

ETUDE D'EFFICACITÉ D'UN PROGRAMME PSYCHOÉDUCATIF EN GROUPE POUR PATIENTS BIPOLAIRES ET LEURS PROCHES

EFFECTIVENESS OF A GROUP PSYCHOEDUCATION FOR BIPOLAR PATIENTS AND THEIR RELATED

Laurence JEUNIEAUX¹, Audrey UYTTERSROT², Laura STEVENS¹, Pierre-Adrien POËTE²,
Béatrice CORTELLO³, Karine GROSJEAN³, Johan GÉRARD³, Ivan O. GODFROID⁴
¹Psychiatre, ²Psychologue, ³Infirmier, ⁴Psychiatre et Chef de Service,
Service de Psychiatrie, CHU de Charleroi (site Vincent van Gogh)

Résumé

À la suite de l'intégration d'outils de thérapie cognitivo-comportementale (TCC) et l'inclusion de proches dans notre programme psychoéducatif « *Epaulons le trouble bipolaire* » (ETB), nous avons souhaité en mesurer l'effet sur la prévention des rechutes chez le patient, et plus spécifiquement les rechutes dépressives, ainsi que la plus-value sur l'évolution du patient de l'intégration des proches, et l'impact sur ces derniers. Dans cette étude ont été inclus les participants aux groupes entre 2012 et 2017 : 60 patients ont été enrôlés, dont 40 étaient accompagnés d'un proche et 20 venaient seuls. Les patients et leurs proches ont bénéficié d'évaluations de suivi. ETB s'est montré efficace de façon comparable au *Barcelona Bipolar Disorder Program* (BBDP) de Colom et Vieta en matière de prévention de rechute notamment dépressive, mais n'a pas pu démontrer la plus-value de l'intégration des proches sur leur évolution. Les connaissances et la souffrance des proches se sont vues améliorées.

Mots-clés : Psychoéducation, trouble bipolaire, TCC, aidants proches

Abstract

Following the integration of Cognitive-Behavioral Therapy (CBT) and the inclusion of relatives in our psycho-educational program "Let's support bipolar disorder" (ETB), we wanted to measure the effect on the prevention of relapses in the patient, and more specifically the depressive relapses, as well as the added value on the evolution of the patient of integration of relatives, and the impact on them. In this study were included participants in groups between 2012 and 2017: 60 patients were enrolled, 40 of whom were accompanied and 20 came alone. Patients and their relatives received follow up assessments. ETB was shown to be effective in a way comparable to Colom and Vieta's *Barcelona Bipolar Disorder Program* (BBDP) in terms of preventing relapse, particularly depression, but was unable to demonstrate the added value of the integration of relatives on their development. The knowledge and suffering of relatives have improved.

Key words: Psychoeducation, bipolar disorder, CBT, relative caregivers

Samenvatting

Na de integratie van Cognitieve gedragstherapie (CBT)-instrumenten en de opname van familieleden in ons psycho-educatief programma « *Epaulons le trouble bipolaire* » (ETB), wordt het effect op de preventie van een terugval bij de patiënt gemeten, en meer specifiek depressieve terugvallen, evenals de toegevoegde waarde op de evolutie van de integratie van de familieleden, en hun impact hierop. In dit onderzoek werden deelnemers van groepen opgenomen tussen 2012 en 2017, 60 patiënten werden ingeschreven, waarvan 40 werden begeleid door een familielid en 20 kwamen alleen. Patiënten en hun families kregen vervolgbeoordelingen. ETB bleek effectief te zijn op een manier die vergelijkbaar was met het *Barcelona Bipolaire Stoornis Programma* (BBDP) van Colom en Vieta in termen van preventie van terugval, vooral depressief, maar kon de toegevoegde waarde van de integratie van familieleden in hun evolutie niet bevestigen. De kennis en het leed van familieleden zijn kenbaar verbeterd.

Trefwoorden : Psychoonderwijs, bipolaire stoornis, CBT, zorgverleners

INTRODUCTION

Le trouble bipolaire est un trouble de l'humeur relativement sévère, caractérisé par la récurrence d'épisodes thymiques maniaques, hypomaniaques, dépressifs et comportant des caractéristiques mixtes. Malgré un traitement psychotrope adapté¹, les taux de rechute et de récurrence varient entre 39 et 52 % sur un an² et 60 % des patients rechutent dans les deux ans³.

La récurrence est observée à concurrence de 55,2 % (26,3 % par an) avec des traitements déterminés cliniquement dans les études naturalistes, 9,3 % (21,9 % par an) dans des essais

cliniques randomisés avec des stabilisateurs de l'humeur et 60,3 % (31,3 % par an) avec un placebo⁴. L'arrêt du traitement augmente significativement le risque de récurrence⁵. Le risque de rechute est plus élevé dans la bipolarité de type II que de type I⁶. En outre, le type II est caractérisé par davantage d'épisodes dépressifs^{4,7}.

En effet, pendant un suivi symptomatique prospectif allant jusqu'à 20 ans, l'évolution des patients bipolaires de type I et II était chronique. Les patients étaient symptomatiques environ la moitié de toutes les semaines de suivi. Les semaines avec des symptômes dépressifs prédominaient sur les semaines avec des symptômes maniaques/hypomaniaques dans les deux

types de troubles avec un rapport 3/1 dans le type I et 37/1 dans le type II, avec un cours largement dépressif. Bien que le trouble bipolaire de type I soit plus sévère, les patients de type II présentent des caractéristiques dépressives intensément chroniques. Il ne s'agit pas du « moindre » des troubles bipolaires, c'est aussi une maladie grave⁸.

De plus on retrouve trois fois plus de périodes de symptômes mineurs ou subsyndromiques que d'épisodes thymiques complets dans les deux catégories de trouble, renforçant cette chronicité toutefois sensiblement plus prononcée chez les patients bipolaires type II⁹.

Plusieurs facteurs expliquent ces nombreuses rechutes et récurrences, comme l'efficacité partielle des traitements psychotropes, la complexité de l'histoire de la maladie, le nombre d'épisodes antérieurs, la présence de symptômes résiduels, ainsi que l'existence de comorbidités⁴. Ajoutons également la non-adhérence au traitement pharmacologique, des ruptures de rythme veille-sommeil ainsi que des facteurs psychosociaux (la pauvreté du support social, le niveau socio-économique et la méconnaissance du trouble)³.

La prévention des rechutes et récurrences, au-delà du traitement pharmacologique, constitue une cible de traitement pour ces patients, d'autant que les conséquences du trouble sur la qualité de vie, la vie familiale et professionnelle sont marquées¹⁰. Aussi, des preuves empiriques positives existent quant à diverses options psychothérapeutiques visant l'amélioration de l'évolution de ces patients telles que la psychoéducation, la thérapie cognitivo-comportementale (TCC)¹¹⁻¹³, les thérapies centrées sur la famille (*Family-Focused Therapy / FFT*)^{14,15}, la « thérapie interpersonnelle et aménagement des rythmes sociaux » (TIPARS)¹⁶ et le soutien des pairs¹⁰.

La psychoéducation se définit comme « une intervention didactique et psychothérapeutique qui vise à informer les patients et leurs proches sur le trouble et à promouvoir les capacités pour y faire face »¹⁷. On y apprend à détecter les signes précurseurs d'une décompensation maniaque et dépressive, ainsi qu'à diminuer la stigmatisation et le déni de la maladie. De plus, des techniques telles que la gestion du stress et la résolution de problèmes sont enseignées, avec des conseils pour améliorer l'adhésion aux traitements¹⁰. Selon Colom et Vieta¹⁸, l'apprentissage des signes précurseurs d'une décompensation thymique, la diminution de la stigmatisation et du déni de la maladie sont spécifiques à la psychoéducation. Le travail sur la régularité du style de vie ou des habitudes de vie est également primordial (à savoir, limiter l'usage des toxiques, améliorer la gestion sommeil et la condition physique)¹⁰. Un groupe de psychoéducation atteint des objectifs d'excellence lorsque celui-ci vise aussi à améliorer les connaissances et les capacités à affronter les conséquences psychosociales des épisodes passés et futurs ; de même, si la psychoéducation permet d'améliorer les activités sociales et interpersonnelles entre les épisodes, et d'affronter les symptômes résiduels tout en améliorant le bien-être et la qualité de vie¹⁸. La psychoéducation est envisagée dès que les patients sont euthymiques, et le plus tôt possible dans le décours de la maladie – l'efficacité étant compromise chez les patients ayant présenté plus de 14 épisodes¹⁹. La psychoéducation donne de meilleurs résultats en groupe plutôt qu'en individuel ou sur internet (dont les résultats sont plus mitigés, voire négatifs)²⁰. Les programmes longs (environ 21 séances), se sont montrés

plus efficaces que les programmes courts (8 séances), même s'ils comportent un plus grand nombre d'abandons (25 %), ce qui est retrouvé dans toute démarche psychothérapeutique d'au moins 6 mois¹⁸. La psychoéducation semble le traitement psychologique adjuvant de choix en première ligne pour prévenir les rechutes (phase de maintien)^{10,20,21}. Le programme de psychoéducation de Barcelone (*Barcelona Bipolar Disorders Program / BBDP*) qui se donne en 21 séances est l'un des plus connus¹⁸. Il est associé à une diminution du nombre et de la durée des hospitalisations, à une meilleure adhésion au traitement, à des lithémies thérapeutiques et à une réduction de la stigmatisation²⁰.

Cependant, la psychoéducation montre des preuves insuffisantes dans le traitement de la dépression et de la manie aiguë¹⁰. Il n'y a pas de preuves suffisantes concernant son impact sur l'humeur en tant que telle, la qualité de vie ou le fonctionnement ; les épisodes dépressifs pouvant être plus difficiles à prévenir que les phases maniaques avec une psychoéducation^{21,22}. Dans une étude prospective, les patients qui ne répondent pas à la psychoéducation sont également ceux qui présentent le plus de caractéristiques dépressives^{7,22}. Ces éléments de preuve amènent à repenser la psychoéducation de la bipolarité en mettant davantage la prévention de la rechute dépressive à l'avant-plan.

Dans le traitement de la dépression en tant que tel, les TCC et la FFT sont recommandées comme traitement adjuvant de deuxième intention de la dépression aiguë (preuve de niveau 2) et comme traitement d'entretien (preuve de niveau 2). En effet, la TCC menée en groupe chez les patients euthymiques atteints de trouble bipolaire a montré une augmentation du temps en rémission. De façon plus spécifique, la FFT utilise le soutien et la coopération de la famille ou d'autres personnes importantes dans la vie du patient dans le cadre de la thérapie. Les styles de communication sont travaillés entre le patient et le proche dans le but d'améliorer la qualité de la relation¹⁰. En plus de bénéfices similaires à la psychoéducation²⁰, on peut noter une augmentation des connaissances, des compétences, du soutien et du sentiment de bien-être des aidants proches. En ce qui concerne le traitement de la manie, que ce soit pour les TCC ou la FFT, aucune preuve n'existe, et par conséquent, aucune recommandation¹⁰.

On connaît très bien l'influence réciproque entre le trouble bipolaire et les familles ou proches. L'attitude des familles peut avoir une influence sur l'évolution du trouble et inversement, le trouble constitue une charge ou un fardeau pour les proches³. Par ailleurs, du fait de la dé-institutionnalisation de la psychiatrie, les familles sont de plus en plus impliquées dans la prise en charge des patients sans pour autant être informées et aidées. Les soignants ne peuvent plus faire l'économie d'être ouverts à l'accueil des familles, car elles peuvent constituer une aide dans la prise en charge des patients. Au-delà de la rencontre autour de l'hospitalisation, il est nécessaire d'étendre la prise en charge aux proches²³.

Rappelons le concept d'*émotion exprimée* ou « EE », regroupant une attitude des proches comprenant des commentaires critiques, un niveau d'hostilité exprimée, et une surenchère émotionnelle. Les proches qui présentent ces 3 caractéristiques de façon répétitive sont considérées comme à « haut niveau d'émotion exprimée » ou à « faible niveau d'émotion exprimée » s'ils n'ont pas ces attributs. Or au cours de différentes études,

les patients dont les proches étaient à « haute EE » avaient 2 ou 3 fois plus de risque de rechuter à 9 mois que ceux qui avaient un environnement familial à « basse EE »¹⁵. Ce niveau d'EE semble être corrélé avec le modèle d'attributions, c'est-à-dire le fait d'attribuer aux comportements négatifs du patient des causes internes, stables et contrôlables (insensibilité, paresse, etc.) plutôt qu'à des facteurs incontrôlables (la présence de la maladie). Les attributions de contrôlabilité et d'intentionnalité sont corrélées à des niveaux d'EE élevés. Les traitements psychoéducatifs sont dès lors susceptibles de modifier les modes d'attribution, le style de communication et le niveau d'EE, et secondairement les rechutes.

Notons que dans les programmes FFT de 9 mois, le traitement se déploie en trois phases : une première psychoéducative, une deuxième qui travaille sur la communication et enfin une troisième qui vise la résolution de problèmes. Les proches à haut niveau d'EE semblent être de bons candidats pour la FFT¹⁵.

Bien qu'un certain nombre d'études aient analysé l'impact des troubles psychiatriques sur les proches des patients, peu d'études se sont focalisées sur le trouble bipolaire. Celles-ci signalent cependant la lourdeur du trouble pour les proches³. Les conséquences rapportées chez ceux-ci sont notamment supérieures à celles retrouvées chez les proches des patients dépressifs unipolaires, probablement en raison des caractéristiques des épisodes maniaques, du caractère chronique-récidivant de la maladie, et des difficultés du fonctionnement inter-critique³. Les répercussions sur les proches peuvent être réparties en *conséquences subjectives* et en *conséquences objectives*. Ces dernières se manifestent à différents niveaux de la vie quotidienne : degré de participation aux tâches ménagères, impact sur le temps attribué aux loisirs, impact sur le temps investi dans la carrière personnelle, impact financier, impact sur le temps et l'attention portée aux enfants, tension dans les relations familiales et sociales, conséquences des comportements violents. Ainsi dans une étude, les conjoints des patients bipolaires ont rapporté des conséquences notamment sur leurs finances (49 %), leurs relations sexuelles (77 %), leur emploi (76 %) et leurs relations sociales (56 %). Ce tableau est cependant souvent adouci par les liens affectifs et amoureux et le sentiment de gratification rapportés par les conjoints des patients³.

L'intégration des proches poursuit différents objectifs : une meilleure connaissance de la maladie et de ses traitements, une amélioration de la capacité à reconnaître les prodromes, un recours plus efficace aux soins, une réduction du niveau d'EE, une prévention des rechutes améliorée, une amélioration de l'adhérence au traitement et de la gestion du stress. Elle permet aussi de leur procurer un soutien visant un soulagement du fardeau que la maladie peut constituer pour eux³.

NOTRE EXPERIENCE

Sensibilisés de longue date à l'amélioration du devenir de nos patients bipolaires, nous avons proposé des démarches psychoéducatives individuelles et en groupe à partir de 1995, au sein de l'unité spécialisée dans la prise en charge des troubles de l'humeur de l'hôpital Vincent Van Gogh (Service de Psychiatrie du CHU de Charleroi, Belgique)

A partir de 2003, nous avons développé l'expérience de la

conduite d'un programme psychoéducatif pour patients bipolaires en groupe ambulatoire. Notons que la formule proposée a changé en 2006, sur base de notre expérience, du feed-back des participants et des données de la littérature existante à l'époque. Avec la proposition d'un programme de format long en 24 séances de deux heures, et des rencontres hebdomadaires sur six mois, le groupe « Epaulons le trouble bipolaire » (ETB) a vu le jour. Il intègre les proches et les patients dans le même groupe fermé, et propose des outils de gestion de la maladie issus de la thérapie cognitivo-comportementale.

Précédemment, nous avons questionné le niveau de satisfaction des participants de cinq groupes de l'ancienne formule (« Pour mieux vivre avec le trouble bipolaire » : groupe psychoéducatif de format court [12 séances], dans deux groupes séparant les patients et les proches – un programme initié par le Dr D. Souery [H.U.B - Hôpital Erasme,], et diffusé dans plusieurs centres psychiatriques belges)²⁴ et cinq groupes de la formule actuelle ; les résultats étaient en faveur du programme actuel^{25,26}.

METHODES

PROCÉDURE

Il s'agit d'une étude prospective menée dans le Service de Psychiatrie du CHU de Charleroi (site de l'hôpital Vincent Van Gogh, Marchienne-au-Pont, Belgique), évaluant le programme de psychoéducation mis en place pour les troubles bipolaires que nous avons comparé au programme de psychoéducation de Colom et Vieta (2006)¹⁶. Il était proposé aux patients ainsi qu'aux proches de participer à la complétion de questionnaires évaluant l'humeur avant, pendant et après le groupe, en vue de réaliser une étude future. En outre, les données sociodémographiques et celles relatives au trouble bipolaire étaient récoltées. Patients et proches ont ensuite répondu à des auto-questionnaires et ont passé des échelles tous les trois mois pendant la première année suivant la fin du programme. Les patients ont poursuivi l'évaluation sur une deuxième année après la fin de ce même programme (tableau 1). Les participants ont tous rempli un formulaire de consentement libre et éclairé. L'étude naturalistique, non randomisée et réalisée en ouvert, a été menée en enrôlant les participants des six groupes successifs, proposés d'octobre 2012 à octobre 2017. Cette étude a été validée par le Comité d'Ethique de l'ISPPCⁱ (OM008), en séance du 27 novembre 2019 (CCB : B325201842103).

PROTOCOLE

Le groupe de psychoéducation « *Épaulons le trouble bipolaire* » (ETB) comprend 24 séances de deux heures, réparties sur une période de six mois, et a été construit en s'inspirant de l'ouvrage de M.R. Basco « *Le trouble bipolaire. Manuel d'exercices pour une meilleure qualité de vie* » (2008)¹², les ouvrages de C. Cungi « *Comment s'affirmer et savoir gérer son stress* » (2001, 2003)^{37,38} et le manuel de Colom et Vieta : *Barcelona Bipolar Disorders Program* (BBDP) (2006)¹⁸. Une présentation PowerPoint est proposée pour chaque séance,

(i) Intercommunale de Santé Publique du Pays de Charleroi.

des fascicules et le livre de Basco *et al.*, traduit en français, sont remis aux participants. L'équipe pluridisciplinaire, composée d'une psychiatre, d'une psychologue et d'infirmiers sont tous spécialisés dans la prise en charge des troubles de l'humeur

et travaillent dans notre service hospitalier. La psychiatre et la psychologue sont toutes deux formées à la thérapie cognitivo-comportementale. Le contenu des séances est résumé dans le tableau 2.

TABLEAU 1 : LIGNE DU TEMPS DES ÉVALUATIONS CHEZ LES PATIENTS

	Hamilton	Beck Rafaelsen	Hunt	SF36	Echelle subjective d'amélioration	Questionnaire de connaissances
Départ du programme	x	x	x	x		X
Mois 1	x	x				
Mois 2	x	x				
Mois 3	x	x				
Mois 4	x	x				
Mois 5	x	x				
Mois 6	x	x				
Fin du programme	x	x	x	x	x	x
Mois 3 PP	x	x	x	x	x	x
Mois 6 PP	x	x	x	x	x	x
Mois 9 PP	x	x	x	x	x	x
Mois 12 PP	x	x	x	x	x	x
Tous les 3 mois jusque 2 ans	x	x	x	x	x	x

TABLEAU 2 : CONTENU DES SÉANCES DU PROGRAMME « EPAULONS LE TROUBLE BIPOLAIRE » (ETB).

Voir venir	
Séance 1	Présentation de l'équipe, des participants et des règles de fonctionnement du groupe. Aperçu du programme, du livre et du modèle cognitivo-comportemental du trouble bipolaire.
Séance 2	Causes, formes et évolution du trouble bipolaire.
Séance 3	Symptômes généraux de la manie et de la dépression.
Séance 4	Ligne de vie et histoire de la maladie (déclencheurs et situations à risque)
Séance 5	Construction d'un système de détection précoce des rechutes (symptômes personnels, signes précurseurs, et utilisation des graphes de l'humeur et des symptômes).
Séances 6 et 7	Application pratique des séances de 3 à 5 (travail individuel)
Prendre des précautions	
Séances 8 et 9	Médication : croyances et compliance
Séance 10	Médication : les différentes classes et les effets secondaires
Séance 11	Processus d'acceptation de la maladie
Séance 12	La séance 12 est une application pratique essentiellement via des jeux de rôle du contenu des séances de 8 à 11.
Séance 13	Hygiène de vie (sommeil, habitudes de vie, alimentation, substances)
Séance 14	Techniques comportementales utiles dans la prévention des phases.
Séance 15	Applications pratiques des séances 13 et 14
Séances 16 et 17	La gestion du stress
Séance 18	Applications pratiques des séances 16 et 17 (communication et gestion émotionnelle)
Réduire des symptômes	
Séance 19	Erreurs de pensées et distorsions cognitives durant les phases hautes et basses
Séance 20	Idées suicidaires et techniques de contrôle des pensées émotionnelles
Séance 21	Techniques aidant à lutter contre les phénomènes de confusion mentale (résolution de problèmes, prise de décision, planning d'activités, programme d'objectifs prioritaires).
Séance 22	Applications pratiques des séances 19 à 20
Séances 23 et 24	Réalisation de contrats de prévention pour chaque phase de l'humeur.

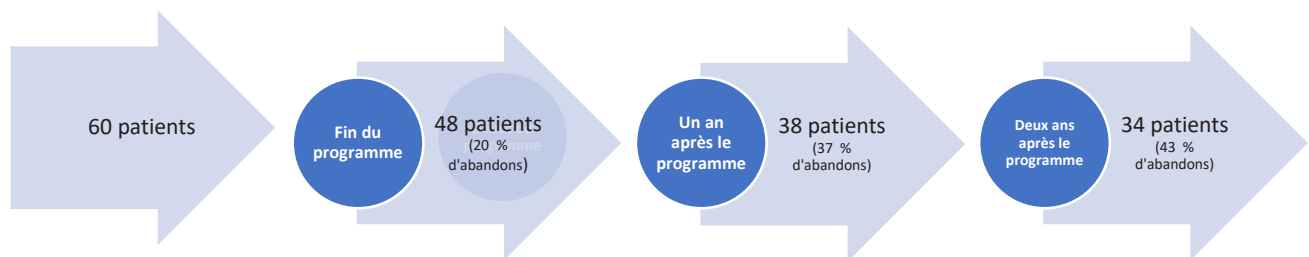
PARTICIPANTS

Les participants qui étaient inclus dans l'étude étaient des patients âgés de 20 à 68 ans, ayant reçu le diagnostic de trouble bipolaire (type I ou II) documenté par un psychiatre, bénéficiant d'un suivi médical et d'un traitement adapté. L'état clinique devait être suffisamment stable pour pouvoir participer au programme. Le patient devait s'engager à participer aux séances (un maximum de cinq absences étant tolérées). La présence d'une comorbidité n'excluait pas la participation pour autant que les troubles associés à cette comorbidité n'entravent pas la dynamique du groupe et la concentration (consommations de substances, etc.). Les proches de ces patients étaient également conviés à l'étude.

Soixante patients euthymiques ont été recrutés dans notre groupe « Epaulons le trouble bipolaire » au cours des six programmes successifs entre 2012 et 2017. Quarante sont

venus accompagnés d'un proche (groupe 1) et vingt sont venus seuls (groupe 2). Lors de la phase de traitement, 48 patients sur 60 (80 %) ont adhéré au groupe de psychoéducation. Douze patients (20 %) ont abandonné et n'ont pas continué le suivi des symptômes et des rechutes (*follow-up*) durant les 6 mois de la phase de traitement. Un abandon était dû à une rechute dépressive et un autre à une rechute alcoolique. Les autres abandons étaient associés à des raisons pratiques (disponibilités, règles du groupe, raisons financières et déplacements). Pendant la phase de suivi sur deux ans, 14 nouveaux abandons ont eu lieu, non pas pour cause de rechute, mais parce qu'ils ne voulaient plus poursuivre l'évaluation, ou n'ont plus répondu pour des raisons inconnues et ont évidemment échappé à notre évaluation ultérieure. Ce qui a mené le nombre total d'abandon à 26 patients (43,3 %) sur 60. La figure 1 reprend les abandons de patients aux différents moments de l'étude tous groupes confondus.

FIGURE 1 : FLOW CHART



En comparaison avec le groupe contrôle de Barcelone, sept patients sur 60 (11,6 %) ont arrêté les réunions hebdomadaires. Pour le groupe expérimental de Barcelone, quatre patients sur 60 (6,7 %) ont arrêté, trois à la suite d'épisodes dépressifs et un à la suite d'un épisode maniaque. Le nombre total de patients ayant abandonné pendant la phase de traitement était plus élevé dans notre groupe expérimental, que cela soit pour le groupe contrôle ($\chi^2 = 13.33$; $p < .001$) ou le groupe expérimental de Barcelone ($\chi^2 = 4.62$; $p = .003$).

Concernant la procédure de suivi (pendant les six mois de contrôle et deux ans après), aucun n'a abandonné dans le groupe contrôle de Barcelone. Sur la fin de la phase de suivi à deux ans, le nombre total d'abandons a augmenté dans notre étude tandis qu'il est resté stable pour les groupes de Barcelone. Une différence significative a été trouvée pour le groupe contrôle de Barcelone ($\chi^2 = 33.191$; $p < .001$) et pour le groupe thérapeutique de Barcelone ($\chi^2 = 21.511$; $p < .001$).

OUTILS D'ÉVALUATION

En ce qui concerne l'évaluation du patient, une première évaluation est réalisée avant l'intervention thérapeutique, consistant à récolter des données sociodémographiques et concernant la maladie, ainsi qu'une estimation des affects dépressifs via une échelle de Hamilton 17 items (score de 0 à 52, <10, absence de symptômes dépressifs et >25, symptômes dépressifs majeurs)^{27,28} ; une évaluation des symptômes maniaques via l'échelle de Bech et Rafaelsen²⁹ (Scores de 0 à 44 : 15 à 20, léger ; de 24 à 44, sévère) ; une évaluation des connaissances concernant la maladie¹² (de 0 à 20), une évaluation du degré d'acceptation via l'échelle de Hunt^{30,31} - SAIQ17 items (score de 17 à 68, plus le score est proche de 17

et plus le score d'introspection est bon) et enfin une évaluation de la qualité de vie³² (« SF36 », avec des scores de santé physique et de santé mentale qui sont d'autant meilleurs qu'ils sont proches de 100).

Durant le programme de psychoéducation, les patients ont été évalués chaque mois durant la participation au groupe en ce qui concerne l'évolution des symptômes thymiques via les échelles de Hamilton et de Bech et Rafaelsen. En fin de groupe, une deuxième évaluation complète a été réalisée, estimant à nouveau les affects dépressifs, les symptômes maniaques, les connaissances concernant la maladie et l'acceptation de la maladie et la qualité de vie (SF 36) avec les mêmes échelles qu'avant l'intervention, et il leur a été demandé d'évaluer selon eux l'amélioration de leur état (de 1 à 7, de nettement plus mal à nettement mieux). Ensuite, après la formation, ils ont été évalués via les mêmes échelles tous les trois mois, avec pour objectif d'évaluer jusqu'à cinq ans post-groupe, mais compte tenu du taux d'abandon, nous nous sommes limités à une analyse des données sur deux ans post-groupe.

Parallèlement aux échelles passées par les patients, les proches ont également été évalués avant de débiter la formation, concernant les données sociodémographiques, leur connaissance de la maladie (de 0 à 20), leur degré d'acceptation de la maladie (échelle de Hunt) et leur qualité de vie (SF36). Ils ont également été évalués sur leur appréciation de l'état du patient et sur leur niveau de souffrance psychique (échelle CES-d : score de 0 à 51, valeur seuil de dépression de 17 pour les hommes et 24 pour les femmes³³). En fin de groupe, une deuxième évaluation a été réalisée, avec les mêmes échelles. Par la suite, les proches sont évalués tous les trois mois avec ces échelles durant un an.

DÉFINITION DE LA RÉCURRENCE

En ce qui concerne l'évaluation de l'état thymique du patient, une rechute dépressive est considérée si le score à l'échelle de Hamilton est supérieur à 17. Un épisode hypomane est avéré à partir d'un score de 15 à l'échelle de Bech et Rafaelsen, une phase maniaque si un score est supérieur à 20 sur la même échelle, l'aspect mixte si le score est supérieur à 17 à l'échelle de Hamilton et supérieure à 15 à l'échelle de manie.

CARACTÉRISTIQUES DES GROUPES DE TRAITEMENT

Les groupes ETB et BBDP étaient composés de 38 femmes et de 22 hommes. Il existe plusieurs différences significatives entre ces groupes. Notre groupe compte 34 patients sur 60 ayant une

bipolarité de type I (56,6 %) et 26 patients de type II (43,4 %). Cette différence est significative comparativement aux groupes de Barcelone, qui ont une prévalence de type I de 52 patients (86,7 %) pour le groupe psychoéducatif ($\chi^2 = 13.291$; $p < .001$) et 48 patients (80 %) pour le groupe contrôle ($\chi^2 = 7.55$; $p = .006$). Des différences significatives ont été identifiées concernant les caractéristiques psychotiques du groupe psychothérapeutique de Barcelone ($\chi^2 = 6.420$; $p = .011$) mais pas pour le groupe contrôle ($\chi^2 = 2.3$; $p = .12$). Aucune différences significatives n'ont été trouvées entre les groupes en ce qui concerne la comorbidité sur l'Axe 2, l'âge de début moyen, le nombre moyen d'épisodes antérieurs, et le nombre moyen d'hospitalisations. Il existe une différence dans l'âge moyen des participants, notre groupe ayant une population plus âgée. Les principales caractéristiques cliniques sont résumées dans le tableau 3.

TABLEAU 3 : CARACTÉRISTIQUES CLINIQUES DES DIFFÉRENTS GROUPES (PE : PSYCHOÉDUCATION; CTRL: CONTRÔLE).

	Groupe PE ETB (Marchienne) n = 60	Groupe PE BBDP (Barcelone) n = 60	Test statistique	valeur de p	Groupe CTRL (Barcelone) n = 60	Test statistique	valeur de p
Sexe							
Masculin	22 (36.7 %)	22 (36.7 %)	$\chi^2 = 0$	.99	22 (36.7 %)	$\chi^2 = 0$	> .99
Féminin	38 (63.3 %)	38 (63.3 %)			38 (63.3 %)		
Sous-type							
Bipolarité de type I	34 (56.6 %)	52 (86.7 %)	$\chi^2 = 13.291$	< .001	48 (80 %)	$\chi^2 = 7.55$	.006
Bipolarité de type II	26 (43.4 %)	8 (13.3 %)			12 (20 %)		
Caractéristiques psychotiques	34 (56.6 %)	47 (78.3 %)	$\chi^2 = 6.420$	.011	42 (70 %)	$\chi^2 = 2.3$	.12
Comorbidité Axe II	24 (40 %)	15 (25 %)	$\chi^2 = 3.077$	.079	22 (36.7 %)	$\chi^2 = 0.14$	.71
Age de début moyen	24	22,26 (6.69 %)	t = NA		23.25 (7.55 %)	t = NA	
Nbre moyen d'hospitalisation	2,3	1,81 (1.78 %)	t = NA		2.01 (2.12 %)	t = NA	
Nbre moyen d'épisodes antérieurs	7	10,31 (10.55 %)	t = NA		8.81 (6.60 %)	t = NA	
Age moyen	44,7	34,03	t = NA		???	t = NA	

ANALYSES

OUTILS STATISTIQUES

Les courbes de récurrence ont été créées à l'aide de l'estimateur de Kaplan-Meier. La comparaison des caractéristiques de base de l'échantillon a été réalisée à l'aide du test χ^2 pour les variables catégoriques tels que le sexe, le sous-type de diagnostic, les caractéristiques psychotiques, et la comorbidité sur l'Axe 2. Pour les variables quantitatives, nous aurions dû utiliser un test t, mais n'ayant pas les données brutes de l'étude de Barcelone nous n'avons pu faire cette comparaison. Les analyses lors de la phase de traitement et de suivi ont été faite séparément pour les différents types de rechutes à l'aide du test χ^2 . Ces analyses ont eu lieu pour le groupe de Barcelone et notre groupe. La comparaison pour la moyenne des rechutes durant le traitement et le suivi ont été réalisés avec le test U de Mann-Whitney.

Les différents traitements statistiques ont été effectués à l'aide du logiciel SPSS Statistics 25 (*Statistical Package for the Social Sciences*).

Le but de l'analyse des autres données était de comparer l'évolution des patients venus seuls et ceux venus accompagnés. Pour ce faire, nous avons comparé les patients des deux groupes pour chaque échelle réalisée au temps 0, à 6 mois et à 1 an après la fin du programme. Nous comparons donc les échelles sur deux points : les différences entre les deux groupes et l'évolution dans le temps. Dès lors, le test statistique le plus approprié est l'ANOVA mixte, la variable temps étant une variable *intrasujet* et la variable groupe une variable *intersujet*. Le test de Mauchly a été appliqué afin d'évaluer l'hypothèse de sphéricité. Si celle-ci n'était pas retenue, les tests de Greenhouse-Geisser ou Huynh-Feldt étaient appliqués en fonction de la valeur de l'épsilon de Greenhouse-Geisser. Si ce dernier était supérieur à 0,75, le test de Huynh-Feldt était utilisé, dans le cas contraire, le test de Greenhouse-Geisser était appliqué.

Pour les échelles de dépression et de manie, nous avons également comparé les récurrences dans les deux groupes en utilisant un test de Chi carré comparant les deux groupes entre eux en termes de récurrence, à la fin du programme et un an après le programme. Les conditions d'application du test de Chi carré sont rassemblées, l'effectif total étant supérieur à 30 et chaque fréquence attendue étant supérieure à 5. Pour l'échelle d'amélioration subjective, la répartition n'étant pas gaussienne et l'effectif étant réduit, nous utilisons un test non paramétrique de Mann-Whitney.

RESULTATS

LE NOMBRE DE RÉCURRENCES

Lors de la phase de traitement, 20 patients (33,3 %) ont eu une rechute (manie, hypomanie, épisode mixte ou dépression) dans notre groupe ETB. Ce nombre se rapproche du groupe BBDP de Barcelone avec 23 patients, soit 38,3 % ($\chi^2 = .326$; $p = .568$), et se distingue de celui du groupe contrôle avec 36 patients, soit 60 % ($\chi^2 = 8.571$; $p = .003$). À la fin des deux ans de suivi, 28 patients (46 %) dans notre groupe ETB ont eu une rechute contre 40 patients (67 %) pour le groupe BBDP de Barcelone et 55 patients (92 %) pour le groupe contrôle. Bien que ces différences soient statistiquement significatives, elles restent non représentatives car elles ne prennent pas en compte les abandons dans les différents groupes et notamment le nôtre.

Nous pouvons voir lors de la phase de traitement que le groupe contrôle de Barcelone a eu davantage de rechute de type maniaque ($\chi^2 = 3.42$; $p = .064$), hypomaniaque ($\chi^2 = 9.06$; $p = .003$), et mixte ($\chi^2 = 9.06$; $p = .003$) que notre groupe ETB. Ces comparaisons rejoignent celles du groupe BBDP de Barcelone pour les épisodes maniaques et hypomaniaques combinés ($\chi^2 = 11.67$; $p < .001$), les épisodes mixtes ($\chi^2 = 9.06$; $p = .003$), et les épisodes dépressifs ($\chi^2 = 0.012$; $p = .91$).

Pour le suivi sur deux ans (« *follow-up* »), en comparaison avec notre groupe ETB, le nombre de rechute était plus grand dans le groupe contrôle de Barcelone pour l'ensemble des catégories : manie ($\chi^2 = 6.32$; $p = .011$), hypomanie ($\chi^2 = 9.61$; $p = .002$), mixte ($\chi^2 = 15.57$; $p < .001$), et dépression ($\chi^2 = 5.911$; $p = .015$). A l'inverse, nous n'observons aucune différence significative avec le groupe expérimental de Barcelone. Ces comparaisons restent à interpréter avec prudence étant donné le nombre d'abandons important dans notre étude.

LE TEMPS DE RECHUTE

Les courbes de récurrence peuvent être créées à l'aide de l'estimateur de Kaplan-Meier, mais il nous faudrait les données brutes du groupe contrôle afin de faire cette comparaison dans le temps (à 6 mois, 1 an, 18 mois, et 2 ans) post-groupe.

HOSPITALISATION

Lors de la phase de traitement, le nombre d'hospitalisations n'a pas été différent significativement. Cinq patients sur 48 (8,3 %) ont été hospitalisés dans notre groupe ETB, contre 9 patients (16,1 %) pour le groupe BBDP de Barcelone ($\chi^2 = 0.17$; $p = .399$) et huit patients sur 60 (13,3 %) pour le groupe contrôle ($\chi^2 = .021$; $p = .643$).

À la fin de la période de suivi, il n'y avait pas de différence significative entre notre groupe ETB et les groupes de Barcelone. Dix patients sur 34 (29,4 %) ont été hospitalisés, contre 14 sur 56 (25 %) pour le groupe BBDP de Barcelone ($\chi^2 = .021$; $p = .646$) et 21 patients sur 60 (35 %) pour le groupe contrôle ($\chi^2 = .306$; $p = .579$).

À nouveau, nous soulignons que les abandons ont un impact sur le nombre d'hospitalisations. Une comparaison par U Mann Whitney est nécessaire mais ne peut se faire que sur la phase de traitement et la phase de suivi après les deux ans comme ne nous possédons pas leurs données brutes. Le tableau 4 présente le nombre de patients et leur type de rechute lors de la phase de traitement et le suivi de 2 ans.

TABLEAU 4. NOMBRE DE PATIENTS QUI RECHUTENT DURANT LE TRAITEMENT ET LA PHASE DE SUIVI

	Phase de traitement (6 mois)					Phase de follow-up (2 ans)				
	Groupe PE ETB (Marchienne) n = 60	Groupe PE BBDP (Barcelone) n = 60	Groupe CTRL (Barcelone) n = 60	Groupe PE BBDP (Barcelone)	Groupe CTRL (Barcelone)	Groupe PE ETB (Marchienne) n = 60	Groupe PE BBDP (Barcelone) n = 60	Groupe CTRL (Barcelone) n = 60	Groupe PE BBDP (Barcelone)	Groupe CTRL (Barcelone)
Récurrence	20/60 (33,3 %)	23/60 (38,3 %)	36/60 (60 %)	$\chi^2 = .326$ $P = .568$	$\chi^2 = 8.571$ $P = .003$	28/60 (46 %)	40/60 (66 %)	55/60 (92 %)	$\chi^2 = 4.887$ $p = .027$	$\chi^2 = 28.486$ $p < .001$
Phases de manie et hypomanie	3/48 (6,25 %)	12 (21,1 %)	20/60 (33 %)	$\chi^2 = 4.66$ $P = .03$	$\chi^2 = 11.67$ $P < .001$	12/34 (35,29 %)	28/60 (49,1 %)	45/60 (75 %)	$\chi^2 = 1.65$ $p = .198$	$\chi^2 = 14.33$ $p < .001$
Hypomanie	2/48 (4,2 %)	4/56 (7,1 %)	13/60 (21,7 %)	$\chi^2 = 2.944$ $P = .087$	$\chi^2 = 3.42$ $p = .064$	7/34 (20,6 %)	18/57 (31,6 %)	28/60 (46,7 %)	$\chi^2 = 1.29$ $p = .256$	$\chi^2 = 6.32$ $p = .011$
Manie	1/48 (2,1 %)	8/57 (14 %)	9/60 (15 %)	$\chi^2 = 1.44$ $P = .229$	$\chi^2 = 9.06$ $P = .003$	6/34 (17,6 %)	18/57 (32 %)	30/60 (50 %)	$\chi^2 = 2.27$ $p = .132$	$\chi^2 = 9.61$ $p = .002$
Mixte	1/48 (2,1 %)	7/56 (12,5 %)	13/60 (21,7 %)	$\chi^2 = 3.95$ $P = .047$	$\chi^2 = 9.06$ $P = .003$	2/34 (5,9 %)	11/56 (19,6 %)	27/60 (45 %)	$\chi^2 = 3.24$ $p = .072$	$\chi^2 = 15.57$ $p < .001$
Dépression	16/49 (32,6 %)	8/59 (13,6 %)	19/60 (31,7 %)	$\chi^2 = 5.64$ $P = .017$	$\chi^2 = 0.012$ $p = .91$	30/35 (85,7 %)	24/59 (40,7 %)	43/60 (45 %)	$\chi^2 = 2.45$ $p = .12$	$\chi^2 = 5.911$ $p = .015$
Hospitalisation	5/60 = (8,3 %)	9/56 (16,1 %)	8/60 (13,3 %)	$\chi^2 = 0.17$ $P = .399$	$\chi^2 = .021$ $p = .643$	10/34 (29,4 %)	14/56 (25 %)	21/60 (35 %)	$\chi^2 = .021$ $p = .646$	$\chi^2 = .306$ $p = .579$

COMPARAISON D'ÉVOLUTION ENTRE LE GROUPE DE PATIENTS « SEULS » ET LE GROUPE « ACCOMPAGNÉS »

Les données sociodémographiques et les caractéristiques de la maladie pour les deux groupes sont repris dans les tableaux 5 et 6. La répartition en deux groupes (« seuls » ou « accompagnés ») n'étant pas aléatoire, on note que les populations diffèrent en de nombreux points, tant au niveau sociodémographique qu'au niveau des caractéristiques de la maladie. Par exemple, le nombre de patients bipolaires de type II est plus important dans le groupe des patients venus seuls.

Le tableau 7 compare le taux de récurrence des patients venus seuls avec les patients venus accompagnés. La première ligne reprend le nombre de patients ayant eu une rechute durant le programme de psychoéducation. Les épisodes thymiques présents au départ de l'étude n'ont pas été pris en compte puisqu'il ne s'agit pas de *récurrence* au sens propre du terme. La seconde ligne reprend le nombre cumulé de patients ayant eu une rechute du début du programme jusqu'à un an après sa terminaison. Le test de Chi carré est appliqué et ne montre pas de différence significative entre les deux groupes.

Le tableau 8 reprend le nombre d'épisodes dépressifs, maniaques, hypomanes et mixtes recensés durant le programme et jusqu'à un an de suivi. Certains patients ayant fait plusieurs épisodes sur cette période, le nombre total d'épisodes dépasse le nombre de patients repris dans le tableau 6. Les effectifs étant extrêmement réduits, le test de Chi carré n'est pas applicable.

Les résultats de l'ANOVA mixte sont repris dans le tableau 9. On note qu'il n'y a aucune p-valeur significative < 0.05 pour la comparaison des patients venus seuls par rapport à ceux venus accompagnés et donc aucune différence statistiquement significative entre ces deux groupes concernant l'évolution des échelles entre le début du programme et un an après le programme. Par contre, lorsqu'on compare l'évolution dans le temps entre T_0 , T_1 et T_2 sans faire de différence entre les deux groupes, on obtient une différence statistiquement significative entre T_0 et T_1 - T_2 pour les échelles de connaissance, de qualité de vie psychique et pour la mesure de l'introspection (échelle de Hunt) sous-catégorie inquiétude. On voit que cette différence va dans le sens d'une amélioration dans le temps pour les échelles de connaissances et qualité de vie psychique. La psychoéducation semble efficace sur ces deux éléments, mais de manière indifférenciée pour les patients venus seuls ou accompagnés.

TABLEAU 5. DONNÉES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES DES DEUX GROUPES

	Accompagné (n=40)	Seul (n=20)
Âge moyen	40.5ans [20 ; 62ans]	50.3ans [28 ; 68ans]
<i>Sexe</i>		
Homme	45 %	25 %
Femme	55 %	75 %
<i>Statut marital</i>		
Marié	32.5 %	25 %
Divorcé	10 %	40 %
Célibataire	32.5 %	10 %
Veuf	0 %	5 %
En couple	12.5 %	5 %
Autre	12.5 %	5 %
Inconnu	0 %	10 %
<i>Type de revenu</i>		
Mutuelle	47.5 %	70 %
Employé	20 %	5 %
Etudiant	7.5 %	0 %
Ouvrier	0 %	0 %
Chômeur	12.5 %	10 %
Retraité	10 %	15 %
Inconnu	2.5 %	0 %

TABLEAU 6 : CARACTÉRISTIQUES DU TROUBLE BIPOLAIRE DE CHAQUE GROUPE.

	Accompagné (n=40)	Seul (n=20)
<i>Type de bipolarité</i>		
Type 1	55 %	30 %
Type 2	37.5 %	60 %
Inconnu	7.5 %	10 %
<i>Début des symptômes</i>		
< 18ans	15 %	10 %
18-24 ans	20 %	30 %
> 24ans	52.5 %	35 %
Inconnu	12.5 %	25 %
<i>Nombre d'épisodes dépressifs</i>		
0	5 %	0 %
1-5	37.5 %	20 %
>5	17.5 %	35 %
Inconnu	40 %	45 %
<i>Nombre d'épisodes maniaques</i>		
0	17.5 %	35 %
1-5	50 %	20 %
>5	5 %	10 %
Inconnu	27.5 %	35 %
<i>Nombre d'épisodes hypomanes</i>		
0	27.5 %	25 %
1-5	25 %	15 %
>5	7.5 %	10 %
Inconnu	40 %	50 %
<i>Nombre d'épisodes mixtes</i>		
0	55 %	40 %
1-5	12.5 %	10 %
>5	0 %	5 %
Inconnu	32.5 %	45 %
<i>Présence de symptômes psychotiques</i>		
Oui	60 %	60 %
Non	30 %	25 %
Inconnu	10 %	15 %
<i>Antécédents psychiatriques familiaux</i>		
Oui	92.5 %	85 %
Non	7.5 %	15 %
Inconnu	0 %	0 %
<i>Nombre d'hospitalisations</i>		
0	15 %	40 %
1-5	70 %	60 %
> 5	2.5 %	0 %
Inconnu	12.5 %	30 %
<i>Comorbidités psychiatriques</i>		
Oui	35 %	45 %
Non	45 %	55 %
Inconnu	20 %	0 %

TABLEAU 7 : COMPARAISON DES RÉCURRENCES ENTRE LE GROUPE SEULS ET ACCOMPAGNÉS.

	Récurrence seul	Récurrence accompagné	χ^2	P-valeur
Pendant le groupe	6/11	8/23	1.194	0.2 < P < 0.3
A 1 an post groupe	6/11	13/23	1.188	0.2 < P < 0.3

TABLEAU 8 : RÉCURRENCES BRUTES POUR LES DIFFÉRENTS ÉPISODES THYMIQUES.

	Seul	Accompagné
Dépression	6	11
Manie	0	2
Hypomanie	1	2
Mixte	1	1
Total	8	16

TABLEAU 9 : RÉSULTATS STATISTIQUES DE L'ANOVA MIXTE. LES VALEURS PERTINENTES POUR CHAQUE TEST APPARAISSENT EN GRAS (LES AUTRES SONT CELLES DONT ON NE TIEN PAS COMPTE EN FONCTION DU TEST DE MAUCHLY. LES P-VALEUR SIGNIFICATIVES APPARAISSENT EN BLANC ET SUR FOND BLEU FONCÉ. T0= PRÉ PROGRAMME. T1= 6 MOIS POST PROGRAMME. T2= 12 MOIS POST PROGRAMME

	P valeur du test de sphéricité de Mauchly (ε de Greenhouse-Geisser)	P-valeur		
		Hypothèse de sphéricité	Greenhouse Geisser	Huynh-Feldt
<i>Hamilton</i>				
T0 x T1-T2	0.286	0,653	0.638	0.653
Seul x Acc	(0.924)	0.52	0.509	0.520
<i>Beck Rafaelsen</i>				
T0 x T1-T2	0.804	0.482	0.480	0.842
Seul x Acc	(0.986)	0.838	0.835	0.838
<i>Hunt total</i>				
T0 x T1-T2	0.002	0.316	0.307	0.309
Seul x Acc	(0.751)	0.566	0.519	0.531
<i>Hunt traitement</i>				
T0 x T1-T2	0.227	0.824	0.804	0.824
Seul x Acc	(0.914)	0.721	0.761	0.781
<i>Hunt Inquiétude</i>				
T0 x T1-T2	0.036	0.004	0.006	0.005
Seul x Acc	(0.834)	0.814	0.74	0.792
<i>Hunt maladie</i>				
T0 x T1-T2	0.232	0.203	0.205	0.203
Seul x Acc	(0.915)	0.972	0.964	0.972
<i>SF 36 total</i>				
T0 x T1-T2	0.355	0.125	0.128	0.125
Seul x Acc	(0.936)	0.134	0.137	0.134
<i>SF 36 psychologique</i>				
T0 x T1-T2	0.294	0.018	0.021	0.018
Seul x Acc	(0.925)	0.391	0.385	0.391
<i>Connaissances</i>				
T0 x T1-T2	0.000	0.001	0.003	0.002
Seul x Acc	(0.693)	0.291	0.283	0.285

IMPACT SUR LES PROCHES

La dernière question posée par cette étude est l'impact que la psychoéducation peut avoir sur les proches en termes de souffrance psychique et de qualité de vie. On peut retrouver les caractéristiques sociodémographiques des proches dans le tableau 10. Nous avons comparé les résultats des différentes échelles passées par les proches entre T₀ (avant la psychoéducation) et T₁ (un an après la fin de la psychoéducation). Après avoir vérifié que la répartition des données n'était pas gaussienne, nous avons appliqué le test non paramétrique de Wilcoxon pour échantillons liés. Le test porte sur un effectif de 23 proches ayant rempli la totalité du suivi à 1 an.

Le test non paramétrique de Wilcoxon montre une différence significative en termes de souffrance psychique et en termes de connaissances avant et à un an après la psychoéducation, comme illustré dans le tableau 11.

En ce qui concerne l'absence d'amélioration de la qualité de vie en général, cela pourrait s'expliquer par le fait que la moyenne d'âge des proches est relativement élevée et que le questionnaire comporte beaucoup de questions sur leur état physique. En ce qui concerne la sous-catégorie psychologique, l'absence d'amélioration est étonnante puisque la souffrance psychique diminue. La comparaison des deux questionnaires montre que l'échelle CES-D comporte beaucoup plus de questions concernant les aspects psychologiques que le la SF36, ce qui rend la CES-D probablement plus fiable et son amélioration d'une plus grande valeur.

Le point de départ de notre travail « débuté en 2012 » était de collecter des données au niveau de l'évolution de nos patients afin de tester l'efficacité de notre programme ETB. Les études concernant la psychoéducation rapportent toujours un bénéfice, tel que le programme de Colom et Vieta³⁴ ou le *Life Goals Program*^{35,36}, devenus des références internationales et recommandées en première ligne dans les guidelines des soins de qualité, en plus du suivi et d'un traitement algorithmique pharmacologique¹⁰. Cependant, le taux de rechute et de récurrence concerne davantage la dépression – tant dans le trouble bipolaire de type I que de type II –, mais surtout dans le trouble bipolaire de type II, avec un ratio 37/1⁹. Sans oublier le temps passé avec des symptômes subsyndromiques ou résiduels, qui altèrent fortement la qualité de vie. Or, les guidelines mettent en avant le peu d'efficacité des programmes de psychoéducation sur le traitement des épisodes dépressifs en tant que tels. Les programmes TCC sont quant à eux recommandés en tant que *traitement adjuvant de deuxième intention* dans la dépression aiguë, au même niveau que les thérapies familiales. L'inclusion des proches permet de gagner en prévention des épisodes et amélioration de l'évolution pour les patients. Nous avons par conséquent opté pour un programme de psychoéducation en français qui pallie l'absence d'outils TCC des programmes de psychoéducation, en intégrant des outils TCC de programmes validés, comme celui de Basco^{11,12}, en plus d'outils venant des ouvrages de Cungi^{37,38}, et du manuel BBDP de Colom et Vieta¹⁸. Nous avons également ouvert le groupe aux proches des personnes souffrant de bipolarité. L'objectif était de comparer 60 patients inclus dans notre groupe « *Epaulons le trouble bipolaire* » (ETB), avec les données accessibles du groupe *Barcelona Bipolar Disorder Program* (BBDP) et de son groupe contrôle (« *Barcelona* »).

TABLEAU 10 : CARACTÉRISTIQUES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES DES PROCHES

Proches (N=40)	
Âge moyen	51.42 ans [24 ; 75ans]
Sexe	
Homme	50 %
Femme	50 %
Lien avec le patient	
Partenaire	60 %
Parents	22.5 %
Fratrie	2.5 %
Ami	5 %
Autre	2.5 %
Inconnu	7.5 %
Type de revenu	
Mutuelle	2.5 %
Travailleur actif	60 %
Etudiant	2.5 %
Chômeur	7.5 %
Retraité	20 %
Inconnu	25 %

TABLEAU 11 : RÉSULTAT DU TEST DE WILCOXON COMPARANT LES PROCHES ENTRE T0 ET T1

	Statistique de test	P-valeur
Echelle de souffrance psychique CESD	28.5	0,023
SF 36 total	62	0.492
SF 36 psychologique	90	0.523
Connaissances	134	0.001

Concernant la population dans les deux groupes, elle est similaire en termes de nombre de participants au départ et de répartition homme/femme ainsi que de sévérité des troubles, mais la population est un peu plus âgée dans notre groupe. Nous avons peu de type I, et trois fois plus de type II que le groupe de Barcelone. Nous avons cependant un taux d'abandons de 20 % durant la phase de traitement, ce qui reste inférieur aux données de la littérature³⁹. À deux ans, nous avons des abandons à 43 %, ce qui peut fausser notre comparaison avec le groupe de Barcelone et représente une des limitations de notre étude.

Les résultats de cette première étude pilote sont toutefois prometteurs. Durant la phase de traitement, le taux de rechute est de 33,3 % dans notre groupe ETB, comparé à 38,3 % dans le groupe BBDP, et à 60 % dans le groupe contrôle. À deux ans post-groupe, notre groupe ETB a un taux de rechute de 46 %, comparé à 67 % dans le groupe BBDP, et 92 % dans le groupe contrôle. Cela montre que notre programme présente des effets positifs sur la récurrence tel qu'attendu dans la littérature, et de façon plus importante que le groupe BBDP, ce

qui pourrait être attribué aux outils de TCC proposés. Bien que ces différences soient statistiquement significatives, l'une des limitations de notre étude est qu'elles sont non-représentatives parce qu'elles ne prennent pas en compte les abandons dans les différents groupes et notamment le nôtre.

Concernant le type de rechute, nous avons relevé 32,6 % de dépression, comparé à 13,6 % dans le groupe BBDP en phase de traitement. Ce nombre augmente en phase de suivi à 85,7 % dans le groupe ETB, comparé à 40,7 % dans le groupe BBDP. Ce nombre reste important, malgré l'intégration d'outils TCC. Toutefois comme déjà précisé, notre population comporte plus de patients bipolaires II dont l'évolution naturelle présente plus de rechutes dépressives avec une évolution plus chronique que dans le type I. Nous ne savons toutefois pas si les personnes qui ont abandonné le suivi au cours des deux années de suivi post-groupe ont abandonné parce qu'ils allaient mieux ou pour une autre raison. De même, il y a plus de comorbidité liée à un trouble de la personnalité dans le groupe ETB (40 %), comparé au groupe BBDP (25 %) : ces facteurs ont pu influencer le nombre d'abandons. Dans les études portant sur les troubles des patients qui abandonnent leur thérapie, un seul critère fait véritablement l'unanimité : les patients souffrant de troubles de la personnalité, les patients au comportement agressif ou passif-agressif et les patients hostiles ont plus tendance à abandonner la thérapie ; les patients borderline sont portés à l'interruption précoce^{40,41}. Ces deux remarques ont pu jouer dans le résultat final.

Nous devons ajouter que notre étude se rapproche d'une étude naturalistique, par le peu de moyens dont nous avons disposés. En effet, le centre de Barcelone est un centre d'études où des doctorants du monde entier viennent faire des thèses et reçoivent de nombreux subsides. Les patients ont d'ailleurs été contactés tous les 15 jours par des mémorands jusqu'à cinq ans post-groupe – ces modalités ne sont pas comparables aux nôtres⁴². Enfin, il nous manque des données brutes de Colom et Vieta pour évaluer les temps de rechute et le nombre d'hospitalisation et en tirer des conclusions (ces données n'ont pas pu être obtenues, afin que les auteurs restent respectueux des règles de leur comité d'éthique).

Malheureusement, cette étude n'a pas pu mettre en évidence une plus-value statistiquement significative en termes de récurrence des épisodes, de thymie, d'introspection, de qualité de vie, de connaissances et du nombre d'hospitalisations chez les patients bipolaires venus accompagnés. Pourtant cela était attendu au vu de la littérature qui, elle, rapporte un bénéfice en termes de nombre de rechute, de sévérité des épisodes, du nombre d'hospitalisations mais aussi du fonctionnement global et social chez les patients dont les proches sont impliqués dans une intervention familiale^{15,43}.

Il existe plusieurs hypothèses permettant d'expliquer cette discordance. Premièrement, il y a les limitations liées aux tests statistiques eux-mêmes. En effet, au vu du taux d'abandon important, nos effectifs sont extrêmement réduits, rendant d'autant plus difficile toute tentative de démontrer une différence statistiquement significative. Le fait d'exploiter uniquement les résultats des patients n'ayant pas abandonné

l'étude consiste en soi un important biais de sélection. Deuxièmement, comme nous l'avons annoncé dans la description du design de l'étude et la présentation des sujets, nos deux groupes ne sont pas randomisés, ce qui implique la présence de nombreux facteurs confondants comme le type de trouble bipolaire, l'avancement de la maladie, sa polarité ou encore les comorbidités psychiatriques. Si nos deux populations ne sont pas comparables en tous points pour ces différents éléments, ces derniers peuvent venir confondre nos résultats ou masquer une différence existante. L'ensemble des éléments précités représentent donc un obstacle à l'analyse de nos résultats et pourraient peut-être masquer un éventuel effet bénéfique de la présence des proches dans le groupe. Rajoutons toutefois que le programme avait un effet favorable sur les différentes données mesurées par les échelles, sauf une dégradation légère mais significative de l'inquiétude sur l'échelle de Hunt. Mais cette dégradation était parallèle à des rechutes thymiques qui comportent des troubles du jugement comme bien connu. Enfin, concernant l'impact sur les proches, nous avons pu démontrer une différence significative en termes de souffrance psychique et en termes de connaissances avant et à un an après la psychoéducation. En ce qui concerne l'absence d'amélioration de la qualité de vie en général, cela pourrait s'expliquer par le fait que la moyenne d'âge des proches est relativement élevée et que le questionnaire comporte beaucoup de questions sur leur état physique.

Les interventions familiales doivent cibler les éléments suivants pour réduire la charge que représente la pathologie pour les proches : aider les proches à comprendre et à accepter la maladie et le traitement qu'elle implique, corriger les fausses croyances et les mauvaises attributions ; entraîner les proches à des stratégies de coping leur permettant de faire face à la maladie mais également aux situations stressantes ; entraîner à des techniques de communication plus adaptées ; soutenir les proches ; valoriser, promouvoir et valider leurs ressources, leur réseau social et le fait de prendre soin d'eux-mêmes⁴⁴. Comme nous l'avons mentionné plus tôt, le contenu de notre programme ne reprend pas de technique de thérapie familiale en tant que telle. Néanmoins, plusieurs des critères précités sont remplis, que ce soit de manière formelle en augmentant les connaissances des proches afin de leur permettre de mieux comprendre la maladie et de corriger leurs fausses croyances, ou de manière plus informelle en les soutenant, en les validant et en renforçant leur réseau social. Une évaluation du niveau d'émotion exprimée avant la psychoéducation et en fin de follow-up aurait permis de mieux se rendre compte de l'impact de notre programme sur le fonctionnement familial. Il serait également intéressant de comparer les proches de notre étude avec des aidants proches participant à des psychoéducations sans le patient afin d'évaluer si le fait de ne pas être exposé au regard du patient durant les séances ne permet de diminuer un peu plus la charge des proches. Ces programmes de psychoéducation centrés sur les proches sont plus axés sur le fait de prendre soin d'eux-mêmes et sur la gestion des situations de communications entre eux et les patients. Intuitivement, on peut imaginer que cela permettrait de diminuer un peu plus la souffrance des proches.

CONCLUSION

Les résultats sont encourageants et confortent l'idée d'intégrer plus d'outils TCC dans les programmes de psychoéducation afin de diminuer le nombre de récurrence au niveau des rechutes dépressives. Des études contrôlées et randomisées permettraient de vérifier ces premières données. Le programme ETP s'est montré comparable en termes de prévention des rechutes à celui de Barcelone – sous réserve des limitations précitées – et peut ainsi être diffusé (et ce, plus particulièrement auprès des patients bipolaires de type II).

L'intérêt d'intégrer des proches n'a pas pu être démontré comme favorable à l'évolution des patients ayant participé accompagnés, et s'explique pour toutes les raisons évoquées dans la discussion, mais nous engage à continuer nos mesures pour accroître l'effectif étudié et ainsi améliorer la puissance statistique.

Enfin, l'effet sur les proches est favorable, mais nous déplorons de ne pas avoir mesuré le degré d'émotions exprimées, et à ce niveau-là aussi la poursuite de l'étude en vue d'accroître les effectifs et améliorer les données récoltées est à envisager.

Conflit d'intérêt : néant.

Remerciements : Cette étude a été rendue possible grâce à l'aide reçue par la Commission scientifique de l'ISPPC.

BIBLIOGRAPHIE

- American Psychiatric Association. 2002. Practice guideline for the treatment of patients with bipolar disorder revision. *Am J Psychiatry*. 2002; 159;4(1):1-50
- Tohen M, Zarate CA, Hennen J, Kaur Khalsa H-M, Strakowski SM, Gebre-Medhin P *et al.* The McLean-Harvard First-Episode Mania Study: Prediction of Recovery and First Recurrence. *Am J Psychiatry*. 2003;160:2099-107
- Khazaal Y, Richard C, Preisig M, Zullino D.F. Psychoéducation des proches de patients bipolaires : impact sur les patients. Rationnel, développements et perspectives. *Med Hyg*. 2004;2496.
- Vázquez GH, Holtzman JN, Lolic M, Ketter TA, Baldessarini RJ. Recurrence rates in bipolar disorder: Systematic comparison of long-term prospective, naturalistic studies versus randomized controlled trials. *Eur Neuropsychopharmacol*. 2015;25(10):1501-12.
- Kishi T, Matsuda Y, Sakuma K, Okuya M, Mishima K, Iwata N. Recurrence rates in stable bipolar disorder patients after drug discontinuation v. drug maintenance: a systematic review and meta-analysis. *Psychol Med*. 2021;51(15):2721-9.
- Radua J, Grunze H, Amann BL. Meta-analysis of the risk of subsequent mood episodes in bipolar disorder. *Psychother Psychosom*. 2017 ;86(2):90-8.
- Serra G, Koukopoulos A, De Chiara L, Koukopoulos AE, Sani G, Tondo L, *et al.* Early clinical predictors and correlates of long-term morbidity in bipolar disorder. *Eur Psychiatry*. 2017;43:35-43.
- Judd LL, Schettler PJ, Akiskal HS, Maser J, Coryell W, Solomon D *et al.* Long-term symptomatic status of bipolar I vs. bipolar II disorders. *Int J Neuropsychopharmacol*. 2003;6(2):127-37.
- Judd LL, Akiskal HS, Schettler PJ, Coryell W, Endicott J, Maser JD *et al.* A prospective investigation of the natural history of the long-term weekly symptomatic status of bipolar II disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 2003;60(3):261-9.
- Yatham LN, Kennedy SH, Parikh SV, Schaffer A, Bond DJ, Frey BN *et al.* Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) and International Society for Bipolar Disorders (ISBD) 2018 guidelines for the management of patients with bipolar disorder. *Bipolar Disord*. 2018;20(2):97-170.
- Basco MR, Rush AJ. Cognitive-behavioral therapy for bipolar disorders (2nd ed.). 2005. Guilford Publications. 324p.
- Basco MR, Jeuniaux L, Van Rintel A. Le trouble bipolaire Manuel d'exercices pour une meilleure qualité de vie. 2008. Socrate Promarex
- Lam DH, Watkins ER, Hayward P, Bright J, Wright K, Kerr N *et al.* A randomized controlled study of cognitive therapy for relapse prevention for bipolar affective disorder: outcome of the first year. *Arch Gen Psychiatry*. 2003;60(2):145-52.
- Miklowitz DJ, Goldstein MJ. *Bipolar Disorder: A Family-focused Treatment Approach*. Guilford Press, New York, 1997.NY, US.
- Miklowitz DJ, Chung B. Family-focused therapy for bipolar disorder: Reflections on 30 years of research. *Family process*. 2016;55(3):483-99.
- Bottai T, Biloa-Tang M, Christophe S, Dupuy C, Jacquesy L, Kochman F. *et al.* Thérapie interpersonnelle et aménagement des rythmes sociaux (TIPARS) : du concept anglo-saxon à l'expérience française. *L'Encéphale*. 2010;36(S6):S206-17.
- Bonsack C, Rexhaj S, Favro J. Psychoéducation : définition, historique, intérêt et limites. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. 2015;173(1):79-84.
- Colom F, Vieta E, Scott J. *Psychoeducation Manual for Bipolar Disorder*. 1^{re} éd. Cambridge University Press. 2006;240 p.
- Colom F, Reinares M, Pacchiarotti I, Popovic D, Mazzarini L, Martínez-Arán A *et al.* Has number of previous episodes any effect on response to group psychoeducation in bipolar patients? A 5-year follow-up post hoc analysis. *Acta Neuropsychiatr*. 2010;22(2):50-3.
- Soo SA, Zhang ZW, Jia S, Khong E, Low JEW, Vamadevan S *et al.* Randomized controlled trials of psychoeducation modalities in the management of bipolar disorder: a systematic review. *J Clin Psychiatry*. 2018;79(3):16073
- Bond K, Anderson IM. Psychoeducation for relapse prevention in bipolar disorder: a systematic review of efficacy in randomized controlled trials. *Bipolar Disorder*. 2015;17(4):349-62.
- Reinares M, Pacchiarotti I, Solé B, García-Estela A, Rosa AR, Bonnín CM *et al.* A prospective longitudinal study searching for predictors of response to group psychoeducation in bipolar disorder. *J Affect Disord*. 2020;274 :1113-21.
- M'Bailara K, Henry C. Psycho-éducation multifamiliale et troubles bipolaires. *Thérapies multifamiliales*. 2007:113-27.

24. Souery D, Martens, M. Le trouble bipolaire. Parlons-en ! Funambuleinfo. 2007. Le Funambule (blog), 3 mars 2016. <https://www.funambuleinfo.be/index.php/2016/03/03/trouble-bipolaire-parlons-en/>.
25. Jeunieaux L, Cortello B, Grosjean K, Legrand S, Vanderkelen P, Fontaine P. Programme destiné aux patients bipolaires et leurs proches : 6 ans déjà... *Neurone* 2011;17(6):14.
26. Jeunieaux L, Cortello B, Legrand S, Vanderkelen P, Fontaine P. Psychoéducation dans le trouble bipolaire : expérience à Vincent Van Gogh. *Acta Psychiatr Belg.* 2012;2(112):5-11.
27. Hamilton M. A rating scale for depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatry.* 1960;23: 56-62.
28. Hamilton M. Development of a rating scale for primary depressive illness. *Br J Soc Clin Psychol.* 1967;6(4):278-96.
29. Bech P, Rafaelsen OJ, Kramp P, Bolwig TG. The mania rating scale: scale construction and inter-observer agreement. *Neuropharmacology.* 1978;17(6):430-1.
30. Hunt E, Vachon G, Côté G. Validation de la version française du « self-appraisal of illness questionnaire ». *Recherche en soins infirmiers*, 2009;2:74-84.
31. Marks KA, Fastenau PS, Lysaker PH, Bond GR. Self-Appraisal of Illness Questionnaire (SAIQ): relationship to research-validated insight and neuropsychological function in schizophrenia. *Schizophr Res.* 2000;5:203-11.
32. Leplège A, Ecosse E, Verdier A, Perneger TV. The French SF-36 Health Survey: translation, cultural adaptation and preliminary psychometric evaluation. *J Clin Epidemiol.* 1998;51(11):1013-23.
33. Führer R, Rouillon F. La version française de l'échelle CES-D (Center for Epidemiologic Studies Depression Scale). *European Psychiatry.* 1989;4:163-6.
34. Colom F, Vieta E, Martínez-Arán A., Reinares M., Goikolea, J.M. Benabarre, A. *et al.* A Randomized Trial on the Efficacy of Group Psychoeducation in the Prophylaxis of Recurrences in Bipolar Patients Whose Disease Is in Remission. *Arch Gen Psychiatry.* 60;4:402-7.
35. Mark MS, Bauer S, McBride L. Structured Group Psychotherapy for Bipolar Disorder: The Life Goals Program, Second Edition. New York: Springer Publishing Company, 2003.
36. Bauer MS, McBride L, Chase C, Sachs G, Shea N. Manual-Based Group Psychotherapy for Bipolar Disorder: A Feasibility Study. *J Clin Psychiatry.* 1998;59(9): 449-55.
37. Cungi C. Savoir gérer son stress. Nouvelle. Paris: Retz, 2003. 218 p.
38. Cungi C. Savoir s'affirmer. 2e éd. ent. rev. et corr. Paris: Retz, 2001. 206 p.
39. Wierzbicki M, Pekarik G. A meta-analysis of psychotherapy dropout. *Professional Psychology: Research and Practice*, 1993;24(2):190-5.
40. Piper W, Ogrodniczuk J, Lamarche C, Joyce A. Use of the social relations by group therapists: application and commentary. *Int J Group Psychother.* 2006;56(2):191-209.
41. Ogrodniczuk JS, Piper WE, Sheptycki AR. Interpersonal predictors of outcome following short-term group therapy for complicated grief: a replication. *Clin Psychol Psychother.* 2010; 1#7(2):122-35.
42. Colom F, Vieta E, Sánchez-Moreno J, Palomino-Otiniano R, Reinares M, Goikolea JM, Benabarre A, Martínez-Arán A. Group psychoeducation for stabilised bipolar disorders: 5-year outcome of a randomised clinical trial. *Br J Psychiatry.* 2009;194(3):260-5.
43. Fiorillo A, Sampogna G, Gaudio LD, Luciano M, Vecchio VD. Efficacy of supportive family interventions in bipolar disorder: a review of the literature. *Journal of Psychopathology.* 2013;19:134-42.
44. Reinares M, Bonnín CM, Hidalgo-Mazzei D, Sánchez-Moreno J, Colom F, Vieta E. The role of family interventions in bipolar disorder: A systematic review. *Clin Psychol Rev.* 2016;43:47-57.

AUTEUR CORRESPONDANT

LAURENCE JEUNIEAUX

CHU de Charleroi

Service de psychiatrie (Site de l'Hôpital Vincent van Gogh)

Rue de l'Hôpital, 55

6030 Charleroi

E-mail : laurence.jeunieaux@chu-charleroi.be