tableau 1 : Répartition de la population selon la moyenne d'âge

Variable	N	Minimum	Maximum	Moyenne	Ecart type
Age (ans)	51	25	65	39,14	±10,985

Tableau 2 : Répartition de la population selon l'âge

Intervalles d'âge	FA	FR (%)
[25-35[10	19,61
[35-45[19	37,25
[45-55[13	25,49
[55-65]	9	17,65
Total	51	100

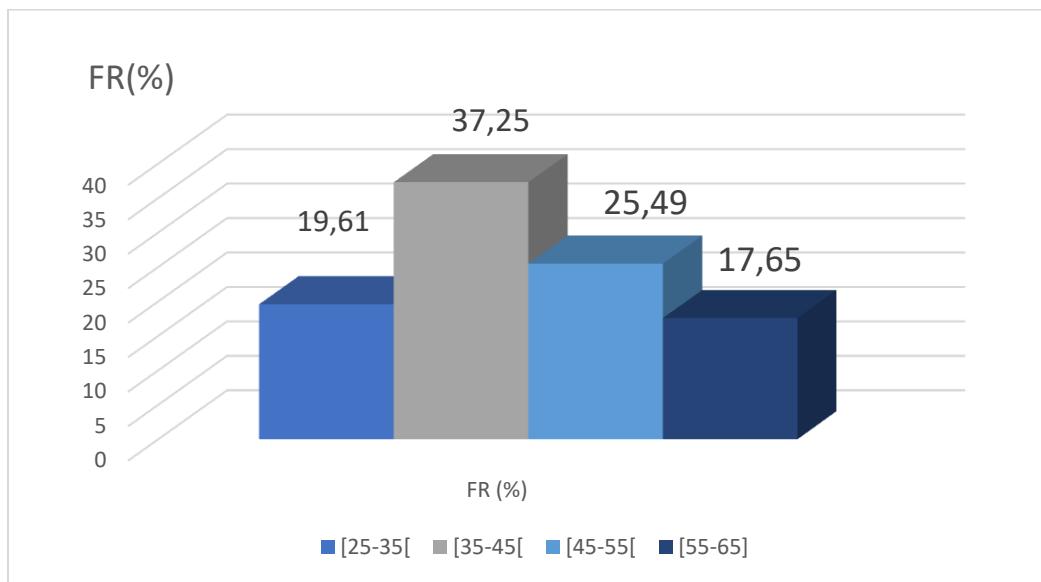


Figure 4 : Répartition selon les tranches d'âge de notre population

- La moyenne d'âge de notre population était de 39,14 ans. Nous avons trouvé que plus d'un tiers soit (37,25 %) appartenaient à l'intervalle d'âge [35-45[avec un âge maximal de 65 ans et minimal de 25 ans

Tableau 3 : Répartition de notre population selon le genre

Le genre	FA	FR (%)
Homme	31	60,78
Femme	20	39,22
Total	51	100

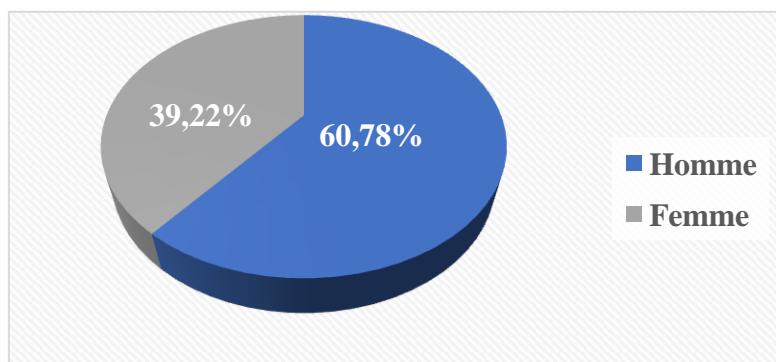


Figure 5 : Répartition de la population selon le genre

- La répartition selon le genre de notre échantillon a montré une prédominance masculine de 60,78 % (n=31) avec un sexe ratio égal à 1,55

Tableau 4 : Répartition de la population selon le niveau institutionnel

Niveau institutionnel	FA	FR (%)
Analphabète	2	3,92
Primaire	13	25,49
Secondaire	24	47,06
Universitaire	12	23,53
Total	51	100

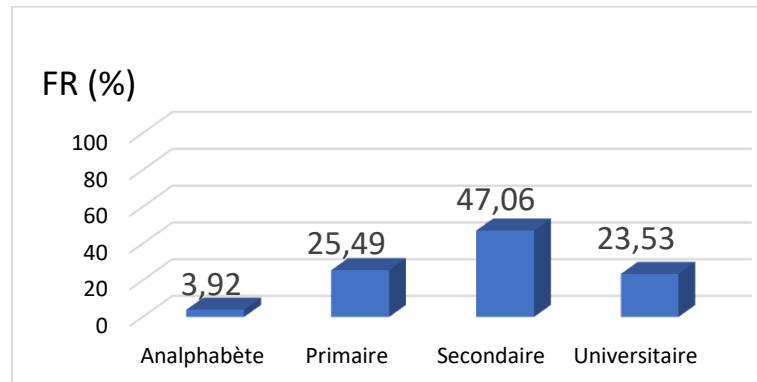


Figure 6 : Répartition de la population selon le niveau institutionnel

- Nos résultats ont montré que le niveau institutionnel le plus marqué était le niveau secondaire, soit 47,06% (n=24) de la population.

Tableau 5 : Répartition de la population selon le statut matrimonial

Statut matrimonial	FA	FR (%)
Célibataire	32	62,75
Marié(e)	14	27,45
Divorcé(e)	3	5,88
Veuf (Ve)	2	3,92
Total	51	100

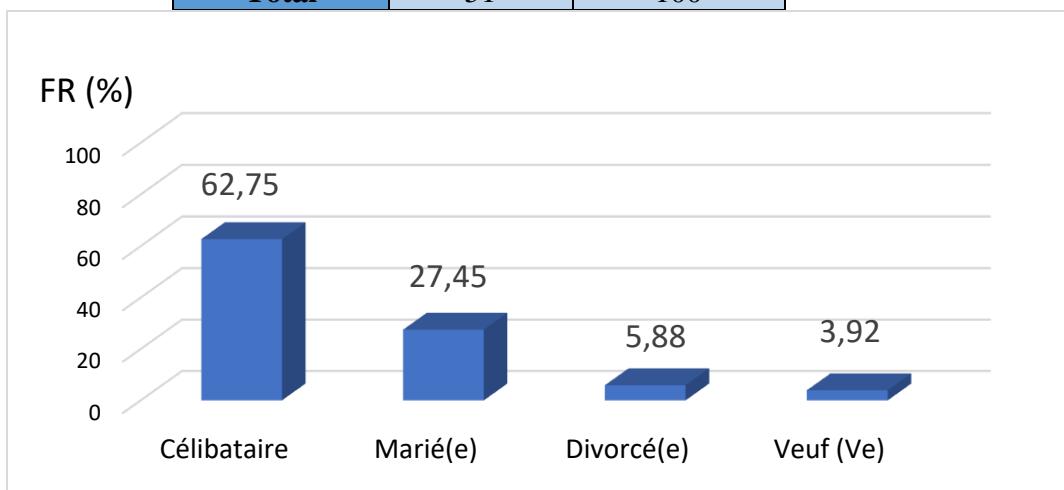


Figure 7 : Répartition de notre population selon le statut matrimonial

- Près de deux tiers de notre population soit 62,75% étaient célibataires. Les marié(e)s constituaient 27,45 %, tandis que les divorcé(e)s et les veuves/veufs représentaient une minorité, avec respectivement 5,88 % et 3,92 %.

Tableau 6 : Répartition de la population selon le lieu de résidence

Lieu de résidence	FA	FR (%)
Urbain	41	80,39
Péri-urbain	6	11,76
Rural	4	7,84
Total	51	100

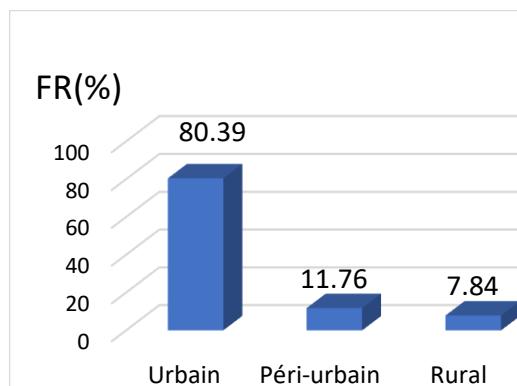


Figure 8 : Répartition de la population selon le lieu de résidence

- Plus de trois quartes populations soit 80,39% provenaient d'un milieu urbain. Les milieux péri-urbain et rural étaient nettement moins représentés, avec respectivement 11,76 % et 7,84 %.

Tableau 7 : Répartition de la population selon leur condition d'habitat

Logement	FA	FR (%)
Seuls	13	25,49
Avec la famille	38	74,51
Total	51	100

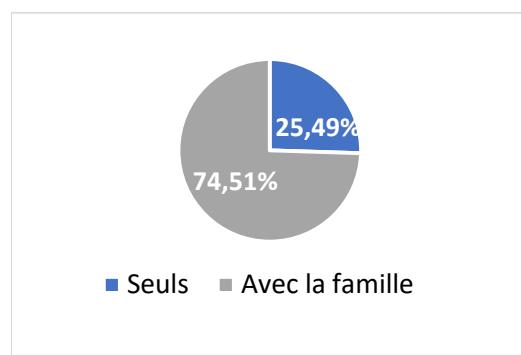


Figure 9 : Répartition de la population selon leur condition d'habitat

- La répartition selon les conditions d'habitat a montré que près de trois quarts de l'échantillon soit 74,51% vivaient avec leur famille. Une proportion moindre, soit 25,49 %, vivaient seules.

Tableau 8 : Répartition de la population selon leur profession

Profession	FA	FR (%)
Employé(e)	8	15,69
Retraité(e)	2	3,92
Chômeur	27	52,94
Profession libérale	14	27,45
Total	51	100

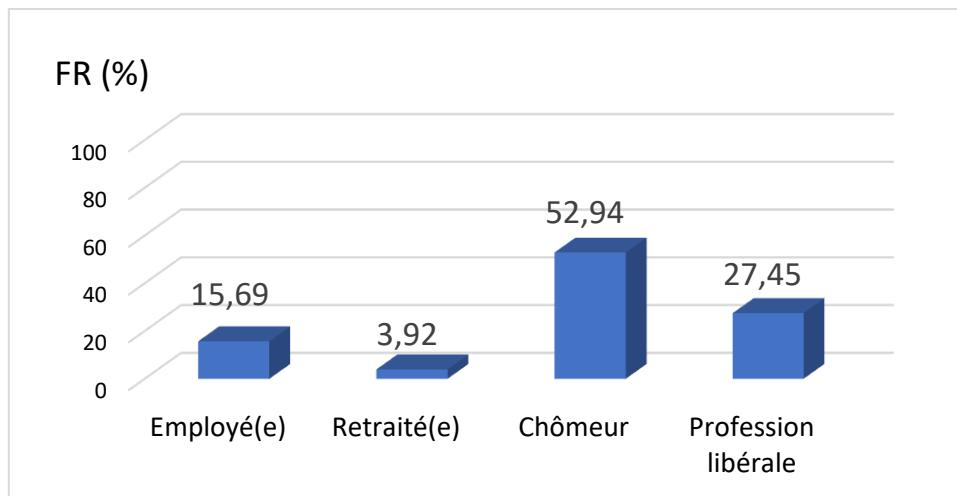


Figure 10 : Répartition de la population selon le statut professionnel

- Plus que la moitié de notre population soit 52,94% étaient des chômeurs. Les personnes exerçant une profession libérale représentaient 27,45 %, tandis que les employé(e)s constituaient 15,69 %

Tableau 9 : Répartition de la population selon le niveau socio-économique

Niveau socio-économique	FA	FR (%)
Bas	12	23,53
Moyen	37	72,55
Aisé	2	3,92
Total	51	100

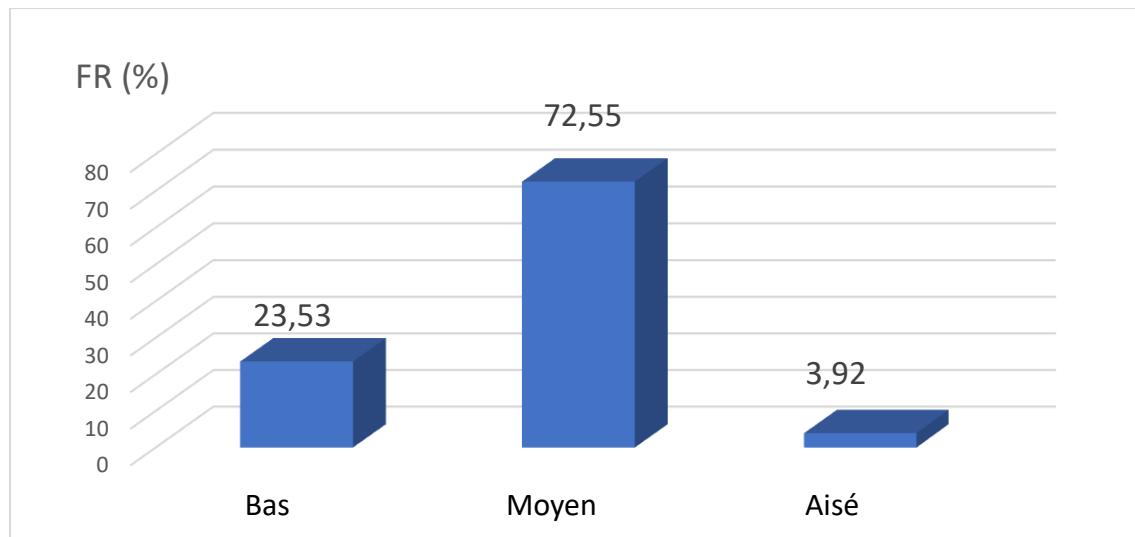


Figure 11 : Répartition de la population selon le niveau socio-économique

- La plupart de notre population relevait d'un niveau socio-économique moyen, représentant 72,55 % de l'ensemble. Une proportion de 23,53 % appartenait à un niveau bas, tandis qu'un faible pourcentage, soit 3,92 %, provenaient d'un milieu aisé

Tableau 10 : Répartition de la population selon l'existence d'un exercice de loisir

L'existence d'un exercice de loisir	FA	FR (%)
Oui	21	41,18
Non	30	58,82
Total	51	100

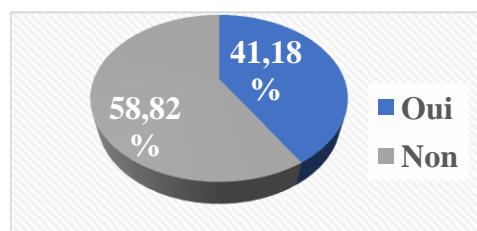


Figure 12 : Répartition de la population selon l'existence d'un exercice de loisir

- Plus de la moitié n'ont aucun exercice de loisir, ce qui représentait 58,82 % de l'échantillon.

Tableau 11 : Répartition de la population selon le type d'activité de loisir

Le type d'exercice de plaisir	FA	FR (%)
Sport	7	33,33
Ecouter la musique	9	42,86
Autres	5	23,81
Total	21	100

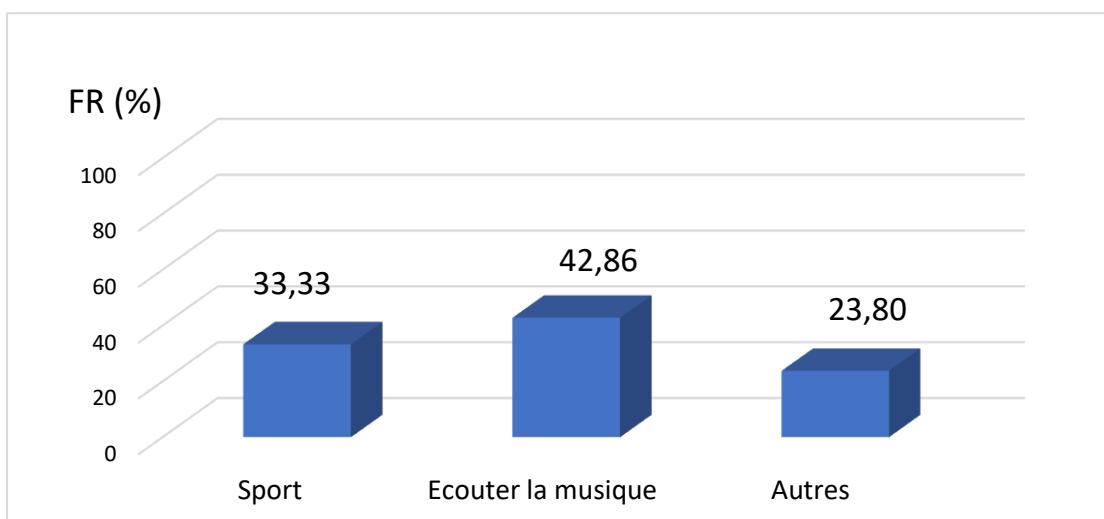


Figure 13 : Répartition de la population selon le type d'activité de loisir

- Parmi les personnes qui avaient une activité de loisir, écouter de la musique était l'activité la plus nommée, soit 42,86 % des cas. Le sport venait ensuite avec 33,33 %, tandis que 23,81 % des répondants pratiquaient d'autres types d'activités.

Tableau 12 : Répartition de la population selon la présence d'une habitude d'addiction

Habitudes d'addiction	FA	FR (%)
Oui	27	52,94
Non	24	47,06
Total	51	100

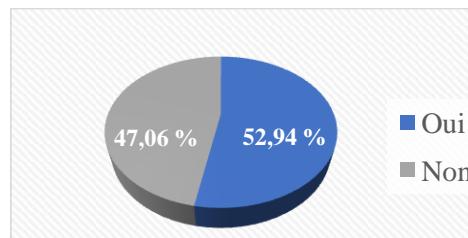


Figure 14 : Répartition de la population selon la présence d'une habitude d'addiction

- Plus de la moitié soit 52,94% avaient des habitudes d'addiction

Tableau 13 : Répartition de la population selon les d'habitudes d'addiction

Les habitudes d'addiction	FA	FR (%)
Tabagisme	22	81,48
Alcool	3	11,11
Cannabis	2	7,41
Total	27	100

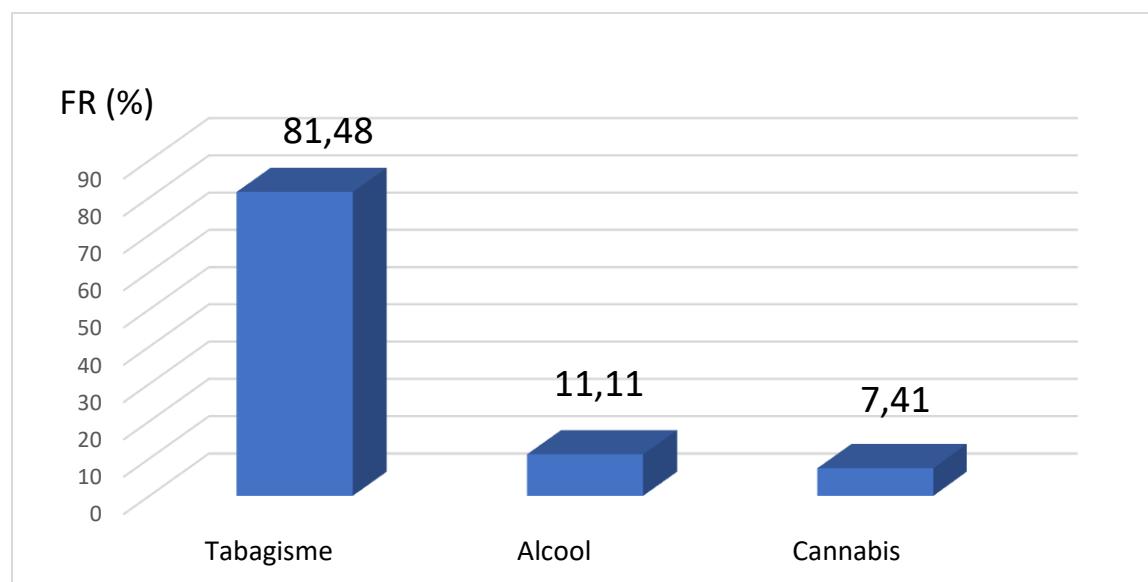


Figure 15 : Répartition de la population selon les habitudes d'addiction

- Parmi les personnes ayant des habitudes d'addiction, 81,48% étaient tabagique. En revanche 11,11% étaient alcoolique.

II. Données cliniques et paracliniques :

Tableau 14 : Répartition de la population selon l'ancienneté de la maladie

Ancienneté de la maladie (ans)	FA	FR (%)
[1-5[13	25,49
[5-10[13	25,49
[10-15[14	27,45
[15-20[9	17,65
≥ 20	2	3,92
Total	51	100

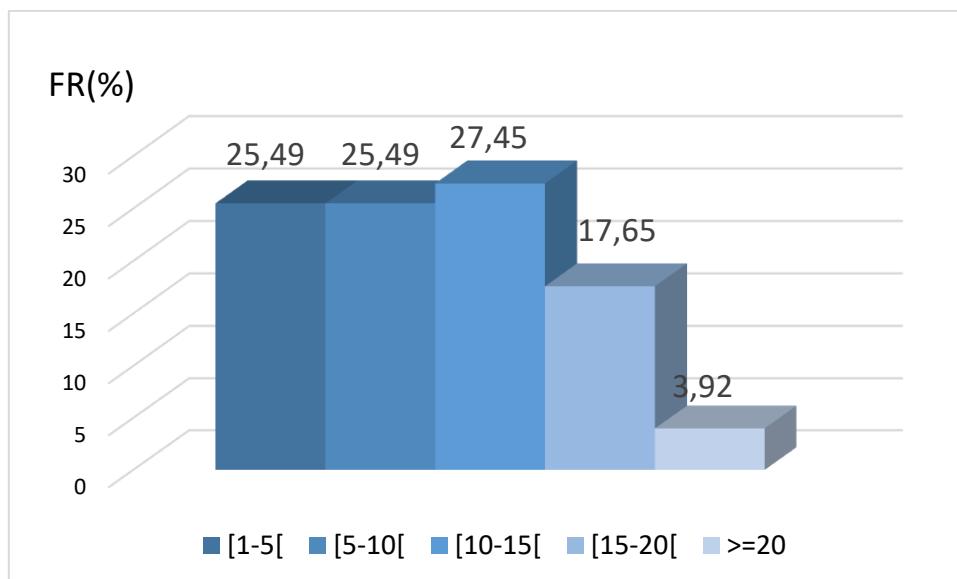


Figure 16 : Répartition de la population selon l'ancienneté de la maladie

- L'ancienneté de la maladie chez les patients étudiés est répartie de manière relativement homogène entre 1 et 15 ans, avec environ un quart des patients dans chaque tranche de 1 à 5 ans (25,49 %), 5 à 10 ans (25,49 %) et 10 à 15 ans (27,45 %). En revanche, on observe une baisse notable du nombre de patients ayant une ancienneté comprise entre 15 et 20 ans (17,65 %) et encore plus faible au-delà de 20 ans (3,92 %).

Tableau 15 : Répartition de la population selon les antécédents d'hospitalisation

Antécédents d'hospitalisation	FA	FR (%)
Oui	49	96,08
Non	2	3,92
Total	51	100

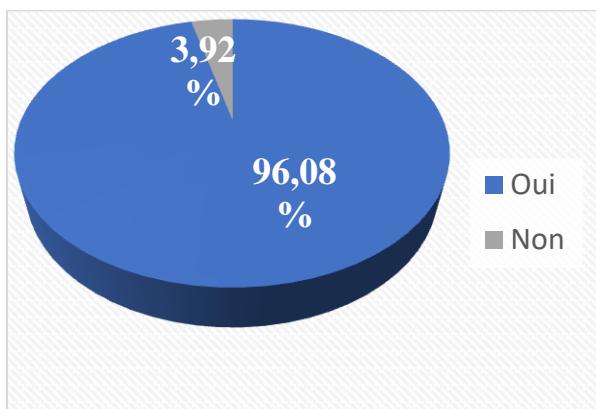


Figure 17 : Répartition de la population selon les antécédents d'hospitalisation

- La répartition montre que la quasi-totalité de la population avaient des antécédents d'hospitalisation, ce qui représentait 96,08 % de l'échantillon. Seules 3,92 % n'avaient pas d'antécédents d'hospitalisation.

Tableau 16 : Répartition de la population selon les causes d'hospitalisation

Les causes	FA	FR (%)
Refus du traitement	6	12,24
Dépression	7	14,29
Stress	7	14,29
Violence	11	22,45
Problème avec l'entourage	2	4,08
Trouble du comportement	8	16,33
Crise d'angoisse	6	12,24
Idées suicidaires	2	4,08
Conduites addictives	3	6,12
Autres causes	4	8,16

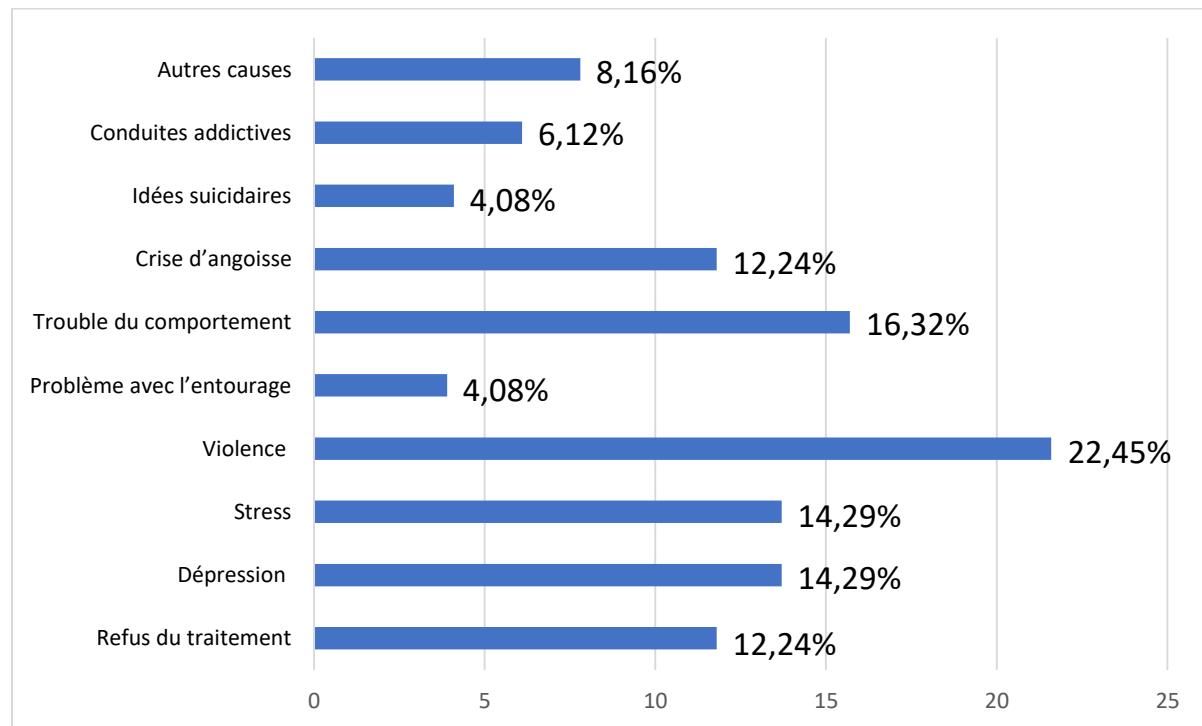


Figure 18 : Répartition de la population selon les causes d'hospitalisation

- Les causes d'hospitalisation variaient, la violence était la cause la plus fréquente, représentant 21,6 % des cas.

Tableau 17 : Répartition de la population selon les autres causes d'hospitalisation

Les autres causes	FA	FR (%)
Agitation psychomotrice	1	2,04
Choc émotionnel	1	2,04
Crise d'hystérie	1	2,04
Accident du voie publique	1	2,04
Total	4	8,16

- Les autres causes étaient diverses avec une fréquence d'un quart pour chacun.

Tableau 18 : Répartition de la population selon le nombre d'hospitalisation

Le nombre d'hospitalisation (fois)	FA	FR (%)
1	19	37,26
2 à 3	14	27,46
4 à 5	10	19,61
>5	6	11,76
Total	49	96,1

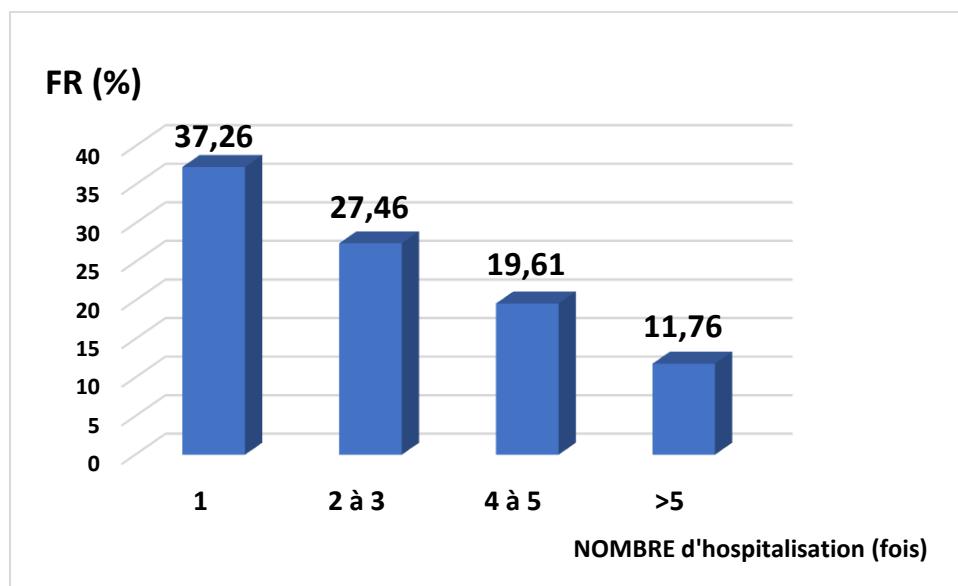


Figure 19 : Répartition de la population selon le nombre d'hospitalisation :

- Le nombre d'hospitalisation le plus fréquent était une fois, soit 37,26%

Tableau 19 : Répartition de la population selon la dernière date d'hospitalisation

La dernière date d'hospitalisation (ans)	FA	FR (%)
Moins d'un an	8	15,69
Depuis 1 à 3	26	50,99
Depuis 4 à 6	9	17,65
Depuis 7 ou plus	6	11,77
Total	49	96,1

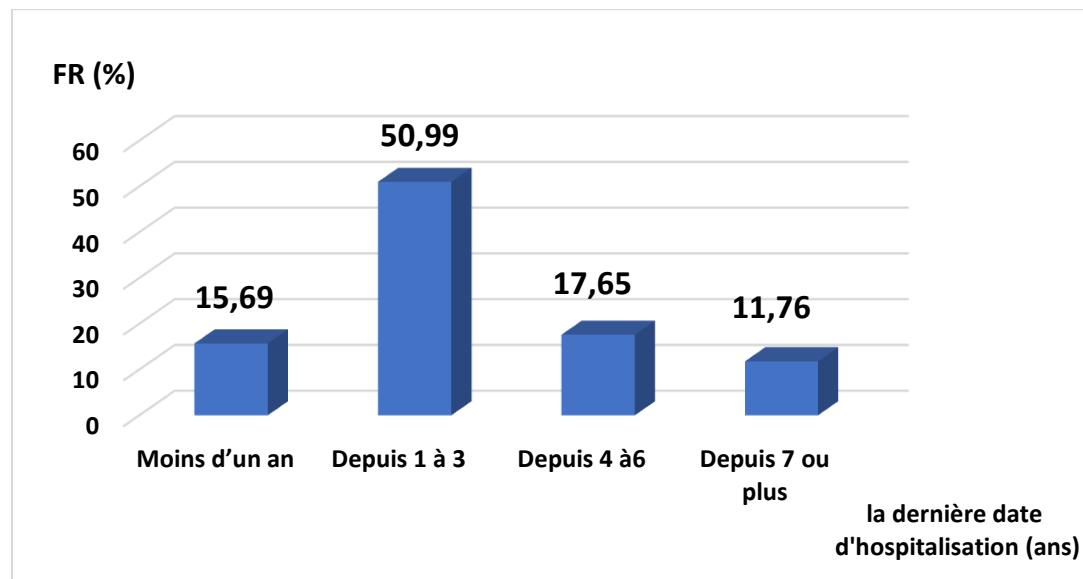


Figure 20 : Répartition de la population selon la dernière date d'hospitalisation

- Le résultat montrait que la majorité des patients étaient hospitalisés durant les 1 à 3 dernières années, représentant 50,99 % de l'échantillon.

Tableau 20 : Répartition de la population selon le nombre de traitement pris quotidiennement

Le nombre de traitement	FA	FR (%)
Un seul traitement	1	1,96
Deux traitements	31	60,78
Trois traitements ou plus	19	37,25
Total	51	100

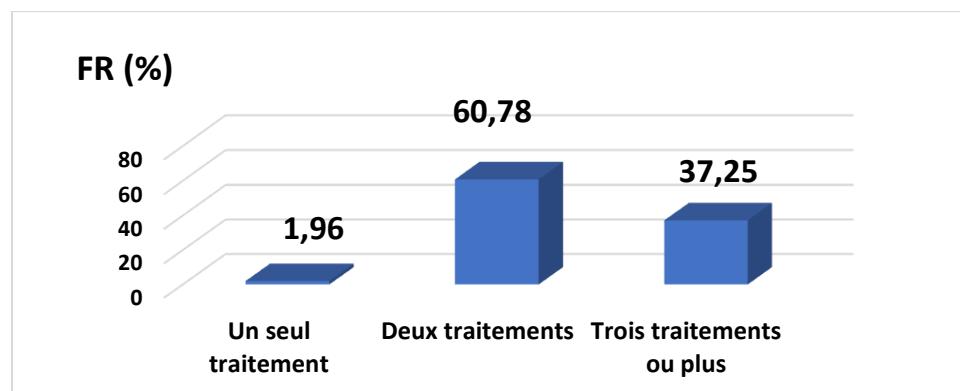


Figure 21 : Répartition de la population selon le nombre de traitement pris quotidiennement

- La majorité de notre population prenait deux traitements par jour représentant 60,78 % de l'échantillon. Tandis que 37,25 % avaient plusieurs traitements.

Tableau 21 : Répartition de la population selon la fréquence quotidienne de prise médicamenteuse

Le nombre des prises(fois/j)	FA	FR (%)
Une seule fois	0	0
Deux fois	27	52,94
Trois fois	24	47,06
Total	51	100

- Cette répartition indiquait que plus de la moitié de la population soit 52,94% prenaient leur traitement deux fois par jour.

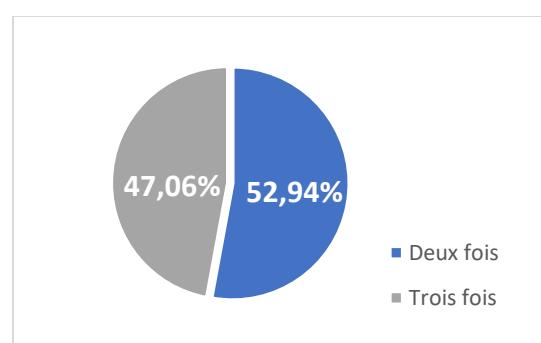


Figure 22 : Répartition de la population selon la fréquence quotidienne de prise médicamenteuse

Tableau 22 : Répartition de la population selon la régularité de la prise des médicaments

La régularité de la prise des médicaments	FA	FR (%)
Oui	37	72,55
Non	14	27,45
Total	51	100

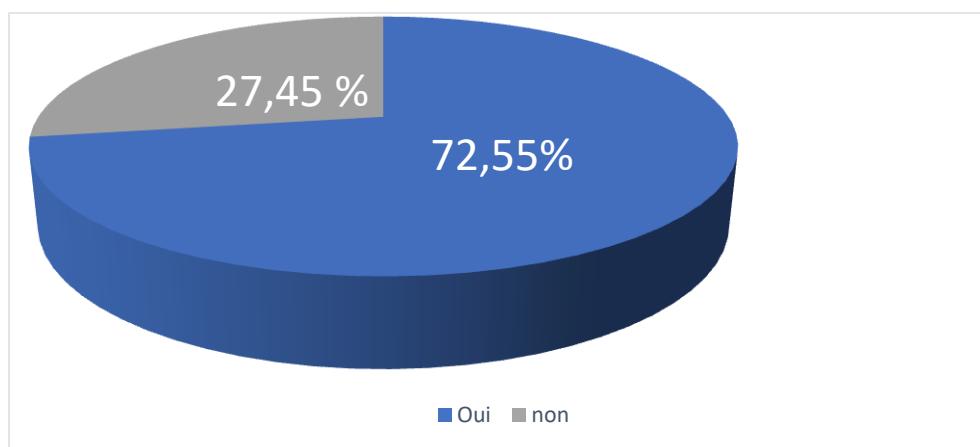


Figure 23 : Répartition de la population selon la régularité de la prise des médicaments

- Concernant la régularité de la prise des médicaments, le résultat montrait que près de trois quarts soit 72,54% prenaient régulièrement leurs médicaments.

Tableau 23 : Répartition des patients selon la présence des difficultés par rapport à la prise de traitement

La présence des difficultés	FA	FR (%)
Oui	4	7,84
Non	47	92,16
Total	51	100

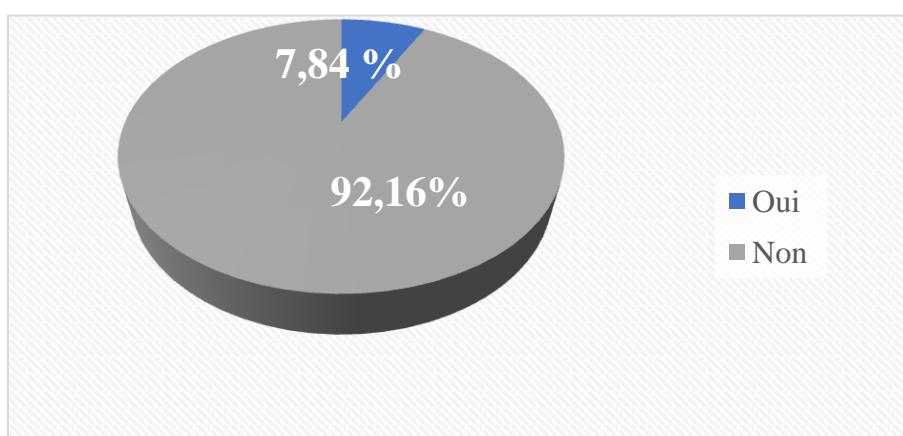


Figure 24 : Répartition des patients selon la présence des difficultés par rapport à la prise de traitement

- La plupart de notre population soit 92,15% ne rencontraient pas de difficultés lors de prise du traitement.

Tableau 24 : Répartition des patients selon les types des difficultés rencontrés lors de prise du traitement

Les difficultés rencontrés	FA	FR (%)
Fatigue	1	1,96
Non disponibilité de médicament	1	1,96
Trouble de la déglutition	1	1,96
Effet indésirable	1	1,96
Total	4	7,84

- Les difficultés rencontrées pour notre population d'étude étaient la fatigue, la non disponibilité de médicament, trouble de déglutition et les effets indésirables des médicaments avec des proportions égales soit un quart pour chacun

Tableau 25 : Répartition des patients selon le respect des rendez-vous

Le respect des rendez-vous	FA	FR (%)
Régulier	31	60,78
Relativement régulier	18	35,29
Irrégulier	2	3,92
Total	51	100

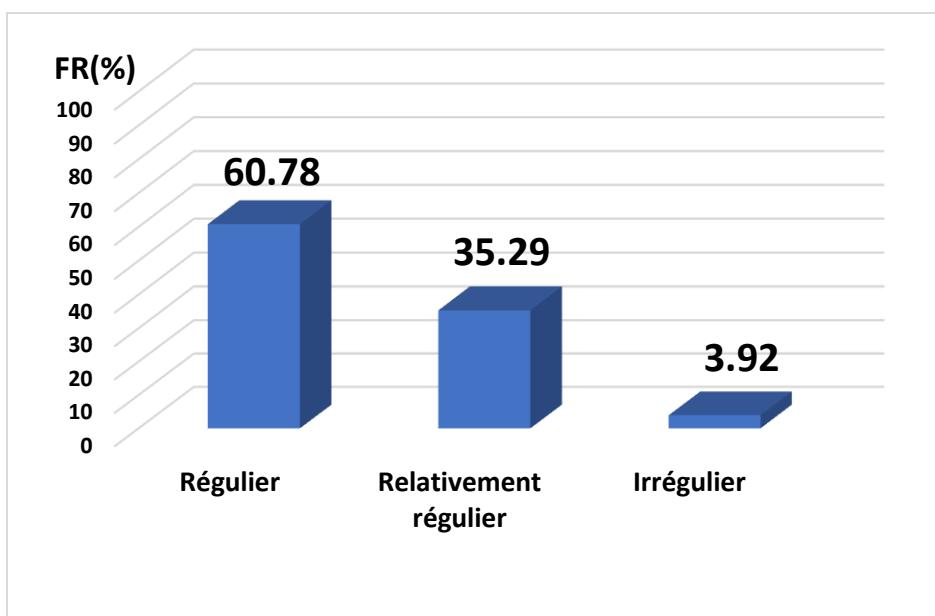


Figure 25 : Répartition des patients selon le respect des rendez-vous

- Plus de la moitié des participants soit 60,78% respectaient régulièrement leurs rendez-vous. Tandis que 35,29 % étaient relativement réguliers dans leurs visites médicales

Tableau 26 : Répartition selon l'existence d'une maladie chronique associée

L'existence d'une autre maladie chronique	FA	FR (%)
Oui	10	19,61
Non	41	80,39
Total	51	100

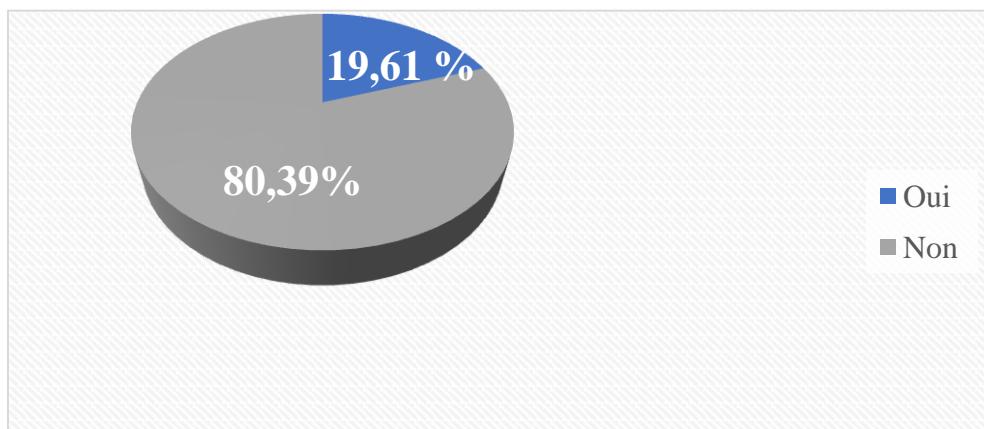


Figure 26 : Répartition selon l'existence d'une maladie chronique associée

- La plupart de notre population soit 80,39% n'avaient pas de maladie chronique associée

Tableau 27: Les types des tares associés.

Les types d'autres maladies chroniques	FA	FR (%)
Diabète	5	50
HTA	3	30
Maladie cardiovasculaire	2	20
Total	10	100

- Pour les tares associées, le résultat montrait que 5 patients étaient diabétiques, 3 patients étaient hypertendus, alors que 2 patients avaient une maladie cardiovasculaire

Tableau 28 : Répartition de la population selon l'ancienneté de la tare associée

Ancienneté de la tare associée (ans)	FA	FR (%)
[1-5[1	10
[5-10[6	60
>=10	3	30
Total	10	100

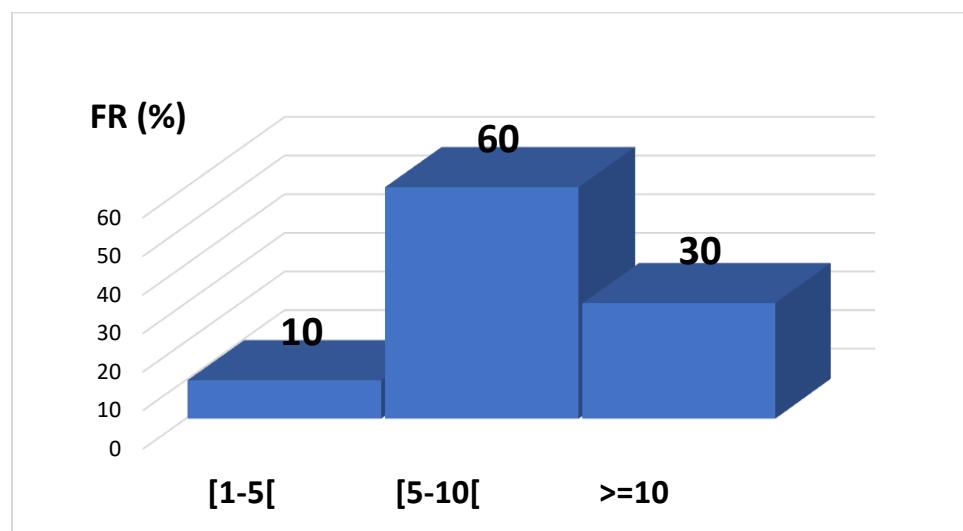


Figure 27 : Répartition de la population selon l'ancienneté de la tare associée

- Ces données indiquaient que 60% des participants souffraient d'une tare associée depuis 5 à 10 ans. Environ 30 % vivaient avec cette affection de plus de 10 ans, tandis que 10 % en souffraient depuis 1 à 5 ans.

Tableau 29 : L'utilisation d'un traitement pour la tare associée

L'utilisation d'un traitement pour la tare associée	FA	FR (%)
Oui	10	100
Non	0	0
Total	10	100

- L'ensemble des participants (100 %) déclaraient avoir recours à un traitement pour la tare associée

Tableau 30 : Répartition de la population selon le nombre de traitement pour la tare associée

Le nombre de traitement	FA	FR (%)
Un seul traitement	2	20
Deux traitements	6	60
Trois traitements ou plus	2	20
Total	10	100

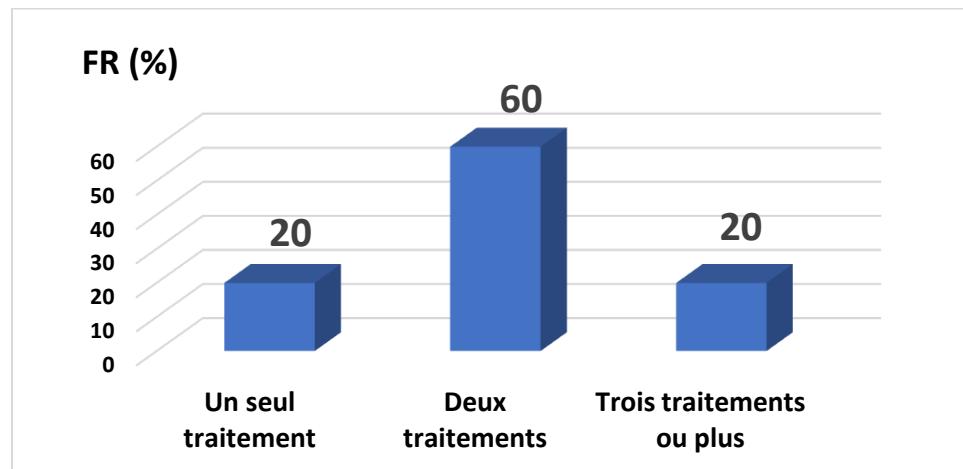


Figure 28 : Répartition de la population selon le nombre de traitement pour la tare associée

- Cette répartition indiquait que la plupart des patients soit (60 %) recevaient deux traitements pour la tare associée, tandis que 20 % en recevaient un seul et 20 % trois traitements ou plus

III.Facteurs de non-observance liés au patient :

Tableau 31 : Répartition de la population selon l'acceptation de la maladie

L'acceptation de la maladie	FA	FR (%)
Oui	38	74,51
Non	13	25,49
Total	51	100

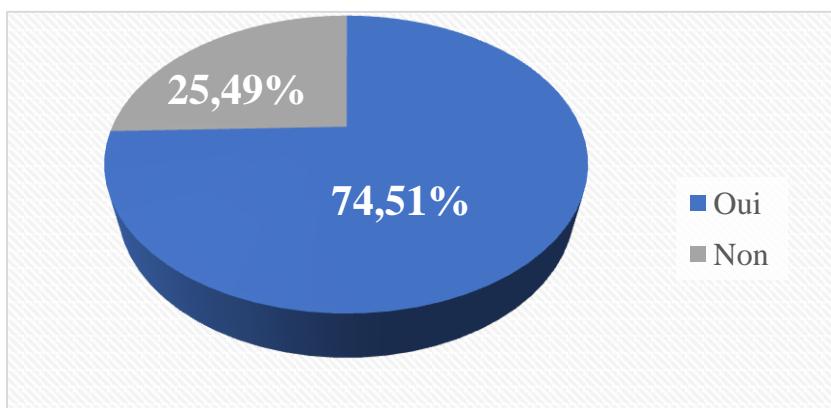


Figure 29 : Répartition des patients selon l'acceptation de la maladie

- Presque les trois quarts soit 74,51% de notre population acceptaient leur maladie. En revanche, 25,49 % ne l'acceptaient pas.

Tableau 32 : Répartition de notre population selon la croyance qu'il n'est pas malade et refus de traitement

La croyance qu'il n'est pas malade	FA	FR (%)
Oui	11	84,62
Non	2	15,38
Total	13	100

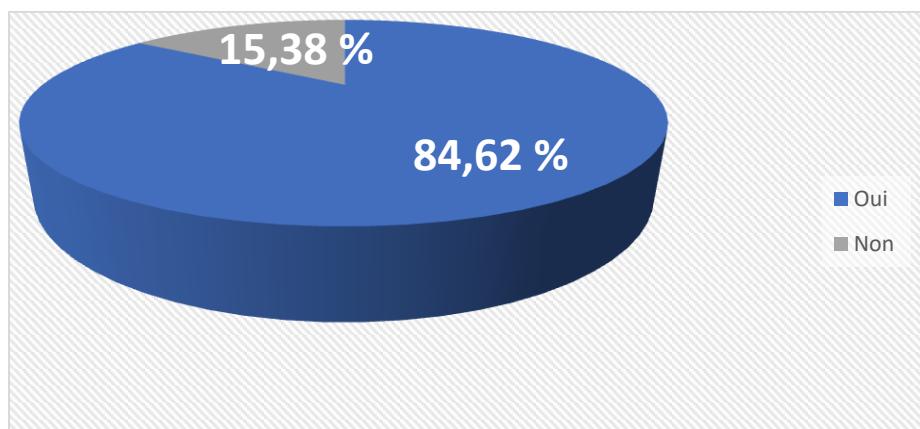


Figure 30 : Répartition des patients selon leur croyance sur la maladie

- Parmi les personnes qui n'ont pas accepté leur maladie, 84,62% croyaient ne pas être malade.

Tableau 33 : Répartition de la population selon l'interruption volontaire du traitement

L'interruption du traitement	FA	FR (%)
Oui	22	43,14
Non	29	56,86
Total	51	100

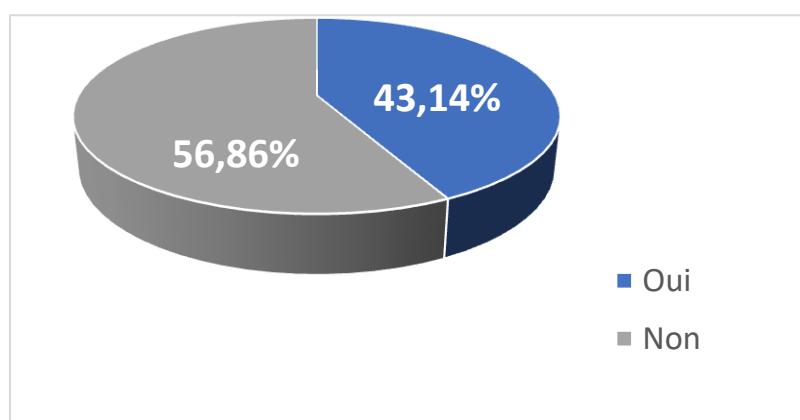


Figure 31 : Répartition selon l'interruption volontaire du traitement

- Plus de la moitié soit 56,86% de notre population n'interrompaient pas volontairement leur traitement. Tandis que 43,14% déclaraient l'interruption volontaire du traitement

Tableau 34 : Répartition selon les causes de l'interruption volontaire du traitement

Cause de l'interruption du traitement	FA	FR (%)
Non convaincu par le diagnostic	9	17,65
La croyance qu'il est sain	6	11,77
En raison du regard de l'entourage	6	11,77
Pour des raisons matérielles	1	1,96
Total	22	43,14

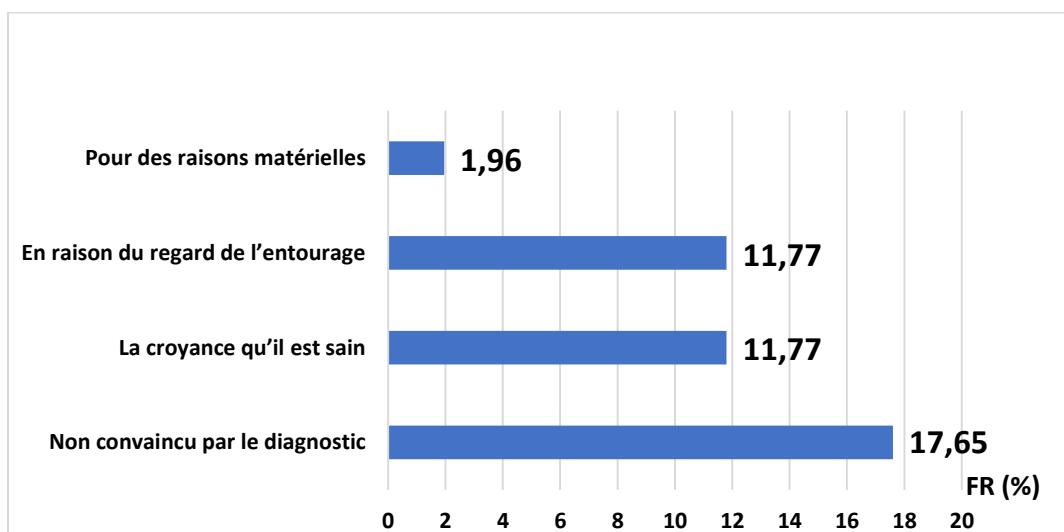


Figure 32 : Répartition selon la cause de l'interruption volontaire du traitement

- Les causes de l'interruption volontaire du traitement étaient variées. La principale raison évoquée était le fait de ne pas être convaincu par le diagnostic qui représentait 17,65 % des cas.

IV. Facteurs de non observance liés au traitement :

Tableau 35 : Répartition de notre population selon la considération que le traitement est contraignant

Le traitement est épuisant	FA	FR (%)
Oui	22	43,14
Non	29	56,86
Total	51	100

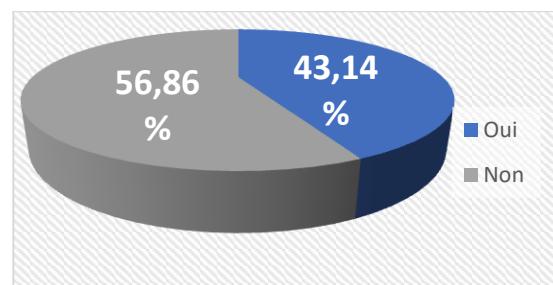


Figure 33 : Répartition de notre population selon la considération que le traitement est contraignant

- Nos résultats montaient que 43,14% de notre population considéraient que le traitement était contraignant. En revanche, 56,86 % ne ressentaient pas cet épuisement lié au traitement.

Tableau 36 : Répartition de notre population selon la possibilité de rester sans médicaments

Rester parfois sans médicaments	FA	FR (%)
Oui	19	37,25
Non	32	62,75
Total	51	100

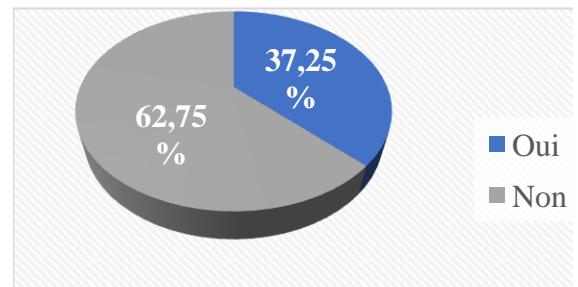


Figure 34 : Répartition de notre population selon la possibilité de rester sans médicaments

- Cette répartition indiquait que plus des tiers des répondants soit 37,25% restaient parfois sans médicaments.

Tableau 37 : Répartition selon la non disponibilité du médicament

La non disponibilité du médicament	FA	FR (%)
Oui	13	68,42
Non	6	31,58
Total	19	100

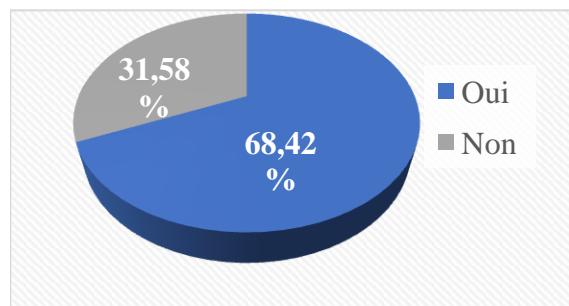


Figure 35 : Répartition selon la non disponibilité du médicament

- Le résultat montrait que 68,42 % des patients signalaient que le fait de rester sans médicament était dû au non disponibilité

Tableau 38 : Répartition selon la raison du manque d'argent

Manque d'argent	FA	FR (%)
Oui	15	78,95
Non	4	21,05
Total	19	100

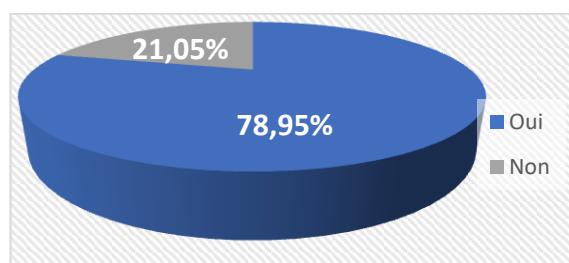


Figure 36 : Répartition selon la raison du manque d'argent

- Cette répartition indiquait que les contraintes financières représentaient une cause fréquente d'interruption volontaire du traitement soit 78,95 %

Tableau 39 : Répartition de la population selon l'avis sur l'existence des effets indésirables liés aux médicaments

L'existence des effets indésirables	FA	FR (%)
Oui	39	76,47
Non	12	23,53
Total	51	100

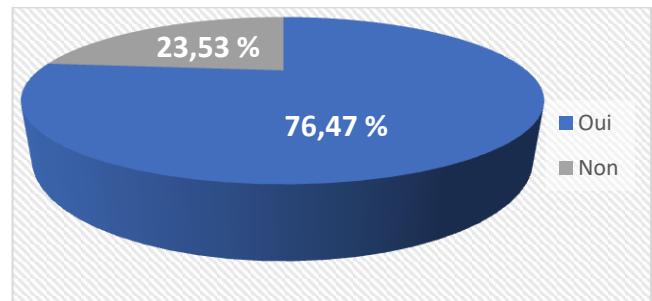


Figure 37 : Répartition de la population selon l'avis sur l'existence des effets indésirables liés aux médicaments

- Plus de trois quarts soit 76,47% des participants rapportaient l'existence des effets indésirables liés à leur traitement.

Tableau 40 : Types des effets indésirables des médicaments

Type des effets indésirables	FA	FR (%)
Fatigue et épuisement	11	28,21
Trouble de sommeil	10	25,64
Trouble de la concentration	4	10,26
Tremblement	5	12,82
Hypersialorrhée	3	7,69
Prise de poids	2	5,13
Autre	4	10,26
Total	39	100

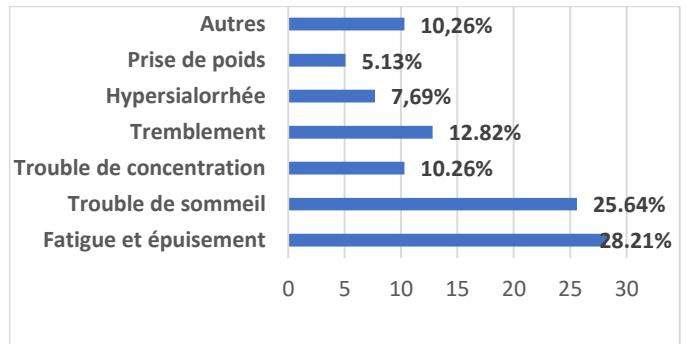


Figure 38 : Répartition de notre population selon les types des effets indésirables des médicaments

- Parmi les effets indésirables rapportés, la fatigue et l'épuisement étaient les plus fréquents, représentant 28,21 % des cas.

Tableau 41 : Autres effets indésirables des médicaments

Autres effets indésirables	FA	FR (%)
Épigastralgie	1	25
Anorexie	1	25
Stress	1	25
Trouble sexuel	1	25
Total	4	100

- Pour les autres effets indésirables, les proportions étaient égales soit un quart pour chacun

V. Facteurs liés à la famille :

Tableau 42 : Répartition de la population selon l'existence d'une personne de famille ou de l'entourage qui contrôle la prise de traitement et les rendez-vous

L'existence d'une personne contrôle le traitement	FA	FR (%)
Oui	40	78,43
Non	11	21,57
Total	51	100

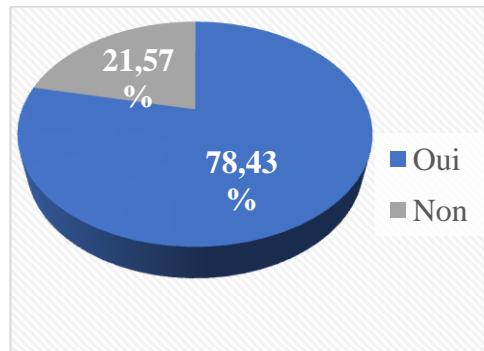


Figure 39 : Répartition de notre population selon l'existence d'une personne de famille ou de l'entourage qui contrôle la prise de traitement et les rendez-vous

- Plus des trois quarts soit (78,43 %) étaient accompagnées d'une personne qui contrôlait leur traitement, tandis que 21,57 % ne bénéficiaient d'aucune supervision.

Tableau 43 : Répartition de la population selon la présence d'un soutien familial

Soutien familial	FA	FR (%)
Oui	45	88,24
Non	6	11,76
Total	51	100

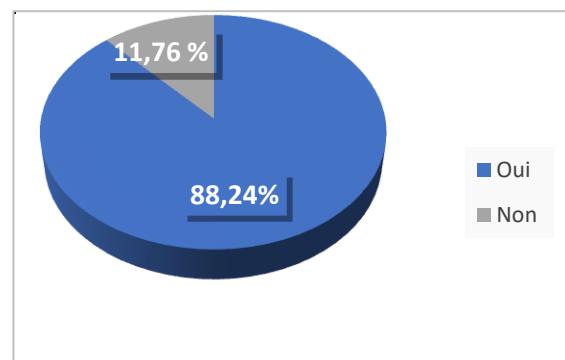


Figure 40 : Répartition de notre population selon la présence d'un soutien familial

- Le résultat montrait que La majorité de notre population soit (88,23 %) bénéficiaient d'un soutien familial.

VI. Facteurs liés à la relation médecin-patient :

Tableau 44 : Répartition de la population selon la qualité de l'écoute fournie par l'équipe soignante.

Qualité de l'écoute	FA	FR (%)
De manière satisfaisante	33	64,71
Moyennement satisfaisante	12	23,53
Peu satisfaisante	6	11,76
Total	51	100

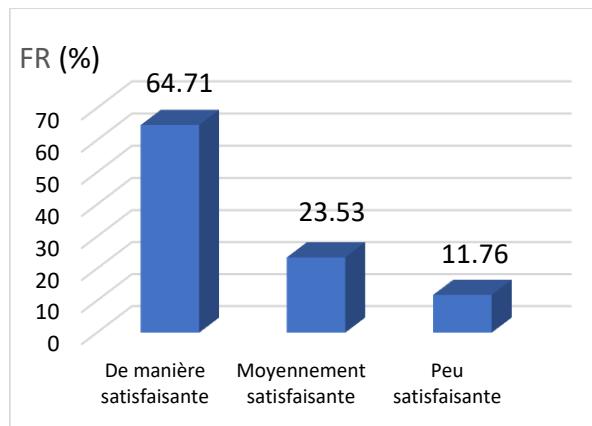


Figure 41 : Répartition de la population selon la qualité de l'écoute fournie par l'équipe soignante

- Ces résultats suggéraient que la majorité de notre population soit 64,71% estimaient que l'écoute fournie par l'équipe soignante est satisfaisante, tandis que 23,53% le jugeaient moyennement satisfaisante et 11,76% peu satisfaisante

Tableau 45 : Répartition de la population selon la qualité de compréhension par l'équipe soignante

Qualité de compréhension	FA	FR (%)
De manière satisfaisante	29	56,86
Moyennement satisfaisante	15	29,41
Peu satisfaisante	7	13,73
Total	51	100

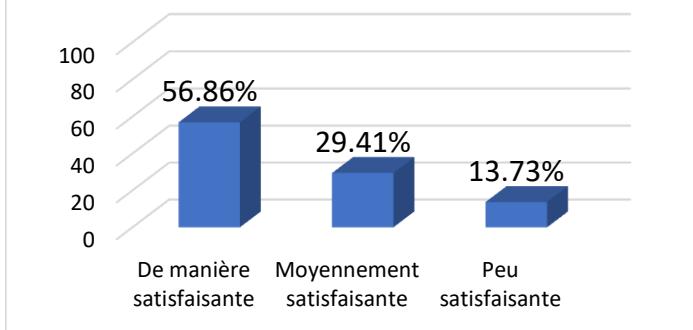


Figure 42 : Répartition de la population selon la qualité de compréhension par l'équipe soignant

- Selon les résultats, la plupart de notre population ont approuvé que l'équipe soignante sont compréhensifs de manière satisfaisante, soit 56,86 %

Tableau 46 : Répartition de notre population selon le temps consacré par l'équipe soignante

Le temps consacré	FA	FR (%)
De manière satisfaisante	30	58,82
Moyennement satisfaisante	16	31,37
Peu satisfaisante	5	9,80
Total	51	100

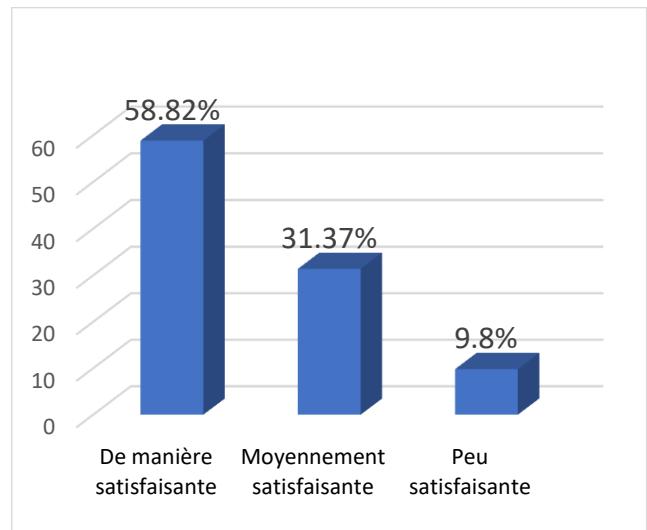


Figure 43 : Répartition de notre population selon le temps consacré par l'équipe soignante

- Plus que la moitié de notre population soit 58,82% approuvaient une satisfaction pour le temps alloué par l'équipe soignante, tandis que 31,37% étaient moyennement satisfaits.

Tableau 47 : Répartition de notre population selon la déclaration sur les informations fournies par le médecin et les soignants par rapport à la maladie et la médication

Satisfaction devant les informations fournies	FA	FR (%)
Oui	50	98,04
Non	1	1,96
Total	51	100

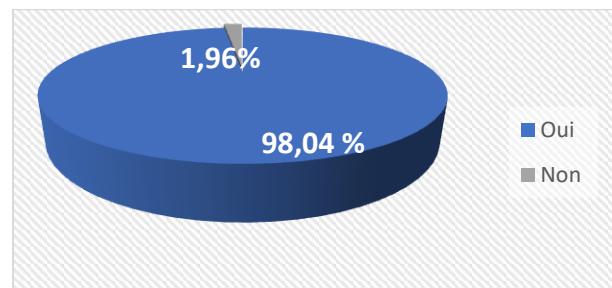


Figure 44 : Répartition de notre population selon la déclaration sur les informations fournies par le médecin et les soignants par rapport à la maladie et la médication

- La quasi-totalité des participants soit 98 ,04% recevaient des informations par rapport à la maladie et au traitement de la part du médecin et des soignants

Tableau 48 : Répartition selon la satisfaction concernant la qualité des informations fournies

Satisfaction concernant la qualité des informations fournies	FA	FR (%)
Oui	31	62
Non	19	38
Total	50	100

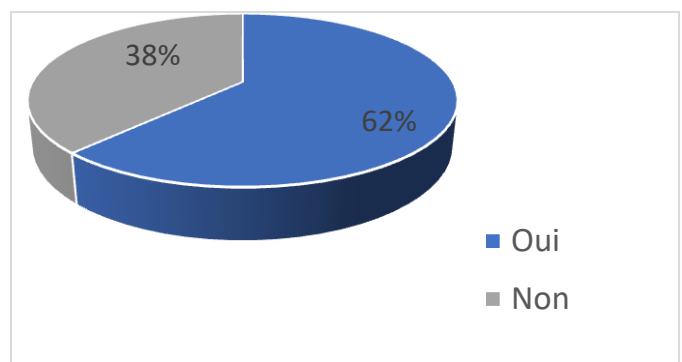


Figure 45 : Répartition selon la satisfaction devant la qualité des informations fournies

- Près de deux tiers des participants soit 62% étaient satisfaits de la qualité des informations fournies. En revanche, 38% ne l'étaient pas.

Tableau 49 : Répartition de notre population selon l'existence d'autre source d'information

L'existence d'une source d'information	FA	FR (%)
Oui	15	29,41
Non	36	70,59
Total	51	100

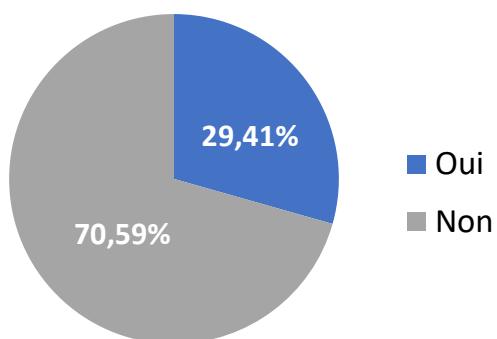


Figure 46 : Répartition de notre population selon l'existence d'autre source d'information

- Cette répartition indiquait que plus d'un quart soit 29,41% avaient d'autre source d'information par rapport à leur traitement.

Tableau 50 Répartition de la population selon la nature de la source d'information

Nature de source	FA	FR (%)
Internet	9	60
Livres	2	13,33
Entourage	3	20
Affiches	1	6,67
Total	15	100

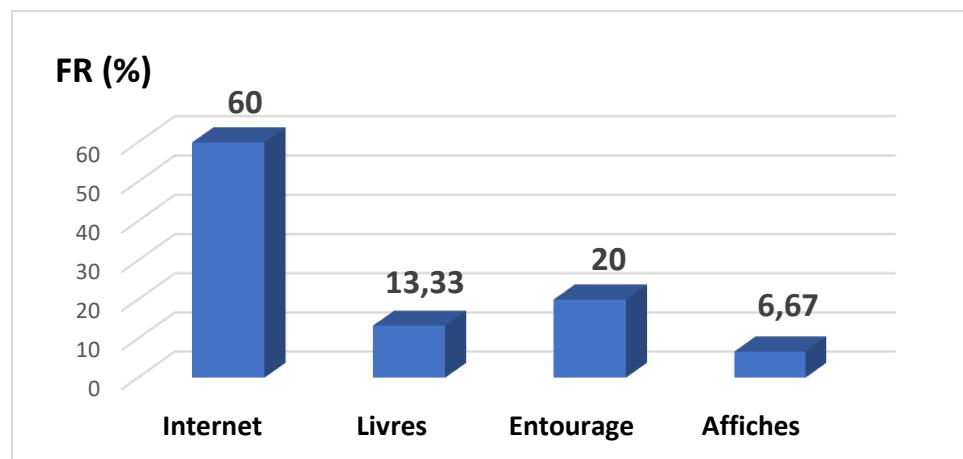


Figure 47 : Répartition de la population selon la nature de la source d'information

- Selon nos résultats, la majorité des patients soit 60% s'informaient principalement via internet. Tandis que 20% s'appuyaient sur leur entourage.

Tableau 51 : Répartition de la population selon le désir d'obtenir plus d'informations concernant leur traitement

Le désir d'obtenir plus d'information	FA	FR (%)
Oui	36	70,59
Non	15	29,41
Total	51	100

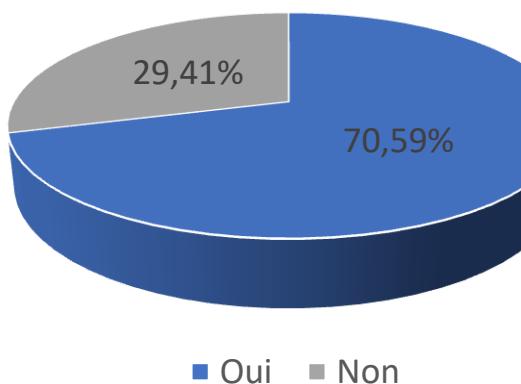


Figure 48 : Répartition selon le désir d'obtenir plus d'informations sur la maladie

- Près des trois quarts des participants soit 70,58% exprimaient le désir d'obtenir davantage d'informations sur leur état de santé ou leur traitement.

VII. Questionnaire d'attitude envers les médicaments : Medication Adherence Rating Scale (MARS)

Tableau 52 : Le score moyen de l'observance thérapeutique de notre population

	N	Minimum	Maximum	Moyenne	Ecart type
Le score de l'observance thérapeutique	51	3	10	6,60	$\pm 1,97$

- Le score moyen de l'observance thérapeutique était de $6,60 \pm 1,97$ avec un score minimal égal à 3 et un maximum égal à 10.

Tableau 53 : MARS (Medication Adherence Rating Scale)

	Question	Oui		Non	
		N	FR (%)	N	FR (%)
1	Vous est-il parfois arrivé d'oublier de prendre vos médicaments ?	30	58,8	21	41,2
2	Négligez-vous parfois l'heure de prise d'un de vos médicaments ?	22	43,1	29	56,9
3	Lorsque vous vous sentez mieux, interrompez-vous parfois votre traitement ?	20	39,2	31	60,8
4	Vous est-il arrivé d'arrêter le traitement parce que vous vous sentiez moins bien en le prenant ?	14	27,5	37	72,5
5	Je ne prends les médicaments que lorsque je me sens malade.	12	23,5	39	76,5
6	Ce n'est pas naturel pour mon corps et mon esprit d'être équilibré par des médicaments.	18	35,3	33	64,7
7	Mes idées sont plus claires avec les médicaments.	23	45,1	28	54,9
8	En continuant à prendre les médicaments, je peux éviter de tomber à nouveau malade.	12	23,5	39	76,5
9	Avec les médicaments, je me sens bizarre, comme un « zombie ».	10	19,6	41	80,4
10	Les médicaments me rendent lourd (e) et fatigué (e).	37	72,5	14	27,5

Tableau 54 : Répartition de la population selon le degré de l'observance thérapeutique

Degré de l'observance thérapeutique	FA	FR (%)
Mauvaise observance	28	54,90
Bonne observance	23	45,10
Total	51	100

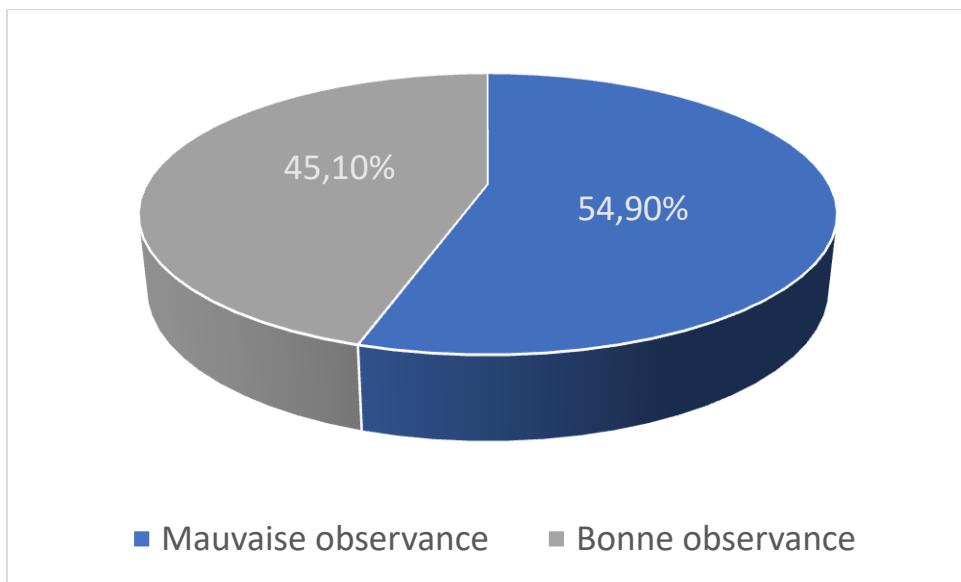


Figure 49 : Répartition de notre population selon le degré de l'observance thérapeutique

- Selon nos résultats plus de la moitié de notre population soit 54,90 % avaient une mauvaise observance thérapeutique.

Tableau 55 : L'observance thérapeutique selon les tranches d'âges

Degré de l'observance	Les tranches d'âge							
	[25-35[[35-45[[45-55[[55-65]	
Mauvaise observance	6	60%	12	63,2%	7	53,8%	3	33,3%
Bonne observance	4	40%	7	36,8%	6	46,2%	6	66,7%
Total	10	100%	19	100%	13	100%	9	100%

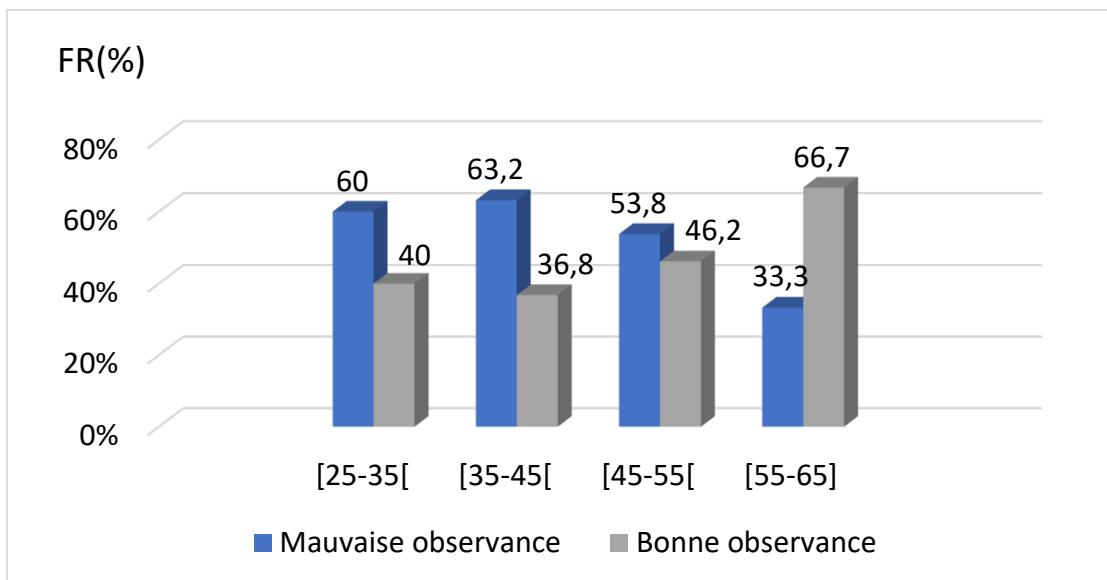


Figure 50 : Répartition du degré de l'observance thérapeutique selon les tranches d'âges

- Dans notre population, plus de la moitié des patients appartenaient aux tranches d'âge de 25 à 55 ans avaient une mauvaise observance thérapeutique. Le taux d'observance le plus important était parmi ceux qui appartenaient à la tranche d'âge [55-65] soit 66,7%.

Tableau 56 : Répartition du degré de l'observance thérapeutique selon le genre

Degré de l'observance thérapeutique	Le genre		Total N (%)		
	Homme n (%)	Femme n (%)			
Mauvaise observance	26	83,9	10	50	28 (54,9)
Bonne observance	5	16,1	10	50	23 (45,1)
Total	31	100	20	100	51 (100)

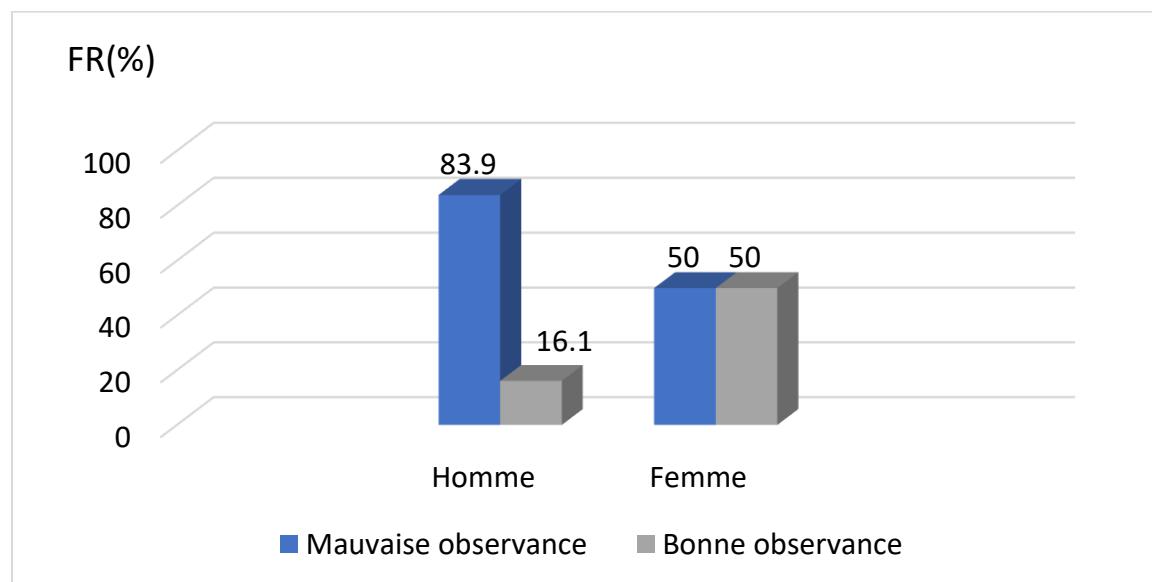


Figure 51 : Répartition du degré de l'observance thérapeutique selon le genre

- Nos résultats montraient que plus de trois quarts des hommes soit 83,9% et 50% des femmes avaient une mauvaise observance thérapeutique.

Tableau 57 : Répartition du degré de l'observance thérapeutique selon le niveau institutionnel

Degré de l'observance thérapeutique	Le niveau institutionnel							Total N (%)	
	Analphabète n (%)		Primaire n (%)		Secondaire n (%)		Universitaire n (%)		
Mauvaise observance	2	100	8	61,5	13	54,1	5	41,7	28 (54,9)
Bonne observance	0	0	5	38,5	11	45,9	7	58,3	23 (45,1)
Total	2	100	13	100	24	100	12	100	51 (100)

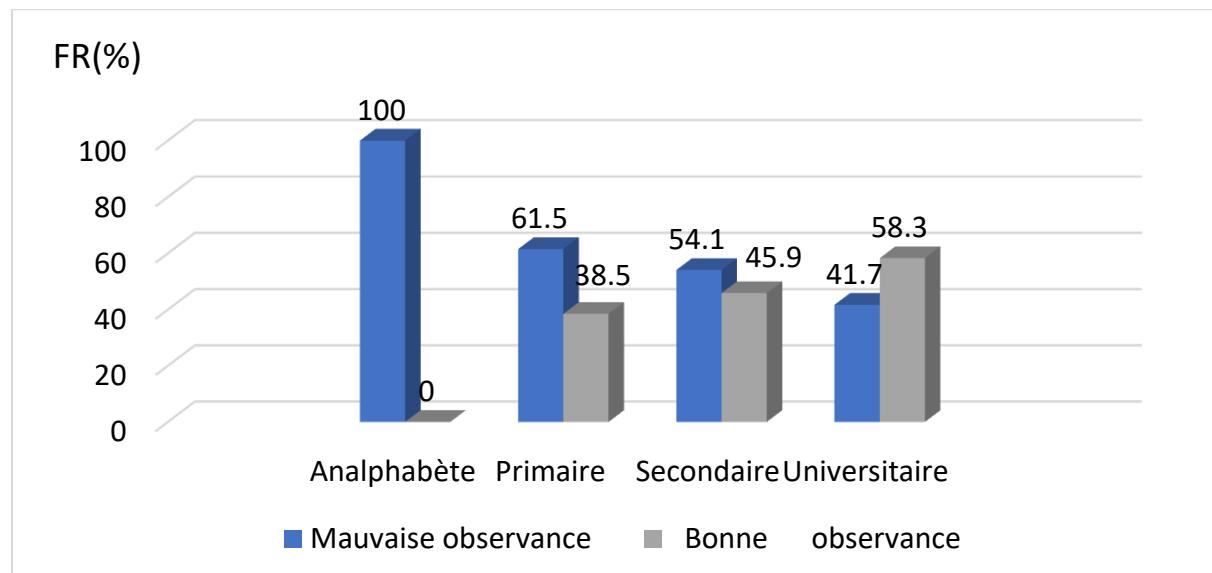
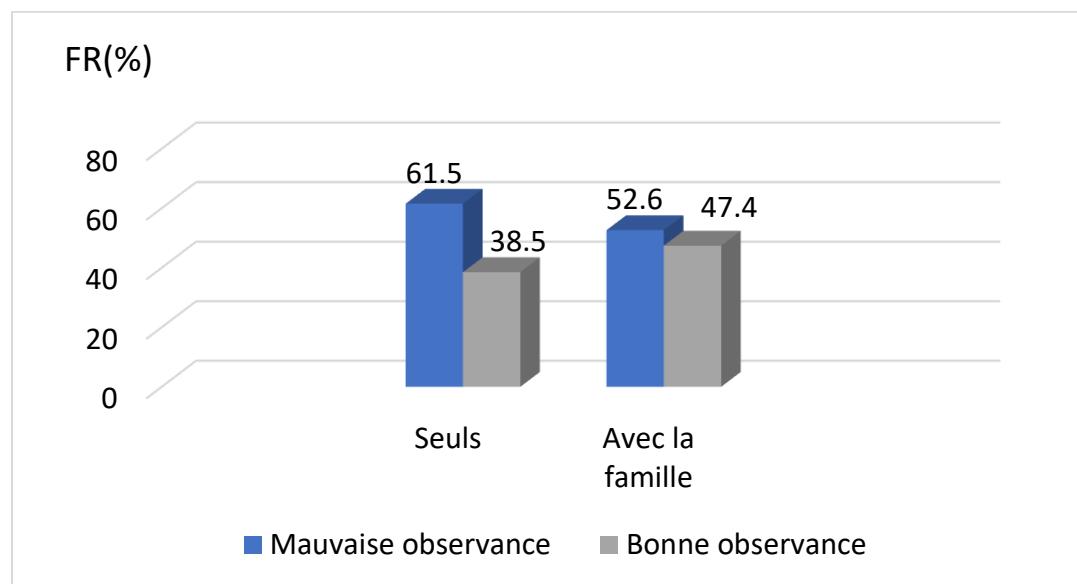


Figure 52 : Répartition du degré de l'observance thérapeutique selon le niveau institutionnel

- La totalité des patients analphabètes et près de deux tiers des patients de niveau primaire soit 61,5% avaient une mauvaise observance thérapeutique. Tandis que près de la moitié des patients de niveau secondaire soit 45,9% et plus que la moitié de niveau universitaire soit (58,3 %) avaient une bonne observance thérapeutique.

Tableau 58 : Répartition du degré de l'observance thérapeutique selon le logement

Degré de l'observance thérapeutique	Le logement		Total N (%)
	Seuls n (%)	Avec la famille n (%)	
Mauvaise observance	8	61,5	28 (54,9)
Bonne observance	5	38,5	23 (45,1)
Total	13	100	51 (100)

**Figure 53 : Répartition du degré de l'observance thérapeutique selon le logement**

- Près de deux tiers des patients vivaient seuls soit 61,5% et plus de la moitié soit 52,6% vivaient avec la famille, avaient une mauvaise observance thérapeutique.

Tableau 59 : Répartition du degré de l'observance thérapeutique selon la prise régulière du traitement

Degré de l'observance thérapeutique	La prise régulière du traitement		Total N (%)
	Oui n (%)	Non n (%)	
Mauvaise observance	17 45,9	11 78,6	28 (54,9)
Bonne observance	20 54,1	3 21,4	23 (45,1)
Total	37 100	14 100	51 (100)

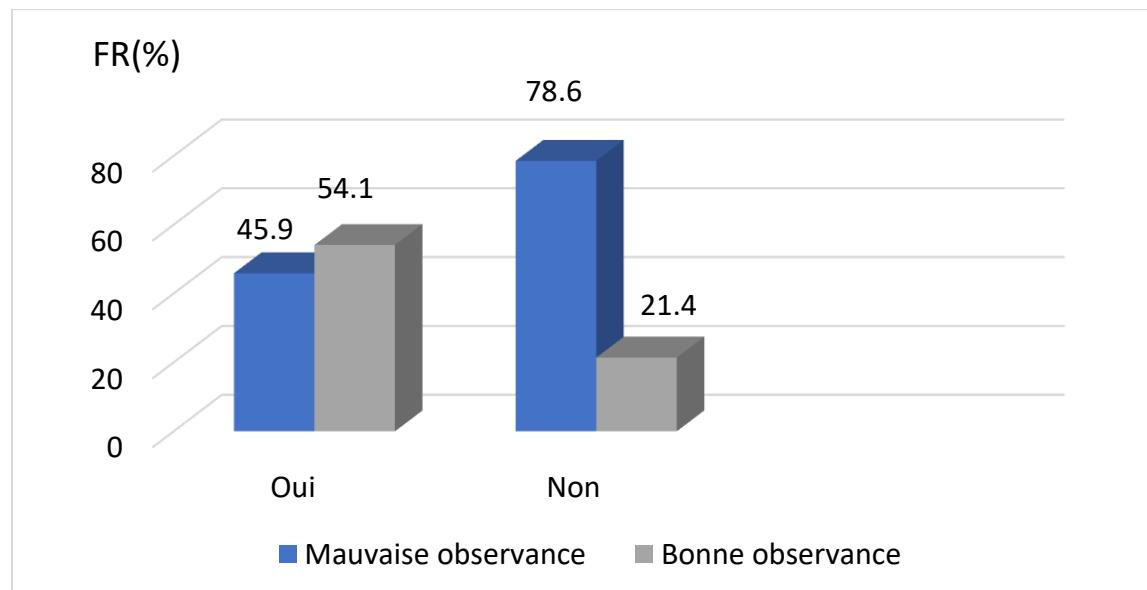


Figure 54 : Répartition du degré de l'observance thérapeutique selon la prise régulière du traitement

- Selon nos résultats, plus de la moitié soit 54,1% des patients qui respectaient leur prise régulière du traitement avaient une bonne observance. En revanche plus des trois quarts soit 78, 6% des patients qui ne respectaient pas leur prise régulière du traitement présentaient une mauvaise observance.

Tableau 60 : Répartition du degré de l'observance thérapeutique selon l'existence d'un effet indésirable

Degré de l'observance thérapeutique	L'existence d'un effet indésirable		Total N (%)
	Oui n (%)	Non n (%)	
Mauvaise observance	23	59	5 41,7 28 (54,9)
Bonne observance	16	41	7 58,3 23 (45,1)
Total	39	100	12 100 51 (100)

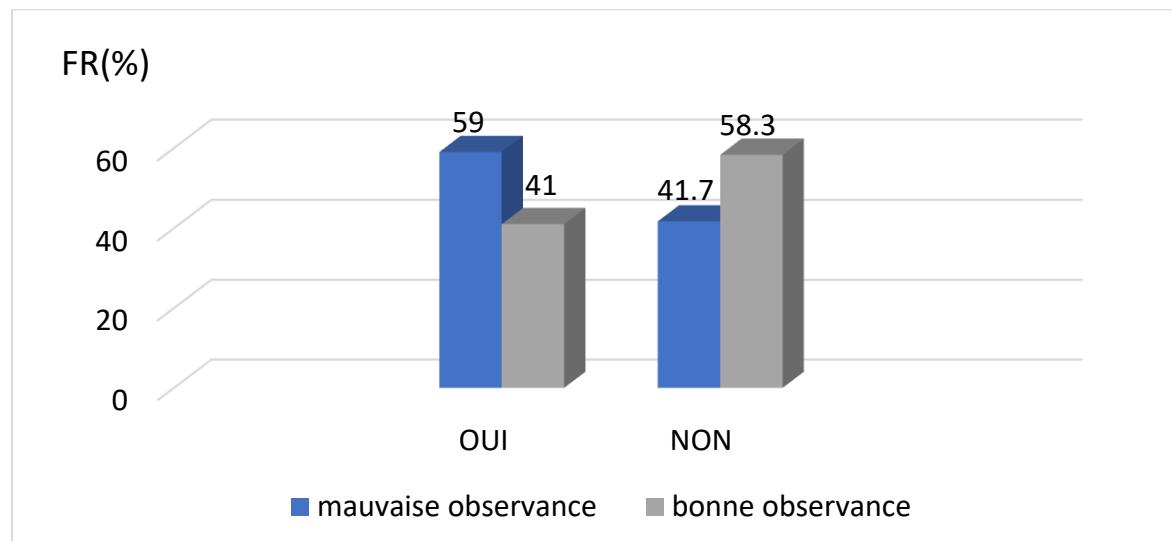


Figure 55 : Répartition du degré de l'observance thérapeutique selon l'existence d'un effet indésirable

- Plus de la moitié des patients soit (59%) qui ont manifesté des effets indésirables liés aux traitements, avaient une mauvaise observance thérapeutique, de même plus que la moitié soit (58,3%) n'ayant pas manifesté des effets indésirables liés aux traitements, avaient une bonne observance thérapeutique.

Phase de discussion et d'interprétation des résultats

Discussion

I. Données sociodémographiques :

L'âge : Tableaux (1+2)

Dans notre étude, l'âge moyen des participants était de 39,14 ans, et la tranche d'âge la plus fréquente était celle des 35 à 45 ans, représentant 37,3 % de la population

- o Ce résultat est en concordance avec une étude réalisée par Vicki C. Fung et al. en 2019, qui a trouvé un âge moyen de 38,9 ans chez les patients atteints de trouble TB (82).
- o En revanche, une étude marocaine publiée dans le Pan African Medical Journal en 2015 par Fadoua Oueriagli Nabih et al. a rapporté une prédominance de la tranche d'âge de 25 à 35 ans parmi les patients bipolaires (83).

Le genre : Tableau 3

Dans notre étude, la répartition par genre a montré que 60,8 % des participants étaient des hommes, tandis que 39,2 % étaient des femmes, avec une sex-ratio égale de 1,55.

- o Cette prédominance masculine est en accord avec les résultats d'une étude algérienne menée par Khadir Sarra et Lafendi Meriem en 2020, qui a trouvé une proportion de 64 % d'hommes parmi les patients atteints de TB (84).

Le niveau institutionnel : Tableau 4

Concernant le niveau d'instruction des patients, nous avons constaté que près de la moitié, soit 47,1 %, avaient un niveau secondaire et 23,5 % avaient un niveau universitaire.

- o Nos résultats concorde avec une étude réalisée par R. Belzeaux et al., qui ont trouvé que 77,3 % des patients avaient un diplôme de fin d'études secondaires ou un niveau universitaire (85).

Le statut matrimonial : Tableau 5

Notre population est constituée de 32 patients célibataires (62,7%), 14 patients mariés (27,5%), 3 patients divorcés (5,9%), 2 patients veufs (3,9%).

- Ce profil sociodémographique est en concordance avec les résultats de l'étude menée par Fadoua Oueriagli Nabih et al. en 2015, dans laquelle 60 % des patients atteints de TB étaient également célibataires (83).
- Des données similaires ont également été rapportées en 2022 dans des hôpitaux affiliés à l'Université des sciences médicales d'Ispahan, où 52 patients (43,3 %) étaient mariés et 68 (56,7 %) célibataires (86).

Lieu de résidence : Tableau 6

Dans notre étude, la majorité des patients résidaient en milieu urbain, représentant 80,4 % de la population, contre 11,8 % en zone semi-urbaine et seulement 7,8 % en milieu rural.

- Ce profil est globalement en accord avec les résultats d'une étude marocaine réalisée en 2015 à la Faculté de médecine de Fès, où 72 % des patients habitaient en milieu urbain contre 28 % en milieu rural (87).
- En revanche une étude indienne menée en 2020, a révélé une répartition différente, avec une majorité significative (69,1 %) de patients vivant en milieu rural contre seulement 30,9 % en milieu urbain. (88).

Condition d'habitat : Tableau 7

Dans notre étude, la majorité des patients (74,5 %) vivaient avec leur famille, tandis que 25,5 % résidaient seuls.

- Nos résultats diffèrent de ceux d'une étude menée aux États-Unis et publiée en avril 2013, portant sur 229 patients adultes atteints de TB; il a été observé que (80%) d'entre eux résidaient de manière indépendante, tandis que 19,3 % ne bénéficiaient pas d'un statut résidentiel autonome (89).
- De plus, les résultats d'une étude canadienne réalisée sur 36 patients a trouvé que plus d'un tiers de l'échantillon, soit 16 patients (36,4 %), vivaient seuls, 18 patients (40,9 %) vivaient avec un conjoint ou en union libre (90).

Statut professionnel : Tableau 8

Concernant le statut professionnel nous avons trouvé que plus de la moitié de notre population soit 52,9% étaient des chômeurs, les patients exerçant une profession libérale représentaient 27,5%, tandis que les employés constituaient seulement 15,7%.

- Cette répartition est relativement proche de celle rapportée dans une étude réalisée par Zarate et al., publiée en 2012, où 80 % des participants étaient également au chômage (91).
- Ces données sont en cohérence avec les constats d'autres travaux antérieurs, qui indiquent que le TB est fortement associé à des taux accrus de chômage et d'invalidité (92).
- De plus, le TB aurait des effets négatifs sur l'évolution professionnelle des patients, qui seraient plus fréquemment au chômage ou feraient preuve d'un absentéisme plus important que la population générale (93).

Le niveau socio-économique : Tableau 9

Dans notre étude, la répartition des patients selon leur niveau socio-économique a montré que la majorité des participants (72,5 %) avaient à un niveau socio-économique moyen, suivis de 23,5 % provenant d'un niveau socio-économique bas, et seulement 3,9 % étaient classés comme ayant un niveau socio-économique aisé.

- Une étude tunisienne menée à l'hôpital Razi à La Manouba et publiée en 2023, a rapporté que 92 % des patients bipolaires inclus présentaient un niveau socio-économique bas ou moyen , **ce qui rejoint nos résultats** (94).

Activité de loisir : Tableaux (10 + 11)

Dans notre étude, la majorité des patients (58,8 %) ne pratiquaient aucune activité de loisir, tandis que 41,2 % déclaraient en avoir une. Parmi ces derniers, écouter de la musique était l'activité la plus fréquemment citée (42,8 %), suivie par le sport (33,3 %) et d'autres activités (23,8 %).

- Une revue Cochrane de 2024 a mis en évidence que l'activité physique régulière peut améliorer le bien-être physique et mental des personnes atteintes de TB. Cependant, des obstacles tels que la stigmatisation, le manque de motivation, les effets secondaires des

médicaments et l'isolement social peuvent limiter leur participation à de telles activités (95). En complément, d'autres ressources insistent sur les bienfaits des activités créatives comme la musique, la peinture ou l'écriture dans la gestion des émotions, la réduction du stress et le renforcement de la confiance en soi chez les patients présentant un trouble psychique (96).

Habitudes d'addiction : Tableaux (12 + 13)

Dans notre étude, 52,9 % des patients atteints de TB déclaraient avoir une habitude d'addiction. Parmi ces patients, le tabagisme était l'habitude la plus fréquente, concernant 81,5 % des cas, suivi par la consommation d'alcool (11,1 %) et de cannabis (7,4 %).

- Une étude tunisienne menée à l'hôpital Farhat Hached Sousse en 2016 a également mis en évidence la prévalence des conduites addictives chez les patients bipolaires : le tabac était la substance la plus consommée (40 %), suivi de l'alcool (36 %) et du cannabis (6 %), **ce qui reste globalement cohérent avec nos résultats (97).**

II. Données cliniques et paracliniques :

L'ancienneté de la maladie : Tableau 14

Dans notre étude, l'ancienneté de la maladie variait entre 1 et plus de 20 ans. Précisément, 25,5 % des patients étaient atteints depuis 1 à 5 ans, 25,5 % depuis 5 à 10 ans, 27,4 % depuis 10 ans. Ainsi, plus de la moitié des participants (49 %) vivaient avec la maladie depuis plus de 10 ans.

- Dans l'étude finlandaise de 2023, 38,5 % des patients ont été diagnostiqués depuis trois ans ou moins, 16,3 % depuis 4 à 6 ans, 16 % depuis 7 à 9 ans, et 29,3 % depuis plus de 10 ans (98).

Antécédents d'hospitalisation : Tableaux (15 +18)

La majorité des patients (96,1 %) avaient des antécédents d'hospitalisation. Parmi eux, 37,3 % ont été hospitalisés une seule fois, 27,4 % deux à trois fois, 19,6 % quatre à cinq fois, et 11,8 % plus de cinq fois .

- Par contre dans l'étude de Lintunen J et al en 2023, portant sur une large cohorte nationale, 64,9 % des patients n'avaient jamais été hospitalisés. Seuls 16,1 % avaient une hospitalisation, 10,4 % deux à trois hospitalisations, et 8,6 % quatre ou plus (98).
- Dans une perspective plus proche de notre réalité, une étude menée en 2015 par S. Eddahby et al. à la Faculté de médecine de Fès, intitulée « **Ramadan et trouble bipolaire : exemple de perturbation du rythme circadien et son impact sur la maladie** », a mis en évidence des données intéressantes sur les hospitalisations. Selon cette étude, 36 % des patients atteints de TB ont été hospitalisés une seule fois, 24 % à trois reprises, tandis que 28 % n'ont jamais été hospitalisés. Une proportion plus réduite avait connu deux, quatre, voire jusqu'à neuf hospitalisations(87).
- Selon le Dr Eduardo Sabaté, l'auteur principal de notre cadre conceptuel, amélioré l'OT permettait de baisser les dépenses de santé de manière significative, puisque une meilleure observance diminue le nombre d'hospitalisations prolongées (99).

Les causes d'hospitalisation : Tableaux (16+17)

La répartition des causes d'hospitalisation dans notre étude montre que les principales raisons étaient la violence (21,6 %), les troubles de comportement (15,7 %), et la dépression ainsi que le stress (13,7 % chacun). Le refus du traitement et les crises d'angoisse représentaient respectivement 11,8 % des cas, tandis que les problèmes avec l'entourage et les idées suicidaires étaient moins fréquents (3,9 % et 4,1%). Les troubles d'addictions constituaient 6,1 % des causes, et d'autres raisons variées, telles que l'agitation psychomotrice, le choc, l'hystérie et les accidents de la voie publique, ont été observées dans 8,4 % des cas, chaque cause étant représentée par 2,1 %.

- Selon une étude multicentrique conduite en Chine et publiée en 2023, les hospitalisations des patients bipolaires étaient plus fréquentes chez ceux présentant certains profils cliniques ou sociaux, notamment des antécédents de tentatives de suicide, une polythérapie médicamenteuse, un TB de type II, un statut d'emploi instable et un niveau de fonctionnement social réduit. De plus, il a été observé que les patients à risque suicidaire étaient hospitalisés plus souvent, mais avec des séjours plus courts, ce qui pourrait refléter une complexité dans la prise en charge ou une instabilité du suivi thérapeutique (100).

- Selon les données d'une étude rétrospective portugaise publiée en 2021, sur 20 807 hospitalisations, les épisodes dépressifs représentaient 21,4 % des admissions chez les patients atteints de TB (101).

Nombre de prise médicamenteuse : Tableaux (20+21)

Dans notre étude, la majorité des patients (60,8 %) prenaient deux traitements quotidiennement, tandis que 37,2 % suivaient une polythérapie avec trois médicaments ou plus, et seulement 2 % prenaient un seul traitement. Concernant la fréquence des prises médicamenteuses par jour, aucun patient ne prenait ses médicaments une seule fois par jour ; en revanche, 52,9 % déclaraient une prise biquotidienne et 47,1 % une prise trois fois par jour.

- Dans le même sens, une étude antérieure de Ghaemi SN et al. portant sur les schémas de prescription pour les TB, menée dans des contextes psychiatriques primaires et tertiaires aux États-Unis, a rapporté que plus de la moitié des patients recevaient une polymédication impliquant trois classes de psychotropes tels que thymorégulateurs, antidépresseurs ou antipsychotiques tandis que seulement 20 % ou moins étaient traités par une monothérapie thymorégulatrice (102).
- En revanche, une autre étude menée par Bates JA et al en 2010 a montré que plus de la moitié (52,2 %) des patients ne prenaient qu'un seul médicament ; 30,9 % en prenaient 2 et 12,9 % en prenaient 3 (103).

La régularité de la prise des médicaments : Tableau 22

Concernant la régularité de la prise des médicaments, le résultat montrait que près de trois quarts soit 72,5 prenaient régulièrement leurs médicaments.

- Une étude menée en Finlande, publiée le 15 juillet 2023, portant sur un large échantillon de 33 131 personnes atteintes de TB, a révélé qu'environ 60 % d'entre elles n'avaient pas respecté leur traitement au moins une fois au cours d'une période de quatre ans (104). Ces résultats sont très similaires aux estimations de plusieurs revues sur le sujet, qui concluent qu'en moyenne, environ 40 % à 50 % des patients atteints de TB (entre 9 % et 66 %) ne prennent pas leurs médicaments régulièrement (105).

Le respect des rendez- vous : Tableau 25

Dans notre étude, la majorité des patients (60,8 %) déclaraient respecter leurs rendez-vous médicaux de manière régulière, tandis que 35,3 % avaient un suivi relativement régulier et seulement 3,9 % adoptaient un suivi irrégulier.

- De manière comparable, une étude tunisienne menée au sein des services de psychiatrie B du CHU Hédi Chaker de Sfax et de l'hôpital Razi à La Manouba, publiée en 2023, a rapporté que 87 % des patients bipolaires étaient suivis régulièrement en consultation (106).
- Cependant, il est important de noter que le respect des rendez-vous médicaux peut être influencé par plusieurs facteurs, dont la stabilité clinique, l'accessibilité des soins et le soutien social, comme l'indiquent plusieurs études récentes sur la gestion des TB (107).

Les maladies chroniques associées : Tableau 26

Parmi l'ensemble des participants de notre enquête, 19,6 % présentaient une autre maladie chronique associée au TB.

- Notre résultat concorde avec une étude transversale réalisée entre janvier et mars 2024 auprès de 404 patients atteints de TB dans le nord-ouest de l'Éthiopie a révélé que 17,3 % d'entre eux présentaient une comorbidité médicale (108).

Le traitement des maladies chroniques associées : Tableaux (27+28+29+30)

La moitié des patients bipolaires ayant une maladie chronique, souffraient d'un soit 50 % d'un diabète, tandis que 30 % souffraient d'hypertension artérielle. Concernant l'ancienneté de ces pathologies chroniques, 60 % étaient atteints depuis 5 à 10 ans, 30 % depuis plus de 10 ans, et 10 % depuis moins de 5 ans. Tous suivaient un traitement pour traiter leur tare associée, la majorité (60 %) prenant deux traitements, contre 20 % un seul médicament, et 20 % trois traitements ou plus.

- Nos résultats s'inscrivent dans la continuité de ceux rapportés par Daniel J. Smith et al., dans une étude écossaise publiée le 23 décembre 2013, intitulée « **Multimorbidité dans le trouble bipolaire et sous-traitement des maladies cardiovasculaires : une étude transversale** ». Cette recherche, menée auprès de 2 582 patients atteints de TB, a

mis en évidence une prévalence élevée de pathologies chroniques au sein de cette population. Les affections les plus fréquentes comprenaient les douleurs chroniques (17,5 %), les troubles thyroïdiens (16,6 %), la bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) (6,6 %), le diabète (8,4 %) ainsi que la maladie rénale chronique (7,3 %). L'hypertension artérielle représentait la comorbidité la plus courante, affectant 17,9 % des patients. Ces résultats soulignent la vulnérabilité accrue des personnes atteintes de TB face aux maladies physiques, et mettent en lumière la nécessité d'une prise en charge intégrée, tant psychiatrique que somatique(109).

- Dans ce contexte, une étude publiée le 12 avril 2014, menée par Colin A Depp et al. auprès de 341 patients souffrant de TB, a montré que 17,9 % d'entre eux avaient recours à un traitement antihypertenseur, tandis que 7,3 % prenaient des médicaments contre le diabète (110).

III.Facteurs de non-observance liés au patient :

L'acceptation de la maladie : Tableaux (31+32)

Dans notre étude, 74,5 % des patients déclaraient accepter leur diagnostic de TB tandis que 25,5 % ne l'acceptaient pas. Parmi ces derniers (n = 13), une grande majorité (84,6 %) estimaient ne pas être malades, exprimant un refus de reconnaissance de leur état, tandis que 15,4 % reconnaissaient leur pathologie, mais refusaient néanmoins le traitement (tableaux : 31+32). Ce déni de la maladie reflète **une perte d'insight**, un phénomène bien connu dans les TB (111).

- Ces résultats concordent avec ceux d'une étude menée à l'Amanuel Hospital à Addis-Abeba, en Éthiopie, en 2013, où 11,7 % des patients déclaraient ne pas se considérer comme malades et ne voyaient pas la nécessité d'un traitement, contre 88,3 % qui reconnaissaient leur état (112). De même, une étude indienne publiée en 2023 a révélé qu'environ un quart (26 %) des patients présentaient une perte partielle ou douteuse d'insight, et 1,8 % une perte complète (113).

➤ Cette altération de la conscience de la maladie a des répercussions cliniques importantes : selon cette même étude, les patients ayant un faible insight sont plus susceptibles d'être non observants au traitement, ce qui augmente le risque de rechutes et d'épisodes plus graves. Par ailleurs, leur refus d'hospitalisation limite

l'accès à des programmes de psychoéducation, perpétuant ainsi le cercle vicieux d'un insight déficient (113).

- Par ailleurs, une étude a montré que l'acceptation de la maladie est un processus complexe qui peut prendre plusieurs années. Elle souligne que l'acceptation du diagnostic est une étape cruciale vers la récupération, permettant aux patients de mieux gérer leur traitement et de retrouver un sentiment d'identité et de contrôle sur leur vie (114).

Le suivi du traitement : Tableaux (33 + 34)

Dans notre étude, 57,9 % des participants déclaraient suivre leur traitement de façon continue. Parmi ceux qui interrompaient leur traitement, les raisons évoquées étaient variées. La plus fréquente, rapportée dans 36,3 % des cas, était le doute concernant la validité du diagnostic, puis la conviction d'être en bonne santé (11,8 %), la pression sociale ou le jugement de l'entourage (11,8 %), ainsi que des contraintes matérielles, mentionnées plus rarement (1,95 %).

- Nos résultats sont en accord avec ceux d'une étude menée en 2012 en Turquie auprès de 71 patients suivis pour des troubles de l'humeur. Bien que les raisons de l'interruption du traitement diffèrent quelque peu, cette étude met également en évidence des facteurs fréquents tels que le sentiment d'aller mieux (35,6 %), la conviction de ne plus avoir besoin de médicaments (33,9 %) ou encore l'idée que le traitement était inutile (13,5 %) (115).

IV. Facteurs de non observance liés au traitement :

La considération que le traitement est contraignant : Tableau 35

Les résultats montrent que 43,1% des enquêtés trouvaient que le traitement était contraignant, contre 56,9 % qui estimraient le contraire.

- Dans ce contexte, une étude réalisée en 2020 aux États-Unis par Léona Bessonova et al intitulée « Expériences de traitement antipsychotique des personnes atteintes de TB de type I », a montré que près de la moitié des participants (49 %) déclaraient que les effets secondaires du traitement avaient un impact négatif sur leur performance professionnelle, et que la quasi-totalité (92 %) estimait que ces effets secondaires

nuisaient à leurs relations sociales (par exemple, avec la famille ou les partenaires amoureux) (116).

Possibilité et raison de rester sans médicaments : Tableaux (36 + 37 + 38)

Dans notre étude, 37,3 % des patients déclaraient rester parfois sans prendre leur traitement. Parmi ces patients, 68,4 % ont indiqué que cette interruption était due à l'indisponibilité du médicament. En parallèle, des raisons d'ordre économique ont été évoquées : 78,9 % des patients concernés par ces ruptures thérapeutiques ont rapporté que le manque d'argent constituait un obstacle majeur à la poursuite régulière du traitement.

- Ce constat est appuyé par une autre étude où 9,1 % des patients bipolaires ont également rapporté le manque d'argent. En outre, 13,6 % des patients ont mentionné l'indisponibilité du médicament (90).

Effets indésirables du traitement : Tableaux (39 + 40 +41)

Plus de trois quarts des patients interrogés, soit 76,5 %, déclarent ressentir des effets indésirables liés à leur traitement pour le TB. Parmi les effets les plus fréquemment rapportés, la fatigue et l'épuisement concernent 28,2 % des participants, suivis des troubles du sommeil (25,6 %), des tremblements (12,8 %) et des troubles de la concentration (10,3 %). D'autres effets incluent l'hyper sialorrhée, signalée par 7,6 % des patients, et la prise de poids, mentionnée par 5,1 %. Il existe également d'autres effets indésirables, bien que moins fréquents, tels que des douleurs gastriques, de l'anorexie, du stress et des troubles sexuels, affectant chacun 2,6 % des patients.

- Nos résultats concordent avec une étude menée en 2022 qui a inclus 200 adultes atteints de TB de type I pour identifier les effets secondaires liés à leur traitement. Presque tous les participants (98 %) ont ressenti au moins un effet secondaire lié à leur traitement actuel ou antérieur. Les cinq effets secondaires les plus fréquemment ressentis étaient la somnolence ou la fatigue (83 %), le manque d'émotion (79 %), l'anxiété (79 %), la sécheresse buccale (76 %) et la prise de poids (76 %) (117).

V. Facteurs liés à la famille :

L'existence d'un aidant contrôle la prise de traitement : Tableau 42

Dans notre échantillon, 78,4 % des participants ont indiqué l'existence d'une personne de la famille ou de l'entourage qui contrôle la prise du traitement et les rendez-vous, tandis que 21,6 % ont répondu que ce n'est pas le cas.

- o Ces résultats rejoignent ceux de l'étude longitudinale publiée le 15 juin 2023, portant sur 413 participants recrutés dans trois centres universitaires aux États-Unis, a révélé que 27 % d'entre eux s'appuyaient sur un ami ou un membre de la famille pour la prise de leurs médicaments (118).

Soutien familial : Tableau 43

Le résultat de notre enquête montrait que La grande majorité de notre population soit 88,2 % bénéficiaient d'un soutien familial.

- o Ces résultats rejoignent ceux d'une étude transversale, menée en 2020 dans le service de psychiatrie ambulatoire d'un hôpital tertiaire pluridisciplinaire situé dans le sud de l'Inde, a inclus 68 patients atteints de TB. Les résultats ont montré que 54,1 % des participants bénéficiaient d'un soutien élevé, 40,3 % d'un soutien moyen, tandis que seulement 5,6 % déclaraient un faible niveau de soutien (88).
- o Selon la littérature, les patients bénéficiant d'un faible soutien social étaient plus susceptibles de ne pas respecter leur traitement que ceux bénéficiant d'un soutien social fort (119). Une explication possible est que le fait de bénéficier d'un soutien social, comme des personnes pouvant rappeler ou aider à prendre les médicaments à temps ou surveiller leur utilisation, peut influencer positivement le comportement d'observance (120).

VI. Facteurs liés à la relation médecin-patient :

L'écoute fournie par l'équipe soignante : Tableau 44

Dans notre étude, la majorité des patients (64,7 %) ont jugé la qualité de l'écoute fournie par l'équipe soignante comme étant satisfaisante, tandis que 23,5 % l'ont perçue comme moyennement satisfaisante, et 11,8 % l'ont estimée peu satisfaisante.

- Des études antérieures ont montré que la perception d'une écoute attentive et empathique de la part de l'équipe médicale est positivement corrélée à une meilleure adhésion au traitement.
- une étude en Espagne menée par Sánchez-Moreno J et al en 2017 a révélé que 61,2 % des patients atteints de TB rapportaient un niveau satisfaisant d'écoute de la part de leur psychiatre, ce qui influençait positivement leur satisfaction globale vis-à-vis des soins et leur engagement thérapeutique (121).
- De même, une étude canadienne de Sajatovic et al. (2018) a mis en évidence que la qualité perçue de la communication avec les professionnels de santé est l'un des déterminants majeurs de l'OT chez les patients bipolaires (122).

L'information sur l'état de santé et le traitement : Tableaux (47+48+49+50+51)

Dans notre population, presque tous les participants, soit 98 %, ont indiqué recevoir des informations à propos leur maladie et leur traitement de la part de leurs médecins et soignants. Parmi eux, 62 % étaient satisfaits de la qualité des informations reçues, tandis que 38 % ont exprimé une insatisfaction. De plus, plus de 29 % des participants ont mentionné qu'ils cherchaient des informations supplémentaires auprès d'autres sources concernant leur traitement. En ce qui concerne les sources d'information, 60 % des patients ont principalement utilisé Internet, tandis que 20 % ont sollicité leur entourage. Enfin, près de 71 % des participants ont exprimé leur souhait d'obtenir davantage d'informations sur leur état de santé ou leur traitement.

- Une étude menée entre le 23 septembre 2017 et le 15 décembre 2018, a impliqué neuf groupes de personnes bipolaires répartis sur différentes régions aux États-Unis, totalisant 84 participants. La majorité des participants (74 %) ont utilisé les prestataires de soins et 75 % ont consulté des ressources en ligne comme principales sources d'information. En revanche, seulement 12 % ($n = 10$) ont mentionné les vidéos/films, et 10 % ($n = 8$) ont cité la littérature scientifique ou les livres. De plus, environ 40 % des participants des groupes de discussion ($n = 34$) ont perçu les informations reçues de leurs médecins comme n'étant pas toujours utiles (123).
- Par ailleurs, une étude menée par Bowskill et al. à Londres auprès de 223 participants, a révélé que plus de la moitié d'entre eux se déclaraient insatisfaits des informations reçues concernant le mode d'action, l'efficacité, la durée du traitement, les effets secondaires potentiels, ainsi que les conduites à adopter en cas de problème. En outre,

plus de 60 % ont exprimé leur mécontentement quant au manque d'informations sur les risques d'effets secondaires et l'impact possible du traitement sur leur vie sexuelle(124).

VII. Questionnaire d'attitude envers les médicaments (MARS) :

Le degré de l'observance thérapeutique : Tableaux : (52+53+54)

Dans notre étude, le score moyen de l'OT, évalué par l'échelle MARS, était de $6,60 \pm 1,97$, avec des scores allant de 3 à 10. Plus de la moitié de notre population (54,9 %) présentait une mauvaise OT, tandis que 45,1 % adhéraient correctement au traitement. Ces chiffres traduisent une adhésion médicamenteuse globalement insuffisante chez les patients atteints de TB.

bien qu'ils restent supérieurs à ceux rapportés dans une étude tunisienne menée en 2016 par Hichem Kassaoui et al., où seulement 20 % des patients étaient jugés observants(125). Par ailleurs, une revue de la littérature souligne une grande variabilité des taux d'adhésion, allant de 20% à 64 % selon les contextes cliniques et méthodologiques avec un taux de prévalence médian rapporté à 45% pour la pharmacothérapie prophylactique à long terme (126).

- Une étude française réalisé par Sajatovic M et al.sur l'adhérence aux traitements antipsychotique pour les patients atteints du TB, rapporte que 51,9 % des patients sont pleinement adhérents au traitement antipsychotique, tandis que 48,1 % sont partiellement ou non observant (127), ce qui est relativement proche de nos résultats.

Les raisons de mauvaise observance thérapeutique : Tableau 53

Sur le plan comportemental, nos données montrent que 58,8 % des patients ont déjà oublié de prendre leurs médicaments, 43,1 % négligent l'heure de la prise, 39,2 % arrêtent leur traitement lorsqu'ils se sentent mieux et 27,5 % lorsqu'ils se sentent plus mal.

- Nos résultats concordent avec ceux de l'étude transversale réalisée en 2010, par Bates JA et al. où 57,8 % des patients oubliaient la prise médicamenteuse, 42,2 % faisaient preuve de négligence, 34,2 % arrêtaient leur traitement lorsqu'ils allaient mieux, et 31,5 % en cas de malaise (103).
- De manière encore plus marquée, une autre étude menée par Lingam R et al. Sur la non adhérence médicamenteuse dans les TB, a révélé que 63,2 % oublyaient leur

traitement, 78,9 % étaient négligents, 68,4 % l'arrêtaient quand ils se sentaient mieux et 63,2 % lorsqu'ils allaient plus mal. Elle montrait aussi une mauvaise compréhension du rôle préventif du traitement, puisque 84,2 % ne prenaient les médicaments que lorsqu'ils se sentaient malades. Ces attitudes traduisent une fragilité importante de l'adhésion, influencée non seulement par les effets secondaires perçus tels que le sentiment d'être un « zombie » (85,5 %) ou une sensation de lourdeur et fatigue (56,6 %) mais aussi par des croyances erronées sur la médication (126).

- Suite à nos résultats, la mauvaise OT observée chez plus de la moitié de la population peut être analysée à travers le modèle multidimensionnel de l'adhésion thérapeutique (MMA) de l'OMS. Ce modèle identifie plusieurs dimensions influençant l'adhésion. Les facteurs comportementaux, tels que l'oubli de la prise des médicaments présenté chez 58,8 % et la négligence des horaires chez 43,1% de la population, expliquent une part importante de la non-observance (128). Les facteurs psychologiques tels que la perception des symptômes, le stéréotype du traitement (par exemple, les croyances erronées sur les médicaments ou leur efficacité), et les attitudes envers la maladie peuvent significativement affecter l'adhésion des patients au traitement (129).Les facteurs cliniques, tels que la fluctuation des symptômes du TB, jouent un rôle crucial, les patients ayant tendance à interrompre leur traitement dès qu'ils se sentent mieux (130).Enfin, les facteurs contextuels, notamment la relation avec les professionnels de santé et le soutien social, sont des éléments importants qui peuvent faciliter ou entraver l'adhésion au traitement (131).

VIII. Tableaux croisés :

L'observance thérapeutique selon les tranches d'âges : Tableau 55

Dans notre étude, l'OT variait selon les tranches d'âge. La mauvaise observance concernait 60 % des patients âgés de 25 à 35 ans, 63,2 % de ceux entre 35 et 45 ans, et 53,8 % dans la tranche d'âge 45-55 ans. En revanche, le taux d'observance le plus élevé était observé chez les patients âgés de 55 à 65 ans, dont 66,7 % adhéraient correctement à leur traitement. Ainsi, les jeunes et les adultes d'âge moyen présentaient une moins bonne adhésion comparativement aux personnes plus âgées.

- Ces résultats sont en accord avec ceux de l'étude de Bauer et al. (2019), qui a montré que les patients plus âgés avaient tendance à être plus réguliers dans la prise de leur

traitement, probablement en raison d'une plus grande conscience des risques de rechute et d'un vécu plus long avec la maladie (132).

- Une autre étude Indienne du Sud menée par Thirthalli et al. (2018) a également mis en évidence une meilleure observance chez les patients âgés, en soulignant que les jeunes adultes étaient plus sujets à l'oubli, au refus de la médication et à la recherche d'autonomie vis-à-vis des traitements (133).
 - De même, la plupart des études ayant exploré la relation entre l'âge et l'OT chez les personnes atteintes de TB ont montré que le jeune âge constitue un facteur de risque majeur de non-observance.
 - Dans ce sens, une étude menée par Sajatovic et al. a comparé l'observance des médicaments antipsychotiques selon les tranches d'âge, et a identifié l'âge avancé comme un facteur prédictif significatif d'une meilleure observance. Les résultats ont révélé que 61 % des patients âgés de plus de 60 ans étaient pleinement observants, contre seulement 49,5 % chez les patients plus jeunes. Toutefois, les auteurs précisent que, malgré une meilleure observance relative, les patients âgés ne sont pas exempts de difficultés liées au suivi du traitement (127).
- Selon le Modèle Multidimensionnel d'Adhésion (MMA) proposé par l'OMS, les facteurs socio-économiques dont l'âge fait partie représentent une des dimensions clés influençant l'OT. En effet, l'âge peut agir à la fois comme un facteur facilitateur ou inhibiteur de l'adhésion : certaines tranches d'âge peuvent présenter une meilleure compréhension de la maladie ou une stabilité de vie plus favorable au suivi thérapeutique, tandis que d'autres peuvent être plus vulnérables en raison de préoccupations sociales, professionnelles ou identitaires (24).

Degré de l'observance thérapeutique selon le genre : Tableau 56

La répartition de l'OT selon le genre dans notre étude révèle que plus de trois quarts des hommes (83,9 %) et la moitié des femmes (50 %) présentent une mauvaise OT. En revanche, seulement 16,1 % des hommes et 50 % des femmes respectent correctement leur traitement.

- Ces résultats sont en ligne avec ceux d'études antérieures qui ont exploré l'impact des facteurs sociodémographiques sur l'adhésion au traitement. Par exemple, une étude de Belzeaux et al. (2013) a montré que le sexe masculin était associé à une faible adhésion thérapeutique chez les patients atteints de TB (134), une tendance que nous

retrouvons également dans nos données, où les hommes montraient une observance significativement inférieure.

- Ces études confirment que les facteurs sociodémographiques et cliniques, en particulier le sexe, jouent un rôle crucial dans l'adhésion thérapeutique, un aspect qui peut être éclairé par le **modèle multidimensionnel de l'adhésion** thérapeutique de l'OMS (24).

Degré de l'observance thérapeutique selon le niveau institutionnel : Tableau 57

La répartition de l'OT selon le niveau institutionnel dans notre étude révèle des différences significatives en fonction du niveau d'éducation des patients. La totalité des patients analphabètes et près de deux tiers des patients de niveau primaire (61,5 %) présentaient une mauvaise OT. En revanche, parmi les patients ayant un niveau secondaire, environ 45,9 % respectaient correctement leur traitement, et pour les patients ayant un niveau universitaire, près des deux tiers (58,3 %) adhéraient bien au traitement.

- Ces résultats suggèrent une association entre le niveau d'éducation et la qualité de l'adhésion thérapeutique, ce qui est soutenu par le modèle multidimensionnel de l'adhésion thérapeutique (MMA) proposé par l'OMS. En effet, le niveau d'éducation est un déterminant socio-économique clé dans le MMA. Un niveau d'instruction plus élevé est souvent corrélé à une meilleure compréhension de la maladie, des effets secondaires et des bénéfices du traitement, ce qui améliore potentiellement l'adhésion thérapeutique (Sabaté, 2003). En effet, selon ce modèle, les patients disposant d'un capital éducatif suffisant sont généralement plus aptes à décoder l'information médicale, à poser des questions pertinentes lors des consultations et à suivre les prescriptions de manière éclairée (128).

Degré de l'observance thérapeutique selon l'existence d'un effet indésirable : Tableaux (53+60)

Concernant les effets secondaires, (72,5%) des patients ont rapporté que les médicaments les rendaient lourds et fatigués. La répartition de l'OT selon l'existence d'un effet indésirable dans notre étude révèle que près de deux tiers des patients (59%) ayant déclaré des effets indésirables présentent une mauvaise OT. En revanche, parmi ceux qui ne rapportent pas d'effets indésirables, environ 58,3 % respectent correctement leur traitement.

- Ce constat est cohérent avec les résultats d'une étude menée par Sajatovic et al. (2006), qui a montré que les effets indésirables tels que la sédation, la fatigue et la prise de poids étaient fréquemment cités par les patients bipolaires comme raisons de non-observance (135). Dans le même contexte, une autre étude mentionnée dans leur revue indique que plus de 50 % des patients interrogés associaient leurs difficultés à poursuivre le traitement à la gêne occasionnée par les effets secondaires (136).
- De manière similaire, une étude tunisienne menée en 2016 a mis en évidence que la mauvaise observance médicamenteuse était liée non seulement aux effets indésirables tels que la somnolence et la fatigue interférant avec les activités scolaires ou professionnelles mais aussi au manque d'informations sur la maladie et les traitements prescrits, soulignant ainsi le rôle central de l'éducation thérapeutique dans l'adhésion (97).
- De plus, une revue de la littérature révèle que les effets indésirables, notamment la prise de poids, les troubles cognitifs perçus, les tremblements et la sédation, sont les effets les plus susceptibles d'entraîner une non-observance chez les patients atteints de T (137).
 - Ces résultats sont en adéquation avec le MMA de l'OMS, qui prend en compte les facteurs liés à la thérapie, en particulier les effets secondaires, comme l'une des principales causes de non-observance. Selon ce modèle, les effets indésirables perçus comme trop perturbateurs peuvent constituer une barrière significative à l'adhésion, influençant directement la continuité du traitement, en particulier chez les patients atteints de troubles bipolaires (24).

Recommandations

Vivre avec un TB représente un défi important, tant pour les patients que pour leur entourage. C'est pourquoi l'amélioration de l'adhésion thérapeutique chez les patients atteints de TB requiert une mobilisation conjointe du patient et de l'ensemble des acteurs qui l'entourent, notamment les professionnels de la santé, la famille, les réseaux sociaux et les associations. À partir des résultats obtenus, les recommandations suivantes sont proposées :

I. Pour les patients atteints de trouble bipolaire :

- Soyez acteur de votre santé mentale : posez des questions, partagez vos préférences thérapeutiques et collaborez activement avec les soignants.
- Assurez-vous de consulter votre psychiatre ou médecin traitant selon les rendez-vous fixés. Le suivi permet d'adapter le traitement si nécessaire et de prévenir les rechutes
- Comprendre le TB aide à mieux le gérer. Participez, si possible, à des séances d'éducation thérapeutique ou lisez des sources fiables.
- Adhérez strictement à votre traitement, même en période de stabilité. Ne modifiez jamais la posologie sans l'avis de votre médecin.
- Apprenez à identifier les symptômes annonciateurs d'un épisode (manie ou dépression) et signalez-les rapidement à votre médecin ou à un proche.
- Entourez-vous de personnes de confiance (famille, amis, groupes de soutien) avec qui vous pouvez parler et qui peuvent vous aider en cas de difficulté.
- Dormez suffisamment, mangez sainement, limitez la consommation de substances psychoactives (alcool, drogues) et pratiquez une activité physique régulière.
- Apprenez à gérer le stress (par relaxation, méditation, thérapie, etc.) et limitez les activités ou environnements déclencheurs de tensions.
- Les échanges avec d'autres personnes vivant avec un TB peuvent apporter compréhension, conseils pratiques et sentiment d'appartenance.

II. Pour les professionnels de la santé :

- Créer un lien empathique, bienveillant et respectueux, favorise l'alliance thérapeutique, élément clé de l'adhésion au traitement.
- Informer le patient sur le TB, les traitements, les effets secondaires et les signes de rechute afin de renforcer son autonomie et sa compréhension de la maladie.
- Évaluer régulièrement l'adhésion thérapeutique et en discuter ouvertement avec le patient pour repérer d'éventuelles résistances ou incompréhensions.
- Soutenir le patient dans l'adoption de routines favorables à sa santé mentale : rythme de sommeil régulier, gestion du stress, activité physique, etc.
- Préparer avec le patient un plan d'action en cas de décompensation (contacts d'urgence, traitement à adapter, consignes pour l'entourage).
- Actualiser régulièrement ses connaissances sur le TB, ses traitements, et les pratiques innovantes pour garantir une prise en charge de qualité.
- Travailler en collaboration avec les psychologues, infirmiers, travailleurs sociaux, médecins généralistes et autres acteurs du réseau pour une approche globale.

III. Pour l'entourage familial et social :

- Écouter sans jugement, exprimer son soutien, et maintenir une communication calme et respectueuse favorisent un climat de confiance propice à l'équilibre du patient.
- Acquérir des connaissances sur la maladie, ses symptômes et ses phases (manie, dépression, stabilité) permet de mieux comprendre le comportement du proche et d'agir de façon appropriée.
- Soutenir activement le respect du traitement, des rendez-vous médicaux et des routines thérapeutiques, tout en évitant la pression ou les reproches.
- Lorsque cela est possible, s'impliquer dans les séances d'éducation thérapeutique permet d'acquérir des outils concrets pour aider le proche au quotidien.
- Éviter les sources de stress, encourager une hygiène de vie saine (sommeil, alimentation, rythme régulier) et offrir un cadre rassurant sont des aides précieuses.

IV. Pour les établissements du ministère de la santé :

- Développer et équiper des unités de soins psychiatriques accessibles, notamment en milieu rural ou sous-méicalisé, pour permettre un diagnostic et un suivi précoce.
- Proposer régulièrement des formations actualisées sur les troubles bipolaires, les approches thérapeutiques et les techniques de communication thérapeutique.
- Créer des dispositifs de coordination entre psychiatres, médecins généralistes, psychologues, infirmiers et travailleurs sociaux pour une prise en charge intégrée.
- Financer des projets de recherche sur les troubles bipolaires, notamment dans les domaines de la prévention, du repérage précoce, de l'adhésion thérapeutique et des nouvelles technologies.
- Mener des actions d'information à destination du grand public pour améliorer la compréhension des troubles bipolaires et réduire la stigmatisation associée à la maladie mentale.
- .

Conclusion

L'observance thérapeutique occupe une place cruciale dans la prise en charge du TB. Elle est considérée comme un élément essentiel dans la gestion efficace de la maladie et l'amélioration de la qualité de vie des patients. Cependant, malgré son importance, de nombreux patients rencontrent des difficultés pour maintenir une observance régulière, ce qui peut entraîner une accentuation des symptômes, une exagération des comportements dangereux et des rechutes fréquentes, parfois nécessitant des hospitalisations et engendrant des conséquences négatives sur la vie quotidienne et financière.

Au terme de cette étude, nous pouvons affirmer que la mauvaise observance chez les patients atteints de TB est un phénomène très fréquent, plus de la moitié de notre population (54,9%) avaient une mauvaise observance. En revanche, 45,1% étaient observants. Nos résultats ont décelé que la présence d'effets secondaires du traitement était l'obstacle principal de l'OT chez 76,5 % des patients, suivi par la sensation de lourdeur et fatigue à cause des médicaments (72,5%), l'oubli de la prise de médicament (58,8 %), l'interruption volontaire du traitement (43,1 %) et la non-acceptation de la maladie (25,5 %).

En effet, une meilleure OT chez les patients atteints de TB est essentielle pour atteindre des résultats optimaux en matière de traitement et de bien-être du patient. Il est donc nécessaire de poursuivre les efforts visant à promouvoir l'OT et à sensibiliser tous les acteurs concernés pour une prise en charge optimale de TB.

Phase de diffusion

Diffusion

À l'issue de notre étude, l'idée de la diffusion des informations à propos de nos résultats s'est tournée vers l'élaboration d'une affiche et d'un dépliant en langue arabe dialectal destinés aux patients atteints des troubles bipolaires consultant dans l'hôpital RAZI. Cette affiche et ce dépliant comporte des conseils et des recommandations d'or pour améliorer l'OT chez les patients atteints de TB sous traitement neuroleptique. Le but essentiel de cette affiche et de ce dépliant est de contribuer à une valorisation scientifique de notre étude et de la partager avec le plus grand nombre de patients atteints de TB afin de les sensibiliser sur l'impact de ce fléau et de contribuer aux stratégies efficaces pour prévenir les rechutes dues à la mauvaise OT. Par ailleurs, la création d'un site web dédié permettra également de diffuser largement ces informations et de rendre accessibles les conseils et recommandations à un public encore plus large, facilitant ainsi l'accès aux ressources et au suivi pour les patients et leurs familles.

Site Web : <https://pfe-s6jx.onrender.com/>



الامتثال العلاجي لمرضى اضطراب ثنائي القطب



الالتزام بالأدوية والمتابعة الطبية المنتظمة هو مفتاح التحكم في الأعراض ومنع الانتكاسات. يحقق هذا الالتزام استقراراً مزاجياً يمكنه من ممارسة حياتك الطبيعية، وتحويل هذا الالتزام إلى واقع ملموس نقدم لك هذه التوصيات العملية:



احرص على المتابعة الدورية
مع الطبيب النفسي، حتى في
فترات الاستقرار



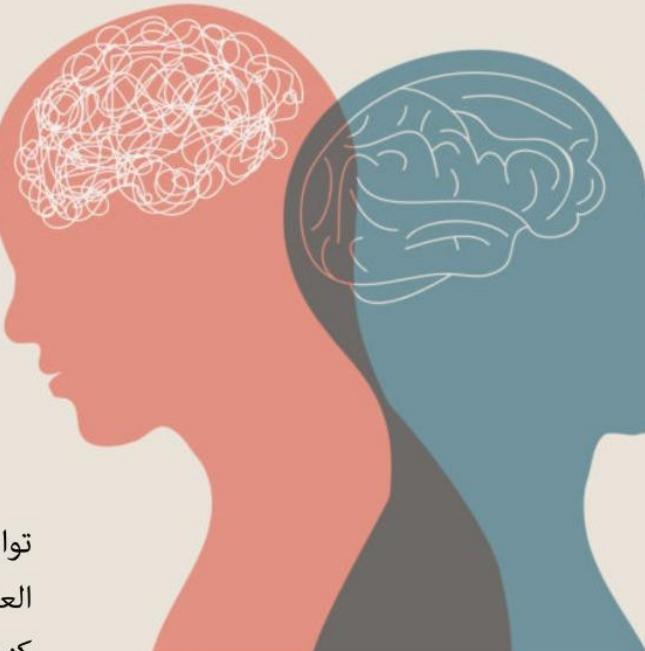
لا تتردد في طلب
المساعدة من معالج
نفسي متخصص



تناول الأدوية بانتظام
حسب وصف الطبيب،
حتى لو شعرت بتحسن



تواصل مع الأصدقاء أو
العائلة بانتظام، حتى لو
كنت غير راغب في ذلك أثنا
نوبات الاكتئاب

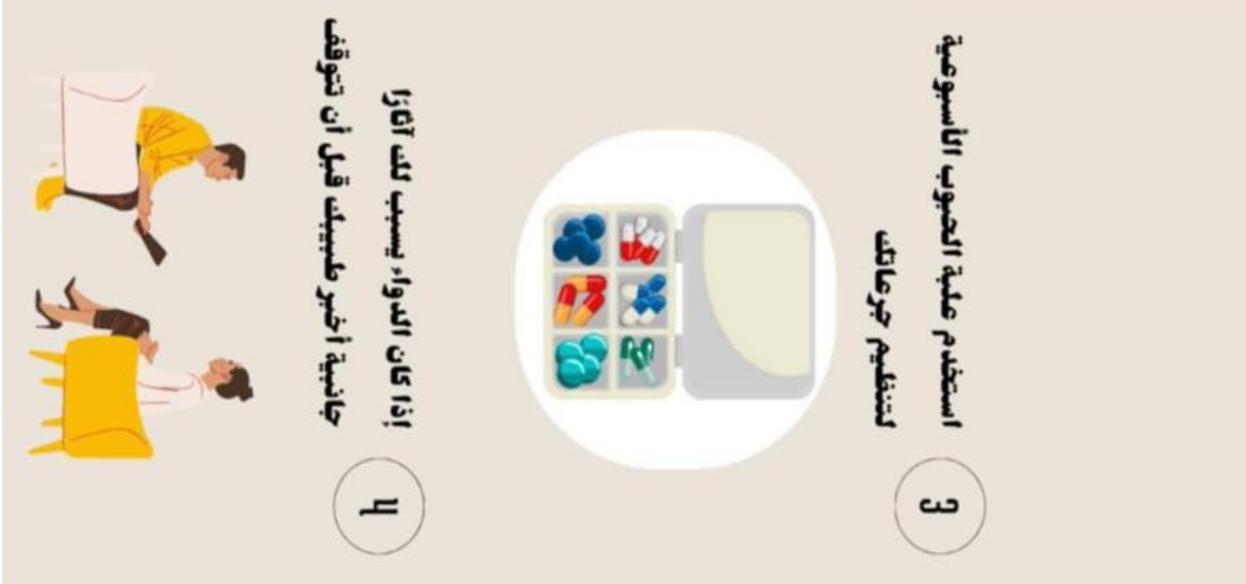


استقرارك ليس حلماً.. بل عهد مع نفسك تنجذه بمواظبك



استخدم منهاً أو
تطبيقاً لتذكرة
بمواعيد الجرعات





الاضطراب ثنائي القطب هو مرض نفسى يتضمن تقلبات مزاجية حادة بين نوبات هوس (فرح مفرط، طاقة عالية، سلوكيات متغيرة) ونوبات اكتئاب (حزن عميق، فقدان المتعة، أفكار سلبية)،

اختر شخصاً تثق به ليعدك

5

ويندوك بطفف إذا نسيت



أنت لست "ضعيفًا" لأنك تأخذ دواء،
يل أنت شجاع لأنك تتعتني بمحنتك

6



علامات بداية نوبة الذهوس
حرزن عميق أو فراغ يستمر لليام
فقدان الاهتمام بالهوايات

التزم ببروائق فهو درعك الواقي
نحو حياة مستقرة ومزاج متوازن

أنت أقوى من تقليباتك



علامات بداية نوبة الذهوس/الذهوس الخفيف
فرح أو تهيج مبالغ في دون سبب واضح
فقد الحاجة للنوم (تشعر أنت تشيط رغم
نوروك 3 ساعات فقط)

علامات الازدحام المبكر للاضطراب الثنائي القطب

علامات بداية نوبة الذهوس

ANNEXES

Annexe 1 : Questionnaire

UNIVERSITE DE JENDOUBA
INSTITUT SUPÉRIEUR DES SCIENCES
INFIRMIÈRES DU KEF

Année universitaire 2024/2025

Ce questionnaire proposé par les étudiants Ben Jalel Rayen et Yassine Moulehi se déroule dans le cadre de notre projet de fin d'études en sciences infirmières à l'institut Supérieur des Sciences Infirmières du Kef intitulé « Observance Thérapeutique chez les patients suivis pour des troubles bipolaires ». Il est anonyme et confidentiel. Je vous remercie d'avoir accepté de participer à la réussite de ce travail.

Rubrique n°1 : Identification des participants :

I. Les Données sociodémographiques :

- 1) Age : ans
- 2) sexe : Masculin Féminin
- 3) Niveau d'instruction : Analphabète Primaire Secondaire Universitaire
- 4) Etat civil : Célibataire Marié (e) Divorcé(e) veuf (Ve)
- 5) Lieu de résidence : Milieu urbain Milieu semi-Urbaine Milieu rurale
- 6) Vit seul Vit en famille
- 7) Profession : Employé Retraité Sans emploie Profession libérale
- 8) Niveau socio-économique : Bon Moyen Bas
- 9) Avez-vous une activité de loisir ? Oui Non

Si oui, préciser

- 10) Avez-vous des habitudes addictives ? Oui Non

Si oui, lesquelles ?

II. Les données cliniques et paracliniques :

- 11) Depuis combien de temps vous êtes diagnostiqués bipolaire ?

12) Avez-vous été déjà hospitalisé à cause de votre maladie ? Oui Non

Si oui :

a) pour quelle raison ?

b) Combien de fois ?

c) Quelle est la date de la dernière hospitalisation ?

13) Modalités de prise des médicaments :

- Monothérapie - Deux traitements - Plus de 3 traitements

14) Fréquence de prise des médicaments par jour ? 1 fois/j 2 fois/j 3 fois/j

15) Horaire de prise des médicaments ? Matin Soir

16) Votre prise de médicaments est-elle de façon régulière et continue ?

Oui Non

17) Trouvez-vous des difficultés à prendre vos médicaments ? Oui Non

Si oui préciser la nature de ces difficultés :

18) Vous suivez vos RDV de consultations ?

Régulièrement plus ou moins régulièrement irrégulièrement

III. Les antécédents :

19) Avez-vous des tares associés ? Oui Non

Si oui :

a) Diabète HTA Maladies Cardio-Vasculaire Autre

b) Depuis combien de temps vous souffrez de ce problème ?

c) Prenez-vous des médicaments pour les traiter ? Oui Non

Si oui :

- Combien de médicaments prenez-vous pour les traiter ?

Rubrique n°2 : les facteurs de non-observance liés au patient :

20) Est-ce que vous acceptez votre maladie ? Oui Non

Si non :

Vous ne vous considérez pas malade et que vous ne voulez plus de traitement ?

Oui Non

21) Vous arrive-t-il d'arrêter volontairement votre traitement ? Oui Non

Si oui, pourquoi ?.....

Rubrique n°3 : Les facteurs de non-observance liés au traitement :

22) Vous trouvez votre traitement lourd à prendre ? Oui Non

23) Vous arrive-t-il de rester sans médicament ? Oui Non

Si oui, quelle est la cause :

a) Par manque de médicament Oui Non

b) Par manque d'argent Oui Non

24) Vous trouvez que les médicaments ont des effets indésirables ? Oui Non

Si oui, préciser ces effets :

Rubrique n°4 : Les facteurs de non-observance liés à la famille :

25) Y a-t-il quelqu'un dans votre entourage ou famille qui contrôle votre prise de médicament et vos Rendez-vous de consultation ? Oui Non

Si oui, qui est-il :

26) Votre famille vous apporte un soutien par rapport à votre maladie ?

Oui Non

Rubrique n°5 : Les facteurs de non-observance liés à la relation clinicien-patient :

Vous trouvez que votre médecin ou les soignants :

27) Vous apporte une écoute ?

Suffisante Moyennement suffisante Insuffisante

28) Vous apporte une compréhension ?

Suffisante Moyennement suffisante Insuffisante

29) Vous accorde du temps ?

Suffisamment Moyennement suffisant Insuffisamment

30) Lors des consultations, le médecin et les soignants, vous apporte des informations à propos de votre maladie et vos médicaments ?

Oui Non

Si oui, êtes-vous satisfaits de la qualité des informations fournis ? Oui Non

31) Avez-vous d'autres sources d'information sur votre traitement ? Oui Non

Si oui, lesquels :

32) Souhaitez-vous avoir plus d'information en rapport avec votre traitement ?

Oui Non

Annexe 2 : L'échelle "Médication Adherence Rating Scale" (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)		

استبيان

نحن الطالبان ريان بن جلال و ياسين المولاهي المرسمان في السنة الثالثة بالمعهد العالي لعلوم التمريض بالكاف ندعوكم للإجابة على هذا الاستبيان في إطار مشروع تخرجا الذي يتمحور حول " الامتنال العلاجي لدى مرضى اضطراب ثنائي القطب " و الذي سيتم جمع البيانات الخاصة به بشكل سري للغاية و مجهول الهوية و سيتم استخدامه لأغراض علمية فقط، شكرًا لتعاونكم.

القسم 1 : تحديد هوية المشاركون :

البيانات الاجتماعية والديموغرافية :

العمر : سنة

الجنس : ذكر أنثى

المستوى التعليمي : أمي ابتدائي ثانوي جامعي

الحالة الاجتماعية : متزوج متزوج أعزب مطلق أرمل

مكان الإقامة : حضري ريفي شبه حضري حضري

يعيش بمفرده يعيش مع الأسرة

المهنة : موظف متقاعد عاطل عن العمل يعمل لحسابه الخاص

المستوى الاجتماعي - الاقتصادي : منخفض متوسط جيد أرقل

هل لديك نشاط ترفيهي ؟ لا نعم

إذا كانت الإجابة نعم، حدد :

هل لديك أي عادات إدمانية ؟ لا نعم

إذا كانت الإجابة نعم، ذكرها ?

البيانات السريرية وشبه السريرية :

منذ متى تم تشخيصك على أنك مصاب بالاضطراب ثنائي القطب؟

هل سبق لك أن دخلت المستشفى بسبب مرضك؟ لا نعم

إذا كانت الإجابة بنعم

(أ) لأي سبب؟

(ب) كم مرة؟

(ج) متى كانت آخر مرة دخلت فيها المستشفى؟

طرق تناول الدواء : - علاج واحد - علاج واحدى - أكثر من 3 علاجات

كم مرة تتناول دوائلك في اليوم الواحد؟ 1 مرّة / يوم 2 مرات / يوم 3 مرات / يوم

مواعيد تناول الدواء ؟ صباحاً مساء

هل تتناول أدويناك بانتظام وبشكل مستمر؟ لا نعم

هل تجد صعوبة في تناول دوائك ؟	<input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم
إذا كانت الإجابة نعم حدد طبيعة هذه الصعوبات :	
هل تتلزم بمواعيدهك ؟	<input type="checkbox"/> بشكل منتظم <input type="checkbox"/> منظم نسبيا <input type="checkbox"/> غير منتظم
التاريخ المرضي :	
□ هل لديك أي أمراض أخرى ؟	<input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم
إذا كانت الإجابة نعم :	
أ) داء السكري ب) ارتفاع ضغط الدم ج) أمراض القلب والأوعية الدموية	<input type="checkbox"/> أخرى <input type="checkbox"/> متى وانت تعاني من هذه المشكلة ؟
ج) هل تتناول أدوية لعلاجها ؟	
إذا كانت الإجابة نعم :	
كم عدد الأدوية التي تتناولها لعلاجها ؟	
العنوان 2 : عوامل عدم الامتثال المتعلقة بالمريض :	
هل تتقبل مرضك ؟	<input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم
إذا كانت الإجابة لا :	
هل تعتبر نفسك غير مريض وأنك لم تعد ترغب في العلاج ؟	<input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم
هل سبق لك أن أو قفت علاجك عن طواعية ؟	
إذا كانت الإجابة نعم، لماذا ؟	
العنوان 3 : عوامل عدم الامتثال المتعلقة بالعلاج :	
هل تجد أن تناولك للعلاج مرهق ؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
هل تبقى أحياناً من غير أدوية ؟	
إذا كانت الإجابة نعم، ما هو السبب ؟	
أ) عدم توفر الدواء ب) نقص الأموال	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
هل تجد أن الأدوية لها آثار غير مرغوب فيها ؟	
إذا كانت الإجابة نعم، يرجى تحديد هذه الآثار :	
القسم 4 : عوامل عدم الامتثال المتعلقة بالأسرة :	
هل هناك أي شخص في دائرة أصدقائك أو عائلتك يراقب تناولك للأدوية ومواعيده الاستشارة ؟	
إذا كانت الإجابة نعم، من هو ؟	
هل تدعمك عائلتك فيما يتعلق بمرضك ؟	<input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم
القسم رقم 5 : عوامل عدم الامتثال المتعلقة بالطبيب والمريض :	
هل تجد أن طبيبك أو مقدمي الرعاية :	

يسمعون إليك ؟

متفهون ؟

شكل كافٍ إلى حد ما غير كافٍ

يوفرون لك الوقت ؟

شكل كافٍ إلى حد ما غير كافٍ

هل يقوم الطبيب و يقدموا الرعاية بتزويدك بمعلومات عن مرضك وأدوينك أثناء الاستشارات الطبية ؟ نعم لا

إذا كانت الإجابة بنعم، هل أنت راضٍ عن جودة المعلومات المقدمة ؟ نعم لا

هل لديك مصادر أخرى للمعلومات حول علاجك ؟ نعم لا

إذا كانت الإجابة نعم، ذكرها :

هل ترغب في الحصول على مزيد من المعلومات المتعلقة بعلاجك ؟ نعم لا

نعم	لا	
		تنسى ساعات بيش تأخذ دواك؟
		هل تتجاهل ساعات إنك تأخذ الدواء متاعك؟
		كيف تحس روحك تحسنت و لا باس ، توقف ساعات على الدواء متاعك؟
		تنقطع على ما خذت الدواء وقت تحس روحك مكش لا باس كيف تأخذوا؟
		ما نأخذ الدواء كان كيف نحس روحي مريض؟
		موش ما لطبيعي بش يتوازن بدني و عقلاني كان بالدواء؟
		ماعنديش تشويش في الأفكار وقت لي ناخوا الدواء؟
		كيف نكمل نأخذ الدواء بصفة منتظمة نجم نتجنب أني نمرض مرة أخرى؟
		نحس روحي كيما الزومبي وقت لي ناخوا الدواء؟
		بالدواء نحس روحي فاشل وارزين (ثقيل)؟

Annexe 3 : La Fiche signalétique

MINISTÈRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE
UNIVERSITÉ DE JENDOUBA
INSTITUT SUPÉRIEUR DES SCIENCES INFIRMIERES DU KEF



Année universitaire 202. / 202.

OV

FICHE SIGNALTIQUE

Nom et Prénom : BEN JALEL Rayen , MOULLEHTI Yassine

Téléphone : 90199 302 55 313 188

Adresse e-mail : benjalelrayen7@gmail.com

Titre de sujet:	Observance thérapeutique Chez les patients diabétiques des malades مجمع الصحة الأساسية بالكاف	
Directeur (s) du TFE:	Dra DIAZ Afef	
- Nom, Prénom :	Spécialité, Grade, coordonnées : Signature datée	
- Nom, Prénom :	Signature datée	
- Nom, Prénom :	Signature datée	

Partie réservée à l'administration

Date de remise :

Date de la réponse :

Décision

- Sujet Accepté oui non

- Sujet accepté sous réserve de :

(Nom, Signature datée)



A :

Autorisation pour mener une enquête de TFE

*A l'Attention de Pr Rabaâ Jomli
Psy "A"*

A l'attention de :

*Pr. F. Mekhied. Médecin chef de service.
Psy "D"*

Les étudiants (es) :

BEN JALEL Rayen

MOULE H.I Yassine

Sujet :

L'observance thérapeutique chez les patients suivis pour des troubles bipolaires

Période d'enquête :

*Professeur Wajid Melki
Chef de Service de Psychiatrie "D"
RAZI MANOUBA*

*EPS RAZI MANOUBA
Pr Rabaâ Zaibi Jomli
Chef de Service de Psychiatrie
OK*

*Signature
Directrice*
ME

*Signature
Coordinateur EPS
RABIA RAZI MANOUBA
Fayçal BERRAKEL
Coordinateur EPS
16-2024
10*

*Signature
Responsable de l'établissement*
*INFCI
Comité d'Evaluation Continue et Mutualisé
Al-Pathé Hospital Centre Traumatologique*



Institut Supérieur des sciences
infirmières du Kef



Autorisation de diffusion

Aujourd'hui le : 21/5/2021

A l'attention de Mr/Mme :

.....
Noureddine WAKID

Nous sommes les étudiants(es) :

« BEN JALEL Rayen » et « MOULEHI Yassine »

En mode de conclusion et de récapitulation de notre travail de fin
d'études, on diffuse :

les affiches et le témoignage de
l'expérimentation clinique de la
Généricité de l'acétylénecétaline S. H. R.
Sujet :

l'obéissance thérapeutique chez les patients suivis pour
des troubles bipolaires

La directrice

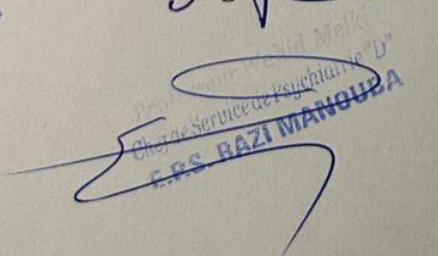
Signature



13-5-2021
Le coordinateur

De TFE

Signature



L'établissement

Signature



Institut Supérieur des sciences
infirmières du Kef



Autorisation de diffusion

Aujourd'hui le : 14.1.05.1.2025

A l'attention de Mr/Mme :

..... Dr. JOMLI Rabaa

Nous sommes les étudiants(es) :

« BEN JALEL Rayen » et « MOULEHT Yassine »

En mode de conclusion et de récapitulation de notre travail de fin
d'études, on diffuse :

..... des affiches et des dépliants

Sujet :

..... l'Observance Thérapeutique chez des patients saisis
pour des Troubles bipolaires

La directrice

Signature



Le coordinateur

De PFE

Signature



L'établissement

Signature

ATTESTATION

DE DIFFUSION

Fièrement Présenté à

Ben Falel Rayen
Moulehi Yassine

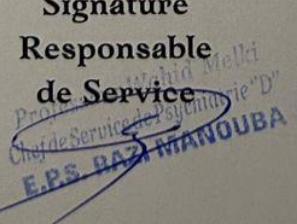
Pour la réalisation de la phase de diffusion concernant le thème : "Observance Thérapeutique chez les patients suivis pour des Troubles Bipolaire " au service de psychiatrie "D" à l'hôpital RAZI



Signature
Directrice



Signature
Responsable
de Service



Signature
Encadrant
Responsable

15-5-2021

ATTESTATION

DE DIFFUSION

Fièrement Présenté à

Ben Falel Rayen
Moulehi Yassine

Pour la réalisation de la phase de diffusion concernant le thème : "Observance Thérapeutique chez les patients suivis pour des Troubles Bipolaire " au service de psychiatrie "A" à l'hôpital RAZI



Signature
Directrice



Signature
Responsable
de Service

15-4-2021
Signature
Encadrant
Responsable

Annexe 4 : Le permis d'imprimer

MINISTÈRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

UNIVERSITÉ DE JENDOUBA

INSTITUT SUPERIEUR DES SCIENCES INFIRMIERS DU KEF

Année universitaire 202. / 202.



PERMIS D'IMPRIMER

Nom et Prénom : BEN JALEL Rayen / MOUL AHI Yassine

Téléphone : 90199 302
55 313188

Adresse e-mail : benjalelrayen7@gmail.com

Titre définitif du TFE (dactylographié) :

L'observance thérapeutique chez les patients suivis pour
des troubles bipolaires

Mots clés

Observance thérapeutique - patient - trouble bipolaire

مجمع الصحة الأساسية بالجاف

الدكتور عزيز العلوي
الدكتور سعيد العلوي
الدكتور فتحي العلوي

(Nom, Signature et date)

Jury

-

-

-

(Nom, Signature et date)

Autorisation de soutenir : (Directrice de l'ISSI-KEF)



Références Bibliographiques

Références

1. Les maladies psychiatriques et les troubles du comportement [Internet]. Fondation pour la Recherche sur le Cerveau. [cité 15 mai 2025]. Disponible sur: <https://www.frcneurodon.org/comprendre-le-cerveau/le-cerveau-malade-et-ses-maladies-neurologiques/les-maladies-psychiatriques-et-les-troubles-du-comportement/>
2. Colom F, Vieta E, Daban C, Pacchiarotti I, Sánchez-Moreno J. Clinical and therapeutic implications of predominant polarity in bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*. 1 juill 2006;93(1):13-7.
3. Mutz J. Brain stimulation treatment for bipolar disorder. *Bipolar Disord*. févr 2023;25(1):9-24.
4. Mirabel-Sarron C, Leygnac-Solignac I. Introduction. *Les Ateliers du praticien*. 2015;3:1-3.
5. Sajatovic M, Valenstein M, Blow FC, Ganoczy D, Ignacio RV. Treatment adherence with antipsychotic medications in bipolar disorder. *Bipolar Disord*. juin 2006;8(3):232-41.
6. Troubles mentaux [Internet]. [cité 25 déc 2024]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
7. Manuels MSD pour le grand public [Internet]. [cité 25 déc 2024]. Présentation des maladies mentales - Troubles mentaux. Disponible sur: <https://www.msdmanuals.com/fr/accueil/troubles-mentaux/présentation-des-soins-de-santé-mentale/présentation-des-maladies-mentales>
8. Richard-Lepouriel H. Trouble bipolaire, auto-stigmatisation et restructuration cognitive : une première tentative de prise en charge. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*. 1 nov 2017;27(4):177-83.
9. Benosman CI, Abdelali Y, Boucif H. Trouble bipolaire et observance thérapeutique : 48 patients. *French Journal of Psychiatry*. 1 déc 2019;1:S177.
10. Roi DT. Les déterminants de l'observance dans les troubles bipolaires. Disponible sur: <https://theses.hal.science/tel-03685435v1/file/2021LILUH053.pdf>
11. Trouble bipolaire [Internet]. [cité 27 oct 2024]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/bipolar-disorder>
12. Canada H. Message from the Minister of Mental Health and Addictions and Associate Minister of Health – World Bipolar Day [Internet]. 2024 [cité 26 déc 2024]. Disponible sur: <https://www.canada.ca/en/health-canada/news/2024/03/message-from-the-minister-of-mental-health-and-addictions-and-associate-minister-of-health--world-bipolar-day.html>
13. Fondation FondaMental [Internet]. [cité 27 déc 2024]. 1,6 million. Disponible sur: <https://www.fondation-fondamental.org/les-maladies-mentales/idees-recues/chiffres-cles/16-million>
14. tropicale AS. Santé Maghreb - Revue de presse [Internet]. [cité 21 janv 2025]. Disponible sur: <https://www.santemaghreb.com/actus.asp?id=19285>
15. Ghachem R, Nehdi HZ, Labbane R, Bouasker A, Boussetta A, Douki S. Approche du Trouble Bipolaire : comparaison entre deux populations de patients hospitalisés en France et en Tunisie. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. 1 juin 2006;164(4):329-36.

16. Elloumi H, Mirabel-Sarron C, Zalila H, Boussetta A, Cheour M. L'observance thérapeutique du patient bipolaire : étude comparative des propositions de Basco, Rush et Newman pour l'améliorer. Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive. 1 juin 2011;21(2):53-7.
17. https://www.researchgate.net/profile/Jaafar-Nakhli/publication/306172862_Factors_related_to_treatment_compliance_in_bipolar_disorder/links/5910f897a6fdccbf5a1608a/Factors-related-to-treatment-compliance-in-bipolar-disorder.pdf.
18. Rojo M. Facteurs d'inobservance dans le trouble bipolaire: revue systématique de la littérature.
19. Fondation FondaMental [Internet]. [cité 11 avr 2025]. Trajectoires d'observance et symptômes dépressifs dans les troubles bipolaires. Disponible sur: <https://www.fondation-fondamental.org/trajectoires-dobservance-et-symptomes-depressifs-dans-les-troubles-bipolaires>
20. Organization WH. Adherence to Long-term Therapies: Evidence for Action. Geneva: World Health Organization; 2003. 206 p.
21. Colom F, Vieta E, Reinares M, Martínez-Arán A, Torrent C, Goikolea JM, et al. Psychoeducation efficacy in bipolar disorders: beyond compliance enhancement. J Clin Psychiatry. sept 2003;64(9):1101-5.
22. (PDF) Predictors of treatment adherence in patients with chronic disease using the Multidimensional Adherence Model: unique considerations for patients with haemophilia. ResearchGate [Internet]. 9 déc 2024 [cité 4 févr 2025]; Disponible sur: https://www.researchgate.net/publication/343261530_Predictors_of_treatment_adherence_in_patients_with_chronic_disease_using_the_Multidimensional_Adherence_Model_unique_considerations_for_patients_with_haemophilia
23. Sabaté E. Adherence to long-term therapies: evidence for action [Internet]. World Health Organization; 2003 [cité 12 mai 2025]. Disponible sur: https://books.google.com/books?hl=en&lr=&id=kcYUTH8rPiwC&oi=fnd&pg=PR5&dq=info:BanUJJMmfeYJ:scholar.google.com&ots=tD3Peu1jvT&sig=WOrGVMv53D4WhhU_i3iopUF0hyU
24. Wu JR, Moser DK, Chung ML, Lennie TA. Predictors of Medication Adherence Using a Multidimensional Adherence Model in Patients with Heart F. J Card Fail. sept 2008;14(7):603-14.
25. Dumont I. Promouvoir l'adhésion aux recommandations.
26. Nature des troubles bipolaires Définition Histoire La dépression La manie [Internet]. troubles-bipolaires.com. [cité 9 déc 2024]. Disponible sur: <https://www.troubles-bipolaires.com/maladie-bipolaire/nature-des-troubles-bipolaires/>
27. Trouble bipolaire [Internet]. [cité 4 nov 2024]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/bipolar-disorder>
28. Le trouble bipolaire [Internet]. [cité 4 nov 2024]. Disponible sur: <https://www.camh.ca/fr/info-sante/index-sur-la-sante-mentale-et-la-dependance/le-trouble-bipolaire>
29. Fondation FondaMental [Internet]. 2024 [cité 7 nov 2024]. 1,6 million. Disponible sur: <https://www.fondation-fondamental.org/les-maladies-mentales/idees-recues/chiffres-cles/16-million>
30. troubles_bipolaires_reperage_et_diagnostic_en_premier_recours_-_note_de_cadrage_2014-06-13_10-53-16_714.pdf [Internet]. [cité 2 nov 2024]. Disponible sur: https://www.camh.ca/fr/info-sante/index-sur-la-sante-mentale-et-la-dependance/le-trouble-bipolaire/troubles_bipolaires_reperage_et_diagnostic_en_premier_recours_-_note_de_cadrage_2014-06-13_10-53-16_714.pdf

- 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
31. Le trouble bipolaire est-il héréditaire ? | Institut du Cerveau [Internet]. [cité 7 nov 2024]. Disponible sur: <https://institutducerveau.org/fiches-maladies/trouble-bipolaire/trouble-bipolaire-il-hereditaire>
32. VIDAL [Internet]. [cité 7 nov 2024]. Les causes des troubles bipolaires. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/maladies/psychisme/trouble-bipolaire/causes.html>
33. VIDAL [Internet]. [cité 6 nov 2024]. Troubles bipolaires - symptômes, causes, traitements et prévention. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/maladies/psychisme/trouble-bipolaire.html>
34. Édition professionnelle du Manuel MSD [Internet]. [cité 6 nov 2024]. Trouble cyclothymique - Troubles psychiatriques. Disponible sur: <https://www.msdmanuals.com/fr/professional/troubles-psychiatriques/troubles-de-l-humeur/trouble-cyclothymique>
35. Les troubles bipolaires.pdf [Internet]. [cité 2 nov 2024]. Disponible sur: <https://www.unafam.org/sites/default/files/imce/319/Les%20troubles%20bipolaires.pdf>
36. Hypomanie : définition, symptômes, diagnostic et traitements [Internet]. [cité 13 nov 2024]. Disponible sur: <https://www.inicea.fr/articles/pathologie/hypomanie>
37. Clinique psychiatrique des Portes de l'Eure [Internet]. [cité 13 nov 2024]. Troubles bipolaires. Disponible sur: https://www.clinique-portes-eure.com/troubles-bipolaires-_r_61.html
38. pecoul delphine. IFEMDR. 2016 [cité 29 nov 2024]. Les troubles bipolaires. Disponible sur: <https://www.ifemdr.fr/les-troubles-bipolaires/>
39. admin1263. Critères diagnostiques d'un Trouble Bipolaire selon le DSM V [Internet]. Comprendre et soigner la dépression et la bipolarité. [cité 29 nov 2024]. Disponible sur: <https://www.depression-bipolarite-pratique.com/criteres-dsm-5-de-bipolarite/>
40. Crocq MA. Chapitre 2 - Classification des troubles bipolaires : de la CIM-9 à la CIM-11 et du DSM-III au DSM-5.
41. 70 trouble de lhumeur2020.pdf [Internet]. [cité 30 nov 2024]. Disponible sur: <https://www.medecinesfax.org/useruploads/files/70%20trouble%20de%20lhumeur2020.pdf>
42. Traitement des troubles bipolaires - Inicea [Internet]. [cité 18 nov 2024]. Disponible sur: <https://www.inicea.fr/articles/specialite/traitement-bipolaire>
43. Haute Autorité de Santé [Internet]. [cité 18 nov 2024]. Troubles bipolaires : diagnostiquer plus tôt pour réduire le risque suicidaire. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2560925/fr/troubles-bipolaires-diagnostiquer-plus-tot-pour-reduire-le-risque-suicidaire
44. Évolution de la maladie bipolaire - Troubles bipolaires [Internet]. troubles-bipolaires.com. [cité 18 nov 2024]. Disponible sur: <https://www.troubles-bipolaires.com/maladie-bipolaire/evolution-et-risques/>
45. Comprendre le trouble bipolaire [Internet]. [cité 6 nov 2024]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/trouble-bipolaire/comprendre-troubles-bipolaires>

46. <https://www.psycom.org/> [Internet]. [cité 15 nov 2024]. Troubles bipolaires - Psycom - Santé Mentale Info. Disponible sur: <https://www.psycom.org/sinformer/la-sante-mentale/les-troubles-psy/troubles-bipolaires/>
47. Les psychorégulateurs [Internet]. [cité 15 nov 2024]. Disponible sur: <https://www.camh.ca/fr/info-sante/index-sur-la-sante-mentale-et-la-dependance/les-psychoregulateurs>
48. <https://www.chu-montpellier.fr/fileadmin/medias/Publications/Le-trouble-Bipolaire.pdf>.
49. Canada EHN. Comment fonctionne la thérapie cognitivo-comportementale (TCC)? [Internet]. EHN Nouveau Départ Montréal. 2023 [cité 18 nov 2024]. Disponible sur: <https://www.cliniquenouveaudepart.com/blog/comment-fonctionne-la-therapie-cognitivo-comportementale-tcc/>
50. La Psychothérapie interpersonnelle [Internet]. Blake Psychologie. [cité 18 nov 2024]. Disponible sur: <https://www.blakepsychology.com/fr/approches/psychotherapie-interpersonnelle/>
51. psychologue [Internet]. [cité 18 nov 2024]. Thérapie de groupe - Psychologue.net. Disponible sur: <https://www.psychologue.net/therapie-de-groupe>
52. École de psychoéducation - Université de Montréal [Internet]. [cité 18 nov 2024]. Qu'est-ce que la psychoéducation? Disponible sur: <https://psyced.umontreal.ca/departement/quest-ce-que-la-psychoeducation/>
53. DGS_Céline.M, DGS_Céline.M. Ministère de la santé et de l'accès aux soins. [cité 18 nov 2024]. Education thérapeutique du patient. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/parcours-des-patients-et-des-usagers/education-therapeutique-du-patient/article/education-therapeutique-du-patient>
54. L'activité physique et sportive : un atout essentiel pour le bien-être [Internet]. [cité 18 nov 2024]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/activite-physique-sante/sport-et-activite-physique-un-atout-pour-le-bien-etre>
55. B E. Troubles bipolaires : une alimentation saine pour optimiser les traitements [Internet]. troubles-bipolaires.com. 2018 [cité 18 nov 2024]. Disponible sur: <https://www.troubles-bipolaires.com/alimentation-optimiser-traitements/>
56. Troubles bipolaires et sommeil - Carenity [Internet]. [cité 18 nov 2024]. Disponible sur: <https://www.carenity.com/infos-maladie/trouble-bipolaire/troubles-bipolaires-et-sommeil-756>
57. Dufay L. Petits gestes du quotidien pour les troubles bipolaires [Internet]. troubles-bipolaires.com. 2024 [cité 18 nov 2024]. Disponible sur: <https://www.troubles-bipolaires.com/petits-gestes-du-quotidien-pour-les-troubles-bipolaires/>
58. Fondation FondaMental [Internet]. 2024 [cité 4 déc 2024]. La psychoéducation dans les troubles bipolaires. Disponible sur: <https://www.fondation-fondamental.org/la-psychoeducation-dans-les-troubles-bipolaires>
59. Traitement des troubles bipolaires - Inicea [Internet]. [cité 4 déc 2024]. Disponible sur: <https://www.inicea.fr/articles/specialite/traitement-bipolaire>
60. Troubles bipolaire - Prise en charge du patient - Aspects médico-sociaux [Internet]. troubles-bipolaires.com. [cité 4 déc 2024]. Disponible sur: <https://www.troubles-bipolaires.com/prise-en-charge-du-patient/aspects-medico-sociaux/>

61. RFRCPV [Internet]. [cité 22 nov 2024]. Risques liés à une mauvaise observance thérapeutique. Disponible sur: <https://www.rfcrpv.fr/risques-lies-a-mauvaise-observance-therapeutique/>
62. poster_patient_observance_format_A4_v3.pdf [Internet]. [cité 5 déc 2024]. Disponible sur: https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/poster_patient_observance_format_A4_v3.pdf
63. <https://www.lamedicale.fr/> [Internet]. 2021 [cité 23 janv 2025]. Qu'est ce que l'observance thérapeutique ? Disponible sur: <https://www.lamedicale.fr/vous-informer/qu-est-ce-que-l-observance-therapeutique>
64. <https://www.mesmedocsdujour.fr/> [Internet]. [cité 23 janv 2025]. L'observance thérapeutique, c'est quoi ? – Mes médocs du jour Mes médocs du jour. Disponible sur: <https://www.mesmedocsdujour.fr/observance-therapeutique>
65. Observance thérapeutique _1_. Disponible sur: https://pharmacie.univ-batna2.dz/sites/default/files/pharmacie/files/observance_therapeutique_1_.pdf
66. Observance thérapeutique : Impact sur la santé | Biogaran [Internet]. [cité 23 janv 2025]. Disponible sur: <https://biogaran.fr/dossiers-sante/observance/l-observance-therapeutique>
67. CRIP Pharma [Internet]. [cité 6 déc 2024]. Hypertension artérielle : deux nouveaux outils pour évaluer l'observance des traitements. Disponible sur: <https://crip-pharma.fr/etudes-dossiers/dossiers/hypertension-arterielle-deux-nouveaux-outils-evaluer-lobservance-traitements/>
68. <https://www.medecinesfax.org/useruploads/files/article04-33.pdf>.
69. http://mediatheque.lecrisps.net/docs/PDF_GED/S41758.pdf.
70. Pio M, Baragou S, Afassinou Y, Pessinaba S, Atta B, Ehlan K, et al. Observance thérapeutique de l'hypertension artérielle et ses facteurs dans le service de cardiologie du CHU Tokoin de Lomé. Pan Afr Med J. 4 févr 2013;14:48.
71. L'observance thérapeutique : qu'est ce que c'est ? - SEP [Internet]. Mieux vivre avec la SEP. [cité 6 déc 2024]. Disponible sur: <https://www.mieux-vivre-avec-la-sep.com/prise-en-charge/traitements/lobservance/>
72. https://www.researchgate.net/profile/Jean-Loup-Rey/publication/358243848_Facteurs_associes_a_une_bonne_observance_therapeutique_chez_les_patients_infectes_par_le_VIH_a_Bangui/links/61f8125b11a1090a79c41023/Facteurs-associes-a-une-bonne-observance-therapeutique-chez-les-patients-infectes-par-le-VIH-a-Bangui.pdf.
73. RFRCPV [Internet]. [cité 6 déc 2024]. Risques liés à une mauvaise observance thérapeutique. Disponible sur: <https://www.rfcrpv.fr/risques-lies-a-mauvaise-observance-therapeutique/>
74. Manuels MSD pour le grand public [Internet]. [cité 6 déc 2024]. Observance du traitement médicamenteux - Médicaments. Disponible sur: <https://www.msmanuals.com/fr/accueil/medicaments/facteurs-qui-influencent-la-reponse-aux-medicaments/observance-du-traitement-medicamenteux>
75. A.J.-Scheen_2010_65_5-6_0.pdf [Internet]. [cité 6 déc 2024]. Disponible sur: https://rmlg.uliege.be/download/2023/1328/A.J.-Scheen_2010_65_5-6_0.pdf
76. Observance thérapeutique : Impact sur la santé | Biogaran [Internet]. [cité 6 déc 2024]. Disponible sur: <https://biogaran.fr/dossiers-sante/observance/l-observance-therapeutique>

77. Karafiloska I. 6 façons efficaces d'améliorer l'observance des patients dans le secteur des soins de santé [Internet]. Pabau. 2024 [cité 6 déc 2024]. Disponible sur: <https://pabau.com/blog/6-facons-efficaces-dameliorer-lobservance-des-patients-dans-le-secteur-des-soins-de-sante/>
78. Postel-Vinay N, Reach G, Eveillard P. Observance et nouvelles technologies : nouveau regard sur une problématique ancienne. *Med Sci (Paris)*. 1 août 2018;34(8-9):723-9.
79. La télémédecine, une solution pour faciliter l'accès aux soins ? | vie-publique.fr [Internet]. 2024 [cité 6 déc 2024]. Disponible sur: <https://www.vie-publique.fr/eclairage/18473-la-telemedecine-une-solution-pour-faciliter-lacces-aux-soins>
80. Relief. Groupes de soutien pour l'anxiété, la dépression et la bipolarité [Internet]. [cité 6 déc 2024]. Disponible sur: <https://relief.ca/relief-1/groupes-de-soutien>
81. Fialko L, Garety PA, Kuipers E, Dunn G, Bebbington PE, Fowler D, et al. A large-scale validation study of the Medication Adherence Rating Scale (MARS). *Schizophrenia Research*. 1 mars 2008;100(1):53-9.
82. Fung VC, Overhage LN, Sylvia LG, Reilly-Harrington NA, Kamali M, Gao K, et al. Complex polypharmacy in bipolar disorder: Side effect burden, adherence, and response predictors. *J Affect Disord*. 1 oct 2019;257:17-22.
83. Nabih FO, Benali A, Adali I, Manoudi F, Asri F. Les masques trompeurs de la bipolarité: étude de 100 cas. *The Pan African Medical Journal* [Internet]. 28 août 2015 [cité 7 mai 2025];21(313). Disponible sur: <https://www.panafrican-med-journal.com//content/article/21/313/full>
84. 9984613219754919.pdf [Internet]. [cité 7 mai 2025]. Disponible sur: <https://bucket.theses-algerie.com/files/repositories-dz/9984613219754919.pdf>
85. Belzeaux R, Boyer L, Mazzola-Pomietto P, Michel P, Correard N, Aubin V, et al. Adherence to medication is associated with non-planning impulsivity in euthymic bipolar disorder patients. *Journal of Affective Disorders* [Internet]. sept 2015 [cité 7 mai 2025];184:60-6. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0165032715301075>
86. Hassanvand P, Fereidooni-Moghadam M, Jamalinasab A, Mousavi SR. The Evaluation of Treatment Adherence and Its Association with Perceived Social Support in Patients with Mood Disorders in Hospitals Affiliated with Isfahan University of Medical Sciences in 2022 [Internet]. *Jundishapur Journal of Chronic Disease Care*; 2023 [cité 7 mai 2025]. Report No.: 12. Disponible sur: <https://brieflands.com/articles/jjcdc-137783#abstract>
87. Reda MB. L'étude longitudinale à propos de l'impact du ramadan sur le trouble bipolaire Thèse N° 199/15.
88. Prabhakaran S, Nagarajan P, Varadharajan N, Menon V. Relationship Between Quality of Life and Social Support Among Patients with Schizophrenia and Bipolar Disorder: A Cross-Sectional Study. *J Psychosoc Rehabil Ment Health* [Internet]. août 2021 [cité 7 mai 2025];8(2):137-45. Disponible sur: <https://link.springer.com/10.1007/s40737-020-00211-7>
89. Depp CA, Mausbach BT, Bowie C, Wolyniec P, Thornquist MH, Luke JR, et al. Determinants of Occupational and Residential Functioning in Bipolar Disorder. *J Affect Disord*. févr 2012;136(3):812-8.
90. Popiea E. Étude de la relation entre le déni de la maladie et l'observance thérapeutique auprès de personnes atteintes de trouble bipolaire. [Internet]. University of Ottawa (Canada); 2001 [cité 9 mai 2025]. Disponible sur: <http://hdl.handle.net/10393/9051>

91. Zarate CA, Brutsche NE, Ibrahim L, Franco-Chaves J, Diazgranados N, Cravchik A, et al. Replication of Ketamine's Antidepressant Efficacy in Bipolar Depression: A Randomized Controlled Add-On Trial. *Biological Psychiatry* [Internet]. juin 2012 [cité 7 mai 2025];71(11):939-46. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0006322311012108>
92. Sylvia LG, Montana RE, Deckersbach T, Thase ME, Tohen M, Reilly-Harrington N, et al. Poor quality of life and functioning in bipolar disorder. *Int J Bipolar Disord* [Internet]. 27 mars 2017 [cité 8 mai 2025];5:10. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5366290/>
93. McMorris BJ, Downs KE, Panish JM, Dirani R. Workplace productivity, employment issues, and resource utilization in patients with bipolar I disorder. *J Med Econ.* mars 2010;13(1):23-32.
94. Ellouze S, Jenhani R, Bougacha D, Turki M, Aloulou J, Ghachem R. Auto-stigmatisation et fonctionnement dans le trouble bipolaire. *L'Encéphale* [Internet]. 1 févr 2023 [cité 8 mai 2025];49(1):34-40. Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0013700622002093>
95. Facteurs influençant l'activité physique dans le trouble bipolaire [Internet]. [cité 8 mai 2025]. Disponible sur: https://www.cochrane.org/fr/CD013557/DEPRESSN_facteurs-influencant-lactivite-physique-dans-le-trouble-bipolaire
96. L'effet des loisirs sur la santé mentale - 3eyaada.tn [Internet]. 2021 [cité 8 mai 2025]. Disponible sur: <https://www.3eyaada.tn/leffet-des-loisirs-sur-la-sante-mentale/>
97. Kassaoui H, Bouhlel S, Nakhli J, Mahmoud IB, Nasr SB, Ali BBH. Service de psychiatrie, Hôpital Farhat Hached Sousse. LA TUNISIE MEDICALE. 2016;94.
98. Lintunen J, Lähteenluoma M, Tanskanen A, Tiihonen J, Taipale H. Non-adherence to mood stabilizers and antipsychotics among persons with bipolar disorder – A nationwide cohort study. *Journal of Affective Disorders* [Internet]. 15 juill 2023 [cité 7 mai 2025];333:403-8. Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165032723004913>
99. Chaudri NA. Adherence to Long-term Therapies Evidence for Action. *Ann Saudi Med* [Internet]. 2004 [cité 12 mai 2025];24(3):221-2. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6147925/>
100. Shi X, Zhao Y, Yang H, Xu X, Fang Y, Yu X, et al. Factors associated with hospitalization times and length of stay in patients with bipolar disorder. *Front Psychiatry* [Internet]. 19 mai 2023 [cité 7 mai 2025];14. Disponible sur: <https://www.frontiersin.orghttps://www.frontiersin.org/journals/psychiatry/articles/10.3389/fpsyg.2023.1140908/full>
101. Gonçalves-Pinho M, Ribeiro JP, Freitas A. Bipolar disorder hospitalizations – a big data approach. *European Psychiatry* [Internet]. avr 2021 [cité 7 mai 2025];64(S1):S77-S77. Disponible sur: https://www.cambridge.org/core/journals/european-psychiatry/article/bipolar-disorder-hospitalizations-a-big-data-approach/B03CE44E7F67E5F75B46AD77BD649987?utm_source=chatgpt.com
102. Ghaemi SN, Hsu DJ, Thase ME, Wisniewski SR, Nierenberg AA, Miyahara S, et al. Pharmacological Treatment Patterns at Study Entry for the First 500 STEP-BD Participants. *PS* [Internet]. mai 2006 [cité 8 mai 2025];57(5):660-5. Disponible sur: <https://psychiatryonline.org/doi/10.1176/ps.2006.57.5.660>
103. Bates JA, Whitehead R, Bolge SC, Kim E. Correlates of medication adherence among patients with bipolar disorder: results of the bipolar evaluation of satisfaction and tolerability (BEST) study: a

- nationwide cross-sectional survey. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry*. 2010;12(5):PCC.09m00883.
104. Lintunen J, Lähteenluoma M, Tanskanen A, Tiihonen J, Taipale H. Non-adherence to mood stabilizers and antipsychotics among persons with bipolar disorder – A nationwide cohort study. *Journal of Affective Disorders*. 15 juill 2023;333:403-8.
105. Chakrabarti S. Treatment-adherence in bipolar disorder: A patient-centred approach. *World J Psychiatry* [Internet]. 22 déc 2016 [cité 11 mai 2025];6(4):399-409. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5183992/>
106. Ellouze S, Jenhani R, Bougacha D, Turki M, Aloulou J, Ghachem R. Auto-stigmatisation et fonctionnement dans le trouble bipolaire. *L'Encéphale* [Internet]. 1 févr 2023 [cité 9 mai 2025];49(1):34-40. Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0013700622002093>
107. Deng M, Zhai S, Ouyang X, Liu Z, Ross B. Factors influencing medication adherence among patients with severe mental disorders from the perspective of mental health professionals. *BMC Psychiatry* [Internet]. 7 janv 2022 [cité 8 mai 2025];22:22. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8740063/>
108. Tamene FB, Mihiretie EA, Zeleke TK, Sendekie AK, Belachew EA, Wondm SA. Medication non-adherence and its predictors among patients with bipolar disorder in Northwest Ethiopia. *Sci Rep*. 7 janv 2025;15(1):1192.
109. Smith DJ, Martin D, McLean G, Langan J, Guthrie B, Mercer SW. Multimorbidity in bipolar disorder and undertreatment of cardiovascular disease: a cross sectional study. *BMC Med*. 23 déc 2013;11:263.
110. Depp CA, Strassnig M, Mausbach BT, Bowie CR, Wolyniec P, Thornquist MH, et al. Association of obesity and treated hypertension and diabetes with cognitive ability in bipolar disorder and schizophrenia. *Bipolar Disord*. juin 2014;16(4):422-31.
111. Acharya AB, Sánchez-Manso JC. Anosognosia. In: StatPearls [Internet] [Internet]. StatPearls Publishing; 2023 [cité 9 mai 2025]. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK513361/>
112. Hibdye G. Prevalence of Drug Non Adherence and Associated Factors among Patients with Bipolar Disorder at Outpatient Unit of Amanuel Hospital, Addis Ababa, Ethiopia, 2013. *J Psychiatry* [Internet]. 2015 [cité 9 mai 2025];s1. Disponible sur: <https://www.omicsonline.com/open-access/prevalence-of-drug-non-adherence-and-associated-factors-among-patients-with-bipolar-disorder-at-outpatient-unit-of-amanuel-hospital-addis-ababa-ethiopia2013-2378-5756-1000003.php?aid=57071>
113. Grover S, Avasthi A, Chakravarty R, Dan A, Chakraborty K, Neogi R, et al. Insight in patients with bipolar disorder: Findings from the bipolar disorder course and outcome study from India (BiD-COIN study). *Indian J Psychiatry* [Internet]. juill 2023 [cité 9 mai 2025];65(7):767-73. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10461589/>
114. Une théorie fondée sur l'acceptation du diagnostic comme voie de guérison du trouble bipolaire - PMC [Internet]. [cité 9 mai 2025]. Disponible sur: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11166999/>
115. Eker F, Harkin S. Effectiveness of six-week psychoeducation program on adherence of patients with bipolar affective disorder. *Journal of Affective Disorders*. 1 mai 2012;138(3):409-16.

116. Bessonova L, Velligan DI, Weiden PJ, O'Sullivan AK, Yarlas A, Bayliss M, et al. Antipsychotic treatment experiences of people with bipolar I disorder: patient perspectives from an online survey. *BMC Psychiatry*. 6 juill 2020;20(1):354.
117. Bessonova L, Velligan DI, Weiden PJ, O'Sullivan AK, Yarlas A, Bayliss M, et al. Antipsychotic treatment experiences of people with bipolar I disorder: patient perspectives from an online survey. *BMC Psychiatry*. 10 juill 2020;20(1):354.
118. Elhosary MY, Merranko JA, Goldstein TR, Hafeman DM, Goldstein BI, Gill MK, et al. Examining Factors Associated With Medication Adherence in Youth With Bipolar Disorder. *JAACAP Open*. 15 juin 2023;1(2):105-15.
119. Tamene FB, Mihiretie EA, Zeleke TK, Sendekie AK, Belachew EA, Wondm SA. Medication non-adherence and its predictors among patients with bipolar disorder in Northwest Ethiopia. *Sci Rep [Internet]*. 7 janv 2025 [cité 9 mai 2025];15(1):1192. Disponible sur: <https://www.nature.com/articles/s41598-025-85379-3>
120. Hibdye G. Prevalence of Drug Non Adherence and Associated Factors among Patients with Bipolar Disorder at Outpatient Unit of Amanuel Hospital, Addis Ababa, Ethiopia, 2013. *J Psychiatry [Internet]*. 2015 [cité 9 mai 2025];s1. Disponible sur: <https://www.omicsonline.com/open-access/prevalence-of-drug-non-adherence-and-associated-factors-among-patients-withbipolar-disorder-at-outpatient-unit-of-amanuel-hospital-addis-ababa-ethiopia2013-2378-5756-1000003.php?aid=57071>
121. Garrido JM, Sánchez-Moreno J, Vázquez M, Hidalgo D, Valentí M, Goikolea JM, et al. Evaluation of Patient Satisfaction in a State Reference Center of Bipolar Disorder. *J Behav Health Serv Res [Internet]*. avr 2019 [cité 12 mai 2025];46(2):319-29. Disponible sur: <http://link.springer.com/10.1007/s11414-017-9561-z>
122. Sajatovic M, Tatsuoka C, Cassidy KA, Klein PJ, Fuentes-Casiano E, Cage J, et al. A 6-month, prospective, randomized controlled trial of customized adherence enhancement vs. bipolar-specific educational control in poorly-adherent individuals with bipolar disorder. *J Clin Psychiatry [Internet]*. 25 sept 2018 [cité 12 mai 2025];79(6):17m12036. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6205506/>
123. Kerner B, Crisanti AS, DeShaw JL, Ho JMG, Jordan K, Krall RL, et al. Preferences of Information Dissemination on Treatment for Bipolar Disorder: Patient-Centered Focus Group Study. *JMIR Ment Health*. 25 juin 2019;6(6):e12848.
124. Bowskill R, Clatworthy J, Parham R, Rank T, Horne R. Patients' perceptions of information received about medication prescribed for bipolar disorder: Implications for informed choice. *Journal of Affective Disorders*. 1 juin 2007;100(1):253-7.
125. Kassaoui H, Bouhlel S, Nakhli J, Mahmoud IB, Nasr SB, Ali BBH. Service de psychiatrie, Hôpital Farhat Hached Sousse. LA TUNISIE MEDICALE. 2016;94.
126. Lingam R, Scott J. Treatment non-adherence in affective disorders. *Acta Psychiatr Scand*. mars 2002;105(3):164-72.
127. Sajatovic M, Valenstein M, Blow FC, Ganoczy D, Ignacio RV. Treatment adherence with antipsychotic medications in bipolar disorder. *Bipolar Disord*. juin 2006;8(3):232-41.
128. Sabaté E, World Health Organization, éditeurs. Adherence to long-term therapies: evidence for action. Geneva: World Health Organization; 2003. 198 p.

129. Depp CA, Moore DJ, Patterson TL, Lebowitz BD, Jeste DV. Psychosocial interventions and medication adherence in bipolar disorder. *Dialogues Clin Neurosci [Internet]*. juin 2008 [cité 12 mai 2025];10(2):239-50. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3181867/>
130. Manwani SG, Szilagyi KA, Zablotsky B, Hennen J, Griffin ML, Weiss RD. Adherence to pharmacotherapy in bipolar disorder patients with and without co-occurring substance use disorders. *J Clin Psychiatry*. août 2007;68(8):1172-6.
131. Kabra S. Role of Family in Bipolar Disorder [Internet]. Emoneeds. 2023 [cité 12 mai 2025]. Disponible sur: <https://www.emoneeds.com/blog/role-of-family-in-bipolar-disorder/>
132. Trajectories of adherence to mood stabilizers in patients with bipolar disorder | International Journal of Bipolar Disorders | Full Text [Internet]. [cité 11 mai 2025]. Disponible sur: <https://journalbipolardisorders.springeropen.com/articles/10.1186/s40345-019-0154-z>
133. (PDF) Determinants of Inter-episodic Functioning in Patients with Bipolar Disorder in Remission. ResearchGate [Internet]. 11 mars 2025 [cité 11 mai 2025]; Disponible sur: https://www.researchgate.net/publication/321865904_Determinants_of_Inter-episodic_Functioning_in_Patients_with_Bipolar_Disorder_in_Remission
134. Belzeaux R, Correard N, Boyer L, Etain B, Loftus J, Bellivier F, et al. Depressive residual symptoms are associated with lower adherence to medication in bipolar patients without substance use disorder: Results from the FACE-BD cohort. *Journal of Affective Disorders [Internet]*. 1 déc 2013 [cité 12 mai 2025];151(3):1009-15. Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165032713006629>
135. Sajatovic M, Valenstein M, Blow FC, Ganoczy D, Ignacio RV. Treatment adherence with antipsychotic medications in bipolar disorder. *Bipolar Disorders [Internet]*. 2006 [cité 12 mai 2025];8(3):232-41. Disponible sur: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1399-5618.2006.00314.x>
136. Lingam R, Scott J. Treatment non-adherence in affective disorders. *Acta Psychiatr Scand [Internet]*. mars 2002 [cité 12 mai 2025];105(3):164-72. Disponible sur: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1034/j.1600-0447.2002.1r084.x>
137. Mago R, Borra D, Mahajan R. Role of Adverse Effects in Medication Nonadherence in Bipolar Disorder. *Harvard Review of Psychiatry [Internet]*. déc 2014 [cité 12 mai 2025];22(6):363. Disponible sur: https://journals.lww.com/hrpjourn/abstract/2014/11000/role_of_adverse_effects_in_medicatinonadherence.10.aspx

Résumé

Introduction : L'observance thérapeutique (OT) est un enjeu majeur dans le trouble bipolaire, car une mauvaise adhésion au traitement multiplie par deux à trois le risque de rechute, de suicide et d'hospitalisation.

But de recherche : Décrire le niveau de l'observance thérapeutique chez les patients suivis pour des troubles bipolaires, consultants aux services de psychiatrie A et D de l'hôpital RAZI-LA MANOUBA durant les 3 premiers mois de l'année 2025.

Matériel et méthode : Il s'agit d'une étude quantitative descriptive qui a inclus 51 patients atteints de trouble bipolaire consultant au sein de la consultation externe de psychiatrie A et D de l'hôpital RAZI.

Les données ont été recueillies par le biais d'un questionnaire sociodémographique et médical accompagné par l'Echelle MARS de Thompson.

Résultats : La moyenne d'âge de notre population était de $39,14 \pm 10,985$ ans. En se basant sur l'échelle MARS, les résultats ont relevé que 54,9% avaient une mauvaise adhérence thérapeutique, tandis que 45,1% avaient une bonne adhérence. Parmi les raisons de non observance déclarées par les participants, les effets secondaires du traitement représentaient l'obstacle principal de l'observance thérapeutique chez 76,5 % des patients, suivi par la sensation de lourdeur et fatigue (72,5 %), l'oubli de la prise de médicament (58,8 %), l'interruption volontaire du traitement (43,1 %) et la non-acceptation de la maladie (25,5 %).

Conclusion : L'observance thérapeutique (OT) occupe une place cruciale dans la prise en charge du trouble bipolaire. Elle est considérée comme un élément essentiel dans la gestion efficace de la maladie et l'amélioration de la qualité de vie des patients.

Mots clés : Observance thérapeutique, patients, trouble bipolaire.