

L'Importance de l'Adhésion au Traitement

Dans le Trouble Bipolaire — Un Défi Spécifique aux Phases Changeantes

L'observance du traitement apporte l'espoir d'un contrôle amélioré des symptômes, une meilleure stabilité des humeurs et constitue une source d'optimisme pour les personnes atteintes de trouble bipolaire et leur entourage.

Impact majeur de la non-adhérence : Le manque de fidélité au traitement est la principale cause de rechute. L'abandon du traitement augmente considérablement le risque suicidaire, le nombre d'hospitalisations et la dégradation de la qualité de vie. La prévalence de la non-adhérence dans le trouble bipolaire est élevée, touchant 20 à 60% des patients.

Pourquoi l'adhésion est-elle particulièrement complexe ?

Contrairement à d'autres pathologies chroniques, le trouble bipolaire présente une spécificité majeure : l'adhésion fluctue selon la phase de la maladie, créant un défi thérapeutique unique.

La phase maniaque : perte de conscience de la maladie et oubli du traitement

Lors des épisodes maniaques, la personne ressent une euphorie et une sensation d'omnipotence qui l'empêchent de se percevoir comme malade. Cette perte de conscience de la maladie (anosognosie) est directement liée à la sévérité des symptômes maniaques — dans le trouble bipolaire elle est état-dépendante et fluctue avec l'intensité des symptômes, contrairement à la schizophrénie où elle est plus stable.

La phase hypomaniaque : le piège du « bien-être »

En phase hypomaniaque, la personne se sent particulièrement bien, pleine d'énergie et de créativité. Cette sensation agréable peut conduire à l'arrêt volontaire du traitement pour retrouver cet état « productif ». Lorsqu'une personne euphorique perd la conscience de sa maladie, elle ne voit plus l'intérêt du traitement et peut décider de l'arrêter.

La phase dépressive : manque d'énergie et oubli

Lors des épisodes dépressifs, le manque d'énergie, la perte de motivation et les troubles cognitifs peuvent rendre la prise médicamenteuse difficile. Les patients rapportent oublier leurs médicaments par manque d'anticipation ou parce que « lorsqu'ils vont mieux, ils oublient accidentellement ».

La phase normothymique : « Suis-je encore malade ? »

La normothymie désigne l'état stable maintenu par le traitement. Lorsque la personne se sent bien pendant une période prolongée, elle peut remettre en question la nécessité de continuer un traitement chronique — phénomène connu sous le nom de « *je vais bien maintenant, donc je n'ai plus besoin de médicaments* ».

La phase mixte

Les épisodes mixtes, associant symptômes maniaques et dépressifs simultanément, compliquent encore davantage l'adhésion. La personne traverse une souffrance intense et peut être tentée d'arrêter ses médicaments par découragement ou en réaction à la complexité de ses symptômes.

Facteurs spécifiques de non-adhérence

Facteur	Impact sur l'adhérence
Fluctuation de la conscience de la maladie	La conscience de la maladie varie selon les phases — élevée en phase dépressive, faible en phase maniaque
Complexité du traitement	Polypharmacie fréquente (en moyenne 5,5 médicaments par patient)
Effets secondaires	Prise de poids et troubles cognitifs sont les plus fréquemment cités comme obstacles
Troubles cognitifs	Déficits de mémoire et d'attention présents même en phase normothymique
Consommation de substances	L'alcool et les drogues altèrent l'efficacité des traitements et augmentent le risque d'oubli volontaire

L'importance de la psychoéducation

Les interventions psychoéducatives — seules ou combinées à d'autres thérapies — diminuent significativement le risque de rechute et améliorent l'adhérence au traitement.

Résultats démontrés par les revues systématiques internationales :

- Réduction du nombre de nouveaux épisodes de mood

- Réduction du nombre et de la durée des hospitalisations
- Amélioration de l'adhérence au traitement pharmacologique
- Meilleure reconnaissance des signes prodromiques (précoces) avant chaque phase

Selon une revue systématique et méta-analyse en réseau publiée dans *JAMA Psychiatry* (2021), la psychoéducation associée à la pratique guidée de compétences de gestion de la maladie, délivrée en format familial ou de groupe, est plus efficace pour réduire les rechutes que la même intervention en format individuel [^23^].

Les composantes les plus efficaces des interventions psychoéducatives incluent :

- Information sur la maladie : comprendre la nature cyclique du trouble bipolaire
- Auto-surveillance : apprendre à reconnaître les symptômes prodromiques (signes avant-coureurs)
- Gestion des rythmes quotidiens : régulariser les activités et le sommeil
- Entretien motivationnel : explorer les ambivalences face au traitement
- Stratégies cognitivo-comportementales : identifier et modifier les pensées qui mènent à l'arrêt du traitement

Point important : La psychoéducation des seuls membres de la famille *sans* la participation du patient n'améliore pas l'adhérence au traitement.

L'implication directe du patient dans le programme est essentielle.

Les programmes de psychoéducation doivent notamment aborder :

- La reconnaissance des phases : maniaque, hypomaniaque, dépressive, mixte et normothymique
- L'importance de maintenir le traitement même en l'absence de symptômes
- La compréhension que la normothymie est le résultat du traitement, pas l'absence de maladie
- L'identification précoce des signes annonciateurs de rechute

L'adhésion est un voyage, pas une destination

Chaque phase du trouble bipolaire apporte ses propres défis, mais avec compréhension, soutien et traitement approprié, la stabilité est possible.

Parl.I ASBL — Ensemble pour la santé mentale