



Thèse

2022

Open Access

This version of the publication is provided by the author(s) and made available in accordance with the copyright holder(s).

Psychoéducation et trouble bipolaire : revue de la littérature et expérience genevoise

Levrat, Vanessa Joëlle

How to cite

LEVRAT, Vanessa Joëlle. Psychoéducation et trouble bipolaire : revue de la littérature et expérience genevoise. Doctoral Thesis, 2022. doi: 10.13097/archive-ouverte/unige:160788

This publication URL: <https://archive-ouverte.unige.ch/unige:160788>

Publication DOI: [10.13097/archive-ouverte/unige:160788](https://doi.org/10.13097/archive-ouverte/unige:160788)

Section de médecine clinique
Département de
Psychiatrie

Thèse préparée sous la direction du Professeur Jean-Michel Aubry

**" PSYCHOEDUCATION ET TROUBLE BIPOLAIRE : REVUE
DE LA LITTÉRATURE ET EXPERIENCE GENEVOISE "**

Thèse
présentée à la Faculté de Médecine
de l'Université de Genève
pour obtenir le grade de Docteur en médecine
par

Vanessa LEVRAT

de

France

Thèse n° 11097

Genève

2021



**UNIVERSITÉ
DE GENÈVE**

FACULTÉ DE MÉDECINE

DOCTORAT EN MEDECINE

Thèse de :

Vanessa LEVRAT

originnaire de France

Intitulée :

Psychoéducation et trouble bipolaire : revue de la littérature et expérience genevoise

La Faculté de médecine, sur le préavis du Comité directeur des thèses, autorise l'impression de la présente thèse, sans prétendre par-là émettre d'opinion sur les propositions qui y sont énoncées.

Genève, le 7 février 2022

Thèse n° 11097

Cem Gabay
Doyen

N.B. - La thèse doit porter la déclaration précédente et remplir les conditions énumérées dans les "Informations relatives à la présentation des thèses de doctorat à l'Université de Genève".

Remerciements

Je remercie tout d'abord le Professeur Jean-Michel AUBRY, chef du Service des Spécialités Psychiatriques, directeur de cette thèse, pour son aide et ses encouragements durant ce travail.

Je remercie également la Docteure Hélène RICHARD-LEPOURIEL, médecin adjoint responsable d'unité au Service des Spécialités Psychiatriques, pour ses précieux conseils dans l'élaboration de cette thèse.

J'adresse mes remerciements à Mme Sandra TER PELLE et Mme Francine GENDRE pour leur aide et leur disponibilité.

Mes remerciements vont également à toute l'équipe de l'unité des troubles de l'humeur avec qui j'ai le plaisir de collaborer depuis 2018.

Enfin, je souhaite remercier mon époux pour sa relecture enrichissante ainsi que ma famille pour leur soutien.

Table des matières

1.	Introduction et cadre théorique	5
1.1.	Généralités sur le trouble bipolaire.....	5
1.2.	Les différentes approches psychosociales pour le trouble bipolaire	7
1.2.1.	Le programme de psychoéducation (PE) de Colom et Vieta.....	7
1.2.2.	Le Programme d'Objectifs Personnels (POP) développé par Bauer et Mc Bride	7
1.2.3.	Les thérapies cognitives et comportementales (TCC).....	7
1.2.4.	La <i>mindfulness</i>.....	7
1.2.5.	Les approches familiales	8
1.2.6.	Les psychothérapies des rythmes sociaux et des relations interpersonnelles (IPRST) ...	8
1.2.7.	La remédiation fonctionnelle (RF)	8
2.	Expérience genevoise de la PE pour le trouble bipolaire	8
2.1.	Généralités sur le Programme d'Objectifs Personnels	8
2.2.	Cadre conceptuel du Programme d'Objectifs Personnels.....	9
2.3.	Contenu des phases I et II du Programme d'Objectifs Personnels.....	10
2.4.	Expérience genevoise	11
3.	Questions et hypothèses de recherche.....	12
4.	Méthodes.....	13
4.1.	Stratégies de recherche et critères d'éligibilité	13
4.2.	Extractions des données	13
4.3.	Synthèse des données	13
5.	Résultats	14
5.1.	La PE selon le modèle de Colom et Vieta	14
5.2.	La PE selon le modèle de Bauer et Mc Bride.....	17
5.3.	La TCC	19
5.4.	Thérapie comportementale dialectique (TCD) et <i>mindfulness</i>	19
5.5.	Les approches familiales	20
5.5.1.	La FFT	20
5.5.2.	La PE incluant le conjoint ou les proches pour quelques sessions	21

5.6.	L'IPRST	21
5.7.	La remédiation fonctionnelle (RF)	22
5.8.	Collaborative care et programmes de réhabilitation.....	23
5.9.	PE dont le modèle théorique n'est pas précisé	23
5.10.	PE pour patients avec besoins spécifiques	24
5.11.	La PE numérique	24
6.	Discussion	27
6.1.	Remarques générales	27
6.2.	Types d'approche de PE	28
6.3.	Limites de cette revue de la littérature	31
7.	Conclusion.....	31
8.	Bibliographie	33
9.	Annexes.....	40

Résumé

Objectif : Le trouble bipolaire (TB) est une pathologie caractérisée par de nombreuses rechutes ayant de lourdes conséquences en termes d'impact fonctionnel pour le patient. Les soins se structurent autour de l'association d'un traitement pharmacologique et d'une intervention psychothérapeutique. Au sein de l'unité des troubles de l'humeur des Hôpitaux Universitaires Genevois (HUG), le Programme d'Objectifs Personnels (POP), développé par M.S. Bauer et L. Mc Bride est utilisé depuis 1998 comme référence pour l'approche psychoéducative du TB. L'objectif de cette thèse, centrée autour d'une revue systématique de la littérature est de revoir les études réalisées sur le thème de la psychoéducation (PE) du TB afin de déterminer si des interventions complémentaires pourraient enrichir notre pratique de la PE.

Méthodes : Une recherche exhaustive sur les bases de données PubMed/Medline et PsycINFO a été effectuée jusqu'en octobre 2020, basée sur les guidelines PRISMA. Les mots clés utilisés étaient « bipolar disorder », « psychoeducation », « randomized clinical trial » et « clinical trial » afin de cibler les essais contrôlés randomisés (ECR) autour de cette thématique.

Résultats : 62 articles ont été inclus. Les ECR portaient sur des programmes psychoéducatifs, en groupe ou individuels ou sur des interventions psychothérapeutiques plus complexes associées à de la PE. Des effets bénéfiques étaient retrouvés sur le risque de rechute, le nombre et la durée d'hospitalisation, l'observance au traitement ou d'autres critères cliniques. Des interventions plus récentes telles que la Mindfulness, la Remédiation Fonctionnelle (RF) ou encore le recours à des outils numériques figuraient également dans certains ECR. Les données récoltées pour ces interventions plus récentes sont néanmoins moins nombreuses.

Conclusion : Le programme psychoéducatif utilisé actuellement dans notre unité reste un programme de référence, ayant des bénéfices durables dans le temps sur l'évolution du TB. Il est par ailleurs moins coûteux en termes de ressources institutionnelles que certaines autres approches notamment celles associant des techniques psychothérapeutiques plus complexes. Des interventions plus récentes représentent une piste intéressante mais nécessitent plus d'études sur le sujet.

1. Introduction et cadre théorique

1.1. Généralités sur le trouble bipolaire

Le TB est une maladie chronique, sévère ayant de fortes répercussions sur le quotidien des patients et leurs proches. Elle est à l'origine de conséquences multiples notamment dans la sphère relationnelle ou professionnelle.

Selon la définition de la 5^e édition du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-5), (American Psychiatric Association, 2013), le TB est caractérisé par une évolution clinique faite d'épisodes thymiques récidivants avec un ou plusieurs épisodes dépressifs et au moins un épisode maniaque (TB I) ou hypomaniaque (TB II).

Un **épisode dépressif caractérisé** est défini par les éléments ci-dessous. Au moins 5 des symptômes suivants doivent être présents pendant une même période d'une durée de 2 semaines et ils représentent un changement par rapport au fonctionnement antérieur. Au moins un des symptômes est soit une humeur dépressive, soit une perte d'intérêt ou de plaisir :

- une humeur dépressive présente quasiment toute la journée
- une diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour toutes ou presque les activités quasiment toute la journée, presque tous les jours
- une perte ou un gain de poids significatif en l'absence de régime ou une diminution ou augmentation de l'appétit presque tous les jours
- une insomnie ou hypersomnie presque tous les jours
- une agitation ou un ralentissement psychomoteur presque tous les jours
- une fatigue ou perte d'énergie presque tous les jours
- un sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée (qui peut être délirante) presque tous les jours
- une diminution de l'aptitude à penser ou se concentrer ou une indécision presque tous les jours
- des pensées de mort récurrentes, des idées suicidaires récurrentes sans plan précis, une tentative de suicide ou un plan précis pour se suicider.

Un **épisode maniaque** est caractérisé par une période nettement délimitée durant laquelle l'humeur est élevée, expansive ou irritable de façon anormale ou persistante, avec augmentation anormale ou persistante de l'activité orientée vers un but ou de l'énergie, persistant la plupart du temps, presque tous les jours, pendant au moins une semaine (ou toute autre durée si une hospitalisation est nécessaire). Au moins trois de ces symptômes (quatre si l'humeur est seulement irritable) doivent être présents avec une intensité significative et doivent représenter un changement notable par rapport au comportement habituel :

- une augmentation de l'estime de soi ou des idées de grandeur
- une réduction du besoin de sommeil

- une plus grande communicabilité que d'habitude ou le désir constant de parler
- une fuite des idées ou la sensation subjective que les pensées défilent
- une distractibilité rapportée ou observée
- une augmentation de l'activité orientée vers un but (social, professionnel, scolaire ou sexuel) ou une agitation psychomotrice
- un engagement excessif dans des activités à potentiel élevé de conséquences dommageables.

La perturbation de l'humeur est suffisamment grave pour entraîner une altération marquée du fonctionnement professionnel ou des activités sociales, ou pour nécessiter une hospitalisation afin de prévenir des conséquences dommageables pour le sujet ou autrui ou bien il existe des caractéristiques psychotiques.

Un **épisode hypomaniaque** est caractérisé par les mêmes éléments cliniques que l'épisode maniaque mais la durée minimale requise des symptômes est plus courte (au moins 4 jours consécutifs). L'épisode s'accompagne de modifications indiscutables du fonctionnement, qui diffère de celui du sujet hors période symptomatique. La perturbation de l'humeur et la modification du fonctionnement sont manifestes pour les autres. La sévérité n'est pas suffisante pour entraîner une altération marquée du fonctionnement professionnel ou social, ou pour nécessiter une hospitalisation. S'il existe des caractéristiques psychotiques, l'épisode est par définition, maniaque.

La prévalence du TB est estimée à environ 2% (Jonas et al., 2003, Muller-Oerlinghausen et al., 2002) et celle-ci peut aller jusqu'à 6% si la définition de la maladie est élargie au spectre bipolaire (Pini et al., 2005).

L'âge d'apparition de la maladie se situe à la fin de l'adolescence ou au début de l'âge adulte mais un début plus précoce ou tardif est également possible. De manière plus précise, environ la moitié des personnes atteintes d'un TB I rapporte un début de la maladie avant l'âge de 25 ans, et celles atteintes d'un TB II, un âge légèrement plus tardif (Merikangas et al., 2011).

Les facteurs de risque sont multiples, environnementaux mais également et surtout génétiques. Le risque augmente avec le degré de parenté. Les parents au premier degré de personnes atteintes d'un TB auraient en effet dix fois plus de risque de développer la maladie (Smoller et Finn, 2003).

Le TB I affecte les hommes et les femmes avec des fréquences égales. Cependant, les femmes présentent des épisodes dépressifs, des manies mixtes et des cycles rapides plus fréquemment que les hommes. Le TB II semble également être plus fréquent chez les femmes que chez les hommes (Arnold, 2003).

Les comorbidités sont très fréquentes. Environ 22 % des patients bipolaires souffrent d'une pathologie somatique associée et 39 % d'un second trouble psychiatrique (dont les deux tiers sont liés à des abus de substances), (Walden et Grunze, 2003). Les abus de substances sont par ailleurs associés à des

taux plus élevés de tentatives de suicide, d'attaques de panique et de cycles rapides (Feinman et Dunner, 1996)

Le traitement du TB repose sur plusieurs aspects, médicamenteux d'une part et psychoéducatif/psychothérapeutique d'autre part. Le traitement pharmacologique consiste en un stabilisateur de l'humeur (lithium, antipsychotiques ou certains antiépileptiques), parfois associé dans des schémas plus complexes, à un traitement antidépresseur ou un autre antipsychotique. Cet aspect ne sera pas détaillé, ce travail portant sur l'aspect psychoéducatif du TB.

1.2. Les différentes approches psychosociales pour le trouble bipolaire

Qu'elles soient individuelles ou groupales, les approches psychosociales sont nombreuses. La PE postule qu'une meilleure compréhension de la maladie permet une meilleure gestion de celle-ci en rendant le patient plus actif dans ses soins. Nous définirons dans ce paragraphe les principales thérapies et programmes de PE étudiés dans cette revue de la littérature.

1.2.1. Le programme de psychoéducation (PE) de Colom et Vieta

Créé en 2006 à Barcelone, ce programme est constitué de 20 séances de 90 minutes, articulées en 5 phases et centrées sur des thématiques variées : définition et cause de la maladie, symptômes, adhésion au traitement pharmacologique, abus de substances, détection précoce des épisodes thymiques, rythme de vie et gestion du stress, résolution de problèmes (Colom et Vieta, 2006). Les groupes sont constitués de 8 à 12 patients et conduits par deux psychologues.

1.2.2. Le Programme d'Objectifs Personnels (POP) développé par Bauer et Mc Bride

Ce modèle est utilisé dans notre unité et sera détaillé dans le paragraphe 2.

1.2.3. Les thérapies cognitives et comportementales (TCC)

Les programmes de TCC sont structurés autour d'une première phase psychoéducative qui occupe une part importante, d'une deuxième phase centrée sur des techniques particulières de TCC (auto observation, stratégies cognitivo-comportementales variées) puis d'une troisième phase de consolidation. Différents modèles existent notamment le programme de Basco et Rush, publié en 1996, celui de Lam et al. (1999), de J. Scott (2001), de C. Newman et al. (2002) et de M. Otto et al. (2003).

1.2.4. La *mindfulness*

Plusieurs interventions basées sur la pleine conscience (*mindfulness* en anglais) existent, regroupées sous le thème MBI (*Mindfulness Based Interventions*). La pleine conscience peut être définie comme le fait de porter son attention délibérément sur le moment présent avec une attitude d'ouverture et d'acceptation. La MBCT (*Mindfulness-Based Cognitive Therapy*) est l'une d'entre elles. C'est un programme développé pour la prévention des rechutes dépressives. Cette intervention a été créée par

Segal Z., Teasdale J. et Williams M. au début des années 2000 (Segal et al., 2002). Cette approche associant de la psychothérapie cognitive et de la PE avec des éléments de pratique de la méditation s'adresse à des personnes ayant déjà connu des troubles de l'humeur (unipolaires ou bipolaires). Les patients doivent être en rémission ou avec une symptomatologie légère au moment de leur participation au groupe. Tout comme le POP, cette approche est pratiquée dans notre unité.

1.2.5. Les approches familiales

Nous nous intéresserons principalement à l'approche nommée *Family Focused Therapy* (FFT) qui a été développée par Miklowitz D.J. à la fin des années 90. C'est une intervention non seulement centrée sur la personne souffrant d'un TB mais également sur ses proches. Elle mêle des séances de PE à un enseignement de stratégies d'amélioration de la communication et de résolution de problèmes en lien avec la maladie ou l'environnement familial. Elle est composée de 21 séances adaptées à chaque stade de la maladie (phase aigüe, de maintenance puis de consolidation).

1.2.6. Les psychothérapies des rythmes sociaux et des relations interpersonnelles (IPSRT)

Développée par Frank E. en 2005 et nommée *Interpersonal and Social Rythm Therapy* en anglais (IPSRT), cette intervention psychosociale est spécifiquement adaptée au TB (Frank, 2005). Elle mêle des éléments de PE, de TCC notamment dans le domaine des relations interpersonnelles ainsi que des éléments plus spécifiques centrés sur la régulation des rythmes biologiques. Le concept s'appuie sur l'hypothèse qu'une augmentation de la régularité du quotidien des patients (cycles veille/sommeil, heures de repas, temps de repos et d'activités) serait associée à une réduction de la désynchronisation chronobiologique. Elle est structurée en fonction des différents stades de la maladie comme la FFT.

1.2.7. La remédiation fonctionnelle (RF)

Environ 30% des patients bipolaires présentent des déficits cognitifs en période d'euthymie, objectivables par des tests neuropsychologiques (Gualtieri et Morgan, 2008). Près de deux tiers présentent des plaintes cognitives subjectives (Martínez-Arán et al., 2005) ayant un impact sur la qualité de vie. Une équipe espagnole (Martinez-Aran et al., 2011) a proposé un programme de remédiation fonctionnelle (RF) spécifique au TB combinant des approches de remédiation cognitive et de PE. Elle vise à améliorer les déficits neurocognitifs afin d'atteindre une récupération fonctionnelle et améliorer la stabilité clinique et la qualité de vie.

2. Expérience genevoise de la PE pour le trouble bipolaire

2.1. Généralités sur le Programme d'Objectifs Personnels

Le programme utilisé au sein de l'unité des troubles de l'humeur est le Programme d'Objectifs Personnels (POP). Ce dernier a été développé aux Etats-Unis par M. Bauer (psychiatre) et L. Mc Bride (infirmière) au milieu des années 90. Le POP est détaillé dans le manuel de Bauer et Mc Bride (1996,

2003). Il a été traduit de l'anglais par le Pr Jean-Michel Aubry (Bauer et al., 2001), livre dont les informations des paragraphes 2.1 à 2.3 inclus sont extraites.

Le POP est conçu sur la base de deux idées principales :

- Aider des personnes souffrant de TB à prendre en charge leur maladie plus efficacement.
- Développer un traitement axé sur l'impact fonctionnel de la maladie de manière à ce que les individus eux-mêmes ressentent l'utilité de leur démarche.

Il est basé sur une psychothérapie de groupe, permettant une réduction des coûts en termes de ressources humaines, le rendant accessible à un grand nombre de patients.

C'est un programme composé de deux phases. La phase I comporte cinq séances de PE très structurées, centrées sur le développement de compétences de gestion de la maladie, telles que l'identification des signes précurseurs de rechute et le développement de stratégies efficaces pour faire face aux symptômes. Les séances ont lieu une fois par semaine et durent une heure. Dans cette phase, le thérapeute se réfère à un agenda spécifique et utilise les questions et idées fournies dans le manuel afin de faciliter le travail psychoéducatif de chaque séance. La phase II se concentre sur l'identification de buts personnels réalistes, dans les sphères sociales ou professionnelles qui ont été affectées par la maladie et sur le développement de stratégies pour atteindre ces buts avec des moyens concrets et quantifiables. La durée de la phase II n'est pas limitée dans le temps. Le patient quitte généralement le groupe lorsqu'il a atteint le ou les objectifs déterminés en début de traitement. Dans cette phase, le groupe ne suit pas un agenda temporel strict comme lors de la phase I. Elle se concentre sur l'aide aux participants dans l'identification d'un et ensuite plusieurs objectifs personnels qui n'ont pas pu être atteints jusqu'alors en raison de leur maladie. Afin d'atteindre ces objectifs, le participant développe un plan avec des étapes comportementales réalisables. Le travail de cette phase comprend également la reconnaissance et le dépassement des obstacles potentiellement rencontrés dans la réalisation des objectifs du patient. Cette aide est fournie par le thérapeute mais également par les autres participants du groupe.

Les groupes sont organisés afin d'avoir une participation stable. Il est nécessaire d'avoir suivi la phase I avant d'entamer la seconde. Bien que ceci soit vivement encouragé, certains participants n'effectuent pas la phase II en raison de leur agenda ou lorsqu'ils n'en ressentent pas le besoin. La phase I est entamée lorsque le patient est euthymique ou peu symptomatique. Il est préférable de débiter la participation au groupe vers la fin d'une hospitalisation pour un épisode aigu, le groupe pouvant servir de support dans la transition de statut intra-hospitaliser à ambulatoire en commençant le processus de réhabilitation et en renforçant le réseau social du participant.

2.2. Cadre conceptuel du Programme d'Objectifs Personnels

Les origines conceptuelles et de ce fait, les interventions spécifiques du POP sont variées, particulièrement pour la phase II. Pour résumer, l'approche thérapeutique de la phase II consiste à

développer un plan comportemental qui donne au participant un maximum de chances de succès et ensuite à utiliser principalement des techniques cognitives et interpersonnelles pour surmonter les obstacles et progresser. Les outils cognitifs sont adaptés à une structure groupale. Ils visent la mise en question des cognitions dysfonctionnelles et des attributions négatives plutôt qu'une restructuration cognitive globale. La base conceptuelle des éléments spécifiques du POP est résumée en annexe (tableau 1).

2.3. Contenu des phases I et II du Programme d'Objectifs Personnels

Les points clefs des différentes séances sont détaillés ci-dessous :

Phase I :

1^e séance : orientation

- Etablir la relation et l'environnement thérapeutiques
- Le spectre bipolaire : gravité et formes de la maladie
- Normalisation des symptômes psychotiques
- Reconnaître la prévalence élevée de symptômes bipolaires et les stigmates liés à la maladie bipolaire
- Fournir une information précise sur les causes et les traitements de la maladie bipolaire

2^e séance : dépression, 1^e partie

- Identifier les objectifs de la séance pour le développement de techniques qui permettent d'identifier la dépression et les éléments déclencheurs
- Identifier le schéma des rechutes et les signes et symptômes personnels de la dépression
Construire un « Profil Personnel de Dépression »
- Identifier les déclencheurs personnels de dépression

3^e séance : dépression, 2^e partie

- Identifier l'objectif général de la session avec la reconnaissance des signes et symptômes précoces de dépression comme signaux pour initier des réponses efficaces
- Apprendre à reconnaître les réponses adéquates versus inadéquates et les percevoir en termes de coûts et bénéfices
- Reconnaître l'abus de substances et le comportement suicidaire comme des stratégies inefficaces et commencer à comprendre leur association fréquente avec le TB
- Mettre au point un « Plan personnel de stratégies pour faire face à la dépression »

4^e séance : manie, 1^e partie

- Identifier les buts de la séance concernant l'élaboration d'habilités personnelles pour reconnaître l'(hypo)manie et ses déclencheurs
- Identifier le schéma de récurrence des épisodes et les signes et symptômes personnels de la manie. Elaborer un « Profil Personnel de Manie »
- Identifier les déclencheurs personnels d'(hypo)manie

5^e séance : manie, 2^e partie

- Transmettre le raisonnement concernant l'identification des signes et symptômes précurseurs de la manie comme signaux pour initier des réponses efficaces
- Apprendre à reconnaître les réactions adéquates, versus inadéquates et les comprendre en termes de coûts-bénéfices
- Reconnaître le rôle de l'abus de substances, de la non-observance médicamenteuse et d'autres comportements qui prolongent les phases maniaques en termes de coûts-bénéfices
- Développer un plan d'action personnel pour l'(hypo)manie

Phase II :

Les trois stades pour atteindre les objectifs personnels

- Identification d'un objectif général
- Développement d'objectifs secondaires
- Construction des étapes comportementales et suivi des progrès

2.4. Expérience genevoise

Le POP de Bauer et McBride a été introduit à Genève dès 1998, au sein des HUG, par le Pr Aubry et son équipe. Le programme s'adresse aux personnes atteintes d'un TB dès l'âge de 18 ans. La participation aux groupes est décidée après une évaluation médicale pour des patients suivis dans notre unité ou ailleurs. Le POP est en effet ouvert aux patients suivis par d'autres structures des HUG ou par des psychiatres installés en ville. Les groupes sont conduits par deux infirmiers. Plusieurs sessions de la phase I sont organisées chaque année. Dans la 2^{ème} édition du POP, une 6^{ème} séance a été ajoutée. Pour l'utilisation du POP à Genève, 2 séances supplémentaires ont été instaurées car le temps imparti aux participants était trop limité avec 6 séances. Celle-ci est effectuée en 8 séances de 90 minutes, par groupe de 8 à 10 patients. Les participants s'engagent à suivre les 8 séances. Les sessions de la phase II durent 90 minutes, ont lieu chaque semaine de manière continue sur l'année et sont également constituées de 8 à 10 participants comme la phase I.

Deux études genevoises ont été réalisées sur l'utilisation du POP et son efficacité. La première, une étude ouverte menée par De Andrés et al. (2006) a étudié le niveau de satisfaction des patients bipolaires suivis dans notre unité et participant au POP, ainsi que l'impact de ce programme psychoéducatif sur la stabilité de l'humeur, l'observance pharmacologique et la prévention des rechutes. 45 patients ont été inclus. Leur niveau de satisfaction a été évalué à la fin de la phase I du POP et après un an de participation à la phase II. L'impact du POP a également été évalué en ce qui concerne la stabilité de l'humeur, l'observance au traitement pharmacologique et la capacité à prévenir et à faire face aux rechutes. L'humeur des participants a été évaluée à l'entrée de l'étude, à la fin de la phase I et à la fin de la phase II avec l'échelle d'évaluation de la dépression de Montgomery et Asberg (MADRS) et l'échelle de manie de Bech-Rafaelsen. 36 participants ont terminé la phase I et 17 sont entrés dans la phase II. Une majorité de participants (82,4 %) étaient très satisfaits des informations fournies au cours de la phase I. Après avoir assisté à la phase II, les participants ont signalé une amélioration subjective de la stabilité de l'humeur, des stratégies de prévention des rechutes ainsi que de leur

capacité à faire face à celles-ci. Le score MADRS a diminué significativement entre le début de la phase I et la fin de la phase II ($p=0,016$).

La seconde étude menée par Aubry et al. (2012) est rétrospective. Elle évalue l'impact à long terme du POP sur des paramètres tels que le nombre et la durée des hospitalisations, la stabilité de l'humeur, la prévention des rechutes et les relations sociales. 85 patients suivis aux HUG et atteints de TB (48 TB I, 37 TB II) ont été inclus rétrospectivement. 50 patients ont participé à la phase I et 35 ont participé aux phases I et II. L'impact sur le nombre et la durée cumulée d'hospitalisations a été évalué en comparant la période de 3 ans avant et après la participation à la phase I (6 semaines) ou aux phases I et II. Le nombre d'hospitalisations a significativement diminué de la période de 3 ans avant le POP à la période de 3 ans après la participation à la phase I uniquement ($p=0,017$), ainsi que la participation aux deux phases ($p=0,035$). Après avoir assisté à la phase I ou aux phases I et II, une majorité de participants ont signalé une amélioration subjective de la stabilité de leur humeur, une prévention efficace des rechutes et une meilleure gestion de celles-ci. L'amélioration perçue des relations sociales était significativement plus élevée pour les patients qui ont assisté aux deux phases.

3. Questions et hypothèses de recherche

Les TB représentent un enjeu majeur de santé publique en raison de leur fréquence élevée. Bien qu'étant la pierre angulaire du traitement de cette pathologie, le traitement pharmacologique a une efficacité limitée. Cela avait notamment été montré par Gitlin et al. (1995) qui estimaient que malgré un traitement stabilisateur de l'humeur efficace, le taux de rechutes des patients était d'environ 40% après un an, 60% après deux ans et 73% au-delà de cinq ans. L'association de traitements médicamenteux et d'une prise en soins psychoéducatifs et psychothérapeutiques est nécessaire afin de garantir la meilleure stabilité clinique possible.

Le POP développé par Bauer M. et Mc Bride L. est appliqué dans notre unité depuis plusieurs années, avec succès. Sans remettre en question son utilité ni la nécessité de le poursuivre, il est légitime de se questionner sur l'existence de nouvelles approches qui pourraient compléter ce modèle ou de rechercher d'autres modalités dans la manière de dispenser ces modules. Par ailleurs, la PE en groupe telle qu'elle est effectuée dans notre unité représente un coût et un nombre de contraintes importants pour les patients qui doivent concilier vie personnelle et professionnelle avec les soins tels qu'ils sont pensés dans ce modèle de PE. Enfin, comme dans tous les domaines de la santé, les patients souffrant d'un TB ont accès de manière rapide à diverses informations sur leur maladie sur Internet par le biais de sites d'informations ou de forums de discussion. Cet accès rapide mais non encadré peut être source d'anxiété ou à risque de transmettre des informations erronées. Beaucoup de patients que nous rencontrons se questionnent ou utilisent déjà des applications numériques en lien avec le TB. C'est à la lumière de tous ces questionnements et considérations qu'il nous a semblé pertinent de faire un bilan sur les différentes formes de PE existantes à ce jour pour le TB, par le biais d'une revue de la littérature. Notre objectif est de pouvoir enrichir notre pratique psychoéducatifs au sein de l'unité des troubles de l'humeur.

4. Méthodes

4.1. Stratégies de recherche et critères d'éligibilité

Nous avons effectué une revue systématique de la littérature portant sur la thématique de la PE dans le TB, par le biais de l'interrogation exhaustive des bases de données, *PubMed/Medline* et *PsycINFO* jusqu'en octobre 2020. Cette revue de la littérature est basée sur les guidelines PRISMA (Liberati et al., 2009). Afin d'obtenir un vaste panel de types de PE pour répondre à la question de cette thèse, les mots clés choisis étaient volontairement peu spécifiques. Prévoyant un nombre conséquent d'articles en raison d'une thématique large et dans le but de sélectionner les études les plus rigoureuses en termes de méthodologie, nous avons choisi de ne conserver que les essais contrôlés randomisés (ECR) ou les analyses post-hoc tirées de celles-ci. Les mots-clés «bipolar disorder», «psychoeducation», «randomized clinical trial» et «clinical trial» ont été retenus. Ils ont été combinés avec les opérateurs booléens AND et OR selon l'équation suivante : (bipolar disorder) AND (psychoeducation) AND ((randomized clinical trial) OR (randomized controlled trial) OR (clinical trial)). Le filtre «Randomized Controlled Trial» aurait pu être utilisé pour la recherche effectuée sur *PubMed/Medline*, néanmoins cela ne permettait pas de sélectionner les articles les plus récents qui n'auraient pas été encore indexés dans cette catégorie spécifique d'études. Nous avons exclu les articles n'étant pas des ECR, ceux dont la population étudiée était majoritairement âgée de moins de 18 ans ou dont la PE ne ciblait que la famille. Les études évaluant la PE dispensée seule ou comme étant ajoutée à une autre approche ont été intégrées à la sélection. En revanche, lorsque la PE faisait partie d'une approche thérapeutique plus complexe, celle-ci devait être détaillée dans son contenu et ne pas être une composante trop minoritaire du soin proposé. Les articles concernant la PE non spécifiquement développée pour le TB ont été également inclus à condition qu'une partie des sujets étudiés soient porteur d'un diagnostic de TB. Seuls les articles en français, en anglais et disponibles en texte intégral sur une ou les deux bases de données ont été retenus.

4.2. Extractions des données

Pour tous les articles, les données concernant le premier auteur, l'année de publication, le nombre de patients inclus, le type de pathologie psychiatrique ciblée, la description du ou des groupes expérimentaux (GE) (type de PE/soins reçus, durée, fréquence, outils associés) et du groupe contrôle (GC) ainsi que les résultats principaux et secondaires pertinents ont été collectés. D'autres données plus spécifiques ont été extraites, en fonction du contenu de l'article.

4.3 Synthèse des données

Nous n'avons pas réalisé de méta-analyse du fait de l'hétérogénéité des critères étudiés. La synthèse des données a été effectuée sous forme d'un texte et d'un tableau (tableau 2 en annexe).

5. Résultats

La stratégie utilisée pour la recherche des articles a permis d'obtenir 321 résumés au total, sur les deux bases de données. 90 articles ont été exclus car ils étaient redondants entre *PubMed/Medline* et *PsycINFO*. Le détail du déroulement de la recherche est résumé dans le diagramme de flux selon PRISMA (Figure 1 en annexe).

Les études sélectionnées ont été classées par modèles de PE ou d'approches psychosociales. Ainsi, 18 articles concernaient la PE selon le modèle de Colom et Vieta, 6 articles portaient sur le modèle de Bauer et Mc Bride. Concernant les approches psychothérapeutiques et psychosociales, 4 articles concernaient la TCC (dont 2 portant également sur la FFT et l'IPSRT), 5 articles s'intéressaient à la FFT (dont 2 communs avec la TCC et l'IPSRT) et 3 à des thérapies incluant la famille, moins spécifiques que la FFT. 4 articles traitaient le sujet de l'IPSRT (dont 2 communs avec la TCC et la FFT), 5 articles étudiaient les effets de la RF. Les programmes de réhabilitation et soins collaboratifs concernaient 4 articles. 2 articles ne spécifiaient pas de modèle en particulier et 2 autres ont été retenus comme étant des modèles établis pour des patients atteints d'un TB avec des besoins spécifiques. Enfin, 11 articles concernaient une PE basée totalement ou partiellement sur des modèles numériques (application mobiles, rappels SMS, internet).

NB : certains articles (Miklowitz et al., 2007a, 2007b) figurent à plusieurs reprises dans le tableau 2 en annexe, en raison de leur GE étudiant à la fois la TCC, la FFT et l'IPSRT.

5.1. La PE selon le modèle de Colom et Vieta

Colom et al. ont mené deux études en 2003. La première (Colom et al., 2003a) compare un groupe de patients recevant des soins standards psychiatriques et un programme de PE structuré à un groupe ne recevant que des soins standards psychiatriques et des sessions hebdomadaires groupales non spécifiques (GC). La comparaison des deux groupes à la fin du suivi (2 ans) montre des résultats très favorables au groupe PE (GE). 92% des sujets du GC avaient rechuté (dépression, hypomanie, manie ou épisode mixte) contre 67% dans le GE ($p < 0.001$). Le temps entre les rechutes quel que soit le type d'épisode était également significativement plus long et le nombre d'hospitalisations à 2 ans de suivi était inférieur (GE 0.30 vs GC 0.78, $p < 0.05$), de même que le nombre moyen de jours d'hospitalisation par patient (GE 4.75 vs GC 14.83, $p < 0.05$). Enfin, l'observance médicamenteuse à 2 ans était également meilleure mais uniquement pour le lithium ($p = 0.03$). Aucun effet n'a été observé pour les deux autres psychotropes (carbamazépine et valproate).

La seconde étude (Colom et al., 2003b) a été réalisée dans des conditions quasiment similaires avec cette fois-ci uniquement des patients souffrant d'un TB I. Les résultats à 2 ans de suivi montraient que 92% des sujets du GC rechutaient contre seulement 60% dans le GE ($p < 0.01$). Le temps sans rechute était également allongé pour le GE ($p = 0.007$). Le nombre total de rechutes et d'épisodes dépressifs était plus bas dans le GE. Aucune différence significative n'a été retrouvée concernant le traitement médicamenteux (caractéristiques du traitement, éventuels changements de molécules, observance

mesurée par taux plasmatiques). Enfin, à la fin du suivi, 36% des patients avaient été hospitalisés dans le GC contre 8% seulement dans le GE ($p=0.01$).

Les mêmes auteurs en 2004 (Colom et al., 2004) ont effectué une sous-analyse de leur premier ECT de 2003, sur des patients remplissant les critères d'un TB et d'un trouble de personnalité. Le GE à 2 ans de suivi montrait de meilleurs résultats avec : un temps avant rechute plus long et moins de rechutes maniaques et dépressives (GE 66.7% vs GC 100%, $p<0.005$). Il n'y avait pas de différence entre les groupes sur le nombre de patients ayant nécessité une hospitalisation mais les durées de séjour étaient plus longues pour le GC ($p=0.038$).

Colom et al. (2009a) ont également cherché à savoir si les effets de la PE perduraient à long terme (5 ans). Pour le groupe recevant la PE, le temps sans rechute était significativement plus long ($p<0.002$). Ce même groupe connaissait également moins de rechutes (3.86 vs 8.37, $p<0.0001$) pour tout type d'épisode, moins de temps passé avec des symptômes aigus, moins d'hospitalisations (40% vs 30.4%, $p=0.278$) et avec un nombre moyen de jours d'hospitalisation plus court (45 vs 30, $p=0.047$). A la fin du suivi, aucune différence significative n'était retrouvée entre les groupes concernant l'observance médicamenteuse. Dans une sous analyse ne comprenant que des patients souffrant d'un TB II (Colom et al., 2009b), le GE montrait à 5 ans de suivi, un plus faible taux moyen d'épisodes thymiques ($p<0.02$), hypomanes ($p<0.03$) et dépressifs ($p<0.03$), moins de temps passé dans un épisode thymique aigu ($p=0.004$), et un plus haut niveau moyen de fonctionnement ($p<0.05$).

Sur la base de l'étude Colom et al. (2003a), Scott et al. (2009) ont étudié l'effet coûts-bénéfices à long terme (5 ans) des groupes de PE. Ce groupe bénéficiait de deux fois plus de RDV ambulatoires ($p=0.01$) mais le coût moyen estimé des consultations d'urgence était nettement inférieur. Il avait également plus tendance à opter pour une psychothérapie auto-financée après avoir terminé la PE ($p=0.04$), utilisait plus de médicaments (antipsychotiques) ($p<0.05$) mais la part des soins hospitaliers dans les coûts totaux était nettement inférieure comparativement au GC (GE : 15% vs GC : 40%).

En Iran, Javadpour et al. (2013) ont comparé l'effet de 8 sessions de PE en individuel, basée sur le manuel de Colom et Vieta (2006) à un groupe ne recevant que le traitement usuel (TU). A 18 mois de suivi, le GE montrait une amélioration significative de l'observance médicamenteuse ($p=0.008$), de la qualité de vie ($p=0.000$) et une diminution du nombre de rechutes et d'admissions à l'hôpital ($p=0.000$).

Trois études brésiliennes ont été menées sur un groupe de jeunes patients (18-29 ans) souffrant de TB. La première menée par Faria et al. (2014) s'est intéressée à l'effet de la PE (adaptée du modèle de Colom et Vieta) sur les rythmes biologiques. Les deux groupes ont montré une rémission des symptômes dépressifs mais aucun n'a montré une réduction significative des symptômes maniaques. De plus, aucun effet significatif lié à la PE n'a été retrouvé sur la régulation des rythmes biologiques (sommeil, activités, rythme social, schéma d'alimentation).

La deuxième étude menée par De Azevedo Cardoso et al. (2014) a repris la même méthodologie et a étudié l'impact de cette même PE sur la qualité de vie. Aucune différence significative n'a été retrouvée

entre les 2 groupes pour la qualité de vie, à tous les temps de mesure de l'étude. Les deux groupes montraient une amélioration des scores de l'échelle MOS SF-36 (*Medical Outcomes Survey 36-Item Short Form Health Survey*), excepté pour les items santé générale et douleurs physiques (post-intervention). Les résultats se sont maintenus à 6 mois, sauf pour la composante santé physique.

La troisième étude (De Azevedo Cardoso et al. 2015) s'est focalisée sur l'évolution de la symptomatologie ainsi que sur la régulation des rythmes biologiques, à plus long terme (12 mois). Bien qu'une tendance favorable soit notée pour le GE, aucune différence significative n'a été retrouvée entre les deux groupes concernant l'évolution de la symptomatologie dépressive, maniaque, anxieuse ni sur la régulation des rythmes biologiques.

Gumus et al. (2015), ont observé sur une période d'un an l'effet d'un programme de PE adapté des modèles de Colom et Vieta (2006), Miklowitz et Goldstein (1997). Le taux de rechute à 12 mois pour le GE était de 18.9% contre 34.1% pour le GC. 71.4% des patients du GE ont rechuté une seule fois tandis que 57.2% des patients dans le GC ont rechuté à plusieurs reprises. Aucune hospitalisation n'a été relevée pour le GE contre 7.3% des patients du GC. Néanmoins, les différences n'étaient pas significatives.

Kallestad et al. (2016) ont comparé à long terme (8 ans) l'effet d'une PE groupale (GE) basée sur les modèles de Colom et Vieta (18 sessions dont 8 sessions de rappel, le tout précédé de deux entretiens motivationnels en cas de comorbidités addictologiques, sur le modèle de Miller et Rollnick, 2012) à une courte PE individuelle de 3 séances (GC). A 27 mois, soit la fin de l'intervention groupale, le GE bénéficiait d'un temps plus long avant la première hospitalisation ($p < 0.05$). Cette tendance se maintenait à la fin du suivi mais le type de PE reçue n'était pas le prédicteur significatif ($p = 0.07$) de ce délai. Le recours à des substances psychoactives ($p = 0.01$), plus d'hospitalisations antérieures ($p = 0.01$), un TB de type II ($p = 0.02$) ou un plus jeune âge ($p = 0.03$) étaient des facteurs associés à une hospitalisation plus rapide au cours du suivi. Enfin, le GE était associé à une réduction du recours aux hospitalisations ($p = 0.04$) sur les 8 ans de suivi.

Dans une étude anglaise, Morriss et al. (2016) ont comparé deux approches. La première est constituée d'une PE structurée groupale et la seconde d'une PE groupale non structurée basée sur le soutien par les pairs (programme anglais PARADES, *Psychoeducation, Anxiety, Relapse, Advance Directive Evaluation and Suicidality*). Les résultats ont montré un plus fort taux de participation à la PE structurée (14 sessions vs 9 sessions, $p = 0.026$), un nombre de première rechute thymique à 96 semaines plus faible (58% des participants pour la PE structurée vs 65% pour la PE non structurée) et avec un délai médian plus court. Néanmoins, cette différence n'était pas statistiquement significative. Des analyses complémentaires ont montré que la PE structurée différait cette première rechute par rapport au second groupe si le nombre d'épisodes passés étaient limités (entre 1 et 7), ($p = 0.034$).

Sur la base de la même étude, Camacho et al. (2017) ont comparé le rapport coûts-bénéfices de ces interventions. Un surcoût net pour l'intervention PE structurée était constaté avec un léger gain QALY

(*Quality-Adjusted Life Year*, soit année de vie pondérée par la qualité) par rapport au GC. Les auteurs témoignaient néanmoins d'un niveau élevé d'incertitude dans les données et les résultats.

Rahmani et al. (2016) ont comparé l'impact d'une PE groupale (GE) basée sur les modèles de Colom et Vieta à un groupe recevant le TU. Leur étude a montré une meilleure observance médicamenteuse mesurée par l'échelle MARS (*Medication Adherence Rating Scale*) à la fin de l'intervention, pour le GE ($p < 0.05$).

Delle Chiaie et al. (2013) se sont intéressés à des paramètres biologiques et ont comparé les taux de réponse du cortisol au réveil (*cortisol awakening response*, CAR) entre un groupe recevant une PE basée sur le modèle de Colom et Vieta et un groupe ne bénéficiant que du TU associé à des groupes de discussion libre. L'hypothèse de recherche était de vérifier si la PE pouvait aider à normaliser la CAR, ce qui participerait à améliorer la réactivité au stress chez les patients souffrant d'un TB. Les résultats n'ont montré aucune différence entre les groupes concernant l'évolution de la symptomatologie dépressive, hypo(maniaque) ni sur l'observance au traitement. En revanche, pour le GE, la courbe de la CAR a retrouvé sa forme physiologique montrant à la fin de l'étude, le même profil qui peut normalement être observé chez des sujets sains.

Se basant sur le fait que les facteurs trophiques sont impliqués dans la physiopathologie de certains troubles psychiques dont le TB, Wiener et al. (2017) ont étudié le rôle de la PE (modèle de Colom et Vieta) sur leur taux sérique. A la fin de l'intervention, les deux groupes ont diminué la sévérité de leur symptomatologie dépressive (GE $p = 0.003$ et GC $p = 0.028$). Aucun effet n'a été observé sur la symptomatologie (hypo)maniaque. Une augmentation du taux de GDNF (*Glial cell line-Derived Neurotrophic Factor*) a été notée pour le GE uniquement ($p = 0.024$), à la fin de l'intervention. Les taux sériques des autres facteurs trophiques étudiés n'ont pas connu de changements significatifs en pré et post-intervention.

Une étude chinoise menée par Chen et al. (2019) a comparé deux interventions différentes, la première (GE) recevant une PE groupale et structurée, adaptée du modèle de Colom et Vieta en manuel, pour la population chinoise et la seconde (GC) recevant le même manuel mais avec des groupes de discussion libre, non structurés. A un an, la différence entre les groupes pour le nombre de rechutes était significative et en faveur du GE ($p = 0.0447$) mais seulement de type maniaque et non dépressive. La même tendance était notée pour le nombre de ré-hospitalisations ($p = 0.049$). Une amélioration significative entre le début et la fin du suivi était notée pour le GE portant sur la symptomatologie dépressive, (hypo)maniaque et le fonctionnement global. Aucune différence n'était notée pour l'observance médicamenteuse.

5.2. La PE selon le modèle de Bauer et Mc Bride

Simon et al. (2006) ont testé l'effet d'un programme de PE de 2 ans, sur le modèle de Bauer et Mc Bride en deux phases, incluant également un monitoring téléphonique mensuel (symptomatologie et observance médicamenteuse), un feedback des participants aux soignants, des soins de suivi et

d'intervention de crise au besoin. Comparativement au GC (TU), le GE montrait une réduction du niveau moyen de symptômes maniaques ($p=0.04$) et du temps avec une symptomatologie maniaque (19.2 vs 24.7 semaines, $p=0.01$). Il n'y avait en revanche aucun effet significatif sur la symptomatologie dépressive. Les auteurs ont également comparé le rapport coût-bénéfices, montrant une augmentation modeste du coût des soins liés à la PE (1251\$) par rapport aux bénéfices obtenus.

Bauer et al. (2006a, 2006b) dans une étude d'une durée de 3 ans, ont testé l'efficacité de leur programme de PE par rapport au TU. Les résultats ont montré pour le GE, une réduction significative du nombre de semaines avec un épisode thymique, principalement maniaque. Ils ont en effet rapporté 6.2 semaines de moins avec un épisode thymique ($p=0.041$) sur les 3 ans de suivi, dont 4.5 semaines de moins avec épisode maniaque ($p=0.017$). Les résultats étaient non significatifs pour les semaines avec épisode dépressif. La différence de résultats portant sur les symptômes (niveau moyen de symptômes dépressifs et maniaques) n'était pas significative. La PE a également eu des effets bénéfiques sur le fonctionnement social global ($p=0.003$), incluant les domaines du travail ($p=0.049$), de la parentalité ($p<0.001$), le rôle familial élargi ($p=0.005$) mais pas sur la sphère des loisirs ou du couple. La qualité de vie mesurée était améliorée mais uniquement pour le domaine mental ($p=0.010$) et non physique et à 6 mois d'évaluation uniquement. La satisfaction concernant le traitement était meilleure à 6 mois pour le GE ($p<0.001$). Aucune différence significative n'était constatée concernant les doses de psychotropes prises par les participants.

Sur la base de la même étude, Bauer et al. (2009) ont observé si ce modèle de PE pouvait être associé à une meilleure concordance avec les données issues d'études s'intéressant à l'observance de traitements anti maniaques de différentes guidelines. A 3 ans de suivi, le GE obtenait de meilleurs taux de concordance concernant les traitements anti maniaques comparativement au GC ($p=0.047$).

Sajatovic et al. (2009) se sont intéressés à l'impact du POP comparé au TU sur les croyances et attitudes vis-à-vis des traitements médicamenteux. Dans leur étude, la participation était plutôt faible, seulement 41.49 % du GE ont suivi entre 4 et 6 sessions de la phase I et moins de 10% ont participé à la phase II. A 12 mois de suivi, il y avait une amélioration des scores DAI (*Drug Attitude Inventory*), STRAB (*Self-reported Treatment Adherence Behaviors*), de la symptomatologie et du fonctionnement mais sans différence significative entre les groupes. Une analyse secondaire des résultats du GE a montré que les participants ayant participé à au moins 4 sessions avaient amélioré leur attitude vis-à-vis du traitement pharmacologique à 3 et 6 mois mais avec un effet non durable à 12 mois.

Dans une étude canadienne, Parikh et al. (2012) ont comparé l'effet de la PE seule à la TCC. De manière globale, aucune différence significative de résultats n'a été retrouvée entre les deux types d'interventions. Les scores LIFE (*Longitudinal Interval Follow-up Evaluation*) reflétant les symptômes (hypo)maniaques et dépressifs ont diminué de manière significative pour les deux groupes ($p<0.01$) mais sans différence entre les deux types d'intervention. De même, les résultats étaient similaires concernant la probabilité de rechute et l'observance médicamenteuse. En revanche, une différence notable de coût était notée entre les deux types d'interventions, 180\$ par participant pour la PE contre

1200\$ pour la TCC. Les mêmes auteurs (Parikh et al., 2013) ont analysé à partir de leur RCT, un sous-échantillon ayant rempli l'inventaire d'adaptation aux prodromes de manie et les évaluations de symptômes, avant le traitement et 72 semaines plus tard. Les effets entre la TCC et la PE étaient semblables concernant le poids des symptômes (amélioration), la réduction de stimulation et des styles d'adaptation axée sur les problèmes (amélioration). Aucun changement statistiquement significatif n'était retrouvé concernant l'acceptation de comportements de recherche d'aide. Une interaction des traitements a montré une réduction du déni et du blâme uniquement pour le traitement par TCC ($p=0.009$).

5.3. La TCC

Zaretsky et al. (2008) ont comparé l'impact de deux types d'interventions, un premier groupe recevant uniquement des sessions psychoéducatives individuelles et un second groupe recevant également les mêmes notions de PE, suivies par 13 sessions de TCC. Les résultats montrent pour ce dernier groupe, une diminution de 50% des jours marqués par des symptômes dépressifs sur un an ($p=0.045$). Le groupe recevant la PE uniquement a connu une plus grande augmentation des dosages de traitements antidépresseurs que le second groupe. Le taux de rechute ne différait en revanche pas, de même que le nombre d'hospitalisations, l'observance médicamenteuse, le fonctionnement psychosocial ou le recours aux structures de soins en santé mentale.

Les études menées par Miklowitz et al. (2007a, 2007b) concernent également la TCC mais seront détaillées ultérieurement.

González Isasi et al. (2010) ont observé l'effet de l'association d'un traitement pharmacologique, d'un programme structuré de PE et d'éléments appartenant à la TCC sur des patients atteints d'un TB, évalués comme étant réfractaires à un traitement bien conduit. Le GE a montré à 12 mois de suivi, un taux d'hospitalisation plus bas ($p=0.007$) ainsi qu'un niveau d'anxiété et de symptômes dépressifs plus bas à 6 mois ($p=0.027$; $p=0.015$) ainsi qu'à 12 mois ($p<0.001$; $p=0.001$). Des différences significatives étaient également retrouvées sur le plan des symptômes maniaques et des symptômes mesurés par l'échelle d'inadaptation (scores plus bas en faveur du GE). L'analyse intra-groupe pour le GE au fil des 12 mois, montrait une réduction des symptômes maniaques ($p<0.001$), dépressifs ($p=0.001$), anxieux ($p=0.003$) et d'inadaptation ($p<0.001$).

5.4. Thérapie comportementale dialectique (TCD) et *mindfulness*

Van Dijk et al. (2013) se sont intéressés à l'association d'une PE standard avec des techniques basées sur la TCD et la *mindfulness*, dans un GE nommé BDG (*DBT based psychoeducational group*). À la fin de l'étude (12 semaines), le BDG montrait une réduction des symptômes dépressifs avec des scores de dépression légère pour une majorité de patients (92%), comparativement au GC ($p=0.0009$). Par ailleurs, l'échelle d'efficacité de *mindfulness* (MSSES) révélait une amélioration pour les deux groupes mais supérieure pour le BDG ($p=0.006$). Enfin, les participants au BDG avaient réduit leur nombre de passages aux urgences pour motif psychiatrique dans les six mois suivant le traitement.

5.5. Les approches familiales

5.5.1. La FFT

Rea et al. (2003) ont comparé deux approches psychoéducatives : une approche individuelle et une approche familiale (FFT) basée sur le modèle de Miklowitz D.J. et Goldstein M.J. (1997). Durant la première année de suivi (phase active de traitement), aucune différence entre les deux groupes n'a été constatée en termes de probabilité de rechute thymique. Au cours de la totalité du suivi (2 ans au total), une amélioration significative portant sur le nombre de rechutes a été notée pour le groupe FFT ($p<0.05$), de même que pour le nombre de ré-hospitalisations ($p<0.05$). Aucune différence n'était retrouvée concernant l'observance médicamenteuse. Les deux groupes présentaient une bonne observance pharmacologique.

Miklowitz et al. (2000) ont comparé les effets de la FFT (GE) à un GC ne recevant que le TU ainsi que 2 sessions abrégées de FFT, sur une durée d'un an. Le GE montrait à la fin de l'étude moins de rechutes ($p=0.037$) et des délais plus longs avant celles-ci. Ce même groupe connaissait également une plus grande amélioration de la symptomatologie dépressive ($p=0.04$) mais pas maniaque ($p=0.59$).

En 2003 dans les mêmes conditions, Miklowitz et al. ont mis en évidence à 2 ans de suivi, moins de rechutes (35% vs 54%, $p<0.005$) et des délais plus longs avant les rechutes ($p=0.003$) pour le GE. Une plus grande réduction de la symptomatologie dépressive et maniaque était également observée, de même qu'une meilleure observance au traitement médicamenteux ($p=0.04$).

Miklowitz et al. (2007a) a comparé l'effet de trois types d'interventions psychothérapeutiques (TCC, IPSRT et FFT) à une intervention psycho-éducative brève nommée collaborative care (CC). Le résultat principal de l'étude était représenté par la présence ou non de critères pour un épisode dépressif ou (hypo)maniaque, sur 12 mois. Les résultats ont montré que les groupes de patients recevant un des trois modèles de psychothérapie avaient un taux de rémission significativement plus élevé à 12 mois (64.4% vs 51.5%) et des délais pour atteindre une rémission plus courts ($p=0.01$). Ces groupes avaient également 1,58 fois plus de chance d'être cliniquement stables durant le temps de l'étude comparativement au groupe CC ($p=0.003$). La comparaison des trois types de psychothérapies intensives entre elles ne révélait en revanche aucune différence significative.

Le même auteur au cours de la même année (Miklowitz et al., 2007b), a observé l'effet de ces trois types de psychothérapies non plus sur le taux de rechute mais sur le fonctionnement social et relationnel. Le critère d'évaluation portait sur le score de l'échelle LIFE-RIFT évaluant les limitations fonctionnelles (les relations interpersonnelles, la satisfaction globale avec les activités, le travail et les loisirs). Les résultats ont montré que les sujets bénéficiant des trois types de psychothérapies intensives avaient un meilleur fonctionnement global ($p=0.04$) et plus précisément sur le plan des relations interpersonnelles ($p=0.02$) et de la satisfaction de vie ($p=0.048$) après 9 mois de suivi. Les groupes

recevant l'intervention brève ou les trois types de psychothérapies intensives ne différaient en revanche pas sur les sous-catégories de l'échelle LIFE-RIFT, travail ($p=0.58$) et loisirs ($p=0.26$).

5.5.2. La PE incluant le conjoint ou les proches pour quelques sessions

Clarkin et al. (1998) ont comparé l'impact de l'ajout au traitement pharmacologique standard, d'une intervention psychoéducatrice pour les patients et leur conjoint. Les symptômes, le fonctionnement, et l'observance au traitement ont été mesurés sur une période de 11 mois. L'intervention psychoéducatrice pour le couple était associée à une meilleure observance médicamenteuse, à un meilleur fonctionnement global mais cette intervention est restée sans effet sur la symptomatologie des patients.

Sur un modèle semblable de PE associant le patient et son conjoint (GE), D'Souza et al. (2010) ont étudié l'effet sur la symptomatologie dépressive, hypomane/maniaque et l'observance au traitement sur une durée de 60 semaines. Le GE avait moins de risque de rechute ($p=0.013$) et un temps moyen de rechute plus long (11 semaines de plus) comparativement au GC ($p<0.01$). A la fin de l'étude, le GE obtenait des scores plus bas sur l'échelle YMRS ($p<0.01$) ainsi qu'une meilleure observance au traitement médicamenteux ($p=0.001$). Aucune différence entre les groupes n'était en revanche retrouvée sur les scores de l'échelle MADRS.

Dans une étude multicentrique menée en Iran, Pakpour et al. (2017) se sont intéressés à une intervention alliant de la PE pour les patients et leur famille ainsi que des entretiens motivationnels. Les entretiens motivationnels étaient basés sur l'ouvrage de Miller et Rollnick (2012) et avaient pour but de diminuer les résistances et l'ambivalence à la prise des traitements. Les résultats ont montré une amélioration supérieure de l'observance médicamenteuse mesurée par l'échelle MARS pour le GE ($p<0.001$ à 1 et 6 mois) et objectivée par les mesures des taux plasmatiques des traitements stabilisateurs de l'humeur ($p<0.001$ à 1 et 6 mois). Les critères d'évaluations secondaires portaient sur l'évaluation des symptômes cliniques (MADRS et YMRS), la qualité de vie, la mesure de l'intention, des croyances autour des traitements médicamenteux, la perception de contrôle, l'automatisme et la planification autour de la prise des stabilisateurs de l'humeur. Tous se sont améliorés de manière supérieure pour le GE, en dehors de la mesure de la qualité de vie à 1 mois de suivi.

5.6. L'IPSRT

Frank et al. (2005) ont comparé l'IPSRT à une PE nommée *Intensive Clinical Management* (ICM). Quatre groupes ont été constitués avec des associations différentes des deux types d'interventions selon un suivi en deux temps : phase aiguë (patients symptomatiques) et phase de maintenance (cf tableau 2 pour les détails). Les résultats ont montré que les groupes recevant l'IPSRT en phase aiguë bénéficiaient de plus de temps sans rechute thymique ($p=0.01$), de même qu'une meilleure régularité dans les rythmes sociaux à la fin de la phase aiguë de traitement ($p<0.001$) ce qui conférait une meilleure probabilité de ne pas rechuter en phase de maintenance ($p=0.05$). Aucune différence n'a en revanche été retrouvée concernant le temps nécessaire à la stabilisation clinique. Le même auteur (Frank et al., 2008) a observé l'effet de l'IPSRT sur le fonctionnement occupationnel comparativement

à la PE (ICM). Une amélioration plus rapide de ce paramètre, pour les groupes IPSRT vs PE (ICM) était notée ($p=0.046$). Aucune différence à 2 ans n'était constatée.

Les études menées par Miklowitz et al. (2007a, 2007b) concernent également l'IPSRT mais sont détaillées précédemment dans le paragraphe concernant la FFT.

5.7. La remédiation fonctionnelle (RF)

Plusieurs études espagnoles ont comparé de la PE, de la RF et un troisième groupe ne recevant que le TU, à savoir un traitement médicamenteux.

Pour Torrent et al (2013), le résultat principal portait sur l'évolution du score de l'échelle FAST (*Functioning Assessment Short Test*) à 6 mois, reflétant l'invalidité dans différents domaines de vie. Le groupe RF différait significativement du groupe TU avec de meilleurs résultats sur l'évolution du fonctionnement ($p=0.001$), ce qui n'était pas le cas avec le groupe PE. Il n'y avait pas de différence significative entre les groupes portant sur les variables cliniques et neurocognitives à la fin de l'étude. Solé et al. (2015) ont isolé un sous-groupe de sujets atteints d'un TB II de l'ECR mené par Torrent et al. (2013). Les résultats étaient en faveur de la RF comparativement à la PE et au TU pour l'amélioration du fonctionnement ($p=0.037$). Une interaction entre le programme reçu et le temps avec symptômes dépressifs subcliniques était retrouvée, avec une diminution significative de ceux-ci pour la RF comparativement au groupe PE ($p=0.041$). Aucune différence entre les groupes n'a été retrouvée concernant l'évolution des symptômes maniaques subcliniques.

Sanchez-Moreno et al. (2017) ont effectué une sous-analyse de l'étude menée par Torrent et al. (2013), portant sur un sous-échantillon de patients ayant une symptomatologie sub-syndromique pour évaluer l'effet de la PE à 12 mois. Les résultats ont montré une interaction temps x groupe significative en faveur du groupe RF comparativement au TU et à la PE sur l'amélioration du fonctionnement psychosocial ($p=0.02$). Aucun changement significatif sur les symptômes thymiques n'était en revanche observé pour aucun des trois groupes.

Bonnin et al. (2016a) ont isolé un sous-groupe de l'échantillon de l'étude menée par Torrent et al. (2013), présentant des performances neurocognitives inférieures à deux écarts-types par rapport à la moyenne. Ceci leur a permis de montrer une efficacité supérieure du groupe RF comparativement au TU concernant un aspect spécifique des tests neurocognitifs, à savoir le rappel libre retardé (mémoire verbale). Il n'y avait en revanche pas de différence significative avec le groupe PE. Le groupe RF améliorait également significativement son fonctionnement comparé aux deux autres groupes ($p=0.016$).

Enfin, sur la même base, Bonnin et al. (2016b) ont cherché à savoir si les effets de la RF persistaient à 1 an, soit 6 mois après l'arrêt de l'intervention. L'évolution du score de l'échelle FAST montrait pour le groupe RF une amélioration significative du fonctionnement entre le départ de l'étude et à un an ($p=0.049$), comparativement aux deux autres groupes. Les résultats secondaires portant sur les

changements neuropsychologiques montraient des résultats contrastés avec une amélioration significative en faveur du groupe RF concernant la mémoire verbale ($p=0.001$) mais aucune différence retrouvée entre les groupes concernant les autres variables neurocognitives à savoir les scores exécutifs, la vitesse de traitement, la mémoire de travail et l'attention.

5.8. Collaborative care et programmes de réhabilitation

Dans une étude néerlandaise, Van der Voort et al. (2015) ont comparé l'efficacité de soins nommés collaborative care (CC) comprenant un mélange de PE et d'éléments tels que la résolution de problèmes à un GC recevant le TU. Après 12 mois de suivi, le groupe CC avait une réduction significative du nombre de mois passés avec des symptômes dépressifs ($p=0.002$) à 6 et 12 mois de suivi, de même qu'une réduction de la sévérité des symptômes dépressifs à 12 mois ($p=0.004$). Il n'y avait en revanche aucun effet de l'intervention sur la symptomatologie maniaque ou l'observance médicamenteuse.

Au Danemark, Dalum et al. (2018) ont comparé un groupe recevant le TU à un programme nommé *Illness Management and Recovery* (IMR), mêlant de la PE et des concepts de soins appartenant au domaine psychosocial. L'IMR n'est pas spécifique au TB. Il a été développé pour aider les patients à améliorer leurs connaissances et gestion de leur maladie psychique et à long terme ainsi qu'à atteindre un rétablissement clinique et personnel. Aucune différence significative n'a été retrouvée entre les groupes à 9 mois (durée du programme) concernant l'auto-gestion de la maladie, l'espoir, la rémission, ou la satisfaction concernant le traitement.

Devant l'absence de résultats concluants pour le programme IMR, une seconde étude est venue compléter celle publiée en 2018, menée par Jensen et al. (2019). L'article se concentre cette fois sur les résultats à un an de suivi, basé sur le protocole et l'inclusion de l'étude de 2018. Encore une fois, aucune différence significative n'a été retrouvée entre le GE et le GC concernant le fonctionnement global, la symptomatologie, le nombre d'hospitalisations, de consultations aux urgences ou le recours aux soins ambulatoires.

En Corée, Shon et al. (2002) ont observé l'impact d'un programme de PE non spécifique au TB, alliant de la PE à des concepts de réhabilitation et en partie basé sur la méthode d'auto-efficacité de Bandura (1977). Les effets pour le GE étaient plutôt positifs avec une plus grande amélioration en termes d'auto-efficacité ($p=0.014$), de compliance médicamenteuse ($p=0.005$), et une plus grande réduction des scores portant sur les symptômes annonciateurs d'une rechute ($p=0.000$).

5.9. PE dont le modèle théorique n'est pas précisé

Les deux ECR décrits ci-dessous, réalisés en Turquie, ne précisent pas le modèle de PE utilisé. De nombreux éléments semblent commun avec la PE de Colom et Vieta mais cela n'est pas explicitement mentionné.

Eker et al. (2012) ont comparé l'efficacité d'un programme de PE d'une durée de 6 semaines à un GC, sur l'observance médicamenteuse. A la fin du programme de PE, les résultats montraient une différence

significative du taux d'observance médicamenteuse ($p < 0.01$), passant de 40.0% à 86.7% des patients pour le GE et de 38.9% à 24.2% pour le GC.

Çuhadar et al. (2014) ont étudié l'effet de la PE sur l'auto-stigmatisation. A la fin du suivi, le GE montrait une réduction significative du score total de l'échelle ISMI (*Internalized Stigma of Mental Illness Scale*), de même que des sous items portant sur le niveau d'aliénation, d'approbation des stéréotypes, de discrimination perçue et retrait social ($p < 0.05$).

5.10. PE pour patients avec besoins spécifiques

Harvey et al. (2015) ont appliqué un modèle TCC pour des patients souffrant d'un TBI et d'insomnie, comparé à une PE non spécifique. Durant les 6 mois de suivi, le groupe recevant la TCC a montré de meilleurs résultats avec moins de jours passés dans un épisode aigu (3.3 jours vs. 25.5 jours, $p = 0.028$), moins de rechutes (hypo)maniaques (4.6% vs. 31.6%, $p = 0.036$), un taux de rechute global légèrement moins élevé et une réduction de la sévérité de l'insomnie. Un plus haut taux de rémission était également retrouvé en post traitement (73.9% vs. 41.7%, $p = 0.010$), mais pas à 6 mois.

Sajatovic et al. (2017) se sont intéressés à une intervention nommée *Targeted Training in Illness Management* (TTIM) dérivée du POP et développée pour les patients souffrant à la fois d'une pathologie psychique et d'un diabète. Ce groupe allie de la PE, une aide à l'identification de problèmes, à la programmation d'objectifs et à la modélisation comportementale. Une plus grande amélioration de la symptomatologie dépressive ($p = 0.016$), de l'impression clinique globale ($p \leq 0.001$) et du fonctionnement global ($p = 0.003$) a été observé pour TTIM comparativement au GC. Aucune différence n'a été observée entre les groupes pour la santé générale, la symptomatologie psychique et les taux moyens d'hémoglobine glyquée.

5.11. La PE numérique

Smith et al. (2011) se sont intéressés à une intervention de PE accessible sur internet, nommée *Beating Bipolar* basée sur le modèle de Barcelone, dont elle est une forme abrégée. Le critère d'évaluation principal portait sur la recherche d'une amélioration de la qualité de vie au cours des 10 mois de suivi après inclusion, en comparaison au TU. Les critères secondaires concernaient le fonctionnement des patients, l'insight, la symptomatologie thymique et enfin le nombre et la sévérité de rechutes thymiques. Aucune différence significative n'a été trouvée entre les deux groupes.

Une étude australienne menée par Proudfoot et al. (2012) a comparé trois groupes, deux recevant de la PE en ligne (*Bipolar Education Program*) et un GC ne recevant que des liens vers des sites d'informations sur le TB. Un des deux GE bénéficiait en plus d'un soutien par les pairs médié par email. Une augmentation de la perception de contrôle, une baisse de la perception de stigmatisation et une amélioration portant sur la symptomatologie anxieuse et dépressive a été notée pour tous les groupes entre le début et la fin du suivi. Aucune différence significative entre les 3 groupes n'a été notée en dehors d'une légère différence entre les deux groupes recevant la PE, pour la symptomatologie dépressive et la déficience fonctionnelle à 6 mois de suivi, en faveur du groupe bénéficiant en plus du

soutien par les pairs. De plus, l'adhésion au programme était significativement plus élevée pour ce dernier groupe que pour l'autre GE, sans soutien ($p < 0.05$).

Une deuxième étude australienne menée par Barnes et al. (2015) a comparé l'efficacité d'un programme informatisé, nommé *Health-Steps for Bipolar Disorder* alliant de la PE et des séances de TCC optionnelles à un GC ne recevant que des liens vers des sites sur la thématique d'un style de vie sain. A 12 mois de suivi, aucune différence n'a été notée entre les groupes concernant le temps avant rechute.

Lauder et al. (2015) ont opposé deux groupes, l'un utilisant un programme de PE nommé *MoodSwings* (MS) associé à un forum de discussion entre patients et l'autre utilisant une version plus interactive de MS, associée à un forum de discussion comprenant en plus des outils TCC, nommé *MoodSwings-plus*. Les participants des deux groupes ont montré au fil du suivi, une réduction des symptômes sur le plan de l'humeur et des améliorations portant sur le fonctionnement, la qualité de vie et l'observance médicamenteuse. Le groupe *MS-Plus* a montré une plus grande amélioration intra-groupe sur les symptômes et le fonctionnement pour la dépression et la manie, la qualité de vie et le soutien social. *MS-Plus* était supérieur à *MS* dans l'amélioration des scores de manie à 12 mois ($p = 0.02$) mais pas sur l'incidence des rechutes thymiques. Aucune différence n'a été retrouvée entre les groupes concernant les symptômes dépressifs.

Cette étude a été suivie par un second ECT (Gliddon et al., 2019). Trois groupes ont été créés : deux GE utilisant deux niveaux différents de *MoodSwings 2.0*, l'un avec des outils interactifs de TCC (GE2), l'autre non (GE1) et un GC. Le GC bénéficiait de discussions sur forum avec soutien par les pairs. Les résultats ont montré un impact positif et significatif de l'intervention de la PE entre les GC et le GE1 ($p = 0.05$) portant sur la dépression. Aucune amélioration significative portant sur le critère dépression n'a en revanche été constatée entre le GE2 et le GC. De même, aucune différence n'a été notée entre le GC et les deux GE pour la manie. Il y avait un impact positif et significatif de la PE ainsi que de l'ajout d'outils TCC interactifs, sur certains sous items de l'échelle MADRS (tristesse apparente, tristesse décrite, tension interne, lassitude, incapacité à ressentir, pensées pessimistes) pour les GE1 ($p = 0.02$) et GE2 ($p = 0.05$) en comparaison au GC. En revanche, le GE2 a montré à la fin de l'étude un moins bon fonctionnement physique comparé au GC ($p = 0.01$). Aucune différence significative n'a été retrouvée entre les groupes pour qualité de vie, l'observance et l'échelle de fonctionnement de la santé mentale.

Depp et al (2015) ont réalisé un ECT comparant deux groupes recevant quatre séances de PE, l'un (GE) complété par 10 semaines de suivi personnalisé et interactif par smartphone et le second (GC) effectuant un simple suivi de l'humeur par auto observation (journal papier). Le suivi smartphone permettait aux participants d'obtenir des stratégies d'auto-gestion personnalisée en fonction de leur état thymique. Un haut taux de satisfaction a été retrouvé pour les deux groupes. Comparé au GC, le GE a montré une plus grande réduction des symptômes dépressifs à 6 et 12 semaines ($p = 0.031$ et $p = 0.042$). Ces effets ne se sont cependant pas maintenus à 24 semaines ($p = 0.858$). Aucune différence significative n'a été retrouvée entre les groupes pour les scores de manie et la déficience fonctionnelle.

Une étude américaine menée par Moore et al. (2015) s'est intéressée à la PE chez les patients souffrant d'un TB et du VIH et plus particulièrement à son effet sur l'observance médicamenteuse sur les antirétroviraux (ARV) et les psychotropes. Après une courte PE ciblée sur l'observance médicamenteuse, le GE nommé *iTAB* (*individualized Texting for Adherence Building*) recevait en parallèle des rappels personnalisés par SMS accompagnés de messages de renforcement/encouragement et des rappels pour la prise des ARV et psychotropes avec évaluation de l'humeur. L'observance médicamenteuse moyenne évaluée était élevée et comparable pour les deux groupes. Les participants du GE *iTAB* prenaient les ARV plus près de l'heure prévue que le GC ($p = 0.02$) mais aucune différence significative n'a été retrouvée entre les groupes pour l'heure de prise des psychotropes.

Bilderbeck et al. (2016) ont comparé deux méthodes différentes d'administrer une PE, la première complétée par 5 sessions individuelles avec un thérapeute, la seconde auto-administrée. Les deux étaient complétées par une auto observation hebdomadaire en ligne de l'humeur. Aucune différence entre les groupes n'a été observée à 12 mois sur l'évolution de la symptomatologie dépressive ou le taux de rechutes et hospitalisations. En revanche, le groupe bénéficiant en plus de sessions avec thérapeute démontrait de meilleures connaissances au sujet du TB comparativement au GC, à 3 mois d'évaluation ($p=0.002$). Ceci était de plus, corrélé une plus grande proportion de semaines de stabilité clinique sur 12 mois ($p=0.0006$).

Dupuis Maurin et al. (2020) ont testé un « serious game » nommé *BIPOLIFE*, après un programme de PE comparativement à un second groupe ayant reçu la même PE mais suivie du TU uniquement. *BIPOLIFE* donne des informations sur le TB et met en scène un avatar souffrant d'un TB et devant réagir à diverses situations de la vie quotidienne. L'objectif est d'apprendre à mieux réguler l'humeur et le niveau d'énergie de l'avatar en faisant quotidiennement des choix de vie (activités, sommeil, prise ou non de substances, prise des traitements, contacter ses soignants, ...). Le jeu se termine quand une euthymie est atteinte pendant 3 jours consécutifs. Le pourcentage d'observance au traitement médicamenteux était plus bas dans le premier groupe que dans le second à l'inclusion (90% vs 40% $p=0.02$), tendance qui ne s'est pas maintenue à 1 et 4 mois. La variation absolue des scores des échelles d'observance ainsi que les croyances vis-à-vis du traitement était plus haute pour le groupe bénéficiant du *serious game*, à 1 mois (respectivement $p=0.03$ et $p=0.002$), mais pas à 4 mois. La différence du nombre de consultations auprès d'un psychiatre (programmées ou en urgence) n'était pas significative entre les 2 groupes. A noter par ailleurs, que le nombre de connexions à *BIPOLIFE* était relativement faible (1 fois par semaine en moyenne pendant 60 minutes) malgré un taux de satisfaction conséquent de la part des utilisateurs (82% ont jugé le contenu du jeu informatif).

Petzold et al. (2019) ont combiné 6 semaines de PE en présentiel à une auto observation avec report de données sur un logiciel informatique nommé *Chrono-Record* pour le GE. Les participants utilisant *Chrono-Record* devaient reporter quotidiennement les données suivantes : humeur, sommeil, événements de vie, poids, informations sur le cycle menstruel, traitement médicamenteux. Le GC, quant à lui était constitué de participants ayant seulement bénéficié de groupes et de consignes d'auto

observation, non spécifiques ni structurés. Après 2 ans de suivi, l'étude n'a pas montré de différence significative concernant le nombre de rechutes thymiques (GE 59% Vs GC 44%, $p = 0.205$). Le délai jusqu'à la première rechute (dépressive ou hypo(maniaque)) ne différait pas de manière significative ($p = 0.137$). Il n'y avait pas non plus d'interaction temps x groupe significative portant sur les critères suivants : symptômes thymiques, la qualité de vie, l'implication perçue dans les soins, les attentes concernant l'efficacité personnelle et le locus de contrôle concernant la santé.

Une étude américaine menée par Depp et al. (2019) a comparé trois groupes incluant des patients souffrant de TB I, trouble schizo-affectif ou schizophrénie. Deux GE étaient comparés à un GC. Un premier groupe nommé *CBT2go* recevait une session individuelle de PE centrée sur un modèle TCC. Un deuxième groupe nommé *Self-Monitoring (SM)* bénéficiait d'une séance de PE commune pour tous les diagnostics. Pour les deux GE, la PE était complétée par une seconde intervention médiée par une application smartphone, faisant fonction d'auto observation des symptômes. En supplément et uniquement pour le groupe *CBT2go*, les éléments travaillés lors de la session TCC individuelle étaient repris avec l'objectif d'amener les participants à s'engager dans une restructuration cognitive. Le GC, quant à lui, ne recevait que le TU. Le résultat principal portait sur la symptomatologie psychiatrique évaluée par l'échelle BPRS. Les résultats secondaires portaient sur l'évaluation du fonctionnement global, et sur les croyances pessimistes en termes de performances. Les résultats pour le BPRS indiquaient une interaction temps x groupe (0-24 semaines) avec une amélioration modeste mais significative pour les deux GE comparativement au GC. Les effets de *CBT2go* n'étaient pas différents de *SM*. Une interaction temps x groupe significative était également retrouvée avec de meilleurs scores à l'échelle de fonctionnement pour le groupe *CBT2go* sur les 24 semaines, ce qui n'était pas le cas pour le groupe *SM*. Les scores mesurant les croyances pessimistes en termes de performances ont diminué pour le groupe *CBT2go* mais pas pour le groupe *SM*. Les résultats indiquent donc qu'une intervention psychoéducatrice unique renforcée par une intervention numérique par smartphone était associée à des effets faibles mais durables sur la psychopathologie globale.

6. Discussion

6.1. Remarques générales

Cette revue de la littérature a intégré de manière large différents types de PE : groupale ou individuelle, parfois accompagnée de séances ponctuelles avec un proche (conjoint ou famille), structurée ou non, réalisée avec un ou des soignant(s) ou partiellement voire totalement médiée par des outils numériques (smartphone, internet). Des approches thérapeutiques plus spécifiques ont été considérées telles que la TCC, la FFT, l'IPSRT, la RF, la pratique de la *mindfulness* associée à des outils TCD ou encore des versions de PE appartenant à des concepts de soins basés sur la réhabilitation de la maladie psychique (non spécifique au TB) ou ciblant une comorbidité somatique.

Les interventions les plus représentées étaient la PE de Colom et Vieta, ainsi que de Bauer et Mc Bride.

Nous constatons que la majorité des résultats des ECR retenus portaient sur des variables cliniques telles que le taux de rechute ou la symptomatologie thymique et de manière moins prononcée (bien que croissante dans les études plus récentes) sur la qualité de vie ou le fonctionnement psychosocial. Ceci a également été souligné par Reinares et al (2014) dans leur revue de la littérature portant sur les interventions psychosociales en lien avec le TB.

Peu d'études ciblait un sous type de TB en particulier, la plupart incluant des patients souffrant d'un type I ou II. De même, la plupart des ECR incluaient des patients en rémission ou très peu symptomatiques en dehors de rares études comme celle menée par Clarkin et al. (1998), Simon et al. (2006), Bauer et al. (2006a, 2006b), Kallestad et al (2016), Barnes et al. (2015), Miklowitz (2007a, 2007b), Van Dijk et al. (2013) recrutant des patients en phase plus aiguë de la maladie. Ceci est cohérent avec ce qui est pratiqué dans notre unité, les patients inclus étant euthymiques ou très peu symptomatiques. Scott et al. (2004) ont par ailleurs montré que les patients encore symptomatiques et avec un nombre élevé d'épisodes dans le passé ne bénéficiaient pas de manière positive de la PE (aggravation possible de l'état thymique).

Par le biais de cette revue et sans distinction entre les différents types de PE, nous observons de nombreux bénéfices à celle-ci dans le traitement du TB. Différents aspects sont concernés : une diminution du nombre de rechutes, d'épisodes thymiques ou d'hospitalisations, une augmentation du délai avant la survenue d'une rechute, une diminution des symptômes maniaques, une diminution des symptômes dépressifs, l'amélioration du fonctionnement du patient ou encore la qualité de vie. Quelques études ont montré les bénéfices de la PE sur le niveau de connaissances du traitement pharmacologique et de la maladie chez le patient ou sur l'observance médicamenteuse. Deux études menées par Scott et al. (2009) et Simon et al. (2006) ont permis de mettre en lumière l'impact positif de la PE dans la balance coûts-efficacité avec un surcoût initial de la PE, compensé par un recours moins fréquent aux soins d'urgence et une part des soins hospitaliers plus basse dans les coûts totaux. Enfin, d'autres bénéfices ont été relevés tels que la réduction de l'auto-stigmatisation (Cuhadar et Cam, 2014) ou des changements sur le plan biologique ayant une incidence sur le plan clinique (Delle Chiaie et al., 2013, Wiener et al., 2017).

Au regard de cette sélection d'articles, il semble évident que la PE est souvent une composante d'approches psychosociales plus complexes et variées. Il est donc difficile d'identifier quels effets thérapeutiques sont liés à la PE seule, liés à des outils appartenant à d'autres approches ou encore liés aux deux. Ceci avait notamment été souligné par Weber Rouget et al. (2007) et Khazaal et al. (2006).

6.2. Types d'approche de PE

L'analyse plus fine des résultats met en évidence des disparités en fonction du modèle retenu. Les études basées sur les modèles de Colom et Vieta ou encore Bauer et Mc Bride montrent principalement des bénéfices sur la diminution du nombre de rechutes (essentiellement maniaque) et l'allongement du délai entre celles-ci ainsi que sur le nombre d'hospitalisations. Peu d'effets sont rapportés sur la symptomatologie aigue notamment dépressive et sur l'observance médicamenteuse. A noter quelques

exceptions, notamment l'étude de Rahmani et al. (2016) montrant une meilleure observance pharmacologique mais les caractéristiques des sujets inclus sont relativement spécifiques, femmes uniquement et TBI. L'étude de Chen et al. (2019) met en avant une amélioration de la symptomatologie dépressive et maniaque mais ne cible que des patients souffrant d'un TBI, hospitalisés pour un épisode maniaque. L'étude de Sajatovic et al. (2017) retrouve également une amélioration de la symptomatologie dépressive mais pour des patients souffrant majoritairement d'une autre pathologie psychiatrique que le TB. Seules trois études n'ont trouvé aucun bénéfice à la PE en comparaison au TU, notamment les études de De Azevedo Cardoso et al. (2014, 2015) et Gumus et al. (2015). Dans l'ensemble, la PE de Bauer et Mc Bride ou de Colom et Vieta montre donc de solides preuves d'une efficacité en traitement de maintenance, c'est-à-dire en dehors des phases aiguës. Elle est plus efficace lorsqu'elle est effectuée en groupes comme le montre les ECR de Colom et al. (2003a, 2003b, 2004, 2009a, 2009b), D'Souza et al. (2010), Kallestad et al. (2016). Ces résultats sont congruents avec la revue réalisée par Novick et al. (2019).

Les deux ECR comparant des sessions de PE non structurée avec soutien par les pairs de type PARADES, à des groupes structurés n'ont pas permis de mettre en évidence de bénéfices de ce type d'intervention (Camacho et al., 2017, Morriss et al., 2016). Une troisième étude, discutée dans le paragraphe de la PE numérique, menée par Proudfoot et al. (2012) a cependant montré un léger avantage au groupe bénéficiant du soutien par les pairs (sur les symptômes dépressifs, la déficience fonctionnelle et l'adhésion au programme).

La TCC en complément de la PE, apporte un bénéfice par rapport à une PE seule concernant le temps passé avec des symptômes dépressifs (Zaretsky et al., 2008). Harvey et al. (2015) ont également montré de nets bénéfices avec moins d'épisodes aigus, moins de rechutes (hypo)maniaques et des bénéfices sur l'insomnie mais en ayant recours à une TCC très spécifique, ciblée sur les troubles du sommeil. Au contraire, les études de Parikh et al. (Parikh et al., 2012, 2013) montrent des résultats avec des différences non significatives entre la PE (modèle de Bauer et Mc Bride) et la TCC notamment pour la probabilité de rechute, les symptômes, l'observance médicamenteuse. Seules certaines caractéristiques plus spécifiques telles que le déni ou le blâme étaient améliorées avec la TCC. Les études menées par Miklowitz et al (2007a, 2007b) ont également mis en avant une supériorité sur la PE en termes de stabilisation de la dépression bipolaire, d'amélioration du fonctionnement des relations et de la satisfaction de vie. Ces résultats sont néanmoins valables pour trois types de psychothérapies intensives (IPSRT, TCC, FFT), sans différence significative entre elles. La revue de la littérature menée par Reinares et al. (2014) a également mis en évidence des résultats contrastés concernant les études portant sur la TCC, indiquant le besoin de plus de recherches pour clarifier l'efficacité de cette intervention et les facteurs qui prédisent la réponse au traitement. Cependant, l'impact de la TCC semble particulièrement utile dans la prévention de la dépression. Ces résultats sur cet aspect sont cohérents avec d'autres revues portant sur cette thématique telle que celle menée récemment par Novick et al. (2019) ou encore par Khazaal et al. (2006). Cette dernière étude soulignait deux points : la TCC tend à réduire les symptômes dépressifs, à améliorer l'adhésion aux traitements et à réduire les risques de rechute maniaque ou dépressive mais la TCC et les traitements psychoéducatifs partagent

le même modèle de la maladie. Comme cela a déjà été évoqué, il est donc difficile de départager clairement l'impact de l'une ou l'autre des interventions.

L'ajout de techniques appartenant à la TCD et la *mindfulness* semble offrir des résultats intéressants notamment sur la réduction des symptômes dépressifs, l'amélioration du contrôle affectif et du sentiment d'auto-efficacité de la pleine conscience. Nous n'avons cependant obtenu qu'une seule étude réalisée par Van Dijk et al. (2013), incluant un faible nombre de sujets, ce qui ne permet pas de généraliser ces résultats.

L'IPSRT suggère des bénéfices supérieurs à la PE sur le temps sans rechute thymique (Frank et al., 2005). Le fonctionnement professionnel est également amélioré beaucoup plus rapidement qu'avec une approche psychoéducative (Frank et al., 2008). Ces résultats sont néanmoins valables pour un TB de type I avec des résultats non connus pour un autre type. Les sujets inclus étaient pour certains encore symptomatiques. L'IPSRT pourrait donc se montrer utile notamment pour les patients encore en phase aiguë de la maladie, comme cela était également souligné par la revue menée par Lolic et al. (2012).

Il en est de même pour la FFT. Elle se révèle bénéfique dans la réduction du risque de rechute et d'hospitalisation (Rea et al., 2003), sur l'amélioration des symptômes dépressifs mais pas maniaques (Miklowitz et al., 2000). Elle améliore le retour à une euthymie post-épisode et l'observance médicamenteuse des patients (Miklowitz et al., 2003). Malgré ses nombreux bénéfices, notamment sur la symptomatologie dépressive, peu améliorée par la PE seule, nous notons que son déroulement est relativement contraignant nécessitant un nombre conséquent de séances, sur une longue durée (9 mois). Il est par ailleurs nécessaire de disposer de thérapeutes formés et qualifiés pour cette approche, ce qui la rend peu accessible en plus d'être coûteuse.

Plus accessible et moins spécifique, la participation de proches pour quelques séances a été évaluée par trois études. Celles-ci montrent des bénéfices sur l'observance médicamenteuse (Clarkin et al., 1998, D'Souza et al., 2010, Pakpour et al., 2017), une diminution du taux de rechute et un temps allongé entre celles-ci ainsi qu'une diminution des symptômes maniaques (D'Souza et al., 2010). Ce type de PE était néanmoins comparé à un TU, ce qui ne permet de savoir quelle composante de la PE individuelle ou celle en présence des proches apporte des bénéfices.

La RF, mise en lumière dans plusieurs études espagnoles montre de légers bénéfices plutôt en comparaison au TU qu'à la PE avec laquelle les résultats sont souvent proches (Torrent et al., 2013), en dehors du fonctionnement (Bonnin et al., 2016a, 2016b, Sanchez-Moreno et al., 2017, Solé et al., 2015). Un avantage de la RF a été trouvé par rapport à la PE sur un petit sous-groupe de sujets atteints d'un TB II concernant l'évolution de la symptomatologie sub-dépressive (Solé et al., 2015). Les études portant sur la RF sont encore peu nombreuses et nécessitent des investigations complémentaires.

Les programmes de PE plus vastes, basés sur des programmes de réhabilitation incluant diverses pathologies psychiatriques notamment le modèle danois, illustré par les études de Dalum et al. (2018) et Jensen et al. (2019) n'ont pas permis de mettre en avant de bénéfices en comparaison au TU. Seule

l'étude de Shon et al. (2002) en a retrouvé notamment sur l'observance pharmacologique et le sentiment d'auto-efficacité. Il faut néanmoins souligner le faible pourcentage de patients souffrant d'un TB dans cet ECR (<30%) ce qui ne permet pas de pouvoir s'appuyer sur ce genre de résultats pour nos groupes.

Deux ECR portaient sur une PE dont le modèle théorique n'était pas spécifié, montrant des résultats bénéfiques sur l'auto-stigmatisation, Çuhadar et al. (2014) et sur l'observance au traitement pharmacologique, Eker et al. (2012).

Les résultats pour les interventions numériques sont plutôt modestes et contrastés. Smith et al. 2011 ont montré un léger effet de ces outils sur la qualité de vie psychologique. Gliddon et al. (2019) ainsi que Depp et al. (2015) ont rapporté un effet favorable sur la symptomatologie dépressive, mais seulement à court terme pour la seconde étude.

Lauder et al. (2015) ont mis en évidence une réduction des symptômes thymiques et une amélioration dans le fonctionnement, la qualité de vie et l'observance médicamenteuse, valable à la fois pour la PE numérique seule et celle complétée par des outils TCC, ne permettant pas de distinguer l'efficacité de chaque élément.

Plusieurs auteurs n'ont montré aucun bénéfice associé à ces outils, Petzold et al. (2019) (programme informatisé d'auto observation structurée du quotidien) ou encore Barnes et al. (2015) (PE sur Internet). Malgré de bons taux de satisfaction et d'acceptabilité de ces programmes numériques (Depp et al., 2015, Dupuis Maurin et al., 2020), le nombre de connexions est souvent relativement faible, limitant la fiabilité des résultats (Dupuis Maurin et al., 2020). Nous constatons également une absence de bénéfices sur l'observance médicamenteuse à long terme des outils numériques.

Une revue systématique de la littérature menée par Nicholas et al. (2015) sur les applications psychoéducatives sur smartphone met en avant d'autres points négatifs notamment le fait que le contenu n'est souvent pas conforme aux guidelines. Les applications ne parviennent pas non plus à fournir des informations importantes pour aider les utilisateurs à en évaluer leur qualité, la plupart manquant de références quant aux sources d'informations utilisées et de politique de confidentialité.

6.3. Limites de cette revue de la littérature

Les limites de cette revue sont notamment liées au choix de ne pas sélectionner d'autres types d'études que des ECR ou leurs analyses post-hoc. La comparaison avec d'autres revues (Weber Rouget et Aubry, 2007) montre que cela a limité l'accès à des études de référence sur le sujet, plus anciennes. Nous remarquons également que les études portant sur certains modèles, comme la TCC sont peu nombreuses dans notre sélection, bien qu'ayant été largement étudiée pour le TB.

7. Conclusion

Ce travail confirme des résultats connus, à savoir des bénéfices de la PE sur l'évolution du TB pour quasiment tous les types d'interventions étudiés. Malgré des apports spécifiques pour chaque modèle

et des bénéfices parfois supérieurs pour les interventions psychothérapeutiques plus intensives en comparaison à la PE seule, il semble difficile d'inclure ces modèles dans notre pratique courante. En effet, la TCC, la FFT ou encore l'IPSRT nécessitent des soignants formés dans ces différents types de psychothérapies, comme cela avait été souligné par Weber Rouget et al. (2007), ce qui complexifie sa planification. D'autres modalités de traitement émergent et sont représentées dans cette revue notamment la RF, la TCD ou encore les techniques de *mindfulness*. Ces études sont encore peu nombreuses et méritent d'être complétées afin d'avoir des résultats plus solides avant d'envisager un complément à la PE telle que pratiquée actuellement au sein de notre unité. Enfin, nous avons constaté un nombre encore modeste mais croissant d'ECR portant sur le recours aux applications mobiles ou à la PE en ligne. Les résultats sont encore peu nombreux, encourageants mais souvent valables à court terme avec des limites portant notamment sur une faible participation des patients et des questionnements autour de la qualité et de la politique de confidentialité de ces outils. A noter que de nombreux protocoles d'études en cours ont été retrouvés au cours de notre sélection d'articles laissant envisager de possibles futurs résultats sur la question. Par ailleurs, il est probable que la crise sanitaire actuelle liée au COVID-19 fasse émerger de nouvelles études sur le recours à l'aspect numérique dans la PE. L'efficacité des groupes de PE dispensés en visio-conférence (pratiqués depuis peu aux HUG) pourrait par exemple être un questionnement intéressant pour l'avenir.

8. Bibliographie

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders : DSM-5™. 5th ed. Washington, D.C.: American Psychiatric Publ.; 2013.
2. Arnold LM. Gender differences in bipolar disorder. *Psychiatr Clin North Am* 2003;26:595-620.
3. Aubry JM, Charmillot A, Aillon N, et al. Long-term impact of the life goals group therapy program for bipolar patients. *J Affect Disord* 2012;136:889-94.
4. Bandura A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychol Rev* 1977;84:191-215.
5. Barnes CW, Hadzi-Pavlovic D, Wilhelm K, Mitchell PB. A web-based preventive intervention program for bipolar disorder: outcome of a 12-months randomized controlled trial. *J Affect Disord* 2015;174:485-92.
6. Basco MR, Rush AJ. Cognitive-behavioral therapy for bipolar disorder. New York, NY, US: Guilford Press; 1996.
7. Bauer M, McBride L, Aubry JM (trad.). Thérapie de groupe pour le trouble bipolaire : une approche structurée : le programme d'objectifs personnels. Chêne-Bourg: Médecine & Hygiène; 2001.
8. Bauer MS, McBride L. Structured group psychotherapy for bipolar disorder : the life goals program. New York, NY: Springer Publ.; 1996.
9. Bauer MS, McBride L. Structured group psychotherapy for bipolar disorder: The Life Goals Program, 2nd ed. New York, NY, US: Springer Publishing Co; 2003.
10. Bauer MS, McBride L, Williford WO, et al. Collaborative care for bipolar disorder: part I. Intervention and implementation in a randomized effectiveness trial. *Psychiatr Serv* 2006a;57:927-36.
11. Bauer MS, McBride L, Williford WO, et al. Collaborative care for bipolar disorder: Part II. Impact on clinical outcome, function, and costs. *Psychiatr Serv* 2006b;57:937-45.
12. Bauer MS, Biswas K, Kilbourne AM. Enhancing multiyear guideline concordance for bipolar disorder through collaborative care. *Am J Psychiatry* 2009;166:1244-50.
13. Bilderbeck AC, Atkinson LZ, McMahon HC, et al. Psychoeducation and online mood tracking for patients with bipolar disorder: A randomised controlled trial. *J Affect Disord* 2016;205:245-51.
14. Bonnin CM, Reinares M, Martinez-Aran A, et al. Effects of functional remediation on neurocognitively impaired bipolar patients: enhancement of verbal memory. *Psychol Med* 2016a;46:291-301.
15. Bonnin CM, Torrent C, Arango C, et al. Functional remediation in bipolar disorder: 1-year follow-up of neurocognitive and functional outcome. *Br J Psychiatry* 2016b;208:87-93.
16. Camacho EM, Ntais D, Jones S, et al. Cost-effectiveness of structured group psychoeducation versus unstructured group support for bipolar disorder: Results from a multi-centre pragmatic randomised controlled trial. *J Affect Disord* 2017;211:27-36.
17. Chen R, Zhu X, Capitao LP, et al. Psychoeducation for psychiatric inpatients following remission of a manic episode in bipolar I disorder: A randomized controlled trial. *Bipolar Disord* 2019;21:76-85.
18. Clarkin JF, Carpenter D, Hull J, Wilner P, Glick I. Effects of psychoeducational intervention for married patients with bipolar disorder and their spouses. *Psychiatr Serv* 1998;49:531-3.

19. Colom F, Vieta E, Martinez-Aran 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* 2003a;60:402-7.
20. Colom F, Vieta E, Reinares M, et al. Psychoeducation efficacy in bipolar disorders: beyond compliance enhancement. *J Clin Psychiatry* 2003b;64:1101-5.
21. Colom F, Vieta E, Sanchez-Moreno J, et al. Psychoeducation in bipolar patients with comorbid personality disorders. *Bipolar Disord* 2004;6:294-8.
22. Colom F, Vieta E. *Psychoeducation manual for bipolar disorder*. New York, NY, US: Cambridge University Press; 2006.
23. Colom F, Vieta E, Sanchez-Moreno J, et al. Group psychoeducation for stabilised bipolar disorders: 5-year outcome of a randomised clinical trial. *Br J Psychiatry* 2009a;194:260-5.
24. Colom F, Vieta E, Sanchez-Moreno J, et al. Psychoeducation for bipolar II disorder: an exploratory, 5-year outcome subanalysis. *J Affect Disord* 2009b;112:30-5.
25. Cuhadar D, Cam MO. Effectiveness of psychoeducation in reducing internalized stigmatization in patients with bipolar disorder. *Arch Psychiatr Nurs* 2014;28:62-6.
26. D'Souza R, Piskulic D, Sundram S. A brief dyadic group based psychoeducation program improves relapse rates in recently remitted bipolar disorder: a pilot randomised controlled trial. *J Affect Disord* 2010;120:272-6.
27. Dalum HS, Waldemar AK, Korsbek L, et al. Participants' and staffs' evaluation of the Illness Management and Recovery program: a randomized clinical trial. *J Ment Health* 2018;27:30-7.
28. de Andres RD, Aillon N, Bardiot MC, et al. Impact of the life goals group therapy program for bipolar patients: an open study. *J Affect Disord* 2006;93:253-7.
29. de Azevedo Cardoso T, Farias C, A., Mondin TC, et al. Brief psychoeducation for bipolar disorder: impact on quality of life in young adults in a 6-month follow-up of a randomized controlled trial. *Psychiatry Res* 2014;220:896-902.
30. de Azevedo Cardoso T, Campos Mondin T, Reyes AN, et al. Biological Rhythm and Bipolar Disorder: Twelve-Month Follow-Up of a Randomized Clinical Trial. *J Nerv Ment Dis* 2015;203:792-7.
31. Delle Chiaie R, Trabucchi G, Girardi N, et al. Group psychoeducation normalizes cortisol awakening response in stabilized bipolar patients under pharmacological maintenance treatment. *Psychother Psychosom* 2013;82:264-6.
32. Depp CA, Ceglowski J, Wang VC, et al. Augmenting psychoeducation with a mobile intervention for bipolar disorder: a randomized controlled trial. *J Affect Disord* 2015;174:23-30.
33. Depp CA, Perivoliotis D, Holden J, Dorr J, Granholm EL. Single-Session Mobile-Augmented Intervention in Serious Mental Illness: A Three-Arm Randomized Controlled Trial. *Schizophr Bull* 2019;45:752-62.
34. Dupuis Maurin K, Girod C, Consolini JL, et al. Use of a serious game to strengthen medication adherence in euthymic patients with bipolar disorder following a psychoeducational programme: A randomized controlled trial. *J Affect Disord* 2020;262:182-8.
35. Eker F, Harkin S. Effectiveness of six-week psychoeducation program on adherence of patients with bipolar affective disorder. *J Affect Disord* 2012;138:409-16.

36. Faria AD, de Mattos Souza LD, de Azevedo Cardoso T, et al. The influence of psychoeducation on regulating biological rhythm in a sample of patients with bipolar II disorder: a randomized clinical trial. *Psychol Res Behav Manag* 2014;7:167-74.
37. Feinman JA, Dunner DL. The effect of alcohol and substance abuse on the course of bipolar affective disorder. *J Affect Disord* 1996;37:43-9.
38. Frank E. Treating bipolar disorder: A clinician's guide to interpersonal and social rhythm therapy. New York, NY, US: Guilford Press; 2005.
39. Frank E, Kupfer DJ, Thase ME, et al. Two-year outcomes for interpersonal and social rhythm therapy in individuals with bipolar I disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2005;62:996-1004.
40. Frank E, Soreca I, Swartz HA, et al. The role of interpersonal and social rhythm therapy in improving occupational functioning in patients with bipolar I disorder. *Am J Psychiatry* 2008;165:1559-65.
41. Gitlin MJ, Swendsen J, Heller TL, Hammen C. Relapse and impairment in bipolar disorder. *Am J Psychiatry* 1995;152:1635-40.
42. Gliddon E, Cosgrove V, Berk L, et al. A randomized controlled trial of MoodSwings 2.0: An internet-based self-management program for bipolar disorder. *Bipolar Disord* 2019;21:28-39.
43. González Isasi A, Echeburua E, Liminana JM, Gonzalez-Pinto A. How effective is a psychological intervention program for patients with refractory bipolar disorder? A randomized controlled trial. *J Affect Disord* 2010;126:80-7.
44. Gualtieri CT, Morgan DW. The frequency of cognitive impairment in patients with anxiety, depression, and bipolar disorder: an unaccounted source of variance in clinical trials. *J Clin Psychiatry* 2008;69:1122-30.
45. Gumus F, Buzlu S, Cakir S. Effectiveness of individual psychoeducation on recurrence in bipolar disorder; a controlled study. *Arch Psychiatr Nurs* 2015;29:174-9.
46. Harvey AG, Soehner AM, Kaplan KA, et al. Treating insomnia improves mood state, sleep, and functioning in bipolar disorder: a pilot randomized controlled trial. *J Consult Clin Psychol* 2015;83:564-77.
47. Javadpour A, Hedayati A, Dehbozorgi GR, Azizi A. The impact of a simple individual psychoeducation program on quality of life, rate of relapse and medication adherence in bipolar disorder patients. *Asian J Psychiatr* 2013;6:208-13.
48. Jensen SB, Dalum HS, Korsbek L, et al. Illness management and recovery: one-year follow-up of a randomized controlled trial in Danish community mental health centers: long-term effects on clinical and personal recovery. *BMC Psychiatry* 2019;19:65.
49. Jonas BS, Brody D, Roper M, Narrow WE. Prevalence of mood disorders in a national sample of young American adults. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2003;38:618-24.
50. Kallestad H, Wullum E, Scott J, Stiles TC, Morken G. The long-term outcomes of an effectiveness trial of group versus individual psychoeducation for bipolar disorders. *J Affect Disord* 2016;202:32-8.
51. Khazaal Y, Preisig M, Zullino DF. Psychoéducation et traitements cognitifs et comportementaux du trouble bipolaire. *Sante Ment Que* 2006;31:125-43.

52. Lam DH, Jones SH, Bright JA, Hayward P. Cognitive Therapy for Bipolar Disorder: A Therapist's Guide to Concepts, Methods and Practice. New York: Wiley; 1999.
53. Lauder S, Chester A, Castle D, et al. A randomized head to head trial of MoodSwings.net.au: an Internet based self-help program for bipolar disorder. *J Affect Disord* 2015;171:13-21.
54. Liberati A, Altman DG, Tetzlaff J, et al. The PRISMA statement for reporting systematic reviews and meta-analyses of studies that evaluate health care interventions: explanation and elaboration. *PLoS Med* 2009;6:e1000100.
55. Lolich M, Vazquez GH, Alvarez LM, Tamayo JM. Psychosocial interventions in bipolar disorder: a review. *Actas Esp Psiquiatr* 2012;40:84-92.
56. Martínez-Arán A, Torrent C, Sole B, et al. Functional remediation for bipolar disorder. *Clin Pract Epidemiol Ment Health* 2011;7:112-6.
57. Martínez-Arán A, Vieta E, Colom F, et al. Do cognitive complaints in euthymic bipolar patients reflect objective cognitive impairment? *Psychother Psychosom* 2005;74:295-302.
58. Merikangas KR, Jin R, He JP, et al. Prevalence and correlates of bipolar spectrum disorder in the world mental health survey initiative. *Arch Gen Psychiatry* 2011;68:241-51.
59. Miklowitz DJ, Goldstein MJ. Bipolar disorder: A family-focused treatment approach. New York, NY, US: Guilford Press; 1997.
60. Miklowitz DJ, Simoneau TL, George EL, et al. Family-focused treatment of bipolar disorder: 1-year effects of a psychoeducational program in conjunction with pharmacotherapy. *Biol Psychiatry* 2000;48:582-92.
61. Miklowitz DJ, George EL, Richards JA, Simoneau TL, Suddath RL. A randomized study of family-focused psychoeducation and pharmacotherapy in the outpatient management of bipolar disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2003;60:904-12.
62. Miklowitz DJ, Otto MW, Frank E, et al. Psychosocial treatments for bipolar depression: a 1-year randomized trial from the Systematic Treatment Enhancement Program. *Arch Gen Psychiatry* 2007a;64:419-26.
63. Miklowitz DJ, Otto MW, Frank E, et al. Intensive psychosocial intervention enhances functioning in patients with bipolar depression: results from a 9-month randomized controlled trial. *Am J Psychiatry* 2007b;164:1340-7.
64. Miller WR, Rollnick S. Motivational interviewing: Helping people change, 3rd edition. New York, NY, US: Guilford Press; 2012.
65. Moore DJ, Poquette A, Casaletto KB, et al. Individualized texting for adherence building (iTAB): improving antiretroviral dose timing among HIV-infected persons with co-occurring bipolar disorder. *AIDS Behav* 2015;19:459-71.
66. Morriss R, Lobban F, Riste L, et al. Clinical effectiveness and acceptability of structured group psychoeducation versus optimised unstructured peer support for patients with remitted bipolar disorder (PARADES): a pragmatic, multicentre, observer-blind, randomised controlled superiority trial. *Lancet Psychiatry* 2016;3:1029-38.
67. Muller-Oerlinghausen B, Berghofer A, Bauer M. Bipolar disorder. *Lancet* 2002;359:241-7.

68. Newman CF, Leahy RL, Beck AT, Reilly-Harrington NA, Gyulai L. Bipolar disorder: A cognitive therapy approach. Washington, DC, US: American Psychological Association; 2002.
69. Nicholas J, Larsen ME, Proudfoot J, Christensen H. Mobile Apps for Bipolar Disorder: A Systematic Review of Features and Content Quality. *J Med Internet Res* 2015;17:e198.
70. Novick DM, Swartz HA. Evidence-Based Psychotherapies for Bipolar Disorder. *Focus (Am Psychiatr Publ)* 2019;17:238-48.
71. Otto MW, Reilly-Harrington N, Sachs GS. Psychoeducational and cognitive-behavioral strategies in the management of bipolar disorder. *J Affect Disord* 2003;73:171-81.
72. Pakpour AH, Modabbernia A, Lin CY, Saffari M, Ahmadzad Asl M, Webb TL. Promoting medication adherence among patients with bipolar disorder: a multicenter randomized controlled trial of a multifaceted intervention. *Psychol Med* 2017;47:2528-39.
73. Parikh SV, Zaretsky A, Beaulieu S, et al. A randomized controlled trial of psychoeducation or cognitive-behavioral therapy in bipolar disorder: a Canadian Network for Mood and Anxiety treatments (CANMAT) study [CME]. *J Clin Psychiatry* 2012;73:803-10.
74. Parikh SV, Hawke LD, Zaretsky A, et al. Psychosocial interventions for bipolar disorder and coping style modification: similar clinical outcomes, similar mechanisms? *Can J Psychiatry* 2013;58:482-6.
75. Petzold J, Mayer-Pelinski R, Pilhatsch M, et al. Short group psychoeducation followed by daily electronic self-monitoring in the long-term treatment of bipolar disorders: a multicenter, rater-blind, randomized controlled trial. *Int J Bipolar Disord* 2019;7:23.
76. Pini S, de Queiroz V, Pagnin D, et al. Prevalence and burden of bipolar disorders in European countries. *Eur Neuropsychopharmacol* 2005;15:425-34.
77. Proudfoot J, Parker G, Manicavasagar V, et al. Effects of adjunctive peer support on perceptions of illness control and understanding in an online psychoeducation program for bipolar disorder: a randomised controlled trial. *J Affect Disord* 2012;142:98-105.
78. Rahmani F, Ebrahimi H, Ranjbar F, Razavi SS, Asghari E. The Effect of Group Psychoeducation Program on Medication Adherence in Patients with Bipolar Mood Disorders: a Randomized Controlled Trial. *J Caring Sci* 2016;5:287-97.
79. Rea MM, Thompson MC, Miklowitz DJ, Goldstein MJ, Hwang S, Mintz J. Family-focused treatment versus individual treatment for bipolar disorder: results of a randomized clinical trial. *J Consult Clin Psychol* 2003;71:482-92.
80. Reinares M, Sanchez-Moreno J, Fountoulakis KN. Psychosocial interventions in bipolar disorder: what, for whom, and when. *J Affect Disord* 2014;156:46-55.
81. Sajatovic M, Davies MA, Ganocy SJ, et al. A comparison of the life goals program and treatment as usual for individuals with bipolar disorder. *Psychiatr Serv* 2009;60:1182-9.
82. Sajatovic M, Gunzler DD, Kanuch SW, et al. A 60-Week Prospective RCT of a Self-Management Intervention for Individuals With Serious Mental Illness and Diabetes Mellitus. *Psychiatr Serv* 2017;68:883-90.

83. Sanchez-Moreno J, Bonnin C, Gonzalez-Pinto A, et al. Do patients with bipolar disorder and subsyndromal symptoms benefit from functional remediation? A 12-month follow-up study. *Eur Neuropsychopharmacol* 2017;27:350-9.
84. Scott J. *Overcoming Mood Swings: A self-help guide using cognitive-behavioral techniques*. London: Constable Robinson; 2001.
85. Scott J. Treatment outcome studies. In: Johnson, Leahy RL, eds. *Psychological Treatment of Bipolar Disorder*. New York: Guildford press; 2004:226-41.
86. Scott J, Colom F, Popova E, et al. Long-term mental health resource utilization and cost of care following group psychoeducation or unstructured group support for bipolar disorders: a cost-benefit analysis. *J Clin Psychiatry* 2009;70:378-86.
87. Segal ZV, Williams JMG, Teasdale JD. *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. New York, NY, US: Guilford Press; 2002:xiv, 351-xiv, .
88. Shon KH, Park SS. Medication and symptom management education program for the rehabilitation of psychiatric patients in Korea: the effects of promoting schedule on self-efficacy theory. *Yonsei Med J* 2002;43:579-89.
89. Simon GE, Ludman EJ, Bauer MS, Unutzer J, Operskalski B. Long-term effectiveness and cost of a systematic care program for bipolar disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2006;63:500-8.
90. Smith DJ, Griffiths E, Poole R, et al. Beating Bipolar: exploratory trial of a novel Internet-based psychoeducational treatment for bipolar disorder. *Bipolar Disord* 2011;13:571-7.
91. Smoller JW, Finn CT. Family, twin, and adoption studies of bipolar disorder. *Am J Med Genet C Semin Med Genet* 2003;123C:48-58.
92. Solé B, Bonnin CM, Mayoral M, et al. Functional remediation for patients with bipolar II disorder: improvement of functioning and subsyndromal symptoms. *Eur Neuropsychopharmacol* 2015;25:257-64.
93. Torrent C, Bonnin Cdel M, Martinez-Aran A, et al. Efficacy of functional remediation in bipolar disorder: a multicenter randomized controlled study. *Am J Psychiatry* 2013;170:852-9.
94. van der Voort TY, van Meijel B, Goossens PJ, et al. Collaborative care for patients with bipolar disorder: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry* 2015;206:393-400.
95. Van Dijk S, Jeffrey J, Katz MR. A randomized, controlled, pilot study of dialectical behavior therapy skills in a psychoeducational group for individuals with bipolar disorder. *J Affect Disord* 2013;145:386-93.
96. Walden J, Grunze H. Epidemiology and societal impact of bipolar affective disorders. In: Walden J, Grunze H, eds. *Bipolar affective disorders*. Stuttgart: Georg Thieme Verlag; 2003:7-12.
97. Weber Rouget B, Aubry JM. Efficacy of psychoeducational approaches on bipolar disorders: a review of the literature. *J Affect Disord* 2007;98:11-27.
98. Wiener CD, Molina ML, Moreira FP, et al. Brief psychoeducation for bipolar disorder: Evaluation of trophic factors serum levels in young adults. *Psychiatry Res* 2017;257:367-71.
99. Yatham LN, Kennedy SH, Parikh SV, et al. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) and International Society for Bipolar Disorders (ISBD) collaborative update of CANMAT

guidelines for the management of patients with bipolar disorder: update 2013. *Bipolar Disord* 2013;15:1-44.

100. Zaretsky A, Lancee W, Miller C, Harris A, Parikh SV. Is cognitive-behavioural therapy more effective than psychoeducation in bipolar disorder? *Can J Psychiatry* 2008;53:441-8.

9. Annexes

Tableau 1 : Résumé de la base conceptuelle des éléments spécifiques du POP

Phase I

Amélioration des facteurs individuels

Psychoéducation

Développement des techniques de gestion de la maladie utilisant l'analyse personnelle coûts-bénéfices

Phase II

Paradigme principal du traitement

Sélectionner des objectifs personnels

Mettre au point des techniques pour atteindre les objectifs en faisant usage de :

 Analyse personnelle coûts-bénéfices

 Techniques comportementales

Pour aborder les obstacles :

 Techniques cognitives

 Techniques interpersonnelles de groupe

Tableau issu du manuel «Bauer, Mc Bride, Aubry, Thérapie de groupe pour le trouble bipolaire : une approche structurée, le programme d'objectifs personnels, Médecine et Hygiène : 2001 »

Figure 1. Diagramme de flux selon PRISMA.

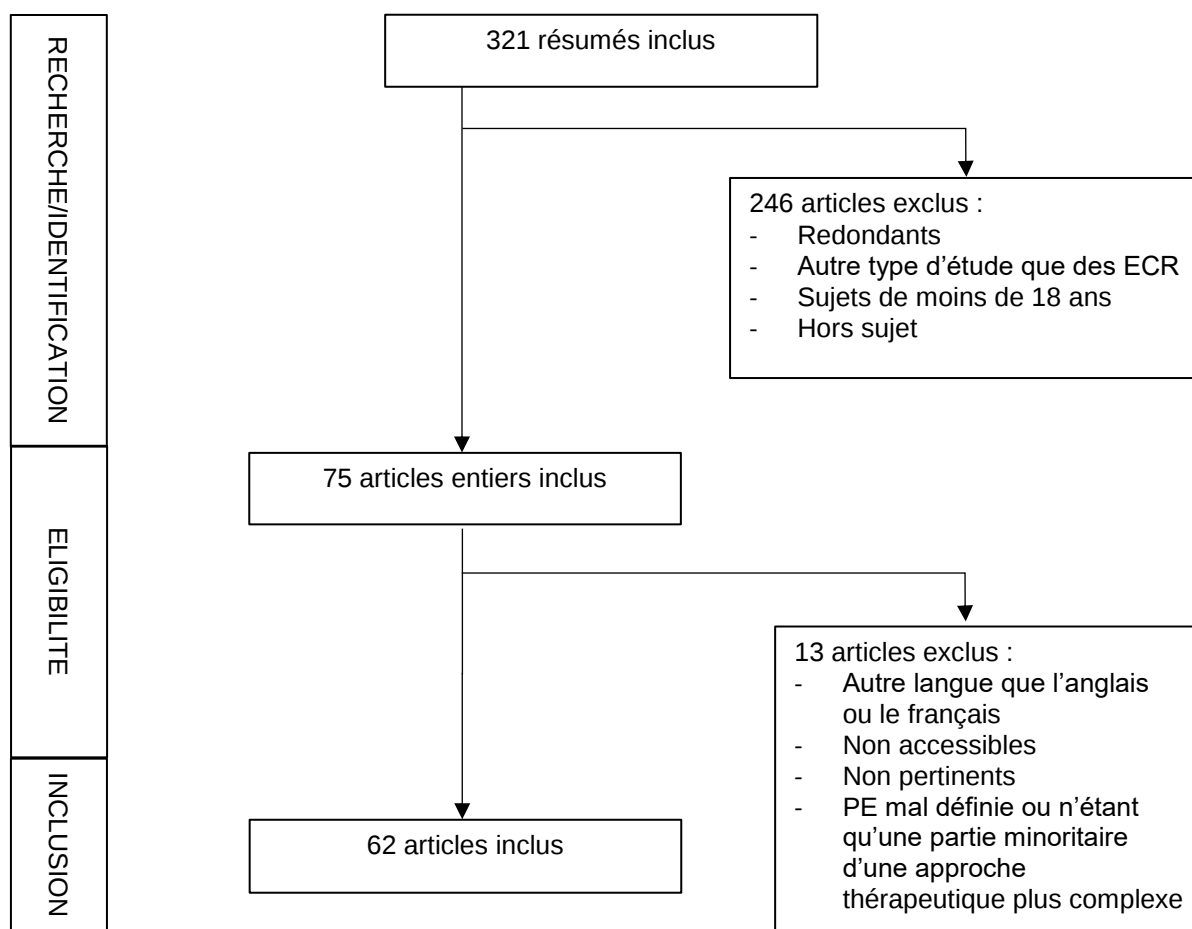


Tableau 2. Résumé des articles inclus

Etude	Population	Nbre de pat. inclus	Groupes	Détails concernant les soins reçus	Durée et fréquence de la PE	Durée totale de suivi	Résultats
<u>MODELE DE COLOM ET VIETA</u>							
Colom et al. (2003a)	TB I ou II, pat. ambulatoires en rémission ≥ 6 mois	GE : 60 GC : 60	PE vs sessions non spécifiques	GE : soins standards + PE groupale (8-12 pat.) GC : soins standards + sessions groupales non spécifiques	GE : 21 sessions x 90 min GC : 21 sessions hebdomadaires	2 ans	Pour le GE : -moins de rechutes (dépressives, (hypo)maniaques, mixtes) -temps augmenté entre les rechutes -moins d'hospitalisations -meilleure compliance médicamenteuse uniquement pour le lithium. Pas d'effet pour la carbamazépine ou le valproate.
Colom et al. (2003b)	TB I, pat. ambulatoires, euthymiques et avec une bonne observance au ttt médicamenteux ≥ 6 mois	GE : 25 GC : 25	PE vs sessions non spécifiques	GE : soins standards + PE groupale (8-12 pat.) GC : soins standards + sessions en groupe non spécifiques	GE : 20 sessions x 90 min GC : 20 sessions groupales hebdomadaires	2 ans	Pour le GE : -moins de rechutes -nombre total de rechutes et nombre d'épisodes dépressifs plus bas -moins d'hospitalisations -pas de différence entre les groupes concernant le ttt médicamenteux.
Colom et al. (2004)	TB I ou II + trouble de personnalité, pat. en rémission	GE : 15 GC : 22	PE vs sessions non spécifiques	GE : soins standards + PE groupale (8-12 pat.) GC : soins standards + sessions en groupe non spécifiques	GE : 21 sessions x 90 min GC : 20 sessions hebdomadaires	2 ans	Pour le GE : -temps avant rechute plus long -moins de rechutes maniaques et dépressives Pas de différence sur le nombre de patients ayant nécessité une hospitalisation mais durée de séjour plus longue pour le GC
Colom et al. (2009a)	TB I ou II, patients ambulatoires en rémission ≥ 6 mois	GE : 60 GC : 60	PE vs sessions non spécifiques	GE : soins standards + PE groupale (8-12 pat.) GC : soins standards + sessions en groupe non spécifiques (8-12 pat.)	GE : 21 sessions x 90 min GC : 20 sessions hebdomadaires	5 ans	Pour le GE à 5 ans de suivi : -plus longue période sans rechute -moins de rechute -moins de temps avec des symptômes aigus -moins d'hospitalisations et séjours plus courts -pas de différence sur l'observance médicamenteuse
Colom et al. (2009b)	TB II, pat. ambulatoires en rémission ≥ 6 mois	GE : 8 GC : 12	PE vs sessions non spécifiques	GE : soins standards + PE groupale (8-12 pat.) GC : soins standards + sessions en groupe non spécifiques	GE : 21 sessions x 90 min GC : 20 sessions hebdomadaires	5 ans	Pour le GE : -plus faible taux moyen d'épisodes thymiques (hypomanes et dépressifs) -moins de temps passé dans un épisode thymique aigu -plus haut niveau moyen de fonctionnement

Tableau 2. Résumé des articles inclus (suite)

Etude	Population	Nbre de pat. inclus	Groupes	Détails concernant les soins reçus	Durée et fréquence de la PE	Durée totale de suivi	Résultats
<u>MODELE DE COLOM ET VIETA (suite)</u>							
Scott et al. (2009)	TB I ou II, pat. ambulatoires en rémission ≥ 6 mois	GE : 60 GC : 60	PE vs sessions non spécifiques	GE : soins standards + PE groupale (8-12 pat.) GC : soins standards + sessions en groupe non spécifiques	GE : 21 sessions x 90 min GC : 20 sessions hebdomadaires	5 ans	Pour le GE : -2 fois plus de RDV ambulatoires mais coût moyen estimé des consultations d'urgence nettement inférieur -plus tendance à opter pour une psychothérapie auto-financée après avoir terminé la PE -plus d'utilisation de médicaments -part des soins hospitaliers dans les coûts totaux nettement inférieure
Javadpour et al. (2013)	TB, pat. ambulatoires, en rémission avec épisodes récurrents	GE : 54 GC : 54	PE vs TU	GE : PE individuelle + 18 RDV mensuels de suivi téléphonique GC : TU	GE : 8 sessions hebdomadaires x 50 min	2 ans	Pour le GE à 18 mois : -amélioration de l'observance médicamenteuse -amélioration de la qualité de vie -moins d'hospitalisations et de rechutes
Faria et al. (2014)	TB II, pat. ambulatoires, jeunes (18-29 ans)	GE : 32 GC : 29	PE vs TU	GE : PE individuelle GC : TU	GE : 6 sessions x 60 min.	Durée de l'intervention/suivi non précisée	-rémission des symptômes dépressifs pour les 2 groupes -aucun n'a montré une réduction significative des symptômes maniaques -pas de différence entre les groupes concernant la régulation des rythmes biologiques
De Azevedo Cardoso et al. (2014)	TB II, pat. ambulatoires, jeunes (18-29 ans)	GE : 32 GC : 29	PE vs TU	GE : PE individuelle GC : TU	6 sessions x 60 min.	6 mois	-aucune différence significative entre les 2 groupes pour la qualité de vie à tous les temps de mesure de l'étude -les 2 groupes ont amélioré leur qualité de vie excepté pour les items santé générale, douleurs physiques (post-intervention). Maintien des résultats à 6 mois, excepté pour la composante santé physique.
De Azevedo Cardoso et al. (2015)	TB II, pat. ambulatoires, jeunes (18-29 ans)	GE : 32 GC : 29	PE vs TU	GE : PE individuelle GC : TU	6 sessions x 60 min.	12 mois	-pas de différence significative entre les 2 groupes concernant les symptômes dépressifs, maniaques, anxieux et la régulation des rythmes biologiques à tous les temps de mesure.
Gumus et al. (2015)	TB I ou II, pat. euthymiques ≥ 3 mois.	GE : 41 GC : 41	PE vs TU	GE : PE individuelle, adaptée du modèle de Colom et Vieta, Miklowitz et Goldstein GC : TU	4 sessions hebdomadaires x 60 min,	12 mois	-moins d'hospitalisations et de rechutes pour le GE mais aucune différence significative entre les 2 groupes

Tableau 2. Résumé des articles inclus (suite)

Etude	Population	Nbre de pat. inclus	Groupes	Détails concernant les soins reçus	Durée et fréquence de la PE	Durée totale de suivi	Résultats
<u>MODELE DE COLOM ET VIETA (suite)</u>							
Kallestad et al. (2016)	TB I ou II, quasiment aucun critère d'exclusion	GE : 42 GC : 43	PE groupale vs PE individuelle	GE : PE groupale +/- entretiens motivationnels (EM) (Miller et Rollnick) 8-12 pat. GC : PE individuelle basée sur le manuel d'Otto et al. (2003)	GE : 10 sessions hebdomadaires x 90min +/- 2 EM et 8 sessions de rappel / 3 mois (2 ans) => total : 18 sessions GC : 3 sessions x 60 min	8 ans de suivi au total dont 27 mois d'intervention	-temps avant la 1 ^{re} hospitalisation plus long pour le GE à 27 mois. -tendance maintenue à 8 ans de suivi (NB : le type de PE reçue n'est cependant pas le prédicteur significatif. D'autres critères cliniques le sont) -réduction du recours aux hospitalisations pour le GE sur les 8 ans de suivi
Morriss et al. (2016)	TB I ou II, à risque de rechute, euthymique ≥ 4 semaines	GE : 153 GC : 151	PE groupale structurée vs PE groupale non structurée	GE : PE structurée (modèle de Colom et Vieta, contextualisé à la pratique en Grande Bretagne (CANMAT, Yatham et al., 2013) GC : PE non structurée (PARADES : soutien par les pairs), 10-18 pat.	21 sessions hebdomadaires x 120 min (26 semaines).	96 semaines	-meilleur taux de participation pour la PE groupale structurée -pas de différence significative entre les groupes pour le délai avant la 1 ^{re} rechute -PE plus efficace (1 ^{re} rechute différée) si moins d'épisodes thymiques passés
Camacho et al. (2017)	TB I ou II, à risque de rechute, euthymique ≥ 4 semaines	GE : 153 GC : 151	PE groupale structurée vs PE groupale non structurée	GE : PE structurée (modèle de Colom et Vieta, contextualisé à la pratique en Grande Bretagne (CANMAT, Yatham et al., 2013) GC : PE non structurée (PARADES : soutien par les pairs), 10-18 pat.	21 sessions hebdomadaires x 120 min (26 semaines)	96 semaines	-surcoût net pour l'intervention PE et un léger gain QALY par rapport au GC
Rahmani et al. (2016)	TB I, uniquement des femmes, recrutées à l'hôpital mais euthymiques pendant l'étude.	GE : 38 GC : 38	PE vs TU	GE : PE groupale GC : TU	10 sessions bi-hebdomadaires x 90 min	5 semaines	-meilleure observance pharmacologique à la fin de l'intervention pour le GE
Delle Chiaie et al. (2013)	TB, pat. euthymiques ≥ 5 mois	GE : 9 GC : 11	PE vs TU	GE : PE groupale GC : groupes de discussion libre	21 sessions hebdomadaires (durée de la séance non précisée)	5 mois	-pas de différence entre les groupes en pré et post intervention sur la symptomatologie et l'observance -normalisation de la CAR pour le GE
Wiener et al. (2017)	TB, jeunes patients (18-29 ans)	GE : 32 GC : 29	PE vs TU	GE : PE GC : TU	6 sessions x 60 min	Durée de l'intervention/suivi non précisée	-diminution de la symptomatologie dépressive pour les 2 groupes -pas de différence en pré et post-intervention sur la symptomatologie (hypo)manique -augmentation du taux sérique de GDNF pour le GE en fin d'intervention

Tableau 2. Résumé des articles inclus (suite)

Etude	Population	Nbre de pat. inclus	Groupes	Détails concernant les soins reçus	Durée et fréquence de la PE	Durée totale de suivi	Résultats
<u>MODELE DE COLOM ET VIETA (suite)</u>							
Chen et al. (2019)	TB I, pat. hospitalisés pour épisode maniaque, en rémission	GE : 71 GC : 69	PE vs Groupes de discussion libre	GE : PE groupale (8-12 pat.) GC : groupes de discussion libre + remise du même manuel de PE qu'au GE	8 sessions x 40-60 minutes (2 semaines)	12 mois	Pour le GE : -moins de rechutes (maniaques mais pas d'effet sur les rechutes dépressive) -augmentation du temps du temps en rémission -taux plus bas de ré-hospitalisations -plus grand changement entre pré et post intervention pour la symptomatologie dépressive, maniaque, le fonctionnement global -pas de différence sur l'observance médicamenteuse entre les groupes
<u>MODELE DE BAUER ET McBRIDE</u>							
Simon et al. (2006)	TB I ou II >2 ans, pat. ambulatoires, euthymiques ou non	GE : 212 GC : 229	PE vs TU	GE : PE, monitoring téléphonique mensuel (symptomatologie et observance médicamenteuse), feedback des participants aux soignants, soins de suivi et intervention de crise au besoin GC : TU	5 sessions hebdomadaires x 60 min (phase 1) + 48 sessions bimensuelles x 60 min (phase 2).	2 ans	Pour le GE : -réduction du niveau moyen de symptômes maniaques, du temps avec des symptômes maniaques -pas d'effet sur le niveau moyen de symptomatologie dépressive. -augmentation modeste des coûts comparativement aux bénéfices cliniques,
Bauer et al. (2006a, 2006b)	TB I ou II, pat. ambulatoires, symptomatiques à l'inclusion, nombreuses comorbidités.	GE : 166 GC : 164	PE vs TU	GE : PE GC : TU	5 sessions hebdomadaires x 60 min (phase 1) + sessions de 60 min hebdomadaires (2-17 mois) (phase 2).	3 ans	Pour le GE : -réduction du nombre de semaines avec épisode thymique, principalement maniaque -amélioration des scores de fonctionnement (rôle social), qualité de vie (mentale)) -meilleur taux de satisfaction concernant le traitement -pas d'effet sur les symptômes dépressifs et maniaques moyens -pas de différence sur le traitement médicamenteux
Bauer et al. (2009)	TB I ou II, pat. ambulatoires, symptomatiques à l'inclusion, nombreuses comorbidités.	GE : 166 GC : 164	PE vs TU	GE : PE GC : TU	5 sessions hebdomadaires x 60 min (phase 1) + sessions de 60 min hebdomadaires (2-17 mois) (phase 2).	3 ans	-pour le groupe PE : plus haut taux de concordance avec les guidelines concernant les traitements anti-maniaques

Tableau 2. Résumé des articles inclus (suite)

Etude	Population	Nbre de pat. inclus	Groupes	Détails concernant les soins reçus	Durée et fréquence de la PE	Durée totale de suivi	Résultats
<u>MODELE DE BAUER ET McBRIDE (suite)</u>							
Sajatovic et al. (2009)	TB I ou II, pat. ambulatoires, euthymiques ou non	GE : 84 GC : 80	PE vs TU	GE : PE (6 à 8 pat.) GC : TU	GE : 6 sessions hebdomadaires (phase I) + sessions mensuelles, en option (phase II).	12 mois	-participation : 41.49 % du GE a assisté à 4-6 sessions du POP phase I. Moins de 10% ont participé à la phase II -pas de différence significative entre les groupes concernant l'observance médicamenteuse, la symptomatologie, et le fonctionnement
Parikh et al. (2012)	TB I ou II, pat. ambulatoires, en rémission ≥ 1 mois	GE1 : 109 GE2 : 95	PE vs TCC	GE1 : PE GE2 : TCC individuelle	PE : 6 sessions x 90 min TCC : 20 sessions x 50 min	18 mois	-pas de différence entre les groupes concernant la probabilité de rechute, les scores pour les symptômes, l'observance médicamenteuse -coût inférieur par participant pour la PE (180\$ Vs 1200\$)
Parikh et al. (2013)	TB I ou II, patients ambulatoires, en rémission ≥ 1 mois	Total : 119 Détail des groupes non précisé	PE vs TCC	GE1 : PE GE2 : TCC individuelle	PE : 6 sessions x 90 min TCC : 20 sessions x 50 min	18 mois	-amélioration (sans différence entre groupes) concernant le poids des symptômes -amélioration équivalente de la réduction de stimulation et des styles d'adaptation axée sur les problèmes -pas de changement de l'acceptation de comportements de recherche d'aide -pour la TCC : réduction du déni et du blâme
<u>TCC</u>							
Zaretsky et al. (2008)	TB I ou II, pat. ambulatoires euthymiques ou en rémission partielle	GE1 : 39 GE2 : 40	PE vs PE+TCC	GE1 : PE individuelle GE2 : PE+ TCC NB : PE et TCC individuelles sont enregistrées sur bande sonore et basées sur le manuel de Basco et Rush (1996)	7 sessions de PE (GE1) +/- 13 sessions hebdomadaires de TCC (GE2) (Durée des sessions non précisée)	12 mois	Pour le groupe PE+TCC -50% de moins de jours avec dépression sur 1 an Pour le groupe PE seule : -plus d'augmentation des doses d'antidépresseurs -pas de différence sur le taux d'hospitalisations, l'observance médicamenteuse, le fonctionnement psychosocial, le recours aux structures de soins en santé mentale
Miklowitz et al. (2007a)	TB I ou II, pat. ambulatoires en dépression	GE : 163 (IPSRT : 62, TCC : 75, FFT : 26) GC : 130	3 types de psychothérapies intensives vs PE	-psychothérapies intensives : IPSRT, TCC ou FFT -collaborative care (CC) : intervention de PE brève en sessions individuelles	Psychothérapies intensives : hebdomadaires et bi-hebdomadaires jusqu'à 30 séances sur 9 mois CC : PE 3 x 50 min sur 6 sem.	12 mois	Pour les GE (3 psychothérapies intensives) -plus haut taux de rémission à la fin du suivi -temps pour un retour à une rémission plus courts -plus stables cliniquement toute la durée du suivi -pas de différence significative sur les résultats entre les 3 types de psychothérapies intensives.

Tableau 2. Résumé des articles inclus (suite)

Etude	Population	Nbre de pat. inclus	Groupes	Détails concernant les soins reçus	Durée et fréquence de la PE	Durée totale de suivi	Résultats
<u>TCC (suite)</u>							
Miklowitz et al. (2007b)	TB I ou II, pat. ambulatoires en dépression	GE : 84 (IPSRT : 33, TCC : 38, FFT : 13) GC : 68	3 types de psychothérapies intensives vs PE	-psychothérapies intensives : IPSRT, TCC ou FFT -collaborative care (CC) : intervention PE brève en sessions individuelles	Psychothérapies intensives : hebdomadaires et bi-hebdomadaires jusqu'à 30 séances sur 9 mois CC : PE 3 x 50 min sur 6 sem.	9 mois	Pour les GE (psychothérapies intensives) -meilleur fonctionnement global -meilleur fonctionnement relationnel -meilleure satisfaction de vie -pas de différence sur le fonctionnement professionnel et dans les loisirs
González Isasi et al. (2010)	TB I ou II >2 ans, euthymiques mais avec des critères de sévérité ou d'évolution défavorable malgré des soins adéquats	GE : 20 GC : 20	Traitement combiné vs TU	GE : ttt médicamenteux + PE + TCC GC : ttt médicamenteux	20 sessions groupales x 90 min.	12 mois	Pour le GE : -moins d'hospitalisations à 12 mois -moins de dépressions et d'anxiété à 6 et 12 mois -moins de symptômes hypomanes/maniaques et scores plus bas pour l'échelle d'inadaptation -réduction au fil du temps des scores de manie, dépression, anxiété et inadaptation
<u>TCD et MINDFULNESS</u>							
Van Dijk et al. (2013)	TB I ou II, pat. euthymiques, déprimés ou hypomanes	GE : 13 GC : 13	ttt combiné vs liste d'attente	GE : Techniques de TCD, de <i>mindfulness</i> + PE GC : liste d'attente	GE : 12 sessions groupales x 90 min	12 semaines	-réduction des symptômes dépressifs pour le GE -plus grande conscience, moins d'anxiété et meilleur contrôle des états émotionnels -moins de visites aux urgences/admissions liées à la santé mentale dans les 6 mois suivant le ttt combiné
<u>FFT</u>							
Rea et al. (2003)	TB, pat. récemment hospitalisées (pour épisode maniaque)	GE : 28 GC : 25	FFT vs PE	GE : FFT pour le patient et sa famille GC : PE individuelle	GE : FFT de 21 sessions x 60 min GC : PE de 21 sessions x 30 min 12 hebdomadaires, 6 sessions bimensuelles, 3 mensuelles	1 an de traitement et 1 an de suivi	Durant la phase active de traitement (1an) : -pas de différence sur la probabilité de rechute Durant le suivi global (2 ans) : -moins de ré-hospitalisations pour le GE -moins de rechutes thymiques pour le GE -pas de différence au niveau de l'observance médicamenteuse

Tableau 2. Résumé des articles inclus (suite)

Etude	Population	Nbre de pat. inclus	Groupes	Détails concernant les soins reçus	Durée et fréquence de la PE	Durée totale de suivi	Résultats
<u>FFT (suite)</u>							
Miklowitz et al. (2000)	TBI, pat. recrutés à l'hôpital et en ambulatoire	GE : 31 GC : 70	FFT complète vs TU + FFT abrégée	GE : FFT complète pour le patient et sa famille GC : TU + 2 sessions abrégées de FFT	GE : 21 sessions x 60 min, hebdomadaires (3mois), puis bimensuelles (3mois) puis mensuelles (3mois)	12 mois	Pour le GE : -moins de rechutes -délais allongés avant une rechute -meilleure amélioration de la symptomatologie dépressive. Pas de différence sur la symptomatologie maniaque
Miklowitz et al. (2003)	TB, pat. recrutés à l'hôpital et en ambulatoire, peu après un épisode aigu	GE : 31 GC : 70	FFT vs TU (+ 2 sessions de FFT et sessions de crise au besoin)	GE : FFT complète pour le patient et sa famille GC : TU (+ 2 sessions de FFT et sessions de crise au besoin)	GE : 21 sessions x 60 min, hebdomadaires (3mois), puis bimensuelles (3mois) puis mensuelles (3mois)	2 ans	Pour le GE : -moins de rechutes -délais plus longs avant rechute -meilleure amélioration de la symptomatologie thymique -meilleure observance médicamenteuse
Miklowitz et al. (2007a)	TB I ou II, pat. ambulatoires en dépression	GE : 163 (IPSRT : 62, TCC : 75, FFT : 26) GC : 130	3 types de psychothérapies intensives vs PE	-psychothérapies intensives : IPSRT, TCC ou FFT -collaborative care (CC) : intervention PE brève en sessions individuelles	Psychothérapies intensives : hebdomadaires et bi-hebdomadaires jusqu'à 30 séances sur 9 mois CC : PE 3 x 50 min sur 6 sem.	12 mois	Pour les GE (3 psychothérapies intensives) -plus haut taux de rémission à la fin du suivi -temps pour un retour à une rémission plus court -plus stables cliniquement toute la durée du suivi -pas de différence significative sur les résultats entre les 3 types de psychothérapies intensives.
Miklowitz et al. (2007b)	TB I ou II, pat. ambulatoires en dépression	GE : 84 (IPSRT : 33, TCC : 38, FFT : 13) GC : 68	3 types de psychothérapies intensives vs PE	-psychothérapies intensives : IPSRT, TCC ou FFT -collaborative care (CC) : intervention PE brève en sessions individuelles	Psychothérapies intensives : hebdomadaires et bi-hebdomadaires jusqu'à 30 séances sur 9 mois CC : PE 3 x 50 min sur 6 sem.	9 mois	Pour les GE (psychothérapies intensives) -meilleur fonctionnement global -meilleur fonctionnement relationnel -meilleure satisfaction de vie -pas de différence sur le fonctionnement professionnel et dans les loisirs
<u>PE NON SPECIFIQUE INCLUANT LA FAMILLE</u>							
Clarkin et al. (1998)	TB, pat. hospitalisées ou ambulatoires, euthymiques ou non	GE : 18 GC : 15	PE en couple vs TU	GE : sessions de PE en couple GC : TU	25 sessions de PE en couple (10 hebdomadaires, 15 bimensuelle)	11 mois	-symptomatologie : pas de différence -meilleur fonctionnement global pour le GE -meilleure observance pharmacologique pour le GE

Tableau 2. Résumé des articles inclus (suite)

Etude	Population	Nbre de pat. inclus	Groupes	Détails concernant les soins reçus	Durée et fréquence de la PE	Durée totale de suivi	Résultats
<u>PE NON SPECIFIQUE INCLUANT LA FAMILLE (suite)</u>							
D'Souza et al. (2010)	TB, pat. ambulatoires, euthymiques à 1 mois d'une rechute	GE : 27 GC : 31	PE en couple vs TU	GE : PE en couple groupale GC : TU	12 sessions hebdomadaires x 90 minutes	60 semaines	Pour le GE : -moins de rechutes -temps avant rechute plus long -moins de symptômes hypomanes/maniaques -symptomatologie dépressive : pas de différence -meilleure observance pharmacologique
Pakpour et al. (2017)	TB I ou II, pat. ambulatoires	GE : 136 GC : 134	PE combinée (avec famille) vs TU	GE : PE centrée sur l'amélioration de l'observance médicamenteuse + entretiens motivationnels (EM). Patient et sa famille GC : TU	GE : 2 sessions x 70 min, EM : 3 x 40-65 min (1 mois) + 1 session pour la famille	6 mois	-amélioration de l'observance médicamenteuse supérieure pour le GE rapportée et objectivée (taux plasmatique) -amélioration de la symptomatologie thymique -résultats positifs sur les croyances vis-à-vis du traitement, des effets indésirables, la perception de contrôle, la panification.
<u>IPSRT</u>							
Frank et al. (2005)	TB I ou trouble schizo-affectif (type maniaque), symptomatiques, avec ≥ 3 épisodes passés	IPSRT/IPSRT : 22 ICM/ICM : 19 IPSRT/ICM : 27 ICM/IPSRT : 25	Étude en 2 phases de traitement : aigue puis de maintenance / 4 groupes : IPSRT (aigu)/IPSRT (maintenance) -ICM (aigu)/ICM (aigu) -IPSRT (aigu)/ICM (maintenance) -ICM (aigu)/IPSRT (maintenance)	-IPSRT -ICM (Intensive Clinical Management) : modèle de PE « classique »	IPSRT : 45 à 55 min ICM : 20 à 25 min Sessions hebdomadaires jusqu'à stabilisation clinique puis 1 sem sur 2 ou par sem pendant 12 sem. puis 1x/mois jusqu'à la fin du suivi, en maintenance	2 ans	-pas de différence pour le temps de retour à une stabilité thymique -IPSRT en phase aigüe : plus de temps sans rechute thymique -groupes IPSRT : meilleure régularité dans les rythmes sociaux à la fin de la phase aigüe de traitement -capacité à améliorer la régularité des rythmes sociaux en phase aigüe corrélée à une probabilité réduite de rechute en phase de maintenance
Frank et al. (2008)	TB I ou trouble schizo-affectif (type maniaque), symptomatiques, avec ≥ 3 épisodes passés	IPSRT/IPSRT : 22 ICM/ICM : 19 IPSRT/ICM : 27 ICM/IPSRT : 25	Étude en 2 phases de traitement : aigue puis de maintenance / 4 groupes : IPSRT (aigu)/IPSRT (maintenance) -ICM (aigu)/ICM (aigu) -IPSRT(aigu)/ICM (maintenance) -ICM (aigu)/IPSRT (maintenance)	-IPSRT -ICM (Intensive Clinical Management) : modèle de PE « classique »	IPSRT : 45 à 55 min ICM : 20 à 25 min Sessions hebdomadaires jusqu'à stabilisation clinique puis 1 sem sur 2 ou par sem pendant 12 sem. puis 1x/mois jusqu'à la fin du suivi, en maintenance	2 ans	-amélioration plus rapide pour les groupes IPSRT vs ICM du fonctionnement occupationnel principalement liée à une meilleure amélioration du fonctionnement au cours de la phase de traitement aigüe -pas de différence à 2 ans

Tableau 2. Résumé des articles inclus (suite)

Etude	Population	Nbre de pat. inclus	Groupes	Détails concernant les soins reçus	Durée et fréquence de la PE	Durée totale de suivi	Résultats
<u>IPSRT (suite)</u>							
Miklowitz et al. (2007a)	TB I ou II, pat. ambulatoires en dépression	GE : 163 (IPSRT : 62, TCC : 75, FFT : 26) GC : 130	3 types de psychothérapies intensives vs PE	-psychothérapies intensives : IPSRT, TCC ou FFT -collaborative care (CC) : intervention PE brève en sessions individuelles	Psychothérapies intensives : hebdomadaires et bi-hebdomadaires jusqu'à 30 séances sur 9 mois CC : PE 3 x 50 min sur 6 sem.	12 mois	Pour les GE (3 psychothérapies intensives) -plus haut taux de rémission à la fin du suivi -temps pour un retour à une rémission plus court -plus stables cliniquement toute la durée du suivi -pas de différence significative sur les résultats entre les 3 types de psychothérapies intensives.
Miklowitz et al. (2007b)	TB I ou II, pat. ambulatoires en dépression	GE : 84 (IPSRT : 33, TCC : 38, FFT : 13) GC : 68	3 types de psychothérapies intensives vs PE	-psychothérapies intensives : IPSRT, TCC ou FFT -collaborative care (CC) : intervention PE brève en sessions individuelles	Psychothérapies intensives : hebdomadaires et bi-hebdomadaires jusqu'à 30 séances sur 9 mois CC : PE 3 x 50 min sur 6 sem.	9 mois	Pour les GE (psychothérapies intensives) -meilleur fonctionnement global -meilleur fonctionnement relationnel -meilleure satisfaction de vie -pas de différence sur le fonctionnement professionnel et dans les loisirs
<u>REMEDIATION FONCTIONNELLE</u>							
Torrent et al. (2013)	TB I ou II, pat. ambulatoires en rémission ≥ 3 mois, degré modéré à sévère de déficience fonctionnelle	RF : 77 PE : 82 TU : 80	RF vs PE vs TU	GE1 : RF avec tâches en séances et à domicile GE2 : PE basée sur le modèle de Colom et Vieta TU : ttt pharmacologique seul	RF : 21 sessions hebdomadaires x 90 min PE : 21 sessions hebdomadaires x 90 min	6 mois	-amélioration significative du fonctionnement pour le groupe RF comparativement à TU -pas de différence significative entre RF et PE sur le fonctionnement -pas de différence significative sur les mesures neurocognitives
Solé et al. (2015)	TB I ou II, pat. ambulatoires en rémission ≥ 3 mois, degré modéré à sévère de déficience fonctionnelle	RF : 17 PE : 19 TU : 17	RF vs PE vs TU	GE1 : RF avec tâches en séances et à domicile GE2 : PE basée sur le modèle de Colom et Vieta TU : ttt pharmacologique seul	RF : 21 sessions hebdomadaires x 90 min PE : 21 sessions hebdomadaires x 90 min	6 mois	-amélioration du fonctionnement entre T0 et 6 mois, suggérant une interaction entre le programme reçu et le temps (pre-post). Meilleurs résultats uniquement pour la RF comparé aux 2 autres groupes. -interaction entre le programme reçu et le temps sur les symptômes dépressifs subcliniques, avec diminution significative pour la RF comparativement au groupe PE -aucune différence significative concernant l'évolution des symptômes maniaques subcliniques.
Sanchez-Moreno et al. (2017)	TB I ou II, pat. ambulatoires avec symptômes sub-syndromiques, degré modéré à sévère de déficience fonctionnelle	RF : 33 PE : 37 TU : 29	RF vs PE vs TU	GE1 : RF avec tâches en séances et à domicile GE2 : PE basée sur le modèle de Colom et Vieta TU : ttt pharmacologique seul	RF : 21 sessions hebdomadaires x 90 min PE : 21 sessions hebdomadaires x 90 min	12 mois	-interaction temps x groupe significative en faveur du groupe RF comparativement à TU et PE sur l'amélioration du fonctionnement psychosocial -pas de changement significatif sur les symptômes thymiques pour aucun des groupes

Tableau 2. Résumé des articles inclus (suite)

Etude	Population	Nbre de pat. inclus	Groupes	Détails concernant les soins reçus	Durée et fréquence de la PE	Durée totale de suivi	Résultats
<u>REMEDIATION FONCTIONNELLE (suite)</u>							
Bonnin et al. (2016a)	TB I ou II, pat. ambulatoires en rémission $\geq$ 3 mois, degré modéré à sévère de déficience fonctionnelle + performance cognitive inférieure à la moyenne	RF : 56 PE : 69 TU : 63	RF vs PE vs TU	GE1 : RF avec tâches en séances et à domicile GE2 : PE basée sur le modèle de Colom et Vieta TU : ttt pharmacologique seul	RF : 21 sessions hebdomadaires x 90 min PE : 21 sessions hebdomadaires x 90 min	6 mois	-RF supérieure à TU mais pas au groupe PE concernant l'amélioration du rappel libre retardé pour la mémoire verbale -amélioration du fonctionnement pour RF comparativement aux autres groupes.
Bonnin et al. (2016b)	TB I ou II, patients ambulatoires en rémission $\geq$ 3 mois, avec un degré modéré à sévère de déficience fonctionnelle	RF : 54 PE : 60 TU : 58	RF vs PE vs TU	GE1 : RF avec tâches en séances et à domicile GE2 : PE basée sur le modèle de Colom et Vieta TU : ttt pharmacologique seul	RF : 21 sessions hebdomadaires x 90 min PE : 21 sessions hebdomadaires x 90 min	12 mois	-effet positif de la RF à 1 an comparativement à TU et PE avec une amélioration du fonctionnement global -meilleur résultat pour RF sur la mémoire verbale à 1 an -pas de différence entre les groupes sur les autres variables neuropsychologiques (scores exécutifs, vitesse de traitement, mémoire de travail, attention).
<u>COLLABORATIVE CARE / PROGRAMME DE REHABILITATION</u>							
Van der Voort et al. (2015)	TB I, II, ou NS, pat. ambulatoires, stables	GE : 56 GC : 82	Collaborative Care vs TU	GE : Collaborative care= PE + résolution de problèmes, en groupe GC : TU	GE : 6 sessions x 120 min.	12 mois	-effet favorable sur le nombre de mois passés avec symptômes dépressifs à 6 et 12 mois pour le GE -effet favorable sur la sévérité des symptômes dépressifs à 12 mois -pas d'effet sur les symptômes maniaques ou l'observance au ttt
Dalum et al. (2018)	Schizophrénie (76.5%), TB (23.5%), cliniquement stables ou non	GE : 99 GC : 99	PE combinée vs TU	GE : PE groupale faisant partie d'un programme nommé IMR (éducation à la maladie et aux traitements pharmacologiques, entraînement à l'adaptation et aux compétences sociales), 10 pat. GC : TU	GE : 1 session hebdomadaire x 60 min pendant 9 mois	9 mois	Pas de différence significative entre les 2 groupes sur l'auto-gestion de la maladie, le rétablissement, l'espoir et la satisfaction des participants
Jensen et al. (2019)	Schizophrénie (76.5%), TB (23.5%), cliniquement stables ou non	GE : 99 GC : 99	PE combinée vs TU	GE : PE groupale faisant partie d'un programme nommé IMR (éducation à la maladie et aux traitements pharmacologiques, entraînement à l'adaptation et aux compétences sociales), 10 pat. GC : TU	GE : 1 session hebdomadaire x 60 min pendant 9 mois	12 mois	Pas de différence significative entre les 2 groupes sur le fonctionnement global, les symptômes, le nombre d'hospitalisations, de consultations aux urgences, le recours aux soins ambulatoires.

Tableau 2. Résumé des articles inclus (suite)

Etude	Population	Nbre de pat. inclus	Groupes	Détails concernant les soins reçus	Durée et fréquence de la PE	Durée totale de suivi	Résultats
<u>COLLABORATIVE CARE / PROGRAMME DE REHABILITATION</u>							
Shon et al. (2002)	Pat. ambulatoires, schizophrénie (55.26%), TB (28.95%), trouble délirant (15.79%)	GE : 18 GC : 20	PE vs TU	GE : PE groupale non spécifique au TB. Programme de PE et réhabilitation, en partie basée sur la méthode d'auto-efficacité développée par Bandura (1977), vidéo, coaching téléphonique GC : TU	GE : 12 sessions x 70 minutes	Non précisée	Pour le GE : -plus d'amélioration en termes d'auto-efficacité, -meilleure observance médicamenteuse -scores des symptômes évocateurs de rechutes plus bas
<u>PE NON SPECIFIÉE</u>							
Eker et al. (2012)	TB, pat. en rémission	GE : 35 GC : 36	PE vs TU + « informations »	GE : PE groupale, jeux de rôle, résolution de problèmes, (10-12 pat.) GC : TU + « informations »	GE : 6 sessions x 90-120 min hebdomadaires	6 sem.	-amélioration de l'observance médicamenteuse pour le GE
Çuhadar et al. (2014)	TB, pat. ambulatoires	GE : 24 GC : 23	PE vs TU	GE : PE standard + composante centrée sur la stigmatisation interne GC : TU	GE : 7 sessions hebdomadaires x 90 min	7 sem.	Pour le groupe PE : -réduction de la stigmatisation interne totale et des sous-items : niveau d'aliénation, approbation des stéréotypes, discrimination perçue et retrait social.
<u>PE POUR PATIENTS AVEC BESOINS SPECIFIQUES</u>							
Harvey et al. (2015)	TB I et insomnie, en inter épisode	TCC : 30 PE : 28	TCC Vs PE	TCC : spécifique pour les troubles du sommeil PE : non spécifique au sommeil. Moins de 10 min consacrée aux règles d'hygiène du sommeil.	8 sessions x 50 à 60 min pour les 2 groupes	6 mois	Pour le groupe TCC : -moins de jours passés dans un épisode aigu -moins de rechutes hypo(maniaques) -taux de rechute légèrement moins élevé -réduction de la sévérité de l'insomnie -plus haut taux de rémission de l'insomnie en post traitement mais pas à 6 mois
Sajatovic et al. (2017)	Dépression (48%), schizophrénie (25%), TB (28%) +DT2	GE : 100 GC : 100	PE vs TU	GE : PE groupale dérivée du POP, identification de problèmes, définition d'objectifs, modélisation comportementale + PE sur le diabète, (6-10 pat.) GC : TU	GE : 12 sessions hebdomadaires + 48 sem. de suivi téléphonique	60 sem.	-plus grande amélioration de la symptomatologie dépressive, de l'impression clinique globale et du fonctionnement global pour le GE -pas de différence pour la santé générale, la symptomatologie psychique (BPRS) et les taux moyens d'HbA1c

Tableau 2. Résumé des articles inclus (suite)

Etude	Population	Nbre de pat. inclus	Groupes	Détails concernant les soins reçus	Durée et fréquence de la PE	Durée totale de suivi	Résultats
<u>PE NUMERIQUE</u>							
Smith et al. (2011)	TB I ou II, pat. ambulatoires, en rémission ≥ 3 mois	GE : 24 GC : 26	PE+TU vs TU	GE : PE en ligne basée sur le modèle de Colom et Vieta, + discussion sur forum modérée par un psychiatre GC : TU	PE : 8 sessions en ligne chaque 2 sem. pendant 4 mois	10 mois	-pas de différence significative entre les groupes sur la qualité de vie sauf pour la sous-section psychologique -pas de différence sur le fonctionnement psychosocial, l'insight, la symptomatologie thymique, les rechutes et le recours aux soins
Proudfoot et al. (2012)	TB I ou II	GE 1 : 139 GE 2 : 134 GC : 134	PE en ligne vs PE en ligne + soutien par les pairs vs GC	GE1 : PE en ligne GE2 : PE en ligne + soutien par les pairs par email GC : liens par email vers des sites d'informations sur le TB	PE : 8 sessions hebdomadaires x 30 à 40 min sur 8 semaines	6 mois	-augmentation de la perception de contrôle, baisse de la perception de stigmatisation et amélioration de la symptomatologie anxieuse et dépressive pour tous les groupes entre le début et la fin du suivi -pas de différence significative entre les 3 groupes sauf entre GE1 et GE2 concernant les symptômes dépressifs et le niveau de déficience fonctionnelle à 6 mois -adhésion au programme plus forte si soutien par les pairs
Barnes et al. (2015)	TB I ou II, pat. euthymiques ou non	GE : 113 GC : 120	PE numérique vs informations générales	GE : PE sur internet +/- sessions de TCC (optionnelles) + auto observation de l'humeur avec feedback GC : liens vers des sites en rapport avec un style de vie sain	GE et GC : 8 sessions hebdomadaires, puis 2 sessions chaque 2 sem puis 2 sessions mensuelles x 30-45 min (total : 20) NB : 10 sessions optionnelles de TCC pour le GE	12 mois	-aucune différence à la fin du suivi entre les groupes concernant le temps avant rechute.
Lauder et al. (2015)	TB I ou II	GE1 : 71 GE2 : 59	PE en ligne + TCC vs PE en ligne	GE1 : PE en ligne + sessions de rappel + forum de discussion non spécifique entre patients complétés par des éléments de TCC GE2 : PE en ligne + sessions de rappel + forum de discussion non spécifique entre patients	Pour les 2 groupes : 5 sessions chaque 2 semaines + sessions de rappel à 3, 6, 12 mois	12 mois	-réduction des symptômes thymiques, amélioration du fonctionnement, de la qualité de vie et de l'observance médicamenteuse pour les deux groupes. -rechutes : pas de différence entre les groupes -GE1 : amélioration intra-groupe supérieure sur les symptômes et le fonctionnement pour la dépression et la manie, la qualité de vie et le soutien social. -GE1 supérieur à GE2 dans l'amélioration des scores de manie à 12 mois. -pas de différence entre les groupes sur les symptômes dépressifs

Tableau 2. Résumé des articles inclus (suite)

Etude	Population	Nbre de pat. inclus	Groupes	Détails concernant les soins reçus	Durée et fréquence de la PE	Durée totale de suivi	Résultats
<u>PE NUMERIQUE</u> <u>(suite)</u>							
Gliddon et al. (2019)	TBI I, II ou NS	GE1 : 102 GE2 : 100 GC : 102	PE vs PE+TCC vs TU	GE1: discussion sur forum + PE GE2 : discussion sur forum + PE + outils TCC interactifs GC : Discussion sur forum (soutien par les pairs) + TU	Pour les 2 GE : 5 sessions 2x/ sem. + 4 sessions de rappel à 3, 6, 9 et 12 mois	12 mois	-amélioration sur les scores de dépression pour le GE1 comparé au GC -pas de différence sur les scores de manie -amélioration sur certains sous items de la MADRS (tristesse apparente, tristesse décrite, tension interne, lassitude, incapacité à ressentir, pensées pessimistes) entre les GE et le GC -pas de différence entre les groupes concernant la qualité de vie, l'observance et l'échelle de fonctionnement de la santé mentale.
Depp et al. (2015)	TB I ou II, pat. ambulatoires, euthymiques ou peu symptomatiques	GE : 51 GC : 53	PE + suivi interactif avec smartphone vs PE + journal de l'humeur	-PE individuelle pour les 2 groupes, adaptée du POP -Intervention smartphone : association de l'état thymique à des stratégies d'auto-gestion	PE : 4 x 1h pour les 2 groupes Suivi smartphone ou journal de l'humeur pendant 10 sem	6 mois	-haut taux de satisfaction pour les 2 groupes -GE : plus grande diminution des symptômes dépressifs à 6 et 12 sem. mais pas à 24 sem. -aucune différence entre les groupes sur les scores de manie et la déficience fonctionnelle
Moore et al. (2015)	TB I ou II + infection VIH documentée	GE : 25 GC : 25	PE + suivi SMS vs PE seule	GE 1 : PE individuelle (avec thérapeute) sur l'observance médicamenteuse + messages de rappels pour les traitements + évaluation humeur GE 2 : PE individuelle (avec thérapeute) + évaluation quotidienne de l'humeur => PE adaptée du manuel de Colom et Vieta	PE : sessions de 30 min	30 jours	-observance médicamenteuse élevée et comparable pour les deux groupes - GE1 : prise des antirétroviraux plus près de l'heure prévue que le GC -pas de différence entre les groupes pour l'heure de prise des psychotropes
Bilderbeck et al. (2016)	TBI ou II, ≥ 16 ans, pat. euthymiques	GE : 60 GC : 61	PE avec thérapeute vs PE auto-administrée	GE1 : manuel de PE + sessions de PE individuelle avec thérapeute + auto observation de l'humeur online (email/SMS) GE2 : manuel de PE (auto-gestion) + auto observation de l'humeur online (email/SMS)	PE du GE1 : 5 sessions x 50 min sur 12 semaines	12 mois	-pas de différence entre les groupes sur l'évolution de la symptomatologie dépressive, le taux de rechutes, et d'hospitalisation -pour le GE1 : meilleures connaissances du TB à 3 mois, corrélées à une plus grande proportion de semaines de stabilité clinique sur 12 mois
Dupuis Maurin et al. (2020)	TB I, II ou NS, pat. euthymiques ≥ 3 mois	GE : 20 GC : 21	PE + serious game vs PE	-PE basée sur le manuel de Colom et Vieta pour les 2 groupes -Serious game : <i>BIPOLIFE</i> (avatar souffrant d'un TB. Objectif -> 3 jours consécutifs d'euthymie)	PE : 12 sessions hebdomadaires x 90 minutes	4 mois (1 mois d'utilisation de <i>BIPOLIFE</i>)	-observance au traitement médicamenteux plus basse dans le GE à l'inclusion, pas à 1 et 4 mois -variation absolue des scores des échelles de cette observance ainsi que les croyances vis-à-vis du traitement plus haute pour le GE que pour le GC à 1 mois mais pas à 4 mois -pas de différence sur le nombre de consultations (programmées ou en urgence) -faible taux de connexion au jeu malgré un haut taux de satisfaction

Tableau 2. Résumé des articles inclus (suite)

Etude	Population	Nbre de pat. inclus	Groupes	Détails concernant les soins reçus	Durée et fréquence de la PE	Durée totale de suivi	Résultats
<u>PE NUMERIQUE</u> <u>(suite)</u>							
Petzold et al. (2019)	TB I ou II, pat. en rémission ≥ 2 mois	GE : 39 GC : 34	PE + auto observation informatisée structurée du quotidien vs GC	GE : PE groupale avec programme informatisé d'auto observation structurée du quotidien (<i>ChronoRecord</i>). Les données sont à reporter 1x/jour. (5-10 pat.) GC : groupes non structurés + auto observation non structurée	GE : PE de 6 sessions hebdomadaires x 90 min	54 sem.	-pas de différence sur le nombre de rechutes thymiques -pas de différence sur le délai jusqu'à la première rechute -pas d'interaction temps x groupe significative portant sur : les symptômes thymiques, la qualité de vie, l'implication perçue dans les soins, les attentes concernant l'efficacité personnelle et le locus de contrôle concernant la santé
Depp et al. (2019)	Schizophrénie/trouble schizo-affectif (71.4%), TBI (28.6%). Patients ambulatoires	GE <i>CBT2go</i> : 85 GE <i>SM</i> : 85 GC: 85	<i>CBT2go</i> vs <i>SM</i> vs TU	<i>CBT2go</i> : PE individuelle (TCC) puis auto observation interactive avec smartphone (TCC) + suivi téléphonique <i>SM</i> : PE individuelle générale puis auto observation interactive avec smartphone (non TCC) + suivi téléphonique GC : TU	PE 1 session x 90 min pour les 2 GE	24 sem.	-interaction temps x groupe (0-24 semaines) avec une amélioration pour les deux GE comparativement au GC sur la symptomatologie. - <i>CBT2go</i> pas différent de <i>SM</i> sur la symptomatologie. -interaction temps x groupe significative avec de meilleurs scores à l'échelle de fonctionnement pour le groupe <i>CBT2go</i> sur les 24 semaines (pas pour <i>SM</i>). -baisse des scores mesurant les croyances pessimistes en termes de performances (pour <i>CBT2go</i> , pas pour <i>SM</i>)

TB : trouble bipolaire, pat. : patients, PE : psychoéducation, GE : groupe expérimental, GC : groupe contrôle, min. : minutes, sem. : semaines, ttt : traitement, TU : traitement usuel, QALY : quality-adjusted life year, CAR : cortisol awakening response, GDNF : glial cell line-derived neurotrophic factor, POP : programme d'objectifs personnels, TCC : thérapie cognitive et comportementale, IPSRT : Interpersonal and social rhythm therapy, FFT : family focused therapy, CC : collaborative care, TCD : thérapie comportementale et dialectique, RF : remédiation fonctionnelle.

