



HAL
open science

Étude de l'impact de l'inclusion de l'entourage dans la prise en charge des patients atteints de trouble bipolaire

Julie Marin

► **To cite this version:**

Julie Marin. Étude de l'impact de l'inclusion de l'entourage dans la prise en charge des patients atteints de trouble bipolaire. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03560122

HAL Id: dumas-03560122

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03560122>

Submitted on 7 Feb 2022

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.

N°

UNIVERSITÉ CLERMONT AUVERGNE
UFR DE MÉDECINE ET DES PROFESSIONS PARAMÉDICALES

THÈSE D'EXERCICE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

par

MARIN, Julie

Présentée et soutenue publiquement le 16 septembre 2021

Etude de l'impact de l'inclusion de l'entourage dans la prise en charge des patients atteints de trouble bipolaire

Président du jury et Directeur de thèse : Monsieur, Professeur, Ludovic SAMALIN, CHU Clermont-Ferrand, Service Psychiatrie Adulte B

Membres du jury :

Monsieur, Professeur, Pierre-Michel LLORCA, UFR de Médecine et des professions paramédicales de Clermont-Ferrand, CHU Clermont-Ferrand, Chef de service Psychiatrie Adulte B

Madame, Docteur, Julie GENESTE, CHU Clermont-Ferrand, Urgences psychiatriques et psychotrauma

Monsieur, Docteur, Raphael MERY, CHU Clermont-Ferrand, Service Psychiatrie Adulte B

N°

UNIVERSITÉ CLERMONT AUVERGNE
UFR DE MÉDECINE ET DES PROFESSIONS PARAMÉDICALES

THÈSE D'EXERCICE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

par

MARIN, Julie

Présentée et soutenue publiquement le 16 septembre 2021

Etude de l'impact de l'inclusion de l'entourage dans la prise en charge des patients atteints de trouble bipolaire

Président du jury et Directeur de thèse : Monsieur, Professeur, Ludovic SAMALIN, CHU Clermont-Ferrand, Service Psychiatrie Adulte B

Membres du jury :

Monsieur, Professeur, Pierre-Michel LLORCA, UFR de Médecine et des professions paramédicales de Clermont-Ferrand, CHU Clermont-Ferrand, Chef de service Psychiatrie Adulte B

Madame, Docteur, Julie GENESTE, CHU Clermont-Ferrand Urgences psychiatriques et psychotrauma

Monsieur, Docteur, Raphael MERY, CHU Clermont-Ferrand, Service Psychiatrie Adulte B

UNIVERSITE CLERMONT AUVERGNE

PRESIDENTS HONORAIRES UNIVERSITE D'Auvergne	: JOYON Louis : DOLY Michel : TURPIN Dominique : VEYRE Annie : DULBECCO Philippe : ESCHALIER Alain
PRESIDENTS HONORAIRES UNIVERSITE BLAISE PASCAL	: CABANES Pierre : FONTAINE Jacques : BOUTIN Christian : MONTEIL Jean-Marc : ODOUARD Albert : LAVIGNOTTE Nadine
PRESIDENT DE L'UNIVERSITE et PRESIDENT DU CONSEIL ACADEMIQUE PLENIER PRESIDENT DU CONSEIL ACADEMIQUE RESTREINT VICE-PRESIDENT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION VICE-PRESIDENT DE LA COMMISSION DE LA RECHERCHE VICE PRESIDENTE DE LA COMMISSION DE LA FORMATION ET DE LA VIE UNIVERSITAIRE DIRECTEUR GENERAL DES SERVICES	: BERNARD Mathias : DEQUIEDT Vianney : WILLIAMS Benjamin : HENRARD Pierre : PEYRARD Françoise : PAQUIS François



UFR DE MEDECINE ET DES PROFESSIONS PARAMEDICALES

DOYENS HONORAIRES	: DETEIX Patrice : CHAZAL Jean
DOYEN RESPONSABLE ADMINISTRATIVE	: CLAVELOU Pierre : ROBERT Gaëlle

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. BACIN Franck - BEGUE René-Jean - BOUCHER Daniel - BOURGES Michel - BUSSIÈRE Jean-Louis - CANO Noël - CASSAGNES Jean - CATILINA Pierre - CHABANNES Jacques - CHAZAL Jean - CHIPPONI Jacques - CHOLLET Philippe - COUDERT Jean - DASTUGUE Bernard - DAUPLAT Jacques - DECHELOTTE Pierre - DEMEOCQ François - DE RIBEROLLES Charles - ESCANDE Georges - Mme FONCK Yvette - MM. GENTOU Claude - GLANDDIER Gérard - Mme GLANDDIER Phyllis - M. JACQUETIN Bernard - Mme LAVARENNE Jeanine - MM. LAVERAN Henri - LESOURD Bruno - LEVAI Jean-Paul - MAGE Gérard - MALPUECH Georges - MARCHEIX Jean-Claude - MICHEL Jean-Luc - MOLINA Claude - MONDIE Jean-Michel - PERI Georges - PETIT Georges - PHILIPPE Pierre - PLAGNE Robert - PLANCHE Roger - PONSONNAILLE Jean - REY Michel - Mme RIGAL Danièle - MM. ROZAN Raymond - SCHOEFFLER Pierre - SIROT Jacques - SOUTEYRAND Pierre - TANGUY Alain - TERVER Sylvain - THIEBLOT Philippe - TOURNILHAC Michel - VANNEUVILLE Guy - VIALLET Jean-François - Mlle VEYRE Annie

PROFESSEURS EMERITES :

MM. - BEYTOUT Jean - BOITEUX Jean-Paul - BOMMELAER Gilles - CHAMOIX Alain - DETEIX Patrice - DUBRAY Claude - ESCHALIER Alain - IRTHUM Bernard - KEMENY Jean-Louis - LABBE André - Mme LAFEUILLE Hélène - MM. LEMERY Didier - LUSSON Jean-René - RIBAL Jean-Pierre

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

PROFESSEURS DE CLASSE EXCEPTIONNELLE

M. VAGO Philippe	Histologie-Embryologie Cytogénétique
M. AUMAITRE Olivier	Médecine Interne
M. LABBE André	Pédiatrie
M. AVAN Paul	Biophysique et Traitement de l'Image
M. DURIF Franck	Neurologie
M. BOIRE Jean-Yves	Biostatistiques, Informatique Médicale et Technologies de Communication
M. BOYER Louis	Radiologie et Imagerie Médicale option Clinique
M. POULY Jean-Luc	Gynécologie et Obstétrique
M. CANIS Michel	Gynécologie-Obstétrique
Mme PENAULT-LLORCA Frédérique	Anatomie et Cytologie Pathologiques
M. BAZIN Jean-Etienne	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale
M. BIGNON Yves Jean	Cancérologie option Biologique
M. BOIRIE Yves	Nutrition Humaine
M. CLAVELOU Pierre	Neurologie
M. DUBRAY Claude	Pharmacologie Clinique

M. GILAIN Laurent	O.R.L.
M. LEMAIRE Jean-Jacques	Neurochirurgie
M. CAMILLERI Lionel	Chirurgie Thoracique et Cardio-Vasculaire
M. DAPOIGNY Michel	Gastro-Entérologie
M. LLORCA Pierre-Michel	Psychiatrie d'Adultes
M. PEZET Denis	Chirurgie Digestive
M. SOUWEINE Bertrand	Réanimation Médicale
M. BOISGARD Stéphane	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
Mme DUCLOS Martine	Physiologie
M. SCHMIDT Jeannot	Thérapeutique
M. BERGER Marc	Hématologie
M. GARCIER Jean-Marc	Anatomie-Radiologie et Imagerie Médicale
M. ROSSET Eugénio	Chirurgie Vasculaire
M. SOUBRIER Martin	Rhumatologie

PROFESSEURS DE
1ère CLASSE

M. CAILLAUD Denis	Pneumo-phtisiologie
M. VERRELLE Pierre	Radiothérapie option Clinique
M. CITRON Bernard	Cardiologie et Maladies Vasculaires
M. D'INCAN Michel	Dermatologie -Vénérologie
Mme JALENQUES Isabelle	Psychiatrie d'Adultes
Mle BARTHELEMY Isabelle	Chirurgie Maxillo-Faciale
M. GERBAUD Laurent	Epidémiologie, Economie de la Santé et Prévention
M. TAUVERON Igor	Endocrinologie et Maladies Métaboliques
M. MOM Thierry	Oto-Rhino-Laryngologie
M. RICHARD Ruddy	Physiologie
M. RUIVARD Marc	Médecine Interne
M. SAPIN Vincent	Biochimie et Biologie Moléculaire
M. BAY Jacques-Olivier	Cancérologie
M. COUDEYRE Emmanuel	Médecine Physique et de Réadaptation
Mme GODFRAIND Catherine	Anatomie et Cytologie Pathologiques
M. ABERGEL Armando	Hépatologie
M. LAURICHESSE Henri	Maladies Infectieuses et Tropicales
M. TOURNILHAC Olivier	Hématologie
M. CHIAMBARETTA Frédéric	Ophthalmologie
M. FILAIRE Marc	Anatomie – Chirurgie Thoracique et Cardio-Vasculaire
M. GALLOT Denis	Gynécologie-Obstétrique
M. GUY Laurent	Urologie
M. TRAORE Ousmane	Hygiène Hospitalière
M. ANDRE Marc	Médecine Interne
M. BONNET Richard	Bactériologie, Virologie
M. CACHIN Florent	Biophysique et Médecine Nucléaire
M. COSTES Frédéric	Physiologie
M. FUTIER Emmanuel	Anesthésiologie-Réanimation
Mme HENG Anne-Elisabeth	Néphrologie
M. MOTREFF Pascal	Cardiologie
Mme PICKERING Gisèle	Pharmacologie Clinique
M. RABISCHONG Benoît	Gynécologie Obstétrique

**PROFESSEURS DE
2^{ème} CLASSE**

Mme CREVEAUX Isabelle	Biochimie et Biologie Moléculaire
M. FAICT Thierry	Médecine Légale et Droit de la Santé
Mme KANOLD LASTAWIECKA Justyna	Pédiatrie
M. TCHIRKOV Andréï	Cytologie et Histologie
M. CORNELIS François	Génétique
M. DESCAMPS Stéphane	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
M. POMEL Christophe	Cancérologie – Chirurgie Générale
M. CANAVESE Federico	Chirurgie Infantile
M. LESENS Olivier	Maladies Infectieuses et Tropicales
M. AUTHIER Nicolas	Pharmacologie Médicale
M. BROUSSE Georges	Psychiatrie Adultes/Addictologie
M. BUC Emmanuel	Chirurgie Digestive
M. CHABROT Pascal	Radiologie et Imagerie Médicale
M. LAUTRETTE Alexandre	Néphrologie Réanimation Médicale
M. AZARNOUSH Kasra	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
Mme BRUGNON Florence	Biologie et Médecine du Développement et de la Reproduction
Mme HENQUELL Cécile	Bactériologie Virologie
M. ESCHALIER Romain	Cardiologie
M. MERLIN Etienne	Pédiatrie
Mme TOURNADRE Anne	Rhumatologie
M. DURANDO Xavier	Cancérologie
M. DUTHEIL Frédéric	Médecine et Santé au Travail
Mme FANTINI Maria Livia	Neurologie
M. SAKKA Laurent	Anatomie – Neurochirurgie
M. BOURDEL Nicolas	Gynécologie-Obstétrique
M. GUIEZE Romain	Hématologie
M. POINCLOUX Laurent	Gastroentérologie
M. SOUTEYRAND Géraud	Cardiologie
M. EVRARD Bertrand	Immunologie
M. POIRIER Philippe	Parasitologie et Mycologie

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

M. CLEMENT Gilles	Médecine Générale
Mme MALPUECH-BRUGERE Corinne	Nutrition Humaine
M. VORILHON Philippe	Médecine Générale

PROFESSEURS ASSOCIES DES UNIVERSITES

Mme BOTTET-MAULOUBIER Anne	Médecine Générale
M. CAMBON Benoît	Médecine Générale
M. TANGUY Gilles	Médecine Générale

**MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES -
PRATICIENS HOSPITALIERS**

***MAITRES DE CONFERENCES
HORS CLASSE***

Mme CHAMBON Martine	Bactériologie Virologie
Mme BOUTELOUP Corinne	Nutrition

***MAITRES DE CONFERENCES DE
1ère CLASSE***

M. MORVAN Daniel	Biophysique et Traitement de l'Image
Mlle GOUMY Carole	Cytologie et Histologie, Cytogénétique
Mme FOGLI Anne	Biochimie Biologie Moléculaire
Mlle GOUAS Laetitia	Cytologie et Histologie, Cytogénétique
M. MARCEAU Geoffroy	Biochimie Biologie Moléculaire
Mme MINET-QUINARD Régine	Biochimie Biologie Moléculaire
M. ROBIN Frédéric	Bactériologie
Mlle VERONESE Lauren	Cytologie et Histologie, Cytogénétique
M. DELMAS Julien	Bactériologie
Mlle MIRAND Audrey	Bactériologie Virologie
M. OUCHCHANE Lemlih	Biostatistiques, Informatique Médicale et Technologies de Communication
M. LIBERT Frédéric	Pharmacologie Médicale
Mlle COSTE Karen	Pédiatrie
Mlle AUMERAN Claire	Hygiène Hospitalière
Mme CASSAGNES Lucie	Radiologie et Imagerie Médicale
M. LEBRETON Aurélien	Hématologie
M. BUISSON Anthony	Gastroentérologie

***MAITRES DE CONFERENCES DE
2ème CLASSE***

Mme PONS Hanaë	Biologie et Médecine du Développement et de la Reproduction
M. JABAUDON-GANDET Matthieu	Anesthésiologie – Réanimation Chirurgicale
M. BOUVIER Damien	Biochimie et Biologie Moléculaire
M. COLL Guillaume	Neurochirurgie
Mme SARRET Catherine	Pédiatrie
M. MAQDASY Salwan	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques
Mme NOURRISSON Céline	Parasitologie - Mycologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

Mme VAURS-BARRIERE Catherine	Biochimie Biologie Moléculaire
M. BAILLY Jean-Luc	Bactériologie Virologie
Mle AUBEL Corinne	Oncologie Moléculaire
M. BLANCHON Loïc	Biochimie Biologie Moléculaire
Mle GUILLET Christelle	Nutrition Humaine
M. BIDEY Yannick	Oncogénétique
M. MARCHAND Fabien	Pharmacologie Médicale
M. DALMASSO Guillaume	Bactériologie
M. SOLER Cédric	Biochimie Biologie Moléculaire
M. GIRAUDET Fabrice	Biophysique et Traitement de l'Image
Mme VAILLANT-ROUSSEL Hélène	Médecine Générale
Mme LAPORTE Catherine	Médecine Générale
M. LOLIGNIER Stéphane	Neurosciences – Neuropharmacologie
Mme MARTEIL Gaëlle	Biologie de la Reproduction
M. PINEL Alexandre	Nutrition Humaine
M. PIZON Frank	Santé Publique

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DES UNIVERSITES

M. BERNARD Pierre	Médecine Générale
Mme ESCHALIER Bénédicte	Médecine Générale
Mme RICHARD Amélie	Médecine Générale
M. TESSIERES Frédéric	Médecine Générale

Remerciements

A notre président de jury de thèse

Monsieur le Professeur Ludovic SAMALIN Service Le Pariou, CHU Clermont-Ferrand

Je vous remercie sincèrement de m'avoir fait l'honneur de présider ce travail. Je vous remercie pour votre accompagnement et votre disponibilité dans ce travail. Veuillez recevoir l'expression de ma gratitude et de mon profond respect.

A notre jury de thèse

Monsieur le Professeur Pierre-Michel LLORCA Service de Psychiatrie de l'adulte B CHU Clermont-Ferrand

Je vous remercie sincèrement de m'avoir fait l'honneur de participer à ce jury de thèse. J'ai pu admirer au cours de mon internat l'étendue de vos connaissances, et vous remercie pour votre accompagnement et votre bienveillance. Veuillez recevoir l'expression de ma gratitude et de mon profond respect.

**Madame le Dr GENESTE-SAELENS Julie Service Urgence Psychiatrique et
Psychotrauma CHU de CLERMONT-FERRAND**

Je suis honorée de vous compter parmi ce jury de thèse. Je vous remercie d'avoir pu me faire découvrir avec passion et humanité la prise en charge de l'urgence auprès de personnes en état de souffrance psychique. Veuillez recevoir l'expression de ma reconnaissance et de mon profond respect.

**Monsieur le Dr MERY Raphael Service les Dômes, CHU de CLERMONT-
FERRAND**

Je vous remercie sincèrement de prendre part à ce jury de thèse. J'ai pu admirer au cours de mes stages votre finesse clinique, et vos qualités humaines, que ce soit auprès des patients et des familles. Vous resterez une grande source d'inspiration pour ma pratique future. Veuillez recevoir l'expression de ma reconnaissance et de mon profond respect.

A mes proches, pour leur patience, et leur soutien indéfectible durant mon parcours.

Table des matières

I. Introduction	17
II. Méthode	22
A. Sélection des psychiatres	22
B. Population étudiée	23
1. Critères d'inclusion	23
2. Critères d'exclusion	23
C. Recueil de données	23
D. Mesures	24
1. Critère de jugement principal	24
2. Critères de jugement secondaires	25
<i>a. Caractéristiques sociodémographiques</i>	25
<i>b. Caractéristiques cliniques de la maladie bipolaire</i>	26
<i>c. Caractéristiques de la prise en charge thérapeutique</i>	27
E. Analyses statistiques	29
III. Résultats	32
A. Echantillon étudié	32
1. Répartition globale des patients dans l'étude	32
2. Présentation sociodémographique de l'échantillon global	34
B. Objectif principal, prévalence du groupe « consultation entourage »	35
C. Comparaison des groupes « Consultation Entourage » et « Absence consultation Entourage »	35

1. Description et comparaison des données sociodémographiques, cliniques et thérapeutiques entre le groupe « consultation entourage » et « absence consultation entourage »	36
<i>a. Données sociodémographiques</i>	36
<i>b. Données cliniques</i>	38
<i>c. Données thérapeutiques</i>	40
2. Description et comparaison de données concernant la pratique des psychiatres de l'étude entre le groupe « consultation entourage » et « absence consultation entourage »	45
D. Type d'inclusion de l'entourage du groupe « consultation entourage »	47
E. Description et comparaison de données sociodémographiques, cliniques, thérapeutiques, de la pratique des psychiatres et du type d'inclusion de l'entourage dans les soins, au sein du groupe « consultation entourage », en fonction de l'existence ou non d'au moins 4 rencontres entre le psychiatre et l'entourage	47
IV. Discussion	54
A. Echantillon de l'étude	54
B. Prévalence des patients dont l'entourage était vu par le psychiatre	56
C. Comparaisons des données entre les patients dont l'entourage était reçu par le psychiatre et ceux dont l'entourage ne l'était pas	56

1. Description et comparaison des données sociodémographiques, cliniques, et thérapeutiques entre les patients dont l'entourage était reçu par le psychiatre et ceux dont l'entourage ne l'était pas _____	56
2. Description et comparaison de la pratique des psychiatres de l'étude qui recevaient l'entourage du patient et ceux qui ne le recevaient pas _____	59
D. Type d'inclusion de l'entourage vu par le psychiatre _____	60
E. Comparaison de données sociodémographiques, cliniques, thérapeutiques, de la pratique des psychiatres et du type d'inclusion de l'entourage dans les soins, parmi les patients dont l'entourage était reçu en fonction de l'existence ou non d'au moins 4 rencontres en le psychiatre et l'entourage _____	60
F. Intérêts et limites _____	61
V. Conclusion _____	63
VI. Bibliographie _____	65
VII. Annexe _____	72

Table des Figures

Figure 1 : Répartition des patients dans l'étude	33
Figure 2 : Nombre de patients dans l'étude en fonction du nombre de fois où l'entourage est rencontré par an.....	34

Table des Tableaux

Tableau 1 : Données sociodémographiques des patients de l'étude en fonction de l'existence ou non d'une rencontre avec l'entourage.....	37
Tableau 2 : Données cliniques des patients de l'étude en fonction de l'existence ou non d'une rencontre entre le psychiatre et l'entourage.....	39
Tableau 3 : Données thérapeutiques des patients de l'étude en fonction de l'existence ou non d'une rencontre entre le psychiatre et l'entourage.....	41
Tableau 4 : Résultats analyse multivariée	44
Tableau 5 : Données sur la pratique du psychiatre en fonction de l'existence ou non d'une rencontre avec l'entourage	46
Tableau 6 : Description et comparaison de données sociodémographiques au sein du groupe « Consultation Entourage » en fonction de l'existence ou non d'au moins 4 rencontres entre le psychiatre et l'entourage.....	50
Tableau 7 : Description et comparaison de données cliniques au sein du groupe « Consultation Entourage » en fonction de l'existence ou non d'au moins 4 rencontres entre le psychiatre et l'entourage.....	51

Tableau 8 : Description et comparaison de données thérapeutiques au sein du groupe « Consultation Entourage » en fonction de l'existence ou non d'au moins 4 rencontres entre le psychiatre et l'entourage..... 52

Tableau 9 : Description et comparaison de données sur la pratique des psychiatres et le type d'inclusion de l'entourage au sein du groupe « Consultation Entourage » en fonction de l'existence ou non d'au moins 4 rencontres entre le psychiatre et l'entourage 53

Table des Annexes

Annexe I : CPP 72

Liste des Abréviations

AC Anticonvulsivant

AD Antidépresseur

AP1G Antipsychotique de première génération

AP2G Antipsychotique de seconde génération

APA American Psychological Association

ATCD Antécédent

BAP British association for psychopharmacology

CANMAT Canadian network for mood and anxiety treatments

CATTP Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel

CPP Comité de protection des personnes

CIM Classification international des maladies

CMP Centre médico-psychologique

CNIL Commission nationale informatique et libertés

DSM Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux

e-CRF Electronic Case Report Form

EDC Episode dépressif caractérisé

FFT Family focused therapy

HAS Haute autorité de santé

HDJ Hôpital de jour

IDE Infirmier diplômé d'état

ISBD International society for bipolar disorders

Li Lithium

NICE National Institute for health and Care Excellence

OMS Organisation mondiale de la santé

PH Praticien hospitalier

SPSS Statistical Package for the Social

SSTB Société Suisse des Troubles Bipolaires

TB Trouble bipolaire

TMAP Texas medication algorithm Project

WFSPB World Federation of Societies of Biological Psychiatry

I. Introduction

Classé parmi les 10 pathologies les plus invalidantes selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), le trouble bipolaire (TB), qui concerne aussi bien les hommes que les femmes, débute généralement chez l'adolescent ou le jeune adulte et nécessite une prise en charge tout au long de la vie (1) (2).

Le diagnostic est clinique, et il est recommandé de se référer à la classification DSM 5 et/ou à la classification CIM 10 pour appuyer son regard clinique lors d'un épisode aigu, ainsi que pour finaliser le diagnostic de TB (3)(4).

En France, on estime qu'entre 1 et 2,5 % de la population générale est touchée par ce trouble, et serait estimé à 2.4 % au niveau mondial (4)(5)(7).

La prévalence au cours de la vie, pour les TB de type I, est selon les études estimée entre 0,6 et 1% (4)(6)(7)(8). Les TB de type II affectent environ 0,4 % des adultes (6)(8).

Le TB est une pathologie psychiatrique sévère, dont le risque majeur est le risque suicidaire. On sait que 1 malade sur 2 fera au moins une tentative de suicide dans sa vie et que 6 à 7 % décèderont par suicide (6)(9).

Selon la revue de la littérature de *Hättenschwiler et al., (2009)*, plus de la moitié des TB commencent par un épisode dépressif caractérisé (EDC) et les patients vivant avec un TB passent en moyenne beaucoup plus de temps en EDC qu'en épisode maniaque, avec une prévalence vie entière de 31% pour

les TB type I et jusqu'à 51% dans les TB type II, ce qui constitue un défi majeur de santé publique (10).

On rapporte une espérance de vie chez les patients atteints de TB comme nettement inférieure à la population globale, avec une diminution de l'espérance de vie de 10 à 15 années lorsque se surajoute des comorbidités médicales, tout comme la qualité de vie avec un taux d'incapacité à travailler parmi les patients souffrant d'un TB supérieur à 30 % (6)(11)(12).

L'alternance de décompensation aiguë thymique, de rémission mais aussi de persistance de symptômes subsyndromiques, ainsi qu'un risque de suicidalité, entraînent pour l'entourage une souffrance psychique majeure. Le TB des patients représente pour les aidants, comme définit par Eisdorfer, Pollack et Perlick (13)(14) ou Collectif Inter Associatif des Aidants Familiaux (CIAAF) (15), un véritable fardeau. Certaines études ou articles (16)(17) l'ont d'ailleurs soulignés, comme celle d'*Ostman et Hansson* (18), qui a retrouvé 40% de symptômes dépressifs et anxieux, prévalence nettement supérieure à celle retrouvée dans la population générale, ainsi qu'une autre étude trouvant une péjoration avec le temps qui n'est pas retrouvée chez les aidants de patients souffrant de maladies somatiques (19).

D'autres études ont aussi mis en avant que l'attitude des aidants vis-à-vis du TB de leur proche avait des conséquences sur l'évolution de la pathologie (20)(21).

On en conclut qu'il existe une véritable interface entre l'entourage et le patient avec une influence mutuelle, que ce soit un impact de la maladie bipolaire sur les aidants ou des aidants sur l'évolution du TB.

Il existe actuellement certaines pistes d'amélioration de l'implication de l'entourage dans les soins, comme celle de la psychoéducation des aidants, ayant pour but d'améliorer leurs connaissances et de modifier les perceptions cognitives concernant le TB de leur proche (22), et par conséquent d'avoir un impact positif sur l'évolution du TB.

Parmi les thérapies impliquant l'entourage du patient, on peut citer également *Family focused therapy (FFT)*, qui consiste à éduquer le patient et sa famille à propos de la maladie, à les former à améliorer leur communication et leur capacité de résolution de problème, a prouvé son efficacité dans la diminution des récurrences des épisodes dépressifs chez les patients bipolaires, et est recommandée en seconde ligne avec un niveau de preuve coté à 2 dans les phases aiguës dépressives et les phases de maintien(6)(23)(25)(27)(28)(29). On remarque également l'existence de sites internet ou d'associations leur étant consacré tel que le site australien « *bipolarcaregivers.org* », ainsi que l'association française *Argos2001 destinée aux patients et à leur famille* (30)(31).

Depuis plus d'une dizaine d'années les recommandations professionnelles de prise en charge du TB, tels que les *recommandations formalisées d'experts* de l'Association Française de Psychiatrie Biologique et

Neuropsychopharmacologie (AFPBN) 2010, du *National Institute for health and Care Excellence (NICE) Clinical Guideline*, de l'*Haute Autorité de Santé (HAS) 2009*, ou de l'*American Psychological Association (APA) 2010*, préconisent d'informer, de sensibiliser et d'associer les familles aux soins dans la prise en charge du patient de façon systématique lors d'épisode thymique, ou bien de promouvoir l'adhésion des familles au programme de psychoéducation lors des phases intercurrentes de la maladie (6)(32)(33)(34)(35).

On voit donc une évolution de la place de l'entourage dans les soins avec une volonté de pouvoir inclure les aidants dans la prise en charge dans un rôle plus actif et d'encourager l'interaction thérapeute-aidant (34)(35). Les recommandations restent cependant dans un concept général sans que l'on retrouve de véritables lignes de conduites précises pour la pratique des praticiens .

De plus on constate que peu d'études descriptives se sont intéressées à la fréquence et aux caractéristiques sociodémographiques des patients traités pour un TB pour lesquels l'entourage est inclus dans les soins dans la pratique. Peu d'études scientifiques à haut niveau de preuve ont également eu au centre de leur recherche le retentissement, présumé favorable, de l'implication de l'entourage dans les soins.

Il paraissait donc intéressant d'étudier l'inclusion de l'entourage des patients souffrant de TB. L'hypothèse principale de cette étude était que

l'inclusion de l'entourage des patients dans la prise en charge du trouble bipolaire avait un impact sur les caractéristiques d'évolution de la maladie ainsi que sur sa gravité.

Pour étayer cette hypothèse, l'objectif principal était d'évaluer la fréquence de patients pris en charge pour un TB dont l'entourage était vu de manière régulière par le psychiatre.

Les objectifs secondaires étaient de décrire les caractéristiques sociodémographiques, cliniques et thérapeutiques associées aux patients pour lesquels l'entourage est reçu par le psychiatre, de déterminer les caractéristiques de la pratique de psychiatres prenant en charge ce groupe de patients, ainsi que les modalités d'inclusion de l'entourage dans les soins.

Pour ce faire l'étude s'est appuyée sur les données de l'enquête MONTRA, comportant une cohorte de patients souffrant de TB, dont les résultats avaient permis de mettre en lumière les caractéristiques et modalités de prise en charge des patients présentant un TB en France (36).

Certaines des données de l'étude concernaient l'existence de rencontre du praticien avec l'entourage des patients, et seront au centre de notre travail.

II. Méthode

Cette étude est une étude épidémiologique descriptive transversale comparative multicentrique.

L'étude a pu être réalisée à partir de la cohorte MONTRA, qui fut menée, de décembre 2010 à février 2011 sur le territoire métropolitain, auprès de 439 psychiatres dont l'objectif a été de décrire les conditions de prise en charge de patients souffrant d'un TB en situation habituelle de pratique clinique.

(36)

A. Sélection des psychiatres

Les psychiatres participants, ont été recrutés selon un tirage aléatoire à partir d'un fichier national de plus de 12 000 psychiatres (fichier CEGEDIM), également répartis sur le territoire national, pour que la représentativité de la population en terme de densité médicale nationale et en terme d'exercice soit respectée.

Les psychiatres inclus ont ensuite complété un questionnaire reprenant les caractéristiques et modalités de prise en charge concernant les dossiers des patients pris en charge qu'ils avaient vus lors de quatre journées consécutives d'activité.

Inclusion en moyenne de 6 dossiers par praticien, ce qui a permis d'inclure 2529 dossiers de patients bipolaires.

B. Population étudiée

1. Critères d'inclusion

Concernant l'inclusion des patients, on s'est intéressé aux caractéristiques des patients majeurs présentant un TB, selon les critères du DSM IV (37), qui étaient, au moment de l'inclusion, évalués comme « euthymique » par les psychiatres participants à l'étude, soit ne présentant pas d'EDC ou d'état maniaque, ou d'état hypomaniaque.

Les patients étaient suivis par les psychiatres participants à l'étude et vus en consultation entre décembre 2010 et février 2011 durant les 4 journées consécutives d'inclusion.

2. Critères d'exclusion

Le fait d'être âgé de moins de 18 ans, de ne pas présenter de diagnostic de TB, ou de présenter au moment de l'inclusion un EDC, ou un épisode maniaque, ou un épisode hypomaniaque selon le DSM IV (37) étaient les critères d'exclusion de l'étude.

C. Recueil de données

Le projet d'étude a été transmis au comité de protection des personnes (CPP), conformément au code de la santé publique, dont la référence est 2018/CE33.

L'enquête a été déclarée à la Commission nationale informatique et libertés (CNIL).

S'agissant d'une enquête de pratique, les données des patients sont restées anonymes.

Elles ont été recueillies et transmises électroniquement via *electronic Case Report Form* (e-CRF) par le médecin et l'analyse a été effectuée à l'aide du logiciel *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS).

D. Mesures

1. Critère de jugement principal

Pour répondre à l'objectif principal de l'étude qui était de déterminer la prévalence des patients pour qui l'entourage était reçu par le psychiatre, le critère de jugement principal était une réponse affirmative par le praticien concernant le fait de recevoir l'entourage du patient qu'il prenait en charge, permettant la création de deux groupes de patients dans l'étude.

En cas de réponse affirmative, le praticien précisait le nombre de fois où l'entourage était reçu en moyenne par an.

Le premier groupe comportait les patients pour lesquels une réponse affirmative fut donnée et correspondait donc à la population où l'entourage du patient était vu par le psychiatre au moins une fois au cours de l'année écoulée que l'on nommera « Consultation Entourage », s'opposant au deuxième groupe où une réponse négative fut donnée par l'évaluateur, et

où l'entourage n'avait jamais été rencontré, que l'on nommera « Absence Consultation Entourage ».

2. Critères de jugement secondaires

Pour répondre au premier objectif secondaire qui était de décrire les caractéristiques sociodémographiques, cliniques et thérapeutiques, ainsi que les caractéristiques concernant l'autonomie des patients dont l'entourage était vu régulièrement par le psychiatre en comparaison à celles du groupe où l'entourage n'était pas vu, les critères de jugement secondaires recueillis ont été les suivants :

a. Caractéristiques sociodémographiques

Les caractéristiques sociodémographiques comprenaient :

- Le genre,
- L'âge,
- L'indice de masse corporel (IMC) (divisé en 4 catégories : IMC strictement inférieur à 18,5, IMC compris entre 18,5 et 24,9, IMC compris entre 25 et 29,9, et IMC supérieur ou égal à 30),
- Le fait de vivre seul,
- Le niveau d'étude (Soit primaire comprenant école maternelle et élémentaire, soit secondaire comprenant un niveau d'étude collège et lycée ou soit tertiaire comprenant un niveau d'enseignement dit supérieur),
- L'existence d'une activité professionnelle,

- L'existence d'un arrêt de travail au moment du recueil des données.

b. Caractéristiques cliniques de la maladie bipolaire

Les caractéristiques cliniques relevées étaient :

- Type de TB : Type I ou II ou cyclothymique ou non spécifié,
- Polarité du premier épisode de décompensation thymique, soit un EDC, soit un épisode hypomaniaque, soit un épisode maniaque, ou soit un état mixte,
- Délai d'intervention entre le début présumé de la maladie et la consultation du jour de l'inclusion dans l'étude,
- Délai entre le début présumé de la maladie et son diagnostic,
- L'existence d'antécédent d'hospitalisation en lien avec le trouble bipolaire, et si oui, le nombre d'hospitalisation strictement supérieur à deux,
- Antécédent de passage à l'acte suicidaire,
- Comorbidités médicales, psychiatriques et addictologiques associées comprenant les troubles cardiovasculaires, le diabète, la dyslipidémie, les troubles thyroïdiens, les troubles anxieux, les troubles de la personnalité, les abus et dépendance aux toxiques, et autres comorbidités médicales ou psychiatriques associées non développées,
- Autonomie du patient dans la gestion de sa maladie et dans la prise du traitement, c'est-à-dire réponse binaire du praticien concernant l'existence ou non d'une autonomie de la part du patient par rapport à

la gestion de la maladie et de la prise de son traitement, et si absence d'autonomie, principaux accompagnants pour la prise du traitement (Entourage, Infirmière (IDE) à domicile, psychiatre traitant/participant à l'étude, médecin traitant, Autres).

c. Caractéristiques de la prise en charge thérapeutique

Les caractéristiques thérapeutiques recueillies sont les suivantes :

- Type de classe médicamenteuse dont bénéficiait le patient dans la prise en charge du TB : Antipsychotique de seconde génération (AP2G) (solian, aripiprazole, clozapine, risperidone, olanzapine), Antipsychotique de première génération (AP1G) (cyamemazine, haloperidol, tianeptine, levomepromazine, sulpiride, loxapine) Anticonvulsivant (AC) (lamotrigine, valproate de sodium, divalproate de sodium), Lithium (Li), Antidépresseur (AD)),
- Durée entre l'instauration du premier traitement médicamenteux en lien avec TB et la consultation,
- Type de prise en charge non médicamenteuse dont bénéficiait le patient (Psychoéducation, Psychothérapie de soutien).

Pour répondre au deuxième objectif secondaire qui était de décrire les caractéristiques de la pratique des psychiatres interrogés dans la prise en charge des patients qu'ils avaient intégrés dans l'étude, les critères de jugement étaient les suivants :

- Lieu de consultation avec le patient comprenant le secteur ambulatoire (Centre médicopsychologique (CMP), cabinet privé), le secteur intra-hospitalier et le secteur intermédiaire (Hôpital de jour (HDJ), Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP)),
- Prise en compte des recommandations pour la prise en charge du patient intégré dans l'étude,
- Fréquence d'évaluation de l'adhésion du patient aux traitements (A chaque consultation, régulièrement, ponctuellement, jamais), et si oui le type de mesures employées (Echelles, questions précises au patient, questions à l'entourage, par intuition),
- Existence par le psychiatre d'une évaluation du risque suicidaire lors de la consultation.

Pour répondre au troisième objectif secondaire qui était de décrire les caractéristiques concernant l'entourage des patients, rencontré par le psychiatre, les données récoltées comme critères de jugement étaient les suivantes :

- Contexte de rencontre de l'entourage : présence ou absence du patient lors des entrevus,
- Estimation par le praticien de l'implication de l'entourage dans les soins, et si oui de quelle façon (prise du traitement, dans les activités du patient dans les consultations, autres).

Pour répondre au dernier objectif secondaire, qui était de décrire les caractéristiques sociodémographiques, cliniques, thérapeutiques, d'autonomie des patients, de pratique des psychiatres, et les caractéristiques de l'entourage de deux sous-groupes provenant de l'échantillon « Consultation Entourage », le critère de jugement pour créer deux sous-groupes, était le calcul de la médiane concernant le nombre de fois où l'entourage était rencontré par an.

Le premier sous-groupe correspondait aux patients, pour lesquels le nombre de fois où l'entourage était rencontré était inférieur ou égal à la médiane. Le second sous-groupe comportait les patients où cette fois l'entourage était reçu un nombre de fois strictement supérieur à la médiane.

E. Analyses statistiques

La description de l'échantillon a été réalisée par des statistiques descriptives complètes, avec pour variables continues : effectif, moyenne, écart type ; les variables qualitatives ou semi-quantitatives sont décrites par les distributions dans chacune des catégories en valeur absolue et en fréquence.

Dans les modèles univariés, la distribution normale de la variable d'intérêt autorise les comparaisons de moyenne à l'aide du test t de Student ; si la taille des échantillons était supérieure à 30 alors les tests non paramétriques (test de Wilcoxon) étaient utilisés.

La comparaison de plusieurs moyennes a été réalisée à l'aide d'une analyse de variance (ANOVA) accompagnée d'un test post hoc de Tukey.

La comparaison de variable dichotomique a été réalisée à l'aide du test du Chi2, si les conditions n'étaient pas remplies le test exact de Fisher était utilisé.

Le seuil de significativité était fixé à $P < 0.005$, avec un risque de 5 % de rejeter l'hypothèse nulle.

Un modèle de régression multivarié à variable binaire (Modèle de régression logistique) a été testé en sélectionnant les variables suivantes : les variables intrinsèques au patient (Age, Genre), les variables socio-professionnelles du patient (Vit seul, Niveau d'étude, autonomie du patient dans la prise du traitement), les variables en lien avec le trouble bipolaire (Nombre d'hospitalisation > 2 , prise de traitement AP1G, prise de traitement AP2G), les variables en lien avec la pratique des psychiatres sélectionnés dans l'étude (Suivi des recommandations de bonne pratique).

Le rapport des côtes, aussi nommé Odds Ratio, pour chaque variable (=événement) a été interprété comme suit :

- < 1 signifiait que l'événement était moins fréquent dans le groupe « consultation entourage » que dans le groupe « Absence Consultation Entourage »
- $= 1$ signifiait que l'événement était aussi fréquent dans les deux groupes ;
- > 1 signifiait que l'événement était plus fréquent dans le groupe

« Consultation Entourage » que dans le groupe « Absence Consultation Entourage ».

Pour l'analyse des valeurs estimées du maximum de vraisemblance concernant les résultats obtenus, des intervalles de confiance à 95% ont été utilisés, ainsi qu'un test de vraisemblance, permettant de savoir s'il existait une relation entre les variables choisies et le fait que l'entourage soit reçu.

L'ensemble des analyses ont été réalisées à partir du logiciel SAS®.

III. Résultats

A. Echantillon étudié

1. Répartition globale des patients dans l'étude

Parmi les 2529 dossiers de patients vus en consultation lors des quatre journées d'inclusion, 586 patients ont été exclus dont 342 qui présentaient un EDC, 236 un état maniaque, et 8 des cycles rapides.

Au total 1943 patients ont été inclus dans l'étude, parmi eux 529 patients formaient le groupe « Consultation Entourage », et 1414 patients formaient le groupe « Absence Consultation Entourage » (Figure 1).

Le nombre de patients dans l'étude en fonction du nombre de fois où l'entourage était vu en moyenne par an par le praticien est représenté dans la figure 2.

La médiane concernant le nombre de fois où l'entourage était vu en moyenne par an par le psychiatre était de 3. Le premier sous-groupe comportait 289 patients dont l'entourage était vu une à trois fois au cours de l'année écoulée. Le deuxième sous-groupe était composé de 240 patients dont l'entourage était rencontré au moins quatre fois dans l'année écoulée.

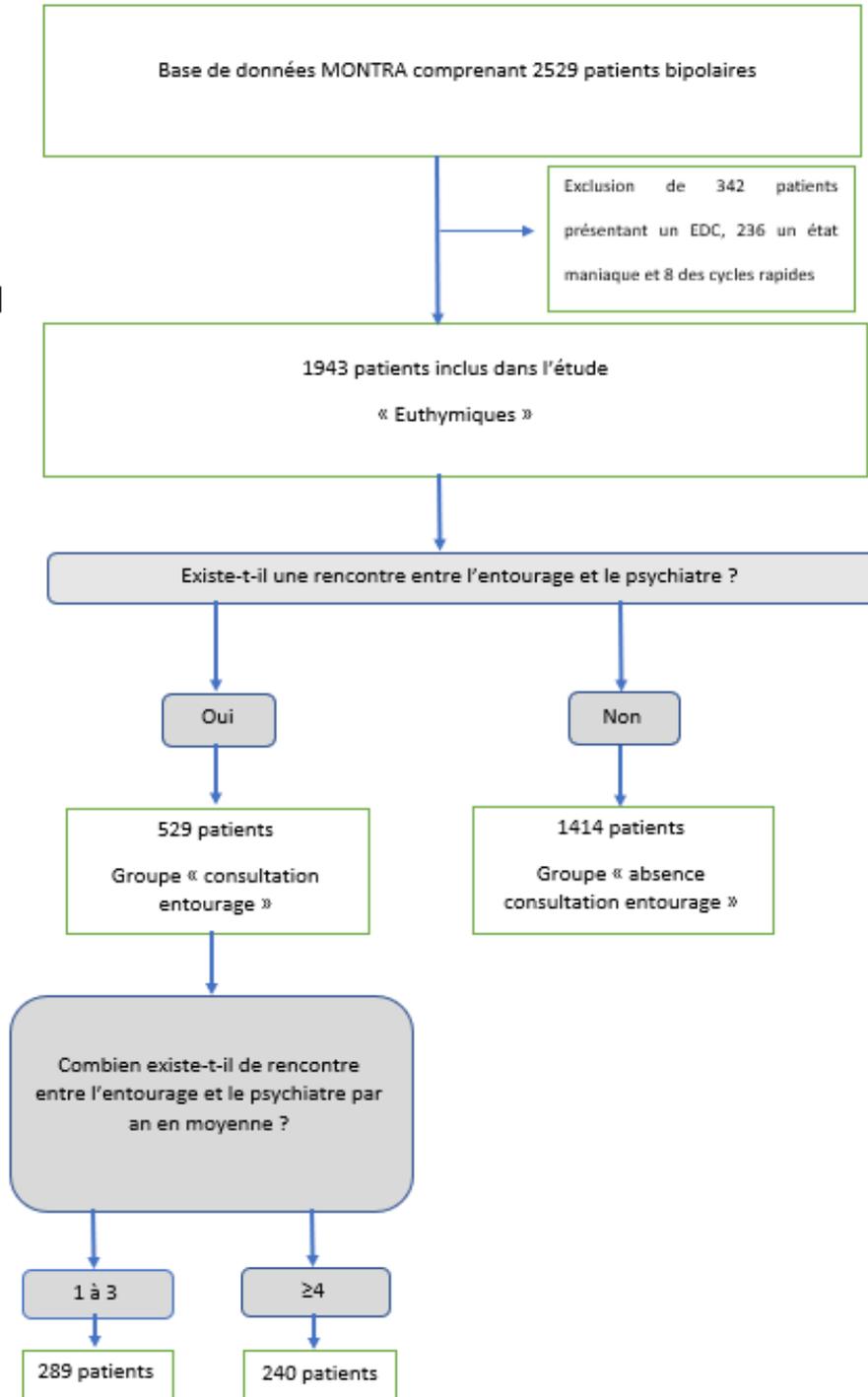


Figure 1 : Répartition des patients dans l'étude

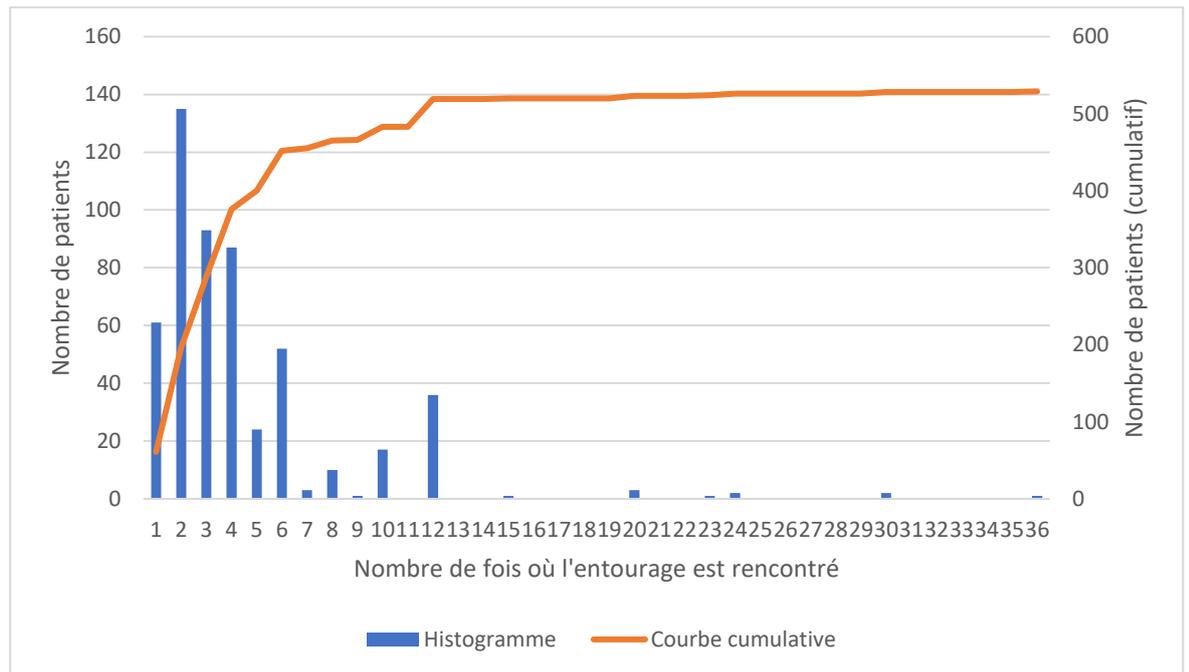


Figure 2 : Nombre de patients dans l'étude en fonction du nombre de fois où l'entourage est rencontré par an

2. Présentation sociodémographique de l'échantillon global

L'ensemble des caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon inclus sont décrites dans le tableau 1.

Les principales données sociodémographiques, de l'ensemble des patients de l'étude, étaient les suivantes :

Il s'agissait majoritairement de femmes (57,39%), l'âge moyen était de 47,76 ans, et la tranche d'âge la plus représentée était celle des 41-50 ans (25,41%).

Un IMC normal, compris entre 18,5 et 24,9 kg/m² était retrouvé pour 46,03% des patients, et 35,25% étaient en surpoids avec un IMC compris entre 25 et 29,9 kg/m².

Dans la population, 36,75% des sujets vivaient seuls.

Sur le plan socio professionnel, plus de la moitié des patients, soit 59,50%, avait un niveau d'étude secondaire.

Au moment de l'étude 45,55 % des patients travaillaient, et 12,25% étaient en arrêt maladie.

B. Objectif principal, prévalence du groupe « Consultation Entourage »

Le groupe « Consultation Entourage » correspondait à 27,23% de l'échantillon de l'étude (Résultat présenté dans le tableau 1).

C. Comparaison des groupes « Consultation Entourage » et « Absence Consultation Entourage »

Les données présentées dans cette partie concernent le groupe « Consultation Entourage », et seront comparées aux données du groupe « Absence Consultation Entourage ».

1. Description et comparaison des données sociodémographiques, cliniques et thérapeutiques entre le groupe « Consultation Entourage » et « Absence Consultation Entourage »

Dans un premier temps les résultats des modèles univariés sont décrits ci-dessous :

a. Données sociodémographiques

L'ensemble des résultats des analyses univariées concernant les données sociodémographiques sont présentés dans le tableau 1.

L'âge moyen des patients, dont l'entourage était reçu, était de 47,15 ans et la tranche d'âge la plus représentée était celle des plus de 60 ans.

Les patients du groupe « Consultation Entourage » étaient 42,40% à présenter un IMC normal, et 38,78% se trouvait en surpoids.

Les patients du groupe « Consultation Entourage » comparés aux patients du groupe « Absence Consultation Entourage » :

- Etaient moins souvent des femmes (51,98% vs 59,41%, $p < 0,0032$),
- Vivaient moins souvent seul (19,09% vs 43,35%, $p < 0,0001$),
- Avaient un taux d'emploi plus faible, (35,73 % vs 49,22%, $p < 0,0001$),
- Avaient un taux d'arrêt maladie plus élevé (15,69% vs 10,96%, $p < 0,0047$).

Variables	Total	Nombre de fois par an où l'entourage est rencontré		p Value
		Jamais	≥1	
n(%)	1943(100)	1414(72,77)	529(27,23)	
Données sociodémographiques				
Genre n(%)				
Genre féminin	1115 (57,39)	840(59,41)	275(51,98)	0,0032
Age (Années)				
Age m(Ec)	47,7462	47,98	47,15	0,2624
Age ≤ à 20 n(%)	21(1,08)	5(0,35)	16(3,04)	
Age entre 21 et 30 n(%)	179(9,25)	110(7,87)	69(13,12)	
Age entre 31 et 40 n(%)	375(19,37)	273(19,36)	102(19,39)	
Age entre 41 et 50 n(%)	531(27,43)	419(29,72)	112(21,29)	
Age entre 51 et 60 n(%)	492(25,41)	379(26,88)	113(21,48)	
Age > à 60 n(%)	338(17,46)	224(15,89)	114(21,67)	
Indice de masse corporelle (IMC) n(%)				
IMC < 18,5	57(2,95)	46(3,28)	11(2,09)	
IMC entre 18,5 et 24,9	888(46,03)	665(47,40)	223(42,40)	
IMC entre 25 et 29,9	680(35,25)	476(33,93)	204(38,78)	
IMC ≥ à 30	304(15,76)	216(15,40)	88(16,73)	
Vit seul n(%)				
Vit seul	714(36,75)	613(43,35)	101(19,09)	<0,0001
Niveau d'éducation n(%)				
Education Primaire	138(7,10)	82(5,80)	56(10,59)	0,0003
Education Secondaire	1156(59,50)	825(58,35)	331(62,57)	0,0912
Education Tertiaire	649(33,40)	507(35,86)	142(26,84)	0,0002
Activité professionnelle n(%)				
Travail	885(45,55)	696(49,22)	189(35,73)	<0,0001
Arrêt maladie	238(12,25)	155(10,96)	83(15,69)	0,0047

Légendes : m = moyenne ; Ec = Ecart Type ; n = nombre ; % = Pourcentage ; Y = Oui

Tableau 1 : Données sociodémographiques des patients de l'étude en fonction de l'existence ou non d'une rencontre avec l'entourage

b. Données cliniques

L'ensemble des résultats des analyses univariées concernant les données cliniques sont présentés dans le tableau 2.

Un trouble bipolaire de type 1 était retrouvé chez 61,81% des patients du groupe « Consultation Entourage ».

Les patients du groupe « Consultation Entourage » comparés à ceux du groupe « Absence Consultation Entourage » :

- Présentaient moins souvent une polarité dépressive lors du premier épisode de décompensation thymique (41,78% vs 48,66%, $p < 0,0068$) mais elle restait la polarité prédominante,
- Avaient plus souvent des antécédents d'hospitalisation pour décompensation de leur TB (87,90% vs 72,28%, $p < 0,0001$), et étaient plus nombreux à avoir été hospitalisé plus de 2 fois (57,84% vs 43,35% $p < 0,0001$),
- Étaient moins autonomes dans la gestion de leur maladie (60,49% vs 80,06%, $p < 0,0001$) et dans la gestion de leur traitement (74,86% vs 92,93%, $p < 0,0001$),
- Pour les patients non autonomes les aidants principaux étaient plus souvent l'entourage (67,67% vs 17%, $p < 0,0001$), et moins souvent un IDE à domicile (28,57% vs 59%, $p < 0,0001$),
- Présentaient plus souvent des abus de toxiques (18,90% vs 14,64%, $p < 0,0235$).

Variables	Total (n=1943)	Nombre de fois par an où l'entourage est rencontré		p Value
		Jamais (n=1414)	≥1 (n=529)	
Données cliniques				
Type n(%)				
Type 1	112(5,769)	794(56,15)	327(61,81)	
Type 2	758(39,01)	578(40,88)	180(34,03)	
Cyclothymique	7(0,36)	6(0,42)	1(0,19)	
Autres	57(2,93)	36(2,55)	21(3,97)	
Polarité premier épisode n(%)				
Polarité dépressive	909(46,78)	688(48,66)	221(41,78)	0,0068
Polarité hypomaniaque	177(9,11)	130(9,19)	47(18,15)	
Polarité maniaque	602(30,98)	413(29,21)	189(35,73)	
Polarité mixte	142(7,31)	97(6,86)	45(8,51)	
Non connue	113(5,82)	86(6,08)	27(5,10)	
Délai entre début présumé du TB et consultation/diagnostic (Années) m(Ec)				
Délai entre la consultation et début présumé du TB		10,58(9,20)	9,97(9,51)	0,2048
Délai entre le diagnostic et début présumé du TB		5,60(7,55)	5,33(7,77)	0,49
Hospitalisation n(%)				
ATCD Hospitalisation	1487(76,53)	1022(72,28)	465(87,90)	<0,0001
Nombre d'hospitalisation >2	919(47,30)	613(43,35)	306(57,84)	<0,0001
Evaluation suicide n(%)				
ATCD tentative de suicide	692(35,82)	495(35,21)	197(37,45)	0,3594
Comorbidités médicales n(%)				
Problème cardio vasculaire	192(10,22)	129(9,48)	63(12,19)	0,0837
Dyslipidémie	373(19,96)	261(19,35)	112(21,54)	0,2883
Diabète	147(7,77)	95(6,93)	52(9,98)	0,0271
Problème thyroïdien	31(1,60)	21(1,49)	10(1,89)	0,5257
Autres comorbidités	270(14,51)	187(13,85)	83(16,24)	0,1912
Comorbidités psychiatriques n(%)				
Troubles anxieux	904(47,01)	644(46,03)	260(49,62)	0,1607
Troubles de la personnalité	592(30,88)	430(30,85)	162(30,98)	0,9567
Autres troubles psychiatriques	129(6,78)	86(6,20)	43(8,32)	0,1021
Comorbidités addictologiques n(%)				
Abus toxiques	307(15,80)	207(14,64)	100(18,90)	0,0235
Dépendance aux toxiques	185(9,57)	128(9,09)	57(10,84)	0,2455
Autonomie patients n(%)				
Autonomie gestion de la maladie Y	1452(74,73)	1132(80,06)	320(60,49)	0,0001
Autonomie prise de traitement Y	1710(88,01)	1314(92,93)	396(74,86)	0,0001
Accompagnant principal si non autonome n(%)				
Entourage	107(45,92)	17(17,00)	90(67,67)	0,0001
IDÉ domicile	97(41,63)	59(59,00)	38(28,57)	0,0001
Psychiatre	45(19,31)	19(19,00)	26(19,55)	0,9163
Médecin traitant	24(10,30)	11(11,00)	13(9,77)	0,7607
Autres	46(19,74)	26(26,00)	20(15,04)	0,0375

Tableau 2 : Données cliniques des patients de l'étude en fonction de l'existence ou non d'une rencontre entre le psychiatre et l'entourage

c. Données thérapeutiques

L'ensemble des résultats des analyses univariées concernant les données thérapeutiques sont présentés dans le tableau 3.

La prise d'un AC était retrouvée chez 46,69% des patients dont l'entourage était reçu.

Les patients du groupe « Consultation Entourage » étaient plus souvent traités par AP1G (13,61% vs 9,55%, p value < 0,0098) et par AP2G que ceux du groupe « Absence Consultation Entourage » (57,09% vs 43,99%, p value < 0,0001).

On retrouvait que 75,05% des patients dont l'entourage était reçu par le psychiatre bénéficiaient d'une psychothérapie de soutien, et que 43,48% avaient des séances de psychoéducation.

Variables	Total (n=1943)	Nombre de fois par an où l'entourage est rencontré		p Value
		Jamais (n=1414)	≥1 (n=529)	
Données thérapeutiques				
Type de prise en charge médicamenteuse n(%)				
AP2G	924(47,55)	622(43,99)	302(57,09)	0,0001
AP1G	207(10,65)	135(9,55)	72(13,61)	0,0098
AC	895(46,02)	648(45,83)	247(46,69)	0,7337
Li	438(22,54)	323(22,84)	115(21,73)	0,6042
AD	748(38,50)	564(39,89)	184(34,78)	0,0396
Temps d'instauration du traitement (Années) m(Ec)				
Temps d'instauration du traitement		10,14(8,98)	9,63(9,06)	0,2768
Type de prise en charge non médicamenteuse n(%)				
Psychoéducation	672(34,59)	442(31,26)	230(43,48)	
Psychothérapie de soutien	1415(72,83)	1018(71,99)	397(75,05)	

Légendes : m = moyenne ; Ec = Ecart Type ; n = nombre ; % = Pourcentage ; Y = Oui

Tableau 3 : Données thérapeutiques des patients de l'étude en fonction de l'existence ou non d'une rencontre entre le psychiatre et l'entourage

Dans un second temps les résultats de la régression logistique sont décrits ci-dessous.

L'ensemble des résultats de la régression logistique sont présentés dans le Tableau 4.

En tenant compte des autres variables de la régression logistique, et en les ajustant entre elles, on retrouve une association positive entre le fait de recevoir l'entourage du patient et :

- Ne pas vivre seul ($p < 0,0001$, IC à 3.591 [2.771 ; 4.653]),
- Ne pas être autonome dans la gestion du traitement ($p < 0,0005$, IC à 4.045 [2.944 ; 5.557]),
- Le fait d'être jeune ($p < 0,0011$, IC à 5.674 [1.787 ; 18.016]),
- Un faible niveau d'éducation ($p < 0,0074$, IC à 1.987 [1.279 ; 3.086]).

En tenant compte des autres variables de la régression, et en les ajustant entre elles, on retrouve une association négative entre le fait de recevoir l'entourage du patient et :

- Le genre féminin ($p < 0,0092$, IC à 0.746 [0.598 ; 0.833]),
- L'absence de prise d'AP1G ($p < 0,0499$, IC à 0.705 [0.497 ; 1.000]),
- L'absence de prise d'AP2G ($p < 0,0001$, IC à 0.632 [0.505 ; 0.791]),
- Un non suivi des recommandations de bonne pratique par les praticiens ($p < 0,0005$, IC à 0.660 [0.523 ; 0.833]),

- Un nombre d'hospitalisation inférieur ou égal à 2 ($p < 0.0001$, IC à 0.537 [0.425 ; 0.679]).

Variables	catégorie	Khi 2 de WALD	p value	ODDS RATIO	intervalle de confiance de Wald à 95%	
					MIN	MAX
Nombre d'hospitalisation ≤ 2	Y	26.9381	<0.0001	0.537	0.425	0.679
Absence de suivi des recommandations	Y	12.8883	0.0003	0.650	0.514	0.822
Absence AP1G	Y	3.8457	0.0499	0.705	0.497	1.000
Absence AP2G	Y	10.9078	0.0010	0.682	0.543	0.856
Genre	Féminin	8.5715	0.0034	0.715	0.572	0.895
Ne pas vivre seul	Y	99.9957	<0.0001	3.820	2.938	4.968
Education	Primaire	9.1645	0.0025	2.150	1.380	3.348
	Secondaire	0.8194	0.3654	1.300	1.013	1.668
	Tertiaire REF					
Age	≤20	13.2528	0.0003	7.670	2.391	24.603
	21 à 30	0.9538	0.3288	1.565	1.019	2.404
	31 à 40	5.5061	0.0189	0.928	0.646	1.333
	41 à 50	27.5621	<0.0001	0.620	0.439	0.875
	51 à 60	14.5726	0.0001	0.757	0.537	1.068
	> 60 REF					
Absence autonomie prise du traitement	Y	57.2809	<0.0001	3.489	2.524	4.822

Légendes : m = moyenne ; Ec = Ecart Type ; n = nombre ; % = Pourcentage ; Y = Oui ; REF = Référence

Tableau 4 : Résultats analyse multivariée

2. Description et comparaison de données concernant la pratique des psychiatres de l'étude entre le groupe « Consultation Entourage » et « Absence Consultation Entourage »

L'ensemble des résultats sont représentés dans le Tableau 5.

Concernant le lieu de consultation entre le psychiatre et le patient inclus dans l'étude, 86,72% ont eu lieu en ambulatoire, 10,50% ont eu lieu en intra hospitalier, et 2,78% dans une structure intermédiaire.

Le lieu de rencontre avec les patients du groupe « Consultation Entourage » était très majoritairement ambulatoire (82,80%).

Les psychiatres qui recevaient l'entourage des patients étaient plus nombreux à exprimer suivre les recommandations professionnelles que ceux qui ne les recevaient pas (67,67% vs 57,50% p value <0,0001).

Ils étaient 53,86 % du groupe « Consultation Entourage » à déclarer évaluer à chaque consultation l'adhésion au traitement du patient admis dans l'étude, et 34,97% le faisait régulièrement.

Parmi les psychiatres s'occupant des patients du groupe « Consultation Entourage », 91,30% posaient des questions à leur patient afin d'évaluer son adhésion au traitement, et ils étaient plus nombreux à poser des questions à la famille concernant l'adhésion au traitement du patient que les psychiatres prenant en charge les patients du groupe « Absence Consultation Entourage » (52,61% vs 6,96%, p value <0,0001).

Variables	Total (n=1943)	Nombre de fois par an où l'entourage est rencontré		p Value
		Jamais (n=1414)	≥1 (n=529)	
Lieu de consultation n(%)				
Ambulatoire	1685(86,72)	1247(88,19)	438(82,80)	
Intrahospitalier	204(10,50)	129(9,12)	75(14,18)	
Intermediaire	54(2,78)	38(2,69)	16(3,02)	
Utilisation recommandations professionnelles n(%)				
Y	1171(60,27)	813(57,50)	358(67,67)	<0,0001
Evaluation Adhésion au traitement n(%)				
A chaque consultation	919(47,30)	634(44,84)	285(53,86)	
Régulièrement	645(33,20)	460(32,53)	185(34,97)	
Ponctuellement	274(14,11)	227(16,05)	47(8,88)	
Jamais	105(5,40)	93(6,58)	12(2,27)	
Type évaluation adhésion n(%)				
Echelles	17(0,92)	10(0,76)	7(1,35)	0,2293
Questions précises au patient	1675(91,13)	1203(91,06)	472(91,30)	0,8768
Questions à l'entourage	364(19,80)	92(6,96)	272(52,61)	0,0001
Intuition	737(40,10)	536(40,58)	201(38,88)	0,5044
Evaluation risque suicidaire n(%)				
Y	1232(68,25)	856(65,64)	376(75,05)	

Légendes : n = nombre de patients ; % = Pourcentage de patients ; Y = Oui

Tableau 5 : Données sur la pratique du psychiatre en fonction de l'existence ou non d'une rencontre avec l'entourage

D. Type d'inclusion de l'entourage du groupe « Consultation Entourage »

L'ensemble des résultats concernant le type d'inclusion de l'entourage du groupe « Consultation Entourage » sont présentés dans le tableau 9.

Pour 94,71% des patients, la rencontre du praticien avec l'entourage avait lieu en leur présence.

Une implication de l'entourage dans la prise en charge des patients était retrouvée pour 84,31% d'entre eux.

Les principaux types d'implication étaient l'aide à la prise du traitement (71,75%), et l'accompagnement aux consultations médicales (67,71%).

E. Description et comparaison de données sociodémographiques, cliniques, thérapeutiques, de la pratique des psychiatres et du type d'inclusion de l'entourage dans les soins, au sein du groupe « Consultation Entourage », en fonction de l'existence ou non d'au moins 4 rencontres entre le psychiatre et l'entourage

L'intégralité des résultats concernant les données sociodémographiques, cliniques, thérapeutiques, sur la pratique des psychiatres et sur le type d'inclusion de l'entourage, au sein du groupe « Consultation Entourage » en

fonction de l'existence ou non d'au moins 4 rencontres par an entre le psychiatre et l'entourage, sont présentés dans les tableaux 6, 7, 8 et 9.

Le sous-groupe où l'entourage était vu de 1 à 3 fois par an correspondait à 54,63% du groupe « Consultation Entourage », et à 14,87% de l'échantillon global de l'étude, tandis que celui où l'entourage est vu au moins 4 fois par an correspondait à 45,37% du groupe « Consultation Entourage » et à 12,35% de l'échantillon global.

Les principaux résultats montrant une différence significative entre les deux sous-groupes sont présentés ci-dessous :

Les patients du sous-groupe où l'entourage est vu au moins 4 fois par an comparés à ceux du sous-groupe où l'entourage était vu de 1 à 3 fois par an :

- Étaient plus âgés (m 49,1 ans vs 45,53 ans, $p < 0,008$),
- Vivaient moins souvent seul (13,75% vs 23,53%, $p < 0,0044$),
- Étaient plus souvent sans emploi (29,58% vs 40,83%, $p < 0,0072$),
- Étaient moins souvent autonomes dans la gestion de leur maladie (53,75% vs 66,09%, $p < 0,0038$) et dans la prise de leur traitement (69,58% vs 79,24%, $p < 0,0108$),
- Étaient plus souvent aidés par leur entourage pour la gestion de leur traitement lorsqu'ils n'étaient pas autonomes (76,71% vs 56,67%, $p < 0,0139$),

- Étaient moins souvent aidés par une IDE à domicile pour la gestion de leur traitement lorsqu'ils n'étaient pas autonomes (19,18% vs 40%, $p < 0,0082$),
- Avaient plus souvent une pathologie cardiovasculaire associée (15,38% vs 9,54%, $p < 0,0432$),
- Étaient moins nombreux à abuser de toxiques (14,17% vs 22,84, $p < 0,0113$),
- Le praticien posait plus souvent des questions à l'entourage pour évaluer leur observance (60,83% vs 43,60%, $p < 0,0001$),
- Étaient moins souvent présents lors des rencontres du psychiatre avec l'entourage (92,08% vs 96,89%, $p < 0,014$),
- Leur entourage était évalué par le psychiatre comme étant plus impliqué (91,67% vs 78,20%, $p < 0,0001$), notamment dans la prise du traitement (76,82% vs 66,81%, $p < 0,019$), les activités avec le patient (39,55% vs 27,88%, $p < 0,0091$) ainsi que dans les consultations médicales (77,27% vs 58,41%, $p < 0,0001$).

Variables	Total	Nombre de fois par an où l'entourage est rencontré		p Value
		1 à 3	≥4	
n(%)	529(100)	289(54,63)	240(45,37)	
Données sociodémographiques				
Genre n(%)				
Genre féminin	275(51,98)	154(53,29)	121(50,42)	0,5106
Age (Années)				
Age m(Ec)		45,53	49,1	0,008
Age ≤ 20 n(%)	16(3,04)	7(2,44)	9(3,77)	
Age entre 21 et 30 n(%)	69(13,12)	39(13,59)	30(12,55)	
Age entre 31 et 40 n(%)	102(19,39)	57(19,86)	45(18,83)	
Age entre 41 et 50 n(%)	112(21,29)	70(24,39)	42(17,57)	
Age entre 51 et 60 n(%)	113(21,48)	73(25,44)	40(16,74)	
Age > à 60 n(%)	114(21,67)	41(14,29)	73(30,54)	
Indice de masse corporelle (IMC) n(%)				
IMC < 18,5	11(2,09)	4(1,40)	7(2,92)	
IMC entre 18,5 et 24,9	223(42,40)	127(44,41)	93(38,75)	
IMC entre 25 et 29,9	204(38,78)	110(38,46)	94(39,17)	
IMC ≥ à 30	88(16,73)	45(15,73)	43(17,92)	
Vit seul n(%)				
Vit seul	101(19,09)	68(23,53)	33(13,75)	0,0044
Niveau d'éducation n(%)				
Education Primaire	56(10,59)	16(5,54)	40(16,67)	
Education Secondaire	331(62,57)	180(62,28)	151(62,92)	
Education Tertiaire	142(26,84)	93(32,18)	49(20,42)	
Activité professionnelle n(%)				
Travail	189(35,73)	118(40,83)	71(29,58)	0,0072
Arrêt maladie	83(15,69)	44(15,22)	39(16,25)	0,7469

Légendes : m = moyenne ; Ec = Ecart Type ; n = nombre de patients ; % = Pourcentage de patients ; Y = Oui

Tableau 6 : Description et comparaison de données sociodémographiques au sein du groupe « Consultation Entourage » en fonction de l'existence ou non d'au moins 4 rencontres entre le psychiatre et l'entourage

Variables	Total (n=529)	Nombre de fois par an où l'entourage est rencontré		p Value
		1 à 3 (n=289)	≥4 (n=240)	
Données cliniques				
Type n(%)				
Type 1	327(61,81)	175(60,55)	152(63,33)	
Type 2	180(34,03)	103(35,64)	77(32,08)	
Cyclothymique	1(49,00)	1(0,35)	0(0,00)	
Autres	21(3,97)	10(3,46)	11(4,58)	
Polarité premier épisode n(%)				
Polarité depressive	221(41,78)	115(39,79)	106(44,17)	
Polarité hypomaniaque	47(8,88)	26(9,00)	21(8,75)	
Polarité maniaque	189(35,73)	106(36,68)	83(34,58)	
Polarité mixte	45(8,51)	28(9,69)	17(7,08)	
Non connue	27(5,10)	14(4,84)	13(5,42)	
Délai entre début présumé du TB et consultation/diagnostic (Années) m(Ec)				
Délai entre la consultation et début présumé du TB		9,44	10,1	0,16
Délai entre le diagnostic et début présumé du TB		4,83	5,94	0,11
Hospitalisation n(%)				
ATCD Hospitalisation	465(87,90)	254(87,89)	211(87,92)	0,9923
Nombre d'hospitalisation >2	306(57,84)	160(55,36)	146(60,83)	0,2047
Evaluation suicide n(%)				
ATCD tentative de suicide	197(37,45)	111(38,41)	86(34,63)	0,617
Comorbidités médicales n(%)				
Problème cardio vasculaire	63(12,19)	27(9,54)	36(15,38)	0,0432
Dyslipidémie	112(21,54)	62(21,91)	50(21,10)	0,8227
Diabète	52(9,98)	29(10,21)	23(9,70)	0,8477
Problème thyroïdien	10(1,89)	6(2,08)	4(1,67)	0,2404
Autres comorbidités	83(16,24)	40(14,23)	43(18,70)	0,1738
Comorbidités psychiatriques n(%)				
Troubles anxieux	260(49,62)	141(49,13)	119(50,21)	0,8052
Troubles de la personnalité	162(30,98)	94(32,87)	68(28,69)	0,304
Autres troubles psychiatriques	43(8,32)	26(9,12)	17(7,33)	0,4622
Comorbidités addictives n(%)				
Abus toxiques	100(18,98)	66(22,84)	34(14,17)	0,0113
Dépendance aux toxiques	57(10,78)	29(10,03)	28(11,67)	0,554
Autonomie patients n(%)				
Autonomie gestion de la maladie Y	320(60,49)	191(66,09)	129(53,75)	0,0038
Autonomie prise de traitement Y	396(74,86)	229(79,24)	167(69,58)	0,0108
Accompagnant principal si non autonome n(%)				
Entourage	90(67,67)	34(56,67)	56(76,71)	0,0139
IDE domicile	38(28,57)	24(40,00)	14(19,18)	0,0082
Psychiatre	26(19,55)	16(26,67)	10(13,70)	0,0606
Médecin traitant	13(9,77)	9(15,00)	4(5,48)	0,0658
Autres	20(15,04)	7(11,67)	13(17,81)	0,32

Légendes : m = moyenne ; Ec = Ecart Type ; n = nombre de patients ; % = Pourcentage de patients ; Y = Oui

Tableau 7 : Description et comparaison de données cliniques au sein du groupe « Consultation Entourage » en fonction de l'existence ou non d'au moins 4 rencontres entre le psychiatre et l'entourage

Variables	Total (n=529)	Nombre de fois par an où l'entourage est rencontré		p Value
		1 à 3 (n=289)	≥4 (n=240)	
Données thérapeutiques				
Type de prise en charge médicamenteuse n(%)				
AP2G	302(50,09)	171(59,17)	130(54,58)	0,2311
AP1G	72(13,61)	39(13,49)	33(13,75)	0,9321
AC	247(46,69)	129(44,64)	118(49,17)	0,2985
Li	115(21,74)	62(21,45)	53(22,08)	0,8612
AD	184(34,78)	101(34,95)	83(34,58)	0,9301
Temps d'instauration du traitement (Années) m(Ec)				
Temps d'instauration du traitement	9,63(9,06)	9,05	10,33	0,1153
Type de prise en charge non médicamenteuse n(%)				
Psychoéducation	230(43,48)	129(44,64)	101(42,08)	
Psychothérapie de soutien	397(75,05)	225(77,85)	172(71,67)	

Légendes : m = moyenne ; Ec = Ecart Type ; n = nombre de patients ; % = Pourcentage de patients ; Y = Oui

Tableau 8 : Description et comparaison de données thérapeutiques au sein du groupe « Consultation Entourage » en fonction de l'existence ou non d'au moins 4 rencontres entre le psychiatre et l'entourage

Variables	Total (n=529)	Nombre de fois par an où l'entourage est rencontré		p Value
		1 à 3 (n=289)	≥4 (n=240)	
Données sur Pratique des psychiatres				
Lieu de consultation n(%)				
Ambulatoire	438(82,80)	238(82,35)	200(83,33)	
Intrahospitalier	75(14,18)	44(15,22)	31(12,92)	
Intermediaire	16(3,02)	7(2,42)	9(3,75)	
Utilisation des recommandations professionnelles n(%)				
Y	358(67,67)	206(71,28)	152(63,33)	0,0517
Evaluation Adhésion au traitement n(%)				
A chaque consultation	285(53,88)	154(53,29)	131(54,58)	
Régulièrement	185(34,97)	108(37,37)	77(32,08)	
Ponctuellement	47(8,88)	23(7,96)	24(10,00)	
Jamais	12(2,27)	4(1,38)	8(3,33)	
Type d'évaluation de l'adhésion n(%)				
Echelles	7(1,32)	5(1,73)	2(0,83)	0,2155
Questions précises au patient	472(89,22)	266(92,04)	206(85,83)	0,0685
Questions à l'entourage	272(51,42)	126(43,60)	146(60,83)	0,0001
Intuition	201(38,00)	114(39,45)	87(36,25)	0,5619
Evaluation risque suicidaire n(%)				
Y	376(75,05)	217(79,49)	159(68,20)	0,012
Données sur l'entourage				
Contexte de rencontre n(%)				
En présence du patient	501(94,71)	280(96,89)	221(92,08)	0,014
Evaluation implication de l'entourage dans les soins n(%)				
Y	446(84,31)	226(78,20)	220(91,67)	0,0001
Si implication, type d'implication n(%)				
Aide à la prise du traitement	320(71,75)	151(66,81)	169(78,82)	0,019
Activités	150(33,63)	63(27,88)	87(39,55)	0,0091
Accompagnement aux consultations médicales	302(67,71)	132(58,41)	170(77,27)	0,0001
Autres	69(15,47)	38(16,81)	31(14,09)	0,4266

Légendes : n = nombre de patients ; % = Pourcentage de patients ; Y = Oui

Tableau 9 : Description et comparaison de données sur la pratique des psychiatres et le type d'inclusion de l'entourage au sein du groupe « Consultation Entourage » en fonction de l'existence ou non d'au moins 4 rencontres entre le psychiatre et l'entourage

IV. Discussion

Cette étude a permis de mettre en lumière, en France, à partir d'une cohorte de 1943 patients souffrant de TB et se trouvant stable cliniquement, la fréquence de patients dont l'entourage était vu de manière régulière par le psychiatre.

Elle a aussi permis de décrire les caractéristiques sociodémographiques, cliniques et thérapeutiques associées aux patients pour lesquels l'entourage était reçu par le psychiatre, de déterminer les caractéristiques de la pratique de psychiatres prenant en charge ce groupe de patients, ainsi que les modalités d'inclusion de l'entourage dans les soins.

Certaines de ces données ont ensuite pu être comparées à celles des patients pour qui il n'y avait pas de rencontre entre l'entourage et le psychiatre.

Dans l'ensemble cette étude a confirmé l'hypothèse initiale, qui était d'émettre l'existence, lorsqu'une inclusion de l'entourage était constatée, d'un impact sur la prise en charge des patients atteints de TB.

A. Echantillon de l'étude

L'échantillon des patients, vus en consultation par les psychiatres, comportait 57,39% de femmes, avec un âge moyen de 47,75 ans, parmi eux

57,69% souffraient d'un TB type 1 et 39,01% d'un TB type 2, ce qui est représentatif des données retrouvées dans la littérature (38).

On retrouvait 35,25% de patients souffrant de surpoids, et 15,76% d'obésité, données qui se trouvent être légèrement inférieures à celles décrites dans la méta-analyse dirigée par McElroy en 2004, concernant des patients présentant un TB, mais restant plus élevés que celles de la population générale avec respectivement 44% vs 25% de surpoids et 20% vs 13% d'obésité (39).

La prévalence du diabète, surreprésentée chez les patients souffrant d'un TB par rapport à la population générale (prévalence de 3%) (40), était dans l'étude de 7,77%, de façon similaire à celui retrouvé dans les données de la littérature (40) qui retrouvait 10%.

Concernant les abus de toxiques on retrouvait une prévalence de 15,80% dans l'échantillon global, ce qui est nettement inférieur aux données de l'étude épidémiologique NCS (41) qui retrouvait une prévalence vie entière à 60%. Ce résultat peut s'expliquer par l'état thymique des patients décrit comme stable, au moment de l'inclusion dans l'étude, entraînant moins d'abus de substance. Certaines études ont d'ailleurs montré une acutisation des comportements addictifs lors d'état de décompensation thymique (38).

De plus il n'est pas précisé le type d'abus de toxiques, rendant le résultat peu comparable à d'autres études s'étant intéressées à cette donnée.

B. Prévalence des patients dont l'entourage était vu par le psychiatre

La fréquence de patients de l'étude, dont l'entourage était reçu par le psychiatre, était seulement de 27,23%, ce qui paraît faible par rapport à ce que l'on pourrait en attendre au vu des nombreuses recommandations professionnelles (31)(32)(33)(34), dont un des objectifs était de promouvoir l'implication de l'entourage des patients dans les soins.

C. Comparaisons des données entre les patients dont l'entourage était reçu par le psychiatre et ceux dont l'entourage ne l'était pas

1. Description et comparaison des données sociodémographiques, cliniques, et thérapeutiques entre les patients pour lesquels l'entourage était reçu par le psychiatre et ceux pour lesquels l'entourage ne l'était pas

Concernant les données sociodémographiques, les patients, dont l'entourage était reçu par le psychiatre comparés à ceux dont l'entourage ne l'était pas, étaient moins nombreux à vivre seul, et l'on peut supposer que leur entourage était plus souvent reçu par le psychiatre car ils présentaient plus fréquemment un entourage proche puisqu'ils partageaient leur lieu de vie. Les patients, pour lesquels l'entourage était reçu par le psychiatre

comparés à ceux pour lesquels l'entourage ne l'était pas, avaient plus souvent un niveau d'éducation faible et sur le plan professionnel étaient plus souvent sans activité, ou en arrêt de travail, et présenteraient donc plus de difficultés d'insertion professionnelle.

Le fait que l'entourage soit plus souvent reçu lorsque les patients présentaient un niveau socioprofessionnel plus faible pourrait être en lien avec l'existence d'une plus grande nécessité par ces patients d'être accompagné et épaulé par leurs proches dans la prise en charge de leur TB.

Les résultats indiquaient que les patients, dont l'entourage était reçu par le psychiatre par rapport à ceux dont l'entourage n'était pas reçu, présentaient plus souvent un antécédent d'hospitalisation, ainsi qu'une fréquence plus élevée d'au moins 2 prises en charge hospitalières.

Paradoxalement, aucune différence significative ne fut retrouvée concernant l'existence ou non d'un passage à l'acte suicidaire dans l'histoire de vie des patients alors qu'il s'agit d'un motif fréquent dans le TB de prise en charge hospitalière. Le *Recueil d'information médicalisé* (RIM-P) montrait d'ailleurs que 46% des patients hospitalisés à la suite d'une tentative de suicide souffrait d'un Trouble de l'humeur, comprenant donc les patients souffrant d'un TB (42).

On retrouvait également que les patients, dont l'entourage était reçu comparés à ceux dont l'entourage ne l'était pas, étaient moins autonomes, que ce soit dans gestion de la maladie bipolaire et/ou dans la gestion des traitements, et présentaient donc des difficultés au quotidien, nécessitant la

présence d'un aidant, qui majoritairement se trouvaient être l'entourage comme accompagnant principal (67,67%). Ces résultats concordent avec l'hypothèse d'une plus grande sollicitation/implication de l'entourage en lien avec une moins bonne capacité de gestion du patient seul de sa maladie.

Les résultats sont congruents à ce qui pouvait être attendu, puisqu'une faible autonomie entraîne le plus souvent la nécessité d'une aide humaine.

Au niveau des comorbidités du TB, connues de la littérature (43) une plus forte fréquence de patients, pour lesquels il existait au moins une rencontre par an entre le psychiatre et l'entourage comparés à ceux dont l'entourage n'était pas reçu, présentait des abus de toxiques, ainsi que du diabète.

Une plus grande fréquence d'abus de toxiques serait un facteur aggravant du TB, puisqu'elle favoriserait le risque de rechute thymique (44), et serait le premier facteur prédictif d'une mauvaise compliance au traitement dans le trouble bipolaire (45).

Ce résultat est congruent aux autres données permettant d'émettre l'hypothèse que les psychiatres reçoivent plus souvent l'entourage des patients présentant une plus grande sévérité de leur trouble bipolaire que les autres.

Sur le plan de la prise en charge thérapeutique des patients, dont l'entourage était vu par le psychiatre, une prescription plus fréquente d'AP1G et d'AP2G était retrouvée par rapport à ceux dont l'entourage n'était pas reçu.

2. Description et comparaison de la pratique des psychiatres de l'étude qui recevaient l'entourage du patient et ceux qui ne le recevaient pas

Sans grande surprise, au vu de notre choix de sélection de patients présentant exclusivement une stabilité thymique au moment de l'étude, le lieu de rencontre avec le patient, au sein de l'échantillon global, était très majoritairement (82,80%) en consultation ambulatoire.

Les psychiatres de l'étude étaient 67,67% à déclarer suivre les recommandations dans leur pratique. Les praticiens ayant répondu suivre les recommandations étaient significativement plus nombreux à recevoir l'entourage des patients que lorsqu'ils ne les suivaient pas, ce qui concorde avec le contenu des recommandations encourageant à impliquer l'entourage des patients dans les soins (29)(30)(31)(32)(33).

Seulement 53,86% des patients, dont l'entourage était reçu, avaient une évaluation de leur observance médicamenteuse par le psychiatre à chaque consultation, et parmi ceux dont l'observance était évaluée, 91% des patients l'étaient par questions directes.

Il était naturellement retrouvé une sollicitation plus fréquente de l'entourage pour connaître l'observance du patient lorsque l'entourage était reçu par le psychiatre comparativement à lorsqu'il ne l'était pas.

D. Type d'inclusion de l'entourage vu par le psychiatre

Les patients, dans 94,71% des cas, étaient présents lors des rencontres entre le psychiatre et l'entourage. Comme supposé, l'implication de l'entourage dans les soins du patient était évaluée par le psychiatre comme présente dans 84,31% des cas, avec comme implication principale une aide à la prise de traitement ou un accompagnement lors des consultations médicales, ce qui est congruent aux résultats précédents concernant une plus faible autonomie des patients, et nécessitant par conséquent plus fréquemment un aidant pour la gestion de leur maladie bipolaire.

E. Comparaison de données sociodémographiques, cliniques, thérapeutiques, de la pratique des psychiatres et du type d'inclusion de l'entourage dans les soins, parmi les patients dont l'entourage était reçu en fonction de l'existence ou non d'au moins 4 rencontres en le psychiatre et l'entourage

L'approfondissement de l'étude avec la création de deux sous-groupes de patients au sein de l'échantillon « Consultation Entourage » a permis de conforter les résultats précédents, et de conclure que plus les patients présentaient une faible autonomie dans la gestion de leur traitement et plus l'entourage était reçu par le psychiatre en termes de fréquence.

F. Intérêts et limites

L'intérêt de l'étude, d'avoir divisé l'échantillon en deux groupes en fonction de l'inclusion ou non de l'entourage, était à la fois de pouvoir faire un travail descriptif du groupe dit « Consultation Entourage », mais aussi de pouvoir le comparer, au groupe dit « Absence Consultation Entourage », afin de mieux saisir les différences significatives présentes, et de pouvoir décrire certains critères, qu'ils soient intrinsèques au patient, ou en lien avec la maladie bipolaire ou en lien avec la pratique du psychiatre, comme pouvant influencer sur le fait que l'entourage soit reçu ou non.

L'enjeu était aussi de mieux connaître la pratique des psychiatres en France, ainsi que de comprendre ce qui influe sur le fait de recevoir ou non l'entourage des patients souffrant d'un TB qu'ils prennent en charge.

L'étude s'appuyait sur un grand nombre de patients ce qui lui conférait une certaine puissance.

Les questionnaires avaient été remplis par les psychiatres, participants à la cohorte MONTRA, sans contrôle extérieur de la congruence avec les informations existantes dans le dossier médical des patients concernés, ne pouvant enlever un possible biais de déclaration.

De plus les évaluations, faites par les psychiatres sélectionnés, concernant certaines données, comme l'évaluation de l'autonomie des patients, ne s'appuyait pas sur une échelle précise, où par exemple une utilisation exclusive de l'échelle *Echelle Globale de Fonctionnement (EGF, traduction*

française) (46), aurait pu éviter un risque d'hétérogénéité dans les critères de réponse.

Il faut aussi noter l'existence d'un biais d'information, puisque les données recueillies ne permettaient pas de savoir si le fait de recevoir l'entourage était lié à une initiative de la part du psychiatre, du patient ou de l'entourage lui-même.

De plus l'étude ne permettait pas de savoir si la personne aidante était un membre de la famille du patient, ou un conjoint/conjointe, ou un ami/e, et il pourrait être intéressant d'approfondir dans une prochaine étude les caractéristiques sociodémographiques, cliniques et thérapeutiques en fonction de la catégorie d'entourage impliqué.

V. Conclusion

Au sein de la psychiatrie en France, depuis plusieurs décennies, on a pu constater le développement de recommandations professionnelles, par les principales sociétés savantes et groupes d'experts, visant à promouvoir une meilleure information, inclusion et implication de l'entourage des patients souffrant de maladies psychiatriques, notamment de TB, dans les soins.

L'objectif principal de notre étude était d'évaluer la fréquence de patients, pris en charge pour un TB, dont l'entourage était vu de manière régulière par le psychiatre.

On a pu constater le faible pourcentage de proches reçus par le psychiatre, contrastant avec le contenu des recommandations sur le sujet, et en montrant une faible application en pratique courante.

Les objectifs secondaires étaient de mieux connaître les caractéristiques socio-démographiques, cliniques et thérapeutiques des patients pour lesquels l'entourage était vu, de décrire certaines caractéristiques concernant la pratique des psychiatres les prenant en charge, ainsi que les modalités d'inclusion de l'entourage dans les soins. Ces données étaient comparées à celles des patients pour qui il n'existait pas de rencontre avec le psychiatre, et l'objectif était de voir s'il existait des différences significatives, ainsi que de repérer des variables pouvant être associées avec le fait que l'entourage soit reçu ou non.

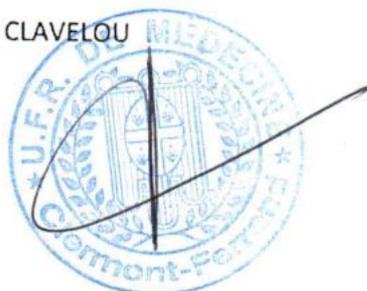
Le fait de ne pas vivre seul et l'absence d'autonomie du patient sont les variables les plus fortement associées au fait que l'entourage soit reçu et donc seraient les variables qui influeraient le plus sur la rencontre entre le praticien et l'entourage.

On peut considérer que probablement les psychiatres prenant en charge des patients souffrant d'un TB impliqueront ou seront sollicités plus fréquemment par l'entourage lorsqu'il y aura une sévérité du TB, ainsi qu'un faible niveau d'éducation, d'insertion socio-professionnel, et d'autonomie dans la gestion de la maladie et de la prise du traitement.

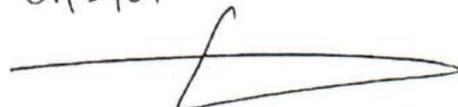
La pratique du psychiatre aura aussi un impact sur le fait de rencontrer l'entourage avec une plus forte probabilité lorsqu'ils suivront les recommandations professionnelles.

Le développement de recommandations professionnelles, centrées sur les interactions entre l'entourage du patient et le psychiatre, précisant les modalités en termes de fréquence de rencontre entre l'entourage du patient et le psychiatre, ainsi que le type d'implication de l'entourage à préconiser, pour toute prise en charge de patients présentant un TB, pourrait permettre d'améliorer la qualité des soins et favoriser l'impact présumé favorable de l'inclusion de l'entourage dans les soins.

Le Doyen de l'UFR de Médecine,
Pierre CLAVELOU



Le Président du Jury,
Ludovic SAMALIN

01/05/21


VI. Bibliographie

- (1) Organisation mondiale de la santé. Rapport sur la santé dans le monde. La santé mentale : nouvelle conception, nouveaux espoirs. Genève : OMS ; 2001.

https://www.who.int/whr/2001/en/whr01_fr.pdf?ua=1
- (2) HAS, Troubles bipolaires : diagnostiquer plus tôt pour réduire le risque suicidaire ; 2015.

https://www.has-sante.fr/jcms/c_2560925/fr/troubles-bipolaires-diagnostiquer-plus-tot-pour-reduire-le-risque-suicidaire. Communiqué de presse
- (3) American Psychiatric Association. DSM-5. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Fifth edition. Arlington : APA ; 2013.
- (4) HAS, Troubles bipolaires : repérage et diagnostic en premier recours ; juin 2014.

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-06/troubles_bipolaires_reperage_et_diagnostic_en_premier_recours_-_note_de_cadrage_2014-06-13_10-53-16_714.pdf
- (5) Rouillon F, Epidémiologie du trouble bipolaire. Annales médico-psychologiques revue psychiatrique. Décembre 2009, volume 167, 793-789.
- (6) Yatham L, Kennedy S, Parikh S, Schaffer A, Bond D, Frey B, Sharma V, Goldstein B, Rej S, Beaulieu S, Alda M, MacQueen G, Milev R, Ravindran A, O'Donovan C, McIntosh D, Lam R, Vazquez G, Kapczinski F, McIntyre R,

Kozicky J, Kanba S, Lafer B, Suppes T, Calabrese J, Vieta E, Malhi G, Post R, and Berk M. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) and International Society for Bipolar Disorders (ISBD), guidelines for the management of patients with bipolar disorder. 2018 Mar;20(2):97-170.

- (7) Merikangas KR, Jin R, He J-P, et al. Prevalence and correlates of bipolar spectrum disorder in the world mental health survey initiative. Arch Gen Psychiatry. 2011; 68:241-51.
- (8) National Institute for Health and Care Excellence. Bipolar disorder: the assessment and management of bipolar disorder in adults, children and young people in primary and secondary care. NICE clinical guideline 185. Manchester: NICE; 2014.
- (9) Schaffer A, Isometsa ET, Tondo L, et al. Epidemiology, neurobiology and pharmacological interventions related to suicide deaths and suicide attempts in bipolar disorder: Part I of a report of the International Society for Bipolar Disorders Task Force on Suicide in Bipolar Disorder. Aust N Z J Psychiatry. 2015; 49:785-802.
- (10) Hättenschwiler J, Höck P, Luther R, Modestin J, Seifritz E. Troubles bipolaires : diagnostic. Forum Méd Suisse 2009 ;9(42) :750-4.
- (11) VA/DoD clinical practice guideline for management of bipolar disorder in adults. Department of Veterans Affairs, Department of Defense. Washington: VA, DoD.2010.
http://www.healthquality.va.gov/guidelines/MH/bd/bd_305_full.pdf

- (12) Westman J, Hallgren J, Wahlbeck K, Erlinge D, Alfredsson L, Osby U. Cardiovascular mortality in bipolar disorder: a population- based cohort study in Sweden. *BMJ Open*. 2013;3: e002373.
- (13) Pollak CP, Perlick D. Sleep problems and institutionalization of the elderly. *J GeriatrPsychiatryNeurol*. Oct-Dec 1991 ;4(4):204-10.
- (14) Eisdorfer C. Caregiving: an emerging risk factor for emotional and physical pathology. *Bull Menninger Clin*. 1991;55(2):238-47 1991; 4:204-10,
- (15) CIAAF, guide de l'aidant familial, Paris, ministère des Affaires sociales. 2007.
- (16) Steel A, Maruyama N, et Galynker I. Psychiatric symptoms in caregivers of patients with bipolar disorder: A review. *Journal of Affective Disorders*, 2010; 121(1-2), 10-21.
- (17) Mouchabac S. Les troubles de l'humeur bipolaire : rôle et souffrance des proches. *L'encéphale*. Volume 37, Issue 4, Supplément 4, September 2011, Pages H29-H31.
- (18) Ostman M, Hansson L. Appraisal of caregiving, burden, and psychological distress in relatives of psychiatric in patients. *Eur Psychiatr*. 2004; 19:402-7.
- (19) Zergaw A, Hailemariam D, Alem A, et al. A longitudinal comparative analysis of economic and family caregiver burden due to bipolar disorder. *Afr J Psychiatry*. 2008;11(3):191-8.
- (20) Miklowitz D, Wisniewski S, Miyahara S, Otto M, Sachs G. Perceived criticism from family members as a predictor of the one-year course of bipolar disorder. 2005 Sep 15;136(2-3):101-11.

- (21) Miklowitz D, Goldstein M, Nuechterlein K, et al. Family Factors and the Course of Bipolar Affective Disorder. *Arc Gen Psychiatry*. 1988 Mar ;45(3) :225-31.
- (22) Bailara K, Minois I, Zanouy L, Josse F, Rouan E, Maîtrot A, Sportich J, Roux S, Jutant A, Deloge A, Desage A, Gard S. L'éducation thérapeutique : un levier pour modifier les perceptions du trouble bipolaire chez les aidants familiaux. *L'encéphale*. 2019, Volume 45, p 329-244.
- (23) Niveau de preuve et gradation des recommandations de bonne pratique. HAS. 2013, avril.
https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-06/etat_des_lieux_niveau_preuve_gradation.pdf
- (24) Sajatovic M, Davies M, Ganocy S, Bauer M, Cassidy K, Hays R, Safavi R, Blow F, and Calabrese J. A Comparison of the Life Goals Program and Treatment as Usual for Individuals with Bipolar Disorder. *Psychiatric Services*. 2009 Sep;60(9):1182-9.
- (25) Hasler G, Preisig M, Müller T, Kawohl W, Aubry JM, Greil W. Recommandations thérapeutiques de la Société Suisse des Troubles Bipolaires (SSTB). *Forum Med Suisse*. 2019 ;19(3334) :537-546.
- (26) Mok YM, Chan HN. Ministry of Health clinical practice guidelines: bipolar disorder. *Singapore Medical Journal*. 2011 ;52(12):914-8.
- (27) Miklowitz DJ, Goldstein MJ. *Bipolar Disorder: A Family-Focused Treatment Approach*. New York, NY : Guilford Publications, First Edition ; 1997.

- (28) Miklowitz DJ, George EL, Richards JA, Simoneau TL, Suddath RL. A randomized study of family-focused psychoeducation and pharmacotherapy in the outpatient management of bipolar disorder. Arch Gen Psychiatry. 2003 Sep;60(9):904-12.
- (29) Reinares M, Colom F, Sanchez-Moreno J, et al. Impact of caregiver group psychoeducation on the course and outcome of bipolar patients in remission: a randomized controlled trial. Bipolar Disord. 2008 ;10 :511-9.
- (30) <https://bipolarcaregivers.org/>
- (31) <http://www.argos2001.fr/fr/trouble-bipolaire/association-bipolaire/conseils-aux-proches.html>
- (32) Llorca PM, Courtet P, Martin P, Abbar M, Gay C, Meynard JA, et al. Dépistage et prise en charge du trouble bipolaire: résultats. Recommandations formalisées d'experts (RFE). L'Encéphale 2010 ;36(Suppl 4) : S86-102.
- (33) National Institute for Health and Clinical Excellence. Bipolar disorder: the management of bipolar disorder in adults, children, and adolescents, in primary and secondary care. NICE clinical guideline. 38; 2006.
- (34) National Institute for Health and Care Excellence. Bipolar disorder: the assessment and management of bipolar disorder in adults, children, and young people in primary and secondary care. NICE clinical guideline. 185; 2014.
- (35) Hirschfeld R, Bowden C, Gitlin M, Keck P, Suppes T, Thase M, Wagner K, Perlis R. Practice guideline for the treatment of patients with bipolar disorder, Second Edition. American psychiatric association. December 2009.

- (36) Llorca PM, Camus V, Courtet P, Gourion D, Lukasiewicz M, Coulomb S. Caractéristiques et modalités de prise en charge des patients présentant un trouble bipolaire en France : enquête MONTRA. *L'Encéphale*. Avril 2013 ; 39, 212—223.
- (37) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition. American Psychiatric Association. 1994.
- (38) De Carvalho W, Nuss P, Blin P, Arnaud R, Filipovics A, Loze JY, Dillenschneider A. Caractéristiques sociodémographiques et cliniques de patients souffrant de troubles bipolaires suivis en ambulatoire en France métropolitaine. *L'Encéphale*. 2012 ; 38, 211—223.
- (39) Mc Elroy SL, Kotwal R, Malhotra S et al. Are Mood Disorders and Obesity Related? A review for the Mental Health Professional. *J Clin Psychiatry*. 2004; 65 (5): 634-51.
- (40) Ruzickova M, Slaney C, Garnham J et al. Clinical Features of bipolar disorder with and without Comorbid Diabetes Mellitus. *Can J Psychiatry*. 2003; 48 (7): 458-61.
- (41) Hunt GE, Malhi GS, Cleary M, Lai HM, Sitharthan T. National Comorbidity

Survey Comorbidity of bipolar and substance use disorders in national surveys

of general populations, 1990–2015: Systematic review and meta-analysis. *Journal of addictive disorders*. 2016 Dec ;206 :321-330.

(42) Chan Chee C, Paget LM. Le Recueil d'information médicalisé en psychiatrie (RIM-P) : un outil nécessaire pour la surveillance des hospitalisations suite à une tentative de suicide. *Revue d'épidémiologie et de Santé publique*. 2017 ; Vol 65-N°5, p349-359.

(43) Kahn JP. Comorbidités et troubles bipolaires. *L'Encéphale*. 2006 ; 32 :511-4, cahier 2.

(44) Delamillieure P. Aspect pronostiques troubles bipolaires. *L'encéphale*. June 2006 Volume 32, Issue 3, Part 2, Pages 21-24.

(45) Le Strat Y. Trouble bipolaire et comorbidités addictives. *Annales médicopsychologiques*. October 2010 ; Volume 168, Issue 8, Pages 584-587.

(46) Aas IM. Guidelines for rating Global Assessment of Functioning (GAF). *Annals of General Psychiatry*. Vol 10, Jan 20, 2011, Article 2.

VII. Annexe



Clermont Fd, le 25 octobre 2018

Mr. le Dr. Ludovic SAMALIN
Pôle de Psychiatrie
CMP B
CHU G. MONTPIED

Nos Réf. : 2018 / CE 33

Monsieur,

Vous nous avez sollicités à propos d'un projet intitulé :

« Etude sur la prise en charge des patients présentant un trouble bipolaire en France (MONTRA) ».

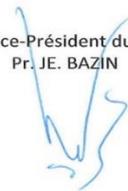
Vous nous avez précisé que ce travail consistait en une enquête, conduite entre décembre 2010 et février 2011, réalisée auprès de médecins psychiatres, et portant sur les caractéristiques cliniques et les modalités de prise en charge en situation habituelle de pratique clinique de patient bipolaires.

Cette étude, observationnelle, transversale et rétrospective, ne soulève donc pas de problème éthique particulier et ne relève pas du domaine d'application de la réglementation régissant les recherches biomédicales, au sens de l'Article L.1121-1 et des Articles R.1121-1 et R.1121-2.

Nous attirons néanmoins votre attention sur le fait que, dans ce contexte, du fait de l'enregistrement des différentes données et informations, il vous appartient de vous renseigner sur les obligations liées aux déclarations auprès de la CNIL.

Veuillez agréer, Monsieur, l'expression de nos salutations distinguées.

Le Vice-Président du CPP
Pr. JE. BAZIN



CPP Sud-Est VI - C.H.U. - Administration Centrale - 58 rue Montalembert - BP. 69 - 63003 CLERMONT FERRAND Cedex 1
Tel. 04.73.75.10.73 - Fax. 04.73.75.10.69 - Courriel cpp-sudest6@chu-clermontferrand.fr
Numéro IRB : IRB00008526 - www.cppsudest6.jimdo.com

Annexe I : CPP



NOM :

Prénom :

Pour rappel extrait du procès-verbal du conseil de
gestion de l'UFR de médecine et des Professions
Paramédicales
Séance plénière du lundi 25 juin 2018

*-l'étudiant devra faire figurer les deux versions du serment
d'Hippocrate à la fin de l'ouvrage qu'il aura présenté lors
de la soutenance*

*-à la fin de la soutenance, il devra signer publiquement ces
deux documents et faire lecture de la version de son choix.*

A remettre dans le Livre de Thèses après signature

(Conseil national de l'ordre des médecins)

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.

Nom, Prénom

Signature

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette FACULTE et de mes chers CONDISCIPLES, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'Honneur et de la Probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et je n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes MAÎTRES, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les HOMMES m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'OPPROBRE et méprisé de mes confrères si j'y manque.

Nom, Prénom

Signature

Etude de l'impact de l'inclusion de l'entourage dans la prise en charge des patients atteints de trouble bipolaire

Résumé :

CONTEXTE Classé parmi les 10 maladies les plus invalidantes selon l'OMS, le trouble bipolaire (TB), touchant en France 1 à 2,5% de la population générale, entraîne une baisse de l'espérance de vie de 10 à 15 années. Des études retrouvent que l'attitude des aidants vis-à-vis du TB de leur proche avait un impact sur l'évolution du trouble, et les recommandations professionnelles préconisent donc de sensibiliser et d'associer l'entourage aux soins du patient.

OBJECTIF Premièrement, évaluer la fréquence de patients pris en charge pour un TB dont l'entourage était vu de manière régulière par le psychiatre. Deuxièmement décrire les caractéristiques socio-démographiques, cliniques et thérapeutiques associés aux patients pour lesquels l'entourage est reçu par le psychiatre, déterminer les caractéristiques de la pratique de psychiatres les prenant en charge, définir les modalités d'inclusion de l'entourage dans les soins.

METHODE Réalisation d'une étude épidémiologique descriptive transversale comparative multicentrique, menée de décembre 2010 à février 2011, auprès de 439 psychiatres en France. Sélection de 6 dossiers de patients bipolaires par psychiatre, durant 4 journées consécutives d'activité, et remplissage d'un questionnaire reprenant les caractéristiques et modalités de prise en charge de chaque patient.

RESULTATS Inclusion de 1943 patients, dont 529, soit 27,23% de patients de l'étude, où l'entourage était reçu par le psychiatre au moins une fois par an et 1414 où il ne l'était pas. Les patients pour lesquels l'entourage était reçu était moins souvent des femmes, vivaient moins souvent seuls, avaient un taux d'emploi plus faible et un taux d'arrêt maladie plus élevé que les patients où l'entourage n'était pas reçu. Les patients dont l'entourage était reçu étaient plus nombreux à avoir été hospitalisé à plus de deux reprises, et étaient moins autonomes dans la gestion de leur maladie et de leur traitement que ceux où il ne l'était pas. Les psychiatres, qui recevaient les proches des patients, étaient plus nombreux à suivre les recommandations professionnelles que les autres. Le type d'implication de l'entourage, qui était reçu par le psychiatre, était dans 71,75% des cas une aide à la prise du traitement, et dans 67,71% des cas un accompagnement aux consultations médicales.

CONCLUSION L'étude a permis de constater le faible pourcentage de proches de patients souffrant d'un TB reçu par le psychiatre, et par conséquent la faible application en pratique courante des recommandations professionnelles par les praticiens. On suppose qu'une plus forte sollicitation de la part de l'entourage ou des praticiens de se rencontrer est liée à la sévérité du TB du patient, ainsi qu'à un faible niveau d'autonomie, d'éducation et d'insertion socio-professionnel.

Mots-clés : - Trouble bipolaire

- Pratique psychiatre

- Entourage

- Suivi des recommandations