

Mise en place d'un programme d'éducation thérapeutique destiné aux jeunes bipolaires (16-25 ans) à Rouen

Damien Leporcq

▶ **To cite this version:**

Damien Leporcq. Mise en place d'un programme d'éducation thérapeutique destiné aux jeunes bipolaires (16-25 ans) à Rouen. Médecine humaine et pathologie. 2016. dumas-01414378

HAL Id: dumas-01414378

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01414378

Submitted on 12 Dec 2016

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE ROUEN

Année 2016

THESE POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE

PAR

LEPORCQ Damien

Né le 21/02/1987 A Villeneuve d'Ascq

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE
20 Octobre 2016

Mise en place d'un programme d'éducation thérapeutique destiné aux jeunes bipolaires (16-25 ans) à ROUEN.

PRESIDENT DE JURY : Professeur GUILLIN
DIRECTEUR DE THESE : Docteur Anne-Charlotte PACAUD

ANNEE UNIVERSITAIRE 2015 - 2016

U.F.R. DE MEDECINE ET DE-PHARMACIE DE ROUEN

DOYEN : **Professeur Pierre FREGER**

ASSESSEURS : **Professeur Michel GUERBET**

Professeur Benoit VEBER

Professeur Pascal JOLY

Professeur Stéphane MARRET

I - **MEDECINE**

PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mr Frédéric **ANSELME**	HCN	Cardiologie
Mme Isabelle **AUQUIT AUCKBUR**	HCN	Chirurgie plastique
Mr Bruno **BACHY** *(surnombre jusque 01/11/15))*	HCN	Chirurgie pédiatrique
Mr Fabrice **BAUER**	HCN	Cardiologie
Mme Soumeya **BEKRI**	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Jacques **BENICHOU**	HCN	Bio statistiques et informatique médicale
Mr Jean-Paul **BESSOU**	HCN	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme Françoise **BEURET-BLANQUART** *(surnombre)*	HCN	Commission E.P.P. D.P.C. Pôle Qualité
Mr Guy **BONMARCHAND** (*surnombre)*	HCN	Réanimation médicale
Mr Olivier **BOYER**	UFR	Immunologie
Mr François **CARON**	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Philippe **CHASSAGNE**	HCN	Médecine interne (gériatrie)

Mr Vincent **COMPERE**	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mr Antoine **CUVELIER**	HB	Pneumologie
Mr Pierre **CZERNICHOW**	HCH	Epidémiologie, économie de la santé
Mr Jean-Nicolas **DACHER**	HCN	Radiologie et imagerie médicale
Mr Stéfan **DARMONI**	HCN	Informatique médicale et techniques de communication
Mr Pierre **DECHELOTTE**	HCN	Nutrition
Mme Danièle **DEHESDIN** *(surnombre)*	HCN	Oto-rhino-laryngologie
Mr Frédéric **DI FIORE**	CB	Cancérologie
Mr Fabien **DOGUET**	HCN	Chirurgie Cardio Vasculaire
Mr Jean **DOUCET**	SJ	Thérapeutique - Médecine interne et gériatrie
Mr Bernard **DUBRAY**	CB	Radiothérapie
Mr Philippe **DUCROTTE**	HCN	Hépato-gastro-entérologie
Mr Frank **DUJARDIN**	HCN	Chirurgie orthopédique - Traumatologique
Mr Fabrice **DUPARC**	HCN	Anatomie - Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mr Eric **DURAND**	HCN	Cardiologie
Mr Bertrand **DUREUIL**	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mme Hélène **ELTCHANINOFF**	HCN	Cardiologie
Mr Thierry **FREBOURG**	UFR	Génétique
Mr Pierre **FREGER**	HCN	Anatomie - Neurochirurgie
Mr Jean François **GEHANNO**	HCN	Médecine et santé au travail
Mr Emmanuel **GERARDIN**	HCN	Imagerie médicale
Mme Priscille **GERARDIN**	HCN	Pédopsychiatrie
Mr Michel **GODIN** *(surnombre)*	HB	Néphrologie
M. Guillaume **GOURCEROL**	HCN	Physiologie
Mr Philippe **GRISE** *(surnombre)*	HCN	Urologie
Mr Dominique **GUERROT**	HCN	Néphrologie
Mr Olivier **GUILLIN**	HCN	Psychiatrie Adultes
Mr Didier **HANNEQUIN**	HCN	Neurologie
Mr Fabrice **JARDIN**	CB	Hématologie
Mr Luc-Marie **JOLY**	HCN	Médecine d'urgence
Mr Pascal **JOLY**	HCN	Dermato - Vénéréologie
Mme Annie **LAQUERRIERE**	HCN	Anatomie et cytologie pathologiques

Mr Vincent **LAUDENBACH**	HCN	Anesthésie et réanimation chirurgicale
Mr Joël **LECHEVALLIER**	HCN	Chirurgie infantile
Mr Hervé **LEFEBVRE**	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
Mr Thierry **LEQUERRE**	HB	Rhumatologie
Mr Eric **LEREBOURS**	HCN	Nutrition
Mme Anne-Marie **LEROI**	HCN	Physiologie
Mr Hervé **LEVESQUE**	HB	Médecine interne
Mme Agnès **LIARD-ZMUDA**	HCN	Chirurgie Infantile
Mr Pierre Yves **LITZLER**	HCN	Chirurgie cardiaque
Mr Bertrand **MACE**	HCN	Histologie, embryologie, cytogénétique
M. David **MALTETE**	HCN	Neurologie
Mr Christophe **MARGUET**	HCN	Pédiatrie
Mme Isabelle **MARIE**	HB	Médecine interne
Mr Jean-Paul **MARIE**	HCN	Oto-rhino-laryngologie
Mr Loïc **MARPEAU**	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Stéphane **MARRET**	HCN	Pédiatrie
Mme Véronique **MERLE**	HCN	Epidémiologie
Mr Pierre **MICHEL**	HCN	Hépato-gastro-entérologie
Mr Jean-François **MUIR**	HB	Pneumologie
Mr Marc **MURAINE**	HCN	Ophtalmologie
Mr Philippe **MUSETTE**	HCN	Dermatologie - Vénéréologie
Mr Christophe **PEILLON**	HCN	Chirurgie générale
Mr Christian **PFISTER**	HCN	Urologie
Mr Jean-Christophe **PLANTIER**	HCN	Bactériologie - Virologie
Mr Didier **PLISSONNIER**	HCN	Chirurgie vasculaire
Mr Gaëtan **PREVOST**	HCN	Endocrinologie
Mr Bernard **PROUST**	HCN	Médecine légale
Mme Nathalie **RIVES**	HCN	Biologie du développement et de la reproduction
Mr Jean-Christophe **RICHARD** *(détachement)*	HCN	Réanimation médicale - Médecine d'urgence
Mr Vincent **RICHARD**	UFR	Pharmacologie
Mr Horace **ROMAN**	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Jean-Christophe **SABOURIN**	HCN	Anatomie - Pathologie

Mr Guillaume **SAVOYE**	HCN	Hépato-gastrologie
Mme Céline **SAVOYE–COLLET**	HCN	Imagerie médicale
Mme Pascale **SCHNEIDER**	HCN	Pédiatrie
Mr Michel **SCOTTE**	HCN	Chirurgie digestive
Mme Fabienne **TAMION**	HCN	Réanimation médicale
Mr Luc **THIBERVILLE**	HCN	Pneumologie
Mr Christian **THUILLEZ**	HB	Pharmacologie
Mr Hervé **TILLY**	CB	Hématologie et transfusion
Mr Olivier **TROST**	HCN	Chirurgie Maxillo Faciale
Mr Jean-Jacques **TUECH**	HCN	Chirurgie digestive
Mr Jean-Pierre **VANNIER**	HCN	Pédiatrie génétique
Mr Benoît **VEBER**	HCN	Anesthésiologie - Réanimation chirurgicale
Mr Pierre **VERA**	CB	Biophysique et traitement de l'image
Mr Eric **VERIN**	CRMPR	Médecine physique et de réadaptation
Mr Eric **VERSPYCK**	HCN	Gynécologie obstétrique
Mr Olivier **VITTECOQ**	HB	Rhumatologie
Mr Jacques **WEBER**	HCN	Physiologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme Noëlle **BARBIER-FREBOURG**	HCN	Bactériologie – Virologie
Mr Jeremy **BELLIEN**	HCN	Pharmacologie
Mme Carole **BRASSE LAGNEL**	HCN	Biochimie
Mme Valérie **BRIDOUX HUYBRECHTS**	HCN	Chirurgie Digestive
Mr Gérard **BUCHONNET**	HCN	Hématologie
Mme Mireille **CASTANET**	HCN	Pédiatrie
Mme Nathalie **CHASTAN**	HCN	Physiologie
Mme Sophie **CLAEYSSENS**	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Moïse **COEFFIER**	HCN	Nutrition
Mr Stéphane **DERREY**	HCN	Neurochirurgie
Mr Manuel **ETIENNE**	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Serge **JACQUOT**	UFR	Immunologie
Mr Joël **LADNER**	HCN	Epidémiologie, économie de la santé
Mr Jean-Baptiste **LATOUCHE**	UFR	Biologie cellulaire
Mr Thomas **MOUREZ**	HCN	Bactériologie
Mme Muriel **QUILLARD**	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Mathieu **SALAUN**	HCN	Pneumologie
Mme Pascale **SAUGIER-VEBER**	HCN	Génétique
Mme Anne-Claire **TOBENAS-DUJARDIN**	HCN	Anatomie

PROFESSEUR AGREGE OU CERTIFIE

Mme Dominique **LANIEZ**	UFR	Anglais
Mr Thierry **WABLE**	UFR	Communication

II - PHARMACIE

PROFESSEURS

Mr Thierry **BESSON**	Chimie Thérapeutique
Mr Jean-Jacques **BONNET**	Pharmacologie
Mr Roland **CAPRON** (PU-PH)	Biophysique
Mr Jean **COSTENTIN** (Professeur émérite)	Pharmacologie
Mme Isabelle **DUBUS**	Biochimie
Mr Loïc **FAVENNEC** (PU-PH)	Parasitologie
Mr Jean Pierre **GOULLE**	Toxicologie
Mr Michel **GUERBET**	Toxicologie
Mme Isabelle **LEROUX - NICOLLET**	Physiologie
Mme Christelle **MONTEIL**	Toxicologie
Mme Martine **PESTEL-CARON** (PU-PH)	Microbiologie
Mme Elisabeth **SEGUIN**	Pharmacognosie
Mr Rémi **VARIN** (PU-PH)	Pharmacie clinique
Mr Jean-Marie **VAUGEOIS**	Pharmacologie
Mr Philippe **VERITE**	Chimie analytique

MAITRES DE CONFERENCES

Mme Cécile **BARBOT**	Chimie Générale et Minérale
Mme Dominique **BOUCHER**	Pharmacologie
Mr Frédéric **BOUNOURE**	Pharmacie Galénique
Mr Abdeslam **CHAGRAOUI**	Physiologie
Mme Marie Catherine **CONCE-CHEMTOB**	Législation pharmaceutique et économie de la santé
Mme Elizabeth **CHOSSON**	Botanique
Mme Cécile **CORBIERE**	Biochimie
Mr Eric **DITTMAR**	Biophysique

Mme Nathalie **DOURMAP**	Pharmacologie
Mme Isabelle **DUBUC**	Pharmacologie
Mr Abdelhakim **ELOMRI**	Pharmacognosie
Mr François **ESTOUR**	Chimie Organique
Mr Gilles **GARGALA** (MCU-PH)	Parasitologie
Mme Najla **GHARBI**	Chimie analytique
Mme Marie-Laure **GROULT**	Botanique
Mr Hervé **HUE**	Biophysique et mathématiques
Mme Laetitia **LE GOFF**	Parasitologie - Immunologie
Mme Hong **LU**	Biologie
Mme Sabine **MENAGER**	Chimie organique
Mr Mohamed **SKIBA**	Pharmacie galénique
Mme Malika **SKIBA**	Pharmacie galénique
Mme Christine **THARASSE**	Chimie thérapeutique
Mr Frédéric **ZIEGLER**	Biochimie

PROFESSEURS ASSOCIES

Mme Cécile **GUERARD-DETUNCQ**	Pharmacie officinale
Mr Jean-François **HOUIVET**	Pharmacie officinale

PROFESSEUR CERTIFIE

Mme Mathilde **GUERIN**	Anglais

ASSISTANT HOSPITALO-UNIVERSITAIRE

Mr Jérémie **MARTINET**	Immunologie

ATTACHES TEMPORAIRES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

Mr Romy **RAZAKANDRAINIBE**	Parasitologie
Mr François **HALLOUARD**	Galénique
Mme Caroline **LAUGEL**	Chimie organique
Mr Souleymane **ABDOUL-AZIZ**	Biochimie
Mme Maïté **NIEPCERON**	Microbiologie

LISTE DES RESPONSABLES DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

Mme Cécile **BARBOT**	Chimie Générale et minérale
Mr Thierry **BESSON**	Chimie thérapeutique
Mr Roland **CAPRON**	Biophysique
Mr Jean **CHASTANG**	Mathématiques
Mme Marie-Catherine **CONCE-CHEMTOB**	Législation et économie de la santé
Mme Elisabeth **CHOSSON**	Botanique
Mr Jean-Jacques **BONNET**	Pharmacodynamie
Mme Isabelle **DUBUS**	Biochimie
Mr Loïc **FAVENNEC**	Parasitologie
Mr Michel **GUERBET**	Toxicologie
Mr François **ESTOUR**	Chimie organique
Mme Isabelle **LEROUX-NICOLLET**	Physiologie
Mme Martine **PESTEL-CARON**	Microbiologie
Mme Elisabeth **SEGUIN**	Pharmacognosie
Mr Mohamed **SKIBA**	Pharmacie galénique
Mr Philippe **VERITE**	Chimie analytique

III – MEDECINE GENERALE

PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS-MÉDECIN GÉNÉRALISTE

Mr Jean-Loup **HERMIL**	UFR	Médecine générale

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS

Mr Emmanuel **LEFEBVRE**	UFR	Médecine générale
Mr Philippe **NGUYEN THANH**	UFR	Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS

Mr Pascal **BOULET**	UFR	Médecine générale
Mme Elisabeth **MAUVIARD**	UFR	Médecine générale
Mme Lucille **PELLERIN**	UFR	Médecine générale
Mme Yveline **SEVRIN**	UFR	Médecine générale
Mme Marie Thérèse **THUEUX**	UFR	Médecine générale

ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS

PROFESSEURS

Mr Serguei **FETISSOV** (med)	Physiologie (ADEN)
Mr Paul **MULDER** (phar)	Sciences du Médicament
Mme Su **RUAN** (med)	Génie Informatique

MAITRES DE CONFERENCES

Mr Sahil **ADRIOUCH** (med)	Biochimie et biologie moléculaire (Unité Inserm 905)
Mme Gaëlle **BOUGEARD-DENOYELLE** (med)	Biochimie et biologie moléculaire (UMR 1079**)**
Mme Carine **CLEREN** (phar)	Neurosciences (Néovasc)
Mme Pascaline **GAILDRAT** (phar)	Génétique moléculaire humaine (UMR 1079)
Mr Nicolas **GUEROUT** (phar)	Chirurgie Expérimentale
Mr Antoine **OUVRARD-PASCAUD** (med)	Physiologie (Unité Inserm 1076)
Mr Frédéric **PASQUET**	Sciences du langage, orthophonie
Mme Isabelle **TOURNIER** (phar)	Biochimie (UMR 1079)

CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS : Mme Véronique **DELAFONTAINE**

HCN - Hôpital Charles Nicolle ***HB - Hôpital de BOIS GUILLAUME***

CB - Centre Henri Becquerel ***CHS - Centre Hospitalier Spécialisé du Rouvray***

CRMPR - Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation ***SJ – Saint Julien Rouen***

Par délibération en date du 3 mars 1967, la faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

Remerciements :

A mes membres du jury, Professeur LIARD, Professeur MACE et Professeur GUILLIN pour leur temps consacré à juger ce travail.

Au Professeur GUILLIN pour son enseignement, son encadrement durant mon internat et sa disponibilité.

Au Docteur PACAUD pour son aide et son investissement dans la direction de cette thèse.

Au Docteur CHAUVIN pour sa confiance et son soutien.

A ma future belle-famille et en particulier mes futurs beaux-parents Patricia et Robin pour leur accueil, leur soutien et leur bienveillance.

A ma famille, pour les souvenirs heureux et les prochains.

A mes parents, Isabelle et Pierre, pour leur support en toute circonstance, leur éducation et leur amour. A mon sens les personnes les plus gentilles que j'ai rencontré. A ma mère, la personne la plus dévouée. A mon père, l'exemple à suivre que je n'atteindrai jamais.

A ma sœur, Virginie, pour son soutien, les souvenirs et la rigolade (« ***Treguna,*** Mekoïdes, Trecorum, Satis Dee… » © 1968 Wonderland Music Company, Inc.).

A mon frère, Cyril, pour sa complicité, son support, sa gentillesse (Bisous Sophie !).

A ma compagne, Margot, pour être entrée dans ma vie et me supporter au quotidien. Pour ton amour et la petite… (« Eh non, je ne lâcherai pas le prénom avant la naissance ! ») qui pousse.

A ma future belle-fille, Naëlle, pour sa bonne humeur et sa spontanéité.

SOMMAIRE

INTRODUCTION ..... p 16

PREMIERE PARTIE ..... p 17

I. Généralités sur le trouble bipolaire ..... p 17

a) Epidémiologie ..... p 17
b) Les comorbidités du trouble bipolaire ..... p 19
c) Les complications du trouble bipolaire ..... p 20
d) Les impacts socio-économiques ..... p 22
e) Les spécificités du trouble bipolaire chez l'adolescent ..... p 22

II. Les recommandations internationales ..... p 26

a) Les recommandations Françaises : ..... p 26
Haute **A**utorité de **S**anté (H.A.S)
b) Les recommandations Britanniques : ..... p 28
National **I**nstitute for health and **C**linical **E**xcellence (N.I.C.E)
c) Les recommandations Canadiennes : ..... p 29
CAnadian **N**etwork for **M**ood and **A**nxiety **T**reatments (CA.N.M.A.T)
d) Les recommandations Américaines : ..... p 30
American **P**sychiatric **A**cademy (A.P.A)

III. Les différents types d'interventions psychosociales ..... p 31

1. **La psychoéducation individuelle** ..... p 31
2. **La psychoéducation de groupe chez les adultes bipolaires** ..... p 31
   a) La **F**amily **F**ocused **T**reatment (FFT) ..... p 31
   b) La **T**hérapie **C**ognitive et **C**omportementale (TCC) ..... p 33
   c) L'**I**nter**P**ersonal and **S**ocial **R**ythm **T**herapy (IPSRT) ..... p 35
   d) La psychoéducation ..... p 38
3. **La psychoéducation de groupe chez les adolescents bipolaires** ..... p 41
   a) La FFT-A ..... p 41
   b) La **C**hild and **F**amily **F**ocused **C**ognitive **B**ehavioral **T**herapy (CFF-CBT) ..... p 42
   c) Les **M**ulti**F**amily **P**sychoeducation **G**roups (MFPG) ..... p 44
   d) L'IPSRT-A ..... p 45
   e) La Dialectical Behavior Therapy pour les Adolescents ..... p 46
   f) Des recommandations dans l'éducation thérapeutique des enfants et des adolescents dans les maladies somatiques ..... p 47
   g) La littérature a montré des résultats prometteurs sur l'éducation thérapeutique chez des enfants ..... p 47

IV. Les groupes de psychoeducation existants en France ..... p 49

a) Pour les adultes ..... p 49
b) Pour les adolescents ..... p 50

DEUXIEME PARTIE ..... p 51

I. Le groupe de psychoéducation de Rouen ..... p 51

II. La création d'un programme d'éducation thérapeutique destiné aux jeunes bipolaire à Rouen ..... p 52

III. Présentation des patients ..... p 59

a) Vignette clinique numéro 1 : Le cas de Laura, 21 ans ..... p 59
b) Vignette clinique numéro 2 : Le cas de Natacha, 23 ans ..... p 61
c) Vignette clinique numéro 3 : Le cas de Stéphanie, 22 ans ..... p 63
d) Vignette clinique numéro 4 : Le cas de Marion, 21 ans ..... p 65
e) Vignette clinique numéro 5 : Le cas de Carole, 17 ans ..... p 67
f) Vignette clinique numéro 6 : Le cas de Gabriel, 20 ans ..... p 69
g) Vignette clinique numéro 7 : Le cas de Barbara, 17 ans ..... p 71
h) Vignette clinique numéro 8 : Le cas de Frederic, 18 ans ..... p 73

IV. Analyse des résultats ..... p 76

a) Caractéristiques épidémiologiques des jeunes de l'échantillon ..... p 76
b) Particularités épidémiologiques ..... p 76
c) Analyse de la participation ..... p 76
d) Analyse des résultats au questionnaire de base des connaissances avant et après le groupe ..... p 78
e) Observance médicamenteuse ..... p 79
f) Taux de rechutes thymiques (dépression, manie, état mixte) ..... p 80
g) Taux d'hospitalisation ..... p 80
h) Taux de satisfaction ..... p 81

V. Discussion des résultats ..... p 82

CONCLUSION ..... p 87

ANNEXE ..... p 88
- ANNEXE 1 : Le programme des séances ..... p 88
- ANNEXE 2 : Le livret ..... p 90
- ANNEXE 3 : Le questionnaire de satisfaction ..... p 108

BIBLIOGRAPHIE ..... p 109

INTRODUCTION:

Le trouble bipolaire des adolescents est maintenant largement reconnu dans la communauté scientifique et depuis trois décennies des travaux concernant ses spécificités et sa prise en charge apparaissent dans la littérature.

Ce trouble bipolaire de l'adolescent est fréquent et sa prévalence est estimée à 1 % de la population juvénile[1] dans la littérature.

Cette maladie apparaissant tôt, à période de vulnérabilité, peut entraîner des graves complications et conséquences lorsqu'elle n'est pas traitée. En effet, le trouble bipolaire peut entraîner un risque suicidaire majeur, des conduites addictives, une déscolarisation et une désocialisation[2].

Ainsi, une prise en charge adaptée représente un enjeu majeur dans l'évolution du trouble bipolaire chez l'adolescent. Le traitement médicamenteux indispensable à la stabilisation du trouble ne semble malheureusement pas suffisant étant donné les taux de rechute, d'hospitalisations et de mauvaise observance importants à cet âge.

Il y a quelques années l'éducation thérapeutique est apparue en Amérique du Nord avec quatre objectifs principaux : optimiser le traitement médicamenteux, prévenir les récidives, améliorer la qualité de vie et consolider l'alliance thérapeutique. La psychoéducation chez l'adulte bipolaire à fait l'objet de nombreuses publications et permet d'améliorer considérablement l'évolution de la maladie.

Par contre, ce n'est que très récemment que le milieu médical s'est intéressé à l'éducation thérapeutique spécifique aux adolescents bipolaires. Les quelques études mettent en avant des résultats prometteurs en terme d'amélioration des symptômes et de l'observance médicamenteuse.

En se référant aux données de la littérature et aux groupes de psychoéducation pour bipolaire déjà existants, nous avons souhaité mettre en place un groupe d'éducation thérapeutique destinés aux jeunes bipolaires (16-25 ans). Le but était de leur proposer une prise en charge spécifique qui réponde aux attentes de cette tranche d'âge. Le programme a été mis en place en tenant compte des particularités liées à l'adolescence et en adaptant nos supports.

Ce travail détaille dans une première partie les différentes interventions psychosociales existantes dans le traitement du trouble bipolaire et les recommandations internationales actuelles.

Dans une seconde partie, la création et la mise en place du groupe d'éducation thérapeutique destiné aux jeunes bipolaires est exposée.

---

1 « Child and Adolescent Bipolar Disorder: Review of the Past 10 Years », consulté le 28 août 2016, http://www.bpso.org/bpreview.htm.

2 Luis Gutiérrez-Rojas et al., « Quality of life in bipolar disorder patients: a comparison with a general population sample », *Bipolar disorders* 10, nº 5 (2008): 625–634.

PREMIERE PARTIE:

I. Généralités sur le trouble bipolaire :

a) épidémiologie:

Le trouble bipolaire est une pathologie chronique alternant des phases d'expansion de l'humeur avec une augmentation de l'énergie et des activités (manie ou hypomanie), et des baisses de l'humeur (dépression), avec des intervalles libres plus ou moins longs.

Selon le DSM 5, les troubles bipolaires sont catégorisés en trouble bipolaire de type I, trouble bipolaire de type II et trouble bipolaire non spécifié[3].

- Les troubles bipolaires de type I sont caractérisés par la présence d'au moins un épisode maniaque ou mixte.

- Les troubles bipolaires de type II sont caractérisés par la survenue d'un ou de plusieurs épisodes dépressifs majeurs et d'au moins un épisode d'hypomanie.

La durée moyenne d'un épisode varie entre 4 et 13 mois, avec des épisodes maniaques plus courts que les épisodes dépressifs.

Le trouble bipolaire est caractérisé par la présence de récurrences chez plus de 90 % des patients. La première récurrence survient le plus souvent au cours des deux premières années suivant l'épisode initial[4].

En France, la prévalence du trouble bipolaire est estimée entre 1 % et 2,5 %.

Pour le trouble bipolaire de type I, la prévalence se situe autour de 0,6 %[5].
Pour le trouble bipolaire de type II, la prévalence est de l'ordre de 0,4 %, selon les critères du DSM-IV-TR.
Les formes subsyndromiques, également appelées trouble bipolaire NOS (« not otherwise specified »), ne correspondant pas au trouble bipolaire de type I ou II définis dans le DSM-IV-TR. Ces formes subsyndromiques ont une prévalence de 1,4 %[6].

Les patients bipolaires passent environ 20 % de leur vie dans des épisodes thymiques.

---

3 Haute Autorité de santé, « Note de cadrage Troubles bipolaires : repérage et diagnostic en premier recours Fiche Mémo », Juin 2014, www.has-sante.fr/.../troubles_bipolaires_reperage_et_diagnostic_en_premier_recours...

4 Roy H. Perlis et al., « Predictors of Recurrence in Bipolar Disorder: Primary Outcomes from the Systematic Treatment Enhancement Program for Bipolar Disorder (STEP-BD) », *The American Journal of Psychiatry* 163, nº 2 (février 2006): 217-24, doi:10.1176/appi.ajp.163.2.217.

5 Kathleen R. Merikangas et al., « Prevalence and Correlates of Bipolar Spectrum Disorder in the World Mental Health Survey Initiative », *Archives of General Psychiatry* 68, nº 3 (mars 2011): 241-51, doi:10.1001/archgenpsychiatry.2011.12.

6 Sportiche S, Nieto I, et Lépine JP, « Dossier « Troubles bipolaires - Clubhouse France », s. d., www.clubhousefrance.org/.../Revue-Le-concours-médical-Dossier-Troubles-bipolaire...

Le sexe ratio est de 1.

L'âge de début est variable [7]:

- 15 ans pour l'âge d'apparition des premiers symptômes,
- 18,7 ans pour l'âge du diagnostic,
- 22 ans pour l'âge du premier traitement,
- 25,5 ans pour l'âge de la première hospitalisation.

Le trouble bipolaire possède une forte composante génétique. Si un enfant a un antécédent au premier degré de trouble bipolaire alors son risque d'être bipolaire est d'environ 20 %. Si ses deux parents ont un trouble bipolaire, ce risque monte à 50–60 %[8].

Un début précoce, avant 18 ans, est un facteur de mauvais pronostic. Il y a un plus grand nombre de récurrences, d'épisodes mixtes, de cycles rapides, des périodes d'euthymie plus courtes, et une moins bonne réponse aux thymorégulateurs.

Les abus de substances et les troubles anxieux comorbides sont plus fréquents. Le taux d'actes médicolégaux est plus important[9,10].

Ils présentent aussi davantage d'antécédents familiaux de troubles de l'humeur, d'antécédents personnels de violence (verbale, physique ou sexuelle), de difficultés d'apprentissage, et de trouble bipolaire à cycles rapides.

Le taux de mortalité par suicide est dans ce cas également plus élevé[11].

Enfin, le trouble bipolaire est la sixième cause mondiale de handicap pour la population âgée de 15 à 44 ans[12].

Les femmes bipolaires ont plus que les hommes une polarité prédominante dépressive, comme un début dépressif alors que les hommes souffrent plus souvent de troubles comorbides addictifs.

Les femmes ont une plus grande prévalence de dépression avec symptômes psychotiques et de troubles comorbides de l'axe II. On retrouve plus d'antécédents personnels et familiaux de tentative de suicide chez les femmes.

Les femmes rapportaient plus des taux plus importants de troubles du comportement alimentaire comorbide, de changement de poids, d'appétit et d'insomnie durant la dépression[13].

---

7 J. Angst et R. Sellaro, « Historical Perspectives and Natural History of Bipolar Disorder », *Biological Psychiatry* 48, nº 6 (15 septembre 2000): 445-57.

8 Josef Hättenschwiler et al., « Troubles bipolaires: traitement - Swiss Medical Forum », 2009, medicalforum.ch/docs/smf/archiv/fr/2009/2009-43/2009-43-160.pdf.

9 Tasha D. Cate Carter et al., « Early Age at Onset as a Risk Factor for Poor Outcome of Bipolar Disorder », *Journal of Psychiatric Research* 37, nº 4 (août 2003): 297-303.

10 Roy H. Perlis et al., « Long-Term Implications of Early Onset in Bipolar Disorder: Data from the First 1000 Participants in the Systematic Treatment Enhancement Program for Bipolar Disorder (STEP-BD) », *Biological Psychiatry* 55, nº 9 (1 mai 2004): 875-81, doi:10.1016/j.biopsych.2004.01.022.

11 P. López et al., « Suicide Attempts in Bipolar Patients », *The Journal of Clinical Psychiatry* 62, nº 12 (décembre 2001): 963-66.

12 R. Dardennes et al., « [The costs of bipolar disorder] », *L'Encéphale* 32, nº 1 Pt 1 (février 2006): 18-25.

13 Kawa et al., « Gender differences in bipolar disorder ».

Par contre, les tentatives de suicide sont plus violentes chez les hommes (pendaison, arme à feu...)[14,15].

On retrouve plus souvent chez les hommes que chez les femmes un épisode maniaque qui inaugure le trouble bipolaire de type I.

Ils ont des taux plus importants de dépendance à l'alcool, au cannabis, de jeux pathologiques et de trouble des conduites comorbides [16].

b) Les comorbidités du trouble bipolaire :

Les comorbidités sont fréquentes dans le trouble bipolaire. Il apparaît qu'environ 65% des patients bipolaires présentent une comorbidité psychiatrique[17,18].

Les comorbidités addictives:

Les conduites addictives sont retrouvées de manière importante dans le trouble bipolaire.

Celles-ci toucheraient environ 40 % des sujets bipolaires alors qu'elles touchent 10 % de la population générale [19].

L'abus de substances illicites et d'alcool favorisent les rechutes thymiques et l'apparition d'éléments psychotiques, peuvent chroniciser un épisode dépressif et majorer la fréquence des états mixtes, des cycles rapides et le risque suicidaire.

Dans l'addiction à l'alcool, il existe une proportion plus grande d'hommes que de femmes. Cependant le risque de développer une dépendance est plus élevé chez les femmes [20].

37 % des patients alcoolo-dépendants souffriraient d'un autre trouble mental. L'alcoolo-dépendance serait associée à un risque multiplié par 6,3 d'avoir un trouble bipolaire [21].

14 Alessandra M.A. Nivoli et al., « Gender Differences in a Cohort Study of 604 Bipolar Patients: The Role of Predominant Polarity », *Journal of Affective Disorders* 133, nº 3 (octobre 2011): 443-49, doi:10.1016/j.jad.2011.04.055.

15 Gil Zalsman et al., « A comparison of the medical lethality of suicide attempts in bipolar and major depressive disorders », *Bipolar disorders* 8, nº 5p2 (2006): 558–565.

16 Izabela Kawa et al., « Gender differences in bipolar disorder: age of onset, course, comorbidity, and symptom presentation », *Bipolar disorders* 7, nº 2 (2005): 119–125.

17 S. L. McElroy et al., « Axis I Psychiatric Comorbidity and Its Relationship to Historical Illness Variables in 288 Patients with Bipolar Disorder », *The American Journal of Psychiatry* 158, nº 3 (mars 2001): 420-26, doi:10.1176/appi.ajp.158.3.420.

18 Yehuda Sasson et al., « Bipolar comorbidity: from diagnostic dilemmas to therapeutic challenge », *The International Journal of Neuropsychopharmacology* 6, nº 2 (juin 2003): 139-44, doi:10.1017/S1461145703003432.

19 P. Delamillieure, « Aspects pronostiques des troubles bipolaires », *L'Encéphale* 32, nº 3 (2006): 21–24.

20 Mark A. Frye et al., « Gender differences in prevalence, risk, and clinical correlates of alcoholism comorbidity in bipolar disorder », *American Journal of psychiatry* 160, nº 5 (2003): 883–889.

21 Anna Klimkiewicz et al., « Comorbidity of alcohol dependence with other psychiatric disorders, part I – epidemiology of dual diagnosis », *Psychiatria Polska* 49 (2015): 265-75, doi:10.12740/PP/25704.

Les comorbidités anxieuses:

42% des patients bipolaires auraient une comorbidité anxieuse [22].

Les troubles anxieux les plus souvent retrouvés sont : le trouble panique avec ou sans agoraphobie avec une prévalence vie entière de 20% ; la phobie sociale (16%) ; la phobie simple (10%) ; le TOC (9%) ; le stress post- traumatique (7%) ; le trouble anxiété généralisé (3%).

Les comordités alimentaires:

Concernant les troubles du comportement alimentaires, 6% des patients bipolaires rapporteraient un trouble du comportement alimentaire [23].

c) Les complications du trouble bipolaire :

Le trouble bipolaire présente un taux de mortalité deux fois plus élevé que celui de la population générale avec un risque suicidaire quinze fois plus élevé [24].

C'est la pathologie psychiatrique qui conduit le plus fréquemment aux tentatives de suicide.

L'estimation de la prévalence du suicide des patients bipolaires est à 15 %, soit environ 1 500 morts par an [25].

Selon les études, 25 à 60 % des patients bipolaires feront au moins une tentative de suicide dans leur vie, et parmi ces patients qui font une tentative de suicide, 4 % à 19 % des patients en décèderont [26,27,28].

Chez plus de 90% des suicidés ou suicidants est diagnostiqué un trouble psychiatrique et le plus souvent un trouble de l'humeur. Environ 60% de tous les suicides sont en lien avec un trouble de l'humeur [29].

A la mortalité suicidaire s'ajoute les décès par accident ainsi que l'aggravation du pronostic d'autres maladies et les accidents iatrogènes [30].

---

22 McElroy et al., « Axis I Psychiatric Comorbidity and Its Relationship to Historical Illness Variables in 288 Patients with Bipolar Disorder ».

23 Ibid.

24 Sportiche S, Nieto I, et Lépine JP, « Dossier « Troubles bipolaires - Clubhouse France ».

25 P.-M. Llorca et al., « Caractéristiques et modalités de prise en charge des patients présentant un trouble bipolaire en France : enquête MONTRA », *L'Encéphale* 39, nº 3 (juin 2013): 212-23, doi:10.1016/j.encep.2013.04.010.

26 Danielle M. Novick, Holly A. Swartz, et Ellen Frank, « Suicide Attempts in Bipolar I and Bipolar II Disorder: A Review and Meta-Analysis of the Evidence », *Bipolar Disorders* 12, nº 1 (février 2010): 1-9, doi:10.1111/j.1399-5618.2009.00786.x.

27 E. C. Harris et B. Barraclough, « Suicide as an Outcome for Mental Disorders. A Meta-Analysis », *The British Journal of Psychiatry* 170, nº 3 (1 mars 1997): 205-28, doi:10.1192/bjp.170.3.205.

28 Dag Tidemalm et al., « Attempted Suicide in Bipolar Disorder: Risk Factors in a Cohort of 6086 Patients », éd. par Kenji Hashimoto, *PLoS ONE* 9, nº 4 (4 avril 2014): e94097, doi:10.1371/journal.pone.0094097.

29 J. John Mann, « Neurobiology of suicidal behaviour », *Nature Reviews Neuroscience* 4, nº 10 (octobre 2003): 819-28, doi:10.1038/nrn1220.

30 F. Rouillon, « Épidémiologie du trouble bipolaire », *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique* 167, nº 10 (décembre 2009): 793-95, doi:10.1016/j.amp.2009.09.015.

En 2011, une méta-analyse de B. Roshanaei-Moghddam et W. Katon établit que les patients avec un trouble bipolaire,comparativement à la population générale, ont un ratio standardisé de mortalité de 1,35 soit 35% de plus de décès principalement due à des affections cardiovasculaires [31] que dans la population générale, soit un risque de mortalité 2,5 fois plus élevé.

De plus, l'équipe de P. Toalson rappelle que les patients avec une pathologie mentale sévère, dont la schizophrénie et les troubles de l'humeur chroniques, ont un risque plus élevé que la population générale de développer un syndrome métabolique [32] (changements dans la tolérance au glucose et dans les taux des lipoprotéines avec des altérations des médiateurs inflammatoires et des facteurs pro-coagulants [33,34]).

Les traitements pour soigner le trouble bipolaire peuvent également être responsables de la prise de poids et de l'obésité et donc de l'apparition de ce syndrome métabolique [35,36].

L'AFSSAPS en mars 2010 rappelle les recommandations de suivi cardio-métabolique des patients traités par anti-psychotiques [37].

Les dysthyroïdies sont des pathologies fréquemment associées aux troubles de l'humeur.

Ces pathologies thyroïdiennes peuvent être expliquées par les effets secondaires des thymorégulateurs tels que la carbamazépine ou le lithium [38]. Cependant une association entre un hypofonctionnement de la thyroïde et le trouble bipolaire a pu être retrouvé sans que les patients n'aient pris de thymorégulateurs [39,40].

---

31 Babak Roshanaei-Moghaddam et Wayne Katon, « Premature Mortality from General Medical Illnesses among Persons with Bipolar Disorder: A Review », *Psychiatric Services (Washington, D.C.)* 60, nº 2 (février 2009): 147-56, doi:10.1176/appi.ps.60.2.147.

32 Patrick Toalson et al., « The metabolic syndrome in patients with severe mental illnesses », *Prim Care Companion J Clin Psychiatry* 6, nº 4 (2004): 152–8.

33 F. Lederbogen et al., « Increased Platelet Aggregability in Major Depression? », *Psychiatry Research* 102, nº 3 (24 juillet 2001): 255-61.

34 Florian Lederbogen et al., « Effect of Mental and Physical Stress on Platelet Activation Markers in Depressed Patients and Healthy Subjects: A Pilot Study », *Psychiatry Research* 127, nº 1-2 (juin 2004): 55-64, doi:10.1016/j.psychres.2004.03.008.

35 C. Torrent et al., « Weight Gain in Bipolar Disorder: Pharmacological Treatment as a Contributing Factor », *Acta Psychiatrica Scandinavica* 118, nº 1 (juillet 2008): 4-18, doi:10.1111/j.1600-0447.2008.01204.x.

36 A. H. Heald et al., « Changes in Metabolic Parameters in Patients with Severe Mental Illness over a 10-Year Period: A Retrospective Cohort Study », *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 14 janvier 2016, doi:10.1177/0004867415625817.

37 AFSSAPS, « Suivi cardio-métabolique des patients traités par antipsychotiques », mars 2010, ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/.../6b3aa2489d62f9ee02e5e6200861b2e0.pdf.

38 J. Simko et J. Horacek, « Carbamazepine and Risk of Hypothyroidism: A Prospective Study », *Acta Neurologica Scandinavica* 116, nº 5 (novembre 2007): 317-21, doi:10.1111/j.1600-0404.2007.00883.x.

39 J. Valle et al., « Evaluation of thyroid function in lithium-naive bipolar patients », *European Psychiatry* 14, nº 6 (1999): 341–345.

40 Saliha Ozsoy et al., « Ultrasonically Determined Thyroid Volume and Thyroid Functions in Lithium-Naïve and Lithium-Treated Patients with Bipolar Disorder: A Cross-Sectional and Longitudinal Study », *Human Psychopharmacology: Clinical and Experimental* 25, nº 2 (mars 2010): 174-78, doi:10.1002/hup.1093.

d) L'impact socio-économique :

Deux études anglosaxonnes [41,42] estiment le coût annuel du trouble bipolaire entre 10 000 et 16 000 € par personne dont 80 % sont liés aux coûts indirects, 15 % au coût de l'hospitalisation et 5 % au traitement médicamenteux [43].

L'utilisation des thymorégulateurs divise par 2 les coûts liés au trouble bipolaire. Le bénéfice est principalement obtenu par une réduction de 70 % du taux annuel d'hospitalisation de 47 % à 14 % par an [44].

Selon l'OMS, le trouble bipolaire aurait un impact important car c'est la 6ème cause mondiale de handicap chez l'adulte âgé de 15 à 44 ans. L'handicap estimé serait équivalent à celui de la schizophrénie.

Le trouble bipolaire est la pathologie mentale ayant le coût le plus élevé lié à l'absentéisme au travail qu'il provoque. Le coût des absences place le trouble bipolaire en troisième position toutes pathologies confondues, derrière l'hypertension et les traumatismes vertébromédullaires et devant le diabète sucré et l'insuffisance coronarienne [45].

e) Les spécificités du trouble bipolaire chez l'adolescent :

Le diagnostic de trouble bipolaire chez l'adolescent peur être parfois difficile à faire car les symptômes peuvent différer de ceux classiquement décrits chez les adultes. Le plus souvent le trouble débute par des symptômes dépressifs (P. Conus 2008)[46].

La dépression chez l'adolescent ne se manifeste pas toujours par de la tristesse, comme le souligne B. Geller en 2002. La tristesse peut être remplacée par de l'irritabilité, de l'agressivité, des plaintes somatiques ou encore des troubles des conduites. Il n'est pas rare que certains adolescents commettent même des actes anti-sociaux (vandalisme, vols...)[47].

---

41 R. J. Wyatt et I. Henter, « An economic evaluation of manic-depressive illness-1991 », *Social psychiatry and psychiatric epidemiology* 30, nº 5 (1995): 213–219.

42 Roben Das Gupta et JULIAN F. GUEST, « Annual cost of bipolar disorder to UK society », *The British Journal of Psychiatry* 180, nº 3 (2002): 227–233.

43 Dardennes et al., « [The costs of bipolar disorder] ».

44 PESELOW ED et FIEVE RR., « Cost effectiveness of a lithium clinic. In Depression and mania : modern lithium therapy. », 1987, Johnson FN, édition.

45 Ron Z. Goetzel et al., « The Health and Productivity Cost Burden of The "top 10" physical and Mental Health Conditions Affecting Six Large U.S. Employers in 1999 », *Journal of Occupational and Environmental Medicine / American College of Occupational and Environmental Medicine* 45, nº 1 (janvier 2003): 5-14.

46 Philippe Conus et al., « Intervention précoce dans les troubles bipolaires - Swiss Medical Forum », 2008, medicalforum.ch/docs/smf/archiv/fr/2008/2008-17/2008-17-067.pdf.

47 Barbara Geller et al., « Two-Year Prospective Follow-up of Children with a Prepubertal and Early Adolescent Bipolar Disorder Phenotype », *The American Journal of Psychiatry* 159, nº 6 (juin 2002), doi:10.1176/appi.ajp.159.6.927.

Les symptômes maniaques sont par contre très proches de ceux retrouvés chez l'adulte comme le soulignent M. Macias et C. Bryois en 2007. Ils rapportent que les symptômes les plus fréquents chez l'adolescent lors d'un épisode maniaque sont : l'hyperactivité, les idées de grandeur, l'humeur irritable, l'agressivité, les conduites à risque, l'abus de substances, la diminution du sommeil, la tachylalie, la tachypsychie, la difficulté de concentration, l'hypersexualité, et dans certains cas les hallucinations auditives [48]. Lors des épisodes maniaques, on peut retrouver des fabulations plus que chez les adultes.

On retrouve plus d'épisodes mixtes chez les adolescents.

Lorsque les symptômes ne sont pas typiques, la difficulté chez les adolescents est de poser le diagnostic de trouble bipolaire. En effet, à cet âge là d'autres troubles psychiatriques peuvent être très proches comme la schizophrénie et l'état limite. D'ailleurs, certaines études rapportent que les erreurs diagnostiques à cet âge là seraient de 50% (P. Conus et al en 2008)[49].

L'autre frein au diagnostic est le manque d'insight du patient. En effet un état hypomane peut être vécu comme agréable et ne pas motiver les patients à demander de l'aide.

L'autre spécificité chez l''adolescent est la difficulté d'observance thérapeutique. L'acceptation du caractère chronique d'une maladie (asthme, trouble bipolaire, diabète...) est difficile à un âge où on cherche à s'identifier à ses pairs.

De plus, la "stigmatisation" des maladies psychiatriques et l'image véhiculée par la société (médias...) viennent encore complexifier la situation de l'adolescent bipolaire.

Enfin, l'adolescence est l'une des tranches d'âge où l'observance médicamenteuse est la plus difficile à obtenir.

L'étude de E. Corruble et P. Hardy montre des difficultés en particulier chez le sujet jeune, de sexe masculin, au cours de sa première année de traitement [50].

Les difficultés diagnostiques ont été également renforcées avec l'apparition d'un nouveau diagnostic dans la catégorie des troubles de l'humeur. En 2003, l'équipe du NIMH (*National Institute of Mental Health)* dirigée par le Dr E. Leibenluft a mis au point les critères du *severe mood disorder* (SMD) traduit en français par dysrégulation émotionnelle et comportementale sévère afin de mieux étudier cette population pédiatrique et les liens éventuels avec les troubles bipolaires de l'adulte [51].

---

48 « Diagnostic précoce du trouble bipolaire chez l'enfant et l'adolescent (TBEA) - revmed », consulté le 28 août 2016, http://revmed.ch/rms/2007/RMS-113/32068.

49 Philippe Conus et al., « The proximal prodrome to first episode mania–a new target for early intervention », *Bipolar disorders* 10, nº 5 (2008): 555–565.

50 E. Corruble et P. Hardy, « Observance du traitement en psychiatrie », *Encyclopédie médicochirurgicale*, 2003, http://psychologie-m-fouchey.psyblogs.net/public/fichiers%20joints/psychiatrie/psychiatrie_Observance_du_traitement_en_psychiatrie_37-860-A-60.pdf.

51 X. Benarous et al., « Dysrégulation émotionnelle et comportementale sévère : une nouvelle entité pour des enfants irritables ? », *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence* 62, nº 2 (mars 2014): 72-82, doi:10.1016/j.neurenf.2013.10.001.

Ces critères sont les suivants :

Critères pour la dysrégulation émotionnelle et comportementale sévère (SMD) [52] :

Critères d'inclusion :

–un âge entre 7 et 17 ans et une survenue du syndrome avant 12 ans
–une humeur anormale (tristesse, colère) présente au moins une demi-journée, la plupart des jours, et suffisamment sévère pour être constatée par l'entourage de l'enfant (parent, professeur et pairs)
–des signes d'excitabilité définis par au moins 3 des critères suivants : insomnie, agitation, distractibilité, accélération de la pensée ou fuite des idées
–l'enfant montre une réactivité marquée et amplifiée aux stimuli négatifs comparé à ses pairs. On retrouve par exemple, des crises de colère aux moments des frustrations (inappropriées compte tenu de son âge et du facteur précipitant), des crises de rage verbale,des agressions contre les personnes ou les objets. Ces évènements surviennent en moyenne 3 fois par semaine
–les symptômes décrits dans le critère 2, 3 et 4 sont habituellement présents et persistent pendant plus de 12 mois, sans intervalle libre de plus de 2 mois
–les symptômes doivent avoir au moins un retentissement fonctionnel important dans un domaine et moyennement important dans un second parmi : le domicile, l'école, les relations avec les pairs.

Critères d'exclusion :

- la présence d'un des symptômes cardinaux de la manie : une humeur élevée ou expansive, des idées de grandeur, une augmentation de l'estime de soi,une réduction épisodique du besoin de sommeil
- ces symptômes surviennent de manière épisodique
- le sujet répond aux critères diagnostiques d'une schizophrénie, d'une schizophrénie dysthymique, d'un trouble envahissant du développement, ou d'un syndrome de stress post-traumatique
- le sujet répond aux critères d'un abus de substance dans les 3 mois qui précèdent
- QI < 70
- les symptômes sont dus aux effets physiologiques d'une substance ou liés à une affection médicale ou neurologique.

En Mai 2013, ce nouveau diagnostic apparaît sous le nom de disruptive mood dysregulation disorder (DMDD)[53] pour trouble perturbateur de la régulation émotionnelle.

52 Ibid.
53 « Disruptive Mood Dysregulation Disorder - DSM-5 », Mai 2013, www.dsm5.org/.../Disruptive%20Mood%20Dysregulation%20Dis...

Critères diagnostics pour le trouble perturbateur de la régulation émotionnelle proposé dans le DSM-5 [54] :

A	Crises de colères sévères et récurrentes en réponse à un facteurs de stress habituel : 1. Soit verbalement soit à travers le comportement, tel que crise de rage verbale, agression physique à l'encontre des personnes et des objets. 2. Réaction globalement excessive en terme de durée et d'intensité compte tenu de la situation de frustration. 3. Inadapté au niveau de développement de l'enfant.
B	Crises de colères, en moyenne, 3 fois ou plus par semaine
C	L'humeur anormale négative persistante entre les crises (irritabilité, colère, et/ou tristesse) quasiment toute la journée
D	Les critères A-C doivent être présent au moins de 12 mois sans intervalle libre de plus de 3 mois consécutif
E	Les symptômes se manifestent dans au moins deux types d'environnements différents (à la maison, à l'école, avec les paires) et doivent être sévères dans au moins un domaine.
F	Agé de 6 ans ou plus
G	Age de survenue avant 10 ans
H & I	Le symptômes ne répondent pas aux critères d'un autre trouble mental (par exemple trouble bipolaire, épisode dépressif majeur, psychose) mais peut coexister avec un trouble oppositionnel avec provocation, un TDAH ou un abus de substance

54 Florian Daniel Zepf et Martin Holtmann, « TROUBLE PERTURBATEUR DE LA REGULATION EMOTIONELLE », 2012, http://iacapap.org/wp-content/uploads/E3-MOODDYSREGULATION-FRENCH-2014.pdf.

II. Les recommandations internationales

Le début des troubles le plus souvent précoce, les risques liés à la pathologie, les comorbidités, les complications du trouble dont le suicide et l'impact socio-économique de cette pathologie justifient une intervention précoce. Ce sont aussi les raisons pour lesquelles des recommandations ont vu le jour.

En 1996, l'**OMS** a édité des recommandations sur l'éducation thérapeutique du patient dans le cadre de la prévention des maladies chroniques et définissait l'éducation thérapeutique de la manière suivante :

« L'éducation thérapeutique du patient (ETP) devrait permettre aux patients d'acquérir et de conserver les capacités et compétences qui les aide à vivre de manière optimale leur vie avec leur malade. Il s'agit, par conséquent, d'un processus permanent, intégré dans les soins, et centré sur le patient. L'éducation implique des activités organisées de sensibilisation, d'information, d'apprentissage de l'autogestion et de soutien psychologique concernant la maladie, le traitement prescrit, les soins, le cadre hospitalier et de soins, les informations organisationnelles, et les comportements de santé et de maladie. Elle vise à aider les patients et leurs familles à comprendre la maladie et le traitement, coopérer avec les soignants, vivre plus sainement et maintenir ou améliorer leur qualité de vie. »[55]

a) Les recommandations Françaises de la Haute Autorité de Santé (HAS)

En Juin 2007, l'**HAS** définit les finalités spécifiques de l'**ETP** pour les maladies chroniques que sont l'acquisition et le maintien par le patient de compétences d'auto-soins et la mobilisation ou l'acquisition de compétences d'adaptation [56].

En Mai 2009, l'**HAS** fait des recommandations spécifiques pour le trouble bipolaire. Celles-ci sont tout d'abord de stabiliser l'humeur à l'aide de traitements pharmacologiques en fonction des situations cliniques (épisodes maniaques, dépressifs, traitement prophylactique, agitation), puis les autres traitements tels que l'électro convulsivothérapie et la psychoéducation.

Pour l'**HAS**, la psychoéducation « consiste en des programmes délivrant de l'information structurée, devant être adaptée au patient (...) elle a de réels objectifs thérapeutiques et fait partie intégrante de l'approche thérapeutique».

55 World Health Organization et others, « Therapeutic patient education: continuing education programmes for health care providers in the field of prevention of chronic diseases: report of a WHO working group », 1998, http://apps.who.int/iris/handle/10665/108151.

56 Haute Autorité de santé, « Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques », s. d., www.has-sante.fr/portail/upload/docs/.../pdf/etp_-_guide_version_finale_2_pdf.pdf.

Elle a pour but de prévenir les rechutes thymiques, de réduire le nombre et la sévérité des symptômes de réduire le risque suicidaire, d'améliorer le fonctionnement psychosocial et la qualité de vie, d'améliorer l'adhésion au traitement, de prévenir l'usage des toxiques.

Par ailleurs, sont mentionnés, l'aménagement du mode de vie et les différentes approches psychothérapeutiques (psychothérapie de soutien, TCC…)[57].

Pour l'HAS, une ETP de qualité doit :

- **être centrée sur le patient** : intérêt porté à la personne dans son ensemble, respect de ses préférences, prise de décision partagée ;

- **être scientifiquement fondée** (recommandations professionnelles, littérature scientifique pertinente, consensus professionnel), et enrichie par les retours d'expérience des patients et de leurs proches pour ce qui est du contenu et des ressources éducatives ;

- **faire partie intégrante du traitement** et de la **prise en charge** ;

- **concerner la vie quotidienne du patient**, les facteurs sociaux, psychologiques et environnementaux ;

- **être un processus permanent**, qui est adapté à l'évolution de la maladie et au mode de vie du patient ; elle fait partie de la prise en charge à long terme ;

- **être réalisée par des soignants formés** à la démarche d'éducation thérapeutique du patient et aux techniques pédagogiques, au travail en équipe et à la coordination des actions.

- **s'appuyer sur une évaluation des besoins** subjectifs et objectifs, de l'environnement du patient (Diagnostic éducatif), et être construite sur des priorités d'apprentissage perçues par le patient et le professionnel de santé ;

- **se construire avec le patient**, et impliquer autant que possible les proches du patient ;

- **s'adapter au profil éducatif et culturel du patient**, et respecter ses préférences, son style et rythme d'apprentissage ;

- **être définie en termes d'activités et de contenu**, être organisée dans le temps, réalisée par divers moyens éducatifs :

- **utilisation de techniques de communication** centrées sur le patient ;

- **séances collectives ou individuelles**, ou en alternance, fondées sur les principes de l'apprentissage chez l'adulte (ou l'enfant) ;

- **accessibilité à une variété de publics**, en tenant compte de leur culture, origine, situation de handicap, éloignement géographique, ressources locales et du stade d'évolution de la maladie ;

57 Haute Autorité de santé, « GUIDE MÉDECIN - AFFECTION DE LONGUE DURÉE Troubles bipolaires Mai 2009 », s. d., www.has-sante.fr/portail/jcms/c.../ald-n-23-guide-medecin-sur-les-troubles-bipolaires.

- utilisation de techniques pédagogiques variées, qui engagent les patients dans un processus actif d'apprentissage et de mise en lien du contenu des programmes, avec l'expérience personnelle de chaque patient ;

- être multi professionnelle, interdisciplinaire et intersectorielle, intégrer le travail en réseau ; inclure une évaluation individuelle de l'ETP et du déroulement du programme. »[58,59]

En décembre 2010, l'**HAS** a édité un guide à destination des patients : « Vivre avec un trouble bipolaire »[60] et en *Mars 2015* a indiqué qu'une prise en charge financière était possible dans le cadre de programmes autorisés par les **Agences Régionales de Santé** (**ARS**)[61].

b) Les recommandations Britanniques du National Institute for health and Clinical Excellence (NICE)

En Juillet 2006 sont éditées les recommandations Britanniques du **National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE)** [62], remises à jour en *2011*[63], en septembre *2014* [64,65] et enfin *février 2016* [66].

Pour le **NICE**, après avoir stabilisé l'humeur avec des traitements pharmacologiques, un programme éducationnel, qui peut être une intervention avec une partie de la famille devrait être démarré aussi rapidement que possible par les soignants et délivrer un message positif de récupération.

58 Haute Autorité de santé, « Education thérapeutique du patient: définition, finalités et organisation », s. d., social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Definition_finalites_et_organisation_-_juin_2007.pdf.

59 Haute Autorité de santé, « Critères de qualité d'un programme d'éducation thérapeutique du patient », s. d., www.has-sante.fr/.../criteres-de-qualite-d-une-education-therapeutique-d...

60 Haute Autorité de santé, « La prise en charge d'un trouble bipolaire Vivre avec un trouble bipolaire », s. d., www.has-sante.fr/.../ald-n-23-guide-patient-la-prise-en-charge-d-un-trouble-bipolaire.

61 Haute Autorité de santé, « ALD n° 23 - Actes et prestations sur les troubles bipolaires - Actualisation mars 2015 », s. d., http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_849818/fr/ald-n-23-troubles-bipolaires.

62 National Collaborating Centre for Mental Health (UK), *Bipolar Disorder: The Management of Bipolar Disorder in Adults, Children and Adolescents, in Primary and Secondary Care*, National Institute for Health and Clinical Excellence: Guidance (Leicester (UK): British Psychological Society, 2006), http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK55364/.

63 NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE, « Review of Clinical Guideline (CG38) – Bipolar; the management of bipolar disorder in adults, children and adolescents, in primary and secondary care », s. d., https://www.nice.org.uk/guidance/cg38/.../cg38-bipolar-disorder-g...

64 National Collaborating Centre for Mental Health, « BIPOLAR DISORDER THE NICE GUIDELINE ON THE ASSESSMENT AND MANAGEMENT OF BIPOLAR DISORDER IN ADULTS, CHILDREN AND YOUNG PEOPLE IN PRIMARY AND SECONDARY CARE UPDATED EDITION », s. d., https://www.nice.org.uk/guidance/cg185/evidence/full-guideline-193212829.

65 NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE, « Bipolar disorder: the assessment and management of bipolar disorder in adults, children and young people in primary and secondary care », s. d., www.rcpsych.ac.uk/.../updated%20NICE%20bipolar%20guidance....

66 « Bipolar Disorder: Assessment and Management | 1-Recommendations | Guidance and Guidelines | NICE », consulté le 27 août 2016, https://www.nice.org.uk/guidance/cg185/chapter/1-Recommendations#care-for-adults-children-and-young-people-across-all-phases-of-bipolar-disorder-2.

Pour la prise en charge du trouble bipolaire de l'enfant et de l'adolescent, ces recommandations du Royaume-Uni mentionnent des considérations particulières spécifiques à cette classe d'âge:

- Il faut considérer avec attention les facteurs de stress de l'environnement social, scolaire et familial ainsi que la qualité des relations interpersonnelles.

- Par ailleurs, il ne faut pas négliger l'impact des comorbidités comme le **TDAH** et les troubles anxieux.

- Puis, il faut évaluer l'impact de ses troubles sur le fonctionnement social et scolaire.

- Par ailleurs, les parents (ou tuteurs légaux) doivent faire partie intégrante de la prise en charge, en donnant leur consentement et en étant informé des objectifs du traitement et aider à obtenir l'adhérence et la compliance au traitement.

- Enfin, les adolescents doivent faire l'objet d'entretiens individuels et avec leurs familles.

c) Les recommandations Canadiennes du Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT)

En 2005, les recommandations Canadiennes du **Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT)** sont éditées, et remises à jour en *2007* et *2009* [67].

Ces recommandations ont été réalisées avec la collaboration de la société internationale des troubles bipolaires (**International Society for Bipolar Disorders)**.

Selon le **CANMAT** plus les patients sont éduqués tôt à reconnaître et gérer leurs symptômes signaux (prodromes), moins ils rechutent.

La psychoéducation permet de diminuer également le taux d'hospitalisation et améliore l'observance médicamenteuse.

Pour la prise en charge des enfants et des adolescents bipolaires, les recommandations canadiennes soulignent l'importance des interventions psychosociales.

En effet, elle apporte des résultats prometteurs sur la symptomatologie et un maintien des effets positifs sur 3 ans (comme le montre une étude sur un modèle intégré de thérapie psychosociale centré sur l'enfant et sa famille).

67 Lakshmi N. Yatham et al., « Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) and International Society for Bipolar Disorders (ISBD) collaborative update of CANMAT guidelines for the management of patients with bipolar disorder: update 2009 », *Bipolar disorders* 11, nº 3 (2009): 225–255.

d) Les recommandations Américaines de l'American Psychiatric Academy (APA)

En 2002 sont éditées les recommandations Américaines de **l'American Psychiatric Academy (APA)**, remises à jour en *2005* [68] et *2009* [69].

Ces recommandations soulignent l'effet positif des interventions psychosociales chez les patients atteints de bipolarité.

Une amélioration est constatée dans l'adhésion aux soins, l'adaptation du rythme de vie, la détection des symptômes prodromaux et dans la gestion des conflits interpersonnels.

Par exemple, les groupes d'entraide (groupe de FFT de D.J.Miklowitz [70]) éduquent sur le trouble bipolaire et son traitement. Les patients dans ces groupes profitent souvent d'entendre les expériences d'autres, ce qui permet de mieux accepter la maladie.

En 2007, **l'American Academy of Child and Adolescent Psychiatry** a émis onze recommandations concernant la prise en charge du trouble bipolaire chez l'enfant et l'adolescent.

Les deux dernières mentionnent que les interventions psychothérapeutiques sont utiles pour améliorer la symptomatologie, promouvoir l'éducation sur la maladie, favoriser l'adhésion au traitement, prévenir les rechutes, réduire la morbidité à long-terme et promouvoir un développement et une croissance normale.

68 Robert MA Hirschfeld, « Guideline watch (November 2005): practice guideline for the treatment of patients with bipolar disorder », *Focus* 5, nº 1 (2007): 34–39.

69 Douglas G. Jacobs et al., « Assessment and treatment of patients with suicidal behaviors », *APA Pract Guidel*, 2010, https://www.psychiatry.org/File%20Library/Psychiatrists/Practice/Clinical%20Practice%20Guidelines/suicide.pdf.

70 Miklowitz DJ et al., « A randomized study of family-focused psychoeducation and pharmacotherapy in the outpatient management of bipolar disorder », *Archives of General Psychiatry* 60, nº 9 (1 septembre 2003): 904-12, doi:10.1001/archpsyc.60.9.904.

III. Les différents types d'interventions psychosociales :

1. La psychoéducation individuelle :

Un essai randomisé de 1999 réalisé par l'équipe de **A. Perry** [71] portant sur l'efficacité de l'éducation des symptômes précoces de la maladie chez des bipolaires âgés de 18 à 75 ans a montré des résultats positifs.

Les patients qui suivaient 7 à 12 séances individuelles avaient une **diminution** significative **du nombre d'épisodes maniaques à 18 mois et les rechutes étaient plus tardives** (65 semaines comparées aux 17 semaines des patients n'ayant pas suivi de séances).

Une **amélioration** significative du **fonctionnement social et de l'emploi** a pu être constatée.

Une autre étude réalisée en 2013 [72], chez des bipolaires âgés de 18 à 60 ans, a montré que les patients dans le groupe "d'intervention" (8 séances de 55min de psychoéducation individuelle par un psychologue en face à face suivi d'entretiens téléphoniques tous les mois et un support psychologique sur 18 mois) avaient une **amélioration** statistiquement significative **dans l'observance au traitement.**

Cette recherche a également démontré que dans le groupe d'intervention de psychoéducation, il y avait une **amélioration** plus significative de **tous les domaines de qualité de la vie, le nombre de rechutes et d'hospitalisations.**

2.La psychoéducation de groupe chez les adultes bipolaires :

a) La Family-Focused Treatment (FFT) :

Cette thérapie a été développée par **David J. MIKLOWITCH** [73], qui a défini 6 objectifs, dans le but d'éduquer les patients et leur entourage et améliorer le cours évolutif de la maladie.

Le premier est d'aider les patients et leur famille à intégrer leurs expériences liées aux épisodes bipolaires voire psychotiques pour mieux comprendre la maladie et l'accepter.

Le deuxième est de les aider à accepter que les patients sont susceptibles de rechuter et de leur faire comprendre que c'est une maladie chronique.

Le troisième objectif est de leur faire comprendre le rôle actuel et futur des traitements pharmacologiques dans la régulation de leur humeur pour ainsi favoriser l'observance.

---

71 Alison Perry et al., « Randomised controlled trial of efficacy of teaching patients with bipolar disorder to identify early symptoms of relapse and obtain treatment », *Bmj* 318, nº 7177 (1999): 149–153.

72 Ali Javadpour et al., « The Impact of a Simple Individual Psycho-Education Program on Quality of Life, Rate of Relapse and Medication Adherence in Bipolar Disorder Patients », *Asian Journal of Psychiatry* 6, nº 3 (juin 2013): 208-13, doi:10.1016/j.ajp.2012.12.005.

73 David J. Miklowitz et al., *Clinicians' Treatment Manual for Family-Focused Therapy for Early-Onset Youth and Young Adults (FFT-EOY)*, 2012.

Le quatrième est d'améliorer leur fonctionnement social et universitaire et de les aider à distinguer les rechutes de leur trouble, de leur trouble de personnalité.

Le cinquième est d'aider les patients à distinguer les évènements de vie stressants qui pourraient déstabiliser leur trouble et de leur donner des stratégies d'adaptation pour éviter que ces évènements ne décompensent leur trouble.

Le sixième et dernier objectif est de rétablir de bonnes relations familiales après un épisode de la maladie.

Cette thérapie se déroule en 3 phases sur 21 séances :

Tableau: programme des sessions de la « **Family- Focused Treatment** » pour adolescents bipolaires [74] :

SESSIONS	OBJECTIFS
1-9	Phase 1 : éducation.
1-2	Informer la famille sur les buts et attentes du programme, commencer à développer l'alliance thérapeutique.
3-4	Informer la famille sur les symptômes du trouble bipolaire. Leur montrer un film à but éducatif « les adolescents bipolaires ». Créer un « tableau de l'humeur » individuel. Répondre et prendre connaissance des doutes du patient et des parents au sujet du diagnostic.
5	Introduire la notion de vulnérabilité/ modèle de stress.
6	Identifier les facteurs de risque et les facteurs protecteurs.
7	Prévenir les rechutes.
8	Identifier comment la famille et l'école peuvent aider.
9	Rencontrer seuls les parents pour aborder certains sujets (non adhérence au traitement, difficultés parentales).
10-15	Phase 2 : entraînement aux techniques de communication.
10	Présenter les différentes compétences de communication.
11	Compétence 1 : exprimer les sentiments positifs.
12	Compétence 2 : écoute active.
13	Compétence 3 : faire une demande de changement positive.
14	Compétence 4 : exprimer les sentiments négatifs et des critiques constructives.
15	« Révision » de toutes les compétences utilisées.
16-21	Phase 3 : Résolution de problèmes.
16	Introduire le module résolution de problème. Identifier les buts et les problèmes familiaux.
17-19	Résolution de problèmes.
20-21	Fin : revoir les objectifs du traitement et les plans de prévention de rechute, encourager l'adhérence médicamenteuse, indiquer la conduite à tenir en cas d'urgence.

74 David J. Miklowitz et al., « Family-Focused Treatment for Adolescents with Bipolar Disorder », *Journal of Affective Disorders* 82 (octobre 2004): S113-28, doi:10.1016/j.jad.2004.05.020.

En 1999, une étude comparait **la FFT** avec une autre thérapie de gestion de crise et rapportait une amélioration des relations familiales un an après la thérapie pour les patients ayant bénéficié de 9 mois de **FFT** [75].

En 2000, une étude, faite par **D.J. Miklowitz** [76], a comparé 21 séances de **FFT** à 2 sessions d'éducation familiale. La thérapie a duré 9 mois pour les 2 groupes et les patients ont été évalués tous les 3 mois durant 1 an.

L'étude a montré une diminution significative du nombre de rechutes de tout type avec des intervalles libres plus longs pour les patients ayant suivis **la FFT**.

De plus, les patients du groupe **FFT** ont montré une diminution significative des symptômes dépressifs (mais pas des symptômes maniaques).

En 2003, une autre étude montrait que 28 patients, sur les 53 récemment hospitalisés pour un épisode maniaque, ayant bénéficiés de 9 mois de **FFT**, ont été moins ré-hospitalisés et ont moins rechuté sur les 2 ans de l'étude [77].

La même année, une autre étude de **Miklowitz** [78] montrait que les patients ayant suivis la **FFT** avaient significativement moins de rechutes, de plus longs intervalles libres, une diminution de leurs symptômes et une meilleure observance thérapeutique à deux ans de l'intervention.

b) La Thérapie Cognitive et Comportementale (TCC)

L'**INSERM** [79,80] définit la **TCC** comme suit :

Les Thérapies Cognitivo-Comportementales (**TCC**) se sont appuyées tout d'abord sur les théories de l'apprentissage. Elles ont ensuite pris pour référence les théories cognitives du fonctionnement psychologique, et en particulier le modèle du traitement de l'information.

L'étape préalable est l'analyse des relations entre les *« comportements-problèmes »*, les pensées, les émotions et l'environnement social et physique. Le thérapeute adapte ensuite au patient les différentes techniques relatives aux théories de cette approche.

Le thérapeute sélectionne avec le patient de problèmes concrets à résoudre et une démarche thérapeutique est établie en commun.

---

75 Teresa L. Simoneau et al., « Bipolar disorder and family communication: effects of a psychoeducational treatment program. », *Journal of Abnormal Psychology* 108, nº 4 (1999): 588.

76 David J. Miklowitz et al., « Family-focused treatment of bipolar disorder: 1-year effects of a psychoeducational program in conjunction with pharmacotherapy », *Biological psychiatry* 48, nº 6 (2000): 1.

77 Margaret M. Rea et al., « Family-Focused Treatment versus Individual Treatment for Bipolar Disorder: Results of a Randomized Clinical Trial. », *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 71, nº 3 (2003): 482-92, doi:10.1037/0022-006X.71.3.482.

78 Miklowitz DJ et al., « A randomized study of family-focused psychoeducation and pharmacotherapy in the outpatient management of bipolar disorder ».

79 Inserm, « Psychothérapie – Trois approches évaluées », s. d., www.inserm.fr/content/download/7356/56523/.../1/.../psychotherapie%5B1%5D.pdf.

80 Inserm, « « Psychothérapie, trois approches évaluées » Une Expertise Collective de l'Inserm », s. d., www.psydoc-france.fr/professi/.../2004_psychotherapies_trois_approchesCP.pdf.

Deux principes sont appliqués pour favoriser la réussite de cette démarche : la segmentation de la difficulté, en classant les étapes à affronter, et la valorisation des comportements positifs du patient par le thérapeute.

Les **TCC** se pratiquent sur une base de 10 à 25 séances dont la durée varie selon les troubles de 45 minutes à 3 heures.

A noter que presque toutes les interventions psychosociales utilisent des outils de **TCC.**

De nombreuses techniques de **TCC** ont été adaptées à l'adolescent et l'enfant, selon l'âge et avec le soutien de manuels spécifiques.

Deux études de LAM, de *2003* [81] et *2005* [82], montrent une diminution des rechutes, de leur durée, et du nombre d'admissions en hospitalisation. Les patients du groupe **TCC** ont un meilleur fonctionnement social et font mieux face aux prodromes maniaques à 1 an de l'intervention.

En 2006, l 'équipe de BALL[83], dans une étude randomisée, a montré que les patients ayant bénéficié de la **TCC** rechutaient moins et moins longtemps. Les intervalles libres étaient plus importants.

En 2013, deux études ont montré l'utilité [84] et l'efficacité de la **TCC**, y compris chez des patients bipolaires I résistants [85].

Des patient bipolaires de type I ont bénéficiés de 20 séances de groupe sur une durée de six mois en plus de leur traitement médicamenteux versus un groupe contrôle.

Chaque patient a été évalué à l'inclusion puis après six mois de suivi à l'aide d'échelles (**HDRS, MRS**) et d'auto-questionnaires (**BDI, DAS, SES, WHO-QOL**) visant à apprécier la souffrance symptomatique et fonctionnelle.

Les rechutes avec hospitalisation, les changements de traitement, ou la présence d'une symptomatologie dépressive (HDRS ≥ 16) ou maniaque (MRS ≥ 6) marquée ont été évalués durant les 6 mois de suivi.

Le groupe **TCC** a significativement moins rechuté à six mois comparé au groupe contrôle. La symptomatologie dépressive a diminué significativement, et la qualité de vie s'est améliorée.

Les patients étaient particulièrement en souffrance sévère du fait de nombreux épisodes mais les effets de la psychoéducation ont été francs.

---

81 Dominic H. Lam et al., « A Randomized Controlled Study of Cognitive Therapy for Relapse Prevention for Bipolar Affective Disorder: Outcome of the First Year », *Archives of General Psychiatry* 60, nº 2 (février 2003): 145-52.

82 Dominic H. Lam et al., « Relapse prevention in patients with bipolar disorder: cognitive therapy outcome after 2 years », *American Journal of Psychiatry* 162, nº 2 (2005): 324–329.

83 Jillian R. Ball et al., « A Randomized Controlled Trial of Cognitive Therapy for Bipolar Disorder: Focus on Long-Term Change », *The Journal of Clinical Psychiatry* 67, nº 2 (février 2006): 277-86.

84 Ibid.

85 A. Schaub et al., « [Cognitive-psychoeducational group programme for bipolar disorder: pilot study with two-year follow-up] », *Fortschritte Der Neurologie-Psychiatrie* 81 Suppl 1 (mai 2013): S30-34, doi:10.1055/s-0033-1335242.

c) L'InterPersonal and Social Rhythm Therapy (IPSRT)

Ellen FRANK, et ses collègues de l'école de PITTSBURGH, ont développé à partir de 1994 une thérapie interpersonnelle composite adaptée au trouble bipolaire.

Celle-ci intègre la thérapie interpersonnelle classique.

Cette thérapie se base sur des éléments cognitivo-comportementaux de régularisation des routines quotidiennes. En effet sont identifiés des synchronisateurs (« *Zeitgebers* ») et des désynchronisateurs (« *Zeitstörers* ») chronobiologiques.

Par ailleurs, on retrouve une partie psycho-éducative sur les troubles bipolaires et fréquemment on retrouve une thérapie de maintenance.

Pour évaluer les rythmes sociaux des patients, il peut être intéressant de faire remplir par les patients une évaluation abrégée des rythmes sociaux (modifiée de Social Rhythm Metric – II – Five-Item Version, SRM-II-5, E. Frank, 2005)

Activités	Heure Optimale ± 15 min	lundi	mardi	mercredi	jeudi	vendredi	samedi	dimanche
Lever du lit								
1er contact avec autrui								
Début activité prof., ménagère								
Dîner								
Coucher (lit)								
Score de l'humeur								

-Définir l'heure optimale de chacune des activités
-Marquer l'heure réelle de chacune des activités chaque jour de la semaine
-Noter si des proches sont impliqués dans cette activité : A/seul, B/ autres présents, C/ autres présents et actifs,
-Noter l'humeur globale chaque jour de -5 très déprimé(e) à +5 très exalté(e) (0 étant l'euthymie)
-Noter si survenue d'un événement particulier important

La première version du **SRM** comportait 17 items : le lever, le premier contact social, la première boisson, le petit-déjeuner, la première sortie, le début du travail, le déjeuner, la sieste, le dîner, l'exercice physique, la collation en soirée, le journal télévisé, une autre émission de TV, une activité personnelle A, une activité personnelle B, le retour à domicile et le coucher.

En 1997, son étude [86], sur 18 patients bipolaires de type I, montre, pour une thérapie de plus de 52 semaines, une stabilité significativement meilleure des routines quotidiennes avec une observance meilleure.

Une étude de grande envergure publiée en 2005 [87] a pour objectif de comparer deux approches psychothérapiques et psychosociales, l'**IPSRT** et un management clinique intensif (**ICM**) dans les troubles bipolaires de type I.

L'étude randomisée et contrôlée a présenté quatre bras de stratégies thérapeutiques :

- un bras d'**IPSRT** aiguë puis d'**IPSRT** de maintenance,
- un bras d'**ICM** aigu et de maintenance,
- deux bras croisés d'**IPSRT** aiguë suivi d'un **ICM** de maintenance
- et d'**ICM** aigu suivi d'une **IPSRT** de maintenance, avec un suivi pendant deux ans.

175 patients ont été inclus et suivis.

Les patients ayant bénéficié d'une **IPSRT** aiguë ont montré une augmentation significative de la période de rémission quelque soit le type d'intervention de maintenance.

Il a été constaté une meilleure stabilisation des rythmes quotidiens et surtout cette stabilisation a été corrélée avec la qualité de la durée de la rémission.

Finalement, les indications ont été étendues au trouble bipolaire de type II [88].

La version française de la **TIPARS** [89] se distingue également de la version originale de PITTSBURGH par sa passation sur 6 mois avec 24 séances hebdomadaires (8 en phase initiale, 12 en phase intermédiaire et 4 en phase de terminaison) avec des renforts possibles en maintenance à distance alors que la version américaine préconise une psychothérapie éventuellement aiguë en 16 ou 20 séances suivie d'une phase de maintenance sans durée définie sous forme de renforcement avec différents modules.

86 E. Frank et al., « Inducing Lifestyle Regularity in Recovering Bipolar Disorder Patients: Results from the Maintenance Therapies in Bipolar Disorder Protocol », *Biological Psychiatry* 41, nº 12 (15 juin 1997): 1165-73.

87 Ellen Frank et al., « Two-Year Outcomes for Interpersonal and Social Rhythm Therapy in Individuals With Bipolar I Disorder », *Archives of General Psychiatry* 62, nº 9 (1 septembre 2005): 996, doi:10.1001/archpsyc.62.9.996.

88 Ellen Frank, Holly A. Swartz, et Elaine Boland, « Interpersonal and social rhythm therapy: an intervention addressing rhythm dysregulation in bipolar disorder », *Dialogues in clinical neuroscience* 9, nº 3 (2007): 325.

89 T. Bottai et al., « [Interpersonal and social rhythm therapy (IPSRT)]. », *L'Encephale* 36 (2010): S206–17.

Objectifs de la **TIPARS** [90]

-Délivrer une psychoéducation sur les troubles bipolaires et leurs traitements.
-Aménager les rythmes sociaux.
-Lier événements de vie, rythmes quotidiens et variations thymiques.
-Mesurer les rythmes quotidiens.
-Régulariser les rythmes quotidiens.
-Équilibrer la balance entre activités et stimulations et repos et apaisement.
-Accepter une condition médicale au long cours ou « Faire le deuil d'un avenir indemne ».
-Résoudre les dysfonctionnements interpersonnels.
-Lier événements de vie, dysfonctionnements interpersonnels et variations thymiques.
-Focaliser le travail psychothérapique sur un domaine défini avec le patient de difficultés interpersonnelles (deuil pathologique, changement de rôle, conflits interpersonnels, déficit relationnel).

Planification de la **TIPARS** (Base sur 6 mois) [91]

Déroulement des séances et objectifs respectifs	**Nombre de séances hebdomadaires**
Phase initiale (2 mois)	
Biographie, histoire du trouble et traitements antérieurs	2
Psychoéducation sur les troubles bipolaires	2
Évaluation des rythmes sociaux	1
Cercle de proximité	1
Inventaire interpersonnel	2
Phase intermédiaire (3 mois)	
Deuil d'un avenir indemne et acceptation des contraintes de la bipolarité	2
Aménagement des rythmes sociaux	3
Travail spécifique dans un des domaines interpersonnels	7
Phase finale (1 mois)	
Bilan de l'aménagement des rythmes	1
Bilan du travail interpersonnel	1
Acceptation de la terminaison et contractualisation éventuelle d'une thérapie de maintenance	2
Phase de maintenance (durée à contractualiser)	
Prolongation et renforcement des acquis	Mensuelle ou nouveau module

90 Ibid.
91 Ibid.

d) La Psychoéducation

En 1991, **HARVEY et PEET** [92] ont développé un groupe afin d'éduquer des malades bipolaires sur le lithium et d'améliorer leur acceptation et l'observance au traitement.

Dans cette étude, 30 patients avaient reçu une éducation sur les sels de lithium par l'intermédiaire d'une vidéo et d'un manuel d'information. Le groupe contrôle de 30 patients n'avait pas eu ces informations. Les auteurs pensent que les patients ayant reçu l'information étaient plus observants.

En 2000 [93] et *2004* [94], **WEISS** a développé un groupe de psychoéducation appelé **Integrated Group Therapy (IGT)**. Cet **IGT** était destiné aux patients bipolaires ayant une comorbidité addictive. Ces études ont mis en avant une augmentation des périodes d'abstinence et une diminution de la sévérité de l'addiction.

En Espagne, **COLOM et VIETA**, co-fondateurs d'un des groupes de psychoéducation les plus reconnus [95], ont fait de nombreuses parutions avec des résultats convaincants [96,97].

Ils ont édité une première étude clinique prospective randomisée en aveugle comparant l'efficacité d'un groupe (18-65 ans) de psychoéducation (8 à 12 personnes par groupe) avec un traitement standard (21 séances de 90 min de psychoéducation vs 20 séances de rencontre en groupe avec les 2 mêmes psychiatres) [98].

Le groupe de psychoéducation réduit significativement le nombre de patients rechuteurs et le nombre de rechutes par patient, et augmente le temps entre les récurrences dépressives, maniaques, hypomaniaques et mixtes.

Le nombre et la durée des hospitalisations par patient étaient aussi diminués chez les patients ayant fait la psychoéducation. Le groupe de psychoéducation est une intervention efficace pour prévenir la récurrence chez les patients bipolaires I et II traités pharmacologiquement.

Ces résultats sont secondaires à la régularisation du mode de vie et de la détection précoce des symptômes.

---

92 M. Peet et N. S. Harvey, « Lithium Maintenance: 1. A Standard Education Programme for Patients », *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science* 158 (février 1991): 197-200.

93 Roger D. Weiss et al., « Substance Use and Perceived Symptom Improvement among Patients with Bipolar Disorder and Substance Dependence », *Journal of Affective Disorders* 79, nº 1-3 (avril 2004): 279-83, doi:10.1016/S0165-0327(02)00454-8.

94 Roger D. Weiss et al., « Group Therapy for Patients with Bipolar Disorder and Substace Dependence: Results of a Pilot Study », s. d., https://seekings.ipower.com/.../2000%20Group%20Therapy%20fo...

95 Francesc Colom et Eduard Vieta, *Manuel de psychoéducation pour les troubles bipolaires* (Marseille: SOLAL, 2006).

96 Francesc Colom et al., « Psychoeducation Efficacy in Bipolar Disorders: Beyond Compliance Enhancement », *The Journal of Clinical Psychiatry* 64, nº 9 (septembre 2003): 1101-5.

97 Francesc Colom et Eduard Vieta, « Improving the outcome of bipolar disorder through non-pharmacological strategies: the role of psychoeducation », *Revista Brasileira de Psiquiatria* 26 (octobre 2004): 47-50, doi:10.1590/S1516-44462004000700011.

98 Francesco Colom et al., « A Randomized Trial on the Efficacy of Group Psychoeducation in the Prophylaxis of Recurrences in Bipolar Patients Whose Disease Is in Remission », *Archives of General Psychiatry* 60, nº 4 (avril 2003): 402-7, doi:10.1001/archpsyc.60.4.402.

Comparés aux patients contrôles, les patients ayant reçus la psychoéducation avaient une meilleure observance [99] au lithium et des taux de lithium plus stables et plus élevés à 2ans de suivi[100].

Des effets prophylactiques sur la rechute à long terme ont pu être constatés, jusqu'à 5 ans [101].

En ce qui concerne le trouble bipolaire II, les psychoéduqués, en comparaison du groupe contrôle bipolaire II, avaient significativement de meilleurs résultats à 5 ans, avec un nombre moyen inférieur d'épisodes bipolaires, hypomaniaques et dépressifs, moins de jours passés en trouble de l'humeur et des niveaux moyens plus hauts de fonctionnement.

Bien que ces conclusions doivent être traitées avec prudence (étude post-hoc, petit échantillon, subanalyse, exploratoire, non stratifiée sur le trouble bipolaire II), il apparaît que la psychoéducation plus la médication peut profiter à aux sujets bipolaires II [102].

Ces résultats ont été répliqués dans une autre étude en *2013* [103] qui a montré que les patients qui avaient assisté au groupe de psychoéducation avaient seulement un quart des hospitalisations du groupe témoin - une différence clinique fortement significative.

La différence entre les participants et les patients du groupe témoin était encore plus saisissante, avec un remarquable douzième du taux d'admission moyen pendant le suivi à 1 an.

En France, **C.GAY et COLOMBANI** ont également édité un manuel de psychoéducation sur un modèle de 15 séances [104].

D'autres groupes de psychoéducation ont été créés avec des structures et des durées différentes et ont pu confirmer les résultats précédents [105,106].

Le groupe de **F. EKER**[107] a montré qu'après 6 semaines d'un programme de psychoéducation (6 séances de 90-120 min, groupes de 10-12 personnes) amélioraient significativement l'observance.

Le taux d'observance au traitement dans le groupe d'intervention augmentait de 40,0% à 86,7%.

---

99 F. Colom et al., « Stabilizing the stabilizer: group psychoeducation enhances the stability of serum lithium levels », *Bipolar Disorders* 7, nº s5 (2005): 32–36.

100 Colom et al., « A Randomized Trial on the Efficacy of Group Psychoeducation in the Prophylaxis of Recurrences in Bipolar Patients Whose Disease Is in Remission ».

101 F. Colom et al., « Group Psychoeducation for Stabilised Bipolar Disorders: 5-Year Outcome of a Randomised Clinical Trial », *The British Journal of Psychiatry* 194, nº 3 (1 mars 2009): 260-65, doi:10.1192/bjp.bp.107.040485.

102 F. Colom et al., « Psychoeducation for Bipolar II Disorder: An Exploratory, 5-Year Outcome Subanalysis », *Journal of Affective Disorders* 112, nº 1-3 (janvier 2009): 30-35, doi:10.1016/j.jad.2008.03.023.

103 Valentina Candini et al., « Is Structured Group Psychoeducation for Bipolar Patients Effective in Ordinary Mental Health Services? A Controlled Trial in Italy », *Journal of Affective Disorders* 151, nº 1 (octobre 2013): 149-55, doi:10.1016/j.jad.2013.05.069.

104 Christian Gay et al., *Troubles bipolaires manuel de psychoéducation: disposer de toutes les informations nécessaires : stabiliser la maladie : améliorer le suivi thérapeutique* (Paris: Dunod, 2013).

105 Jean-Michel Aubry et al., « Long-Term Impact of the Life Goals Group Therapy Program for Bipolar Patients », *Journal of Affective Disorders* 136, nº 3 (février 2012): 889-94, doi:10.1016/j.jad.2011.09.013.

106 Bartosz Grabski, Grzegorz Mączka, et Dominika Dudek, « The role of psychoeducation in the complex treatment of bipolar disorder », *Archives of Psychiatry and Psychotherapy* 3 (2007): 35–41.

107 Fatma Eker et Sirin Harkın, « Effectiveness of Six-Week Psychoeducation Program on Adherence of Patients with Bipolar Affective Disorder », *Journal of Affective Disorders* 138, nº 3 (mai 2012): 409-16, doi:10.1016/j.jad.2012.01.004.

D'un autre côté, le taux d'observance dans le groupe contrôle était de 38,9% en pré-test et de 24,2% en post-test.

Une étude de *2014*, de **KURDAL**, rappelait l'amélioration du niveau de fonctionnement des bipolaires ayant suivi une psychoéducation[108].

Une autre, de *2006*, rappelait l'importance de favoriser la communication dans des groupes de psychoéducation destinés aux proches des bipolaires[109].

Une méta-analyse de **BOND**, en *2015* [110], sur 16 essais contrôlés randomisés de psychoéducation chez des bipolaires en rémission, a été réalisée.

Des interventions de Groupe basées sur les modèles de **COLOM et VIETA** ou **BAUER et McBRIDE** [111] ont la meilleure preuve d'efficacité, ces sont les interventions de psychoéducation de choix.

La psychoéducation semblerait être efficace tant pour les bipolaires I que II.

La recherche des premiers signes d'alarme semblent être efficace pour empêcher la rechute maniaque, probablement en établissant un traitement précoce. La prévention de rechute dépressive peut exiger plus d'heures de thérapie.

La psychoéducation semble efficace dans la prévention de la rechute dans le trouble bipolaire surtout vis à vis de la rechute maniaque.
L'efficacité la plus grande a été trouvée dans des études avec un format de groupe, qui avait aussi un suivi plus long et plus d'heures de thérapie.

Des modèles de psychoéducation par internet ou via une interface mobile, ou encore l'interface **OXTEXT** [112] ont vu également le jour et ont pu montrer aussi un certaine efficacité [113,114]

De nouveaux modèles de remédiation apparaissent lorsque la psychoéducation n'est plus suffisante et que les troubles cognitifs deviennent trop importants [115].

---

108 Ebru Kurdal, Derya Tanriverdi, et Haluk Asuman Savas, « The Effect of Psychoeducation on the Functioning Level of Patients with Bipolar Disorder », *Western Journal of Nursing Research* 36, nº 3 (mars 2014): 312-28, doi:10.1177/0193945913504038.

109 Britta Bernhard et al., « Impact of Cognitive-Psychoeducational Interventions in Bipolar Patients and Their Relatives », *European Psychiatry* 21, nº 2 (mars 2006): 81-86, doi:10.1016/j.eurpsy.2005.09.007.

110 Kirsten Bond et Ian M Anderson, « Psychoeducation for Relapse Prevention in Bipolar Disorder: A Systematic Review of Efficacy in Randomized Controlled Trials », *Bipolar Disorders* 17, nº 4 (juin 2015): 349-62, doi:10.1111/bdi.12287.

111 Mark S Bauer et Linda McBride, *Thérapie de groupe pour le trouble bipolaire: une approche structurée : le programme d'objectifs personnels* (Paris: Editions Médecine & Hygiène, 2001).

112 John R. Geddes et David J. Miklowitz, « Treatment of bipolar disorder », *The Lancet* 381, nº 9878 (2013): 1672–1682.

113 Judith Proudfoot et al., « Effects of Adjunctive Peer Support on Perceptions of Illness Control and Understanding in an Online Psychoeducation Program for Bipolar Disorder: A Randomised Controlled Trial », *Journal of Affective Disorders* 142, nº 1-3 (décembre 2012): 98-105, doi:10.1016/j.jad.2012.04.007.

114 Colin A Depp et al., « Augmenting Psychoeducation with a Mobile Intervention for Bipolar Disorder: A Randomized Controlled Trial », *Journal of Affective Disorders* 174 (mars 2015): 23-30, doi:10.1016/j.jad.2014.10.053.

115 Francesc Colom, « The evolution of psychoeducation for bipolar disorder: from lithium clinics to integrative

3. La psychoéducation de groupe chez les adolescents bipolaires :

a) La FFT-A

En 2004, **D.J. MIKLOWITZ** a évalué la **FFT** sur les adolescents bipolaires en thérapie adjuvante des thérapies médicamenteuses.

Cette étude sur 20 adolescents, ayant eu une décompensation de tout type dans les 3 derniers mois, a montré une amélioration des symptômes dépressifs, maniaques et des troubles du comportement sur une période d'un an [116].

Une étude de 2007 chez des adultes et des enfants confirmait l'utilité de la FFT chez des patients bipolaires à début précoce [117].

Une étude de 2008, sur 58 adolescents bipolaires I, II ou non spécifiques, ayant eu un épisode de tout type dans les 3 mois, montrait que les patients ayant suivis une FFT-A passaient moins de temps en épisodes dépressifs et avaient une meilleure trajectoire de leurs symptômes dépressifs sur une période de deux ans après l'intrervention [118].

Une autre étude en 2014, du même auteur, sur 145 adolescents bipolaires I, II ou non spécifiques, ayant eu un épisode de tout type dans les 3 mois, montraient que les patients ayants suivis une **FFT-A** avaient moins de symptômes maniaques sévères durant la période de deux ans d'analyse [119].

Une méta-analyse de 2016, éditée par **M. REINARES**, a confirmé que la participation des parents dans la gestion thérapeutique du trouble bipolaire devrait être présentée dès que possible et adaptée à chaque patient et leur entourage en fonction de leurs caractéristiques et de leurs besoins.

L'intervention familiale **diminue les risques de récidive** des patients et **améliore le fonctionnement psychosocial**, la santé, le bien-être de tous les membres de la famille et **optimiserait les ressources socio-économiques** [120].

---

psychoeducation », *World Psychiatry* 13, nº 1 (2014): 90–92.

116 Miklowitz et al., « Family-Focused Treatment for Adolescents with Bipolar Disorder ».

117 Chad D. Morris, David J. Miklowitz, et Jeanette A. Waxmonsky, « Family-Focused Treatment for Bipolar Disorder in Adults and Youth », *Journal of clinical psychology* 63, nº 5 (mai 2007): 433-45, doi:10.1002/jclp.20359.

118 Ibid.

119 David J. Miklowitz et al., « Pharmacotherapy and Family-Focused Treatment for Adolescents With Bipolar I and II Disorders: A 2-Year Randomized Trial », *American Journal of Psychiatry* 171, nº 6 (juin 2014): 658-67, doi:10.1176/appi.ajp.2014.13081130.

120 M. Reinares et al., « The Role of Family Interventions in Bipolar Disorder: A Systematic Review », *Clinical Psychology Review* 43 (février 2016): 47-57, doi:10.1016/j.cpr.2015.11.010.

b) La Child and Family-Focused Cognitive-Behavioral Therapy (CFF-CBT)

Cette thérapie associe les principes de la **FFT** et de la thérapie cognitive et comportementale.

L'étude de PAVULURI de 2004 [121], a décrit le cadre théorique basé sur les problèmes spécifiques rencontrés par des enfants et de leurs familles face au trouble bipolaire.

Des évaluations de la sévérité des symptômes et du fonctionnement ont été faites avant et après le traitement en utilisant les items de sévérité de la **Clinical Global Impression Scales for bipolar disorder (CGI-BP)** et la **Children's Global Assessment Scale (CGAS)**.

12 sessions d'1 heure ont été réalisées.

Les patients montrent des réductions significatives des scores de sévérité sur la **CGI-BP** et des scores **CGAS** qu'avant la thérapie.

Une autre étude est celle de WEST [122]. Ce programme se base sur des sessions dites : *« booster »* en association avec un traitement médicamenteux. Le but de cette étude est d'évaluer si les effets positifs obtenus après la phase aiguë du traitement peuvent être maintenus dans le temps à l'aide de ce programme.

Tableau du programme RAINBOW de West [123] :

CFF-CBT	Obstacles à surmonter	Stratégies d'intervention « booster »
Routine	□ Difficultés aux changements. □ Difficultés à respecter l'heure pour aller dormir. □ Comportement d'opposition.	□ Activités cibles pour établir la routine : horaires pour les devoirs, dîner et se coucher. □ Rétablir rythme veille-sommeil.
Affect régulation	□ Agressivité, excitabilité. □ Isolement et repli sur soi. □ Sarcasme envers la famille.	□ « éducation » des parents sur ces comportements enracinés et les moyens pour les changer. □ Importance de la notion de « qualité de vie ». □ Développer la notion d'empathie chez le patient et ses parents. Rappel des compétences de communication.

121 Mani N. Pavuluri et al., « Child- and Family-Focused Cognitive-Behavioral Therapy for Pediatric Bipolar Disorder: Development and Preliminary Results », *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 43, n° 5 (mai 2004): 528-37, doi:10.1097/00004583-200405000-00006.

122 Amy E. West, David B. Henry, et Mani N. Pavuluri, « Maintenance Model of Integrated Psychosocial Treatment in Pediatric Bipolar Disorder », *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 46, n° 2 (février 2007): 205-12, doi:10.1097/01.chi.0000246068.85577.d7.

123 Ibid.

I can do it	□ Sentiment d'impuissance, d'auto-dévalorisation.	□ Réassurance. Insister sur les activités positives. Encourager.
No negative thoughts/ live in the now	□ Sentiment d'incompétence sociale. □ Lutte pour la réussite scolaire.	□ Identifier et nourrir les amitiés précieuses. □ Encourager vers séances rattrapage scolaire, tutorat.
Be a good friend/ balanced lifestyle	□ Idées de grandeur. □ Autorité avec les pairs. □ Parents accablés, débordés.	□ Encourager à avoir un petit cercle d'amis plutôt que d'aspirer à une popularité globale. □ Sensibilisation au sentiment d'empathie, introduction de la notion de respect. □ Parents : prendre du temps personnel, se faire aider.
Oh, how can we solve it?	□ Sentiment de moqueries, d'être le "bouc-émissaire". □ Pessimisme des parents. □ Conflits conjugaux.	□ Enseignement des compétences de résolution de problèmes, les parents sont encouragés à utiliser leur influence persuasive plutôt que la fermeté pour réduire la réactivité de leur enfant et la leur. □ Encourager les efforts des parents. □ Identifier les sources de conflits et les points forts de chaque parent.
Ways to get support	□ Pas de recherche d'aide. □ Difficultés relationnelles importantes entre l'enfant et ses parents.	□ Les encourager à solliciter des aides (associations…). □ Les aider à prévoir un plan en cas de situation de crises.

34 patients de 5 à 17 ans ont bénéficié de cette thérapie **CFF-CBT** pendant une période de 3 ans. Des évaluations régulières ont eu lieu à l'aide du **CGI-BP** et de la **CGAS**.

Le programme consiste en 12 sessions lors de la phase aiguë puis de sessions réparties sur les trois ans de suivi à une fréquence progressivement diminuée (hebdomadaires, mensuelles puis trimestrielles).

Les résultats retrouvés montrent une diminution et un maintien des scores à la **CGI-PB** et à la **CGAS** réalisés avant la mise en place du programme de soins, puis en phase post-aigue et à 3 ans. Les résultats montrent un maintien de l'amélioration clinique sur un long terme.

Des essais cliniques contrôlés construits sur ce modèle sont nécessaires pour confirmer les résultats et ainsi diminuer l'important taux de rechutes associé à ce trouble.

Enfin, une étude randomisée éditée en 2014 par WEST a démontré, sur 69 jeunes âgés de 7 à 13 ans, qu'après 12 sessions hebdomadaires suivies par 6 sessions mensuelles de rappel délivrées sur un total de 9 mois, une amélioration des symptômes dépressifs et maniaques et une augmentation du fonctionnement psychosocial à long-terme [124].

c) Les MultiFamily Psychoeducation Groups (MFPG)

Ces groupes avaient déjà été réalisés chez les adultes bipolaires mais jamais chez les enfants.

En 2002, FRISTAD [125] a publié une étude pilote sur les **MFPG** pour les familles d'enfants bipolaires.

Cette étude montre, malgré l'hétérogénéité des familles, que celles –ci bénéficient de cette intervention. En effet, cela permet une meilleure connaissance de la maladie, et des attitudes à adopter pour faire face aux symptômes (=stratégies de coping).Ces résultats restent stables après 4 mois.

En 2009, le même auteur a réalisé une étude randomisée sur les **MFPG** [126],
165 enfants âgés de 8 à 12 ans ont été randomisés, avec 78 dans le bras groupe de psychoéducation multifamiliaux et 87 dans le bras contrôle (patients sur liste d'attente pour le programme).

Ceux qui étaient dans les groupes **MFPG** participent avec 1 ou plus de leurs parents à 8 sessions de 90 minutes.

Tous les enfants souffrent d'un trouble de l'humeur : épisode dépressif majeur, trouble dysthymique (30%) et trouble bipolaire non spécifié, de type I et de type II (70%).

Les évaluations effectuées étaient : **Mood Severity Index (MSI), Mania Rating Scale (MRS**), **Children's Depression Rating Scale Revised (CDRS-R).**

Les **MFPG** en association avec le traitement médicamenteux obtient des **scores significativement inférieurs à la MSI** comparés au groupe contrôle. Le groupe contrôle montrent une **diminution similaire de ces scores 1 an plus tard, après avoir commencé la thérapie**.

124 Amy E. West et al., « Child-and family-focused cognitive-behavioral therapy for pediatric bipolar disorder: a randomized clinical trial », *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 53, nº 11 (2014): 1168–1178.

125 Mary A. Fristad, Jill S. Goldberg-Arnold, et Stephen M. Gavazzi, « Multifamily psychoeducation groups (MFPG) for families of children with bipolar disorder », *Bipolar Disorders* 4, nº 4 (2002): 254–262.

126 Mary A. Fristad et al., « Impact of Multifamily Psychoeducational Psychotherapy in Treating Children Aged 8 to 12 Years With Mood Disorders », *Archives of General Psychiatry* 66, nº 9 (1 septembre 2009): 1013, doi:10.1001/archgenpsychiatry.2009.112.

d) L'IPSRT-A

En 2010, HLASTALA [127] a publié un article sur l'**IPSRT** pour les adolescents bipolaires, les auteurs ont adapté l'**IPSRT** aux adolescents et l'ont nommé **IPSRT-A**.

Les trois 3 phases de l'**IPRST-A** :
- La phase initiale (4-6 sessions): rechercher avec l'adolescent ses antécédents, ses symptômes, discuter sur le traitement et les effets secondaires pour l'éduquer à l'observance thérapeutique, sur les facteurs déclenchants et protecteurs.Puis établir avec l'adolescent un tableau récapitulant toutes ses activités et leurs horaires (prise du petit déjeuner, premier contact social de la journée…) appelé « ***Social Rhythm Metric for Adolescent*** » (**SMR-A**) qui permet d'analyser la régularité de ses rythmes sociaux.

- La phase intermédiaire (8-10 sessions) : amélioration des problèmes interpersonnels de l'adolescent. Le thérapeute peut aider l'adolescent à développer des stratégies pour construire une routine sociale et une régularité de sommeil, à gérer les symptômes affectifs et résoudre des problèmes interpersonnels identifiés, aider l'adolescent dans ses efforts pour trouver une balance entre spontanéité et stabilité.

- La phase finale (2-3 sessions) : Le thérapeute fait le point sur les succès et les vulnérabilités de l'adolescent et l'aide à mettre en place des stratégies en cas d'exacerbation des symptômes et de problèmes interpersonnels.

Cette thérapie se répartie sur 16 à 18 séances sur 20 semaines, les parents participent à 2 ou 3 sessions de psychoéducation familiale.

Dans cette étude, 12 adolescents bipolaires I, II, NOS, d'âge moyen de 16 ans, actuellement en épisode maniaque, dépressif ou mixte ou présentant des symptômes cliniquement significatifs depuis plus de 2 semaines pour les bipolaires NOS, ont été inclus.

Les symptômes maniaques, dépressifs et le fonctionnement global ont été mesurés à l'entrée dans l'étude, et tous les mois pendant le traitement et après le traitement.

Les résultats ont mis en évidence une faisabilité et une acceptabilité de l'**IPRST-A** importante, de même qu'un haut score de satisfaction chez les adolescents.

Il a été retrouvé une diminution significative des symptômes maniaques (réduction du score à la **Mania Rating Scale** de 67%), dépressifs (réduction du score à la **Beck Depression Inventory** de 53%), et une amélioration du fonctionnement global des patients.

127 Stefanie A. Hlastala et al., « Interpersonal and Social Rhythm Therapy for Adolescents with Bipolar Disorder: Treatment Development and Results from an Open Trial », *Depression and Anxiety* 27, nº 5 (mai 2010): 457-64, doi:10.1002/da.20668.

e) La Dialectical Behavior Therapy pour les Adolescents (DBT-A)

Au départ, la **DBT** a montré une réduction des comportements suicidaires, des hospitalisations et du sentiment de colère, en améliorant l'ajustement social et l'observance au traitement chez des adultes au trouble de personnalité borderline (*LINEHAN, 1994)* [128].

MILLER, *en 1997*, a adapté la **DBT** aux adolescents suicidaires en incorporant un langage approprié à l'âge, en diminuant la longueur de la thérapie et en augmentant les compétences des membres de la famille en les impliquant dans des groupes [129].

Dans une étude quasi-expérimentale des adolescents recevant une **DBT** avaient moins d'hospitalisations psychiatriques et étaient plus observant. La **DBT** a été aussi associé aux diminutions des symptômes dépressifs et des idées suicidaires après la thérapie (Rathus et Miller, 2002)[130].

KATZ, *en 2004,* a utilisé la **DBT** sur une unité d'adolescents suicidaires hospitalisés, et a rapporté une diminution des comportements à risque, mais pas de la suicidalité, en comparaison à une thérapie autre[131].

En 2007, **GOLDSTEIN** adapte la **DBT** pour les adolescents bipolaires[132]. Cette étude sur 10 adolescents âgés en moyenne de 15 ans a montré sa faisabilité avec 90% de participation.

Les patients ont eu une amélioration significative de leur suicidalité, de leur comportement à risque, de leur régulation émotionnelle et de leurs symptômes dépressifs.

D'autres études du même auteur *en 2010 et 2011* ont montré une baisse significative des idées suicidaires, de la sévérité de la dépression, et de la dérégulation émotionnelle et une augmentation du temps passé sans symptômes après 1 an de thérapie.

En 2015, **GOLDSTEIN** [133] a conduit un essai pilote randomisé avec 20 adolescents âgés de 12 à 18 ans.14 ont participé à la **DBT-A** et 6 à des sessions de psychoéducation et cognitive et comportementale.

La **DBT** incluait 36 sessions (18 individuelles et 18 familiales) sur 1 an. Des évaluations étaient faites tous les 3 mois. Les adolescents ayant suivi la **DBT** ont eu significativement moins de symptômes dépressifs sévères et d'idées suicidaires, et plus de semaines en euthymie.

---

128 M. M. Linehan et al., « Interpersonal Outcome of Cognitive Behavioral Treatment for Chronically Suicidal Borderline Patients », *The American Journal of Psychiatry* 151, nº 12 (décembre 1994): 1771-76, doi:10.1176/ajp.151.12.1771.

129 Alec L. Miller, « Dialectical Behavior Therapy Adapted for Suicidal Adolescent... : Journal of Psychiatric Practice® », *LWW*, consulté le 31 août 2016, http://journals.lww.com/practicalpsychiatry/Fulltext/1997/03000/Dialectical_Behavior_Therapy_Adapted_for_Suicidal.2.aspx.

130 Jill H. Rathus et Alec L. Miller, « Dialectical Behavior Therapy Adapted for Suicidal Adolescents », *Suicide & Life-Threatening Behavior* 32, nº 2 (2002): 146-57.

131 Laurence Y. Katz et al., « Feasibility of Dialectical Behavior Therapy for Suicidal Adolescent Inpatients », *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 43, nº 3 (mars 2004): 276-82, doi:10.1097/00004583-200403000-00008.

132 Tina R. Goldstein et al., « Dialectical Behavior Therapy for Adolescents With Bipolar Disorder: A 1-Year Open Trial », *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 46, nº 7 (juillet 2007): 820-30, doi:10.1097/chi.0b013e31805c1613.

133 Tina R. Goldstein et al., « Dialectical Behavior Therapy for Adolescents with Bipolar Disorder: Results from a Pilot Randomized Trial », *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology* 25, nº 2 (mars 2015): 140-49, doi:10.1089/cap.2013.0145.

f) Des recommandations dans l'éducation thérapeutique des enfants et des adolescents dans les maladies somatiques :

En juin 2001, **l'ANAES** [134,135] recommandait une **ETP** dans la prise en charge de l'asthme chez les adultes et les adolescents. Une amélioration significative de plusieurs paramètres de sévérité de l'asthme a été mise en évidence chez les patients ayant suivi le programme éducatif « Un Souffle nouveau » comparativement à une population contrôle. La plupart de ces résultats ont été observés au terme de la première période de 6 mois et se sont maintenus à 1an.

Les Grands Thermes de la Bourboule acceuillent, de juin à septembre, des patients asthmatiques qu'ils soient adultes, adolescents, enfants, dans le cadre de l'école de l'asthme [136].

En juillet 2007, l'**HAS** [137] recommande l'éducation thérapeutique dans la prise en charge des enfants et des adolescents atteints de diabète de type 1 et la définit comme suit :

L'éducation thérapeutique comporte l'apprentissage et l'évaluation des connaissances de l'enfant et de son entourage proche : intelligibilité de soi et de sa maladie, maîtrise des gestes techniques d'autosurveillance et d'autotraitement, compétence d'autodiagnostic, d'autogestion d'une crise, d'autoadaptation de son cadre et de son mode de vie à sa maladie, d'autoadaptation à une modification des conditions de vie, à l'évolution des thérapeutiques, résultats des dépistages des complications, planification des prochains dépistages.

La reconnaissance des signes précoces d'hypoglycémie et d'acidocétose est une partie essentielle du programme d'éducation.

g) La littérature a montré des résultats prometteurs sur l'éducation thérapeutique chez des enfants :

En 2011, l'équipe de **D.J. Miklowitz** a mené une étude[138] sur 13 enfants, de 13 ans d'âge moyen, à risque de trouble bipolaire. Ces enfants avaient un épisode dépressif, une cyclothymie ou un trouble bipolaire non spécifique et avaient un de leur parent qui avait un trouble bipolaire I ou II. Ils ont testé les effets d'une **FFT** (12 sessions sur 4 mois) à 1 an. Ces jeunes ont eu des **améliorations** significatives de leur **dépression**, de leur **hypomanie** et de leurs **scores de fonctionnement psychosocial**. Ils ont montré des **améliorations** significatives de leurs scores à la **Young Mania Rating Scale** et à la **Children's Depression Rating Scale.**

134 ANAES, « RECOMMANDATIONS POUR LA PRATIQUE CLINIQUE ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE DU PATIENT ASTHMATIQUE ADULTE ET ADOLESCENT », Juin 2001, www.has-sante.fr/portail/.../education_adulte_asthmatique_-_recommandations.pdf.

135 ANAES, « Education asthmatique adulte - Synthèse - HAS », Juin 2001, www.has-sante.fr/portail/upload/docs/.../education_asthmatique_adulte_-_synthese.pd...

136 « Enfant asthmatique : découvrez la cure thermale pour enfant et l'école de l'asthme », consulté le 28 août 2016, http://www.grandsthermes-bourboule.com/ecole-asthme.html.

137 Haute Autorité de santé, « GUIDE - AFFECTION DE LONGUE DURÉE Diabète de type 1 de l'enfant et de l'adolescent », Juillet 2007, www.has-sante.fr/.../ald-n-8-guide-medecin-sur-le-diabete-de-type-1-chez-l-enfant-et-...

138 David J Miklowitz et al., « Early Psychosocial Intervention for Youth at Risk for Bipolar I or II Disorder: A One-Year Treatment Development Trial: Youth at Risk for Bipolar Disorder », *Bipolar Disorders* 13, nº 1 (février 2011): 67-75, doi:10.1111/j.1399-5618.2011.00890.x.

En 2013, **D.J. Miklowitz** [139] a réalisé un essai randomisé avec le même protocole sur 40 jeunes. Les participants ont été aléatoirement randomisés à la version **FFT-À-HAUT-RISQUE** (FFT-HR; 12 sessions de psychoéducation et d'entraînement à la communication et aux compétences de résolution de problèmes) ou une éducation contrôle (CE; 1-2 sessions familiales).

Les jeunes dans **FFT-HR** avait un **rétablissement plus rapide** de leurs symptômes d'humeur initiaux, **plus de semaines en rémission** et une **trajectoire plus favorable du YMRS à 1 an** que les jeunes dans la CE.

Un suivi plus long sera nécessaire pour déterminer si une intervention familiale précoce a des effets qui contribuent au retard ou à la prévention d'épisodes maniaques chez les jeunes vulnérables.

Le trouble bipolaire I et II affectent approximativement 2.5 % d'adolescents américains, avec un risque de faire une manie qui double au cours de l'adolescence. Quand combiné avec une histoire familiale de manie au premier ou au deuxième degré, plus de 50 % des jeunes avec des troubles bipolaires non spécifiques évoluent en trouble bipolaire I ou II dans les 5 ans.

Les enfants ou les adolescents avec une dépression ont aussi un risque élevé de conversion au trouble bipolaire I/II (15- 49%) en 2-4 ans après le début de leur premier épisode dépressif.

La conversion au trouble bipolaire I ou II est plus importante parmi les patients déprimés avec une histoire familiale de manie, des symptômes précoces de trouble thymique, une hypomanie subsyndromique, une schizophrénie, ou une labilité d'humeur épisodique [140,141].

En 2013, une méta-analyse [142] de l'équipe de **M.Reinares** a montré qu'**idéalement l'éducation thérapeutique devrait être initiée le plus tôt possible** même si ça ne voulait pas dire que les patients souffrant depuis longtemps ne pouvaient pas profiter de ces thérapies.

Une autre étude de 2014 suggère que les **jeunes patients peuvent bénéficier plus** que les adultes de **l'intervention combinée traitement pharmacologique et groupe de psychoéducation**.[143] (baisse du taux de ré-hospitalisation de 67% vs 32% et l'observance médicamenteuse multipliée par 5 vs 2-2,5).

En 2015, une autre méta-analyse [144] a montré que les études sur les **MFPG, FFT-A, CFF-CBT, IPSRT-A, DBT-A** étaient faisables et acceptables mais nécessitaient des essais randomisés avec de plus larges échantillons pour prouver leur efficacité réelle.

---

139 David J. Miklowitz et al., « Early Intervention for Symptomatic Youth at Risk for Bipolar Disorder: A Randomized Trial of Family-Focused Therapy », *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 52, nº 2 (février 2013): 121-31, doi:10.1016/j.jaac.2012.10.007.

140 Robin Nusslock et Ellen Frank, « Subthreshold bipolarity: diagnostic issues and challenges », *Bipolar Disorders* 13, nº 7-8 (2011): 587-603, doi:10.1111/j.1399-5618.2011.00957.x.

141 Jess G. Fiedorowicz et al., « Subthreshold Hypomanic Symptoms in Progression From Unipolar Major Depression to Bipolar Disorder », *The American journal of psychiatry* 168, nº 1 (janvier 2011): 40-48, doi:10.1176/appi.ajp.2010.10030328.

142 María Reinares, José Sánchez-Moreno, et Konstantinos N. Fountoulakis, « Psychosocial Interventions in Bipolar Disorder: What, for Whom, and When », *Journal of Affective Disorders* 156 (mars 2014): 46-55, doi:10.1016/j.jad.2013.12.017.

143 Lars Vedel Kessing et al., « Do Young Adults with Bipolar Disorder Benefit from Early Intervention? », *Journal of Affective Disorders* 152-154 (janvier 2014): 403-8, doi:10.1016/j.jad.2013.10.001.

144 Álvaro Frías, Cárol Palma, et Núria Farriols, « Psychosocial interventions in the treatment of youth diagnosed or at high-risk for pediatric bipolar disorder: A review of the literature », *Revista de Psiquiatría y Salud Mental (English Edition)* 8, nº 3 (2015): 146–156.

En accord avec les recommandations actuelles sur le trouble bipolaire et sur les travaux déjà publiés, la création d'un groupe de psychoéducation destiné aux jeunes bipolaires est cohérent cliniquement.

De plus, il semble répondre à une certaine demande des psychiatres, des patients et de leurs familles.

IV. Les groupes de psychoéducation existant en France :

a) Pour les adultes

Le Groupe FONDAMENTAL [145]:

Créée sous l'impulsion du ministre de l'enseignement supérieur et de la recherche en *2007*, la **fondation scientifique Fondamentale** a pour but de promouvoir l'**ETP** chez les patients atteints de pathologie mentale.

Cette fondation propose des formations à l'**ETP** chez les patients bipolaires et le programme proposé comprend 12 séances d'une heure et demi avec une périodicité bimensuelle.

Thématiques abordées au cours des séances:
Séance 1: Présentation du programme-Généralités sur les troubles bipolaires
Séance 2: La manie, l'hypomanie et les états mixtes
Séance 3: Les dépressions
Séance 4: La vulnérabilité des troubles bipolaires
Séance 5: Détection précoce de nouveaux épisodes
Séance 6: La normothymie
Séance 7: Les comorbidités
Séance 8: Les traitements pharmacologiques
Séance 9: Les conséquences de l'arrêt du traitement
Séance 10: Les aides psychologiques
Séance 11: L'annonce du trouble
Séance 12: Séance de synthèse

Entre chaque séance, les patients ont des tâches à effectuer: auto-observation de l'humeur, graphe résumant l'histoire de leur maladie, constitution d'une liste de leurs symptômes précurseurs de rechute.

Chaque tâche fait l'objet d'une discussion en groupe la semaine suivante- Un document de synthèse est remis au patient à la fin de chaque séance, ce qui constitue son propre dossier éducatif.

145 Fondation Fondamental, « PSYCHOEDUCATION DES TROUBLES BIPOLAIRES Une stratégie psychothérapeutique méconnue, peu diffusée et pourtant très efficace », mai 2011, https://www.fondation-fondamental.org/.../dp_formation_psychoeducation_vfinale.p...

Le Groupe de psychoéducation de la clinique du chateau à Garches [146]:

Le groupe est inspiré de celui du Dr Christian GAY, mis en place à la Clinique du Château, ayant donné naissance à l'ouvrage « **Manuel de psychoéducation sur les troubles bipolaires** » rédigé par Ch. Gay et M. Colombani[147].

Séance 1 – Définition de la psychoéducation
Séance 2 – Humeur normale et pathologique
Séance 3 – États dépressifs : les signes de la dépression
Séance 4 – États dépressifs : causes, conséquences et évolution
Séance 5 – Traitements des états dépressifs
Séance 6 – Les états d'excitation et les états mixtes - Le diagnostic
Séance 7 – Les états d'excitation - Causes et conséquences
Séance 8 – Les différents troubles de l'humeur
Séance 9 – Les stabilisateurs d'humeur
Séance 10 – Conscience du trouble : plan d'action en cas de crise
Séance 11 – Hygiène de vie : sommeil et rythmes sociaux
Séance 12 – Les thérapies cognitives - Affirmation de soi, confiance en soi et estime de soi
Séance 13 – Vivre au quotidien avec le trouble de l'humeur
Séance 14 – L'entourage - Quelle aide peut-il apporter ?
Séance 15 – Conclusions, commentaires et perspectives

Les sessions actuelles comportent 13 séances d'une heure trente par semaine regroupant entre 10 et 20 patients.

Les familles et les aidants y sont conviés. Deux sessions par an (septembre et février) sont organisées.

La TIPARS [148]:

Cette thérapie se déroule en 24 séances découpées en 3 phases et dure environ 6 mois.

L'équipe de T.Bottai, praticien hospitalier au centre hospitalier de Martigues, forme les professionnels de santé à cette technique.

b) Pour les adolescents

Après enquête auprès des différents services universitaires en France, il existe au moins 2 groupes d'éducation thérapeutique destinés aux jeunes bipolaires à Besançon et à Nice basés sur le modèle de Colom et Vieta.

146 « Clinique du Chateau de Garches - Trouble bipolaire ou maniaco-dépression », consulté le 28 août 2016, file:///C:/Users/Damien/Desktop/Th%C3%A8se/articles/imprim%C3%A9s/mod%C3%A8les%20de%20psycho%C3%A9duc/Clinique%20du%20Chateau%20de%20Garches%20-%20Trouble%20bipolaire%20ou%20maniaco-d%C3%A9pression.htm.

147 Christian Gay et al., *Troubles bipolaires manuel de psychoéducation: disposer de toutes les informations nécessaires : stabiliser la maladie : améliorer le suivi thérapeutique* (Paris: Dunod, 2013).

148 T. Bottai et al., « [Interpersonal and social rhythm therapy (IPSRT)]. », *L'Encephale* 36 (2010): S206–17.

Deuxième Partie:

I. Le groupe de psychoéducation de Rouen:

Il a été élaboré par le Dr BOURGEOIS, formée à la clinique de Garches, et a obtenu l'accréditation de l'**ARS** en 2010. Il comporte 3 phases, se déroule en 15 séances d' une heure trente et s'apparente au groupe de COLOM et VIETA ainsi que du groupe de la Clinique de Garches. La partie du programme concernant le travail sur les rythmes sociaux se fondent sur les travaux d'Ellen Frank et de l'équipe de Pittsburgh de recherche sur les troubles de l'humeur y compris bipolaire.

Séance 1 : Introduction : généralités sur les troubles bipolaires.
Séance 2 : La dépression.
Séance 3 : Les épisodes mixtes.
Séance 4 : La manie et l'hypomanie.
Séance 5 : Evolution et pronostic.
Séance 6 : Les thymorégulateurs.
Séance 7 : Les autres traitements utiles dans le trouble bipolaire.
Séance 8 : L'interruption de traitement et ses risques.
Séance 9 : Grossesse et conseil génétique.
Séance 10 : Trouble bipolaire et abus de substances.
Séance 11 : Détection précoce des épisodes maniaques et hypomaniaques.
Séance 12 : Détection précoce des épisodes dépressifs.
Séance 13 : Rythmes sociaux et troubles bipolaires.
Séance 14 : Gestion du stress et résolution de problèmes.
Séance 15 : Séance de clôture.

Chaque séance possède un support écrit, qui débute par l'énoncé de la séance, son plan et les objectifs propres qui lui sont rattachés. Le support se termine par quelques exercices de relance entre les séances qui permettent de travailler sur ces objectifs.

Le premier groupe de 16 patients a montré une diminution significative du nombre de semaines d'hospitalisation chez les patients ayant bénéficié de cette psychoéducation à 48 mois (46,6 vs 11,5 semaines). Ce qui a fait supposer une diminution de l'intensité des rechutes.

Les psychiatres traitants ont pu constater un investissement plus important des malades dans leur prise en charge avec une amélioration des connaissances sur le trouble et le vocabulaire médical.

Les 10 patients du groupe, qui ont rechutés, ont consulté plus précocement grâce à la détection de leurs prodrômes.

Dans le rapport synthétique d'évaluation quadriennale du 31 janvier 2015, 78 patients ont bénéficié du programme et une 7è session du groupe d'éducation thérapeutique sur les troubles bipolaires était en cours d'élaboration.

Globalement le programme a été un succès puisque le taux de satisfaction était de 96% et que malgré les lacunes de communication, les demandes étaient en croissance avec une augmentation des « candidatures spontanées » de patients par le bouche à oreille.

Après 4 années d'évaluation, et suivant les recommandations, certaines séances ont été modifiées.

Ainsi la séance sur la grossesse et la transmission qui désintéressait une partie du groupe et s'avérait au contraire anxiogène pour certaines jeunes femmes a été refondue. Les informations subsistent mais distillées longitudinalement et non par bloc thématique.

Une séance entière sur la cognition dans le trouble bipolaire a été développée avec la coanimation d'une neuropsychologue devant l'intérêt majeur des patients pour ce thème.

Ce qui fait que le programme est passé à 14 séances hebdomadaires de 1h30.

Parmi les participants, un certain nombre s'est porté volontaire pour participer plus activement à l'éducation thérapeutique. La réflexion se portait sur les manières de les intégrer dans la gestion du programme et dans la réalisation des séances (coanimation, témoignage, association de pairs aidants…).

Sur les données des 6 premières sessions, des informations sur le temps entre le début des troubles et le début de chaque session ont pu être récupérées chez 33 des 78 participants.

En moyenne, les patients ont participé au groupe après environ 15 ans d'évolution des troubles.

Le sexe ratio était de 45% d'hommes et 55% de femmes soit 35 patients contre 43 patientes.

8 sessions ont été réalisées et une 9ème est en cours de recrutement.

Sur les 6 sessions du groupe d'éducation thérapeutique destinées aux adultes bipolaires, réalisées de 2011 à 2015, 11 patients sur les 78 participants avait entre 16 et 25 ans lors du déroulement du groupe, soit 1/8éme des participants.

De plus, sur le centre hospitalier du Rouvray, 305 patients, âgés de 16 à 25 ans lors du diagnostic, ont été diagnostiqués bipolaires sur la période du 1er juillet 2011 au 30 juin 2016, soit 61 patients par an.

II. La création d'un programme d'éducation thérapeutique destiné aux jeunes bipolaires à Rouen:

Le fait de créer un programme pour les 16-25 ans permet d'aborder les symptômes [149] spécifiques rencontrés chez les adolescents (fréquences moyennes lors d'épisodes maniaques):
l'irritabilité (55,5-100%) y compris lors d'épisodes dépressifs, **les troubles du comportement** (73,5-100%), plus de symptômes psychotiques: **le délire** (15-68,5%), **les hallucinations** (16,5-33%), des cycles plus rapides et une moins bonne observance au traitements.

Mais également d'aborder des sujets qui peuvent être plus importants aux yeux des jeunes : **la sexualité, la grossesse, les toxiques, le profil évolutif de la maladie...**

149 D. Bailly, « Le trouble bipolaire existe-t-il chez l'enfant et l'adolescent? », *L'Encéphale* 32, nº 4 (2006): 501–505.

Un **nombre** de patients **réduits** dans le groupe permet de **faciliter les interactions** entre les patients et le thérapeute et entre les patients eux-même.

De plus, étant donné l'observance souvent difficile chez les adolescents, le programme a été créé pour qu'il ait une **durée raccourcie par rapport au groupe bipolaire adulte**. Pour se faire, il a été adapté en terme de nombre de séances et des horaires pour qu'il soit **compatible avec le rythme scolaire ou étudiant**.

Toujours pour créer une meilleure adhésion au programme, des efforts ont été faits pour le rendre **plus ludique** à l'aide de vidéos, de jeux de rôle, d'articles de presse, de jeux de stratégies de résolution de problèmes.

La recherche également d'un **lieu neutre** sur le plan de la représentation de la psychiatrie a été importante. Le fait de trouver un lieu qui ne soit ni synonyme de psychiatrie ni d'hospitalisation pour éviter de raviver de mauvais souvenir et de rebuter les jeunes à venir a été une étape importante.

Le lieu choisi a donc été la bibliothèque du service psychiatrique universitaire du CHU en dehors du service d'hospitalisation.
La pièce était **chaleureuse** et la disposition des chaises était **en cercle** autour de tables pour **faciliter les échanges**. L'utilisation de cette pièce, en dehors d'un service d'hospitalisation a permis également d'**éviter une stigmatisation** des jeunes. De plus, le CHU est bien **desservi** en ce qui concerne les **transports en commun ou le réseau routier**, ce qui a permis de faciliter la présence des jeunes au groupe.

Un autre point important a été d'**inclure l'entourage** des patients au programme: 1 séance a été proposée spécifiquement aux familles pour répondre à leurs interrogations, évoquer l'évolution de la maladie, les conduites à tenir en cas de décompensation, d'exprimer leur ressenti sur la maladie.

La rédaction du protocole de psychoéducation :

Le protocole a été créé en se basant sur les groupes de psychoéducation de **Colom et Vieta**, du **Dr Gay et Madame Colombani** et de l'expérience du groupe de psychoéducation Rouennais.

Pour les jeunes a été réalisé un livret descriptif qui leur a été remis lors de la première séance du programme.

L'inclusion des patients :

Les patients ont été recrutés de plusieurs façons :

- Par le service de psychiatrie du CHU de Rouen qui est alimenté en partie par les urgences.
- Par l'adressage de psychiatres hospitaliers après les avoir informés par mail de la création du groupe.

L'âge cible "adolescents-jeunes adultes" était 16- 25 ans. Pas avant 16 ans car le diagnostic peut être incertain et pas après 25 ans car ces patients relèvent du groupe de psychoéducation adulte.

Les patients devaient avoir un diagnostic posé de trouble bipolaire de type I ou II (selon le DSM IV ou V) et être stables cliniquement au moment de l'entrée dans le groupe.

Les patients recrutés ont été rencontrés avant le début du groupe pour évaluer leur motivation, refaire leur anamnèse, cibler leurs principales difficultés avec la maladie, leur expliquer le programme, les règles du groupe, confirmer leur diagnostic, évaluer leurs attentes.

Le déroulement du programme :

Le groupe était un groupe fermé et la présence à chaque séance était souhaitée.

Le programme s'est déroulé sur 10 séances à hauteur d'une séance hebdomadaire d'une heure.

Durant chaque séance, 1 ou 2 thèmes étaient abordés.

L'animation du groupe a été assurée par le médecin coordonnateur et un interne de DES psychiatrie.

La participation orale durant les séances était encouragée.

Des questions sur les séances précédentes et un brainstorming été réalisé à chaque début de séances et des questions libres pouvaient être posées à la fin de chaque séance sur le thème discuté.

De nombreux supports ont été utilisés: un power point présentant chaque thème abordé pour chaque séance, des vidéos de séries télévisées actuelles pour présenter des cas cliniques ou de témoignages de jeunes sur leurs addictions, des articles de presse pour discuter des termes médicaux utilisés par les médias et présenter des cas cliniques, des jeux de rôle ou de stratégies de résolution de problèmes.

Chaque participant pouvait contacter le thérapeute par mail ou par téléphone.

Le contenu des séances :

La première séance a été une première prise de contact afin de présenter les animateurs, les participants, que les participants fassent connaissance et de présenter le but de cette intervention psychoéducative.

Cette séance a également permis de rappeler les règles du groupe y compris celle de la confidentialité.

Le programme des séances et les thèmes abordés ont pu être présentés. Les participants ont pu remplir le questionnaire de base des connaissances et des réponses aux questions que les participants se posaient sur la première séance et la psychoéducation ont pu être données.

La deuxième séance concernait la manie et l'hypomanie. Cette séance débutait par un rapide tour de table sur ce que pouvait représenter un épisode maniaque pour les participants. Puis les différents symptômes de manie, hypomanie et état mixte ont pu être abordés.

Afin d'illustrer nos propos, un extrait vidéo de l'épisode 11 saison 1 de Homeland a été passé pour montrer un épisode manique.

Ensuite les animateurs et les participants ont pu remplir la Check-list d'hypomanie d'Angst ou profil personnel de manie.

Enfin la séance s'est terminée par les questions des participants sur la séance.

La troisième séance concernait la dépression. Le début de la séance consistait à faire un court rappel de la séance précédente et répondre aux éventuelles nouvelles questions. Les différents symptômes de la dépression ont pu être abordés et des articles de presse ont était lu afin d'introduire ce concept et juger de la pertinence de l'utilisation de ce terme dans certains articles.

La séance s'est terminée par les questions des participants.

La quatrième séance concernait les concepts de « cause » et de « facteurs déclenchant ». Après avoir repris les points importants de la séance précédente et répondu aux éventuelles questions, la séance a débuté par la mise en place d'un tableau sur ce que pouvait être pour les participants les causes et les facteurs déclenchant du trouble bipolaire.

Les concepts de causes et facteurs déclenchant ont été différenciés.

Durant cette séance ont pu être présentés le modèle de « stress-vulnérabilité » et l'importance de la régularité des rythmes sociaux.

Enfin les participants ont pu poser leurs questions.

La cinquième séance concernait l'évolution et le pronostic du trouble bipolaire. La séance débutait par un rapide rappel de la séance précédente et des nouvelles questions. Puis une présentation épidémiologique, de l'évolution et du pronostic du trouble bipolaire ont été abordés.

Les animateurs et les participants ont pu réaliser leur propre graphique vital sur les trois derniers mois.

Exemple de graphique vital :



L'évolution naturelle du trouble bipolaire a permis d'introduire l'importance de l'observance au traitement.

La séance s'est terminée sur les questions des participants.

La sixième séance portait sur les traitements. Après un court rappel de la séance précédente et les réponses aux questions, cette séance a pu commencer par un tour de table sur les classes thérapeutiques et les différents traitements que pouvaient avoir les participants. Les participants ont pu également parler de leur ressenti concernant la prise des traitements et leurs habitudes pour ne pas l'oublier.

Les différentes classes et les traitements ont pu être présentés ainsi que leurs effets secondaires potentiels et les signes de surdosage et la conduite à tenir en cas d'apparition de ceux-ci.

La place de la sismothérapie a pu également être discutée.

Puis un jeu de rôle entre un participant jouant le médecin et le médecin jouant un patient réfractaire au traitement a permis de renforcer l'importance de l'observance au traitement.

La séance s'est terminée par les questions des participants.

La septième séance portait sur la prise de toxiques (alcool, cannabis…) et sur la sexualité et la grossesse. Après un rappel et des questions sur la séance précédente, la séance a débuté par un listing des différentes drogues par les participants.

Puis les différentes drogues et leurs effets ont pu être abordés. Afin d'illustrer nos propos, de courtes séquences vidéos d'adolescents parlant de leurs addictions ont été passées : la première sur de jeunes consommateurs de cannabis. La seconde sur une jeune consommatrice de cocaïne et la troisième était un reportage BFM TV sur l'alcool et l'adolescence aux urgences du CHU de Rouen.

La sexualité et la grossesse chez les bipolaires ont également été abordées.

La séance s'est terminée sur les questions des participants.

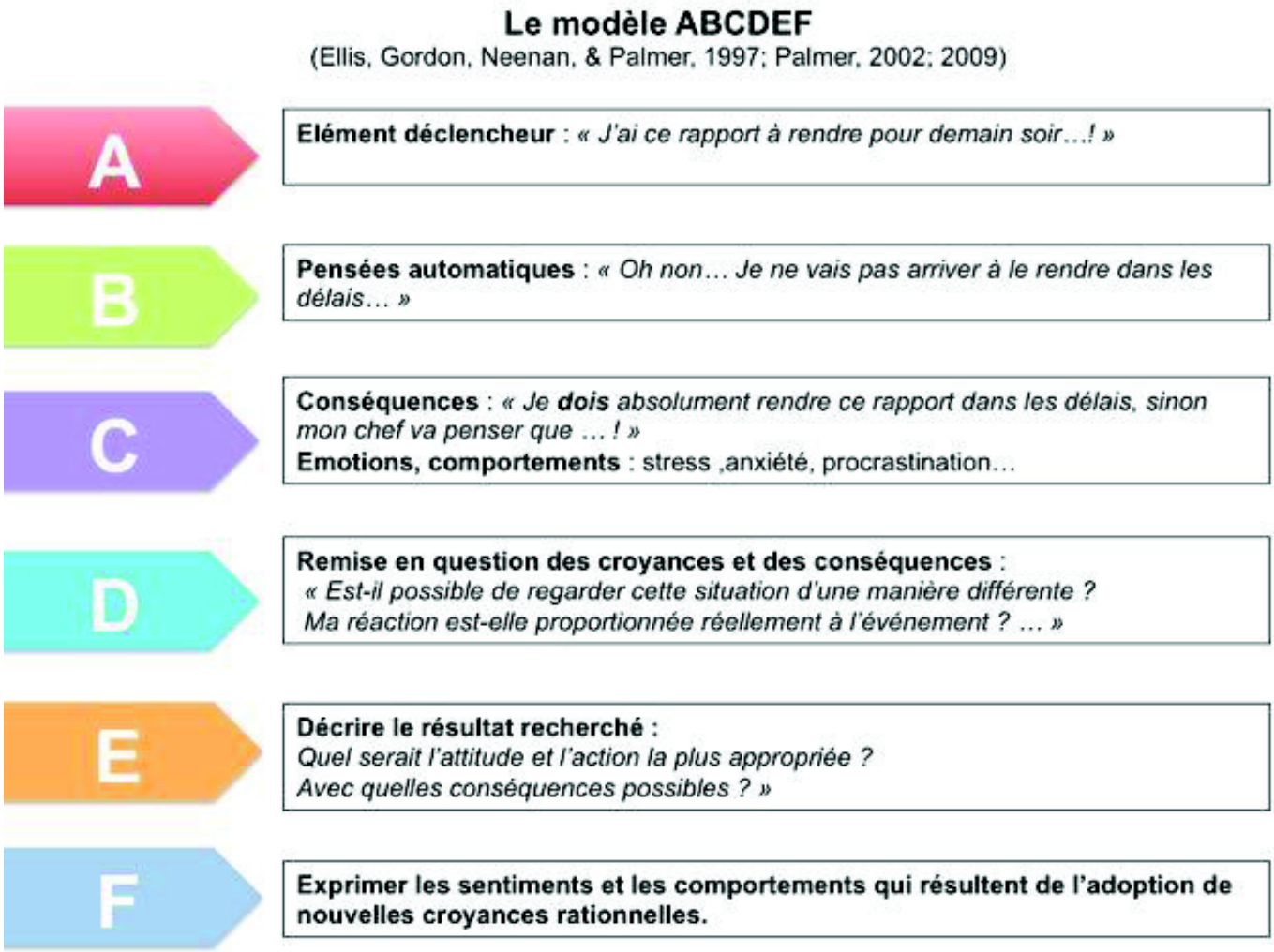
La huitième séance concernait la détection précoce des symptômes et la conduite à tenir. Après un court rappel de la séance précédente et les questions, les participants ont pu parler des symptômes qui pour eux sont annonciateurs de rechute. Les participants ont pu faire leur propre liste de symptômes signaux.

Puis a pu être discuté les différentes conduites à tenir possibles en cas d'apparition de ceux-ci avec la création d'une carte avec des numéros utiles.

La séance s'est terminée par les questions des participants sur la séance.

La neuvième séance concernait la résolution de problème. Après un court rappel de la séance précédente et les questions, les patients ont pu discuter de différentes situations reprises du jeu « Perspectives, Des sentiments à l'action », de Zeneca Pharma conçu pour de la psychoéducation avec identification des problèmes les plus rencontrés et réflexion commune pour y faire face (notion de coping).

La résolution de problèmes consiste à identifier les problèmes, identifier les sources de stress positifs ou négatifs, observer les tentatives de résolution de problème employées jusqu'à présent, définir ce qu'il faut modifier précisément (objectif réaliste), trouver toutes les solutions imaginables au problème posé sans se soucier du réalisme de ces solutions (brainstorming), hiérarchiser les problèmes du plus urgent au moins urgent, dissocier les solutions indésirables et désirables, les hiérarchiser en terme de préférence, établir un plan d'action, apprendre l'affirmation de soi, évaluer l'efficacité de la solution, décider si une révision du plan d'action s'impose.



Une des situations était : Georges a oublié de prendre ses médicaments hier. Il s'en est aperçu seulement aujourd'hui. Attachant beaucoup d'importance au bon suivi de son traitement, il décide de doubler la dose d'aujourd'hui.

- Les problèmes étaient l'oubli de la prise de ses médicaments et la décision de doubler la dose de traitement le lendemain.

- Jusqu'à présent, Georges avait une bonne observance mais a oublié une prise.

- Que faire pour changer les choses ?

Solutions proposées par les participants : Doubler la dose le lendemain (solution indésirable), Trouver des moyens pour ne plus oublier de prendre ses médicaments (mettre un rappel sur le téléphone, faire sonner sa montre, faire une marque sur le calendrier quand la prise est faite) et suivre une bonne hygiène de vie, Contacter son psychiatre pour se rassurer et avoir une conduite à tenir si besoin, Reprendre ses traitements aux posologies habituelles, Éviter l'automédication.

Rediscussion avec les participants sur chaque item donné et conseils sur les moyens d'améliorer l'observance.

Puis on a pu répondre aux questions des participants sur la séance et les séances précédentes.
Les participants ont pu remplir le questionnaire de base des connaissances et on a pu conclure la session avec les participants.

La dixième séance a été proposée à l'entourage (parents, fratrie, ou conjoint).

Cette séance s'est déroulée sous la forme d'un groupe de parole. Nous avons accueilli les parents de trois patients.

Le but de cette séance était de délivrer des conseils généraux et de guider les parents en cas de crises ou d'inquiétudes de leur part.

Les conseils habituellement prodigués à l'entourage de personnes bipolaires :

- accéder à une meilleure communication (rester diplomate, faire preuve de compréhension, maintenir le lien)
- ne pas réagir de manière impulsive.
- Positiver et relativiser

Nous avons évoqué les décisions immédiates à prendre en cas de crises :

- appeler le psychiatre traitant ou le médecin généraliste
- connaître l'existence des hospitalisations sous contrainte
- connaître l'existence des lieux de consultation sans rendez-vous

De leur propre chef, les parents ont souhaité aborder le thème des traitements médicamenteux et notamment l'observance qui a été problématique pour chacun d'entre eux et toujours anxiogène actuellement.

De manière générale, ils regrettent de ne pas être reçus plus souvent par les psychiatres de leurs enfants et ils n'osent pas les interpeller. Ils sont demandeurs de groupes d'éducation thérapeutique.

Pour terminer, nous avons pu les orienter vers des lectures ou sites internet pour améliorer leurs connaissances sur la maladie (par exemple www.bipolaire.org : traduction française d'une base de données américaines) et les informer sur l'existence de l'UNAFAM (Union Nationale de Familles et Amis de personnes Malades et/ou handicapées psychiques).

III. Présentation des patients :

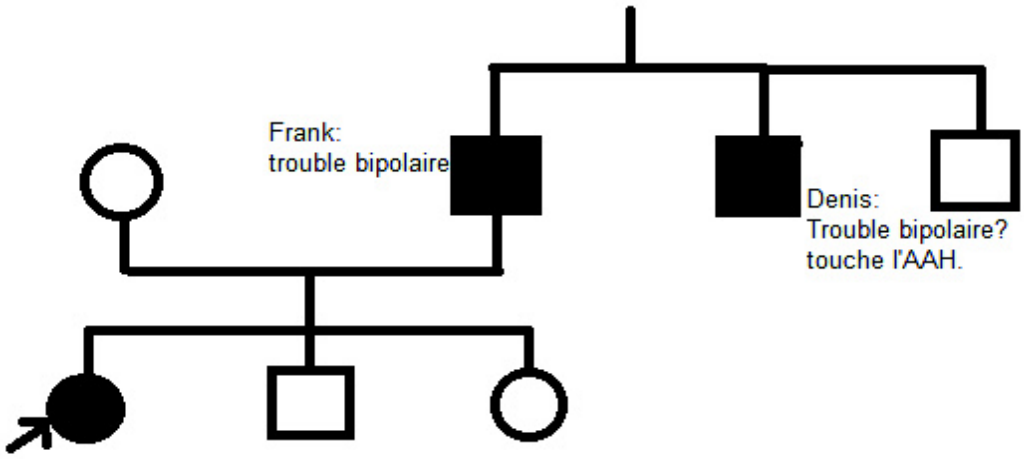
a) Vignette clinique numéro 1 : le cas de Laura, 21 ans :

Patiente adressée par le Dr S, psychiatre hospitalier d'un hôpital de jour.

Mode de vie : Laura vit avec sa mère sur Rouen, ses parents étant séparés depuis 2011. Elle est étudiante et a pour projet de travailler dans la mode / commerce. Elle touche l'AAH. Elle a de plus ou moins bons rapports avec son frère de 19 ans et sa sœur de 15 ans. Elle a un petit ami.

Antécédents médico-chirurgicaux : Défenestration du 5ème étage en 2012, passage en réa au CHU pas de séquelle motrice.
Consommation de cannabis.

Antécédents psychiatriques familiaux :



Traitement actuel : Quétiapine (XEROQUEL°) / Lithium (TERALITHE°).

Anamnèse :

Sa maladie a débuté par un EDM à l'âge de 15/16 ans, lorsqu'elle était en 1ère L, Elle n'avait pas été prise en charge, elle n'a pas eu de traitement.
Quelques mois plus tard, elle a été hospitalisée, pour la première fois, pendant 3-4 mois au CHSR pour manie délirante et mise en route de lithium et d'acide valproïque puis prise en charge en hôpital de jour.

Le diagnostic de trouble bipolaire de type I a été posé durant cette 1ère hospitalisation.

Suite à une mauvaise observance du traitement, Laura rechute sur un versant dépressif avec des idées suicidaires. Elle fait alors une première tentative d'autolyse médicamenteuse et se fait ré-hospitaliser à l'hôpital psychiatrique

Puis, toujours liée à une mauvaise observance médicamenteuse, elle fait quelques épisodes hypomaniaques par la suite.

En 2012, elle fait une tentative de suicide par défenestration du 5ème étage sur un état mixte suite à une nouvelle rupture de traitement survenant suite aux effets secondaires (poids, trouble de la mémoire). Elle est alors prise en charge en réanimation puis à l'hôpital psychiatrique avec mise sous Quétiapine et Lithium.
Elle est plutôt stable depuis 2012 avec ce traitement.

Vécu face au trouble bipolaire :

A l'annonce du diagnostic, Laura se dit soulagée de ne pas être "schizophrène".
Pour elle, le trouble bipolaire est une modification de l'humeur, du comportement et des émotions.
Le plus difficile pour elle au quotidien est la prise du traitement.
Les effets secondaires qui la dérangent le plus sont la prise de poids, l'énurésie avec la Quétiapine et les troubles de la mémoire.

A l'annonce du diagnostic, sa famille n'est pas étonnée, ils sont très étayants.

Elle a parlé à ses amies de sa bipolarité mais elle a un sentiment de honte par rapport aux symptômes.

Elle ne s'est pas documentée sur le trouble bipolaire.

Elle reconnaît ses symptômes signaux : le sentiment d'être triste pour rien, ou lorsqu'elle parle trop vite. De ce fait, elle adapte son comportement (se met au calme par exemple).

Ses attentes vis-à-vis de la psychoéducation : En connaître plus sur les symptômes de la bipolarité et avoir des conseils en cas de rechutes.

Les objectifs de la psychoéducation pour Laura :

1. Lui expliquer les différents symptômes de la bipolarité et renforcer ses connaissances pour identifier d'autres prodromes et savoir quoi faire devant eux.
2. Lui rappeler l'intérêt de l'observance thérapeutique et lui donner des conseils pour la prise médicamenteuse.
3. Conseils pour améliorer son hygiène de vie et conseils sur les toxiques.

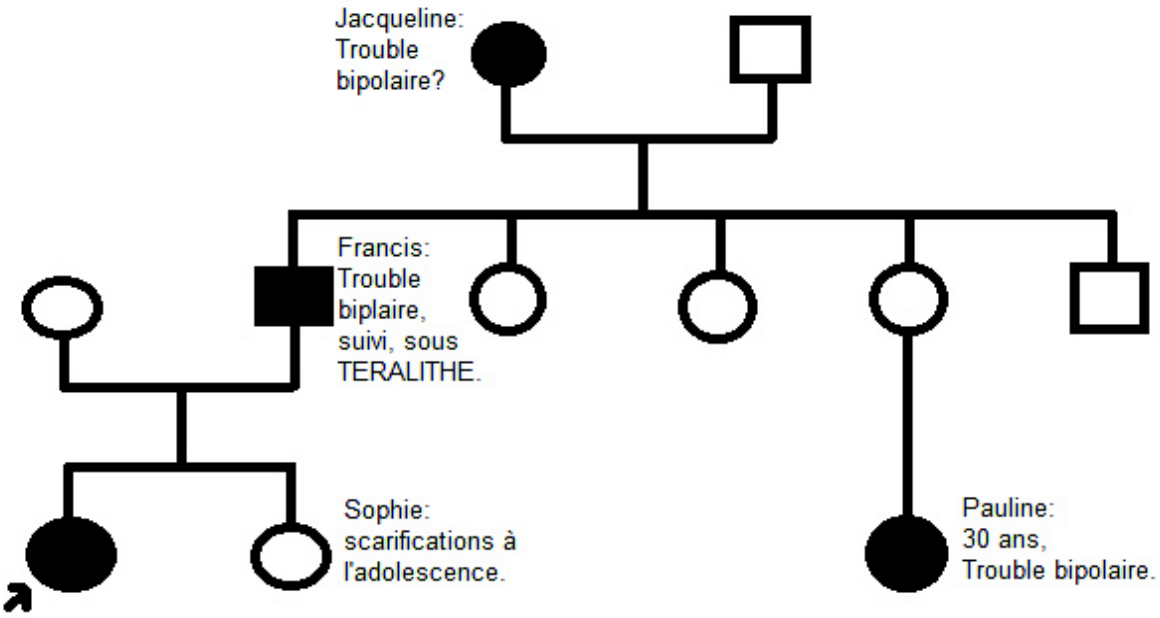
b) Vignette clinique numéro 2 : le cas de Natacha, 23 ans :

Patiente adressée par le Dr M, psychiatre hospitalier.

Mode de vie : Natacha vit seule à Rouen. Sa famille (parents et sœur) est en Basse Normandie, elle a de bons rapports avec eux. Elle est éducatrice spécialisée auprès des enfants et travaille actuellement. Elle a un conjoint qui vit à Paris, n'a pas d'enfant et est très étayée sur le plan social.

Antécédents médico-chirurgicaux : Eczéma. Pas de consommation de toxique.

Antécédents psychiatriques familiaux :



Traitement actuel : acide valproïque (DEPAKOTE°) et cyamémazine (TERCIAN°).

Anamnèse : Durant l'enfance, Natacha se décrit comme « timide », au tempérament inhibé.
Elle décrit les premiers symptômes durant son adolescence avec des épisodes réguliers de tristesse sans retentissement sur sa scolarité et sans prise en charge spécifique.
A l'âge de 20 ans, Natacha décrit un premier épisode dépressif majeur (EDM) qui l'amène à consulter un psychologue en septembre.
La même année en décembre et en janvier, Natacha fait 2 tentatives d'autolyse par phlébotomie et ingestion d'eau de javel qui la conduisent à être hospitalisée en psychiatrie.
Lors des différents entretiens médicaux la famille et Natacha elle-même décrivent des phases hypomaniaques.
Le diagnostic de trouble bipolaire de type 2 est posé lors de sa 1ère hospitalisation.
Au niveau médicamenteux, du lithium a été introduit puis arrêté devant « la phobie des prises de sang » de la patiente. Le traitement a été remplacé par de la lamotrigine qui a été arrêté par la patiente car elle « se sentait mieux ».

Devant une nouvelle rechute dépressive, de l'acide valproïque a été introduit.
Nous apprendrons plus tard que Natacha avait également arrêté ce traitement avant l'entrée en psychoéducation.

Vécu face au trouble bipolaire : Natacha décrit une souffrance liée au regard des autres sur sa maladie (sentiment d'exclusion).
Elle accepte difficilement le caractère « chronique » de la maladie.
Dans un premier temps, elle dit en « avoir voulu » à son père de lui avoir transmis cette maladie.
Natacha a recherché des informations sur le trouble bipolaire dans les livres essentiellement et dit se retrouver plutôt dans les phases dépressives. Elle a réussi à identifier quelques prodromes (poussée d'eczéma, hypersomnie...) avant les décompensations.
Elle a pu également parler de la bipolarité avec ses parents et un peu avec sa cousine. Son père en a surtout parlé au moment du diagnostic. Natacha se rappelle de moments de colère de son père et de son absence lors de ses décompensations.
Elle ressent des difficultés à prendre le traitement correctement même si elle n'a pas d'effets secondaires actuellement.

En ce qui concerne la psychoéducation, Natacha souhaite plus stable (elle rapporte son problème de propreté dans son appartement).

Ses attentes vis-à-vis de la psychoéducation : obtenir des conseils par rapport à son hygiène de vie qu 'elle juge négligée.

Les objectifs de la psychoéducation pour Natacha :

1. Lui expliquer l'intérêt de l'observance médicamenteuse, lui donner des conseils pour faciliter la prise de traitement.
2. Conseils pour améliorer son hygiène de vie.
3. Améliorer ses connaissances pour identifier les prodromes et lui donner des conduites à tenir devant eux.
4. Améliorer l'acceptation de la maladie (modifiant le regard fataliste et pessimiste de l'évolution du trouble en revenant sur le phénomène de « Kindling » par exemple).
5. Revenir sur les étiologies du trouble.

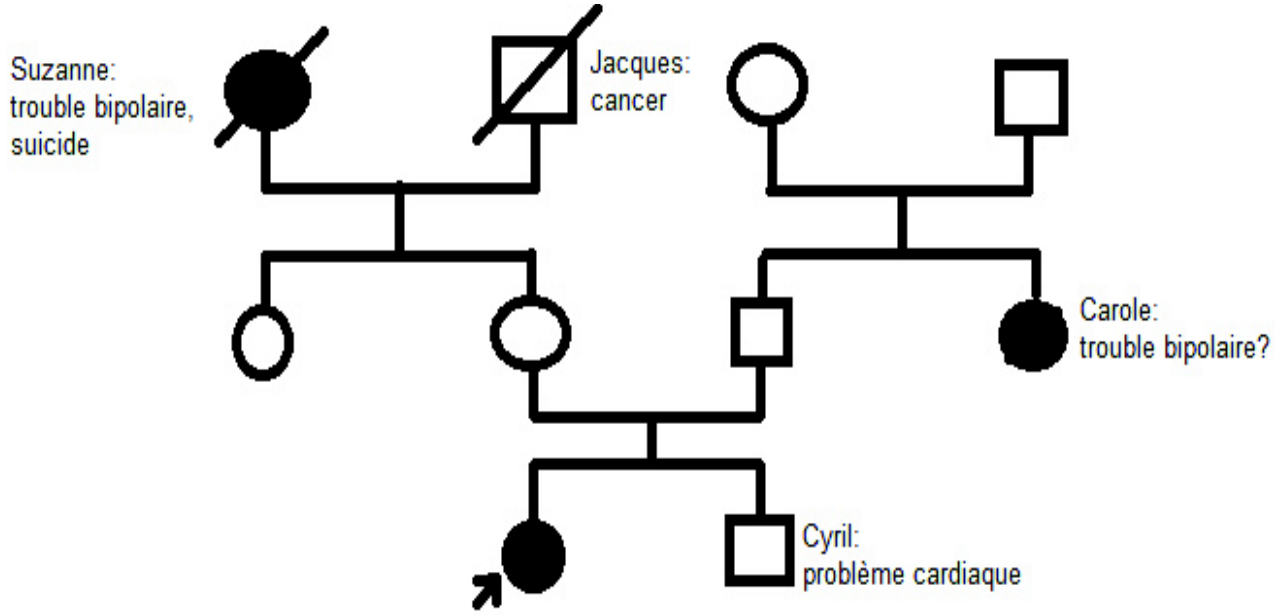
c) Vignette clinique numéro 3 : le cas de Stéphanie, 22 ans :

Patiente adressée par le Dr M, psychiatre hospitalier.

Mode de vie : Stéphanie vit chez ses parents à Rouen. Elle a un frère de 24 ans, étudiant, qui a des problèmes cardiaques. Elle a arrêté sa scolarité en 1ère année de BTS à Nantes puis est restée chez elle pendant 4 mois et elle travaille maintenant dans une usine pharmaceutique. Elle a un bon étayage amical.

Antécédents médico-chirurgicaux : Hypothyroïdie traitée par Lévothyroxine (LEVOTHYROX°). Tabagisme actif, OH festif, a consommé du cannabis puis a arrêté.

Antécédents psychiatriques familiaux :



Traitement actuel : Quétiapine (XEROQUEL°) et Lévothyroxine (LEVOTHYROX°).

Anamnèse :
A l'été 2013, elle fait une première phase maniaque durant laquelle ses parents se sont inquiétés. Son médecin traitant avait alors parlé de bipolarité. Ce premier accès l'a amené à se faire hospitaliser une semaine à l'hopital psychiatrique avec la mise en place de la Quétiapine. Puis Stéphanie est partie faire son BTS à Nantes.

Stéphanie a arrêté son traitement par la suite à cause des effets secondaires (bouche sèche, bouffées de chaleur), ce qui a entraîné une deuxième phase maniaque et une deuxième hospitalisation a l'hopital psychiatrique de 2 - 3 semaines avec augmentation de la Quétiapine.
Stéphanie a fait un épisode dépressif par la suite qui a engendré l'arrêt de ses études en décembre 2013.

Vécu face au trouble bipolaire :
Avant 2013, elle se souvient avoir eu beaucoup de conflits avec ses parents (cachait ses consommations de THC). Elle dit être plus proche de sa famille maintenant qu'elle est suivie, qu'elle prend son traitement et qu'elle a arrêté les toxiques. Elle se demande même si sa maladie n'est pas due au cannabis.
Sa plus grande gêne est d'aller vers les autres, son manque de confiance en elle, sa timidité, (qu'elle n'a pas en phase maniaque : A Nantes, elle « n'avait peur de rien ».), son sentiment « d'être inintéressante ». Sa timidité s »est aggravée depuis l'annonce du diagnostic de bipolarité.

Elle dit également ne plus être dans le déni de sa pathologie et d'avoir fini par accepter les traitements pour retrouver une vie « normale ».

Stéphanie s'est documentée puisqu'elle a lu un livre sur le trouble bipolaire dans lequel elle ne s'est pas reconnue et n'a pas réussi à identifier de prodromes.

Elle préfère ne pas parler de sa pathologie avec ses amis de peur d'être juger, même si certains sont au courant. Par contre, elle en parle facilement avec ses parents.

Malgré l'amélioration de ses liens familiaux, elle n'ose pas en parler avec ses parents de peur de les inquiéter.

Ses attentes vis-à-vis de la psychoéducation : Obtenir des conduites à tenir lors des rechutes et repérer ses prodromes.

Les objectifs de la psychoéducation pour Stéphanie :

1. Lui expliquer l'intérêt de l'observance médicamenteuse et lui donner des conseils pour faciliter la prise de traitement.
2. Conseils sur les toxiques.
3. Lui expliquer les différents symptômes de la bipolarité, l'aider à repérer ses prodromes et lui donner des conduites à tenir en cas de rechute.
4. Revenir sur les étiologies du trouble.
5. Favoriser les échanges avec les autres jeunes du groupe pour diminuer son manque de confiance en elle.

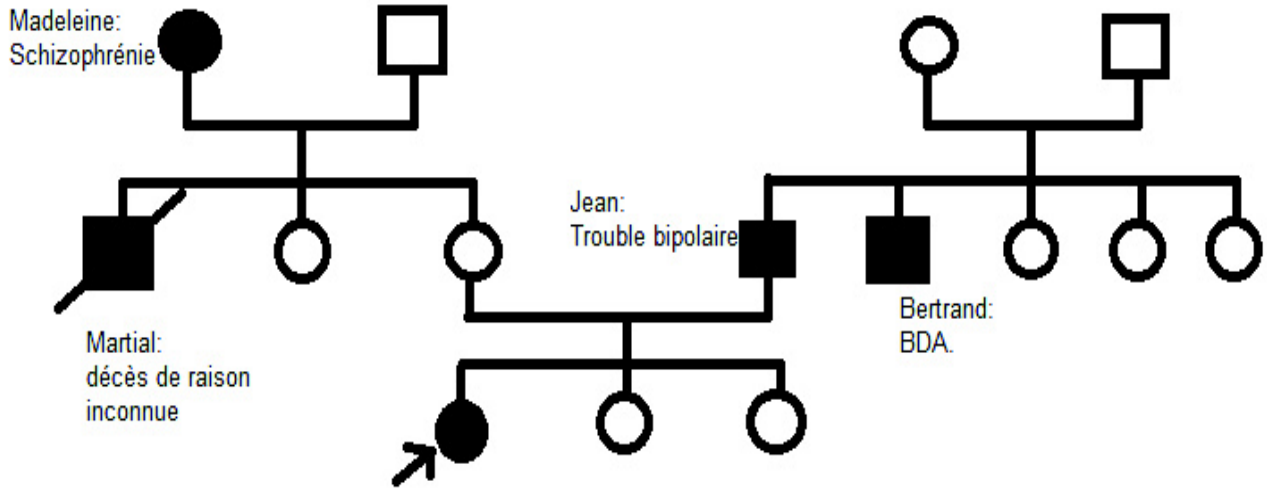
d) Vignette clinique numéro 4 : le cas de Marion, 21 ans :

Patiente adressée par le Dr L, psychiatre hospitalier.

Mode de vie : Marion vit au CROUS de Rouen. Sa famille vit au Maroc. Sa mère est médecin gynécologue, son père est interprète, elle a 2 sœurs de 12 et 17 ans. Elle est en 3ème année d'école d'ingénieur avec des résultats scolaires moyens. Elle a un bon étayage amical.

Antécédents médico-chirurgicaux : Allergie pollens, pas de tabac, pas d'alcool.

Antécédents psychiatriques familiaux :



Traitement actuel : Lithium (TERALITHE°) et Aripiprazole (ABILIFY°).

Anamnèse :
A l'âge de 18 ans sont apparus les premiers symptômes d'un épisode dépressif majeur (EDM) au Maroc pour lequel elle a refusé les traitements. Elle a eu des idées de référence à ce moment là (vis à vis de son directeur, des amis...) et des hallucinations acoustico-verbales, une baisse de l'appétit, et un repli sur elle-même.

Puis, elle a fait une tentative d'autolyse médicamenteuse ayant nécessité une hospitalisation de 2 jours à Fès avec une amélioration spontanée de son épisode dépressif en 1 à 2 mois, suivie d'une phase maniaque avec vécu persécutif de 7-8 jours.

Elle arrive en France en 2012 et souffre d'une nouvelle rechute dépressive fin 2012 sans facteur déclenchant, avec surtout une grande irritabilité pendant 1 à 2 mois.

Puis elle est partie en vacances d'été au Maroc, qui se sont bien passées, sans traitement.

Nouvelle décompensation en 2013/2014 avec demande de suivi psychiatrique par sa mère.

Le diagnostic de trouble bipolaire de type 1 est posé en janvier 2015 par le Dr L.

A noter l'absence d'idées de référence et d'hallucinations acoustico-verbales en dehors des épisodes thymiques.

Vécu face au trouble bipolaire : Marion a vécu l'annonce du diagnostic comme un choc, son père étant bipolaire non soigné.

Elle s'est renseignée sur internet et dans des livres de médecine et s'est reconnue surtout sur le symptôme d'irritabilité.

Elle dit avoir conscience de la maladie et en avoir parlé avec ses parents et ses meilleures amies.

Selon elle, l'observance du traitement est bonne.

La difficulté est de concilier maladie et vie professionnelle/étudiante. Lors d'un stage elle en a d'ailleurs parlé à son employeur qui se serait montré compréhensif. Par contre, son père est dans le déni de l'existence de cette maladie et répète que « le trouble bipolaire n'existe pas ». De plus, le trouble bipolaire au Maroc est un sujet tabou comme par exemple avec sa tante.

Ses attentes vis-à-vis de la psychoéducation : En connaître plus sur les symptômes bipolaires et réussir à repérer ses prodromes.

Les objectifs de la psychoéducation pour Marion :

1. Lui expliquer l'intérêt de l'observance médicamenteuse et lui donner des conseils pour faciliter la prise de traitement.
2. Améliorer ses connaissances pour repérer les prodromes et obtenir des conduites à tenir devant eux.
3. Revenir sur les étiologies du trouble et améliorer l'acceptation de la maladie (la conforter dans le fait que la bipolarité n'est pas un phénomène de mode et que ce n'est pas un tabou).
4. Favoriser les échanges avec les autres jeunes pour améliorer sa confiance en elle.

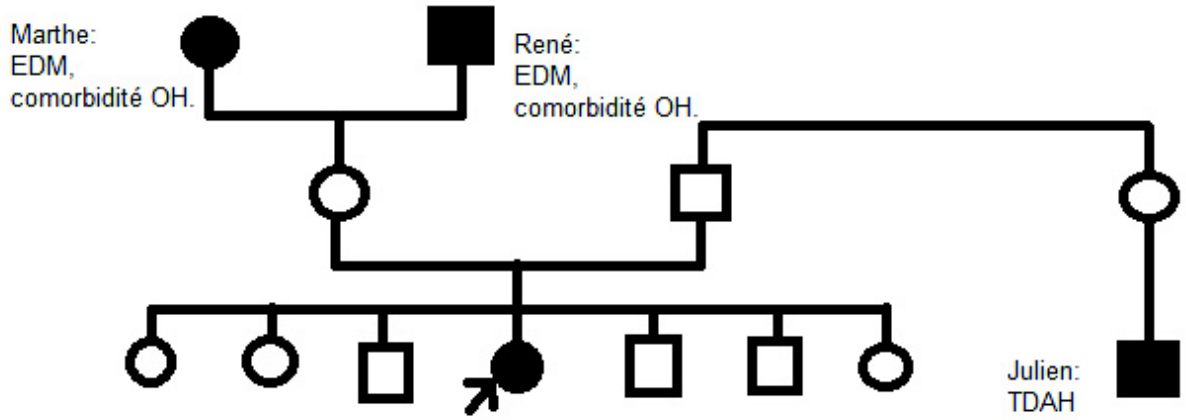
e) Vignette clinique numéro 5 : le cas de Carole, 17 ans :

Patiente adressée par le Dr G, psychiatre hospitalier.

Mode de vie : Carole vit chez sa mère depuis 6 mois après avoir passé 5 ans chez son père. (relations conflictuelles avec son père et sa belle-mère). Ses parents sont séparés depuis 11 ans. A l'âge de 12 ans, elle a voulu vivre avec son père (garde alternée). Elle fait partie d'une fratrie de 7 → 3 chez la mère, 4 chez le père. Elle a un baccalauréat technique hôtellerie et est inscrite en BTS hôtellerie depuis septembre. Sa scolarité s'est déroulée normalement. Elle a un bon étayage amical.

Antécédents médicaux : Tabac + / OH occasionnel / Pas de THC.

Antécédents psychiatriques familiaux :



Traitement actuel : Hydroxyzine (ATARAX°). Bilan pré-thérapeutique en cours (bilan hépatique, ECG) pour mise en place de l'acide valproïque.

Anamnèse :
En 2014, Carole ressent unetristesse de l'humeur, elle ne veut plus aller en cours, elle est irritable, a des idées de suicide, se scarifie, a des troubles du sommeil, et une labilité émotionnelle ancienne.

Elle a été admise aux urgences psychiatriques d'Évreux en juin 2015 pour des troubles du comportement avec agitation au domicile, elle était très irritable, énervée suite à une dispute.

Par la suite, Carole a pris contact avec le CMP de Louviers à la demande de sa mère avec suivi psychiatrique et relaxation.

Le Dr G a évoqué le diagnostic de trouble bipolaire en juin 2015.

Vécu face au trouble bipolaire :
Pour Carole, le trouble bipolaire c'est être « lunatique » et c'est un trouble « potentiellement dangereux à cause du risque suicidaire ». Elle dit qu'avec ce trouble elle « ne peut pas vivre une vie normale ».

Elle s'est renseignée sur internet et se reconnaît dans les phases dépressives et maniaques. Sa mère aurait également reconnu ces phases d'après la patiente.

La réaction de son père à l'annonce du diagnostic aurait été que « ça n'excuse pas ses bêtises », il éviterait même d'en parler.

Carole en a parlé avec une amie, qui serait d'accord avec le diagnostic de bipolarité. Carole ne souhaite pas que les autres sachent qu'elle est bipolaire. Elle ne connaît pas d'autres bipolaires.

Le Dr G lui a parlé de l'acide valproïque, mais elle appréhende de l'effet sédatif et que ce traitement modifie son comportement.

Ses attentes vis-à-vis de la psychoéducation : En connaître plus sur les symptômes bipolaires et les traitements.

Les objectifs de la psychoéducation pour Manon :

1. Améliorer ses connaissances sur la bipolarité, l'aider à repérer des prodromes et lui donner des conduites à tenir devant eux.
2. Lui expliquer les traitements (les indications, les actions, les effets secondaires) et expliquer l'intérêt de l'observance médicamenteuse avec des conseils pour faciliter la prise du traitement.
3. Revenir sur les étiologies du trouble.

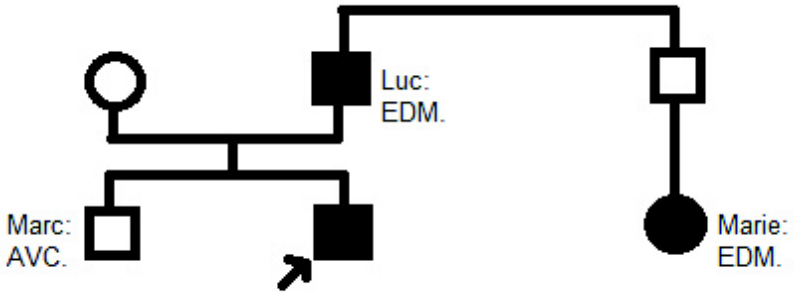
f) Vignette clinique numéro 6 : le cas de Gabriel, 20 ans :

Patient adressé par le Dr E à Paris, psychiatre hospitalier.

Mode de vie : Gabriel vit à Neufchâtel avec ses parents. Il a un frère de 35 ans. Il a arrêté ses études en première et a reprit en septembre 2015 une formation à distance. Il a un meilleur ami. Il aime la lecture fantastique et veut travailler dans le milieu du livre. Il n'a pas d'activité sportive.

Antécédents médicaux : Tabac +, Cannabis +, pas d'alcool.

Antécédents psychiatriques familiaux :



Traitement actuel : Lithium (TERALITHE°), Lamotrigine (LAMICTAL°) et Clomipramine (ANAFRANIL°).

Anamnèse :
Victime de harcèlement au collège (6ème) avec maltraitance physique et psychique, Gabriel s'est déprimé, replié sur lui-même.
Il a arrêté l'école en première suite à une tentative d'autolyse au cours d'un stress lors d'un stage. « J'ai tout laché ».

Au lycée, il aurait fait 3 épisodes hypomaniaques où il se sentait surexcité, faisant beaucoup de projets, se sentant fort, « fébrile », faisant des achats.

De 16 à 18 ans, il a fait 3 tentatives de suicide médicamenteuses et par phlébotomies qui l'ont amené à se faire hospitaliser à 3 reprises a l'hopital psychiatrique.
Pendant une hospitalisation, il a fait un virage sous antidépresseurs.

Le diagnostic de trouble bipolaire de type 2 est posé lors de la 2ème hospitalisation en 2013.

Il a contacté lui-même le Dr E à Paris, après avoir lu un de ses livres, qui lui a changé ses traitements et depuis il dit « ne plus avoir d'idées suicidaires ». Pour son suivi, il voit son psychiatre tous les 2mois par webcam. Il suit également une psychothérapie à Eu.

Vécu face au trouble bipolaire :
Pour Gabriel, le trouble bipolaire l'empêche de vivre en particulier le stress au moment de sortir et les idées suicidaires. Il dit avoir « tout lâché » après sa dernière tentative de suicide et d'avoir

« choisi sa filière professionnelle par défaut ».
Il se pense stigmatisé par cette maladie : il a également la sensation d'être « fiché », que les gens le prennent « pour un fou ».
Avec sa pathologie, Gabriel a développé une phobie sociale et une agoraphobie (évitement de certains endroits) et il ressent une grande mésestime de lui-même.

Pour Gabriel le diagnostic est difficile à accepter.

Il a lu des livres, fait des recherches internet et a posé beaucoup de questions à son psychiatre parce qu'il faisait des épisodes dépressifs malgré les traitements.

Il s'est reconnu dans les phases hypomaniaques où il remarquait une plus grande labilité de l'humeur.

Il a essayé d'adhérer à un groupe sur Facebook mais trouve ça « trop déprimant ».

Gabriel pense que sa famille a été soulagée par le diagnostic.

Il en a également parlé à son meilleur ami. Il dit en parler en général pour éviter certaines situations. (a peur du regard d'autrui).

Il a une bonne observance des traitements, une bonne tolérance et serait stable depuis 6 mois.

Il persiste ses troubles anxieux. Actuellement.

Il n'a pas repéré ses prodromes, « D'un coup ça ne va pas ». Dans ces moments là, il essaie alors de se distraire et de sortir de chez lui.

Ses attentes vis-à-vis de la psychoéducation : Repérer ses prodromes, avoir des conduites à tenir en cas de rechutes, avoir des conseils d'hygiène de vie.

Les objectifs vis-à-vis de la psychoéducation pour Gabriel :

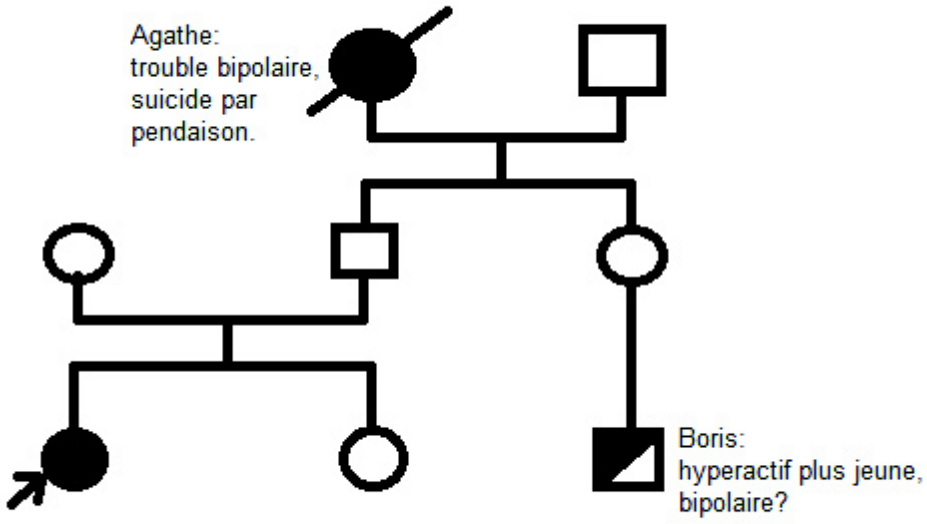
1. Améliorer ses connaissances pour identifier ses prodromes et lui donner des conduites à tenir devant eux.
2. Conseils pour améliorer son hygiène de vie.
3. Favoriser les échanges avec le groupe.
4. Améliorer l'acceptation du trouble et essayer d'améliorer sa confiance en lui.

g) Vignette clinique numéro 7 : le cas de Barbara, 17 ans :

Patiente adressée par le Dr S, psychiatre hospitalier.

Mode de vie : Barbara vit chez ses parents (mère : commerciale, père : ouvrier). Elle a une petite sœur de 15 ans. Elle a eu son baccalauréat ES mention Bien et est entrée en école de commerce dans le but de « travailler dans le commerce, échanger à l'international, parler des langues étrangères, négocier ». Elle a de bons contacts avec ses parents en ce moment et un bon étayage amical.

Antécédents psychiatriques familiaux :



Traitement actuel : Acide valproïque (DEPAKOTE°), Lithium (TERALITHE°) et Aripiprazole (ABILIFY°).

Anamnèse :
Le début de sa maladie a commencé par une anorexie il y a 2 ans ½ – 3 ans avec une prise en charge psychiatrique à la maison des adolescents du CHU. Durant ce suivi, de nombreuses hospitalisations ont eu lieu pour anorexie, dépression et crises de boulimie avec le diagnostic de bipolarité de type 1 posé par le Dr R en septembre 2014.

2 mois avant le bac, elle est hospitalisée en pédiatrie pour tentative d'autolyse médicamenteuse.

Ré-hospitalisée 1 semaine après les résultats du bac pour nouvelle tentative d'autolyse médicamenteuse.

Et nouvelle hospitalisation de deux semaines l'hopital psychiatrique en septembre 2015 durant laquelle elle a participé à une psychoéducation individuelle sur la bipolarité avec une psychologue.

Vécu face au trouble bipolaire :
Barbara dit avoir eu une sensation « bizarre » à l'annonce du diagnostic puis s'être dit que « ce n'était pas catastrophique ».
Pour elle, le trouble bipolaire est une succession de phases maniaques et dépressives, des changements d'humeur, des « périodes » qui peuvent s'alterner.
Elle ne connaissait pas cette maladie avant l'annonce du diagnostic.
Elle a fait des recherches sur internet pour se documenter.
Elle dit « ne pas ressentir de sentiments de honte ». Certaines de ses amies savent qu 'elle est bipolaire et elle n'a pas repéré de changement de comportement de leur part, mais « demandent juste des nouvelles plus souvent ».
Ses parents ont repéré ses changements de comportement. Elle parle parfois avec eux du trouble bipolaire et de ses changements de comportement mais c'est un sujet qui « fâche ».
Elle ne sait pas ce qu'en pense sa sœur qui ne veut pas en parler. Ce serait un sujet qui l'angoisse.
Le plus difficile à gérer pour elle est la phase dépressive, ainsi que le sujet de l'anorexie et l'après des phases d'excitation.

Ses attentes vis-à-vis de la psychoéducation : Repérer ses prodromes et rencontrer d'autres jeunes bipolaires pour partager leurs expériences.

Les objectifs de la psychoéducation pour Barbara :

1. Améliorer ses connaissances pour identifier ses prodromes et lui donner des conduites à tenir devant eux.
2. Améliorer l'acceptation de la maladie.
3. Favoriser les échanges dans le groupe.

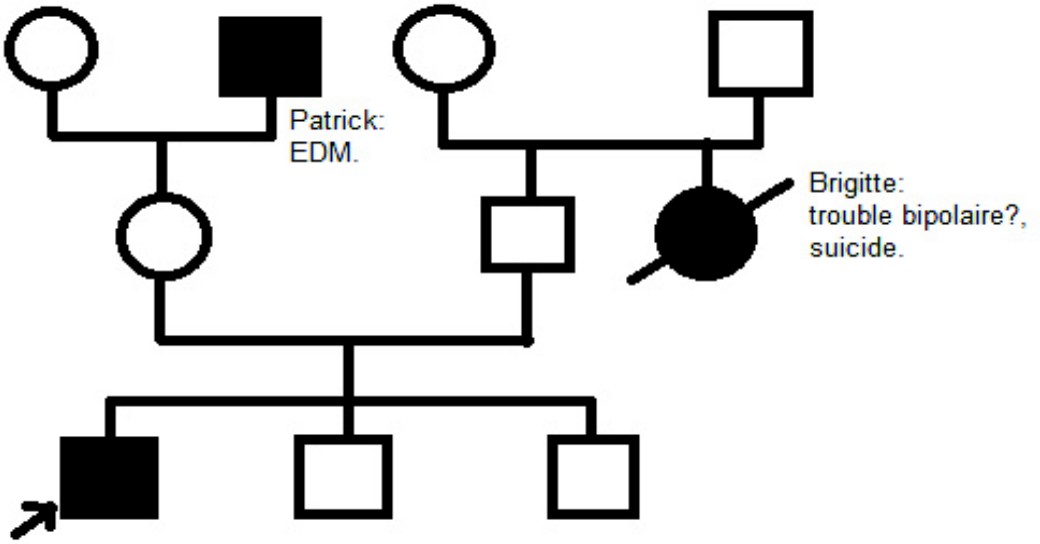
h) Vignette clinique numéro 8 : le cas de Frédéric, 18 ans :

Patient adressé par le Dr G, psychiatre hospitalier.

Mode de vie : Frédéric vit avec sa famille dans l'Eure. Il a deux frères de 12 et 16 ans. Il est inscrit au lycée, en 1ère STMG commerce. Il a un bon étayage amical. Il fait de l' « air soft » toutes les deux semaines, de la pêche, des sorties.

Antécédents médicaux : OH festif / THC + / un peu de méthamphétamine (fumée).

Antécédents psychiatriques familiaux :



Traitement actuel : Lithium (TERALITHE°), Quétiapine (XEROQUEL°) et Acide Valproïque (DEPAKOTE°).

Anamnèse :
Le début des troubles a commencé à l'âge de 16 ans avec une phase maniaque qui a nécessité une hospitalisation sur Navarre pendant 1 mois pour BDA. Frédéric consommait déjà du THC.
Il a été mis sous Acide valproïque, Aripiprazole, Cyamémazine et Alimémazine. Puis il a été suivi sur Sotteville.
Il a eu un traitement par Sertraline entre temps pour un épisode dépressif.

Puis il a changé d'établissement (seconde) où il a consommé énormément de cannabis. Il a été pris en charge par la suite en hôpital de jour.

Durant ses vacances en Corse, il fait un nouvel épisode maniaque sur rupture de traitement avec trouble du sommeil et augmentation de la libido, ayant nécessité l'intervention des pompiers et de la police et un transfert à l'hôpital de Calvi en Corse puis retour en France avec son père et hospitalisation l'hopital psychiatrique pendant 1 mois et demi, début 2014.

Le diagnostic de trouble bipolaire de type 1 a été fait par le Dr R.

Il a fait un nouvel épisode dépressif à la sortie d'hospitalisation au cours de laquelle il a pu bénéficier de séances de psychoéducation individuelle avec une psychologue.

Vécu face au trouble bipolaire :

Peu motivé pour participer au groupe, poussé par ses parents.

Frédéric a tendance à banaliser ses symptômes

Pour Frédéric, la bipolarité c'est « l'humeur qui se régule mal et pour la traiter il faut prendre des traitements ».
Il peut dire que « comme pour un diabète, il faut prendre un traitement ».

Il n'a pas fait de recherches sur internet mais dit se reconnaître dans les épisodes maniaques et dépressifs.
Pour lui, c'est difficile de prendre un traitement mais il reconnaît aller « complètement mieux » depuis les traitements.

Il évite de parler à ses amis de son trouble, considérant que celui-ci ne concerne que lui et personne d'autre.

Il remarque que son trouble a eu des conséquences sur sa scolarité. Il peut dire qu' « il se sentait comme un légume lorsqu'il était en phase dépressive ».

Ses attentes vis-à-vis de la psychoéducation : Obtenir des conseils par rapport à son hygiène de vie et repérer ses prodromes.

Les objectifs de la psychoéducation pour Frédéric :

1. Lui expliquer l'intérêt de l'observance médicamenteuse et lui donner des conseils pour faciliter la prise du traitement.
2. Conseils pour améliorer son hygiène de vie et lui parler des toxiques.
3. Améliorer ses connaissances pour identifier ses prodromes et lui donner des conduites à tenir devant eux.
4. Revenir sur les étiologies du trouble et les facteurs déclenchants.

Tableau récapitulatif des jeunes bipolaires								
Nom	Laura	Natacha	Stéphanie	Marion	Carole	Gabriel	Barbara	Frédéric
Age	21 ans	23 ans	22 ans	21 ans	17 ans	20 ans	17 ans	18 ans
Début des troubles	15/16 ans	Enfance / adolescence	20 ans	18 ans	16 ans	13/14 ans	14 ans	16 ans
Date du diagnostic	16 ans	21 ans	20 ans	21 ans	17 ans	18 ans	16 ans	16 ans
Principales difficultés rencontrées	La prise du traitement, les effets secondaires à type de prise de poids, d'énurésie et des troubles de la mémoire.	Le diagnostic de bipolarité, l'aspect chronique de la maladie, la prise de traitement.	Le diagnostic de bipolarité, son manque de confiance en soi et le regard des autres.	Le diagnostic de bipolarité, le regard des autres, le trouble tabou dans son pays d'origine.	Dit ne pas pouvoir vivre une vie normale avec ce diagnostic, le regard des autres.	Le diagnostic de bipolarité, son agoraphobie, son anxiété sociale, sa mésestime de lui-même, sa sensation d'être fiché.	La phase dépressive, l'anorexie et l'après des phases d'excitation.	La prise de traitement et la phase dépressive.
Objectifs attendus	En connaître plus sur la bipolarité et les traitements et conduites à tenir en cas de rechute.	Conseils sur des règles d'hygiène de vie, aide à l'observance thérapeutique.	Connaître des conduites à tenir en cas de rechute, repérer ses prodromes.	En connaître plus sur la bipolarité et l'aider à repérer ses prodromes.	En connaître plus sur la bipolarité et les traitements.	Connaître des conduites à tenir en cas de rechute, avoir des conseils sur des règles d'hygiène de vie et l'aider à repérer ses prodromes.	L'aider à repérer ses prodromes.	Conseils sur des règles d'hygiène de vie, l'aider à repérer ses prodromes.

IV. Analyse des résultats :

a) Caractéristiques épidémiologiques des jeunes de l'échantillon :

Caractéristiques épidémiologiques des jeunes de l'échantillon								
Nom	Laura	Natacha	Stéphanie	Marion	Carole	Gabriel	Barbara	Frédéric
Sexe	Féminin	Féminin	Féminin	Féminin	Féminin	Masculin	Féminin	Masculin
Age de début des premiers symptômes	15/16 ans	enfance/adolescence	20 ans	18 ans	16 ans	13/14 ans	14 ans	16 ans
Age d'entrée dans le groupe	21 ans	23 ans	22 ans	21 ans	17 ans	20 ans	17 ans	18 ans
Antécédents d'hospitalisations	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI
Nombre d'hospitalisations	3	2	2	2	1	3	une dizaine	2
Diagnostic Trouble Bipolaire	I	II	I	I	II	II	I	I

b) Particularités épidémiologiques :

Le sex-ratio du groupe était de 6 filles pour 2 garçons et après les abandons de 5 filles pour 1 garçon.

Tous les participants avaient été hospitalisés au moins une fois avant de participer au groupe.

Il y avait 5 troubles bipolaires de type I pour 3 troubles bipolaires de type II au début de la session puis 3 troubles bipolaires I et II après les deux abandons.

Les patients ont participé au groupe en moyenne après 4 ans d'évolution des troubles.

c) Analyse de la participation :

Deux jeunes ont arrêté le programme précocement après les deux premières séances.

Le premier jeune avait déjà participé à une psychoéducation individuelle.

Le second avait peu de motivation pour y participé et son état clinique était peu stable avec beaucoup de consommations de toxiques.

Participation des jeunes au groupe			
Séances	Nombres d'absents	Pourcentage de présents	Thème
Séance 1	0	100,00%	Présentation, informations générales
Séance 2	0	100,00%	La Manie et l'Hypomanie
Séance 3	2	75,00%	La Dépression
Séance 4	2	75,00%	Concept de « cause » et de « facteurs déclenchants »
Séance 5	4	50,00%	L'évolution et le pronostic du trouble bipolaire
Séance 6	2	75,00%	Les traitements
Séance 7	3	62,50%	La prise de toxiques (alcool, cannabis…)/ sexualité et grossesse
Séance 8	3	62,50%	Détection précoce des symptômes et conduite à tenir
Séance 9	4	50,00%	Résolution de problème

Lors de la séance 4, un jeune a participé, à sa demande, à la séance malgré le fait qu'il soit hospitalisé (salle de séance dans une aile voisine au service d'hospitalisation).

Lors de la séance 5, il y a eu deux absents supplémentaires à cause des vacances.

Une patiente s'est faite ré-hospitalisée pour une décompensation mixte avec éléments psychotiques lors des séances 7 à 9 suite à un facteur précipitant.

Enfin, un autre jeune était absent lors de la séance 9 pour cause de stage scolaire.

d) Analyse des résultats au questionnaire de base des connaissances avant et après le groupe :

Questionnaire :

Choisissez la ou les bonnes réponses.

Question 1 : Quel est le pourcentage de la population qui souffre d'un trouble bipolaire ?

a) 1 sur 10 b) 1 sur 100

c) 1 sur 1000 d) 1 sur 1 000 000

Question 2 : Quelles manifestations peut-on retrouver dans la bipolarité ?

a) Dépression b) Irritabilité c) Hallucinations

d) Manie e) Hypomanie f) Dia bète

Question 3 : La maladie bipolaire survient suite à un manque de lithium dans le cerveau.

a) OUI b) NON

Question 4 : Peuvent être responsables d'un changement d'humeur :

a) Un stress b) Un changement de saison

c)Un exercice physique d) Une bronchite, un rhume...

e) Une consommation d'alcool f) Des aliments gras

Question 5 : Peuvent se retrouver dans un épisode dépressif :

a) Trop de sport b) Idées de mort

c) Perte d'intérêt d) Penser mériter d'être puni

e) Prise de poids f) Penser être le meilleur

Question 6 : Peuvent se retrouver dans un épisode maniaque :

a) Irritabilité b) Hallucinations c) Trop dormir

d) Être trop joyeux e) Vols et mensonges f) Être plus intelligent

Question 7 : Participe au contrôle de la bipolarité :

a) Traitement b) Cannabis

c) Religion d) Manger des légumes

Question 8 : Le traitement limite :

a) mes capacités b) les décompensations

c) la gravité des épisodes d) la durée des épisodes

Question 9 : A cause de la bipolarité et du traitement il n'est plus possible d'avoir des enfants.

a) VRAI b) FAUX

Question 10 : Dès la fin de la psychoéducation je pourrai baisser mes doses de traitement voire même l'arrêter.

a) VRAI b) FAUX

La moyenne des notes au questionnaire avant le groupe était de 7,69/10 (sur les 8 jeunes en début de groupe).

La moyenne des notes au questionnaire après le groupe était de 8,375/10 (sur les 4 jeunes présents à la dernière séance).

Les moyennes des jeunes au questionnaire montrent une tendance à l'amélioration des connaissances des jeunes après le groupe.

e) Observance médicamenteuse :

2 des participants ne prenaient pas leurs traitements avant et pendant le groupe de psychoéducation. Leur observance était bonne après le groupe à 3 mois et à 6 mois.

Les 2 jeunes qui ont abandonnés le groupe prématurément n'avaient pas non plus une bonne observance. Elle n'était pas bonne non plus à 3 mois et à 6 mois.

f) Taux de rechutes thymiques (dépression/ manie / état mixte) :

On évoque une rechute ou une récidive thymique à l'apparition d'un nouvel épisode dépressif, maniaque, hypomaniaque ou mixte diagnostiqué par un psychiatre selon des critères précis, énumérés dans le DSM IV-TR ou la CIM-10.

Les 2 participants qui ne prenaient pas leurs traitements ont rechuté **durant le déroulement du groupe ou juste après le fin de la session.** Ces deux patientes ont, à postériori, expliqué ne pas prendre leur traitement dès l'entrée dans le programme (traitement parfois arrêté quelques semaines auparavant).

L'une des patientes a rechuté pendant le déroulement de la session sous la forme d'un état mixte avec caractéristiques psychotiques ayant nécessité une hospitalisation. Il n'y a plus eu de rechute par la suite.

L'autre patiente a rechuté sur un mode dépressif juste après la fin de la psychoéducation mais la reprise de son traitement a permis une rémission sans hospitalisation.

Quant aux 2 jeunes qui ont abandonnés le groupe ont rechuté à 3 mois et à 6 mois. L'un sur un versant maniaque, l'autre sur un versant dépressif.

g) Taux d'hospitalisation :

La patiente qui a rechuté pendant la session a été hospitalisé dans le service universitaire de psychiatrie mais a souhaité venir participer à une des séances (dans le même service) mais n'a pas pu participer aux 3 dernières.

Les 2 jeunes qui ont abandonnés ont été ré-hospitalisés à 3mois et à 6 mois. L'un sur un versant maniaque, l'autre sur un versant dépressif.

Il n'y a eu ni rechutes ni hospitalisations à 3 mois et à 6 mois chez les participants.

	Observance / Taux de rechutes / Taux d'hospitalisations								
	Observance			Taux de rechutes			Taux d'hospitalisations		
	Durant session	À 3 mois	À 6 mois	Durant session	À 3 mois	À 6 mois	Durant session	À 3 mois	À 6 mois
2 abandons	2	0	0	50,00%	100,00%	100,00%	50,00%	100,00%	100,00%
6 participants	4	6	6	33,33%	0,00%	0,00%	16,67%	0,00%	0,00%

h) Taux de satisfaction :

Les réactions à la dernière séance des quatre participants présents à la neuvième séance étaient très positives. Ils ont apprécié la session, et participeraient à nouveau à un tel programme s'ils le pouvaient.

La réaction des familles venues à la dernière est également satisfaisante, sur la séance en elle-même, sur le comportement de leurs enfants au fur et à mesure du groupe et sur ce que leurs enfants pensaient du programme.

Le taux de satisfaction oscille entre 24/32 et 28/32.

Les remarques qui ont pu être faites sur le groupe étaient :

- D'augmenter les temps d'échanges entre les jeunes, qu'ils puissent plus parler de leurs vécus qu'ils n'ont pu le faire et entendre des témoignages.

- D'augmenter les temps de jeux de rôle ou de jeux type résolution de problème pour dynamiser encore un peu plus le groupe et pourquoi pas le faire dès le début de la session pour qu'ils fassent connaissance plus vite et améliorer la participation.

- La qualité du programme a été bien perçue avec des notes de 3 et 4/4.

- Les participants s'attendaient plutôt à ce type de prise en charge (3/4).

- Les participants recommanderaient complètement le programme à un ami (3 et 4/4).

- 2 trouvaient que le programme répondait plutôt à leurs besoins (3/4) alors qu'un autre ne le trouvait pas vraiment, plus en raison du manque de témoignage et de partage d'expériences que par les notions qu'il a pu recevoir.

- Les participants étaient plutôt satisfaits de l'aide reçue (3 et 4/4).

- Les participants ont trouvé que le programme les avait plutôt aidé à résoudre leurs problèmes (3 / 4). Un des participants trouvait les conseils très efficaces et que la séance de résolution de problèmes a pu ouvrir des discussions dans son entourage.

- Dans l'ensemble ils étaient assez satisfaits du programme (3/4). L'accueil, l'équipe soignante, la richesse des informations et la pertinence des thèmes ont pu être mis en avant mais les temps de parole n'étaient pas assez présents pour eux.

- S'ils en avaient besoin dans l'avenir, ils seraient prêts à participer de nouveau au programme (3 et 4/4)

V. Discussion des résultats :

La mise en place d'un groupe d'éducation thérapeutique destiné aux jeunes bipolaires a été une expérience inédite car, comme nous l'avons souligné précédemment, il n'existe que très peu de groupes de ce type en France.

Même s'il existe peu d'études à long terme, la mise en place d'un groupe d'éducation thérapeutique chez les jeunes bipolaires pourrait améliorer encore le pronostic de la maladie par rapport à l'éducation thérapeutique chez les adultes bipolaires. Pour l'instant, il y a peu de données de la littérature sur ce sujet.

En 2013, une méta-analyse[150] de l'équipe de M.Reinares a montré qu'idéalement l'éducation thérapeutique devrait être initiée le plus tôt possible même si ça ne voulait pas dire que les patients souffrant depuis longtemps ne pouvaient pas profiter de ces thérapies.

Les études récentes montrent des résultats prometteurs chez les jeunes bipolaires qui bénéficient de psychoéducation et d'un traitement médicamenteux en parallèle : diminution du taux d'hospitalisation (de 67% à 32%) et augmentation de l'observance médicamenteuse[151].

Cette expérience nous a permis de rencontrer de jeunes patients bipolaires adressés par des confrères de la région. Le recrutement de ces patients s'est déroulé sur environ 3 mois. Une partie de ces patients était sur la liste d'attente pour participer au groupe d'éducation thérapeutique destiné aux adultes bipolaires rattaché au centre hospitalier du Rouvray. Ils avaient tous été hospitalisés au moins une fois en psychiatrie, ce qui constitue un biais de recutement (presque tous les patients sont suivis par des psychiatres hospitaliers).

Notre souhait était de débuter par un groupe avec un nombre de participants limité afin de favoriser les intéractions. Nous avons, au total, reçu 11 demandes de la part de nos collègues mais seulement 8 patients ont accepté de participer au groupe. Ce constat met en évidence que la proportion de jeunes (16-25 ans) diagnostiquée bipolaire est beaucoup moins importante que chez les adultes.

Peu de diagnostics de trouble bipolaire dans cette tranche d'âge sont faits. Sur le centre hospitalier du Rouvray, 305 patients, âgés de 16 à 25 ans ont été diagnostiqués bipolaires sur la période du 1er juillet 2011 au 30 juin 2016, soit 61 patients par an.

De plus, sur les 6 sessions, du groupe d'éducation thérapeutique concernant les adultes bipolaires, réalisées de 2011 à 2015, 11 patients sur les 78 participants avaient entre 16 et 25 ans lors du déroulement du groupe, soit 1/8éme des participants.

---

150 María Reinares, José Sánchez-Moreno, et Konstantinos N. Fountoulakis, « Psychosocial Interventions in Bipolar Disorder: What, for Whom, and When », *Journal of Affective Disorders* 156 (mars 2014): 46-55, doi:10.1016/j.jad.2013.12.017.

151 Lars Vedel Kessing et al., « Do Young Adults with Bipolar Disorder Benefit from Early Intervention? », *Journal of Affective Disorders* 152-154 (janvier 2014): 403-8, doi:10.1016/j.jad.2013.10.001.

Ceci peut être expliqué de plusieurs manières : d'une part il existe un retard au diagnostic d'environ 10 ans après l'apparition des premiers symptômes[152] et d'autre part l'incertitude diagnostique est plus importante chez les adolescents. En effet, d'autres pathologies psychiatriques peuvent présenter des symptômes communs comme la schizophrénie, l'état limite et le TDAH.

L'évaluation diagnostic doit être rigoureuse et nécessite parfois une évaluation sur plusieurs semaines. Cette tâche va être d'autant plus compliquée qu'une nouvelle entité nosographique fait son apparition dans le DSM 5 : le disruptive mood dysregulation disorder (trouble perturbateur de la régulation émotionnelle). Nous même, avons été confronté à une incertitude diagnostique concernant la plus jeune patiente, cette dernière a insisté pour participer au groupe.

Contrairement au groupe d'éducation thérapeutique des bipolaires adultes, il semblerait donc plus pertinent de ne réaliser qu'une seule session par an d'éducation thérapeutique chez les jeunes bipolaires pour avoir un nombre suffisant de patients.

Au vu du nombre limité de patients concernés, nous avons inclus des jeunes en période de stabilité thymique au moment du premier rendez-vous mais il a été difficile de respecter les recommandations actuelles qui préconisent de n'inclure dans le groupe que des patients euthymiques équilibrés par un traitement thymorégulateur depuis au moins 6 mois.

Par ailleurs, sur le plan de la constitution du groupe, le groupe était globalement homogène en terme d'âge, de milieu social, de symptomatologie et de sexe.
En effet, 6 filles ont été inclus contre 2 garçons, l'échantillon est trop petit pour tirer des conclusions mais nous pouvons nous interroger sur cette différence.

Il semblerait que de manière générale les hommes jeunes (18-22 ans) adhèrent moins à ce type de prise en charge. Ce constat est mis en évidence dans la littérature et il est retrouvé également dans le groupe d'éducation thérapeutique pour adultes bipolaires mis en place depuis 2010.

Le sex ratio est de 1 dans le trouble bipolaire, il est possible que le retard au diagnostic soit plus marqué chez les individus de sexe masculin qui peuvent présenter une symptomatologie différente. A noter que l'un des participants, de sexe masculin dans le groupe, Frédéric, présentait des symptômes qui différaient des autres patients : ses phases maniaques étaient marqués par une grande impulsivité, des crises clastiques et parfois des actes antisociaux (vol de voiture…). Ce même patient a d'ailleurs arrêté prématurément sa participation au groupe. D'ailleurs il a été constaté que les hommes étaient également moins nombreux dans le groupe d'éducation thérapeutique adulte (Le sexe ratio était de 45% d'hommes et 55% de femmes soit 35 patients contre 43 patientes).

Sur le plan des résultats obtenus, encore une fois, le petit échantillon et l'absence de groupe contrôle ne permettent pas de conclure.
Cependant, les patients se sont montrés globalement satisfaits par ce type de prise en charge qui vient compléter le suivi psychiatrique régulier. En effet, tous recommanderaient ce type de prise en charge à un ami.

152 Haute Autorité de santé, « Note de cadrage Troubles bipolaires : repérage et diagnostic en premier recours Fiche Mémo », Juin 2014, www.has-sante.fr/.../troubles_bipolaires_reperage_et_diagnostic_en_premier_recours...

Le questionnaire de satisfaction et l'échange avec les patients lors de la dernière séance ont mis en avant des points positifs apportés par ce groupe :

- rencontre et échange avec d'autres personnes atteintes par la même pathologie.
- meilleure connaissance sur le trouble bipolaire.
- convivialité du groupe.
- vision différente du milieu psychiatrique et des psychiatres en général. Les patients ont apprécié la proximité avec les médecins « animateurs » qui change de la relation médecin-malade conventionnelle. Une patiente a même souligné de manière humoristique *« mais donc vous n'êtes pas fous les psychiatres ! ».*
- promotion de « l'empowerment » dans la prise en charge du trouble bipolaire.

A contrario, des points négatifs ont été mis en exergue par les patients :

- le manque de partage sur l'expérience personnelle de chacun.

  Comme pour tout groupe d'éducation thérapeutique, ce point doit être défini dès la première séance (séance de présentation) pour expliquer à chacun les objectifs du groupe. Bien que la participation orale soit encouragée pendant les séances, il ne s'agit pas « d'un groupe de parole » et certains patients ont tendance à digresser rapidement. Le rôle des animateurs est d'être attentif à cela et reposer les objectifs de la séance.
- l'aspect scolaire de certaines séances (power point avec beaucoup d'informations) qui prédominent lors des premières séances. Les participants ont beaucoup plus appréciés les séances telles que « la stratégie de résolution de problèmes » sous forme de jeux.

  Les premières séances doivent donc être remaniées pour être encore plus ludiques pour convenir mieux à cette tranche d'âge.

Nous avons pu observer une tendance à une bonne observance médicamenteuse chez les patients : les 6 patients qui ont participé à la session entière étaient tous observants à 6 mois. Ceci peut s'expliquer par une meilleure compréhension de la prescription : indication du traitement, efficacité sur les symptômes, effets indésirables ; mais aussi plus globalement une meilleure compréhension de la maladie, de son caractère chronique et de la nécessité d'un traitement au long cours qui en découle. L'ensemble de ces thématiques ont été abordées au cours des séances 2 à 6 du programme.

Concernant les récidives thymiques, elles surviennent en moyenne 0,6 fois par an, c'est-à-dire que le patient déclenche, en moyenne, un épisode thymique tous les 2 ans [153]. L'impact de l'éducation thérapeutique sur la prévention des récidives thymiques a été recherché dans l'étude de référence de Colom et al. en 2003[154]. Ceux-ci ont retrouvé 38% de récidive thymique à 1 an chez les patients ayant bénéficié de la psychoéducation contre 60% dans le groupe contrôle.

Prévenir les récidives thymiques chez les jeunes bipolaires (en améliorant l'observance, la détection précoce des symptômes…) pourrait améliorer l'évolution de la maladie bipolaire en limitant l'effet « kindling ». Il serait très intéressant de réévaluer à distance le groupe de jeunes qui ont participé au groupe versus un groupe contrôle pour apprécier l'impact de l'éducation thérapeutique.

---

153 F. Rouillon, « Épidémiologie des troubles psychiatriques », *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique* 166, nº 1 (février 2008): 63-70, doi:10.1016/j.amp.2007.11.010.

154 Francesco Colom et al., « A Randomized Trial on the Efficacy of Group Psychoeducation in the Prophylaxis of Recurrences in Bipolar Patients Whose Disease Is in Remission », *Archives of General Psychiatry* 60, nº 4 (avril 2003): 402-7, doi:10.1001/archpsyc.60.4.402.

La participation familiale à l'éducation thérapeutique peut être un puissant allié thérapeutique si elle s'implique dans la prise en charge du patient bipolaire. Cela semble d'autant plus important chez les jeunes adultes qui vivent le plus souvent chez leurs parents.

Peu d'études existent sur la psychoéducation destinée aux familles, les données de la littérature suggèrent cependant que cette intervention permet de réduire le nombre de récidives thymiques et d'améliorer la symptomatologie dépressive mais pas maniaque. Les résultats sont plus spectaculaires encore chez les familles à niveau élevé « d'expression émotionnelle » qui est corrélé à un risque de récidive[155]. Le concept d'émotion exprimée (EE) remontent aux travaux de Brown et coll en 1958[156]. L'émotion exprimée est évaluée à partir d'un enregistrement audio d'une durée de 60 à 90 minutes, effectué sur la base d'un entretien semi structuré mené avec un proche du patient.

Cet entretien permet de demander aux proches de décrire des évenements survenus à la maison, au cours des derniers mois. Les proches sont considérés comme à haute EE si, au cours de l'entretien, ils expriment plus de 6 commentaires critiques, de sentiments d'hostilité ou une surimplication émotionnellle.

Nous avons fait le choix de ne consacrer qu'une séance aux familles qui a été centrée sur la guidance, les conduites à tenir en cas de rechute ou d'inquiétudes et donner des conseils généraux. Beaucoup de leurs interrogations portaient sur les traitements pharmacologiques et l'évolution de la maladie. Ils ont exprimé leur souhait d'être plus impliqué dans la prise en charge de leurs enfants (avoir des entretiens avec les psychiatres…). Au vu de l'âge des patients du groupe, adolescents ou jeunes adultes, nous avons souhaité abordé des sujets qui les concernent directement (comme par exemple la prise de toxique) et qui peuvent impacter le cours de la maladie. Après réflexion, pour favoriser les échanges, il nous a semblé pertinent de ne pas intégrer la famille et de centrer essentiellement la prise en charge sur le patient. Il est vrai qu'à cet âge le besoin d'indépendance et d'individualisation est primordial comme l'identification aux pairs.

Ainsi, les patients ont pu aborder librement leurs difficultés d'interaction avec leur entourage notamment lors des décompensations thymiques.

Par ailleurs, plusieurs programmes de psychoéducation du trouble bipolaire proposent des séances de « rappel » après la fin de la session. Des résultats intéressants sont mis en évidence avec la TIPARS[157] dans la population adulte.

Une étude randomisée sur la CFF-CBT éditée en 2014 par WEST a démontré, sur 69 jeunes âgés de 7 à 13 ans, après 12 sessions hebdomadaires suivies par 6 sessions mensuelles de rappel délivrées sur un total de 9 mois, une amélioration des symptômes dépressifs et maniaques et une augmentation du fonctionnement psychosocial à long-terme[158].

---

155 David J. Miklowitz, « The Role of the Family in the Course and Treatment of Bipolar Disorder », *Current directions in psychological science* 16, nº 4 (août 2007): 192-96, doi:10.1111/j.1467-8721.2007.00502.x.

156 C. Vaughn et J. Leff, « The Measurement of Expressed Emotion in the Families of Psychiatric Patients », *The British Journal of Social and Clinical Psychology* 15, nº 2 (juin 1976): 157-65.

157 Bottai et al., « [Interpersonal and social rhythm therapy (IPSRT)]. »

158 Amy E. West et al., « Child-and family-focused cognitive-behavioral therapy for pediatric bipolar disorder: a randomized clinical trial », *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 53, nº 11 (2014): 1168–1178.

Nous n'avons pas proposé de séance de rappel après notre session car les patients presque tous jeunes étudiants sont amenés à être mobiles géographiquement et n'étaient pas tous destinés à rester sur la région prochainement.

Comme on l'a vu, l'éducation thérapeutique chez les jeunes bipolaires est un outil de soin novateur mais certains auteurs vont même plus loin dans cette démarche. Effectivement certaines études récentes[159] cherchent à évaluer l'effet de la psychoéducation chez les sujets jeunes à haut risque de bipolarité (épisode dépressif, une cyclothymie ou un trouble bipolaire non spécifique avec un de leur parent bipolaire I ou II). Ainsi, l'éducation thérapeutique très précoce pourrait retarder (voir éviter) la transition vers un trouble bipolaire de type I ou II…

En 2011, l'équipe de D.J. Miklowitz[160] a montré qu'une FFT réalisée chez des enfants de 13 ans d'âge moyen, à risque de trouble bipolaire permettait des **améliorations** significatives de leurs scores à la Young Mania Rating Scale, à la Children's Depression Rating Scale et de leurs scores de fonctionnement psychosocial à 1 an**.**

En 2013, D.J. Miklowitz[161] a réalisé un essai randomisé avec le même protocole sur 40 jeunes et a montré que les jeunes dans la FFT-À-HAUT-RISQUE avait un rétablissement plus rapide de leurs symptômes d'humeur initiaux, plus de semaines en rémission et une amélioration de la YMRS à 1 an que les jeunes dans le groupe contrôle.

Néanmoins, un suivi plus long est nécessaire pour déterminer si une intervention familiale précoce a des effets qui contribuent au retard ou à la prévention d'épisodes maniaques chez les jeunes vulnérables.

En 2015, une autre méta-analyse[162] a montré que les études sur les MFPG, FFT-A, CFF-CBT, IPSRT-A, DBT-A sur les enfants bipolaires et les enfants à haut risque de l'être étaient faisables et acceptables mais nécessitaient des essais randomisés avec de plus larges échantillons pour prouver leur efficacité réelle.

159 David J Miklowitz et al., « Early Psychosocial Intervention for Youth at Risk for Bipolar I or II Disorder: A One-Year Treatment Development Trial: Youth at Risk for Bipolar Disorder », *Bipolar Disorders* 13, nº 1 (février 2011): 67-75, doi:10.1111/j.1399-5618.2011.00890.x.

160 Ibid.

161 David J. Miklowitz et al., « Early Intervention for Symptomatic Youth at Risk for Bipolar Disorder: A Randomized Trial of Family-Focused Therapy », *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 52, nº 2 (février 2013): 121-31, doi:10.1016/j.jaac.2012.10.007.

162 Álvaro Frías, Cárol Palma, et Núria Farriols, « Psychosocial interventions in the treatment of youth diagnosed or at high-risk for pediatric bipolar disorder: A review of the literature », *Revista de Psiquiatría y Salud Mental (English Edition)* 8, nº 3 (2015): 146–156.

CONCLUSION :

Cette expérience en tant que psychiatre a été particulièrement bénéfique.

Notre pratique quotidienne à l'hôpital nous permet rarement de privilégier ce type de rapport avec les patients. La première raison de cela est que pour ce groupe, nous n'étions pas les « prescripteurs » de ces patients.

Nous avons tenté de gommer l'aspect « autoritaire » que peut avoir parfois le psychiatre hospitalier (surtout lors des décompensations maniaques) tout en gardant à l'esprit nos objectifs : éduquer le patient à sa maladie et lui prodiguer des conseils.

Nous avons été agréablement surpris par la rapidité des interactions entre eux et l'entraînement positif créer par l'effet de groupe. Les patients ont pu s'identifier aux autres jeunes et être attentif aux messages portés par ces derniers.

Comme nous l'avons souligné, les retours de leurs parts (et de leurs familles) ont été positifs, ce qui nous encouragent à continuer tout en améliorant notre prise en charge.

Ainsi, nous pourrions étendre ce soin dans la région après la formation du personnel et éventuellement évaluer cette prise en charge sur un plus grand nombre de patients avec un groupe contrôle.

ANNEXES :

Annexe 1 :

Le programme des séances : les thèmes abordés.

Séance 1 : Présentation, informations générales.

Séance 2 : La manie et l'hypomanie.

« brainstorming »
Extrait de vidéo : épisode 11 saison de Homeland.
Power-point symptômes
Check-list d'hypomanie d'Angst ou profil personnel de manie
Questions libres

Séance 3 : La dépression.

« brainstorming »
Lecture d'un article de presse pour introduire le concept médical de dépression.
Power-point dépression
Etablir un profil personnel de dépression.

Séance 4 : Concept de « cause » et de « facteurs déclenchants ».

« brainstorming »
Présentation du modèle « stress-vulnérabilité »
Rythmes sociaux
Questions libres

Séance 5 : L'évolution et le pronostic du trouble bipolaire.

« Brainstorming »
Power-point
Réaliser son propre graphique vital (avec un exemple) sur les trois derniers mois.
Questions libres.

Séance 6 : Les traitements.

« brainstorming »
Listing des traitements
Gestion des effets secondaires (reconnaître les signes de surdosage).
Place de la sismothérapie.
Promotion activité sportive.
Jeux de rôle : débat 1 participant joue le médecin/ le médecin joue un patient réfractaire au traitement.
Questions libres

Séance 7 : La prise de toxiques (alcool, cannabis…)/ sexualité et grossesse

« Brainstorming »
Power point : effets des drogues (alcool, THC, cocaine, héroine)
Boîte à questions
Vidéos de témoignages d'adolescents sur leur addiction.

Séance 8 : Détection précoce des symptômes et conduite à tenir.

Symptômes signaux.
Faire sa propre liste de symptômes signaux.
Conduite à tenir.

Séance 9 : Résolution de problème.

Situations reprises du jeu « Perspectives, Des sentiments à l'action », de Zeneca Pharma

conçu pour de la psychoéducation avec identification des problèmes les plus rencontrés et réflexion commune pour y faire face (notion coping).

Questions libres.

Remplir le questionnaire de base des connaissances.

1 séance proposée à l'entourage (parents, fratrie, ou conjoint)

Groupe de parole.

Thèmes abordés : les traitements, la scolarité (médecin scolaire, PAI…) la conduite à tenir, identifier les situations à risque.

Annexe 2 :

SEANCE 1 : INTRODUCTION ET DEROULEMENT DES SEANCES

1. **Présentation des animateurs et des participants.**

Tour de table afin de se présenter et faire connaissance.

2. **Présentation des règles du groupe.**

Avec la mise en avant de quatre points essentiels pour que la psychoéducation se déroule dans de bonnes conditions et apporte un intérêt pour les participants :

> **La confidentialité** des animateurs mais également des participants.
> **La présence** aux différentes séances.
> **La ponctualité** des animateurs et des participants, d'autant que les séances sont courtes.
> **La participation** des participants au maximum, ne pas hésiter à poser des questions et à intervenir dans les discussions.

3. **Présentation de la psychoéducation.**

Explication brève de ce qu'est la psychoéducation, de ses différentes étapes et de ce qu'elle apporte. Explication également que ce groupe fait partie des recommandations de bonne prise en charge de la Haute Autorité de Santé et que ce genre de groupe a déjà montrer une efficacité.

4. **Questions fréquentes :**

Réponses données sur quelques questions fréquemment posées en consultation :

Que signifie le terme « trouble bipolaire » ?
Le trouble bipolaire est-il une maladie fréquente ?
Le trouble bipolaire est-il un phénomène de mode ?
Quel est le regard de la société sur le trouble bipolaire ?

5. **Présentation du programme.**

Le programme des séances : les thèmes abordés.

Séance 1 : Présentation, informations générales.
Séance 2 : La manie et l'hypomanie.
Séance 3 : La dépression.
Séance 4 : Concept de « cause » et de « facteurs déclenchants ».
Séance 5 : L'évolution et le pronostic du trouble bipolaire.
Séance 6 : Les traitements.
Séance 7 : La prise de toxiques (alcool, cannabis…)/ sexualité et grossesse
Séance 8 : Détection précoce des symptômes et conduite à tenir.
Séance 9 : Résolution de problème.
1 séance proposée à l'entourage (parents, fratrie, ou conjoint)

6. **Remplir le questionnaire de base des connaissances.**

En annexe.

7. **Réponses aux questions** que les participants se posent sur la première séance et la psychoéducation

SEANCE 2 : LA MANIE ET L'HYPOMANIE

Les objectifs □ connaître les symptômes de manie et d'hypomanie.
□ reconnaître le caractère pathologique.

1. Présentation des principaux symptômes de la manie qui sont:

I. **Une modification de l'humeur**

II. **Une accélération psychomotrice**

III. **Parfois des idées délirantes**

IV. **Difficultés consécutives avec retentissement** sur le plan professionnel, social, familial.

V. **La non conscience des troubles.**

VI. **La présence de troubles « somatiques »**

Et présentation des différentes formes de manies :

1. Délirantes (avec des idées délirantes)
2. Fureur maniaque
3. Manies confuses (personne âgée)
4. Manies toxiques (corticoides, antidépresseurs)

□ Passage d'un extrait vidéo de l'épisode 11 saison 1 de Homeland afin d'illustrer notre propos et de présenter ce que peut être un épisode maniaque.

2. Présentation de l'état mixte :

L'état mixte est un état qui associe à la fois des symptômes maniaques et des symptômes dépressifs presque tous les jours pendant 1 semaine.

3. Présentation de l'épisode hypomaniaque :

Il s'agit d'une forme « atténuée » de la manie (intensité moindre des symptômes ou durée < à 7 jours mais > à 4 jours).
Ainsi, on peut définir, deux types de patients bipolaires :

- Bipolaire de type 1 : patient ayant fait au moins un épisode maniaque.
- Bipolaire de type 2 : patient qui a fait au moins un épisode hypomaniaque et un épisode dépressif.

4. Présentation des dangers de ces états :

- La tentative de suicide □Le suicide
- Achats inconsidérés □difficultés financières
- Mise en danger sur le plan sexuel □infections sexuellement transmissibles (VIH…)
- Prise de drogues (alcool, cannabis…)=□risque de complications légales, de troubles du

comportement.

- Complications professionnelles ou scolaires, familiales, affectives.

D'où importance de repérer précocement les signes de décompensation (signal symptôme) et d'adapter le traitement (ce qui peut nécessiter une hospitalisation parfois).

5. Questionnaire d'hypomanie d'Angst :

Un score total de 10 se révèle hautement suggestif du diagnostic d'épisode hypomaniaque.

Check-list	oui	non
Moins d'heure de sommeil		
Davantage d'énergie et de résistance physique		
Davantage de confiance en soi		
Davantage de plaisir à faire son travail		
Davantage d'activités sociales (téléphone, visites…)		
Plus de déplacements et voyages		
Davantage d'imprudence au volant		
Dépenses d'argent excessives		
Comportements déraisonnables dans les affaires, à l'école		
Surcroît d'activité (y compris au travail, à l'école)		
Davantage de projets et d'idées créatives		
Moins de timidité, d'inhibition		
Plus bavard que d'habitude		
Plus d'impatience ou d'irritabilité que d'habitude		
Attention facilement distraite		
Augmentation des pulsions sexuelles		
Augmentation de la consommation de café et cigarettes		
Augmentation de la consommation d'alcool		
Exagérément optimiste voire euphorique		
Augmentation du rire (farces, plaisanteries, jeux de mots…)		
Rapidité de la pensée, idées soudaines…		

6. Questions libres

SEANCE 3 : LA DEPRESSION

Les objectifs connaître les symptômes de la dépression

L'épisode dépressif majeur est l'une des pathologies les plus fréquentes dans la population générale. Sur toute la population, 10 à 20% des individus auront une dépression au cours leur vie.

1. Présentation des symptômes de la dépression :

1) L'humeur dépressive.
2) Un ralentissement psychomoteur.
3) Idées noires ou suicidaires.
4) Symptômes « somatiques ».

2. Présentation de la mélancolie :

On parle de **dépression avec caractéristiques mélancoliques**. La définition est différente du terme littéraire *« le sentiment d'une tristesse vague et douce dans laquelle on se complaît, et qui favorise la rêverie désenchantée et la méditation »*.

En psychiatrie, il s'agit d'un état de dépression très sévère avec une douleur morale intense et un fort taux de suicide. Il y a des idées de culpabilité, d'incurabilité « je n'irais jamais mieux, on ne peut rien faire pour moi ».

Le ralentissement psychomoteur est intense avec des troubles somatiques quasi-constants (insomnie de fin de nuit, anorexie, perte de la libido).

Il peut y avoir des idées délirantes : de culpabilité, de transformation corporelle, de ruine….

3. Présentation de la « dépression atypique » :

Plus fréquente dans le trouble bipolaire, on retrouve au 1er plan :

- Une irritabilité (s'énerver tout le temps)
- Une hypersomnie (temps de sommeil augmenté)
- Une hyperphagie (appétit augmenté)

- **Le tableau est donc trompeur !**

→ Lecture d'articles de presse et discussion sur ces articles pour illustrer l'utilisation parfois inappropriée du terme dépression par les journalistes.

SEANCE 4 : Concept de « cause » et de « facteurs déclenchants »

Objectifs faire la différence entre les causes du trouble bipolaire et les facteurs déclenchant une rechute (tableau).
avoir une idée "des causes" du trouble bipolaire.
connaître l'impact de l'environnement dans les rechutes.

1. **Début de séance par un exercice : tableau « causes » et « facteurs déclenchants ».**

Brainstorming entre les participants sur ceux que peuvent être les causes et les facteurs déclenchants d'un trouble bipolaire.

2. **Faire la différence entre les causes et les facteurs déclenchants du trouble bipolaire.**

Il s'agit d'une maladie multifactorielle. Il existe des facteurs de « vulnérabilité » génétique. On estime que l'héritabilité du trouble bipolaire est d'au moins 60%, c'est-à-dire que 60 % des causes de la maladie seraient dues à des facteurs qui se transmettent dans les familles à risque, et que l'on a jusqu'à présent pas pu identifier clairement.

Le trouble bipolaire n'est pas une maladie contagieuse !

Il n'a pas été identifié un gène particulier qui serait « responsable » de la maladie. Les données les plus solides ont impliqué les chromosomes 6 et 8 (sur les 23 paires que compte l'espèce humaine).
Par ailleurs, il existe des dysfonctionnements neurobiologiques chez les patients bipolaires. Trois principaux neurotransmetteurs ont été incriminés : la noradrénaline, la dopamine et la sérotonine. Le trouble bipolaire semble spécifiquement résulter de dysfonctionnements noradrénergiques : un épisode maniaque s'accompagnerait d'une hyperactivité du système de la noradrénaline, un épisode dépressif d'une hypoactivité.

Ces dysfonctionnements touchent une région dans le cerveau appelée **le système limbique.**

Par ailleurs, il semble que certains facteurs environnementaux soient impliqués comme les maltraitances (physiques, psychiques et sexuelles) répétées dans l'enfance. En effet, les études montrent que les enfants qui ont subis des traumatismes graves dans l'enfance sont plus susceptibles de développer un trouble de l'humeur (dépression et trouble bipolaire) à l'âge adulte.

Souvent le premier épisode est précédé par une situation environnementale stressante même si ce n'est pas toujours le cas. A partir de ce moment où la maladie se déclare, les mécanismes biologiques régulateurs de l'humeur semblent entrer dans une oscillation permanente. C'est alors que certains facteurs déclenchants environnementaux peuvent précipiter une rechute.

Chaque rechute rend le sujet plus vulnérable au stress, de sorte que quelques patients peuvent présenter un **cycle rapide** (succession ininterrompue de dépression et d'euphorie = plus de 4 épisodes par an).

Les facteurs déclenchants peuvent être très divers (séparation, deuil, déménagement, manque de sommeil…) mais certaines rechutes n'ont pas de facteurs déclenchants.

Séance 5 : l'évolution et le pronostic du trouble bipolaire

Les objectifs □ reconnaître le caractère chronique de la maladie et l'évolution cyclique.
□ définir le profil évolutif en s'aidant du graphe vital.

1. A quel âge débutent les premiers symptômes ?

Le trouble bipolaire peut se déclarer à l'adolescence. Les premiers symptômes sont retrouvés **avant l'âge de 19 ans** pour 60 à 70 % des patients atteints. Chez certains adultes, on retrouve, a posteriori, des symptômes apparus dès l'adolescence et passés inaperçus pendant des années.

Lorsque le trouble bipolaire débute à l'adolescence, la fréquence des épisodes délirants lors des décompensations, les troubles anxieux et la consommation de drogues est plus importante.

L'incidence du trouble bipolaire chez l'adolescent est probablement sous-évaluée par l'assimilation de certains comportements étiquetés « crise d'adolescence ».

Il s'agit d'une période charnière dans la vie puisque l'adolescent va établir les fondements de sa vie future du point de vue scolaire, familial et sentimental. Ainsi, la présence de troubles psychiatriques non diagnostiqués ou non pris en charge médicalement peut induire des conséquences dans la vie à venir.

Les enfants présentent des symptômes très spécifiques ressemblant peu à ceux présentés par les adultes. La continuité d'un trouble bipolaire chez l'enfant à l'âge adulte n'a pas été établie.

A l'âge adulte, il existe un deuxième pic d'apparition de la maladie après 60 ans qui est toutefois moins important.

2. Comment évolue le trouble bipolaire ?

Le trouble bipolaire est une **maladie chronique à évolution cyclique** marqué le plus souvent par l'alternance d'épisode dépressif et d'épisode (hypo)maniaque. Entre les épisodes thymiques, il existe des **intervalles « libres »**. Ces intervalles libres durent environ 18 mois. La durée des épisodes thymiques est variable, le risque de récurrence est important mais diminuent par les traitements. Le trouble bipolaire peut débuter par un épisode dépressif ou maniaque.

□QUE DEVIENT LA MALADIE BIPOLAIRE AVEC L'AGE ?

L'évolution « classique » du trouble bipolaire fait ressortir deux éléments : avec l'âge il apparaît un phénomène de « sensibilisation » (Kindling en anglais) par lequel les nouveaux épisodes thymiques seraient déclenchés par des niveaux de stress de plus en plus bas. Par ailleurs, les épisodes semblent au fil de l'évolution de la maladie être d'une intensité progressivement moindre mais de durée plus longue.

□EVOLUTION D'UN EPISODE MANIAQUE :

Il est souvent d'installation rapide. Il est plus court et a une fin plus rapide que l'épisode dépressif. La durée moyenne d'un épisode est de 4 mois. Il peut être suivi d'une période d'apathie. Il peut être induit par des substances ou des médicaments (corticoïdes, antidépresseurs, drogues…).

□EVOLUTION D'UN EPISODE DEPRESSIF :

Son début est insidieux, plus lent. L'épisode peut durer plusieurs mois, le traitement médicamenteux permet une amélioration voire une guérison plus rapide (amélioration après un délai d'action de 2 à 3 semaines). Parfois, la dépression persiste malgré l'instauration de plusieurs essais de médicaments : on parle de dépression résistante. D'autres traitements peuvent être alors proposés.

Parfois, malgré une réponse au traitement, les symptômes ne disparaissent pas complètement, on parle de symptômes résiduels. Après chaque épisode, la personne « fragilisée » et est plus susceptible de refaire un épisode : on parle de vulnérabilité.

□CONCEPT DE POLARITE DOMINANTE :

Certaines personnes ont une tendance à toujours rechuter selon la même polarité (épisode dépressif ou épisode maniaque). On parle alors de polarité dominante maniaque ou de polarité dominante dépressive.

La réalisation d'un diagramme de l'humeur (ou graphe vital) permet d'anticiper la polarité de la prochaine rechute et donc d'adapter le traitement. [Exemple de graphe vital (Colom et Vieta)] :

□ **Réalisation du graphe vital de chaque participant et animateur sur la semaine précédente.**

3. Quels sont les risques liés à l'évolution du trouble bipolaire ?

1. Risque de tentative de suicide □ suicide
2. Risque de prise de drogue □ toxicomanie et complications…
3. Mises en danger sur le plan sexuel □ infections sexuellement transmissibles.
4. Achats inconsidérés □ difficultés financières (interdit bancaire…)
5. Développer une maladie « somatique » liée aux troubles du comportement, mauvaise hygiène de vie, prise de drogue, mauvaise tolérance des traitements □ obésité, diabète, dysfonctionnements hormonaux (thyroïde) □ décès prématuré.
6. Complications sociales (isolement), scolaires (absentéisme), familiales, sentimentales (divorce).

Heureusement, il existe des moyens d'éviter ou de limiter au maximum ces risques :

La prévention des rechutes et des complications passe par la prise quotidienne du traitement médicamenteux rigoureusement suivi par le médecin +++.
Mais aussi par une meilleure connaissance de la maladie par le patient et sa famille (détection des signes précurseurs).

Le trouble bipolaire n'empêche pas de suivre des études et d'avoir une vie normale à condition de prendre le traitement et d'être suivi par un médecin.

Séance 6 : Les traitements médicamenteux

Les objectifs *se familiariser avec les différentes classes médicamenteuses utilisées.*
 connaître les signes de surdosage de lithium
 connaître la conduite à tenir en cas d'effet secondaire

Il n'existe pas à ce jour de traitement curatif du trouble bipolaire. Cela signifie qu'il n'est pas possible de le « guérir » même si dans certains cas l'évolution peut être très favorable.

Les médicaments permettent de **stabiliser** la maladie pour améliorer la qualité de vie et mener une vie semblable aux personnes non atteintes de trouble bipolaire.

Les deux objectifs du traitement sont :

1. Traiter les épisodes aigus (rechute dépressive ou maniaque).
2. Prévenir les rechutes.

1. Faire un tour de table des traitements des participants, afin de montrer aux participants qu'ils n'ont pas tous le même traitement, que celui-ci est adapté à chacun et discussion des effets secondaires que les participants ont ou ont pu avoir.

2. Petit Brainstorming sur Pour ou Contre les médicaments ?

3. Les médicaments utilisés dans le trouble bipolaire : listing et présentation :

 Le lithium :

Avant la mise en place du traitement, le psychiatre va prescrire un bilan, pour rechercher une contre-indication, qui comprend : un bilan cardiaque, rénal, thyroidien et un test de grossesse.
Une fois le traitement mis en place, il faut faire des prises de sang régulière pour doser la lithiémie. Le taux normal est de 0.5 à 0.8 mmol/l pour le téralithe 250 et de 0.8 à 1.2 mmol/l pour le téralithe LP 400.

Il est important de connaître les signes de surdosage qui nécessite un avis d'un médecin rapidement. **Signes de surdosage : Tremblements (apparition brutale), Fatigue, Nausées, Diarrhées, Difficultés à articuler, Vertiges, Vision trouble.**

 Les autres thymorégulateurs :

La carbamazépine, le valpromide et le divalproate nécessitent une augmentation progressive de la posologie. Ces traitements peuvent également être dosés dans le sang. Le psychiatre surveille également le bilan hépatique après la mise en place du traitement.

Ces médicaments sont généralement contre-indiqués pendant la grossesse et l'allaitement.

Les effets secondaires les plus rencontrés sont : la sédation, parfois la prise de poids et des troubles digestifs mineurs. Ils peuvent provoquer une hépatite aigue qui nécessite une prise en charge médicale urgente mais cela reste rare.

Depuis peu, la lamotrigine a obtenu l'autorisation de mise sur le marché (AMM) dans la prévention des épisodes dépressifs des patients avec un trouble bipolaire de type 1.

Les antipsychotiques

Anciennement appelés « neuroleptiques », ils existent depuis les années 1950 mais on ne les utilise que depuis peu dans le trouble bipolaire.

Certains ont reçu une Autorisation de Mise sur le Marché dans le trouble bipolaire pour le traitement aigu des épisodes maniaques ou dépressifs ou en prévention de la rechute.
Il s'agit de l'aripiprazole, de l'olanzapine, la quétiapine et la risperidone.

Les antidépresseurs

On peut prescrire un antidépresseur dans la dépression du patient bipolaire en y associant un thymorégulateur pour prévenir le risque de « virage maniaque ».

L'autre risque est de favoriser l'apparition de cycles rapides (augmenter l'alternance des phases maniaques et des phases dépressives).

Les autres médicaments

Il s'agit essentiellement:

- **Des hypnotiques** pour favoriser le sommeil.
- **Des benzodiazépines** pour diminuer l'angoisse.

4. Comment faire en cas d'effets secondaires ?

Tous les médicaments, même le paracétamol ont des effets secondaires qui sont plus ou moins gênants. **Le psychiatre connaît les effets secondaires du traitement qu'il prescrit**.

En premier lieu, il faut lui en parler car il peut adapter le traitement : soit changer de médicament ou diminuer la posologie. Parfois le psychiatre va donner des conseils qui vont diminuer les effets secondaires comme fractionner la dose, prendre le médicament au milieu des repas… il y a toujours une solution !

Certains médicaments peuvent favoriser une prise de poids. Il est important d'avoir un rythme de vie sain : manger équilibré et faire une activité physique pour limiter cet effet secondaire.

Au total, les médicaments dans le trouble bipolaire sont nécessaires pour soigner les épisodes aigus et prévenir les rechutes. Ils améliorent la qualité de vie et diminuent le nombre d'hospitalisation.

Le psychiatre essaye de prescrire le moins de médicaments possible et cherche la posologie minimale efficace.

En cas d'effets secondaires, il est dangereux d'arrêter ou de modifier seul sont traitement. Le mieux est d'en parler à son psychiatre afin qu'il réadapte le traitement.

Séance 7 :Abus de substance / sexualité et trouble bipolaire

Les objectifs : → savoir que les patients bipolaires sont plus à risque de consommer des toxiques.
→ connaître les principaux effets des drogues.
→ reconnaître l'importance de mener une vie saine
Et…… → reconnaître les symptômes possibles de la maladie sur la sexualité.
→ avoir conscience des mises en danger inhérents à certains comportements.
→ connaître l'importance de prévoir une grossesse pour aménager les traitements.

Les abus de substance :

Les « drogues » sont toutes les substances légales (alcool, tabac) ou illégales (cannabis, cocaine, hallucinogènes) qui ont la capacité de modifier l'état de conscience, le comportement, les émotions, les pensées et qui peuvent créer des conduites de dépendance ou des abus.

Près de la moitié des patients bipolaires (46%) remplissent les critères DSM-IV d'abus ou de dépendance d'alcool. Selon les données de l'Epidemiologic Catchment Area (ECA), le risque qu'un patient bipolaire présente une dépendance aux drogues est 6 fois supérieur au risque en population générale. De plus, de nombreux patients n'atteignent pas les critères d'abus ou de dépendance bien qu'ils consomment avec une certaine assiduité de l'alcool ou d'autres toxiques.
Un patient qui consomme des toxiques expérimentera d'avantages d'épisodes et d'hospitalisations qu'il en aurait eu s'il n'avait rien consommé. La consommation de toxiques aggrave donc le cours de la maladie.

Souvent, au début le patient prend des toxiques pour « s'automédiquer », il recherche par exemple les vertus « anxiolytiques » de l'alcool ou du cannabis, ou encore l'effet « boostant » de la cocaine (lors des épisodes dépressifs). Peu à peu cette consommation devient régulière et crée un phénomène de dépendance et des complications physiques et psychiatriques.

Ce qui nous amène à définir certains termes et notions :
L'addiction : Perte de contrôle de la consommation avec usage répété, production de plaisir et poursuite du comportement malgré les conséquences négatives.
L'usage : Consommation sans complication.
L'abus : Consommation répétée entraînant des complications.
La dépendance : Impossibilité de s'abstenir avec augmentation des doses.

1. Quelles sont les substances toxiques et leurs effets ? (liste non exhaustive)

L'alcool : la consommation d'alcool peut se compliquer de dépression, de recrudescence anxieuse, de dérèglements du sommeil, d'un mauvais contrôle des impulsions, d'une détérioration cognitive, d'une augmentation de l'agressivité.
Dans certains cas, l'alcool peut occasionner l'apparition de symptômes psychotiques et de manie. Par ailleurs, l'alcool a des effets délétères sur le foie (hépatite, cirrhose), sur le pancréas, sur la tension artérielle etc… et augmente le risque de cancer.

Le cannabis : considéré comme « drogue douce », cette substance a pourtant beaucoup d'effets

psychiatriques néfastes. Elle peut induire des troubles de l'humeur et un syndrome amotivationnel (apathie++), des troubles de la mémoire et de la concentration. Parfois, elle peut être à l'origine de symptômes psychotiques à type de délires paranoïdes. Dans d'autres cas, elle peut décompenser une pathologie psychiatrique déjà existante.
Par ailleurs, des complications physiques sont possibles : baisse de l'immunité, hypotension artérielle, risque cancérigène, pulmonaire et cardiaque.

Les opiacés (héroine) : diverses complications selon le mode d'administration (risque de contamination par le VIH…). Risque d'overdose ++. Les consommateurs d'opiacés ont un risque suicidaire plus élevé que dans la population.

La cocaine : elle peut décompenser le trouble bipolaire et induire de l'angoisse, de l'agressivité, des symptômes psychotiques (hallucinations…). Elle a un effet psychostimulant (surestime de soi…), anxiogène (anorexie, insomnie) et un effet dépressogène à l'arrêt.

Les hallucinogènes : peuvent induire des symptômes psychotiques (hallucinations visuelles, auditives, délires) chez n'importe quelle personne (même indemne de trouble psychiatrique). Les symptômes peuvent persister longtemps…

2. Qu'en est-il du café et du tabac ?

Le café : peut altérer la structure du sommeil et particulièrement la **qualité du sommeil**. Chez le patient bipolaire, la régularité des rythmes (heures du repas, du coucher…) et le maintien d'un bon sommeil (en terme de quantité et de qualité) participe au maintien de la stabilité de l'humeur +++

Les effets du café durent pendant 8 heures, il est donc déconseillé d'en consommer dans les 8 heures précédant l'heure du coucher. Par contre, il est possible d'en prendre un le matin et un après le déjeuner. Par contre, de par son effet « excitant » on le déconseille aux personnes anxieuses ou sujettes aux crises d'angoisse comme toute autre boisson contenant de la caféine (« coca cola »).

Pour cette même raison, il est également déconseillé d'en prendre pour les personnes (hypo)maniaques.

Le tabac : concerne 34% des Français. Les personnes bipolaires fument davantage que le reste de la population (effet anxiolytique++). Le tabac en lui-même ne provoque pas de trouble psychiatrique mais reste très toxique d'un point de vue de la santé physique (il existe d'ailleurs de nombreuses campagnes de sensibilisation).

Ce qui pose le plus de difficulté est l'arrêt du tabac appelé « sevrage tabagique » qui peut s'accompagner d'insomnie, d'irritabilité, d'anxiété, d'agitation, d'augmentation de l'appétit…
Avant d'arrêter le tabac, il vaut donc mieux en parler avec son médecin qui peut prescrire des substituts nicotiniques (patch, gommes…) afin de rendre cette tâche moins difficile.

Voici quelques conseils qui peuvent aider :

1. ***Ne pas arrêter le tabac lors des épisodes aigus de décompensation.***
2. ***Mieux vaut arrêter lors des phases de stabilité de la maladie.***
3. ***Ne pas arrêter du jour au lendemain.***

4. Se faire aider par un thérapeute (psychologues spécialisées, tabacologue…) pour arrêter de façon rationnelle.
5. Utiliser les aides à disposition : substituts nicotiniques peuvent soulager l'anxiété et l'irritabilité.
6. ***Attention aux médicaments tels que le bupropion (champix) qui peut provoquer un virage maniaque.***

Sexualité et grossesse :

Le trouble bipolaire n'empêche pas d'avoir une sexualité normale et épanouie. Cependant les variations d'humeur présentes dans le trouble bipolaire peuvent impacter sur la sexualité et notamment sur la libido.

1. **Quels sont les liens entre le trouble bipolaire et la sexualité ?**

Lors des épisodes de dépression, la personne atteinte se sent triste, démotivée, fatiguée, elle a moins d'énergie et de projet…et cela se manifeste dans tous les domaines de la vie (scolaire, professionnelle…) y compris dans la sexualité. Il n'est donc pas rare que les personnes déprimées ressentent une diminution de la libido. Ce type de trouble va naturellement s'amender et disparaître avec l'amélioration des symptômes dépressifs, **ils sont réversibles**.

Et, au contraire, lors des épisodes (hypo)maniaques, le patient sent un regain d'énergie, un optimisme démesuré et une désinhibition… y compris dans sa sexualité. Cela peut se manifester par une augmentation de la libido inhabituelle. Ainsi, certaines personnes peuvent se mettre en danger et chercher à avoir des rapports sexuels y compris avec des étrangers qu'ils ne connaissent pas… Ce type de comportement représente une mise en danger : risque de contamination par des infections sexuellement transmissibles (VIH, hépatites, syphilis…). Par ailleurs, il ne faut pas négliger le risque de grossesse chez la femme. Encore une fois, ces manifestations sont réversibles avec un traitement adapté.

2. Comment se passe la grossesse chez la patiente bipolaire ?

Chez la patiente bipolaire : pendant la grossesse et après l'accouchement (période appelée « post-partum ») sont des périodes de vulnérabilité où les symptômes peuvent décompenser.
L'influence de la grossesse sur l'évolution du trouble bipolaire est sujette à débat actuellement (rôle protecteur de la grossesse sur les symptômes versus rôle aggravant ?).

Quoiqu'il en soit, dans ce contexte, **il est préférable que toute grossesse soit anticipée**. Une évaluation par un psychiatre qui va rechercher des antécédents personnels et familiaux, l'existence de grossesses antérieures et la prise d'un traitement est nécessaire.

La question du traitement médicamenteux pendant la grossesse est délicate et primordiale. Le psychiatre en association avec le gynécologue obstétricien sont les plus aptes à gérer cette situation.

En effet, la plupart des traitements régulateurs de l'humeur présentent un risque pour le fœtus (appelé risque tératogène) à des degrés divers selon les médicaments. Cependant ce risque doit être mis en balance avec les effets potentiellement graves de l'apparition d'un nouvel épisode maniaque ou dépressif (troubles du comportement, risque suicidaire…).

Un suivi rapproché de la patiente, de la grossesse et du fœtus doit être mené.
Après l'accouchement, cette surveillance doit être maintenue car la période du post-partum est à risque de récurrence. Si le traitement a été arrêté, il est généralement réintroduit à cette période.
Pour l'allaitement, il est préférable de nourrir le nourrisson avec du lait artificiel car certains traitements (comme le lithium) passe la barrière du sang au lait maternel et peuvent intoxiquer le bébé.

Attention : contraceptifs et thymorégulateurs : Certains traitements interagissent avec la pilule comme la carbamazépine et l'oxcarbazépine qui diminuent leurs effets. C'est pourquoi, il faut en parler avec son gynécologue qui peut proposer d'autres mesures contraceptives.

3. La boîte à questions

→ Passage de vidéos de témoignages d'adolescents sur leurs addictions :

- jeunes consommateurs de cannabis.
- 1 jeune consommatrice de cocaïne
- 1 reportage BFM TV sur l'alcool et adolescence aux urgences du CHU de Rouen.

Séance 8 : détection précoce des symptômes et conduite à tenir

Objectifs *identifier les facteurs précipitants les rechutes*

 reconnaître les symptômes de la rechute

 connaître la conduite à tenir en cas de rechute

1. **Brainstorming sur les facteurs pouvant précipiter une rechute.**
2. **Les facteurs dits "déclenchants" :**

Le facteur déclenchant le plus souvent retrouvé est **l'arrêt du traitement médicamenteux** ou sa mauvaise prise.
A côté de cela, on retrouve deux types de facteurs déclenchants: **les facteurs endogènes** qui ne dépendent pas de l'environnement mais sont liés au cours naturel de la maladie.
Puis, il y a les **facteurs environnementaux** qui peuvent être très variés. Parmi eux on peut citer: la prise de toxique, le manque de sommeil, le surmenage, les situations "stressantes": déménagement, rupture sentimentale, deuil…

Tous ces facteurs vont prédisposer à une rechute mais cela ne signifie pas qu'ils induisent systématiquement une rechute… cela va dépendre du vécu personnel de ces événements et de son histoire personnelle. Chaque patient peut ainsi identifier, avec le temps, les situations qui sont particulièrement à risque pour lui.

3. Les symptômes "signaux".

Pour chaque patient il existe des « signaux » qui correspondent aux premiers signes de décompensation dépressive ou maniaque (on les appelle les « prodromes »).

➔ Faire une liste en groupe de ces symptômes qui peuvent être considérés comme « signal d'alarme ».

Ces symptômes « signaux » sont différents pour chaque personne, il est important de pouvoir identifier pour chacun ses propres « signaux d'alarme ».

➔ Parmi la liste qui a été établie,chaque participant essaye d'identifier des symptômes qui reviennent de façon régulière à chaque épisode ?

➔ Parmi leur entourage, quelles personnes peuvent les aider à identifier ces symptômes ?

4. Conduite à tenir face aux premiers symptômes :

1ers symptômes dépressifs	1ers symptômes (hypo)maniaque
• Allo psychiatre traitant • Pas d'auto-médication ! • Ne pas trop dormir (max 8h/nuit) • Essayer d'augmenter le niveau d'activité. Maintenir ses activités. • Faire de l'exercice physique. • Mauvaise période pour prendre une décision importante ! • Eviter alcool, cannabis, cocaine empire !! 2 à 3 tasses de café par jour possible. • Relativiser les idées pessimistes. • Maintenir un rythme au niveau des horaires.Avancer RDV avec psychiatre, psychologue.	4. Allo psychiatre traitant 5. Augmenter la durée de sommeil ++ 6. Limiter les activités non obligatoires. 7. Se reposer, activités relaxantes. 8. Limiter l'activité physique. 9. Réduire les stimuli : musique, bruit… 10. Eviter les boissons stimulantes (café, thé, coca-cola) et l'alcool ! 11. Limiter les dépenses financières : confier sa carte bleue à un proche de confiance… 12. Mauvaise période pour prendre une décision importante !Avancer RDV avec psychiatre, psychologue.

Avoir à disposition de manière rapide les numéros utiles par exemple faire une carte comme suivant :

• Mon psychiatre : Dr TRUCMUCHE 02.32……
• L'UNACOR (centre hospitalier du Rouvray) : 02.32…..
• Les urgences du CHU Charles Nicolle : 02.32…
• Le service où j'ai été hospitalisé : 02.32….
• Mon psychologue : Mme MACHIN 02.32……
• Autres : mon père, ma mère, ma sœur … mon meilleur ami…

SEANCE 9 : RESOLUTION DE PROBLEMES :

Objectifs : → Établir des stratégies de résolution de problèmes à partir de situations données.

Moyens : Identifier les problèmes, identifier les sources de stress positifs ou négatifs, observer les tentatives de résolution de problème employées jusqu'à présent, définir ce qu'il faut modifier précisément (objectif réaliste), trouver toutes les solutions imaginables au problème posé sans se soucier du réalisme de ces solutions (brainstorming), hiérarchiser les problèmes du plus urgent au moins urgent, dissocier les solutions indésirables et désirables, les hiérarchiser en terme de préférence, établir un plan d'action, apprendre l'affirmation de soi, évaluer l'efficacité de la solution, décider si une révision du plan d'action s'impose.

Situations reprises du jeu « Perspectives, Des sentiments à l'action », de Zeneca Pharma conçu pour de la psychoéducation avec identification des problèmes les plus rencontrés et réflexion commune pour y faire face (notion coping).

Exemples de situations :

– Émile est un garçon qui désire nouer des amitiés avec d'autres personnes. Il a tellement peur de se faire avoir qu'il pousse ses relations jusqu'à leur point de rupture, afin d'être « vraiment sûr » de l'amitié que lui portent les autres.
– François propose à Luc de prendre l'apéritif avec lui, mais il ne veut lui offrir que des boissons alcoolisées.
– Le jour de son anniversaire, Françoise a reçu de la part de ses parents un très joli collier. Elle est déçue car elle pensait que ses parents allaient lui offrir la bague dont elle avait parlé, parmi d'autres, lors d'une sortie dans un magasin il y a 6 mois !
– Depuis environ trois jours, Alexandre reste de longues heures allongé sur son lit incapable de trouver le sommeil. Il prend pourtant bien son somnifère et évite de prendre des excitants comme le café après 16h. Il se rappelle que lors des cas précédents, sa maladie s'était toujours annoncée par des difficultés à s'endormir.
– Danièle est hospitalisée dans un service d'admission. Un infirmier lui fait des remarques peu aimables et non fondées. Elle baisse les yeux et retourne dans sa chambre sans rien dire pour ne pas envenimer la situation.
– Georges a oublié de prendre ses médicaments hier. Il s'en est aperçu seulement aujourd'hui. Attachant beaucoup d'importance au bon suivi de son traitement, il décide de doubler la dose d'aujourd'hui.
– Olivier fréquente assidûment l'hôpital de jour depuis quinze jours. A croire ses demandes pressantes et agressives de cigarettes auprès des autres patients, on dirait qu'il n'a pas les moyens de s'en acheter. Ce qui est faux !
– La mère de François « est très sensible ». C'est pour cette raison qu'elle « ne veut plus s'occuper » de son fils. « Occupez-vous en comme vous voulez, mais je ne veux plus le revoir. J'en ai assez ! »
– Arnaud aimerait bien faire des rencontres, mais il ne sait pas comment aborder d'autres personnes. Il pense qu'il n'a pas de choses intéressantes à dire et a peur d'ennuyer les autres. Cela le rend très malheureux.

– Frédéric, qui suit scrupuleusement son traitement, ressent, par moments et depuis peu, des malaises (sensation de vertige, nausées...) alors que sa maladie est parfaitement stabilisée.
– Bernard se sent bien depuis qu'il vit en ville. L'hiver commence et il n'a ni chauffage ni eau chaude dans son studio. Il a téléphoné à son propriétaire mais personne ne répond.
– Paul dit à qui veut l'entendre qu'il est malade psychotique. Il ne dort pas depuis deux jours mais ne se sent pas fatigué pour autant. Il dépense son argent pour des futilités contrairement à ses habitudes. De plus il n'est pas très propre car il se lave de moins en moins...

SEANCE 10 : SEANCE DESTINEE A L'ENTOURAGE :

Objectif : → séance proposée à l'entourage (parents, fratrie, ou conjoint)

Groupe de parole avec l'entourage.
Thèmes abordés : les traitements, la scolarité (médecin scolaire, PAI…) la conduite à tenir, identifier les situations à risque.

Annexe 3 :

Questionnaire de satisfaction (inspiré du Client Satisfaction Questionnaire CSQ-8) :

1. Comment évaluez-vous la qualité du programme que vous avez reçu ?	1 : Mauvaise 2 : Moyenne 3 : Bonne 4 : excellente
2. Vous attendiez-vous à ce type de prise en charge ?	1 : Non pas du tout 2 : Non pas vraiment 3 : Oui plutôt 4 : Oui complétement
3. Recommanderiez-vous ce programme à un ami ?	1 : Non pas du tout 2 : Non pas vraiment 3 : Oui plutôt 4 : Oui complétement
4. Ce programme a-t-il répondu à vos besoins ?	1 : Non pas du tout 2 : Non pas vraiment 3 : Oui plutôt 4 : Oui complétement
5. Etes-vous satisfait de l'aide que vous avez reçu ?	1 : Non pas du tout 2 : Non pas vraiment 3 : Oui plutôt 4 : Oui complétement
6. Pensez-vous que cela va vous aidez à résoudre vos problèmes ?	1 : Non pas du tout 2 : Non pas vraiment 3 : Oui plutôt 4 : Oui complétement
7. Dans l'ensemble, comment êtes-vous satisfait du programme dont vous avez bénéficié ?	1 : Pas du tout satisfait 2 : Moyennement satisfait ou indifférent 3 : Assez satisfait 4 : complétement satisfait
8. Si vous avez besoin d'aide à l'avenir, seriez-vous prêt à participer à nouveau au programme ?	1 : Non pas du tout 2 : Non pas vraiment 3 : Oui plutôt 4 : Oui complétement
9. Avez-vous des remarques à faire pour améliorer le programme ? (Thèmes à aborder, durée des séances, nombre de participants ...)	

Bibliographie :

« | General Psychiatry Residency - McGovern Medical School ». Consulté le 30 août 2016. https://med.uth.edu/psychiatry/education/residency/.
AFSSAPS. « Suivi cardio-métabolique des patients traités par antipsychotiques », mars 2010. ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/.../6b3aa2489d62f9ee02e5e6200861b2e0.pdf.
ANAES. « Education asthmatique adulte - Synthèse - HAS », Juin 2001. www.has-sante.fr/portail/upload/docs/.../education_asthmatique_adulte_-_synthese.pd...
———. « RECOMMANDATIONS POUR LA PRATIQUE CLINIQUE ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE DU PATIENT ASTHMATIQUE ADULTE ET ADOLESCENT », Juin 2001. www.has-sante.fr/portail/.../education_adulte_asthmatique_-_recommandations.pdf.
Angst, J., et R. Sellaro. « Historical Perspectives and Natural History of Bipolar Disorder ». *Biological Psychiatry* 48, nº 6 (15 septembre 2000): 445-57.
Aubry, Jean-Michel, Aude Charmillot, Nancy Aillon, Patrick Bourgeois, Stefan Mertel, Frédéric Nerfin, Gladys Romailler, Marie-Joelle Stauffer, Marianne Gex-Fabry, et Rachel Denis de Andrés. « Long-Term Impact of the Life Goals Group Therapy Program for Bipolar Patients ». *Journal of Affective Disorders* 136, nº 3 (février 2012): 889-94. doi:10.1016/j.jad.2011.09.013.
Bailly, D. « Le trouble bipolaire existe-t-il chez l'enfant et l'adolescent? » *L'Encéphale* 32, nº 4 (2006): 501–505.
Ball, Jillian R., Philip B. Mitchell, Justine C. Corry, Ashleigh Skillecorn, Meg Smith, et Gin S. Malhi. « A Randomized Controlled Trial of Cognitive Therapy for Bipolar Disorder: Focus on Long-Term Change ». *The Journal of Clinical Psychiatry* 67, nº 2 (février 2006): 277-86.
Bauer, Mark S, et Linda McBride. *Thérapie de groupe pour le trouble bipolaire: une approche structurée : le programme d'objectifs personnels*. Paris: Editions Médecine & Hygiène, 2001.
Benarous, X., M. Raffin, V. Milhiet, J.-M. Guilé, D. Cohen, et A. Consoli. « Dysrégulation émotionnelle et comportementale sévère : une nouvelle entité pour des enfants irritables ? » *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence* 62, nº 2 (mars 2014): 72-82. doi:10.1016/j.neurenf.2013.10.001.
Bernhard, Britta, Annette Schaub, Petra Kümmler, Sandra Dittmann, Emanuel Severus, Florian Seemüller, Christoph Born, Anna Forsthoff, Rasmus W. Licht, et Heinz Grunze. « Impact of Cognitive-Psychoeducational Interventions in Bipolar Patients and Their Relatives ». *European Psychiatry* 21, nº 2 (mars 2006): 81-86. doi:10.1016/j.eurpsy.2005.09.007.
« Bipolar Disorder: Assessment and Management | 1-Recommendations | Guidance and Guidelines | NICE ». Consulté le 27 août 2016. https://www.nice.org.uk/guidance/cg185/chapter/1-Recommendations#care-for-adults-children-and-young-people-across-all-phases-of-bipolar-disorder-2.
Bond, Kirsten, et Ian M Anderson. « Psychoeducation for Relapse Prevention in Bipolar Disorder: A Systematic Review of Efficacy in Randomized Controlled Trials ». *Bipolar Disorders* 17, nº 4 (juin 2015): 349-62. doi:10.1111/bdi.12287.
Bottai, T., M. Biloa-Tang, S. Christophe, C. Dupuy, L. Jacquesy, F. Kochman, J. A. Meynard, et al. « [Interpersonal and social rhythm therapy (IPSRT)]. » *L'Encephale* 36 (2010): S206–17.
Candini, Valentina, Chiara Buizza, Clarissa Ferrari, Maria Teresa Caldera, Roberta Ermentini, Alberto Ghilardi, Gianluigi Nobili, et al. « Is Structured Group Psychoeducation for Bipolar

Patients Effective in Ordinary Mental Health Services? A Controlled Trial in Italy ». *Journal of Affective Disorders* 151, nº 1 (octobre 2013): 149-55. doi:10.1016/j.jad.2013.05.069.
Carter, Tasha D. Cate, Emanuela Mundo, Sagar V. Parikh, et James L. Kennedy. « Early Age at Onset as a Risk Factor for Poor Outcome of Bipolar Disorder ». *Journal of Psychiatric Research* 37, nº 4 (août 2003): 297-303.
« Child and Adolescent Psychiatry Training Program | UCSF Department of Psychiatry ». Consulté le 30 août 2016. http://psych.ucsf.edu/cap.
Colom, F., E. Vieta, J. Sánchez-Moreno, J.M. Goikolea, E. Popova, C.M. Bonnin, et J. Scott. « Psychoeducation for Bipolar II Disorder: An Exploratory, 5-Year Outcome Subanalysis ». *Journal of Affective Disorders* 112, nº 1-3 (janvier 2009): 30-35. doi:10.1016/j.jad.2008.03.023.
Colom, F., E. Vieta, J. Sánchez-Moreno, A. Martínez-Arán, M. Reinares, J. M. Goikolea, et J. Scott. « Stabilizing the stabilizer: group psychoeducation enhances the stability of serum lithium levels ». *Bipolar Disorders* 7, nº s5 (2005): 32–36.
Colom, F., E. Vieta, J. Sanchez-Moreno, R. Palomino-Otiniano, M. Reinares, J. M. Goikolea, A. Benabarre, et A. Martinez-Aran. « Group Psychoeducation for Stabilised Bipolar Disorders: 5-Year Outcome of a Randomised Clinical Trial ». *The British Journal of Psychiatry* 194, nº 3 (1 mars 2009): 260-65. doi:10.1192/bjp.bp.107.040485.
Colom, Francesc. « The evolution of psychoeducation for bipolar disorder: from lithium clinics to integrative psychoeducation ». *World Psychiatry* 13, nº 1 (2014): 90–92.
Colom, Francesc, et Eduard Vieta. « Improving the outcome of bipolar disorder through non-pharmacological strategies: the role of psychoeducation ». *Revista Brasileira de Psiquiatria* 26 (octobre 2004): 47-50. doi:10.1590/S1516-44462004000700011.
———. *Manuel de psychoéducation pour les troubles bipolaires*. Marseille: SOLAL, 2006.
Colom, Francesc, Eduard Vieta, María Reinares, Anabel Martínez-Arán, Carla Torrent, José Manuel Goikolea, et Cristòbal Gastó. « Psychoeducation Efficacy in Bipolar Disorders: Beyond Compliance Enhancement ». *The Journal of Clinical Psychiatry* 64, nº 9 (septembre 2003): 1101-5.
Colom, Francesco, Eduard Vieta, Anabel Martinez-Aran, Maria Reinares, Jose Manuel Goikolea, Antonio Benabarre, Carla Torrent, et al. « A Randomized Trial on the Efficacy of Group Psychoeducation in the Prophylaxis of Recurrences in Bipolar Patients Whose Disease Is in Remission ». *Archives of General Psychiatry* 60, nº 4 (avril 2003): 402-7. doi:10.1001/archpsyc.60.4.402.
Conus, Philippe, Gregor Berger, Anastasia Theodoridou, Roland Schneider, Daniel Umbricht, Karin Michaelis-Conus, et Andor E. Simon. « Intervention précoce dans les troubles bipolaires - Swiss Medical Forum », 2008. medicalforum.ch/docs/smf/archiv/fr/2008/2008-17/2008-17-067.pdf.
Conus, Philippe, Janine Ward, Karen T. Hallam, Nellie Lucas, Craig Macneil, Patrick D. McGorry, et Michael Berk. « The proximal prodrome to first episode mania–a new target for early intervention ». *Bipolar disorders* 10, nº 5 (2008): 555–565.
Corruble, E., et P. Hardy. « Observance du traitement en psychiatrie ». *Encyclopédie médicochirurgicale*, 2003. http://psychologie-m-fouchey.psyblogs.net/public/fichiers%20joints/psychiatrie/psychiatrie_Observance_du_traitement_en_psychiatrie_37-860-A-60.pdf.
Dardennes, R., J. Thuile, S. Friedman, et J. D. Guelfi. « [The costs of bipolar disorder] ». *L'Encéphale* 32, nº 1 Pt 1 (février 2006): 18-25.
Delamillieure, P. « Aspects pronostiques des troubles bipolaires ». *L'Encéphale* 32, nº 3 (2006): 21–24.

« Department Of Psychiatry - Harvard Medical School - Education & Training ». Consulté le 30 août 2016. http://www.hms.harvard.edu/psych/education-residencychild.htm.
Depp, Colin A, Jenni Ceglowski, Vicki C Wang, Faraz Yaghouti, Brent T Mausbach, Wesley K Thompson, et Eric L Granholm. « Augmenting Psychoeducation with a Mobile Intervention for Bipolar Disorder: A Randomized Controlled Trial ». *Journal of Affective Disorders* 174 (mars 2015): 23-30. doi:10.1016/j.jad.2014.10.053.
« Diagnostic précoce du trouble bipolaire chez l'enfant et l'adolescent (TBEA) - revmed ». Consulté le 28 août 2016. http://revmed.ch/rms/2007/RMS-113/32068.
« Disruptive Mood Dysregulation Disorder - DSM-5 », Mai 2013. www.dsm5.org/.../Disruptive%20Mood%20Dysregulation%20Dis...
Eker, Fatma, et Sirin Harkın. « Effectiveness of Six-Week Psychoeducation Program on Adherence of Patients with Bipolar Affective Disorder ». *Journal of Affective Disorders* 138, nº 3 (mai 2012): 409-16. doi:10.1016/j.jad.2012.01.004.
« Enfant asthmatique : découvrez la cure thermale pour enfant et l'école de l'asthme ». Consulté le 28 août 2016. http://www.grandsthermes-bourboule.com/ecole-asthme.html.
Fiedorowicz, Jess G., Jean Endicott, Andrew C. Leon, David A. Solomon, Martin B. Keller, et William H. Coryell. « Subthreshold Hypomanic Symptoms in Progression From Unipolar Major Depression to Bipolar Disorder ». *The American journal of psychiatry* 168, nº 1 (janvier 2011): 40-48. doi:10.1176/appi.ajp.2010.10030328.
Frank, E., S. Hlastala, A. Ritenour, P. Houck, X. M. Tu, T. H. Monk, A. G. Mallinger, et D. J. Kupfer. « Inducing Lifestyle Regularity in Recovering Bipolar Disorder Patients: Results from the Maintenance Therapies in Bipolar Disorder Protocol ». *Biological Psychiatry* 41, nº 12 (15 juin 1997): 1165-73.
Frank, Ellen, David J. Kupfer, Michael E. Thase, Alan G. Mallinger, Holly A. Swartz, Andrea M. Fagiolini, Victoria Grochocinski, et al. « Two-Year Outcomes for Interpersonal and Social Rhythm Therapy in Individuals With Bipolar I Disorder ». *Archives of General Psychiatry* 62, nº 9 (1 septembre 2005): 996. doi:10.1001/archpsyc.62.9.996.
Frank, Ellen, Holly A. Swartz, et Elaine Boland. « Interpersonal and social rhythm therapy: an intervention addressing rhythm dysregulation in bipolar disorder ». *Dialogues in clinical neuroscience* 9, nº 3 (2007): 325.
Frías, Álvaro, Cárol Palma, et Núria Farriols. « Psychosocial interventions in the treatment of youth diagnosed or at high-risk for pediatric bipolar disorder: A review of the literature ». *Revista de Psiquiatría y Salud Mental (English Edition)* 8, nº 3 (2015): 146–156.
Fristad, Mary A., Jill S. Goldberg-Arnold, et Stephen M. Gavazzi. « Multifamily psychoeducation groups (MFPG) for families of children with bipolar disorder ». *Bipolar Disorders* 4, nº 4 (2002): 254–262.
Fristad, Mary A., Joseph S. Verducci, Kimberly Walters, et Matthew E. Young. « Impact of Multifamily Psychoeducational Psychotherapy in Treating Children Aged 8 to 12 Years With Mood Disorders ». *Archives of General Psychiatry* 66, nº 9 (1 septembre 2009): 1013. doi:10.1001/archgenpsychiatry.2009.112.
Frye, Mark A., Lori L. Altshuler, Susan L. McElroy, Trisha Suppes, Paul E. Keck, Kirk Denicoff, Willem A. Nolen, et al. « Gender differences in prevalence, risk, and clinical correlates of alcoholism comorbidity in bipolar disorder ». *American Journal of psychiatry* 160, nº 5 (2003): 883–889.
Gay, Christian, Marianne Colombani, Frank Bellivier, et Philippe Charrier. *Troubles bipolaires*

manuel de psychoéducation: disposer de toutes les informations nécessaires : stabiliser la maladie : améliorer le suivi thérapeutique. Paris: Dunod, 2013.

Geddes, John R., et David J. Miklowitz. « Treatment of bipolar disorder ». *The Lancet* 381, nº 9878 (2013): 1672–1682.

Geller, Barbara, James L. Craney, Kristine Bolhofner, Michael J. Nickelsburg, Marlene Williams, et Betsy Zimerman. « Two-Year Prospective Follow-up of Children with a Prepubertal and Early Adolescent Bipolar Disorder Phenotype ». *The American Journal of Psychiatry* 159, nº 6 (juin 2002): 927-33. doi:10.1176/appi.ajp.159.6.927.

Goetzel, Ron Z., Kevin Hawkins, Ronald J. Ozminkowski, et Shaohung Wang. « The Health and Productivity Cost Burden of The "top 10" physical and Mental Health Conditions Affecting Six Large U.S. Employers in 1999 ». *Journal of Occupational and Environmental Medicine / American College of Occupational and Environmental Medicine* 45, nº 1 (janvier 2003): 5-14.

Goldstein, Tina R., David A. Axelson, Boris Birmaher, et David A Brent. « Dialectical Behavior Therapy for Adolescents With Bipolar Disorder: A 1-Year Open Trial ». *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 46, nº 7 (juillet 2007): 820-30. doi:10.1097/chi.0b013e31805c1613.

Goldstein, Tina R., Rachael K. Fersch-Podrat, Maribel Rivera, David A. Axelson, John Merranko, Haifeng Yu, David A. Brent, et Boris Birmaher. « Dialectical Behavior Therapy for Adolescents with Bipolar Disorder: Results from a Pilot Randomized Trial ». *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology* 25, nº 2 (mars 2015): 140-49. doi:10.1089/cap.2013.0145.

Grabski, Bartosz, Grzegorz Mączka, et Dominika Dudek. « The role of psychoeducation in the complex treatment of bipolar disorder ». *Archives of Psychiatry and Psychotherapy* 3 (2007): 35–41.

Gupta, Roben Das, et JULIAN F. GUEST. « Annual cost of bipolar disorder to UK society ». *The British Journal of Psychiatry* 180, nº 3 (2002): 227–233.

Harris, E. C., et B. Barraclough. « Suicide as an Outcome for Mental Disorders. A Meta-Analysis ». *The British Journal of Psychiatry* 170, nº 3 (1 mars 1997): 205-28. doi:10.1192/bjp.170.3.205.

Hättenschwiler, Josef, Paul Höck, Martin Hatzinger, Erich Seifritz, et Jiri Modestin. « Troubles bipolaires: traitement - Swiss Medical Forum », 2009. medicalforum.ch/docs/smf/archiv/fr/2009/2009-43/2009-43-160.pdf.

Haute Autorité de santé. « ALD n° 23 - Actes et prestations sur les troubles bipolaires - Actualisation mars 2015 », s. d. http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_849818/fr/ald-n-23-troubles-bipolaires.

———. « Critères de qualité d'un programme d'éducation thérapeutique du patient », s. d. www.has-sante.fr/.../criteres-de-qualite-d-une-education-therapeutique-d...

———. « Education thérapeutique du patient: définition, finalités et organisation », s. d. social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Definition_finalites_et_organisation_-_juin_2007.pdf.

———. « GUIDE - AFFECTION DE LONGUE DURÉE Diabète de type 1 de l'enfant et de l'adolescent », Juillet 2007. www.has-sante.fr/.../ald-n-8-guide-medecin-sur-le-diabete-de-type-1-chez-l-enfant-et-...

———. « GUIDE MÉDECIN - AFFECTION DE LONGUE DURÉE Troubles bipolaires Mai 2009 », s. d. www.has-sante.fr/portail/jcms/c.../ald-n-23-guide-medecin-sur-les-troubles-bipolaires.

———. « La prise en charge d'un trouble bipolaire Vivre avec un trouble bipolaire », s. d. www.has-sante.fr/.../ald-n-23-guide-patient-la-prise-en-charge-d-un-trouble-bipolaire.
———. « Note de cadrage Troubles bipolaires : repérage et diagnostic en premier recours Fiche Mémo », Juin 2014. www.has-sante.fr/.../troubles_bipolaires_reperage_et_diagnostic_en_premier_recours...
———. « Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques », s. d. www.has-sante.fr/portail/upload/docs/.../pdf/etp_-_guide_version_finale_2_pdf.pdf.
Heald, A. H., J. L. Martin, T. Payton, L. Khalid, S. G. Anderson, R. P. Narayanan, M. De Hert, A. Yung, et M. Livingston. « Changes in Metabolic Parameters in Patients with Severe Mental Illness over a 10-Year Period: A Retrospective Cohort Study ». *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 14 janvier 2016. doi:10.1177/0004867415625817.
Hirschfeld, Robert MA. « Guideline watch (November 2005): practice guideline for the treatment of patients with bipolar disorder ». *Focus* 5, nº 1 (2007): 34–39.
Hlastala, Stefanie A., Julie S. Kotler, Jon M. McClellan, et Elizabeth A. McCauley. « Interpersonal and Social Rhythm Therapy for Adolescents with Bipolar Disorder: Treatment Development and Results from an Open Trial ». *Depression and Anxiety* 27, nº 5 (mai 2010): 457-64. doi:10.1002/da.20668.
Inserm. « Psychothérapie – Trois approches évaluées », s. d. www.inserm.fr/content/download/7356/56523/.../1/.../psychotherapie%5B1%5D.pdf.
———. « « Psychothérapie, trois approches évaluées » Une Expertise Collective de l'Inserm », s. d. www.psydoc-france.fr/professi/.../2004_psychotherapies_trois_approchesCP.pdf.
Jacobs, Douglas G., Ross J. Baldessarini, Yeates Conwell, Jan A. Fawcett, Leslie Horton, Herbert Meltzer, Cynthia R. Pfeffer, et Robert I. Simon. « Assessment and treatment of patients with suicidal behaviors ». *APA Pract Guidel*, 2010. https://www.psychiatry.org/File%20Library/Psychiatrists/Practice/Clinical%20Practice%20Guidelines/suicide.pdf.
Javadpour, Ali, Arvin Hedayati, Gholam-Reza Dehbozorgi, et Amin Azizi. « The Impact of a Simple Individual Psycho-Education Program on Quality of Life, Rate of Relapse and Medication Adherence in Bipolar Disorder Patients ». *Asian Journal of Psychiatry* 6, nº 3 (juin 2013): 208-13. doi:10.1016/j.ajp.2012.12.005.
Katz, Laurence Y., Brian J. Cox, Shiny Gunasekara, et Alec L. Miller. « Feasibility of Dialectical Behavior Therapy for Suicidal Adolescent Inpatients ». *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 43, nº 3 (mars 2004): 276-82. doi:10.1097/00004583-200403000-00008.
Kawa, Izabela, Janet D. Carter, Peter R. Joyce, Caroline J. Doughty, Chris M. Frampton, J. Elisabeth Wells, Anne ES Walsh, et Robin J. Olds. « Gender differences in bipolar disorder: age of onset, course, comorbidity, and symptom presentation ». *Bipolar disorders* 7, nº 2 (2005): 119–125.
Kessing, Lars Vedel, Hanne Vibe Hansen, Ellen Margrethe Christensen, Henrik Dam, Christian Gluud, et Jørn Wetterslev. « Do Young Adults with Bipolar Disorder Benefit from Early Intervention? » *Journal of Affective Disorders* 152-154 (janvier 2014): 403-8. doi:10.1016/j.jad.2013.10.001.
Klimkiewicz, Anna, Jakub Klimkiewicz, Andrzej Jakubczyk, Ilona Kieres-Salomoński, et Marcin Wojnar. « Comorbidity of alcohol dependence with other psychiatric disorders, part I – epidemiology of dual diagnosis ». *Psychiatria Polska* 49 (2015): 265-75.

doi:10.12740/PP/25704.
Kurdal, Ebru, Derya Tanriverdi, et Haluk Asuman Savas. « The Effect of Psychoeducation on the Functioning Level of Patients with Bipolar Disorder ». *Western Journal of Nursing Research* 36, nº 3 (mars 2014): 312-28. doi:10.1177/0193945913504038.
Lam, Dominic H., Peter Hayward, Edward R. Watkins, Kim Wright, et Pak Sham. « Relapse prevention in patients with bipolar disorder: cognitive therapy outcome after 2 years ». *American Journal of Psychiatry* 162, nº 2 (2005): 324–329.
Lam, Dominic H., Edward R. Watkins, Peter Hayward, Jenifer Bright, Kim Wright, Natalie Kerr, Gina Parr-Davis, et Pak Sham. « A Randomized Controlled Study of Cognitive Therapy for Relapse Prevention for Bipolar Affective Disorder: Outcome of the First Year ». *Archives of General Psychiatry* 60, nº 2 (février 2003): 145-52.
Le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada. « Exigences de la formation spécialisée en psychiatrie », 2015. www.royalcollege.ca/cs/groups/public/documents/document/mdaw/.../109004.pdf.
Lederbogen, F., M. Gilles, A. Maras, B. Hamann, M. Colla, I. Heuser, et M. Deuschle. « Increased Platelet Aggregability in Major Depression? » *Psychiatry Research* 102, nº 3 (24 juillet 2001): 255-61.
Lederbogen, Florian, Reka Baranyai, Maria Gilles, Barbara Menart-Houtermans, Diethelm Tschoepe, et Michael Deuschle. « Effect of Mental and Physical Stress on Platelet Activation Markers in Depressed Patients and Healthy Subjects: A Pilot Study ». *Psychiatry Research* 127, nº 1-2 (juin 2004): 55-64. doi:10.1016/j.psychres.2004.03.008.
Linehan, M. M., D. A. Tutek, H. L. Heard, et H. E. Armstrong. « Interpersonal Outcome of Cognitive Behavioral Treatment for Chronically Suicidal Borderline Patients ». *The American Journal of Psychiatry* 151, nº 12 (décembre 1994): 1771-76. doi:10.1176/ajp.151.12.1771.
Llorca, P.-M., V. Camus, P. Courtet, D. Gourion, M. Lukasiewicz, et S. Coulomb. « Caractéristiques et modalités de prise en charge des patients présentant un trouble bipolaire en France : enquête MONTRA ». *L'Encéphale* 39, nº 3 (juin 2013): 212-23. doi:10.1016/j.encep.2013.04.010.
López, P., F. Mosquera, J. de León, M. Gutiérrez, J. Ezcurra, F. Ramírez, et A. González-Pinto. « Suicide Attempts in Bipolar Patients ». *The Journal of Clinical Psychiatry* 62, nº 12 (décembre 2001): 963-66.
Mann, J. John. « Neurobiology of suicidal behaviour ». *Nature Reviews Neuroscience* 4, nº 10 (octobre 2003): 819-28. doi:10.1038/nrn1220.
McElroy, S. L., L. L. Altshuler, T. Suppes, P. E. Keck, M. A. Frye, K. D. Denicoff, W. A. Nolen, et al. « Axis I Psychiatric Comorbidity and Its Relationship to Historical Illness Variables in 288 Patients with Bipolar Disorder ». *The American Journal of Psychiatry* 158, nº 3 (mars 2001): 420-26. doi:10.1176/appi.ajp.158.3.420.
Merikangas, Kathleen R., Robert Jin, Jian-Ping He, Ronald C. Kessler, Sing Lee, Nancy A. Sampson, Maria Carmen Viana, et al. « Prevalence and Correlates of Bipolar Spectrum Disorder in the World Mental Health Survey Initiative ». *Archives of General Psychiatry* 68, nº 3 (mars 2011): 241-51. doi:10.1001/archgenpsychiatry.2011.12.
Miklowitz, David J, Kiki D Chang, Dawn O Taylor, Elizabeth L George, Manpreet K Singh, Christopher D Schneck, L Miriam Dickinson, Meghan E Howe, et Judy Garber. « Early Psychosocial Intervention for Youth at Risk for Bipolar I or II Disorder: A One-Year

Treatment Development Trial: Youth at Risk for Bipolar Disorder ». *Bipolar Disorders* 13, nº 1 (février 2011): 67-75. doi:10.1111/j.1399-5618.2011.00890.x.
Miklowitz, David J., Elizabeth L. George, David A. Axelson, Eunice Y. Kim, Boris Birmaher, Christopher Schneck, Carol Beresford, W. Edward Craighead, et David A. Brent. « Family-Focused Treatment for Adolescents with Bipolar Disorder ». *Journal of Affective Disorders* 82 (octobre 2004): S113-28. doi:10.1016/j.jad.2004.05.020.
Miklowitz, David J., Mary P. O'Brien, Danielle A. Schlosser, Jamie L. Zinberg, Sandra De Silva, Elizabeth L. George, Dawn O. Taylor, et Tyrone D. Cannon. *Clinicians' Treatment Manual for Family-Focused Therapy for Early-Onset Youth and Young Adults (FFT-EOY)*, 2012.
Miklowitz, David J., Christopher D. Schneck, Elizabeth L. George, Dawn O. Taylor, Catherine A. Sugar, Boris Birmaher, Robert A. Kowatch, Melissa P. DelBello, et David A. Axelson. « Pharmacotherapy and Family-Focused Treatment for Adolescents With Bipolar I and II Disorders: A 2-Year Randomized Trial ». *American Journal of Psychiatry* 171, nº 6 (juin 2014): 658-67. doi:10.1176/appi.ajp.2014.13081130.
Miklowitz, David J., Christopher D. Schneck, Manpreet K. Singh, Dawn O. Taylor, Elizabeth L. George, Victoria E. Cosgrove, Meghan E. Howe, L. Miriam Dickinson, Judy Garber, et Kiki D. Chang. « Early Intervention for Symptomatic Youth at Risk for Bipolar Disorder: A Randomized Trial of Family-Focused Therapy ». *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 52, nº 2 (février 2013): 121-31. doi:10.1016/j.jaac.2012.10.007.
Miklowitz, David J., Teresa L. Simoneau, Elizabeth L. George, Jeffrey A. Richards, Aparna Kalbag, Natalie Sachs-Ericsson, et Richard Suddath. « Family-focused treatment of bipolar disorder: 1-year effects of a psychoeducational program in conjunction with pharmacotherapy ». *Biological psychiatry* 48, nº 6 (2000): 582–592.
Miklowitz DJ, George EL, Richards JA, Simoneau TL, et Suddath RL. « A randomized study of family-focused psychoeducation and pharmacotherapy in the outpatient management of bipolar disorder ». *Archives of General Psychiatry* 60, nº 9 (1 septembre 2003): 904-12. doi:10.1001/archpsyc.60.9.904.
Miller, Alec L. « Dialectical Behavior Therapy Adapted for Suicidal Adolescent... : Journal of Psychiatric Practice® ». *LWW*. Consulté le 31 août 2016. http://journals.lww.com/practicalpsychiatry/Fulltext/1997/03000/Dialectical_Behavior_Therapy_Adapted_for_Suicidal.2.aspx.
Morris, Chad D., David J. Miklowitz, et Jeanette A. Waxmonsky. « Family-Focused Treatment for Bipolar Disorder in Adults and Youth ». *Journal of clinical psychology* 63, nº 5 (mai 2007): 433-45. doi:10.1002/jclp.20359.
National Collaborating Centre for Mental Health. « BIPOLAR DISORDER THE NICE GUIDELINE ON THE ASSESSMENT AND MANAGEMENT OF BIPOLAR DISORDER IN ADULTS, CHILDREN AND YOUNG PEOPLE IN PRIMARY AND SECONDARY CARE UPDATED EDITION », s. d. https://www.nice.org.uk/guidance/cg185/evidence/full-guideline-193212829.
National Collaborating Centre for Mental Health (UK). *Bipolar Disorder: The Management of Bipolar Disorder in Adults, Children and Adolescents, in Primary and Secondary Care*. National Institute for Health and Clinical Excellence: Guidance. Leicester (UK): British Psychological Society, 2006. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK55364/.
NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE. « Bipolar disorder: the assessment and management of bipolar disorder in adults, children and young people in primary and secondary care », s. d.

www.rcpsych.ac.uk/.../updated%20NICE%20bipolar%20guidance....
———. « Review of Clinical Guideline (CG38) – Bipolar; the management of bipolar disorder in adults, children and adolescents, in primary and secondary care », s. d. https://www.nice.org.uk/guidance/cg38/.../cg38-bipolar-disorder-g...
Nivoli, Alessandra M.A., Isabella Pacchiarotti, Adriane R. Rosa, Dina Popovic, Andrea Murru, Marc Valenti, C. Mar Bonnin, et al. « Gender Differences in a Cohort Study of 604 Bipolar Patients: The Role of Predominant Polarity ». *Journal of Affective Disorders* 133, nº 3 (octobre 2011): 443-49. doi:10.1016/j.jad.2011.04.055.
Novick, Danielle M., Holly A. Swartz, et Ellen Frank. « Suicide Attempts in Bipolar I and Bipolar II Disorder: A Review and Meta-Analysis of the Evidence ». *Bipolar Disorders* 12, nº 1 (février 2010): 1-9. doi:10.1111/j.1399-5618.2009.00786.x.
Nusslock, Robin, et Ellen Frank. « Subthreshold bipolarity: diagnostic issues and challenges ». *Bipolar Disorders* 13, nº 7-8 (2011): 587-603. doi:10.1111/j.1399-5618.2011.00957.x.
Organization, World Health, et others. « Therapeutic patient education: continuing education programmes for health care providers in the field of prevention of chronic diseases: report of a WHO working group », 1998. http://apps.who.int/iris/handle/10665/108151.
Ozsoy, Saliha, Ertugrul Mavili, Murat Aydın, Tayfun Turan, et Ertugrul Esel. « Ultrasonically Determined Thyroid Volume and Thyroid Functions in Lithium-Naïve and Lithium-Treated Patients with Bipolar Disorder: A Cross-Sectional and Longitudinal Study ». *Human Psychopharmacology: Clinical and Experimental* 25, nº 2 (mars 2010): 174-78. doi:10.1002/hup.1093.
Pavuluri, Mani N., Patricia A. Graczyk, David B. Henry, Julie A. Carbray, Jodi Heidenreich, et David J. Miklowitz. « Child- and Family-Focused Cognitive-Behavioral Therapy for Pediatric Bipolar Disorder: Development and Preliminary Results ». *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 43, nº 5 (mai 2004): 528-37. doi:10.1097/00004583-200405000-00006.
Peet, M., et N. S. Harvey. « Lithium Maintenance: 1. A Standard Education Programme for Patients ». *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science* 158 (février 1991): 197-200.
Perlis, Roy H., Sachiko Miyahara, Lauren B. Marangell, Stephen R. Wisniewski, Michael Ostacher, Melissa P. DelBello, Charles L. Bowden, Gary S. Sachs, Andrew A. Nierenberg, et STEP-BD Investigators. « Long-Term Implications of Early Onset in Bipolar Disorder: Data from the First 1000 Participants in the Systematic Treatment Enhancement Program for Bipolar Disorder (STEP-BD) ». *Biological Psychiatry* 55, nº 9 (1 mai 2004): 875-81. doi:10.1016/j.biopsych.2004.01.022.
Perlis, Roy H., Michael J. Ostacher, Jayendra K. Patel, Lauren B. Marangell, Hongwei Zhang, Stephen R. Wisniewski, Terence A. Ketter, et al. « Predictors of Recurrence in Bipolar Disorder: Primary Outcomes from the Systematic Treatment Enhancement Program for Bipolar Disorder (STEP-BD) ». *The American Journal of Psychiatry* 163, nº 2 (février 2006): 217-24. doi:10.1176/appi.ajp.163.2.217.
Perry, Alison, Nicholas Tarrier, Richard Morriss, Eilis McCarthy, et Kate Limb. « Randomised controlled trial of efficacy of teaching patients with bipolar disorder to identify early symptoms of relapse and obtain treatment ». *Bmj* 318, nº 7177 (1999): 149–153.
PESELOW ED, et FIEVE RR. « Cost effectiveness of a lithium clinic. In Depression and mania : modern lithium therapy. », 1987, Johnson FN, édition.

and Behavioral Medicine | East Carolina University ». Consulté le 30 août 2016. http://www.ecu.edu/cs-dhs/psychiatry/ThirdYear.cfm.
« Programme de résidence - Département de psychiatrie - Université de Montréal ». *Département de psychiatrie*. Consulté le 30 août 2016. http://psychiatrie.umontreal.ca/etudes/residence/programme-de-residence/.
Proudfoot, Judith, Gordon Parker, Vijaya Manicavasagar, Dusan Hadzi-Pavlovic, Alexis Whitton, Jennifer Nicholas, Meg Smith, et Rowan Burckhardt. « Effects of Adjunctive Peer Support on Perceptions of Illness Control and Understanding in an Online Psychoeducation Program for Bipolar Disorder: A Randomised Controlled Trial ». *Journal of Affective Disorders* 142, nº 1-3 (décembre 2012): 98-105. doi:10.1016/j.jad.2012.04.007.
« Psychotherapy Training Program > Psychiatry | Yale School of Medicine ». Consulté le 30 août 2016. https://medicine.yale.edu/psychiatry/education/residency/training/psychotherapy.aspx.
Rathus, Jill H., et Alec L. Miller. « Dialectical Behavior Therapy Adapted for Suicidal Adolescents ». *Suicide & Life-Threatening Behavior* 32, nº 2 (2002): 146-57.
Rea, Margaret M., Martha C. Tompson, David J. Miklowitz, Michael J. Goldstein, Sun Hwang, et Jim Mintz. « Family-Focused Treatment versus Individual Treatment for Bipolar Disorder: Results of a Randomized Clinical Trial. » *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 71, nº 3 (2003): 482-92. doi:10.1037/0022-006X.71.3.482.
Reinares, M., C.M. Bonnín, D. Hidalgo-Mazzei, J. Sánchez-Moreno, F. Colom, et E. Vieta. « The Role of Family Interventions in Bipolar Disorder: A Systematic Review ». *Clinical Psychology Review* 43 (février 2016): 47-57. doi:10.1016/j.cpr.2015.11.010.
Reinares, María, José Sánchez-Moreno, et Konstantinos N. Fountoulakis. « Psychosocial Interventions in Bipolar Disorder: What, for Whom, and When ». *Journal of Affective Disorders* 156 (mars 2014): 46-55. doi:10.1016/j.jad.2013.12.017.
Roshanaei-Moghaddam, Babak, et Wayne Katon. « Premature Mortality from General Medical Illnesses among Persons with Bipolar Disorder: A Review ». *Psychiatric Services (Washington, D.C.)* 60, nº 2 (février 2009): 147-56. doi:10.1176/appi.ps.60.2.147.
Rouillon, F. « Épidémiologie du trouble bipolaire ». *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique* 167, nº 10 (décembre 2009): 793-95. doi:10.1016/j.amp.2009.09.015.
Sasson, Yehuda, Miriam Chopra, Eran Harrari, Keren Amitai, et Joseph Zohar. « Bipolar comorbidity: from diagnostic dilemmas to therapeutic challenge ». *The International Journal of Neuropsychopharmacology* 6, nº 2 (juin 2003): 139-44. doi:10.1017/S1461145703003432.
Schaub, A., N. Neubauer, B. Bernhard, C. Born, H.-J. Möller, et H. Grunze. « [Cognitive-psychoeducational group programme for bipolar disorder: pilot study with two-year follow-up] ». *Fortschritte Der Neurologie-Psychiatrie* 81 Suppl 1 (mai 2013): S30-34. doi:10.1055/s-0033-1335242.
Simko, J., et J. Horacek. « Carbamazepine and Risk of Hypothyroidism: A Prospective Study ». *Acta Neurologica Scandinavica* 116, nº 5 (novembre 2007): 317-21. doi:10.1111/j.1600-0404.2007.00883.x.
Simoneau, Teresa L., David J. Miklowitz, Jeffrey A. Richards, Rakhshanda Saleem, et Elizabeth L. George. « Bipolar disorder and family communication: effects of a psychoeducational treatment program. » *Journal of Abnormal Psychology* 108, nº 4 (1999): 588.
Sportiche S, Nieto I, et Lépine JP. « Dossier « Troubles bipolaires - Clubhouse France », s. d. www.clubhousefrance.org/.../Revue-Le-concours-médical-Dossier-Troubles-bipolaire...
Tidemalm, Dag, Axel Haglund, Alina Karanti, Mikael Landén, et Bo Runeson. « Attempted Suicide

in Bipolar Disorder: Risk Factors in a Cohort of 6086 Patients ». Édité par Kenji Hashimoto. *PLoS ONE* 9, nº 4 (4 avril 2014): e94097. doi:10.1371/journal.pone.0094097.

Toalson, Patrick, Saeeduddin Ahmed, Thomas Hardy, et Gary Kabinoff. « The metabolic syndrome in patients with severe mental illnesses ». *Prim Care Companion J Clin Psychiatry* 6, nº 4 (2004): 152–8.

Torrent, C., B. Amann, J. Sánchez-Moreno, F. Colom, M. Reinares, M. Comes, A. R. Rosa, J. Scott, et E. Vieta. « Weight Gain in Bipolar Disorder: Pharmacological Treatment as a Contributing Factor ». *Acta Psychiatrica Scandinavica* 118, nº 1 (juillet 2008): 4-18. doi:10.1111/j.1600-0447.2008.01204.x.

Valle, J., J. L. Ayuso-Gutierrez, A. Abril, et J. L. Ayuso-Mateos. « Evaluation of thyroid function in lithium-naive bipolar patients ». *European Psychiatry* 14, nº 6 (1999): 341–345.

Weiss, Roger D., Margaret L. Griffin, Shelly F. Greenfield, Lisa M. Najavits, Dana Wyner, Jose A. Soto, et John A. Hennen. « Group Therapy for Patients with Bipolar Disorder and Substace Dependence: Results of a Pilot Study », s. d. https://seekings.ipower.com/.../2000%20Group%20Therapy%20fo...

Weiss, Roger D., Monika Kolodziej, Margaret L. Griffin, Lisa M. Najavits, Lara M. Jacobson, et Shelly F. Greenfield. « Substance Use and Perceived Symptom Improvement among Patients with Bipolar Disorder and Substance Dependence ». *Journal of Affective Disorders* 79, nº 1-3 (avril 2004): 279-83. doi:10.1016/S0165-0327(02)00454-8.

West, Amy E., David B. Henry, et Mani N. Pavuluri. « Maintenance Model of Integrated Psychosocial Treatment in Pediatric Bipolar Disorder ». *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 46, nº 2 (février 2007): 205-12. doi:10.1097/01.chi.0000246068.85577.d7.

West, Amy E., Sally M. Weinstein, Amy T. Peters, Andrea C. Katz, David B. Henry, Rick A. Cruz, et Mani N. Pavuluri. « Child-and family-focused cognitive-behavioral therapy for pediatric bipolar disorder: a randomized clinical trial ». *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 53, nº 11 (2014): 1168–1178.

Wyatt, R. J., et I. Henter. « An economic evaluation of manic-depressive illness-1991 ». *Social psychiatry and psychiatric epidemiology* 30, nº 5 (1995): 213–219.

Yatham, Lakshmi N., Sidney H. Kennedy, Ayal Schaffer, Sagar V. Parikh, Serge Beaulieu, Claire O'Donovan, Glenda MacQueen, et al. « Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) and International Society for Bipolar Disorders (ISBD) collaborative update of CANMAT guidelines for the management of patients with bipolar disorder: update 2009 ». *Bipolar disorders* 11, nº 3 (2009): 225–255.

Zalsman, Gil, Melanie Braun, Mikkel Arendt, Michael F. Grunebaum, Leo Sher, Ainsley K. Burke, David A. Brent, Sadia R. Chaudhury, J. John Mann, et Maria A. Oquendo. « A comparison of the medical lethality of suicide attempts in bipolar and major depressive disorders ». *Bipolar disorders* 8, nº 5p2 (2006): 558–565.

Zepf, Florian Daniel, et Martin Holtmann. « TROUBLE PERTURBATEUR DE LA REGULATION EMOTIONELLE », 2012. http://iacapap.org/wp-content/uploads/E3-MOODDYSREGULATION-FRENCH-2014.pdf.

Résumé :

Le trouble bipolaire des adolescents est maintenant largement reconnu dans la communauté scientifique et depuis trois décennies des travaux concernant ses spécificités et sa prise en charge apparaissent dans la littérature.

Ce trouble bipolaire de l'adolescent est fréquent et sa prévalence est estimée à 1 % de la population juvénile dans la littérature.

Cette maladie apparaissant tôt, à période de vulnérabilité, peut entraîner des graves complications et conséquences lorsqu'elle n'est pas traitée. En effet, le trouble bipolaire peut entraîner un risque suicidaire majeur, des conduites addictives, une déscolarisation et une désocialisation.

Ainsi, une prise en charge adaptée représente un enjeu majeur dans l'évolution du trouble bipolaire chez l'adolescent. Le traitement médicamenteux indispensable à la stabilisation du trouble ne semble malheureusement pas suffisant étant donné les taux de rechute, d'hospitalisations et de mauvaise observance importants à cet âge.

Il y a quelques années l'éducation thérapeutique est apparue en Amérique du Nord avec quatre objectifs principaux : optimiser le traitement médicamenteux, prévenir les récidives, améliorer la qualité de vie et consolider l'alliance thérapeutique. La psychoéducation chez l'adulte bipolaire à fait l'objet de nombreuses publications et permet d'améliorer considérablement l'évolution de la maladie.

Par contre, ce n'est que très récemment que le milieu médical s'est intéressé à l'éducation thérapeutique spécifique aux adolescents bipolaires. Les quelques études mettent en avant des résultats prometteurs en terme d'amélioration des symptômes et de l'observance médicamenteuse.

En se référant aux données de la littérature et aux groupes de psychoéducation pour bipolaire déjà existants, nous avons souhaité mettre en place un groupe d'éducation thérapeutique destinés aux jeunes bipolaires (16-25 ans). Le but était de leur proposer une prise en charge spécifique qui réponde aux attentes de cette tranche d'âge. Le programme a été mis en place en tenant compte des particularités liées à l'adolescence et en adaptant nos supports.

Ce travail nous a permis d'évaluer la faisabilité d'un tel groupe sur la région Rouennaise et de constater des résultats satisfaisants sur un petit échantillon en terme de satisfaction, d'observance, de rechutes et d'hospitalisations à 3 et 6 mois de la réalisation du groupe.

Les retours positifs nous encouragent à continuer tout en améliorant notre prise en charge. Ainsi, nous pourrions étendre ce soin dans la région après la formation du personnel et éventuellement évaluer cette prise en charge sur un plus grand nombre de patients avec un groupe contrôle.

Mots clés : psychoéducation, adolescents, bipolaires, groupe.