



Thèse

2005

Open Access

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

Evaluation d'une nouvelle thérapie de groupe pour les patients avec un trouble bipolaire

Denis, Rachel

How to cite

DENIS, Rachel. Evaluation d'une nouvelle thérapie de groupe pour les patients avec un trouble bipolaire. Doctoral Thesis, 2005. doi: 10.13097/archive-ouverte/unige:332

This publication URL: <https://archive-ouverte.unige.ch/unige:332>

Publication DOI: [10.13097/archive-ouverte/unige:332](https://doi.org/10.13097/archive-ouverte/unige:332)

UNIVERSITE DE GENEVE

FACULTE DE MEDECINE
Section de Médecine Clinique
Département de psychiatrie
Service de psychiatrie adulte

Thèse préparée sous la direction du Docteur Jean-Michel Aubry, PD

**EVALUATION D'UNE NOUVELLE THERAPIE DE GROUPE POUR LES PATIENTS
AVEC UN TROUBLE BIPOLAIRE**

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

par

Rachel DENIS

de

Genève

Thèse no 10432

Genève

2005

Remerciement

Je remercie le Docteur Jean-Michel Aubry, PD, directeur de cette thèse, pour son soutien, ses encouragements durant ce travail mais aussi durant mes années en psychiatrie adulte.

Je remercie également Marie-Claude Bardiot, Gladys Romailier, Nancy Aillon, Patrick Bourgeois, Frédéric Nerfin, infirmiers et animateur socio-culturel au programme bipolaire, qui ont collaboré avec enthousiasme à cette étude et avec lesquels j'ai eu la chance de travailler durant deux années.

Je remercie Mme Gex-Fabry qui a fait l'analyse statistique des données et qui a patiemment discuté les résultats.

Mes remerciements vont également au Professeur François Ferrero qui a soutenu avec enthousiasme ce projet de thèse, et qui m'a accueillie dans son service pendant de nombreuses années.

Nous tenons aussi à remercier tous les participants des groupes ayant permis la réalisation de cette étude, pour leur engagement et leur transmission de tant d'expériences enrichissantes.

Résumé

Le Programme d'Objectifs Personnels (POP) est une approche groupale destinée aux patients bipolaires. Il comporte une première phase de six séances axée sur la psychoéducation, et une seconde phase, beaucoup plus longue, dont le but est d'améliorer le fonctionnement socio-professionnel et la qualité de vie.

Quarante-cinq personnes ont été incluses dans notre étude pour évaluer l'impact du POP. A la fin de la phase I, une majorité de patients signale une meilleure gestion de la maladie et une amélioration de l'adhésion au traitement.

Après un an de suivi en phase II, les résultats suggèrent qu'une majorité de participants gère mieux leur trouble bipolaire. Il faut souligner la diminution significative du total des scores de dépression (MADRS) entre l'entrée en phase I et la fin de la phase II. Nous avons aussi constaté que les personnes souffrant d'un trouble de personnalité borderline comorbide bénéficiaient de ce Programme.

Tables des matières

1	INTRODUCTION	7
1.1	Psychopathologie du trouble bipolaire.....	7
1.2	Approches psychosociales pour le traitement du trouble bipolaire	8
1.2.1	Difficultés liées aux troubles bipolaires	9
1.2.2	Facteurs impliqués dans le pronostic des troubles bipolaires	9
1.2.2.1	Facteurs de stress psychosociaux.....	9
1.2.2.2	Facteurs chronobiologiques dans le trouble bipolaire	10
1.2.2.3	Adhésion au traitement médicamenteux.....	10
1.2.3	Considérations générales concernant les approches psychosociales dans le trouble bipolaire	11
1.2.3.1	Objectif pédagogique.....	11
1.2.3.2	Objectif psychologique.....	12
1.2.3.3	Objectif comportemental.....	12
1.2.4	Les différentes approches structurées de type psychosociales.....	12
1.2.4.1	Thérapies focalisées sur la famille de Miklowitz (1996)	12
1.2.4.2	Thérapie interpersonnelle et des rythmes sociaux de Frank (1997)	13
1.2.4.3	Thérapie d'orientation cognitivo-comportementale de Basco et Rusch (1996)....	13
1.2.4.4	Thérapie cognitive pour trouble bipolaire : guide du thérapeute pour l'approche conceptuelle, méthodologique et pratique selon Lam (1999)	13
1.2.4.5	Programme d'Objectifs Personnels selon Mark Bauer et Linda McBride (1996) 13	
1.2.5	Les études sur les approches psychosociales du trouble bipolaire.....	13
1.2.5.1	Etude randomisée et contrôlée sur l'identification des symptômes précurseurs de Perry et coll (1999)	13
1.2.5.2	Etude randomisée et contrôlée avec une thérapie cognitive pour la prévention de rechutes des troubles bipolaires de Lam et coll (2003)	13
1.2.5.3	Etude contrôlée avec une thérapie cognitive pour les troubles bipolaires de Scott (2001).....	14
1.2.5.4	Etude randomisée avec des groupes de psychoéducation pour la prophylaxie des rechutes concernant les personnes atteintes d'un trouble bipolaire de Colom et coll (2003).....	14
2	PROGRAMME D'OBJECTIFS PERSONNELS (POP)	15
2.1	Objectifs du programme	15
2.2	Cadre conceptuel du POP	15
2.3	Bases théoriques du POP	16
2.4	Description de la phase I	16
2.5	Description de la phase II.....	19
2.5.1	1 ^{er} stade : identification d'un objectif principal	20
2.5.2	2 ^{ème} stade : fractionner l'objectif principal en objectifs secondaires	21
2.5.3	3 ^{ème} stade : construire des étapes comportementales et suivre les progrès	21
2.5.4	Fin de la phase II du Programme d'Objectifs Personnels	21
3	BUTS DE L'ETUDE	23

4	PATIENTS ET METHODES	24
4.1	Recrutement et échelles d'évaluation	24
4.2	Analyse statistique.....	24
5	RESULTATS DE LA PHASE I	26
5.1	Résultats de la phase I	26
5.2	Répartition des sexes.....	26
5.3	Pays d'origine.....	26
5.4	Langue maternelle	26
5.5	Conditions de logement	27
5.6	Niveau de scolarisation	27
5.7	Type de profession exercée	27
5.8	Pourcentage des activités.....	28
5.9	Diagnostics principaux	28
5.10	Diagnostics secondaires	28
5.11	Traitements médicamenteux	28
5.12	Questionnaire de fonctionnement social.....	30
5.13	Questionnaire MADRS au début et à la fin de la phase I.....	31
5.14	Questionnaire BECH-RAFAELSEN au début et à la fin de la phase I.....	31
5.15	Questionnaire d'évaluation de la phase I	32
5.16	Drop-out.....	34
5.17	Discussion des résultats de la phase I.....	34
6	RESULTATS DE LA PHASE II.....	38
6.1	Analyse des résultats de la phase II.....	38
6.2	Durée de participation	38
6.3	Questionnaires MADRS à la fin de la phase II.....	38
6.4	Questionnaire de BECH-RAFAELSEN à la fin de la phase II.....	40
6.5	Questionnaire de fonctionnement social	40
6.6	Questionnaire d'évaluation de la phase II.....	42
6.7	Drop out	44
6.8	Comparaison entre les personnes ayant commencé la phase II et celles ayant arrêté à la fin de la phase I.....	44
6.9	Discussion des résultats de la phase II	47
7	CONCLUSION	50
8	REFERENCES.....	51

9	ANNEXES	54
9.1	Echelle de dépression de Montgomery & Asberg (MADRS)	54
9.2	Echelle de manie de Bech & Rafaelsen	57
9.3	Questionnaire de Fonctionnement Social (QFS)	60
9.4	Questionnaire sociodémographique	65
9.5	Questionnaire d'Evaluationde la phase 1 du Programme d'Objectifs Personnels	67
9.6	Questionnaire d'Evaluation de la phase 2 du Programme d'Objectifs Personnels	69
9.7	Profil Personnel de la Dépression	71
9.8	Déclencheurs individuels d'un épisode dépressif	72
9.9	Quelques réactions à un épisode dépressif - I : Coûts et bénéfices	73
9.10	Stratégies pour faire face à la dépression	74
9.11	Hygiène du sommeil	75
9.12	Attitude en cas de dépression :	76
9.13	Profil Personnel de Manie.....	77
9.14	Déclencheurs individuels d'un épisode maniaque.....	78
9.15	Quelques réactions à un épisode maniaque- I : Coûts et bénéfices	79
9.16	Stratégies pour faire face à la manie	80
9.17	Attitudes en cas de manie.....	81
9.18	Formulaire d'Objectifs Personnels.....	82
	Tables des FiguresFigure 1: Scores du MADRS au cours du temps (10 patients).....	39

1 Introduction

1.1 Psychopathologie du trouble bipolaire

Le trouble bipolaire, anciennement nommé psychose maniaco-dépressive, est une maladie récurrente. D'après des données récentes, la prévalence du trouble bipolaire de type I est de 1,6% et celle du trouble bipolaire de type II est de 2,0% (Tondo et al., 1998). Les deux sexes sont également affectés pour le trouble bipolaire de type I. La plupart du temps, les symptômes se déclarent à l'adolescence ou chez le jeune adulte, entre 15 et 30 ans. Toutefois, un début plus précoce ou plus tardif est aussi possible.

Le trouble bipolaire se caractérise par de multiples épisodes entrecoupés de périodes de stabilité. Le diagnostic repose sur la survenue d'au moins deux épisodes affectifs en ce qui concerne la classification CIM 10. Il est souvent fait mention du spectre bipolaire, c'est-à-dire d'une gamme de symptômes entre les deux pôles extrêmes de la maladie qui sont la dépression sévère et la manie. Dans ce spectre, on retrouve la cyclothymie qui consiste en des variations plus atténuées mais fréquente de l'humeur. Dans la classification DSM IV, on différencie le trouble bipolaire I et II. Dans le trouble bipolaire de type I surviennent des épisodes maniaques qui nécessitent une hospitalisation ou qui s'accompagnent de symptômes psychotiques alors que dans le trouble bipolaire type II, il ne s'agit que d'épisodes hypomanes où les symptômes psychotiques sont absents et où une hospitalisation peut être évitée. Par contre, la classification CIM 10 ne différencie pas clairement ces deux sous-types. Si l'on considère l'ensemble du spectre bipolaire, la prévalence est beaucoup plus élevée et certains auteurs avancent des chiffres allant jusqu'à 4-5% de la population (Akiskal et al., 2000).

La **manie** se caractérise par une élation de l'humeur qui peut aller jusqu'à une euphorie et qui est disproportionnée par rapport à la situation du sujet. Cela s'accompagne d'une augmentation de l'énergie, provoquant une hyperactivité, une logorrhée, une diminution du besoin de sommeil, une désinhibition sociale et sexuelle, une difficulté de concentration. On observe parfois une irritabilité voire une agressivité qui peut remplacer l'humeur facétieuse ou joviale. Le patient entreprend de multiples projets souvent grandioses, dépense de manière inconsidérée jusqu'à contracter des dettes, note une augmentation de sa libido et une modification de ses perceptions (hyperacousie, perception plus intense des couleurs...) La forme la plus grave de manie s'accompagne d'une symptomatologie psychotique : délire à thème mégalomane, mystique ou persécutoire, hallucinations. La fuite des idées peut rendre le discours incompréhensible, l'irritabilité se transformer en un comportement violent ou menaçant. La désorganisation peut être telle qu'elle entraîne un risque également pour le patient qui se néglige, se déshydrate, se dénutrit. Une forme moins grave que la manie se nomme **hypomanie**. Le fonctionnement social est alors encore plus ou moins préservé, une hospitalisation est évitable et il n'existe pas de symptômes psychotiques.

A l'autre pôle se trouve la **dépression** se manifestant par une tristesse, une perte de plaisir et d'intérêt, une aboulie, une diminution de l'activité, des troubles de la concentration, une perte de l'estime de soi, un sentiment de culpabilité, un pessimisme face au futur, des insomnies, une inappétence et des idées de mort voire des idées suicidaires. Dans les dépressions les plus graves peuvent aussi survenir des symptômes psychotiques se caractérisant par des idées délirantes de culpabilité, de péché, de ruine. Des hallucinations auditives accusatrices ou diffamatoires peuvent survenir. Un délire non congruant à l'humeur est aussi observable. Les dépressions se classent en trois catégories selon la gravité des symptômes: légères, moyennes ou sévères.

Il existe également les épisodes **mixtes** lors desquels il coexiste des symptômes maniaques et dépressifs ou une alternance rapide de ceux-ci.

La durée d'un épisode non traité oscille entre 4 et 13 mois et en général les phases dépressives sont plus longues que les phases maniaques. Avant la découverte de traitements efficaces, l'évolution du trouble bipolaire était généralement mauvaise avec des rechutes survenant après une période de rémission.

Le traitement du trouble bipolaire est multiple : médicamenteux d'une part et psychosocial d'autre part. Le traitement médicamenteux de base consiste en un stabilisateur de l'humeur au long cours qui prévient les rechutes (lithium ou certains antiépileptiques). S'ajoutent à cela des adaptations de traitement selon les variations toujours possibles de la thymie : anxiolytiques et éventuellement antidépresseurs lors des épisodes dépressifs, neuroleptiques et anxiolytiques lors des épisodes hypomanes ou maniaques.

C'est sur l'aspect psychosocial et éducationnel de la prise en charge du trouble bipolaire que porte le sujet de ce travail.

1.2 Approches psychosociales pour le traitement du trouble bipolaire

Le trouble bipolaire peut-être traité efficacement par des stabilisateurs de l'humeur et lorsque cela est nécessaire, par des antidépresseurs, des antipsychotiques et/ou des anxiolytiques. Pourtant, malgré un traitement médicamenteux adéquat, cette maladie est souvent caractérisée par des symptômes chroniques, des rechutes et de multiples hospitalisations. Par exemple, dans une étude naturalistique (Silverstone et al., 1998), 69% des patients rechutent dans les deux ans et 59% sont réhospitalisés dans les cinq ans (Daniels et al., 1998). Dans une troisième étude (Maj et al., 1998), seuls 23,4% des patients restent asymptomatiques durant cinq ans alors qu'ils bénéficient d'un traitement de lithium. De même Judd et al. (2003) ont montré dans une étude sur plus de 10 ans que les patients bipolaires étaient symptomatiques environ la moitié du temps. Joyce (1992) estime qu'une prophylaxie médicamenteuse diminue seulement de 50% le risque de rechute.

Durant de nombreuses années, l'attention a été principalement portée sur les causes biologiques, génétiques et sur la médication. Toutefois, il est devenu de plus en plus évident que ces aspects étaient insuffisants pour atteindre une stabilisation optimale du trouble bipolaire. Ainsi les facteurs psychosociaux ont pris de plus en plus d'importance. En effet, on estime que ces derniers contribuent pour 25-30% à l'évolution du trouble bipolaire (Maj et al., 1998).

Par ailleurs, le fonctionnement social de la plupart des patients souffrant d'un trouble bipolaire est altéré. Une revue de plusieurs études indique que seulement 40% des patients conservent le même niveau de fonctionnement social que celui qu'ils avaient initialement, alors que 25-35% ont un fonctionnement social partiellement diminué et 25-35% présentent un fonctionnement très déficitaire (Bloch et al., 1994; Carlson et al., 1974; Dion et al., 1988; Harrow et al., 1990). Une étude avec un follow-up de 5 ans, menée au NIMH Collaborative Program on the Psychobiology of Depression montre que le fonctionnement social est identique chez les patients, que ceux-ci souffrent d'un trouble bipolaire I ou II (Tohen et al., 1990). Cinq ans après la rémission, 50% des patients continuent à présenter un fonctionnement social déficitaire alors qu'ils sont totalement asymptomatiques (Coryell et al., 1993). Cela démontre donc à quel point une intervention psychosociale est nécessaire. Il faut d'ailleurs souligner que la psychoéducation s'est ainsi rapidement développée et a pris une place de plus en plus importante dans le traitement de la maladie bipolaire.

Quant aux rechutes, elles peuvent être généralement dues à plusieurs facteurs : la non compliance, une posologie médicamenteuse insuffisante, un facteur de stress ou la progression naturelle de la maladie (Leverich et al., 1990).

1.2.1 Difficultés liées aux troubles bipolaires

Comme pour toute maladie chronique ou récurrente, l'acceptation du trouble n'est jamais acquise d'emblée et la compliance est souvent mauvaise au moins au début de la prise en charge. Goodwin et Jamison (1990) ont mis en évidence les différentes réactions telles que le déni, la colère, l'ambivalence et l'angoisse que le patient présente, lorsqu'il découvre que sa maladie est récurrente et qu'il devra s'en préoccuper toute sa vie. Ces émotions peuvent devenir contre-productives si elles se prolongent et amener à une rupture du suivi ou du médicament.

Parallèlement à ce type de difficultés, il y a des patients qui sont très anxieux. Ils n'adoptent pas pour autant des stratégies efficaces car ils peuvent s'imposer de continuelles restrictions dans la vie quotidienne. Cela affecte l'image qu'ils ont d'eux-mêmes par une stigmatisation et les isole de leur milieu social.

1.2.2 Facteurs impliqués dans le pronostic des troubles bipolaires

Facteurs de stress psychosociaux

Plusieurs études ont examiné l'effet des événements de vie sur l'évolution du trouble bipolaire et il apparaît clairement que les périodes marquées par le stress sont corrélées à un taux de rechutes plus important. Ellicott et al (1990) ont montré que malgré une lithiémie efficace, les patients qui vivaient des événements pénibles présentaient un taux de rechute quatre fois supérieur au groupe de patients qui n'étaient pas soumis à de tels stress. Johnson et Miller (1997) ont mis en évidence que les patients qui subissaient un événement négatif durant une rechute mettaient trois fois plus de temps que les autres pour entrer en rémission malgré une bonne adhésion au traitement. Ces résultats soulignent donc l'importance des facteurs de stress dans l'évolution de la maladie bipolaire.

Par ailleurs, il a été démontré que l'environnement social est déterminant pour le pronostic de cette maladie. O'Connell (1986) a émis l'hypothèse que la présence d'un soutien du milieu social diminuait la réponse physiologique au stress et par conséquent engendrait moins de symptômes thymiques. Dans son étude avec 60 patients bipolaires ambulatoires compliants au lithium, le facteur de meilleur pronostic mis en évidence était le soutien au niveau social.

Il est à noter combien il est donc important de pouvoir préserver cet entourage social, ce qui n'est pas facile dans le contexte des variations de l'humeur propres aux personnes souffrant de trouble bipolaire. Celles-ci sous-estiment souvent l'impact qu'a leur maladie sur leurs relations familiales, conjugales ou amicales. Pourtant l'irritabilité, l'agressivité, les troubles du comportement, les dépenses inconsidérées apparaissant lors d'épisodes hypomanes ou maniaques sont souvent évoqués par les proches comme causes de dégradation des relations. Cela peut engendrer un sentiment de culpabilité chez le patient lorsque celui-ci est à nouveau euthymique. Il est intéressant de relever une étude de Hooley et al (1987) qui montre que les conjoints des personnes ayant présenté un épisode maniaque parviennent à retrouver plus rapidement un équilibre dans leur couple alors que les conjoints des personnes ayant présenté un épisode hypomane ont plus de difficulté. L'explication donnée par Goodwin, Jamison (1990) et Hooley est qu'une personne avec un trouble extrême du comportement est plus facilement reconnue comme irresponsable et victime de la maladie et donc plus facilement excusée de ses changements de comportements.

La qualité des relations familiales est également un bon prédicteur du pronostic du trouble bipolaire. Miklowitz et al (1988; 1996) l'ont montré dans une étude où ils ont utilisé le concept d'émotion exprimée comme moyen de mesure du dysfonctionnement familial. L'émotion exprimée est le reflet des remarques négatives, des critiques et des attitudes surinvesties d'un point de vue émotionnel à l'égard du patient. Cette notion a été pour la

première fois utilisée dans le contexte de la schizophrénie par Parker et Pavlovic (1990), puis a été reprise pour les troubles de l'humeur. Miklowitz a donc mis en évidence que les patients en rémission après un épisode maniaque avaient cinq fois plus de risque de rechuter dans les 9 à 12 mois si le taux d'émotion exprimée de leur famille était élevé. Ces constatations ont été vérifiées dans deux autres études prospectives (Priebe et al., 1989; Scott, 1995).

Facteurs chronobiologiques dans le trouble bipolaire

L'importance des facteurs chronobiologiques dans l'évolution de la maladie bipolaire a également été mise en évidence. La recrudescence des rechutes au printemps et en automne et la prévalence des rechutes dépressives en hiver dans le trouble bipolaire de type II suggèrent que la modification du rythme circadien induit l'apparition de symptômes thymiques.

Ehlers et al (1988; 1993) ont montré que la perturbation des activités quotidiennes (sommeil, repas, horaires de travail ou de loisirs) peut entraîner une modification du rythme circadien et provoquer des épisodes thymiques.

Adhésion au traitement médicamenteux

Goodwin et Jamison (1990) font l'hypothèse que la non-adhésion au traitement est la cause la plus importante de rechute. Une revue de 12 études avec des patients ambulatoires traités par lithium avance un taux de non-adhésion au médicament de 18 à 53%. Cette grande différence est due à la méthodologie, à la durée du suivi et au type de population étudiée.

On peut d'ailleurs relever que le taux de non-observance thérapeutique en psychiatrie est aussi élevé qu'en médecine somatique (Willcox et al., 1965).

De nombreux patients sont compliants au traitement juste après un épisode thymique, puis le sont de moins en moins au fur et à mesure qu'ils restent asymptomatiques.

Les patients qui ont un travail stable, qui considèrent les symptômes de rechute comme sévères, qui pensent que le traitement est efficace et qui ont des traits de personnalité obsessionnelle présentent une adhésion au traitement satisfaisante (Goodwin and Jamison, 1990). Le jeune âge, le sexe masculin, un nombre restreint de rechutes sont des mauvais prédicteurs pour la compliance au traitement. L'interruption du traitement de lithium est plus marquée durant la première année de suivi et est plus fréquente lorsque le patient garde des symptômes hypomanes avec idées de grandeur ou lorsqu'il se plaint de ne plus ressentir les moments où il est « haut ».

Selon Jamison et al (1979), les raisons principales de la mauvaise adhésion au médicament sont liées à la mauvaise acceptation que l'humeur soit « contrôlée » par un médicament, la nostalgie des épisodes « hauts », la contrariété d'avoir une maladie récidivante ou encore la dépression. Une autre étude menée par le même groupe invoque comme cause d'arrêt du traitement, les effets secondaires. Il est intéressant de relever que 75% des effets secondaires retenus par les psychiatres sont d'ordre somatique alors que 80% de ceux invoqués par les patients sont attribués à des troubles mnésiques ou à une confusion mentale (Jamison and Akiskal, 1983). Dans une autre étude, Goodwin et Jamison (1990) ont mis en évidence les tremblements et la prise pondérale comme effets secondaires particulièrement gênants pour les patients. La non-compliance à la carbamazépine (38%) est moindre que celle au lithium (51%) mais des données complémentaires manquent encore à propos des autres stabilisateurs de l'humeur.

Keck et al (1996; 1997) trouvent que 64% des patients qui ont été hospitalisés pour un épisode maniaque n'ont pas pris correctement le traitement (lithium, carbamazépine, valproate) durant le mois qui a précédé.

1.2.3 Considérations générales concernant les approches psychosociales dans le trouble bipolaire

Comme mentionné plus haut, étant donné les limites de l'efficacité du traitement médicamenteux pour stabiliser la maladie bipolaire, il est nécessaire d'intégrer une prise en charge psychosociale. Cela permet de renforcer la compliance au traitement, d'avoir un rythme veille-sommeil plus régulier, de maintenir des rapports sociaux favorables à l'épanouissement personnel et donc à la stabilisation, et également de maintenir ou d'acquérir un fonctionnement socio-professionnel aussi bon que possible.

L'approche psychosociale comprend un versant psychothérapeutique et un versant éducatif mais il est évident qu'il y a un chevauchement entre ces deux approches.

La psychoéducation, selon Goldman (1988), peut se définir comme « l'éducation ou la formation d'une personne souffrant d'un trouble psychiatrique dans les domaines qui servent des objectifs de traitement et de réadaptation (l'acceptation de la maladie, la coopération active au traitement et à la réadaptation, l'acquisition d'habiletés compensant les déficiences liées au trouble psychiatrique) ». Elle trouve son indication principale dans les pathologies chroniques ou récidivantes.

La psychoéducation a d'abord été conçue pour les familles de patients souffrant de schizophrénie (Hogarty et al., 1986). Les proches pouvaient ainsi bénéficier d'informations sur la maladie et son traitement ce qui leur permettait d'encourager le patient dans sa démarche de soin, de l'aider à détecter les signes précurseurs de rechute et d'avoir une attitude globalement plus positive à son égard (diminution par exemple du taux d'émotion exprimée).

Par la suite, la psychoéducation s'est généralisée à d'autres pathologies psychiatriques telles que la maladie bipolaire et la dépression récurrente.

La psychoéducation comprend trois objectifs principaux : un objectif pédagogique, un objectif psychologique et un objectif comportemental.

Objectif pédagogique

Le soignant transmet toute une série d'informations non pour convaincre le patient mais dans le but de partager avec lui les connaissances sur la maladie. Ainsi le médecin ne cherche plus à conserver un rôle paternaliste et tout puissant mais cherche à établir avec le patient un partenariat de soin. Cela peut effectivement être le cas si le patient a toutes les données en main pour décider de son traitement et ainsi mieux gérer sa maladie avec l'aide de son médecin.

Le patient, et éventuellement sa famille, reçoit donc en premier lieu des informations sur la maladie. Il est important de souligner que les comportements inhabituels, symptômes d'un épisode thymique, doivent être relevés comme tels et ne pas être attribués à « la mauvaise volonté » du patient.

Il est également fait mention de l'étiologie de la maladie qui est multifactorielle : biologique avec une base génétique, environnementale, réactivée par des facteurs de stress...

Aborder la prévalence du trouble bipolaire est souvent rassurant pour le patient qui se sent moins isolé avec son problème.

Le traitement médicamenteux, souvent complexe dans le trouble bipolaire, est abordé. Les aspects bénéfiques et les effets secondaires, la durée recommandée pour la prise du médicament sont discutés. Cela permet au patient de connaître les différentes modalités de traitement, d'améliorer l'observance thérapeutique et d'anticiper éventuellement un traitement en cas de rechute.

Finalement il est important d'insister sur la prévention des rechutes en reconnaissant les symptômes précurseurs, en soulignant l'importance d'une bonne gestion du quotidien, en

discutant des traitements efficaces pour rétablir la stabilité de l'humeur et en établissant un plan d'action pour éviter l'aggravation des symptômes.

Objectif psychologique

Une phase primordiale de la psychoéducation est la révélation du diagnostic qui doit se faire de la façon la plus empathique possible. C'est en effet à ce moment que se joue l'évolution à court terme de la prise en charge et l'acceptation d'un traitement. Si le patient se sent compris dans sa souffrance et que des explications claires lui sont données, il y a plus de chance pour qu'il accepte plus rapidement sa maladie et qu'avec de bonnes connaissances sur la pathologie, il devienne un collaborateur efficace aux soins. Toutefois il ne faut pas oublier que le déni ou la colère sont des réactions « normales » dans la voie de l'acceptation de la maladie.

Par ailleurs la famille étant informée des différents symptômes de la maladie bipolaire, elle peut mieux comprendre les comportements pathologiques dont le patient n'est pas responsable lors de ses rechutes et ne pas le culpabiliser en lui faisant des reproches.

Objectif comportemental

Le patient apprend à adapter son activité en fonction des épisodes thymiques qu'il est en train de vivre. Par exemple, en phase dépressive, il est encouragé à maintenir des activités alors qu'en phase hypomane, il essaiera d'être hypostimulé pour éviter l'escalade qui mène à la manie.

L'importance du sommeil, du rythme de vie quotidien est discuté et mis en pratique.

Pour appliquer ces notions d'activités, de rythme, d'auto-observation des variations thymiques, des échelles peuvent être utilisées ce qui aide à mettre ces données en perspective, à respecter certaines consignes et à observer l'évolution.

1.2.4 Les différentes approches structurées de type psychosociales

Durant de nombreuses années, la psychoéducation s'est faite de manière informelle lors des entretiens individuels avec les patients.

Actuellement, il existe quelques thérapies basées au moins en partie sur la psychoéducation, et qui sont décrites dans des manuels avec des indications précises sur la marche à suivre. Cela permet donc à la méthode d'être reproduite par des animateurs différents et d'être évaluée par des études comparatives multicentriques.

Voici un bref aperçu des différentes thérapies psychosociales qui sont décrites dans des manuels:

Thérapies focalisées sur la famille de Miklowitz (1996)

Le postulat de base est qu'en raison du trouble bipolaire qui affecte un des membres de la famille, l'interaction familiale est perturbée ce qui entraîne des répercussions fâcheuses sur la communication.

Cette thérapie s'adresse donc au patient et à sa famille. Elle débute durant une phase aiguë et est proposée la plupart du temps au patient encore hospitalisé. Elle comporte 21 séances structurées selon les phases de la maladie : phase aiguë, phase avec symptômes résiduels, rémission. Les 4 modules suivants sont établis : évaluation de la famille ou du couple ; psychoéducation du patient et de sa famille ; travail sur les habiletés favorisant une meilleure communication ; résolution de problèmes.

Les résultats obtenus par cette thérapie sont une diminution du taux d'émotion exprimée, une diminution du nombre de rechutes, une augmentation de la durée des rémissions.

Thérapie interpersonnelle et des rythmes sociaux de Frank (1997)

Cette thérapie est basée sur celle de Klerman (1984) pour les dépressions majeures. Il s'agit d'une thérapie individuelle qui commence durant une phase aiguë. Comme celle de Miklowitz, elle est structurée selon les phases de la maladie (phase aiguë avec une séance par semaine, phase de maintenance avec une séance par 15 jours pendant 3 mois puis prévention des rechutes avec une séance par mois pendant 21 mois). L'accent est d'abord mis sur le respect des rythmes de vie (sommeil, repas, travail, exercice...) puis sur la résolution des conflits ou difficultés interpersonnels ou sur l'élaboration d'un réseau social plus étoffé. Ici encore, les résultats sont favorables pour une diminution des rechutes.

Thérapie d'orientation cognitivo-comportementale de Basco et Rusch (1996)

Cette thérapie est inspirée d'un modèle préexistant pour la dépression. L'objectif principal est la prévention des rechutes, l'amélioration de la compliance, l'auto-évaluation des symptômes et l'élaboration de stratégies pour une meilleure gestion de la maladie.

Thérapie cognitive pour trouble bipolaire : guide du thérapeute pour l'approche conceptuelle, méthodologique et pratique selon Lam (1999)

Il s'agit d'une thérapie cognitive individuelle comportant 12 à 18 entretiens en six mois. La thérapie met l'accent sur le repérage des signes précurseurs de rechute, sur les stratégies d'action, sur la compliance au traitement et sur les rythmes veille-sommeil.

Programme d'Objectifs Personnels selon Mark Bauer et Linda McBride (1996)

Il s'agit d'une thérapie de groupe pour le trouble bipolaire. Cette thérapie fait l'objet de cette thèse.

1.2.5 Les études sur les approches psychosociales du trouble bipolaire

Voici un aperçu de quelques études de bonne qualité sur les approches psychosociales.

Etude randomisée et contrôlée sur l'identification des symptômes précurseurs de Perry et coll (1999)

Il s'agit d'une étude, avec groupe contrôle, menée avec 69 patients bipolaires. Lors des 7 à 12 entretiens individuels, ceux-ci apprennent à dresser une liste des prodromes de rechutes et des stratégies qui leur conviennent. Cette approche permet de prolonger de manière significative la période de rémission concernant les épisodes de manie mais non de dépression. Une amélioration du fonctionnement social et de la possibilité à garder un emploi a été mise en évidence dans le « follow up ».

Etude randomisée et contrôlée avec une thérapie cognitive pour la prévention de rechutes des troubles bipolaires de Lam et coll (2003)

Cette étude est basée sur le manuel cité sous 1.2.4.4 (Lam et al., 1999). Cent-trois personnes souffrant d'un trouble bipolaire de type I ont participé à cette étude. Les résultats sont encourageants puisqu'ils constatent une diminution des épisodes tant dépressifs que maniaques, une réduction du nombre d'hospitalisations, une amélioration du fonctionnement social et des symptômes résiduels concernant la dépression. L'adhésion au traitement est également favorisée.

Etude contrôlée avec une thérapie cognitive pour les troubles bipolaires de Scott (2001)

Cette étude a recruté 42 patients souffrant d'un trouble bipolaire. Il s'agit d'une thérapie individuelle d'orientation cognitive proposée durant six mois. Les participants apprennent les signes précurseurs de rechutes, les stratégies pour intervenir rapidement et juguler la crise. Un travail est aussi entrepris pour modifier les pensées dysfonctionnelles et pour encourager l'adhésion au traitement. Les résultats suggèrent que cette thérapie permet d'améliorer de manière significative le fonctionnement social et la prise régulière des médicaments. Contrairement à l'étude précédente, ce sont les rechutes dépressives qui sont le plus efficacement jugulées alors que l'effet est moindre concernant les rechutes maniaques. Le nombre d'hospitalisations est diminué.

Etude randomisée avec des groupes de psychoéducation pour la prophylaxie des rechutes concernant les personnes atteintes d'un trouble bipolaire de Colom et coll (2003)

Cette étude portant sur 120 patients souffrant d'un trouble bipolaire I ou II évalue une prise en charge groupale qui a lieu en 21 sessions. L'accent est mis sur la détection des signes prodromiques de rechute, sur les stratégies d'action, sur l'adhésion au traitement et sur la régularité des rythmes de vie. Lors d'un « follow up » de deux ans, ils relèvent une diminution du nombre et de la durée des rechutes ainsi que des hospitalisations et une amélioration de la compliance.

2 Programme d'objectifs personnels (POP)

2.1 Objectifs du programme

Comme nous venons de le décrire, il est actuellement reconnu que l'approche médicamenteuse seule ne suffit pas à stabiliser l'humeur et à restaurer un bon fonctionnement social après une rechute dépressive ou maniaque. Il est donc apparu comme indispensable d'y associer une approche psychosociale.

De plus, il est apparu que la disparition de tout symptôme n'est pas forcément corrélée à l'amélioration de la morbidité sociale et professionnelle. En effet certains patients en rémission complète depuis plusieurs mois peuvent rester incapables de travailler ou d'avoir un réseau social satisfaisant.

Par ailleurs, on a pu mettre en évidence une différence entre l'efficacité théorique d'un traitement (par exemple dans le centre où est menée l'étude) et son efficacité pratique (par exemple c/o le praticien installé) en raison des conditions et du milieu qui ne se ressemblent pas.

Le POP cible notamment ces points et fixe comme buts :

- l'amélioration des compétences pour gérer la maladie
- l'amélioration du fonctionnement social et professionnel.

Les méthodes sont adaptées pour ces deux objectifs distincts puisque l'on sait que la diminution des symptômes n'améliore pas forcément les compétences sociales.

Le programme d'objectifs personnels est décrit dans un manuel, ce qui permet notamment une standardisation, une reproduction de la méthode avec des animateurs en des lieux différents.

Deux autres raisons ont motivé l'approche groupale; d'une part le coût des soignants est diminué et cela permet donc à un plus grand nombre de patients d'y participer et d'autre part le soutien et les réactions des pairs sont très bénéfiques pour l'acceptation de la maladie et sa gestion. Les interventions du thérapeute se basent ainsi sur des faits vécus par l'un des participants et non sur des exemples théoriques ce qui augmente l'impact auprès des autres membres du groupe. Les personnes souffrant de trouble bipolaire tirent aussi avantage à échanger leurs stratégies de gestion de la maladie, d'être rendus attentifs par les autres participants à des symptômes qu'ils avaient éventuellement négligés comme précurseurs de rechutes.

2.2 Cadre conceptuel du POP

- « La psychoéducation comme pierre angulaire pour une gestion autonome optimale de la maladie »

Dans le POP, l'enseignement est orienté vers les facteurs motivationnels, éducatifs et culturels. Les caractéristiques générales de la maladie bipolaire sont abordées ainsi que les celles spécifiques à chaque participant et l'on discute des répercussions de la pathologie sur la vie de chacun. On est attentif à la déstigmatisation et démythification de la maladie. On insiste sur le rôle actif du patient et éventuellement de sa famille dans la prise en charge de la maladie en lui rendant ses responsabilités face à la détection des rechutes et aux options thérapeutiques.

Les participants reçoivent donc des informations sur les bases biologiques du trouble bipolaire, son évolution et son traitement.

- *La capacité d'adaptation et l'analyse coûts-bénéfices pour la prise de décision.*

S'il fallait retenir un concept qui sous-tend l'élaboration du POP se serait : « l'adaptation représente le but essentiel d'un individu ».

Le terme coûts-bénéfices est tiré du milieu économique mais l'idée de base peut s'appliquer aux désagréments et aux avantages de la vie de tous les jours, même si cela n'est pas quantifiable de la même manière. Cela encourage la personne à se positionner face à une alternative, à un choix d'action en pesant les avantages et inconvénients qu'engendrent telle ou telle décision. En résumé, la personne choisira des stratégies comportementales face à la maladie et adaptatives par rapport à un but en fonction des analyses individuelles coûts-bénéfices.

2.3 Bases théoriques du POP

Le POP s'appuie sur la théorie cognitivo-comportementale même si elle ne la reprend pas fidèlement au sens où Beck l'a décrite. En effet on ne vise pas une restructuration cognitive mais on utilise plutôt des techniques cognitives pour modifier des cognitions mal adaptées, pour discuter des attributions négatives à certains événements et pour atteindre les objectifs fixés au cours de la thérapie. Des éléments interpersonnels sont ajoutés « au squelette » formé par les aspects cognitivo-comportementaux et donc considérés, non comme curateurs, mais comme une adjonction à la tâche principale qui est la modification comportementale.

2.4 Description de la phase I

La première phase du POP est très structurée et comporte principalement des éléments de psychoéducation. Les buts sont la transmission d'informations exhaustives sur le trouble bipolaire, une amélioration de la gestion de la maladie, l'identification des symptômes précurseurs de rechute et des déclencheurs de rechute, et la mise au point d'un plan d'action personnalisé en cas de rechute.

La première phase s'étend sur 6 séances d'environ une heure qui ont lieu une fois par semaine et cela se déroule en petit groupe « fermé » de 5-7 participants. (Il est clair qu'un patient ne peut pas intégrer le groupe en cours puisqu'il lui manquera les informations données au début du module qui sont indispensables pour la compréhension de la suite du programme.)

Le concept de l'analyse personnelle coûts-bénéfices est introduit et discuté. On estime que le patient agit toujours dans son propre intérêt mais les conséquences de ses divers comportements seront réévaluées dans le sens du coût et des bénéfices.

Durant les séances, l'animateur utilise des transparents et un tableau avec papier amovible où il écrit les données apportées de manière interactive par les patients. Il distribue également aux participants des résumés.

Passons maintenant à la description des séances successives de la phase I.

Le schéma de base est le suivant : La première séance est destinée à faire connaissance et à établir les règles du groupe, la 2^e séance est consacrée aux considérations générales sur le trouble bipolaire, la 3^e et 4^e séances sont focalisées sur la phase dépressive et la 5^e et 6^e séances abordent la phase maniaque selon le même schéma que les deux séances précédentes.

Première séance

Les participants apprennent à se connaître, discutent de leur motivation et de leurs attentes quant à la participation au groupe et les règles de confidentialité sont posées.

Deuxième séance

Celle-ci peut éventuellement être partagée en deux en raison de sa longueur.

- *Etablissement de la relation et de l'environnement thérapeutiques*

L'animateur explique d'abord en quoi consiste le POP dans ses grandes lignes et rapidement incite les participants à exprimer leurs avis. Il insiste sur l'importance de la confidentialité et du respect d'autrui.

- *Le spectre bipolaire- gravité et formes de la maladie*

Des explications sur les fluctuations de l'humeur dans le cadre du trouble bipolaire sont données avec l'aide de graphiques et on différencie les types de troubles de l'humeur (bipolaire I ou II, dysthymie, dépression unipolaire). Les discussions avec les participants sont chaque fois encouragées pour que ceux-ci puissent partager leurs expériences.

- *Normaliser les symptômes psychotiques*

Les épisodes thymiques peuvent s'accompagner de délires, d'hallucinations et de paranoïa. Il est important de démystifier cet aspect que les patients sont réticents à évoquer spontanément mais qu'ils pourront aborder, une fois mis en confiance, et sachant qu'il s'agit là de symptômes courants dans cette pathologie.

- *Apprendre à reconnaître la prévalence des symptômes bipolaires et les stigmates liés à la maladie*

Les patients sont souvent étonnés de découvrir que la maladie touche une personne sur cent et que certaines célébrités sont atteintes par ce trouble. La normalisation de la maladie peut ainsi renforcer une estime de soi défaillante.

- *Transmettre l'information sur les causes et les traitements de la maladie bipolaire*

Les multiples causes potentielles de la maladie sont discutées. Les hypothèses sur les dysrégulations des neurotransmetteurs sont abordées à l'aide de schémas, ainsi que la vulnérabilité génétique et les facteurs psychosociaux et environnementaux.

Troisième séance (axée sur la dépression)

- *Importance de l'identification des symptômes dans le but de prévenir une rechute dépressive*

Durant cette séance, on propose de s'attarder d'abord sur les symptômes communs à tous avant de pointer ceux spécifiques à chacun des participants.

- *Identifier le schéma des rechutes et les signes et symptômes personnels de la dépression*
- *Construire un « Profil Personnel de Dépression »*

On propose d'aborder la dépression en fonction de comment la personne parle, pense et agit. L'animateur propose aux participants de noter au tableau les différentes caractéristiques du patient déprimé dans des colonnes intitulées « pensées, émotions/sentiments, comportements ». Chacun propose ses idées ce qui permet de compléter tous les symptômes de la dépression en fonction de l'expérience personnelle de chacun. Par la suite le thérapeute distribue une planche qui répertorie tous les symptômes et demande aux patients de cocher les symptômes qui correspondent à leur dépression (Profil personnel de dépression). (Cf Annexe 9.7).

- *Identifier les déclencheurs personnels de dépression*

Même si des rechutes peuvent survenir spontanément, il est important de relever que des facteurs stressants de la vie courante, des changements psychologiques positifs ou négatifs ou des modifications au niveau somatique peuvent les précipiter. Comme pour le point précédent, les participants sont mis à contribution pour établir une liste de ces différents facteurs que le soignant note sur un tableau. A la fin, il distribue également une feuille des « Déclencheurs individuels d'un épisode dépressif » et les patients cochent ceux qui leur correspondent. Ils peuvent également ajouter d'éventuels déclencheurs qui ne seraient pas déjà listés (cf. Annexe 9.8).

Quatrième séance (axée sur la dépression)

- *Identifier les signes et symptômes précoces de dépression comme signaux pour débiter une action efficace*

Le soignant reprend la feuille des symptômes de la dépression distribuée lors de la séance précédente et demande aux participants de repérer les signes précurseurs de rechute dépressive et de noter un « p » devant ceux-ci. Ainsi les patients pourront être ensuite plus attentifs et agir en conséquence dès l'apparition de ces signes qui sont considérés comme des « signaux d'alarme ».

- *Apprendre à reconnaître les réponses adéquates versus inadéquates et les percevoir en termes de coûts et bénéfices*

Le soignant note sous forme de tableau les avantages et les inconvénients des comportements adoptés durant les phases dépressives en les appelant des *adaptations* à la dépression. Ces réactions sont utiles ou dommageables et il s'agit de ne pas porter de jugement mais de discuter pour ensuite choisir la solution qui apportera le plus de bénéfice avec le moindre coût.

- *Reconnaître l'abus de substances et le comportement suicidaire comme stratégies inefficaces et souligner leur relation fréquente avec le trouble bipolaire*

Sous forme de discussion, on aborde les problèmes d'abus d'alcool ou de toxiques qui touchent la moitié des personnes souffrant de trouble bipolaire et celui du comportement suicidaire.

Le soignant distribue ensuite une feuille résumant les réactions bénéfiques et dommageables lors d'un épisode dépressif. (cf. Annexe 9.9)

- *Mettre au point un « Plan personnel de stratégies pour faire face à la dépression »*

Avec l'aide des participants qui se basent sur leur expérience antérieure et se réfèrent aux réactions bénéfiques en cas de dépression, le thérapeute dresse une liste d'actions qui aident à faire face à la dépression. Le soignant distribue ensuite une feuille sur les stratégies pour faire face à la dépression et une feuille sur l'hygiène du sommeil. (cf Annexes 9.10 et 9.11). Les patients reçoivent également une carte de la grandeur d'une carte de crédit où est inscrit le plan d'action ainsi que les numéros de téléphone des soignants et d'un proche en cas de besoin. (cf. Annexe 9.12). Ce plan d'action anticipé peut être d'une grande aide quand la personne présente des troubles mnésiques ou de la concentration secondaire à un épisode dépressif ce qui l'empêche d'agir de manière adéquate sur le moment.

Cinquième séance (axée sur la manie)

Le schéma sur lequel sont construites les séances 5 et 6 qui abordent la manie est le même que celui des séances 2 et 3 qui traitent de la dépression.

- *Importance de l'identification des symptômes pour prévenir la rechute maniaque*
- *Identifier le schéma de récurrence des épisodes et les signes et symptômes personnels de manie. Elaborer un profil personnel de manie*

Comme pour la dépression, le thérapeute remplit trois colonnes avec l'aide des participants, pour déterminer comment la personne parle, pense et agit en phase maniaque. Les patients reçoivent ensuite une liste des symptômes de l'(hypo)manie et cochent leurs symptômes.

- *Identifier les déclencheurs personnels d'(hypo)manie*

Le processus est le même que pour la dépression et les patients reçoivent la même feuille que pour les déclencheurs de la dépression.

Sixième séance (axée sur la manie)

- *Identifier les signes et symptômes précoces d'(hypo)manie comme signaux pour débiter une action efficace*

Comme pour la dépression, les participants inscrivent un P devant les signes précurseurs de la manie.

- *Apprendre à reconnaître les réponses adéquates et inadéquates et les percevoir en terme de coûts et bénéfices*

Le soignant reproduit un tableau où il inscrit les avantages et inconvénients des diverses réactions observées durant la manie toujours avec l'aide des participants.

- *Aborder l'abus d'alcool ou de toxiques comme moyen pour augmenter ou atténuer l'épisode maniaque*

Insister sur le fait que ce comportement prolonge l'épisode maniaque.

- *Développer un plan d'action personnel pour l'(hypo)manie*

Le soignant relève avec l'aide des patients quelles réactions ont été bénéfiques par le passé ; il distribue la feuille sur les stratégies pour faire face à la manie et la petite carte avec le plan d'action personnel (cf. Annexes 9.15, 9.16 et 9.17).

2.5 Description de la phase II

Les buts de la phase II sont au nombre de deux :

- Améliorer l'évolution fonctionnelle en aidant les participants à réaliser les objectifs fonctionnels qu'ils n'ont pas pu atteindre en raison de leur maladie
- Renforcer les compétences développées durant la phase I pour gérer la maladie.

Pour augmenter les chances de succès, l'objectif principal choisi par le patient va être fractionné en objectifs secondaires qui seront plus facilement réalisables.

Certaines exigences sont posées quant à cet objectif principal :

- il doit être choisi par la personne et être important pour sa qualité de vie
- il doit être spécifiquement mesurable
- il doit être formulé pour dépendre des actes de la personne et être indépendant de la coopération d'autrui.

Pour atteindre ces objectifs, le thérapeute va suivre un processus structuré de manière comportementale. Il va opérer avec les participants en trois stades successifs :

- identifier un objectif principal
- élaborer des objectifs secondaires
- construire des étapes comportementales et suivre les progrès.

Quand l'objectif principal est atteint, le participant a le choix d'arrêter le programme ou de fixer un nouvel objectif qu'il pourra travailler dans le groupe. La durée de cette seconde phase est donc variable.

Il est souvent préférable de choisir comme premier objectif un aspect qui concerne la gestion de la maladie. En effet, les fluctuations de l'humeur et les symptômes qui y sont liés, influencent grandement la qualité de vie des patients et leur cause préjudice lorsqu'ils désirent atteindre un objectif.

Par ailleurs, les patients ont souvent besoin d'aide pour faire face à des rechutes. Pour finir, parler de la gestion de la maladie permet de s'identifier au groupe ce qui facilite ainsi l'intégration du patient.

Discuter de la maladie, c'est aussi parler de ses stigmates et donc vaincre le déni, la colère ou la mauvaise observance au programme.

Le fonctionnement de cette partie du programme s'appuie également sur le « brainstorming » entre les participants. Les membres du groupe réfléchissent ensemble à l'objectif choisi par l'un des participants et ce dernier bénéficie des idées de chacun pour finalement choisir une possibilité grâce à la méthode « coûts-bénéfices ».

Le thérapeute, quant à lui, est comme un enseignant qui travaille tant au niveau groupal qu'au niveau individuel à la différence que le travail individuel est explicitement partagé par le groupe.

Dans les règles du programme, on relève qu'un patient intoxiqué n'est pas admis au sein du groupe mais est soit renvoyé à la maison, soit adressé à un service d'urgence. Par contre, on n'exclut pas d'emblée un patient qui consomme occasionnellement de l'alcool ou des toxiques.

Comme autre règle, il n'est pas interdit aux participants de se rencontrer en dehors des groupes car cela peut favoriser les contacts sociaux mais cela doit être discuté pour qu'aucun ne se trouve dans une situation embarrassante. Par exemple il n'est pas souhaitable que l'un d'entre eux soit appelé au téléphone par un des participants faisant des menaces de suicide ou qu'il se trouve confronté aux avances de quelqu'un.

Reprenons maintenant la description des 3 stades qui permettent d'atteindre l'objectif principal fixé par le patient :

2.5.1 1^{er} stade : identification d'un objectif principal

Il est indispensable que cet objectif soit énoncé de manière à pouvoir être fractionné en objectifs secondaires. Cette étape n'est pas évidente et peut prendre parfois plusieurs semaines.

Un participant pourra par exemple choisir « ne pas être hospitalisé cette année » ou « gérer la prise du traitement » ou « trouver un emploi » ou « se faire deux nouveaux amis durant les six prochains mois ».

Plusieurs obstacles peuvent se dresser devant les patients qui tentent de définir un objectif principal :

- la difficulté à réfléchir en terme d'objectif et comportement par manque d'habitude
- la difficulté à écrire quelque chose par une éducation insuffisante ou par peur de l'échec car écrire peut signifier un engagement plus important
- le découragement ou le manque d'estime de soi
- la dépression avec son manque de motivation et ses dystorsions cognitives négatives
- la formulation d'objectifs dépendants surtout des autres
- la formulation d'objectifs trop imprécis ou trop ambitieux par manque d'habitude.

2.5.2 2^{ème} stade : fractionner l'objectif principal en objectifs secondaires

Cela permet de rendre une tâche difficile plus facilement réalisable.

Tout comme l'objectif principal, les objectifs secondaires doivent être mesurables pour identifier les succès.

Un participant qui veut par exemple trouver un emploi, planifiera comme objectifs secondaires : rédiger un curriculum vitae, élaborer des techniques d'entretien, parler à des contacts potentiels, envoyer des lettres de postulation et en cas de réponse négative de poursuivre ces démarches et éventuellement revoir la stratégie.

2.5.3 3^{ème} stade : construire des étapes comportementales et suivre les progrès

Chaque objectif secondaire est formulé sous forme d'étapes comportementales qui permettent de l'atteindre. Plus elles sont modestes, plus les chances de succès augmentent. Il faut être attentif de ne pas surcharger les participants en tâches à domicile ce qui risque de les décourager et d'aboutir à un échec.

Pour reprendre l'exemple cité ci-dessus, le patient peut décortiquer l'objectif secondaire « rédiger un Curriculum vitae » en : « aller à la bibliothèque prendre un livre sur la façon d'écrire un CV », « écrire le CV », « faire corriger le CV par un ami », « mettre en forme le document définitif ».

Ces étapes comportementales doivent être mesurables. En effet, « être plus actif » ne l'est pas, alors que « sortir tous les jours 1 heure de chez moi », l'est. Cela permet ainsi de suivre les progrès qui mènent au but fixé.

Le thérapeute et le participant s'aideront d'un tableau où seront inscrits l'objectif principal, les objectifs secondaires et les étapes comportementales (cf. Annexe 9.18)

2.5.4 Fin de la phase II du Programme d'Objectifs Personnels

Le participant termine le programme une fois qu'il a atteint le ou les objectifs fixés, ce qui prend généralement plus de six mois.

Lors d'épisodes dépressifs, certains patients présentent de graves troubles de la concentration et un retrait important qui perturbent leur participation au groupe. On peut tout à fait les encourager à venir au groupe même s'ils ne sont pas actifs durant cette période mais on peut aussi négocier avec eux des « vacances » s'ils considèrent être trop mal pour participer. Il faut être attentif à renforcer les réactions bénéfiques qui les aident à surmonter la dépression et lutter contre le repli mais maintenir en même temps une bonne alliance thérapeutique et accepter cette interruption momentanée.

Des « vacances » peuvent aussi s'imposer lors de rechutes maniaques car les patients perturbent alors trop le groupe et sont contre-productifs en se fixant des objectifs grandioses.

Par contre, un patient hypomane peut encore bénéficier du groupe qui l'aidera à faire face à sa rechute par des stratégies adéquates.

3 Buts de l'étude

Nous utilisons le Programme d'Objectifs Personnels dans le cadre du programme spécialisé « Trouble Bipolaire » ambulatoire de la consultation Jonction depuis 1999 et plusieurs dizaine de patients ont participé avant le début de notre étude. Cela signifie que les animateurs des groupes (médecins, infirmiers et animateur social) avaient acquis une bonne expérience de groupe avant de débiter l'étude. Linda McBride qui a mis au point la méthode en collaboration avec Mark Bauer est venue en 2001 passer quelques jours avec l'équipe qu'elle a pu superviser ce qui a permis de partager les expériences et discuter certains points difficiles.

Cette étude prospective que nous avons débutée fin 2001 a deux objectifs principaux :

- Evaluer si la participation au *Programme d'Objectifs Personnels* a permis d'acquérir des compétences pour prévenir les rechutes, d'obtenir une amélioration au niveau de l'observance thérapeutique et donc d'atteindre une meilleure stabilisation de l'humeur.
- Evaluer si la participation à la 2^e phase du *Programme d'Objectifs Personnels* a permis d'améliorer le fonctionnement social des participants.

4 Patients et méthodes

4.1 Recrutement et échelles d'évaluation

Un total de 45 patients souffrant de maladie bipolaire ont été inclus dans l'étude. En dehors des groupes, ils sont suivis soit par un médecin qui travaille dans le cadre du programme bipolaire à la consultation Jonction, soit par un médecin praticien privé (psychiatre ou généraliste), soit dans une autre consultation. La plupart ont été hospitalisés au cours de leur maladie en raison de rechutes dépressives et/ou maniaques et la majorité bénéficie d'un traitement médicamenteux.

Afin d'avoir un relevé de l'humeur, nous faisons une évaluation de l'humeur avec **l'échelle MADRS de la dépression** et avec **l'échelle de la manie de Beck-Rafaelsen** aux moments clés des évaluations : avant le début des groupes, à la fin de la phase I et à six mois de la phase II. Si le patient est trop symptomatique avec des scores supérieurs aux normes que nous avons définies, le questionnaire est proposé à nouveau quelques semaines plus tard.

Avant le début des groupes, les patients remplissent, avec un soignant, le questionnaire de fonctionnement social selon Weber Rouget et Zanello (cf Annexe 9.3) qui investigate les diverses activités sociales effectuées durant les 2 semaines précédant le test et la satisfaction qu'en retirent les patients. Ce questionnaire est une mesure d'auto-évaluation inspirée de plusieurs instruments déjà existants (SAS, EAPS, MRSS) et recouvre des domaines tels que les tâches de la vie quotidienne, les loisirs, les relations familiales et de couple, la gestion financière, la santé générale et la vie collective. Il a récemment été validé (à paraître en 2005 dans Encéphale)(Zanello et al., in press).

A la fin de la 1^{ère} phase, les patients reçoivent un questionnaire à choix multiples qui permet d'évaluer le *Programme d'Objectifs Personnels* (cf Annexe 9.5). Celui-ci est composé de sept questions portant sur la qualité de l'enseignement fourni sur le trouble bipolaire (information, matériel utilisé, durée des séances), sur la stabilité de l'humeur, sur la capacité à faire face aux rechutes durant la période des groupes et sur l'adhésion au traitement.

Après une année de la 2^e phase, les patients reçoivent un autre questionnaire à choix multiples pour évaluer la 2^e partie (cf Annexe 9.6). Celui-ci est composé de sept questions portant sur la dynamique de groupe, l'observance thérapeutique, la capacité à faire face aux rechutes, la stabilité de l'humeur et la réussite ou non par rapport aux objectifs fixés.

Au même moment les participants remplissent le questionnaire de fonctionnement social, ce qui permet d'évaluer les progrès obtenus dans ce domaine.

A noter que les deux questionnaires à choix multiples sont remplis de manière autonome et à domicile pour éviter que la présence du thérapeute influence les réponses.

Durant les deux phases du *Programme d'Objectifs Personnels*, les participants remplissent un questionnaire d'auto-évaluation de l'humeur tous les 15 jours.

Il n'y a pas de critères d'exclusion hormis le refus du patient de participer à l'étude.

A noter que le projet a été approuvé par le comité d'éthique pour la recherche.

4.2 Analyse statistique

La statistique descriptive utilise des tableaux de fréquences pour les variables catégorielles (par exemple sexe, formation, diagnostic). En présence de valeurs manquantes, les pourcentages sont calculés sur l'ensemble des données valides. Pour les variables continues (par exemple âge et durée de participation) et ordinales (par exemple score MADRS), la médiane est reportée ainsi que les valeurs minimum et maximum.

Pour la comparaison des groupes indépendants (par exemple les patients ayant participé ou non à la phase II), le test exact de Fischer est utilisé pour les tableaux croisés 2x2 et le test du

chi-carré pour les tableaux de dimension supérieure. Pour les variables continues et ordinales, le test de Mann-Witney est utilisé. Pour la comparaison de groupes appariés (par exemple scores MADRS à l'entrée et à la sortie de la phase I), le test de Wilcoxon est utilisé. Un seuil de signification à 0,05 est considéré pour l'ensemble des tests.

Les analyses ont été faites à l'aide du logiciel SPSS, version 11 (SPSS Inc. Chicago, Illinois, USA).

5 Résultats de la phase I

5.1 Résultats de la phase I

Nous avons inclus 45 patients et il y a eu 9 « drop out » (20%) durant la première phase. Il faut relever que malgré nos efforts pour récolter les données de manière rigoureuse et aussi complète que possible, il y a tout de même quelques questionnaires qui ont été remplis de manière incomplète ou qui ne nous ont pas été retournés. De ce fait, nous n'utilisons dans le terme de pourcentage valide.

5.2 Répartition des sexes

Trente femmes (66,7%) et 15 hommes (33,3%) ont commencé la première partie.

5.3 Pays d'origine

Par rapport à l'origine, la majorité des participants est suisse (58,1%) et la plupart des autres vient de pays d'Europe (34,9%). Nous avons eu également un patient originaire d'Asie et deux d'Amérique du Sud.

	fréquence	pourcentage valide*
Suisse	25	58,1
Europe	15	34,9
Asie	1	2,3
Amérique du Sud	2	4,47
inconnu	2	

*Le pourcentage valide est le pourcentage de réponses par rapport au nombre de participants ayant répondu aux questionnaires.

5.4 Langue maternelle

Tous les patients inclus parlent couramment le français ce qui est une condition nécessaire pour profiter des groupes. Par ailleurs la majorité est de langue maternelle française (55,6%). Nous retrouvons aussi des personnes de langue maternelle espagnole (11,1%), italienne (11,1%), portugaise (4,4%), anglaise (4,4%). Nous avons accueilli dans les groupes une personne de langue maternelle indienne, grecque, suédoise et suisse allemande.

	fréquence	pourcentage valide
français	25	55,6
italien	5	11,1
espagnol	5	11,1
portugais	2	4,4
anglais	2	4,4
suisse allemand	1	2,2
grec	1	2,2
suédois	1	2,2
dialecte indien	1	2,2
inconnu	2	

5.5 Conditions de logement

La grande majorité des participants est indépendante et vit en appartement (95,5%). Seuls deux patients (4,5%) vivent en foyer.

21 personnes vivent seules (48,8%), 19 avec un conjoint avec ou sans enfants (44,2%) et 3 sont avec un membre de leur parenté (7,0%).

5.6 Niveau de scolarisation

La majorité des participants a terminé un apprentissage (39,5%). Nous retrouvons également un certain nombre de personnes ayant réussi une haute école professionnelle (18,4%) ou un cursus universitaire (18,4%). Seuls 5 patients se sont arrêtés à la fin de l'école obligatoire (13,2%) et 4 patients en fin d'école secondaire supérieure (10,5%).

	fréquence	pourcentage valide
scolarité obligatoire	5	13,2
apprentissage	15	39,5
école secondaire supérieure	4	10,5
haute école professionnelle	7	18,4
université	7	18,4
inconnu	7	

5.7 Type de profession exercée

Concernant le type de profession qui a été ou qui est exercée, nous relevons une majorité des personnes dans la catégorie « technicien » (30,0%) dans le questionnaire socio-démographique. De manière décroissante, nous trouvons les enseignants et universitaires (17,5%), les employés de bureau qualifiés (15,0%), les employés non qualifiés (10,0%), puis les employés de service qualifiés (7,5%) et les petits indépendants, artisans ou commerçants (7,5%). Il reste encore une personne exerçant une profession libérale, un cadre supérieur, un ouvrier qualifié et deux ouvriers non qualifiés.

	fréquence	pourcentage valide
ouvrier non qualifié, manœuvre	2	5,0
ouvrier qualifié (maçon, menuisier, chauffeur...)	1	2,5
employé de service non qualifié	4	10,0
employé de service qualifié (vendeur, sommelier...)	3	7,5
employé de bureau non qualifié	6	15,0
petit indépendant, artisan, commerçant	3	7,5
technicien, assistant social, infirmier	12	30,0
enseignant, universitaire	7	17,5
cadre supérieur (directeur, ingénieur, fondé de pouvoir)	1	2,5
profession libérale, industriel, banquier, grand commerçant	1	2,5
inconnu	5	

5.8 Pourcentage des activités

Les taux d'occupation sont divers avec un pourcentage relativement important de personnes bénéficiant d'une rente invalidité qu'elle soit totale ou partielle (31,8%). Douze (27,3%) sont sans emploi alors que 10 (22,7%) travaillent à plein temps et 6 (13,6%) travaillent à temps partiel. Trente trois patients parviennent à effectuer leurs tâches ménagères parallèlement à leurs autres activités. Un nombre limité de participants est soit en formation (4,5%) soit en atelier protégé (4,5%).

occupation*	fréquence	pourcentage valide
travaux ménagers dans son propre ménage	33	75,0
AI ou autre rente	14	31,8
sans emploi ou chômeur	12	27,3
occupation lucrative à plein temps	10	22,7
occupation lucrative à temps partiel	6	13,6
en formation (école, apprentissage, études)	2	4,5
atelier ou emploi protégé	2	4,5

*questions à choix multiples (ce qui implique qu'une personne peut répondre positivement à plusieurs questions ; par exemple elle peut bénéficier d'une rente partielle, avoir une activité à temps partiel et s'occuper de son ménage)

5.9 Diagnostics principaux

Les diagnostics principaux qui ont été retenus étaient dans la grande majorité un trouble bipolaire (88,9%). Une petite minorité était des troubles schizoaffectifs (6,7%). Le diagnostic précis nous était inconnu pour deux participants. En se basant sur la classification DSM 4, nous pouvons distinguer une répartition en faveur du trouble bipolaire type I avec 23 patients (54,8%) contre 15 patients souffrant d'un trouble bipolaire de type II (35,7%).

5.10 Diagnostics secondaires

Concernant les comorbidités, nous observons surtout une dépendance à l'alcool (17,7%) mais la plupart des participants sont abstinents (13,3%) durant la période où ils suivent les groupes. Seul un patient a reconnu une dépendance au cannabis mais il en était aussi abstinent avant de débiter la série de groupes. Il est tout à fait possible que d'autres participants aient consommé épisodiquement du cannabis mais qu'ils ne l'aient pas dit. Une personne consommait de manière nocive un mélange de plusieurs toxiques.

Cinq personnes (11,1%) avaient un diagnostic clair de trouble de personnalité émotionnellement labile type borderline. Nous relevons encore trois patients avec un trouble panique (6,7%) et un patient souffrant d'un état de stress post-traumatique.

5.11 Traitements médicamenteux

Nous avons pu retrouver les données de 41 patients avant qu'ils ne commencent la première phase des groupes POP. Seuls trois d'entre eux ne bénéficiaient pas de stabilisateur de l'humeur que cela soit du lithium ou un antiépileptique. Deux de ces patients souffraient d'un trouble schizoaffectif alors que le troisième avait un diagnostic de trouble bipolaire I.

Onze personnes (26,8%) étaient au bénéfice d'un traitement de lithium et 31 personnes (75,6%) prenaient un traitement antiépileptique dont 22 du valproate de sodium, 7 de la lamotrigine et 1 de la carbamazépine.

Trois patients bénéficiaient de l'association de deux traitements stabilisateurs de l'humeur qui consistaient toujours en lithium et valproate de sodium.

stabilisateurs de l'humeur	fréquence	pourcentage valide
Valproate de sodium	22	53,7
Lamotrigine	7	17,1
Sulfate de lithium	7	17,1
Carbonate de lithium	3	7,3
Carbamazépine	1	2,4

10 patients (24,4%) étaient sous traitement antidépresseur (paroxétine, clomipramine, mirtazapine, venlafaxine ou citalopram).

antidépresseurs	fréquence	pourcentage valide
clomipramine	2	4,49
paroxétine	2	4,49
venlafaxine	1	2,4
mirtazapine	3	7,3
citalopram	1	2,4

24 patients (58,5%) bénéficiaient d'un neuroleptique. Les antipsychotiques les plus utilisés étaient la rispéridone (12 patients) et l'olanzapine (10 patients). Seuls deux patients étaient sous un autre neuroleptique à savoir la quétiapine et la clozapine. Les posologies d'olanzapine sont la plupart du temps faibles, entre 2,5 mg et 5 mg/j.

neuroleptiques	fréquence	pourcentage valide
risperidone	12	29,3
olanzapine	10	24,4
clozapine	1	2,4
quétiapine	1	2,4

12 personnes (30,0%) bénéficiaient d'un traitement anxiolytique dont 6 de clonazépam. Les autres benzodiazépines utilisées étaient le lorazépam et l'alprazolam.

tranquillisants	fréquence	pourcentage valide
clonazépam	6	15,0
alprazolam	3	7,5
lorazépam	2	5,0
clotiapine	1	2,5

Neuf patients (22,0%) prenaient un somnifère. Le plus fréquemment prescrit était le flurazépam (12,2%).

somnifères	fréquence	pourcentage valide
flurazépam	5	12,2
zopiclone	1	2,4
zolpidem	1	2,4
diphénidramine	1	2,4
zaléplon	1	2,4

5.12 Questionnaire de fonctionnement social

Avec le questionnaire de fonctionnement social rempli avant le début des groupes de psychoéducation, nous avons évalué les patients sur la fréquence de leurs différentes activités durant les deux semaines précédant le questionnaire et sur leur taux de satisfaction quant à ces activités. Pour le détail concernant les différents items, veuillez vous référer à l'annexe 9.3. A noter que les réponses concernant la fréquence à laquelle les personnes participent aux activités énumérées se cotent de 1 à 5 (1=jamais ; 2=tous les 15 jours ; 3=au moins une fois par semaine ; 4=au moins deux fois par semaine et 5= tous les jours). Par ailleurs les réponses concernant le taux de satisfaction des prestations fournies oscillent également entre 1 et 5 (1=très insatisfait ; 2= plutôt insatisfait ; 3= moyennement satisfait ; 4= plutôt satisfait ; 5= très satisfait). Nous avons donc, pour chaque item, relevé où se situent la médiane, le score minimum et maximum de ces différents critères.

QFS fréquence (n=39)	médiane	minimum	maximum
activités	5,0	1	5
tâches de la vie quotidienne	5,0	1	5
loisirs	4,0	1	5
relations familiales et de couple	5,0	1	5
relations extra-familiales	4,0	1	5
gestion financière et administrative	3,0	1	5
santé générale	5,0	2	5
vie collective et informations	5,0	1	5
total	33,0	20	39

QFS satisfaction (n=39)	médiane	minimum	maximum
activités	4,0	1	5
tâches de la vie quotidiennes	4,0	1	5
loisirs	4,0	1	5
relations familiales et de couple	4,0	1	5
relations extra-familiales	4,0	1	5
gestion financière et administrative	4,0	1	5
santé générale	4,0	1	5
vie collective et informations	4,0	1	5
total	30,0	11	37

5.13 Questionnaire MADRS au début et à la fin de la phase I

Juste avant le début des groupes, nous avons fait passer le questionnaire MADRS évaluant l'intensité des symptômes dépressifs. Seul un participant n'a pas rempli le questionnaire MADRS. A la fin de la première phase, 31 MADRS ont été récoltés et 14 questionnaires sont manquants.

Voici les médianes et les scores minimum et maximum pour chaque item. Pour plus de détails sur les différentes questions du MADRS, veuillez vous référer à l'original figurant dans l'annexe 9.1.

MADRS	MADRS-IN (n=44)			MADRS-OUT (n=31)		
	médiane	min	max	médiane	min	max
tristesse apparente	1	0	4	0	0	4
tristesse exprimée	1	0	6	0	0	6
tension intérieure	1	0	5	1	0	3
incapacité à ressentir	0	0	4	0	0	4
pensées pessimistes	0	0	4	0	0	3
idées de suicide	0	0	3	0	0	2
réduction de sommeil	0	0	6	0	0	3
réduction de l'appétit	0	0	3	0	0	2
difficultés de concentration	1	0	4	0	0	4
lassitude	1	0	4	0	0	3
total	8	0	32	4	0	25

La comparaison des scores à l'entrée et à la sortie de la phase I ne révèle pas de différence statistiquement significative mais montre une tendance à la diminution de la symptomatologie dépressive (test de Wilcoxon pour groupes appariés, $p=0,067$).

5.14 Questionnaire BECH-RAFAELSEN au début et à la fin de la phase I

Avant les groupes, nous avons encore fait passer le questionnaire BECH-RAFAELSEN évaluant la symptomatologie hypomane et maniaque. Trois patients sur 45 n'ont pas répondu au questionnaire de BECH-RAFAELSEN.

A la fin des groupes, nous avons obtenu 31 questionnaires BECH-RAFAELSEN et 14 sont manquants.

Voici les médianes, les minima et maxima pour chaque item. Pour plus de détails concernant les différentes questions du BECH-RAFAELSEN, veuillez vous référer au questionnaire original dans l'annexe 9.2.

BECH	BECH-IN (n=42)			BECH-OUT (n=31)		
	médiane	min	max	médiane	min	max
activité motrice	0	0	2	0	0	1
activité verbale	0	0	1	0	0	1
fuite des idées	0	0	1	0	0	1
volume de la voix	0	0	1	0	0	1
hostilité, destructivité	0	0	2	0	0	1
humeur (sentiment de bien-être)	0	0	2	0	0	2
estime de soi	0	0	1	0	0	1
contact, familiarité	0	0	1	0	0	1
sommeil	0	0	1	0	0	1
intérêt sexuel	0	0	1	0	0	1
activité (travail)	0	0	1	0	0	1
total	1,0	0	9	0	0	10

La comparaison des scores à l'entrée et à la sortie de la phase I ne révèle pas de différence statistiquement significative (test de Wilcoxon pour groupes appariés, $p=0,693$).

5.15 Questionnaire d'évaluation de la phase I

Les participants ont également rempli le questionnaire d'évaluation concernant la première partie des groupes du programme d'Objectifs Personnels. Nous avons pu obtenir 34 questionnaires en retour sur les 45 patients qui avaient débuté la première partie des groupes. La majorité juge que l'information transmise à propos du trouble bipolaire est très claire

Clarté de l'information transmise	fréquence	pourcentage valide
partiellement clair	6	17,6
très clair	28	82,4

La majorité estime que le matériel utilisé (transparents et tableaux) était facile à utiliser.

Matériel approprié	fréquence	pourcentage valide
moyennement	10	29,4
oui	24	70,6

La majorité déclare que le nombre de séances suffit pour recevoir l'ensemble des informations concernant le trouble bipolaire.

nombre suffisant de séances	fréquence	pourcentage valide
non	11	32,4
oui	23	67,6

La majorité des personnes estime que leur humeur est un peu plus stable depuis le début des groupes.

amélioration de la stabilité de l'humeur	fréquence	pourcentage valide
pas du tout	6	17,6
un peu	20	58,8
beaucoup	8	23,5

La plupart des participants n'a pas présenté de début de rechute pendant la première partie des groupes. Ils n'ont donc pas pu expérimenter s'ils étaient plus capables de prévenir la rechute ce que nous avons exprimé par donnée non pertinente. Pour ceux qui ont vécu un début de rechute, ils n'ont pu utiliser que partiellement les nouvelles ressources pour améliorer la prévention.

amélioration de la prévention de la rechute	fréquence	pourcentage valide
non	6	17,6
partiellement	9	26,5
oui	3	8,8
donnée non pertinente	16	47,1

La situation est la même concernant une meilleure gestion de la rechute puisque la plupart n'a vécu aucune rechute durant la première partie des groupes. Pour ceux qui ont rechuté pendant les groupes, la majorité n'a qu'un peu mieux pu gérer cette décompensation.

amélioration de la gestion de la rechute	fréquence	pourcentage valide
non	3	8,8
un peu mieux	7	20,6
beaucoup mieux	2	5,9
donnée non pertinente	22	64,7

Concernant la prise du traitement médicamenteux, une petite majorité pense ne pas avoir plus de facilité à prendre les médicaments prescrits alors que près de la moitié des participants se trouve plus motivée quant à l'adhésion aux médicaments. Quelques patients n'estiment pas cette question pertinente, n'ayant jamais eu de difficulté à prendre leur médication.

Encouragement à une meilleure prise de traitement	fréquence	pourcentage valide
non	11	32,4
un peu plus facile de prendre le traitement	6	17,6
beaucoup plus facile	10	29,4
donnée non pertinente	7	20,6

5.16 Drop-out

Durant la première partie du Programme d'Objectifs Personnels, 9 participants ont interrompu les séances. La répartition est de 6 femmes et de 3 hommes.

Concernant l'âge, la médiane est de 43 ans pour ceux qui arrêtent en cours de phase I, ce qui est pratiquement la même valeur que pour ceux qui terminent la phase I dont la médiane est à 44 ans.

Il n'y a pas de différence significative entre les deux groupes concernant les comorbidités, notamment pour le diagnostic de dépendance à l'alcool et celui de trouble de personnalité émotionnellement labile de type borderline.

Nous n'avons également pas retrouvé de différence statistiquement significative pour les données sociodémographiques, par exemple concernant le niveau d'éducation, la langue maternelle ou le fait d'avoir un emploi lors de la participation au programme.

Le score total du questionnaire MADRS passé en début de phase I ne présente pas une différence statistiquement significative entre le groupe ayant terminé la phase I et le groupe ayant interrompu en cours de phase I. Par contre, nous relevons une différence concernant l'item de la tristesse apparente dont la médiane est à 1,0 pour le groupe qui termine et à 0 pour les drop out (test de Mann-Whitney pour groupes indépendants, $p=0,017$).

Le score total du questionnaire de BECH passé en début de phase I ne présente également pas de différence statistiquement significative entre les deux groupes mais encore une fois nous notons une différence statistiquement significative pour un seul item à savoir celui de l'irritabilité, plus élevée chez les sujets ayant interrompu la phase I (test de Mann-Whitney, $p=0,026$).

Quant aux résultats du questionnaire de fonctionnement social, nous ne retrouvons aucune différence statistiquement significative ni pour le total, ni pour les différents items.

5.17 Discussion des résultats de la phase I

Nous avons vu précédemment que 9 personnes, soit 20 % de la totalité du collectif, ont interrompu les groupes en cours de participation. Nous nous sommes interrogés sur les raisons motivant ces arrêts prématurés.

Il est à souligner d'emblée que les participants ne présentaient pas de grandes perturbations de l'humeur au début des groupes, ce qui est d'ailleurs un critère de choix pour la participation et le bon déroulement du programme. Il est évident que les symptômes hypomanes sont les moins tolérables au sein d'un groupe. Par contre, certains participants ont été admis malgré un épisode de dépression moyenne et nous nous sommes interrogés sur les répercussions que ces symptômes dépressifs pouvaient avoir sur l'adhésion au programme. Force est de constater que les drops out ne sont pas liés à l'état thymique des patients au début des groupes. En effet des scores plus élevés au MADRS ne sont pas corrélés à une moins bonne compliance et plus particulièrement les difficultés de concentration secondaires à une dépression moyenne n'empêchent pas les participants de profiter des groupes.

Par ailleurs, nous nous sommes aperçus que les comorbidités de type trouble de personnalité ou dépendance à l'alcool ou au cannabis, ne sont pas prévalentes dans le groupe de patients ayant interrompu prématurément le programme.

Les participants sont très mélangés quant à leurs origines mais le fait qu'ils ne soient pas de langue maternelle française n'a pas influencé le taux de participation.

En résumé, nous n'avons pas pu mettre en évidence de critères prédictifs concernant le risque de drop out.

Un point nécessite d'être relevé. Depuis le début de l'étude, les soignants du programme bipolaire se sont montrés plus sélectifs dans l'acceptation des nouveaux participants en raison du nombre de demandes. Il se trouve que les personnes admises en fin d'étude étaient

probablement plus motivées et intéressées par le programme que celles incluses en début d'étude. Nous avons ainsi constaté une diminution des drops out avec le déroulement de l'étude.

Il est intéressant d'observer qu'il y a deux fois plus de femmes que d'hommes qui ont participé aux groupes ce qui ne correspond pas à la répartition du trouble bipolaire quant au sexe. En effet, la prévalence est équivalente entre les deux sexes concernant le trouble bipolaire de type I et le trouble schizoaffectif. Par contre, il y a deux femmes pour un homme souffrant d'un trouble bipolaire de type II. Aucune explication ne peut être donnée concernant cette répartition dans le programme, qui est le plus probablement due au hasard.

Les participants sont originaires de pays très différents mais ils avaient tous une bonne maîtrise de la langue française, condition indispensable à la participation aux groupes. Ce panachage culturel est le reflet de la diversité de la population de Genève, cité internationale.

Quant aux conditions de logement, nous relevons que la majorité des participants vivent de manière indépendante en appartement. Cela souligne le fait qu'ils ont encore un assez bon fonctionnement social et que leur trouble bipolaire n'est pas trop invalidant.

Dans la majorité des cas, le niveau de scolarisation est bon et la plupart des personnes ont une formation professionnelle.

Concernant le taux d'activité, nous constatons que moins de la moitié des participants travaille à temps plein ou partiel. Nombreux sont ceux qui bénéficient du chômage ou d'une rente invalidité. Ces chiffres mettent bien en évidence les répercussions des troubles de l'humeur sur le fonctionnement professionnel à long terme.

Quant aux diagnostics des participants, nous retrouvons une grande majorité de personnes souffrant de trouble bipolaire et une minorité de participants atteints d'un trouble schizoaffectif. Ces résultats étaient attendus étant donné que le programme est spécifiquement prévu pour la psychoéducation du trouble bipolaire. Par ailleurs, nous avons inclus plus de personnes présentant un trouble bipolaire de type I que de type II, contrairement à la répartition trouvée dans la population générale (environ 1,5% de la population atteinte d'un trouble bipolaire de type II contre 1% de la population atteinte d'un trouble bipolaire de type I). Nous estimons que ce résultat s'explique par le fait que les personnes souffrant d'un trouble bipolaire de type I se trouvent plus gênées dans leur vie quotidienne par la maladie et qu'elles sont plus souvent hospitalisées que les personnes présentant un trouble bipolaire de type II. Il faut par ailleurs souligner qu'une grande partie des participants aux groupes sont adressés depuis l'hôpital psychiatrique ce qui permet d'expliquer ce biais. Comme dernière hypothèse concernant ce chiffre, nous pensons qu'il est probable que le trouble bipolaire de type II soit sous-diagnostiqué ce qui influence à la baisse le nombre de personnes avec un trouble bipolaire de type II.

Par rapport aux différentes comorbidités (dépendance à l'alcool ou aux toxiques, troubles de personnalité ou autres troubles associés), nous avons été étonnés d'en retrouver globalement assez peu chez les participants. Il est possible que les personnes atteintes d'une autre pathologie se soient montrées moins intéressées par l'apprentissage de la gestion du trouble bipolaire. Par ailleurs, il est évident que des troubles associés trop invalidants et perturbant les relations interpersonnelles ne permettent pas d'envisager l'intégration dans un groupe.

Concernant la dépendance à l'alcool, nous avons retrouvé un taux plus bas chez les participants (17,7%) que dans la population souffrant d'un trouble bipolaire (30%)(Weissman and Johnson, 1991). Il est évident que l'abstinence est une condition requise pour pouvoir participer au programme ce qui explique ces résultats. Pour mémoire, il est intéressant de rappeler les pourcentages de comorbidités retrouvés par McElroy et al (2001) parmi une cohorte de 288 patients : 42% d'abus de substances, 42% de troubles anxieux et 5% de troubles alimentaires.

Il est probable que le pourcentage des personnes dépendantes du cannabis et participant aux groupes est largement sous-estimé, ces derniers ne souhaitant pas parler de leur consommation. En effet, en clinique, nous sommes habituellement confrontés beaucoup plus régulièrement à cette comorbidité.

Le fait que l'on retrouve moins de personnes souffrant d'un trouble de personnalité émotionnellement labile de type borderline parmi les participants par rapport à la clinique habituelle s'explique de plusieurs manières. Premièrement, l'importance des troubles de comportement peut empêcher l'intégration dans un groupe destiné à l'apprentissage de la gestion du trouble bipolaire. Deuxièmement la personne souffrant d'un trouble de personnalité borderline peut se montrer plus intéressée à aborder prioritairement les difficultés liées à ce trouble.

Concernant le trouble panique, les chiffres sont à nouveau assez bas par rapport à la pratique clinique. Nous pouvons faire les mêmes hypothèses que pour les troubles de personnalité.

Si nous nous arrêtons sur les traitements dont bénéficient les participants, nous constatons que la majorité prennent un stabilisateur de l'humeur à base de valproate de sodium. Les autres prennent surtout du lithium ou de la lamotrigine.

Environ deux tiers des personnes prennent des neuroleptiques et il s'agit dans tous les cas de neuroleptiques atypiques.

Un faible pourcentage de personnes est au bénéfice d'un antidépresseur. Nous ne retrouvons pas seulement des SSRI mais tous les différents types d'antidépresseurs. Nous n'avons pas observé de virages maniaques durant les groupes pour les personnes qui prenaient un antidépresseur.

Le nombre de personnes prenant un anxiolytique ou un somnifère nous paraît peu élevé par rapport à la pratique clinique courante.

Les scores des questionnaires MADRS révèlent une dépression légère chez quelques patients mais cela reste très modeste. Les scores des questionnaires de BECH sont encore plus bas. En effet un état hypomane est beaucoup moins tolérable dans un groupe qu'un léger état dépressif en raison par exemple de la logorrhée, de l'irritabilité, de la fuite des idées, etc. Par ailleurs une personne hypomane se montre plus distractible et est souvent anosognosique ce qui diminue l'adhésion au suivi. Il est toutefois à noter que Bauer et McBride proposent une approche groupale similaire à celle que nous présentons mais cette fois en milieu hospitalier, ce que nous n'avons pas encore essayé.

La médiane du total du MADRS baisse de 8 au début de la phase I à 4 en fin de phase I, ce qui est à la limite de la signification statistique ($p=0,067$). Cela nous encourage toutefois à penser que la première partie du programme pourrait déjà permettre une amélioration des symptômes dépressifs.

Concernant les évaluations de la première phase des groupes, la majorité des participants juge que l'information transmise est claire et adaptée et que le matériel utilisé constitue un bon support didactique.

Au début de la mise en place du programme, la première phase était constituée de cinq séances ce qui nous est apparu comme insuffisant, l'information étant trop condensée. Les participants partageaient cette opinion, ce qui nous a amenés à ajouter une séance en milieu d'étude. Il est intéressant de voir que Bauer et McBride ont réparti le contenu du programme sur six séances dans la deuxième édition de leur livre (Bauer and McBride, 2003).

Quant à l'impact que peut avoir cette première partie du programme sur la stabilité de l'humeur, il est déjà très encourageant de relever que 59% des participants constatent subjectivement une amélioration partielle. En effet le laps de temps n'est que de six semaines et les personnes parviennent déjà à profiter de certains concepts.

Il est clair que le plus souvent les personnes n'ont pas vécu de rechute durant ces six semaines. Cela explique que la question de notre questionnaire portant sur la prévention et la

gestion des rechutes n'est pas pertinente pour la majorité des participants. Toutefois 26,5% des personnes disent avoir pu améliorer la prévention de la rechute et 20,6% ont pu améliorer la gestion de la rechute. Cela signifie donc que les moyens proposés sont concrets et qu'ils peuvent être rapidement appliqués. Il est malgré tout évident qu'avec plus de temps, les participants peuvent mieux intégrer toutes les stratégies de gestion de la maladie.

La moitié des personnes pense avoir plus de facilité à être compliant au traitement médicamenteux après la première phase. Nous avons obtenu quelques données non pertinentes de la part des participants qui n'ont jamais eu de difficulté à prendre régulièrement leurs médicaments. Il est important de rappeler qu'une mauvaise compliance au traitement médicamenteux est très fréquente et qu'elle engendre un nombre important de rechutes. Jonhson et Mc Farland (1996)) ont trouvé que sur 1000 patients, la durée moyenne de prise régulière de lithium était de 76 jours seulement alors que leur médecin leur conseillait de poursuivre la médication (Johnson and McFarland, 1996). Jamison (1979), quant à elle, a montré que 50 % des patients sous traitement de lithium arrêtaient leur médication lors de la première année.

6 Résultats de la phase II

6.1 Analyse des résultats de la phase II

Sur les 36 participants qui ont terminé la phase I, 17 ont poursuivi la phase II. Il y a eu 2 drop out au cours de cette partie.

6.2 Durée de participation

La durée médiane de participation est de 366 jours avec un minimum de 68 jours et un maximum de 483 jours.

6.3 Questionnaires MADRS à la fin de la phase II

Après une année de participation à la phase II, nous avons fait passer le questionnaire MADRS évaluant l'intensité des symptômes dépressifs. Deux participants n'ont pas rempli ce questionnaire.

Voici les scores médians, minimum et maximum pour chaque item. Nous mettons en parallèle les résultats obtenus au questionnaire MADRS passé en début de phase I et en fin de phase II, pour 11 patients qui ont passé un MADRS au début de la phase I, à la fin de la phase I et à la fin de la phase II. Pour plus de détails sur les différentes questions du MADRS, veuillez vous référer à l'original figurant dans l'annexe 9.1.

MADRS	MADRS-début phase I (patients ayant continué la phase II, n=11)			MADRS-fin phase II (n=11)		
	médiane	min	max	médiane	min	max
tristesse apparente	1	0	4	0	0	2
tristesse exprimée	1	0	6	0	0	1
tension intérieure	1	0	4	0	0	2
incapacité à ressentir	0	0	4	0	0	0
pensées pessimistes	1	0	2	0	0	2
idées de suicide	0	0	2	0	0	1
réduction de sommeil	0	0	6	0	0	2
réduction de l'appétit	0	0	3	0	0	0
difficulté de concentration	1	0	4	1	0	2
lassitude	1	0	4	0	0	2
total	10	1	32	3	0	8

Nous constatons une amélioration de la thymie, soit une diminution du score MADRS total, entre le début de la phase I et la fin de la phase II. Cette amélioration est significative (test de Wilcoxon pour groupes appariés, $p=0,016$). Concernant les différents items, on note une diminution significative pour la tristesse apparente ($p=0,004$) et pour la tristesse exprimée ($p=0,008$). Pour les autres items on ne trouve pas d'amélioration statistiquement significative.

Nous n'observons pas de différence statistiquement significative entre les MADRS remplis à la fin de la phase I et à la fin de la phase II.

Total MADRS	médiane	min	max	significatif
phase I entrée	10	1	32	-
phase I sortie	4	0	19	non significatif
phase II sortie	3	0	8	p=0,016

Voici un graphique illustrant l'amélioration des items des MADRS passés en début de phase I et en fin de phase II pour 10 patients.

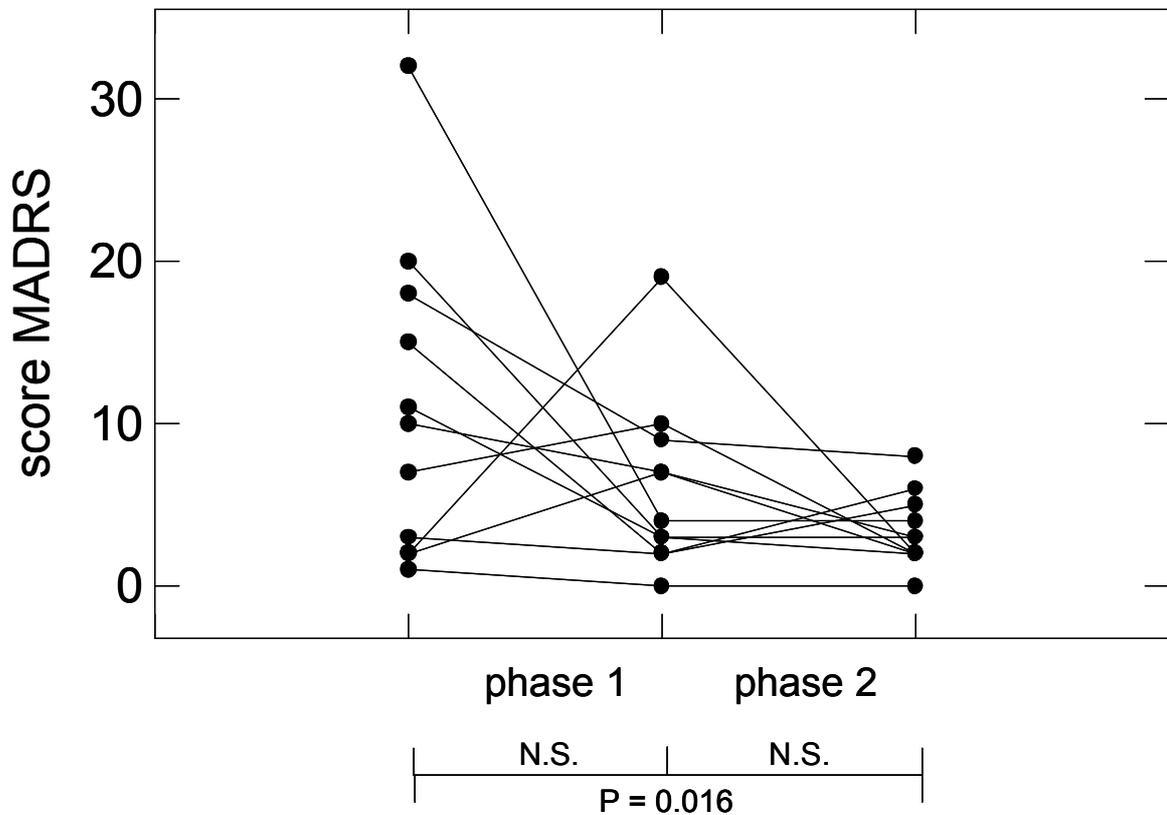


Figure 1: Scores du MADRS au cours du temps (10 patients)

6.4 Questionnaire de BECH-RAFAELSEN à la fin de la phase II

Après un an de participation à la phase II, nous avons fait encore passer le questionnaire BECH-RAFAELSEN évaluant la symptomatologie hypomane. Quatorze patients sur 17 ont répondu au questionnaire BECH-RAFAELSEN.

Voici les scores médians, minimum et maximum pour chaque item. Nous comparons les résultats des questionnaires BECH-RAFAELSEN obtenus avant le début de la phase I et à la fin de la phase II. Pour plus de détails concernant les différentes questions du BECH, veuillez vous référer au questionnaire original dans l'annexe 9.2.

BECH	BECH-début phase I (patients ayant continué la phase II, n=10)			BECH-fin phase II (n=10)		
	médiane	min	max	médiane	min	max
activité motrice	0	0	2	0	0	1
activité verbale	0	0	1	0	0	0
fuite des idées	0	0	1	0	0	1
volume de la voix	0	0	1	0	0	1
hostilité, destructivité	0	0	1	0	0	1
humeur (sentiment de bien-être)	0	0	2	0	0	0
estime de soi	0	0	0	0	0	1
contact, familiarité	0	0	0	0	0	1
sommeil	0	0	1	0	0	1
intérêt sexuel	0	0	1	0	0	0
activité (travail)	0	0	1	0	0	1
total	1	0	9	0	0	4

Concernant les questionnaires de BECH-RAFAELSEN passés au début de la phase I, à la fin de la phase I et à la fin de la phase II, il n'y a pas de changement statistiquement significatif, ni pour le total, ni par item.

6.5 Questionnaire de fonctionnement social

A la fin de la phase II, nous avons refait passer le questionnaire de fonctionnement social auquel les participants avaient déjà répondu avant d'entrer dans le programme.

Ce questionnaire évalue la fréquence des activités durant les deux semaines précédentes ainsi que le taux de satisfaction quant à ces activités. Nous avons donc comparé les résultats entre les questionnaires passés avant le début du programme et ceux passés à la fin de la phase II. Pour le détail concernant les différents items, veuillez vous référer à l'annexe 9.3.

Nous avons donc, pour chaque item, relevé où se situent la médiane, le score minimum et maximum de ces différents critères.

QFS fréquence	QFS-début phase I (patients ayant continué la phase II, n=10)			QFS-fin phase II (n=10)		
	médiane	min	max	médiane	min	max
activités	5	1	5	5	3	5
tâches de la vie quotidienne	5	3	5	5	3	5
loisirs	4	2	5	5	3	5
relations familiales et de couple	5	2	5	4,5	3	5
relations extra-familiales	3	1	5	4	1	5
gestion financière et administrative	2,5	1	5	3	2	5
santé générale	5	3	5	5	5	5
vie collective et informations	4	2	5	5	2	5
total	32,5	20	35	34,5	29	38

QFS satisfaction	QFS-début phase I (patients ayant continué la phase II, n=10)			QFS-fin phase II (n=10)		
	médiane	min	max	médiane	min	max
activités	3,5	1	5	5	3	5
tâches de la vie quotidienne	4	1	5	4	2	5
loisirs	3,5	2	5	4	3	5
relations familiales et de couple	4	1	5	4	2	5
relations extra-familiales	3	1	5	4	1	5
gestion financière et administrative	3,5	1	5	4	2	5
santé générale	4	1	5	4	3	5
vie collective et informations	3	2	5	4	2	5
total	28	11	37	30	28	40

Il n'y a pas de différence statistiquement significative concernant le total du QFS ou les items pour la fréquence entre le début de la participation et la fin du programme. Par contre, on relève une tendance à l'augmentation du QFS total pour la satisfaction (test de Wilcoxon pour groupes appariés, $p=0,098$) et pour l'item des activités professionnelles ou occupationnelles ($p=0,074$) entre le début et la fin de la participation au programme. Il est important de souligner que trois participants avaient des totaux particulièrement bas tant au QFS fréquence qu'au QFS satisfaction et qu'ils ont tous nettement amélioré leurs scores aux deux échelles. Comparativement, les personnes qui avaient des résultats supérieurs se sont moins améliorées.

6.6 Questionnaire d'évaluation de la phase II

Les participants ont rempli le questionnaire d'évaluation concernant la deuxième partie du programme d'Objectifs Personnels. Nous avons pu obtenir 15 questionnaires en retour sur les 15 participants ayant terminé la phase II. Toutefois certains participants n'ont pas répondu à toutes les questions.

La majorité des personnes estime avoir acquis une meilleure stabilité de l'humeur depuis le début des groupes.

amélioration de la stabilité de l'humeur	fréquence	pourcentage valide
pas du tout	1	6,7
un peu	4	26,7
beaucoup	10	66,7

La plupart des participants retire un bénéfice quant à la prévention des rechutes. Toutefois durant l'année lors de laquelle ils ont suivi la deuxième partie, ils n'ont pas tous eu à faire face à une rechute, raison pour laquelle, la réponse n'est pas toujours pertinente.

amélioration de la prévention de la rechute	fréquence	pourcentage valide
non	2	14,3
partiellement	7	50,0
oui	5	35,7
manquant	1	

La gestion de la rechute a souvent été un peu plus facile, voire beaucoup plus facile, suite à la participation à la deuxième phase.

amélioration de la gestion de la rechute	fréquence	pourcentage valide
non	1	10,0
un peu mieux	5	50,0
beaucoup mieux	4	40,0
manquant	5	

Concernant la prise du traitement médicamenteux, la majorité estime qu'il n'est pas plus aisé de s'y astreindre même après un an de suivi des groupes. Il est à noter que certains n'ont pas trouvé la question pertinente car ils n'ont jamais éprouvé de difficulté quant à l'adhérence au traitement et ce groupe se confond avec celui qui répond par la négative.

Encouragement à une meilleure prise de traitement	fréquence	pourcentage valide
non	8	61,5
un peu plus facile de prendre le traitement	2	15,4
beaucoup plus facile	3	23,1
manquant	2	

Une très large majorité a grandement apprécié les interactions possibles dans le groupe et a été ainsi motivée à poursuivre le programme.

motivation par les interactions	fréquence	pourcentage valide
non	1	6,7
partiellement	3	20,0
oui	11	73,3

atteinte des objectifs	fréquence	pourcentage valide
partiellement	8	53,3
oui	7	46,7

Sur les 15 sujets ayant terminé la phase II, 14 participants ont décrit précisément les objectifs qu'ils ont réussi à atteindre durant la phase II et un participant n'a pas pu répondre à cette question en raison de son départ prématuré du groupe. Parmi les 2 patients considérés comme drop out, une personne a refusé de rendre le questionnaire et une autre ne se rappelait plus des objectifs poursuivis.

1	mieux détecter les variations de l'humeur	mieux faire face aux difficultés professionnelles	démystifier les fantasmes sexuels	s'accepter soi-même
2	prévenir la dépression ou mieux la gérer. Par ex : occuper les week-end, marcher 2h., se lever le matin.			
3	partir en vacances	demander une augmentation du temps de travail	être mieux avec son ex-ami et avec soi-même	avoir de bons rapports avec son fils
4	faire des démarches de recherche d'appartement			
5	aller voir ses enfants au Portugal	reprendre des activités ménagères		
6	reprendre le travail	participer à un cours d'informatique		
7	participer régulièrement au groupe POP	essayer de continuer ses activités et en trouver de nouvelles	contourner les situations de stress	
8	reprendre le sport et perdre du poids	retrouver du travail (remplacement pour 6 mois)	diminuer la consommation d'alcool	
9	préparer des vacances	gérer l'emploi du temps hebdomadaire		
10	diminuer la fréquence et la durée des épisodes dépressifs	voir des amis durant les épisodes dépressifs	éviter de se mettre au lit durant les périodes de dépression	réussir à maintenir des activités en période de dépression.

11	commencer des cours de yoga	suivre des cours de sculpture		
12	rétablir le rythme de sommeil	préparer un séjour de convalescence pour des soins physiques	reprendre la gestion financière et administrative de ses affaires	
13	travailler dans un journal			
14	faire du sport	se lever tous les matins pour aller travailler		

6.7 Drop out

Nous avons jugé que seules deux personnes avaient arrêté prématurément les groupes. Notre critère a été le fait qu'elles n'aient pas atteint d'objectifs durant la phase II. L'une a fréquenté les groupes durant 98 jours et l'autre durant 128 jours. Parmi les deux personnes qui ont interrompu les groupes durant la deuxième phase, il y a un homme et une femme.

Les raisons de l'arrêt prématuré des groupes ont été dans un cas l'hospitalisation prolongée et le désintérêt du patient qui souffrait d'un état dépressif et d'une dépendance à l'alcool, et dans l'autre cas, la non intégration de la patiente qui présentait également un trouble de personnalité émotionnellement labile type borderline.

Par contre deux participants ont suivi les groupes pendant moins de six mois, durée minimale fixée en début d'étude, mais nous avons constaté qu'ils avaient pu atteindre plusieurs objectifs avant leur départ du groupe, raison pour laquelle nous ne les avons pas considérés comme des drop out. L'un a fréquenté les groupes durant 68 jours seulement mais il a pu rétablir son rythme de sommeil, gérer à nouveau correctement ses finances et ses affaires administratives et organiser un séjour de convalescence pour un trouble somatique. L'autre est allé au groupe durant 113 jours et a pu être engagé dans un journal. Sa nouvelle activité professionnelle l'a empêché de poursuivre le programme mais son objectif principal était atteint.

6.8 Comparaison entre les personnes ayant commencé la phase II et celles ayant arrêté à la fin de la phase I

L'âge médian des personnes ayant débuté la phase II est de 46 ans alors que l'âge médian des personnes qui ont arrêté à la fin de la phase I est de 43 ans, (test de Mann-Whitney pour groupes indépendants, $p = 0,010$), ce qui est statistiquement significatif. Toutefois la différence est modeste et sans relevance au niveau de la clinique.

La médiane du total du MADRS passé au début de la phase I est de 11 pour les participants qui ont participé à la phase II alors qu'il est de 6 pour ceux qui n'ont fait que la première phase ($p = 0,047$). Cela signifie qu'il y a une différence significative entre les deux cohortes et que les personnes qui continuent la deuxième partie du programme ont un score MADRS plus élevé au départ. Par contre, il n'y a pas de différence statistiquement significative entre les deux cohortes, concernant les résultats obtenus au MADRS à la fin de la phase I.

Nous n'avons pas relevé de différence statistiquement significative entre ces deux cohortes concernant les résultats des questionnaires de BECH-RAFAELSEN ou du QFS passés avant la phase I.

Par rapport aux diagnostics, même s'il n'y a pas de différence statistiquement significative entre les deux cohortes, nous observons malgré tout, une tendance plus élevée de dépendance à l'alcool dans la cohorte qui ne continue pas la phase II. Par contre les autres diagnostics ne sont pas associés à une différence quant à la participation à la deuxième partie.

Par intérêt nous indiquons les pourcentages des diagnostics retenus parmi les personnes ayant suivi uniquement la première phase et parmi les personnes ayant participé à la deuxième partie.

diagnostics	Patients ayant arrêté à la fin de la phase I		Patients ayant continué la phase II	
	nombre	pourcent	nombre	pourcent
Trouble schizoaffectif	2/28	7,1	1/17	5,9
Trouble bipolaire	24/28	85,7	16/17	94,1
Dépendance à l'alcool	6/28	21,4	2/17	11,8
Trouble de personnalité borderline	3/28	10,7	2/17	11,8

Même si l'on retrouve un pourcentage plus important de personnes ayant eu une formation supérieure dans la cohorte qui continue les groupes de la phase II, la différence n'est statistiquement pas significative.

	Patients ayant arrêté à la fin de la phase I		Patients ayant continué la phase II	
	nombre	pourcent	nombre	pourcent
Formation supérieure	11/24	45,8	7/14	50,0

Parmi la cohorte qui a commencé la deuxième partie du programme, le pourcentage de personnes ayant une activité professionnelle que ce soit à plein temps ou à temps partiel est moindre, alors que le pourcentage des personnes professionnellement actives est plus important dans la cohorte qui n'a participé qu'à la première partie. Toutefois la différence n'est pas statistiquement significative.

	Patients ayant arrêté à la fin de la phase I		Patients ayant continué la phase II	
	nombre	pourcent	nombre	pourcent
Travail	12/28	42,9	4/17	23,5

Nous retrouvons un pourcentage de participants de langue maternelle française plus grand dans la cohorte de personnes qui a continué la deuxième phase que dans celle qui a arrêté en fin de phase I même si cela n'est pas statistiquement significatif.

	Patients ayant arrêté à la fin de la phase I		Patients ayant continué la phase II	
	nombre	pourcent	nombre	pourcent
Langue maternelle française	13/26	50,0	12/17	70,6

Le pourcentage de personnes vivant seules est quasiment identique dans les deux cohortes.

	Patients ayant arrêté à la fin de la phase I		Patients ayant continué la phase II	
	nombre	pourcent	nombre	pourcent
Vit seul	12/26	46,2	9/17	52,9

Nous dressons aussi un tableau avec les pourcentages des différents types de traitements pharmacologiques pour les deux cohortes.

médicaments	Patients ayant arrêté à la fin de la phase I		Patients ayant continué la phase II	
	nombre	pourcent	nombre	pourcent
lithium	5/25	20,0%	6/16	37,5%
antiépileptiques	20/25	80,0%	11/16	68,8%
antidépresseurs	7/25	28,0%	3/16	18,8%
neuroleptiques	15/25	60,0%	9/16	56,3%
anxiolytiques	9/24	37,5%	5/16	31,3%
somnifères	7/25	28,0%	2/16	12,5%

Nous avons également comparé les réponses au questionnaire d'évaluation de la phase I apportées par les deux cohortes. En effet nous avons fait l'hypothèse que les personnes qui continuaient la deuxième partie avaient mieux apprécié la première partie et que ceux qui ne poursuivaient pas avaient un avis plus mitigé.

Cette hypothèse ne s'est pas vérifiée car il n'y a pas de différence nette d'appréciation entre les deux groupes. Voici les chiffres pour illustrer cette comparaison.

		Patients ayant arrêté à la fin de la phase I (n=17)		Patients ayant continué la phase II (n=17)	
		nombre	Pourcent	nombre	pourcent
Clarté de l'information	Partiellement clair	4	23,5	2	11,8
	Très clair	13	76,5	15	88,2
Matériel approprié	moyennement	5	29,4	5	29,4
	oui	12	70,6	12	70,6
Nombre suffisant de séances	non	5	29,4	6	35,3
	oui	12	70,6	11	64,7
Amélioration de la stabilité de l'humeur	Pas du tout	3	17,6	3	17,6
	Un peu	9	52,9	11	64,7
	beaucoup	5	29,4	3	17,6
Amélioration de la prévention de la rechute	Non	4	23,5	2	11,8
	Partiellement	4	23,5	5	29,4
	oui	1	5,9	2	11,8
Amélioration de la gestion de la rechute	Non	2	11,8	1	5,9
	Partiellement	3	17,6	4	23,5
	oui	0	0,0	2	11,8
Encouragement à une meilleure prise de traitement	Non	7	41,2	4	23,5
	Un peu plus facile	4	23,5	2	11,8
	Beaucoup plus facile	3	17,6	7	41,2

6.9 Discussion des résultats de la phase II

Il est intéressant de souligner la diminution du score total des MADRS entre le début de la phase I et la fin de la phase II. Les items qui s'améliorent de manière significative sont ceux concernant la tristesse observée et la tristesse exprimée. Les autres items ne s'améliorent pas de manière significative.

Par contre, il n'y a pas de modification significative du score total de l'échelle de BECH-RAFAELSEN ou quant aux différents items du questionnaire de BECH-RAFAELSEN. Il est clair que les scores étaient initialement très bas ce qui était un des critères d'inclusion au programme.

Au questionnaire de fonctionnement social, nous attendions une amélioration de la fréquence et de la satisfaction quant aux activités de la vie quotidienne puisqu'un des buts du Programme d'Objectifs Personnels est d'améliorer le fonctionnement, l'intégration sociale et l'autonomie. Nous avons constaté une amélioration du score total du QFS dans la rubrique de la satisfaction et dans l'item des activités professionnelles ou occupationnelles (toujours dans la partie liée à la satisfaction) mais la différence est à la limite de la signification statistique. Toutefois, après un an de participation aux groupes, il n'y a pas encore d'amélioration significative pour les différents items de la rubrique « fréquence » du QFS. Il est possible qu'un laps de temps plus long soit nécessaire pour observer une amélioration notable du fonctionnement social, ce qui correspond à nos impressions cliniques. Par ailleurs, le fait que

l'étude a été menée à la consultation bipolaire qui draine des patients plus difficiles, souvent adressés par l'hôpital ou par des praticiens privés qui ne peuvent gérer des situations complexes, entraîne un certain biais. Il pourrait être intéressant de comparer cette étude avec celle d'un autre centre qui accueille des personnes avec moins de symptômes résiduels et qui sont moins invalidées par leur maladie. L'amélioration du fonctionnement social pourrait être plus marquée.

Les 15 participants qui ont répondu au questionnaire d'évaluation de la phase II sont globalement satisfaits de cette deuxième partie. Une large majorité estime avoir pu maintenir une humeur plus stable grâce aux groupes. La moitié des participants a pu améliorer au moins partiellement les stratégies de prévention de rechute. Une moitié estime avoir un peu mieux géré la rechute alors qu'un peu moins de la moitié pense l'avoir beaucoup mieux gérée. Ces résultats sont donc très encourageants et il serait intéressant, dans une autre recherche, de voir si le nombre et la durée des hospitalisations diminuent suite à la participation aux groupes. Dans l'étude menée par Colom et coll (2003) sur une approche groupale basée entre autre sur le Programme d'Objectifs Personnels, il est mentionné que le nombre de patients hospitalisés est le même dans le groupe expérimental et dans le groupe contrôle mais le nombre d'hospitalisations et la durée diminuent parmi les participants du groupe expérimental.

Nous avons été surpris de constater que la majorité des participants ne prend pas plus facilement le traitement suite aux groupes. Toutefois il est important de souligner que la question n'est parfois pas pertinente pour les personnes qui n'ont jamais eu de difficulté avec la prise des médicaments. Cette catégorie de personnes répond donc que la participation aux groupes ne leur a pas facilité la tâche puisqu'ils n'ont jamais vraiment rencontré de difficultés dans ce domaine. Il y a donc un biais à cette question. Seuls 23% estiment que la prise du traitement est grandement facilitée suite à la participation aux groupes. Colom et coll (2003), dans l'étude citée ci-dessus, a trouvé que, lors d'un suivi à deux ans, le taux plasmatique de lithium était supérieur parmi les participants du groupe expérimental alors que les personnes appartenant au groupe contrôle avaient des taux plus bas. Scott et Tacchi (2002) ont mené une étude sur dix patients peu compliants au lithium qui participent à des groupes d'orientation cognitive axés sur l'observance au traitement de lithium. Ils ont également observé une augmentation du taux plasmatique de lithium lors du « follow up ». Ces résultats nous confortent dans le fait que la question de notre formulaire d'évaluation autorise deux réponses contradictoires qui induit un biais dans nos résultats. L'opportunité de bénéficier des interactions au sein du groupe a convaincu la grande majorité des participants, qui a été ainsi motivée à 73% à poursuivre le programme. Tous les participants ont pu atteindre les objectifs qu'ils s'étaient fixés, soit de manière partielle (53%), soit entièrement (47%). Les personnes ont répondu au questionnaire de manière ouverte et ont inscrit les différents objectifs atteints. Les objectifs qui ressortent le plus souvent sont ceux concernant la reprise d'une activité sportive ou artistique ou l'inscription à un cours d'informatique par exemple. Les participants ont aussi mis fréquemment l'accent sur un meilleur équilibre du rythme de vie au quotidien, sur l'amélioration de leurs relations familiales ou sociales ainsi que sur une gestion du trouble bipolaire plus adéquate. Un participant a dû interrompre les groupes avant une année car il a pu trouver du travail avec des horaires qui ne lui permettaient plus de venir au groupe. Tous ces objectifs visaient une meilleure autonomie, qui s'accompagne d'une image de soi plus positive.

Dans un deuxième temps, nous nous sommes penchés sur les drop out. Nous avons estimé que seules deux personnes avaient interrompu prématurément les groupes même si deux autres n'avaient pas suivi le programme pendant au moins six mois. En effet, seules les deux premières n'ont pu atteindre des objectifs. Ces arrêts prématurés ont été attribués dans un cas à un trouble de personnalité émotionnellement labile de type borderline qui a eu comme conséquence une intégration difficile au sein du groupe. L'autre drop out est secondaire à une

hospitalisation due à un épisode dépressif sévère de longue durée chez un patient souffrant également d'une dépendance à l'alcool. Nous voyons ainsi combien les rechutes ou les comorbidités peuvent mettre en péril l'assiduité à la participation. Toutefois, le nombre de drop out est relativement faible dans notre cohorte.

Comme troisième point, nous nous sommes intéressés au profil des personnes qui ont décidé de continuer la phase II comparé à celles qui se sont arrêtées à la fin de la phase I.

Nous avons aussi observé que les personnes qui continuent la phase II ont un total au MADRS passé au début de la phase I plus élevé que les personnes qui ne continuent pas. Cela pourrait s'expliquer par le fait qu'en étant plus déprimées, les personnes sont plus conscientes des répercussions négatives de leur maladie et qu'elles ressentent plus fortement le besoin de profiter de l'aide proposée.

Par contre il n'y a pas de différence significative entre les deux cohortes concernant le total du questionnaire de BECH passé au début de la phase I mais cette fois encore il faut souligner que la participation aux groupes ne peut se faire que si les symptômes hypomanes ne sont que très légers.

Nous avons pensé que les personnes qui avaient un score moins bon au questionnaire de fonctionnement social seraient plus motivées à participer à la phase II mais nous n'avons trouvé aucune corrélation entre les scores du QFS et la participation à la deuxième partie.

La présence de comorbidités n'a également pas influencé le désir d'intégrer la phase II.

Dans la cohorte des personnes poursuivant la phase II, nous retrouvons un nombre plus élevé de personnes de langue maternelle française et sans emploi même si la différence n'est pas statistiquement significative. Toutefois, on peut comprendre que le fait de maîtriser parfaitement la langue française encourage les échanges dans le groupe et favorise le partage des expériences de vie. Par ailleurs, les personnes sans emploi sont surreprésentées car il s'agit d'une population pouvant plus facilement trouver le temps pour participer au groupe. Même si les groupes ont souvent lieu à la pause de midi ou en fin de journée, cela ne suffit visiblement pas à attirer les personnes qui ont une vie professionnelle. De ce fait, il apparaît d'autant plus important d'étudier dans le futur l'impact de la phase I lors d'un « follow up » pour déterminer si un nombre limité de séances permet déjà un bénéfice notable sur le long terme, cela serait extrêmement intéressant notamment pour cette population active. Les autres paramètres sociaux tels que le niveau de formation, le pays d'origine ou le fait de vivre seul ou en famille ne jouent pas un rôle prédominant dans l'intérêt que portent les personnes à la poursuite du programme.

Le traitement n'est pas significativement différent entre la cohorte qui interrompt les groupes et celle qui les poursuit.

7 Conclusion

Nous avons pu constater que la première partie du programme a permis un repérage précis des symptômes précurseurs de rechutes maniaques et dépressives. La majorité des participants indiquent déjà un bénéfice subjectif au niveau de la stabilisation de leur humeur après six séances et la moitié pense avoir plus de facilité quant à l'adhésion au traitement. Nous avons également relevé qu'il n'y avait pas de prédicteur concernant les drop out, notamment par rapport aux comorbidités. Ces résultats sont très encourageants car un nombre restreint de séances semble avoir déjà un impact important sur la gestion de la maladie.

De même, le taux de drop out est resté relativement faible, aussi bien dans la phase 1 qu'au cours de la phase 2.

Il faut également souligner l'amélioration du total du MADRS entre le début de la phase I et la fin de la phase II. Cette amélioration est surtout secondaire à celle constatée aux items sur la tristesse apparente et la tristesse exprimée. Dans le même sens, au questionnaire d'évaluation du programme, la majorité des personnes estiment avoir gagné une meilleure stabilité de leur humeur et savoir mieux repérer les signes précurseurs de rechute pour pouvoir juguler la crise avant qu'elle ne soit trop grave. En résumé, le *Programme d'Objectifs Personnels* est reçu avec une grande satisfaction de la part des participants et semble répondre à leurs besoins. Nos résultats suggèrent des bénéfices quant à la stabilité de l'humeur, à la prévention des rechutes et à la possibilité de « dépasser » certains symptômes de la maladie pour atteindre des objectifs. De plus, l'approche en groupe a été largement appréciée par les participants. Ces résultats nous encouragent vivement à poursuivre et à évaluer les effets bénéfiques à long terme du *Programme d'Objectifs Personnels*.

8 Références

- Akiskal H. S., Bourgeois M. L., Angst J., Post R., Moller H., Hirschfeld R. (2000). Re-evaluating the prevalence of and diagnostic composition within the broad clinical spectrum of bipolar disorders. *J Affect Disord* 59 Suppl 1, S5-S30.
- Basco M. R., Rush A. J. (1996). *Cognitive-behavioral therapy for bipolar disorder*. New York: Guilford Press.
- Bauer M. S., McBride L. (1996). *Structured group psychotherapy for bipolar disorder : the life goals program*. New York: Springer Publ.
- Bauer M. S., McBride L. (2003). *Structured group psychotherapy for bipolar disorder : the life goals program*. 2nd ed. New York: Springer Publ.
- Bloch S., Hafner J., Harari E., Szmukler G. I., Brodaty H., Kissane D. (1994). *The family in clinical psychiatry*. London: Oxford University Press.
- Carlson G. A., Kotin J., Davenport Y. B., Adland M. (1974). Follow-up of 53 bipolar manic-depressive patients. *Br J Psychiatry* 124, 134-139.
- Colom F., Vieta E., Martinez-Aran A., Reinares M., Goikolea J. M., Benabarre A., Torrent C., Comes M., Corbella B., Parramon G., Corominas J. (2003). A randomized trial on the efficacy of group psychoeducation in the prophylaxis of recurrences in bipolar patients whose disease is in remission. *Arch Gen Psychiatry* 60, 402-407.
- Coryell W., Scheftner W., Keller M., Endicott J., Maser J., Klerman G. L. (1993). The enduring psychosocial consequences of mania and depression. *Am J Psychiatry* 150, 720-727.
- Daniels B. A., Kirkby K. C., Hay D. A., Mowry B. J., Jones I. H. (1998). Predictability of rehospitalisation over 5 years for schizophrenia, bipolar disorder and depression. *Aust N Z J Psychiatry* 32, 281-286.
- Dion G. L., Tohen M., Anthony W. A., Waternaux C. S. (1988). Symptoms and functioning of patients with bipolar disorder six months after hospitalization. *Hosp Community Psychiatry* 39, 652-657.
- Ehlers C. L., Frank E., Kupfer D. J. (1988). Social zeitgebers and biological rhythms. A unified approach to understanding the etiology of depression. *Arch Gen Psychiatry* 45, 948-952.
- Ehlers C. L., Kupfer D. J., Frank E., Monk T. H. (1993). Biological rhythms and depression : the role of zeitgebers and zeitstorerers. *Depression* 1, 285-293.
- Ellicott A., Hammen C., Gitlin M., Brown G., Jamison K. R. (1990). Life events and the course of bipolar disorder. *Am J Psychiatry* 147, 1194-1198.
- Frank E., Hlastala S., Ritenour A., Houck P., Tu X. M., Monk T. H., Mallinger A. G., Kupfer D. J. (1997). Inducing lifestyle regularity in recovering bipolar disorder patients: results from the maintenance therapies in bipolar disorder protocol. *Biol Psychiatry* 41, 1165-1173.
- Goldman C. R. (1988). Toward a definition of psychoeducation. *Hosp Community Psychiatry* 39, 666-668.
- Goodwin F. K., Jamison K. R. (1990). *Manic-depressive illness*. London: Oxford University Press, p. xxi, 938.
- Harrow M., Goldberg J. F., Grossman L. S., Meltzer H. Y. (1990). Outcome in manic disorders. A naturalistic follow-up study. *Arch Gen Psychiatry* 47, 665-671.

- Hogarty G. E., Anderson C. M., Reiss D. J., Kornblith S. J., Greenwald D. P., Javna C. D., Madonia M. J. (1986). Family psychoeducation, social skills training, and maintenance chemotherapy in the aftercare treatment of schizophrenia. I. One-year effects of a controlled study on relapse and expressed emotion. *Arch Gen Psychiatry* 43, 633-642.
- Hooley J. M., Richters J. E., Weintraub S., Neale J. M. (1987). Psychopathology and marital distress: the positive side of positive symptoms. *J Abnorm Psychol* 96, 27-33.
- Jamison K. R., Gerner R. H., Goodwin F. K. (1979). Patient and physician attitudes toward lithium: relationship to compliance. *Arch Gen Psychiatry* 36, 866-869.
- Jamison K. R., Akiskal H. S. (1983). Medication compliance in patients with bipolar disorder. *Psychiatr Clin North Am* 6, 175-192.
- Johnson R. E., McFarland B. H. (1996). Lithium use and discontinuation in a health maintenance organization. *Am J Psychiatry* 153, 993-1000.
- Johnson S. L., Miller I. (1997). Negative life events and time to recovery from episodes of bipolar disorder. *J Abnorm Psychol* 106, 449-457.
- Joyce P. R. (1992). Prediction of treatment response. In: Paykel (ed.). *Handbook of affective disorders* 2nd ed. New York: Guilford Press, p. 453-464.
- Judd L. L., Schettler P. J., Akiskal H. S., Maser J., Coryell W., Solomon D., Endicott J., Keller M. (2003). Long-term symptomatic status of bipolar I vs. bipolar II disorders. *Int J Neuropsychopharmacol* 6, 127-137.
- Keck P. E., Jr., McElroy S. L., Strakowski S. M., Stanton S. P., Kizer D. L., Balistreri T. M., Bennett J. A., Tugrul K. C., West S. A. (1996). Factors associated with pharmacologic noncompliance in patients with mania. *J Clin Psychiatry* 57, 292-297.
- Keck P. E., Jr., McElroy S. L., Strakowski S. M., Bourne M. L., West S. A. (1997). Compliance with maintenance treatment in bipolar disorder. *Psychopharmacol Bull* 33, 87-91.
- Klerman G. L., Weissman M. M., Rounsaville B. J., Chevron E. S. (1984). *Interpersonal psychotherapy of depression*. New York: Basic Books.
- Lam D. H., Jones S. H., Bright J., Hayward P. (1999). *Cognitive therapy for bipolar disorder: a therapist's guide to concepts, methods and practice*. Chichester, NY: Wiley.
- Lam D. H., Watkins E. R., Hayward P., Bright J., Wright K., Kerr N., Parr-Davis G., Sham P. (2003). A randomized controlled study of cognitive therapy for relapse prevention for bipolar affective disorder: outcome of the first year. *Arch Gen Psychiatry* 60, 145-152.
- Leverich G. S., Post R. M., Rosoff A. S. (1990). Factors associated with relapse during maintenance treatment of affective disorders. *Int Clin Psychopharmacol* 5, 135-156.
- Maj M., Pirozzi R., Magliano L., Bartoli L. (1998). Long-term outcome of lithium prophylaxis in bipolar disorder: a 5-year prospective study of 402 patients at a lithium clinic. *Am J Psychiatry* 155, 30-35.
- McElroy S. L., Altshuler L. L., Suppes T., Keck P. E., Jr., Frye M. A., Denicoff K. D., Nolen W. A., Kupka R. W., Leverich G. S., Rochussen J. R., Rush A. J., Post R. M. (2001). Axis I psychiatric comorbidity and its relationship to historical illness variables in 288 patients with bipolar disorder. *Am J Psychiatry* 158, 420-426.
- Miklowitz D. J., Goldstein M. J., Nuechterlein K. H., Snyder K. S., Mintz J. (1988). Family factors and the course of bipolar affective disorder. *Arch Gen Psychiatry* 45, 225-231.
- Miklowitz D. J., Frank E., George E. L. (1996). New psychosocial treatments for the outpatient management of bipolar disorder. *Psychopharmacol Bull* 32, 613-621.
- O'Connell R. A. (1986). Psychosocial factors in a model of manic-depressive disease. *Integrative Psychiatry* 4, 150-154.

- Parker G., Hadzi-Pavlovic D. (1990). Expressed emotion as a predictor of schizophrenic relapse: an analysis of aggregated data. *Psychol Med* 20, 961-965.
- Perry A., Tarrier N., Morriss R., McCarthy E., Limb K. (1999). Randomised controlled trial of efficacy of teaching patients with bipolar disorder to identify early symptoms of relapse and obtain treatment. *Bmj* 318, 149-153.
- Priebe S., Wildgrube C., Muller-Oerlinghausen B. (1989). Lithium prophylaxis and expressed emotion. *Br J Psychiatry* 154, 396-399.
- Scott J. (1995). Psychotherapy for bipolar disorder. *Br J Psychiatry* 167, 581-588.
- Scott J., Garland A., Moorhead S. (2001). A pilot study of cognitive therapy in bipolar disorders. *Psychol Med* 31, 459-467.
- Scott J., Tacchi M. J. (2002). A pilot study of concordance therapy for individuals with bipolar disorders who are non-adherent with lithium prophylaxis. *Bipolar Disord* 4, 386-392.
- Silverstone T., McPherson H., Hunt N., Romans S. (1998). How effective is lithium in the prevention of relapse in bipolar disorder? A prospective naturalistic follow-up study. *Aust N Z J Psychiatry* 32, 61-66.
- Tohen M., Waternaux C. M., Tsuang M. T. (1990). Outcome in Mania. A 4-year prospective follow-up of 75 patients utilizing survival analysis. *Arch Gen Psychiatry* 47, 1106-1111.
- Tondo L., Baldessarini R. J., Hennen J., Floris G. (1998). Lithium maintenance treatment of depression and mania in bipolar I and bipolar II disorders. *Am J Psychiatry* 155, 638-645.
- Weissman M. M., Johnson J. (1991). Drug use and abuse in five US communities. *N Y State J Med* 91, 19S-23S.
- Willcox D. R. C., Gillan R., Hare E. H. (1965). Do psychiatric patients take their drugs? *Br Med J* 2, 790-792.
- Zanello A., Weber-Rouget B., Gex-Fabry M., Maercker A., Guimon J. (in press). Validation du Questionnaire de Fonctionnement Social (QFS), un auto-questionnaire mesurant la fréquence et la satisfaction des comportements sociaux d'une population adulte psychiatrique. *Encephale*.

9 Annexes

9.1 Echelle de dépression de Montgomery & Asberg (MADRS)

Code du patient

Date

ITEMS	score
<p><u>INSOMNIE</u> Plaintes quant à la durée ou à la qualité insuffisante de sommeil par rapport à ce qu'il est lorsque le patient est bien.</p> <p>0 Dort comme d'habitude. 1 2 Légères difficultés d'endormissement; sommeil un peu raccourci, léger ou irrégulier. 3 4 Sommeil raccourci ou interrompu par un réveil de 02h00 au moins. 5 6 Moins de 02h00 à 03h00 de sommeil par nuit.</p>	
<p><u>PERTE D'APPETIT</u> Impression d'avoir moins bon appétit qu'avant. L'évaluer au manque de désir pour la nourriture ou à la nécessité de forcer le patient à manger.</p> <p>0 Appétit normal ou accru. 1 2 Appétit légèrement diminué. 3 4 Pas d'appétit. La nourriture est sans goût. 5 6 Doit être poussé à manger un tant soit peu.</p>	
<p><u>DIFFICULTES DE CONCENTRATION</u> Depuis la difficulté à rassembler ses idées jusqu'à une incapacité totale de concentration. Coter suivant l'intensité, la fréquence et le degré d'incapacité.</p> <p>0 Pas de difficultés de concentration. 1 2 Difficultés occasionnelles à rassembler ses idées. 3 4 Difficultés à soutenir son attention, interférant avec la lecture ou la conversation. 5 6 Grandes difficultés à lire ou à tenir une conversation.</p>	

<p><u>TENSION INTERIEURE</u> Sensations de malaise mal défini, de nervosité, de tourment intérieur, de tension psychique allant jusqu'à la panique, la terreur, l'angoisse. Coter en fonction de l'intensité, de la fréquence, de la durée et du degré de réassurance demandé par le patient.</p> <p>0 Tranquille; tension intérieure légère et passagère. 1 2 Sensation occasionnelle de nervosité, de malaise mal défini. 3 4 Tension intérieure permanente ou panique intermittente que le patient ne contient qu'à grand-peine. 5 6 Terreur ou angoisse incessante. Panique insupportable.</p>	
<p><u>LASSITUDE</u> Manque d'entrain; lenteur de démarrage et de réalisation des activités quotidiennes.</p> <p>0 Pratiquement pas de difficultés à démarrer, pas de ralentissement. 1 2 Difficultés à entamer les activités quotidiennes. 3 4 Difficultés à s'attaquer aux activités quotidiennes, qui ne sont réalisées qu'avec effort. 5 6 Lassitude extrême; incapable de toute activité sans être aidé.</p>	
<p><u>TRISTESSE APPARENTE</u> Observée à l'abattement, à l'humeur sombre, à la perte d'espoir (c'est-à-dire plus qu'un coup de cafard), au discours, à l'expression du visage, au maintien.</p> <p>0 Pas de tristesse apparente. 1 2 Paraît découragé mais sourit sans difficulté. 3 4 Paraît triste et malheureux la plupart du temps. 5 6 Paraît constamment misérable, extrêmement découragé.</p>	
<p><u>TRISTESSE EXPRIMEE</u> Évaluée aux plaintes du patient, que l'humeur déprimée se reflète ou non dans sa présentation. Inclut mauvais moral, abattement, sentiment de ne pouvoir être aidé, perte d'espoir. Coter en fonction de l'intensité, de la durée et de la mesure dans laquelle l'humeur est, selon le patient, influencée par les événements.</p> <p>0 Tristesse occasionnelle, adaptée aux circonstances. 1 2 Triste, à plat, mais sourit sans difficulté. 3 4 Sentiment pénétrant de tristesse, d'humeur sombre, encore susceptible d'être influencée par les circonstances. 5 6 Vécu permanent de tristesse, de souffrance, de découragement.</p>	

<p><u>PERTE DES SENTIMENTS</u> Expérience subjective de désintérêt pour le monde environnant ou pour les plaisirs habituels, de perte de réaction émotionnelle adéquate aux circonstances et aux personnes.</p> <p>0 Intérêt normal pour les autres et le monde environnant. 1 2 Réduction de la capacité de prendre plaisir aux intérêts habituels. 3 4 Désintérêt pour le monde ambiant; perte des sentiments envers amis et connaissances. 5 6 Vécu d'anesthésie affective. Impossibilité de ressentir colère, chagrin ou plaisir. Perte totale, voire pénible, des sentiments envers amis et proches.</p>	
<p><u>PESSIMISME</u> Idées de culpabilité, d'infériorité, d'auto-accusation, de péché, de remords ou de ruine.</p> <p>0 Pas d'idées pessimistes. 1 2 Idées occasionnelles d'échec, d'auto-accusation, d'insuffisance. 3 4 Auto-accusation persistante; idées précises mais encore raisonnables de culpabilité ou de péché. Pessimisme croissant envers l'avenir. 5 6 Idées délirantes de ruine, de remords, d'irrédemption.</p>	
<p><u>IDEES DE SUICIDE</u> Sentiments que la vie n'en vaut pas la peine, qu'une mort naturelle serait la bienvenue. Idées et préparatifs suicidaires. Les tentatives de suicide ne devraient pas en soi influencer la cotation.</p> <p>0 Jouit de la vie ou la prend comme elle vient. 1 2 Las de la vie. Idées suicidaires occasionnelles. 3 4 Pense qu'il serait sans doute mieux s'il était mort. Idées suicidaires fréquentes; le suicide est considéré comme une solution, mais sans intention ni préparatifs précis. 5 6 Plans précis de suicide lorsque l'occasion se présentera. Préparatifs actifs.</p>	
<p><u>TOTAL</u></p>	

9.2 Echelle de manie de Bech & Rafaelsen

Code du patient [_____]
 Date [_____]

ITEMS	score
<p>Activité motrice</p> <p>0 : activité motrice normale, mimique adéquate ;</p> <p>1 : l'activité motrice est peut-être légèrement augmentée, par exemple mimique hyper-expressive ;</p> <p>2 : augmentation modérée de l'activité motrice, par exemple expressivité gestuelle ;</p> <p>3 : activité motrice excessive, en mouvement la plupart du temps. Se lève une ou plusieurs fois lors de l'entretien ;</p> <p>4 : est constamment actif, énergique, ne peut rester en place. Même si on le lui impose, le patient ne peut rester assis tranquille.</p>	
<p>Activité verbale</p> <p>0 : activité verbale normale ;</p> <p>1 : un peu bavard ;</p> <p>2 : très bavard, absence de pauses spontanées au cours de la conversation ;</p> <p>3 : il est difficile d'interrompre le discours du patient ;</p> <p>4 : il est impossible d'interrompre le patient qui monopolise totalement la conversation.</p>	
<p>Fuite des idées</p> <p>0 : discours cohérent, aucune fuite des idées ;</p> <p>1 : descriptions, explications et idéation un peu vives sans perte du fil conducteur du sujet. Le discours reste donc encore cohérent ;</p> <p>2 : de temps en temps, le patient éprouve des difficultés à garder le fil du sujet du fait de la survenue de coq-à-l'âne (fréquentes rimes, onomatopées, jeux de mots, morceaux de poèmes ou chants) ;</p> <p>3 : le fil conducteur de la pensée est régulièrement interrompu par la survenue de coq-à-l'âne ;</p> <p>4 : il est difficile, voire impossible, de suivre le fil de la pensée du patient qui passe constamment du coq-à-l'âne.</p>	
<p>Volume de la voix</p> <p>0 : intensité normale de la voix ;</p> <p>1 : parle un peu fort sans être pour autant bruyant ;</p> <p>2 : voix audible à distance et un peu bruyante ;</p> <p>3 : vocifère, voix audible de très loin, sujet bruyant, chante ;</p> <p>4 : crie, hurle ; ou utilise d'autres moyens pour faire du bruit s'il est enroué.</p>	

<p>Hostilité, destructivité</p> <p>0 : aucun signe d'impatience ou d'hostilité ;</p> <p>1 : légèrement impatient ou irritable, mais continue à se contrôler ;</p> <p>2 : très impatient ou irritable. Ne supporte pas la contradiction ;</p> <p>3 : provoquant, menaçant, mais peut être calmé ;</p> <p>4 : violence manifeste. Violence physique.</p>	
<p>Humeur (sentiment de bien-être)</p> <p>0 : humeur neutre ;</p> <p>1 : l'humeur est peut-être légèrement exaltée, optimisme, mais encore adaptée à la situation ;</p> <p>2 : exaltation modérée de l'humeur, le sujet blague ou rit ;</p> <p>3 : exaltation marquée de l'humeur, exubérance aussi bien dans le comportement que le discours ;</p> <p>4 : exaltation extrême, tout à fait inadaptée à la situation.</p>	
<p>Estime de soi</p> <p>0 : estime de soi normale ;</p> <p>1 : l'estime de soi est peut-être légèrement augmentée, par exemple surestime de temps en temps ses capacités ;</p> <p>2 : estime de soi légèrement augmentée, par exemple surestime fréquemment ses capacités ou se vante de performances inhabituelles ;</p> <p>3 : idées manifestement irréalistes, par exemple pense qu'il possède des qualités extraordinaires, pouvoir ou savoir (scientifique, religieux), mais le sujet peut par instant être ramené à la raison ;</p> <p>4 : idées de grandeur insensibles à la critique.</p>	
<p>Contact (familiarité)</p> <p>0 : contact normal ;</p> <p>1 : peut-être un peu familier, par exemple se mêle de ce qui ne le regarde pas, ou légèrement intrusif ;</p> <p>2 : légèrement familier et raisonneur ;</p> <p>3 : dominateur veut tout organiser, tout diriger mais de façon encore adaptée à l'entourage ;</p> <p>4 : extrêmement dominateur et manipulateur, non adapté à l'entourage ;</p>	
<p>Sommeil (moyenne des 3 dernières nuits)</p> <p>0 : longueur de sommeil habituelle ;</p> <p>1 : longueur de sommeil réduite de 25% ;</p> <p>2 : longueur de sommeil réduite de 50% ;</p> <p>3 : longueur de sommeil réduite de 75% ;</p> <p>4 : insomnie totale.</p>	

<p>Intérêt sexuel</p> <p>0 : désir ou activité sexuels habituels ;</p> <p>1 : l'appétit et l'activité sexuels sont peut-être légèrement augmentés, par exemple tendance séductrice ;</p> <p>2 : augmentation modérée du désir et de l'activité sexuels, par exemple attitude nettement séductrice ;</p> <p>3 : désir et activité sexuels très marqués. Très séducteur. S'habille de façon provocante;</p> <p>4 : entièrement centré sur la sexualité de manière inappropriée.</p>	
<p>Activité (travail)</p> <p>a) Pour une première cotation du patient</p> <p>0 : activité habituelle au travail ;</p> <p>1 : la cadence est peut-être légèrement augmentée, mais la qualité du travail décline légèrement du fait de motivations instables et d'une légère distractivité ;</p> <p>2 : cadence augmentée, mais ses motivations sont nettement instables. Le patient éprouve des difficultés pour juger la qualité de son travail, d'où une qualité de travail en baisse. Se dispute souvent au travail ;</p> <p>3 : capacité de travail nettement réduite et de temps en temps le patient est débordé. Il a dû cesser son travail et a été porté malade. Si le patient est déjà hospitalisé, il ne peut participer que quelques heures par jour à des activités institutionnelles ;</p> <p>4 : le patient est (ou doit être) hospitalisé et ne peut participer aux activités institutionnelles.</p> <p>b) Pour les évaluations hebdomadaires</p> <p>0 : a) le patient effectue son travail à son niveau d'activité habituel ; b) le patient n'éprouve pas de difficultés à effectuer son travail habituel ;</p> <p>1 : a) le patient travaille mais son effort est légèrement réduit du fait de l'instabilité de ses motivations ; b) il est difficile de dire si le patient peut effectuer son travail habituel à son meilleur niveau du fait de sa distraction et de l'instabilité de ses motivations ;</p> <p>2 : a) le patient travaille à un niveau nettement réduit, par exemple du fait d'absences ; b) le patient est encore hospitalisé ou porté malade. Il n'est capable d'effectuer un travail que si des dispositions particulières sont prises, par exemple surveillance étroite ou horaires réduits ;</p> <p>3 : le patient est encore hospitalisé ou porté malade et est incapable d'effectuer un travail. Ne participe que quelques heures par jour aux activités institutionnelles de l'hôpital ;</p> <p>4 : le patient reste encore hospitalisé à plein temps et en général est incapable de participer aux activités institutionnelles.</p>	

9.3 Questionnaire de Fonctionnement Social (QFS)

B. WEBER ROUGET & A. ZANELLO

Code du patient (code Philos)	[_____]
Date de l'évaluation	[____ I ____ I ____]

Les questions suivantes évaluent votre fonctionnement social général au cours des deux dernières semaines. Il n'y a pas de bonnes ou mauvaises réponses. Lisez attentivement chacune des questions puis cochez la réponse appropriée.

I. ACTIVITES

1. Au cours de ces 2 dernières semaines à quelle fréquence avez-vous accompli l'une ou l'autre de ces activités (activités professionnelles, études, activités en atelier protégé ou dans une structure de soins, activités bénévoles, recherche d'emploi,...) ?

- Tous les jours
- Au moins deux fois par semaine
- Au moins une fois par semaine
- Une fois tous les 15 jours
- Jamais

2. Etes-vous satisfait(e) de la manière dont vous avez accompli ces activités au cours des 2 dernières semaines ?

- Très satisfait(e)
- Plutôt satisfait(e)
- Moyennement satisfait(e)
- Plutôt insatisfait(e)
- Très insatisfait(e)

II. TACHES DE LA VIE QUOTIDIENNE

1. Au cours de ces 2 dernières semaines, à quelle fréquence avez-vous réalisé l'une ou l'autre de ces tâches (ménage, achats, cuisine, éducation des enfants,...) ?

- Tous les jours
- Au moins deux fois par semaine
- Au moins une fois par semaine
- Une fois tous les 15 jours
- Jamais

2. Etes-vous satisfait(e) de la manière dont vous avez réalisé ces tâches au cours des 2 dernières semaines ?

- Très satisfait(e)
- Plutôt satisfait(e)
- Moyennement satisfait(e)
- Plutôt insatisfait(e)
- Très insatisfait(e)

III. LOISIRS

1. **Au cours de ces 2 dernières semaines, à quelle fréquence avez-vous consacré du temps à vos loisirs (sport, activités artistiques ou culturelles, lecture, séance de cinéma,...) ?**

- Tous les jours
- Au moins deux fois par semaine
- Au moins une fois par semaine
- Une fois tous les 15 jours
- Jamais

2. **Etes-vous satisfait(e) des loisirs que vous avez eus au cours des 2 dernières semaines ?**

- Très satisfait(e)
- Plutôt satisfait(e)
- Moyennement satisfait(e)
- Plutôt insatisfait(e)
- Très insatisfait(e)

IV. RELATIONS FAMILIALES ET DE COUPLE

1. **Durant ces deux dernières semaines, à quelle fréquence avez-vous eu des relations avec des membres de votre famille (parents, conjoint ou concubin, enfants, fratrie, cousins,...) ?**

- Tous les jours
- Au moins deux fois par semaine
- Au moins une fois par semaine
- Une fois tous les 15 jours
- Jamais

2. **Etes-vous satisfait(e) des relations que vous avez eues avec ces membres de votre famille au cours des 2 dernières semaines ?**

- Très satisfait(e)
- Plutôt satisfait(e)
- Moyennement satisfait(e)
- Plutôt insatisfait(e)
- Très insatisfait(e)

V. RELATIONS EXTRA-FAMILIALES

1. Au cours de ces deux dernières semaines, à quelle fréquence avez-vous eu des relations avec des personnes de votre entourage extra-familial (amis, voisins, partenaires sexuels occasionnels,...) ?

- Tous les jours
- Au moins deux fois par semaine
- Au moins une fois par semaine
- Une fois tous les 15 jours
- Jamais

2. Etes-vous satisfait(e) des relations que vous avez eues avec ces personnes de votre entourage extra-familial au cours des 2 dernières semaines ?

- Très satisfait(e)
- Plutôt satisfait(e)
- Moyennement satisfait(e)
- Plutôt insatisfait(e)
- Très insatisfait(e)

VI. GESTION FINANCIERE ET ADMINISTRATIVE

1. Au cours de ces deux dernières semaines, à quelle fréquence avez-vous veillé à votre gestion financière et administrative (paiements, versements, classement,...)?

- Tous les jours
- Au moins deux fois par semaine
- Au moins une fois par semaine
- Un fois tous les 15 jours
- Jamais

2. Etes-vous satisfait(e) de la manière dont vous avez veillé à votre gestion financière et administrative au cours des 2 dernières semaines ?

- Très satisfait(e)
- Plutôt satisfait(e)
- Moyennement satisfait(e)
- Plutôt insatisfait(e)
- Très insatisfait(e)

VII. SANTE GENERALE

1. Au cours de ces deux dernières semaines, à quelle fréquence avez-vous pris soin de votre santé générale (hygiène et présentation corporelle, alimentation, soins médicaux et dentaires de base,...) ?

- Tous les jours
- Au moins deux fois par semaine
- Au moins une fois par semaine
- Tous les 15 jours
- Jamais

2. Etes-vous satisfait(e) de la façon dont vous avez pris soin de votre santé générale au cours des 2 dernières semaines ?

- Très satisfait(e)
- Plutôt satisfait(e)
- Moyennement satisfait(e)
- Plutôt insatisfait(e)
- Très insatisfait(e)

VIII. VIE COLLECTIVE ET INFORMATIONS

1. Au cours de ces deux dernières semaines, à quelle fréquence vous êtes-vous tenu informé(e) et/ou avez-vous participé à la vie collective (participation à la vie politique, associative, culturelle de votre milieu de vie et information au sujet des actualités régionales et mondiales,...) ?

- Tous les jours
- Au moins deux fois par semaine
- Au moins une fois par semaine
- Une fois tous les 15 jours
- Jamais

2. Etes-vous satisfait(e) de la façon dont vous vous êtes tenu informé(e) et/ou avez participé à la vie collective au cours des 2 dernières semaines ?

- Très satisfait(e)
- Plutôt satisfait(e)
- Moyennement satisfait(e)
- Plutôt insatisfait(e)
- Très insatisfait(e)

9.4 Questionnaire sociodémographique

Code du patient [_____]

Date de l'évaluation..... [____ I ____ I ____]

Sexe (1=masculin, 2=féminin) [____]

Age (années)..... [____]

Pays d'origine [____]

- | | |
|------------------|---------------------------------|
| 0 = Suisse | 5 = Amérique du Sud |
| 1 = Europe | 6 = Amérique centrale |
| 2 = Moyen Orient | 7 = Amérique du Nord |
| 3 = Asie | 8 = autre/mixte, préciser |
| 4 = Afrique | 99 = sans information |

Langue maternelle..... [____]

- | | |
|--------------|---------------------------------|
| 0 = français | 5 = portugais |
| 1 = anglais | 6 = arabe |
| 2 = allemand | 7 = africaine |
| 3 = italien | 8 = asiatique |
| 4 = espagnol | 9 = autre/mixte, préciser |
| | 99 = sans information |

Logement principal..... [____]

- 1 = appartement, maison, studio
- 2 = hôtel, pension, armée du salut
- 3 = foyer thérapeutique ou structure protégée
- 4 = autre (sans domicile fixe, squat...), préciser:
- 99 = sans information

Cohabitation [____]

- 1 = vit seul(e)
- 2 = conjoint/partenaire et/ou enfant(s)
- 3 = père/mère, frère(s)/soeur(s) ou famille élargie
- 4 = amis, copains ou groupe
- 5 = autres résidents
- 6 = autre, préciser:
- 99 = sans information

Scolarité (plus haut niveau de scolarité ou de formation professionnelle atteint) [____]

- 1 = aucune scolarité menée à terme
- 2 = scolarité obligatoire
- 3 = apprentissage ou école professionnelle
- 4 = école secondaire supérieure (maturité)
- 5 = haute école professionnelle ou spécialisée
- 6 = université, haute école
- 99 = sans information

Nombre d'années de formation [_____]

Niveau professionnel (dernière profession exercée)..... [_____]

1 = profession libérale, industriel, banquier, grand commerçant

2 = cadre supérieur (directeur, ingénieur, fondé de pouvoir)

3 = enseignant, universitaire (à l'exclusion des catégories 1 et 2)

4 = technicien, chef de service, assistant social, infirmier

5 = petit indépendant, artisan, commerçant

6 = employé de bureau qualifié*

7 = employé de bureau non qualifié

8 = employé de service qualifié (vendeur, sommelier...)*

9 = employé de service non qualifié

10 = ouvrier qualifié (maçon, menuisier, chauffeur...)*

11 = ouvrier non qualifié, manoeuvre

99 = sans information

* qualifié = détenteur d'un certificat de capacité délivré à la fin de la formation

Occupation (plusieurs réponses possibles)

occupation lucrative à temps partiel

occupation lucrative à plein temps

sans emploi ou chômeur

travaux ménagers dans son propre ménage

en formation (école, apprentissage, études)

programme de réhabilitation

AVS, AI ou autre rente

atelier ou emploi protégé

inconnue

Autres renseignements (s'il y a lieu)

.....

.....

.....

.....

.....

9.5 Questionnaire d'Evaluation de la **phase 1** du Programme d'Objectifs Personnels

Chère Madame, Cher Monsieur,

Nous vous remercions de participer à l'évaluation de votre programme.

Pouvez-vous lire attentivement chaque question et cocher la réponse qui vous semble la plus adaptée (une seule réponse possible). **La colonne de droite** (en gris) est réservée aux investigateurs et **ne doit pas être remplie. Merci.**

Question n° 1

L'information que vous avez reçue sur le **trouble bipolaire** lors de la **phase I** (explications orales et documents) vous a-t-elle été transmise de façon claire ?

a	b	c
Pas claire	Partiellement claire	Très claire

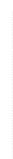


1

Question n° 2

Le matériel (transparents, tableaux) utilisé en **phase I** pour l'explication de la **maladie bipolaire**, vous a-t-il paru facile à utiliser ?

a	b	c
Non	Moyennement	Oui



2

Question n° 3

Les cinq séances de la **phase I** sont-elles suffisantes pour recevoir toute l'information transmise sur le **trouble bipolaire** ?

a
Non

b
Oui



3

Question n° 4

Avez-vous l'impression que votre humeur est plus stable depuis que vous avez suivi le groupe ?

a	b	c
Pas du tout	Un peu	Beaucoup

4

Question n° 5

La participation au groupe vous a-t-elle permis de prévenir une ou plusieurs rechutes ?
(En l'absence de rechute, ne répondez pas à la question.)

a	b	c
Non	Partiellement	Oui

5

Question n° 6

Si une rechute a eu lieu pendant que vous suiviez le groupe, avez-vous pu mieux la gérer ?
(En l'absence de rechute, ne répondez pas à la question.)

a	b	c
Non	Un peu mieux	Beaucoup mieux

6

Question n° 7

Est-ce plus facile de prendre régulièrement votre médication maintenant que vous avez suivi le groupe ?

a	b	c
Non	Un peu plus facile	Beaucoup plus facile

7

9.6 Questionnaire d'Évaluation de la **phase 2** du Programme d'Objectifs Personnels

Chère Madame, Cher Monsieur,

Nous vous remercions de participer à l'évaluation de votre programme.

Pouvez-vous lire attentivement chaque question et cocher la réponse qui vous semble la plus adaptée (une seule réponse possible). **La colonne de droite** (en gris) est réservée aux investigateurs et **ne doit pas être remplie. Merci.**

Question n° 1

Avez-vous l'impression que votre humeur est plus stable depuis que vous avez suivi le groupe?

a	b	c
Pas du tout	Un peu	Beaucoup

1

Question n° 2

La participation au groupe vous a-t-elle permis de prévenir une ou plusieurs rechutes ?

a	b	c
Non	Partiellement	Oui

2

Question n° 3

Si une rechute a eu lieu pendant que vous suiviez le groupe, avez-vous pu mieux la gérer ?

a	b	c
Non	Un peu mieux	Beaucoup mieux

3

Question n° 4

Est-ce plus facile de prendre régulièrement votre médication maintenant que vous avez suivi le groupe ?

a	b	c
Non	Un peu plus facile	Beaucoup plus facile

4

Question n° 5

Les interactions au sein du groupe vous ont-elles motivé à poursuivre le programme ?

a	b	c
non	Un peu	oui

5

Question n° 6

Avez-vous atteint un ou plusieurs objectifs personnels que vous aviez choisis au cours de la phase II ?

a	b	c
Non	<i>Partiellement atteint</i>	Oui

6

Question n° 7

Quels sont les objectifs que vous avez pu atteindre ?

Objectifs :
a.
b.
c.
d.

7

9.7 Profil Personnel de la Dépression

1. Cocher les symptômes que vous avez éprouvés.
2. Complétez, si vous avez repéré d'autres symptômes.
3. Marquez « P » devant ceux qui sont des signes d'alarmes précoces.

Pensées :

..... Difficultés de concentration

..... Troubles de mémoire

..... Difficultés à prendre des décisions

..... Les autres ne vous montrent aucun intérêt

..... Pensées fréquentes de mort ou de suicide

..... Paranoïa : préoccupations irréelles de dévalorisation ou que les gens
complotent contre vous

..... Hallucinations : auditives ou visuelles

Emotions/sentiments :

..... Sentiment de dévalorisation

..... Sentiment de culpabilité sans raison

..... Sentiment de tristesse sans raison

..... Facilement irritable

..... Se sentir mal même quand tout va bien

..... Pas d'énergie

..... Pas d'appétit

Comportements :

..... Attitude impatiente

..... Trouble du sommeil : insomnie ou hypersomnie

..... Difficultés à commencer ou à terminer des projets

..... Evitement des contacts sociaux

..... Arrêter le travail ou les activités habituelles

..... Conflictuel sans raisons apparentes

..... Pleurs fréquentes sans raisons suffisantes

..... Anorexie ou boulimie

9.8 Déclencheurs individuels d'un épisode dépressif

Cocher tous les points qui ont déclenché chez vous des épisodes dépressifs.

Complétez si vous avez repéré d'autres facteurs déclenchants.

.....Événements douloureux

.....Événements heureux

.....Changements de médicaments : psychotropes ou somatiques ; prescrits ou
en vente libre.

 Quels médicaments ?

.....Maladie somatique

 Quelle maladie ?

.....Prise de substances (drogue, alcool ou médicaments)

.....Tabac : modification des habitudes

.....Changements saisonniers

.....

.....

.....

.....

.....

9.9 Quelques réactions à un épisode dépressif - I : Coûts et bénéfices

Exemples:

- Eviter les amis
- Arrêt des activités et du sport
- Essayer d'éviter les pensées négatives
- Se culpabiliser
- Prier
- Stopper le traitement
- Prendre un rendez-vous avec le thérapeute/ le médecin
- Arrêter de travailler
- Arrêter les médicaments
- Se faire aider pour les tâches familiales/professionnelles
- L'alcool et les drogues
- Projet suicidaire

Réactions :

Effets positifs
(Pour vous-même)

Effets négatifs
(Qui créent plus de problèmes)

9.10 Stratégies pour faire face à la dépression

1. Contacter rapidement l'équipe soignante.
2. Y a-t-il eu récemment des changements de médicaments somatiques ?
3. Faire rapidement un contrôle somatique et traiter si nécessaire.
4. Ne pas consommer de l'alcool ou des drogues (remarque : une simple augmentation de la consommation de tabac peut diminuer l'effet des médicaments psychotropes).
5. Maintenir les activités quotidiennes.
6. Garder un rythme régulier de sommeil (cf : tableau #11 : Hygiène du sommeil).
7. Solliciter le support de votre entourage.
8. Utiliser vos compétences : - ce qui est efficace pour vous.
9. « « - éviter ce qui est inefficace.
10. Prévention du suicide.

9.11 Hygiène du sommeil

1. Utilisez votre chambre à coucher uniquement pour dormir. Pour la lecture et la télévision, utilisez d'autres lieux.
2. N'allez pas vous coucher avant d'être vraiment fatigué.
3. Levez-vous à heure régulière tous les jours, même les week-ends ; il est difficile de changer son rythme de sommeil continuellement.
4. Pas de siestes !
5. Pas d'alcool 2 heures avant de se coucher.
6. Pas de tabac 2 heures avant de se coucher.
7. Pas de caféine 6 heures avant de se coucher (il y a de la caféine dans le café, le thé, le chocolat, le cola et bien d'autres types de sodas).
8. Eviter de boire trop de liquides le soir et allez au toilette avant de vous coucher.
9. Prenez les médicaments sédatifs ou les somnifères environ une heure avant de vous coucher.
10. Faites un peu d'exercice physique dans la journée.

Remarques :

- Suivez scrupuleusement ces lignes de conduites.
- Ne vous attendez pas à des changements rapides : une amélioration peut prendre 2 à 3 semaines pour se manifester.
- Si vous voulez vous lever plus tôt parce que vous dormez trop, avancez l'heure de votre réveil d'une demi-heure chaque jour jusqu'à ce que vous puissiez vous lever à l'heure voulue.

9.12 Attitude en cas de dépression :

En cas de dépression

- | | |
|--|--|
| 1. Contrôler les médicaments. | 6. Compétences / ce qui est efficace |
| 2. Contrôler: alcool/drogues/tabac | ----- |
| 3. Reconnaître les facteurs de stress ? | ----- |
| • Physiques ? | 7. Compétences / ce qui est inefficace |
| • Emotionnels ? | ----- |
| 4. Maintenir les activités quotidiennes | 2-8. Contacter l'équipe soignante |
| 5. Solliciter le support de votre entourage. | Téléphone : |
| ----- | 3-9. Groupe de soutien |
| ----- | Téléphone : |

9.13 Profil Personnel de Manie

1. Cochez les symptômes que vous avez éprouvés.
2. Ajoutez d'autres symptômes s'ils ne figurent pas sur la liste.
3. Marquez un « P » devant les signes qui sont des signes précurseurs.

Pensées :

-Difficulté de concentration
-Idées de toute puissance
-Pensées accélérées, comme si
le reste du monde est au ralenti
-Pensées qui passent « du coq à l'âne »
-Paranoïa : préoccupations irréelles,
que vous ne valez rien, pensées néfastes
ou que les gens complotent contre vous
-Hallucinations : auditives ou visuelles

Emotions / Sentiments :

-Sentiment euphorique, optimisme exagéré
-Plus d'énergie
-Sentiment d'impatience et d'irritabilité
-Gaieté inhabituelle
-Surestimation de soi, sentiment
d'invulnérabilité, de « toute puissance »
-Attitude « je sais tout »,

Comportement :

-Parler fort et vite
-Diminution de la durée du sommeil
-Trop de contacts sociaux
-Augmentation de la libido (sexualité)
-Avoir trop de projets, souvent irréalisable
-Dépenser de l'argent impulsivement,
frénésie de « shopping »
-Avoir des conduites à risque

9.14 Déclencheurs individuels d'un épisode maniaque

Cocher tous les éléments qui ont déclenché chez vous des épisodes maniaques.
Complétez si vous avez repéré d'autres facteurs déclenchants.

.....Événements douloureux

.....Événements heureux

.....Changements de médicaments : psychotropes ou somatiques ; prescrits ou
en vente libre.
Quels médicaments ?

.....Maladie somatique
Quelle maladie ?

.....Prise de substances (drogue, alcool ou médicaments)

.....

.....Tabac : modification des habitudes

.....Changements saisonniers

.....

.....

.....

9.15 Quelques réactions à un épisode maniaque- I : Coûts et bénéfices

Exemples :

Dépenser de l'argent

Utilisation excessive de cartes de crédit

Conduire vite

Faire beaucoup de projets

Consommation d'alcool et de drogues

Jeux de hasard (casino, etc.)

Voyages

Provoquer des querelles

Augmentation des contacts sociaux irréfléchi

Arrêter la médication

Rupture de la prise en charge

Rattraper le temps perdu pendant la dépression

Ne pas tenir compte des avis d'autrui

Avoir recours aux tranquillisants

Réactions :

Effets positifs:

(Pour vous-même)

Effets négatifs :

(Qui créent plus de problèmes)

9.17 Attitudes en cas de manie

En cas de manie : compétences / ce qui est efficace.

- | | |
|--|--|
| 1. Contrôler les médicaments. | 6. Compétences / ce qui est efficace :
..... |
| 2. Contrôler : Alcool / Drogues / Tabac ? | 7. Compétences / ce qui est inefficace :
..... |
| 3. Reconnaissez les facteurs de stress ? <ul style="list-style-type: none">• Physiques ?• Emotionnels ? | 8. Contacter l'équipe soignante
Téléphone : |
| 4. Maintenir les activités quotidiennes. | 9. Groupe de soutien
Téléphone : |
| 5. Solliciter | |

