Rapport-gratuit.com
LE NUMERO 1 MONDIAL DU MÉMOIRES

# Table des matières

**Sommaire** ..... vi
**Problématique** ..... vi
**Concepts abordés** ..... vi
**Méthode** ..... viii
**Résultats** ..... viii
**Conclusion** ..... ix
**Mots-clés** ..... ix
**Remerciements** ..... x
**Introduction** ..... 1
**Problématique** ..... 1
**Choix de la problématique** ..... 6
**Ancrage disciplinaire** ..... 8
Métaparadigme ..... 8
Savoirs infirmiers ..... 11
**Revue exploratoire** ..... 15
Suicide ..... 15
Troubles bipolaires ..... 26
Conclusion ..... 29
**Concepts et champs disciplinaires infirmiers** ..... 30
**Les concepts retenus** ..... 31
Le concept de vulnérabilité ..... 31
Le concept de sens ..... 32
Le concept d'espoir ..... 34
Le concept de liberté de choix ..... 35
**La théorie du sens de Patricia Starck** ..... 38
Les postulats de la théorie ..... 39
Les concepts de la théorie ..... 39
Les relations entre les concepts ..... 44
**Méthode** ..... 46
**Utilisation de la méthode PICOT pour préciser et délimiter la question de recherche** ..... 47
**Elaboration et description de la question de recherche** ..... 48

**Critères de sélections des articles** ..... 48

**Stratégie de sélection des articles** ..... 51

**Présentation des articles retenus** ..... 52

**Synthèse des résultats/discussion** ..... 57

**Synthèse des résultats des articles** ..... 58

(Rihmer & Gonda, 2012): The Effect of Pharmacotherapy on Suicide Rates in Bipolar Patients ..... 58

(Toffol et al., 2015): Lithium is associated with decrease in all-cause and suicide mortality in high-risk bipolar patients: A nationwide registry-based prospective cohort study ..... 59

(Oquendo et al., 2011): Treatment of Suicide Attempters With Bipolar Disorder: A Randomized Clinical Trial Comparing Lithium and Valproate in the Prevention of Suicidal Behavior ..... 60

(McIntyre, Cucchiaro, Pikalov, Kroger, & Loebel, 2015): Lurasidone in the treatment of bipolar depression with mixed features: post hoc analysis of a randomized placebo-controlled trial ..... 61

(McCloud et al., 2015): Ketamine and other glutamate receptor modulators for depression in bipolar disorder in adults (Review) ..... 62

(Schaffer et al., 2015): 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 ..... 63

(Wilcox et al., 2017): Traumatic stress interacts with bipolar disorder genetic risk increase risk for suicide attempts ..... 64

(Rahmani, Ebrahimi, Ranjbar, Razavi, & Asghari, 2016): The effect of group psychoeducation program on medication adherence in patients with bipolar mood disorder: a randomized controlled trial ..... 65

(Inder et al., 2016): Prospective rates of suicide attempts and nonsuicidal self-injury by young people with bipolar disorder participating in a psychotherapy study ..... 66

(Dennehy et al., 2011) Suicide and suicide attempts in the Systematic Treatment Enhancement Program for Bipolar Disorder (STEP-BD) ..... 67

(Crowe et al., 2012): Nurse-led delivery of specialist supportive care for bipolar disorder ..... 68

(Lee, Lin, Chen, Su, & Chiang, 2016): Randomized, controlled trial of a brief family-centred care programme for hospitalized patients with bipolar disorder and their family caregivers ..... 69

(Perlick et al., 2018): Randomized trial comparing caregiver-only family-focused treatment to standard health education on the 6-month outcome of bipolar disorder ..... 70

(Frank et al., 2008): The role of interpersonnal and social rythm therapy in improving occupational functioning in patients with bipolar I disorder ..... 71

(González Isasi, Echeburúa, Limiñana, & González-Pinto, 2014): Psychoeducation and cognitive-behavioral therapy for patients with refractory bipolar disorder: A 5-year controlled clinical trial ..... 72

**Développement des résultats en lien avec la question PICOT** ..... 73

**Propositions pour la pratique** ..... 77

Pharmacothérapie ..... 78

Psychothérapie ..... 81

**Conclusion** ..... 84

**Apports du travail de Bachelor** ..... 85

**Limites** ..... 86

**Perspectives pour la recherche et pour la pratique** ..... 87

**Références** ..... 90

**Appendice A** : Figures ..... 99

**Figure 1 : Relations interconceptuelles de la théorie du sens de Patricia Stark** ..... 100

**Appendice B** : Tableaux ..... 101

**Tableau 1 : Critères de la question PICO** ..... 102

**Tableau 2 : Présentation des articles retenus** ..... 103

**Appendice C** : Grilles de Fortin ..... 106

**Grille 1: The Effect of Pharmacotherapy on suicide rates in bipolar patients (Rihmer & Gonda, 2012) [Traduction libre]** ..... 107

**Grille 2: Lithium is associated with decrease in all-cause and suicide mortality in high-risk bipolar patients: A nationwide registry-based prospective cohort study (Toffol et al., 2015) [Traduction libre]** ..... 110

**Grille 3: Treatment of Suicide Attempters With Bipolar Disorder: A Randomized Clinical Trial Comparing Lithium and Valproate in the Prevention of Suicidal Behavior (Oquendo et al., 2011) [Traduction libre]** ..... 114

**Grille 4: Lurasidone in the Treatment of Bipolar Depression With Mixed (Subsyndromal Hypomanic) Features: Post Hoc Analysis of a Randomized Placebo-Controlled Trial (McIntyre et al., 2015) [Traduction libre]** ..... 120

**Grille 5: Ketamine and other glutamate receptor modulators for depression in bipolar disorder in adults (Review) (McCloud et al., 2015) [Traduction libre]** ..... 127

**Grille 6: 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 (Schaffer et al., 2015) [Traduction libre]** ..... 133

**Grille 7: Traumatic Stress Interacts With Bipolar Disorder Genetic Risk to increase Risk for Suicide Attempts (Wilcox et al., 2017) [Traduction libre]** ..... 142

**Grille 8: The effect of group psychoeducation program on medication adherence in patients with bipolar mood disorders: a randomized controlled trial (Rahmani et al., 2016) [Traduction libre]** ..... 150

**Grille 9: Prospective rates of suicide attempts and nonsuicidal self-injury by young people with bipolar disorder participating in a psychotherapy study (Inder et al., 2016) [Traduction libre]** ..... 155

**Grille 10: Suicide and suicide attempts in the Systematic Treatment Program for Bipolar Disorder (STEP-BD) (Dennehy et al., 2011) [Traduction libre]** ..... 162

**Grille 11: Nurse-led delivery of specialist supportive care for bipolar disorder: a randomized controlled trial (Crowe et al., 2011) [Traduction libre]** ..... 165

**Grille 12: Randomized, controlled trial of a brief family-centred care programme for hospitalized patients with bipolar disorder family caregivers (Lee, Lin, Chen, Su, & Chiang, 2016) [Traduction libre]** ..... 171

**Grille 13: Randomized trial comparing caregiver-only family-focused treatment to standard health education on the 6-month outcome of bipolar disorder (Perlick et al., 2018) [Traduction libre]** ..... 176

**Grille 14: The Role of Interpersonal and Social Rythm Therapy in Improving Occupational Functioning in Patients With Bipolar I Disorder (Frank et al., 2008) [Traduction libre]** ..... 184

**Grille 15: Psychoeducation and cognitive-behavioral therapy for patients with refractory bipolar disorder: A 5-year controlled clinical trial (González Isasi, Echeburúa, Limiñana, & González-Pinto, 2014) [Traduction libre]** ..... 190

# Sommaire


## Problématique

L'Organisation Mondiale de la Santé (Organisation mondiale de la Santé, 2014) considère le suicide comme une priorité de santé publique. Il est reconnu que la maladie mentale compte parmi les facteurs de risque les plus importants concernant les tentatives de suicide. De plus, il semblerait que les patients atteints de troubles bipolaires représentent une population vulnérable la plus à risque de suicide abouti (Hawton, Sutton, Haw, Sinclair, & Harriss, 2005).

## Concepts abordés

Les personnes à risque de tentative de suicide sont exposées à une vulnérabilité accrue, à une perte de sens puisque la souffrance devient insupportable et une perte d'espoir qui renforce chez la personne l'idée que le suicide constitue la seule solution.

Le concept de vulnérabilité peut traduire une situation de faiblesse qui va affecter l'intégrité d'une personne et induire des risques de développer ou aggraver des capacités. D'après le modèle « stress vulnérabilité » des conduites suicidaires, le stress, les troubles psychiatriques, des événements de vie négatifs contribuent à attiser la vulnérabilité des individus (Cannon & Hudzik, 2014).

Le concept de sens est rattaché à la dimension même de la vie et à plusieurs autres concepts tels que la quête de sens, le but de la vie et de l'existence (Bernard, 2013).

Le concept d'espoir peut être affilié au concept de sens, reliés entre eux au travers de l'attitude personnelle, de la spiritualité et du bien-être psychologique (Sarasy, 2012).

Finalement, le concept de liberté de choix découle de la notion de volonté qui est la liberté d'exercer un libre choix, gouverné par la raison, le libre arbitre (Goglin, 2013). C'est également la faculté d'imaginer, de se projeter, d'évaluer, de formuler une préférence (Arman, 2014). Ce concept est également relié à celui de l'autonomie permettant de choisir ses propres valeurs et de se diriger selon ses propres lois (Zielinski, 2009). De fait, l'idéation suicidaire serait donc une manière d'habiter sa propre responsabilité d'être humain, soit la valeur ultime de décider de sa propre vie ou de sa mort (Kiledjian, 2013).

Au travers de trois concepts que sont le but de la vie, la liberté de choisir et la souffrance humaine, la théorie du sens de Patricia Starck permet de saisir toute la portée de la quête du sens dans la vie humaine, la souffrance insupportable qui découle de la perte de sens, la perte d'espoir qui vient asseoir l'idée du suicide comme solution ultime et la liberté de choisir qui est complétement annihilée dans la situation de désespoir et de souffrance dans laquelle la personne se trouve (Smith & Liehr, 2014).

**Méthode**

Une exploration de différentes bases de données, notamment Pubmed, Cinhal, Psychinfo, Medline et Cochrane a été effectuée. Les mots-clés spécifiques utilisés sont : jeunes femmes, troubles bipolaires, tentative de suicide, intervention pharmacologique et psychothérapie. 7 articles ont été retenus dans la base de données Pubmed, 5 articles dans la base de données Cochrane, un seul dans la base de données Medline, et 5 dans la base de données Cinahl.

**Résultats**

Un traitement combiné avec un antipsychotique atypique et du lithium ou du valproate semble constituer le traitement le plus adéquat pour la phase maniaque aiguë (Fountoulakis et al., 2017). Le choix du traitement de la phase dépressive se fait surtout par extrapolation du traitement de la dépression unipolaire. La monothérapie au lithium semble être efficace comme traitement d'entretien (Goodwin et al., 2016).

La psychoéducation serait l'intervention non-pharmacologique de première ligne car elle permet à l'individu de mieux comprendre les tenants et aboutissants de sa maladie, de son traitement, des impacts négatifs de la non-compliance. Une association entre la psychoéducation et la thérapie cognitivo-comportementale favorise une prise en soin multidimensionnelle. L'amélioration du fonctionnement social du patient permet d'augmenter le

Rapport-Gratuit.com

soutien social, de réduire le sentiment d'isolement et, pour certaines thérapies, d'améliorer l'état de santé des caregivers.

**Conclusion**

Il est reconnu que la pathologie du trouble bipolaire reste relativement peu étudiée et les recherches, tant sur la psychopharmacologie que sur les interventions psychosociales, pertinentes et dont la méthodologie est bien menée pour ce trouble sont très rares.

Il est néanmoins possible de dégager des recommandations pertinentes pour la pratique : une vision holistique de la personne, la création et le maintien de l'alliance thérapeutique et la surveillance et l'évaluation fréquente d'éléments spécifiques.

**Mots-clés**

« Pharmacological interventions », « psychotherapy », « bipolar disorder », « young woman », « suicide attempt ».

# Remerciements

Nous tenons à remercier et témoigner de notre reconnaissance auprès des personnes ayant participé à l'élaboration de ce travail de Bachelor.

Nous remercions Madame Françoise Schwander-Maire, en titre de directrice de travail de Bachelor, pour son encadrement professionnel, ses conseils avisés et le temps consacré.

Nous remercions Madame Pauline Laporte pour ses conseils et le temps consacré.

Nous remercions la Haute Ecole de santé Arc et son directeur.

Nous remercions Monsieur Olivier Schirlin pour ses apports concernant le module recherche et ses modalités.

Nous remercions les bibliothécaires de la Haute école Arc qui nous ont permis d'obtenir des articles scientifiques.

Nous remercions nos proches pour leur soutien et leur relecture.

Rapport-gratuit.com
LE NUMERO 1 MONDIAL DU MÉMOIRES

# Introduction

Ce travail de Bachelor est réalisé en vue de l'obtention du titre Bachelor of Science HES-SO en Soins Infirmiers (Nursing). Il est organisé en différents chapitres permettant de suivre la trame logique de la recherche. Le premier chapitre, l'introduction indique la nature et énonce le plan de travail. Le deuxième chapitre s'intéresse à la problématique et à la manière dont la question de départ est survenue. Il explicite les liens de la question de départ avec les métaparadigmes infirmiers (Fawcett, 1984, 2005) et les modes de savoirs infirmiers (Carper, 1978 ; Chinn & Kramer, 2008). Une revue exploratoire de littérature est réalisée ainsi que la collecte d'éventuels avis d'experts, ceci afin de mieux comprendre le sujet et de clarifier, répertorier les principaux concepts pertinents qui s'en dégagent. Le but étant d'identifier des perspectives et propositions pour la pratique. Le troisième chapitre défini les concepts retenus et éclaire le sujet grâce à l'utilisation d'un cadre théorique (ici théorie de soins infirmiers). Le quatrième chapitre retrace la méthodologie utilisée dans les bases de données scientifiques, notamment la formulation PICOT, le type de question choisi, les requêtes entrées dans les bases de données et la sélection des articles. Le cinquième chapitre permet la synthèse et une discussion des résultats, ainsi que les perceptives et les propositions pour la pratique. Le sixième chapitre fait office de conclusion avec les éléments facilitants et les éléments contraignants du

travail, les limites de la recherche et les recherches pertinentes à mener à la suite de ce travail de Bachelor.

Un document de recherche dans le contexte d'une formation poursuit différents buts, dont une production scientifique et culturelle à portée sociale, une formation personnelle théorique et une formation personnelle d'ordre méthodologique (Le Bouëdec & Tomamichel, 2003). La formation personnelle théorique est utile à l'étudiant pour exercer sa capacité à synthétiser et à intégrer un savoir déjà existant. Les connaissances théoriques acquises au long de la formation sont mobilisées et participent à l'élaboration du travail. Selon le projet européen Tuning[1], le résultat escompté d'un travail de Bachelor en ce qui concerne la formation théorique est une certaine connaissance de l'état actuel de la recherche entourant une problématique issue de la clinique. Cette formation théorique est associée à une formation méthodologique. En effet, au travers de l'analyse critique de différents articles scientifiques, l'étudiant acquiert des compétences de méthodologie de recherche.

S'il est vrai qu'il est possible qu'un travail de recherche tel que le travail de Bachelor aboutisse à une production scientifique et culturelle à portée

[1] Voir le modèle européen : http://www.unideusto.org/tuningeu/subject-areas/nursing/summary-of-outcomes.html

sociale, ce n'est pas ce but qui est recherché de manière prioritaire. Lorsque cette finalité est tout de même abordée, des perspectives et des propositions issues de la revue de littérature étoffées du travail de recherche voient alors le jour déjà au niveau Bachelor. Ces perspective et propositions prennent la forme de recommandations pour la pratique ou de recommandations pour la recherche et sont ainsi mises à disposition des professionnels de soins.

# Problématique

## Choix de la problématique

Le choix de la problématique s'est fait selon la sensibilité de chacune des étudiantes. En effet, les chiffres objectifs et les données probantes se mêlent à un champ plus subjectif propre à chacune des participantes de ce travail, selon les expériences personnelles et professionnelles.

Durant un stage dans un service de dépendances et doubles diagnostiques (diagnostic d'une pathologie psychiatrique associé à un diagnostic de dépendance à une substance), une des étudiantes a été confrontée à une population de patients demandeurs de soins avec qui, un travail de réhabilitation était engagé, grâce notamment à la thérapie cognitivo-comportementale. Une initiation et une sensibilisation aux pratiques actuellement utilisées dans un service de psychiatrie de la région de Neuchâtel ont ainsi pu être développées, ce qui a permis d'alimenter l'intérêt pour ce type de problématique. Un sentiment d'impuissance face à cette population de patients et face à la souffrance difficilement soulageable a été ressenti.

La souffrance mentale des personnes a rapidement été mise en lien avec les idées suicidaires. Le choix de la thématique se base sur des données objectives qui sont représentatives et actuelles dans nos sociétés.

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) considère le suicide comme une priorité de santé publique à raison d'une mort toutes les 40 secondes (Organisation mondiale de la Santé, 2014). La problématique du suicide est alors apparue comme un élément central dans la prise en soin des personnes en situation de souffrance mentale et la prévention du suicide relève d'une priorité de santé publique (Organisation mondiale de la Santé, 2014). Le choix de la question de départ « Quelles sont les interventions infirmières pour des personnes ayant tenté de mettre fin à leurs jours » est alors apparue comme pertinente pour les trois étudiantes car celle-ci faisant écho à une véritable question de santé publique, répondait à un besoin réellement observé chez les patients durant les différents stages de formation et était susceptible de donner des pistes de réflexion face à un sentiment d'impuissance ressenti par certains soignants confrontés à ce type de problématique.

Rapport-gratuit.com
LE NUMERO 1 MONDIAL DU MÉMOIRES

## Ancrage disciplinaire

### Métaparadigme

Selon Fawcett : « Un métaparadigme est défini comme regroupant les concepts globaux qui identifient les phénomènes d'intérêt central d'une discipline, les propositions globales qui décrivent les concepts et qui indiquent les relations entre ou parmi les concepts. » (Fawcett, 1984, page 4). Le métaparadigme détermine donc l'objet de la discipline, il fait référence à la manière dont les phénomènes sont structurés et organisés. Il forme le composant le plus abstrait de la structure des soins infirmiers.

Les soins infirmiers ont construit leur métaparadigme, permettant de leur donner un cadre général et de se distinguer des autres disciplines. Il englobe tous les centres d'intérêt de la discipline. Le métaparadigme regroupe 4 concepts centraux : l'être humain, la santé, l'environnement et les soins infirmiers. Chaque théoricien infirmier a sa propre définition du métaparadigme qu'il propose dans sa théorie.

« Le métaparadigme de l'être humain fait référence aux individus, si les individus sont reconnus dans une culture, ainsi qu'aux familles, aux communautés et aux autres groupes ou agrégats participant aux soins infirmiers. » (Fawcett, 1984, page 6). Ce travail se concentre sur un certain

Rapport-Gratuit.com

type de population, particulièrement vulnérable au risque suicidaire. Cette vulnérabilité est accrue par différents facteurs de risque dont la pathologie psychiatrique qui sera développée plus loin dans le présent travail.

Le métaconcept de la santé se réfère au processus de vie et de mort de l'être humain (Fawcett, 1984). Dans ce travail de recherche, c'est la santé mentale qui est principalement touchée et elle se répercute sur la santé physique et l'intégrité de l'individu. Le soutien et l'accompagnement sont des outils que le soignant pourra utiliser pour rétablir une santé mentale satisfaisante pour la personne.

Le métaconcept de l'environnement correspond au milieu dans lequel la personne vit, englobant l'environnement physique mais également le contexte de soins dans lequel la personne se trouve. Ce métaconcept fait également référence aux conditions dans lesquelles l'individu évolue : culturelles, sociales, économiques, politiques, etc (Fawcett, 1984). Dans la thématique du présent travail, l'environnement est l'un des éléments déclencheurs du passage à l'acte; il est de ce fait destructeur pour l'individu. La prise en charge fera en sorte de proposer un environnement sécure et soutenant.

Le métaconcept du soin infirmier renvoie à la définition même des soins infirmiers, aux interventions infirmières auprès des patients, aux objectifs de ces interventions et à leurs résultats. « Les soins infirmiers sont perçus comme un processus mutuel entre les participants en soins infirmiers et les infirmières.» (Fawcett, 1984, page 6). Dans le contexte d'une personne ayant fait une tentative de suicide, il s'agit donc de mettre en relation le bénéficiaire de soins et l'infirmier afin d'activer un ensemble d'étapes entraînant des interventions de soins ayant pour objectif le bien-être du patient.

Il est possible de faire des liens entre les différents métaconcepts qui constituent le métaparadigme infirmier. L'être humain et la santé sont liés, dans la discipline infirmière, au travers des modèles et des lois régissant les processus de la vie et de la mort. Le domaine des sciences infirmières se soucie des modèles et des expériences humaines de santé dans leur environnement et dans leur contexte, c'est ainsi que le lien est fait entre les métaconcepts d'être humain et d'environnement. Concernant les notions de santé et soins infirmier, les actions et les démarches dans la pratique doivent tendre le plus possible vers un bénéfice au patient. Finalement, la discipline infirmière se soucie des processus de la vie et de la mort et reconnaît que les êtres humains sont en relation continuelle avec leur environnement, est ainsi

Rapport-gratuit.com
LE NUMERO 1 MONDIAL DU MÉMOIRES

fait le lien entre les concepts d'être humain, d'environnement et de santé (Fawcett, 1984).

## Savoirs infirmiers

La classification des savoirs infirmiers constitue une base très utilisée dans les sciences infirmières (Milhomme, Gagnon, & Lechasseur, 2014). Chinn et Kramer mettent en avant 4 modes de savoirs infirmiers : empirique, éthique, personnel et esthétique (Carper, 1978 ; Chinn & Kramer, 2008).

## Savoir empirique

Ce savoir est issu de la recherche scientifique, de l'observation, de l'exploration, de la description et de l'explication des phénomènes. La recherche a contribué au développement des connaissances scientifiques. Les savoirs sont sans cesse en train d'évoluer et de se développer dans les sciences infirmières. L'expression de ce savoir dans la pratique est la compétence scientifique et l'habileté de remettre en question ses interventions ainsi que, d'intégrer des savoirs issus de la recherche à ses interventions. Ces savoirs comprennent des théories explicatives de phénomènes rencontrés dans sa pratique. L'accès aux connaissances se fait à travers les sens : la vue, le toucher, l'ouïe. Il s'agit d'un savoir objectivable, observable et vérifiable. Les données empiriques sont précises et sont liées à

la recherche et donc aux connaissances scientifiques (Chinn & Kramer, 2008).

Dans le contexte des soins infirmiers, le jugement clinique et la mobilisation des connaissances et des expériences sont le reflet typique du savoir empirique. La recherche et l'analyse de données empiriques telles que des études scientifiques fait partie intégrante de la formation du professionnel en soins infirmiers. Grâce à cette formation en continu, le soignant met à jour ses connaissances sur les bonnes pratiques et utilise ses connaissances dans la relation à la personne ayant fait un tentamen. Il s'agit notamment de connaître les différentes pathologies qui sont souvent associées au risque suicidaire, les interventions possibles auprès de ces personnes et, particulièrement, celles qui se sont révélées significativement pertinentes selon les données empiriques.

**Savoir éthique**

Le savoir éthique regroupe les aspects liés à la dignité humaine, à la bienfaisance. Afin d'intégrer ce savoir à sa pratique, le professionnel de santé se questionne sur la moralité qui se base sur les connaissances du soignants concernant les normes et les codes éthiques. Le savoir éthique est un jugement au cas par cas de chacune des situations de soins rencontrées

durant lesquelles le soignant adaptera son comportement et ses décisions, ceci en fonction de ses valeurs intrinsèques. Cependant, le respect de l'éthique au travers de ce savoir, demande au soignant une résolution du conflit entre ses propres valeurs, ses intérêts et ses principes. La connaissance de l'éthique ne dicte pas des décisions ou des actions mais fournit un outil de réflexion qui permettra de guider des choix qui seront responsables et justes lors de situations particulièrement sensibles (Chinn & Kramer, 2008).

Concernant la prise en charge de patients ayant tenté de mettre fin à leurs jours, le soignant fera appel à ses connaissances des normes et codes de l'éthique, ainsi qu'à son propre jugement afin de proposer une prise en charge dans le respect de ses valeurs et de celles du bénéficiaire de soins.

**Savoir esthétique**

Le savoir esthétique permet d'apprécier la signification d'une situation. Il est exprimé au travers d'actions, de comportements, d'attitudes, d'interactions. Il n'est pas propre aux soins infirmiers mais est aussi actif dans d'autres domaines comme la poésie, la musique, le dessin, l'histoire. Il met en évidence la signification, les symboles spécifiques au domaine et permet de savoir ce qu'il faut faire et comment le faire sur le moment. Il

répond spontanément à la question : qu'est-ce qui est significatif et qu'est-ce qui fait sens sur le moment ? Le savoir esthétique a donc une essence artistique, il crée une interaction qui va significativement toucher l'expérience humaine et transformer ce qui est en ce qui pourrait être (Chinn & Kramer, 2008).

Dans une situation d'intervention post-tentamen, ce savoir permet d'orienter la relation soignant-soigné afin que celle-ci ait du sens et soit aidante pour le patient. Il comprend notamment le langage corporel, les expressions faciales, le ton de la voix. En d'autres termes, il permettra de diriger le « comment être » dans la relation.

**Savoir personnel**

Le savoir personnel concerne l'expérience de devenir un soi authentique, ce qui implique la connaissance de son propre soi et de son soi en relation avec autrui. C'est la véritable conscience de son soi à un moment donné et dans un contexte donné qui rend possible le partage d'une expérience humaine significative. Ayant pris conscience que ce que l'on voit des autres n'est pas nécessairement ce qu'ils sont réellement, le soi peut alors entrer dans une relation thérapeutique. Cette connaissance permet de discerner quelle est la part de soi, et quelle est la part de l'autre dans une relation.

Dans le contexte d'une relation avec une personne ayant tenté de mettre fin à ses jours, ce savoir est essentiel car il permet au soignant d'être dans une authenticité et de reconnaître ses préjugés personnels, ses forces, ses faiblesses, ses valeurs et ses émotions. Il est alors possible au soignant de travailler les conflits internes qui peuvent survenir et compromettre le prendre soin. En connaissant et en reconnaissant son soi profond, le soignant devient capable de choisir les facettes du soi favorisant au mieux la relation thérapeutique.

## Revue exploratoire

### Suicide

Plus de 1000 personnes se donnent volontairement la mort par année en Suisse (Observatoire Suisse de la santé, 2016). Ceci équivaut à dire qu'environ 3 personnes décèdent par suicide par jour en Suisse. Par rapport au reste de l'Europe, ce taux est légèrement supérieur à la moyenne. Il s'agit donc d'un problème de santé publique qui est malheureusement souvent sous-estimé (Observatoire Suisse de la santé, 2016). Le taux de suicide en Suisse a augmenté dans les années 1970, puis a diminué depuis les années 1980. Depuis 2010, une stabilisation de ce taux est observée (Office fédéral de la statistique, 2016). Les hommes meurent trois fois plus par suicide que les femmes mais celles-ci font deux fois plus de tentatives (Jaques & Ros, 2001). Ce problème de santé publique évitable dans une société toujours

plus basée sur les performances, tant sociales que professionnelles, prend une place importante dans le domaine de la santé (Organisation mondiale de la Santé, 2004).

Le suicide est défini comme :

> L'acte de mettre fin à ses jours. Les troubles mentaux (dépression, troubles de la personnalité, dépendance à l'alcool ou schizophrénie, par exemple), certaines maladies physiques comme les troubles neurologiques, le cancer et l'infection à VIH sont des facteurs de risques du suicide. Il existe des stratégies et des interventions efficaces pour prévenir le suicide. (Organisation mondiale de la Santé, 2017)

Après avoir défini la terminologie du suicide, il paraît essentiel de définir l'acte de se donner délibérément la mort afin de permettre une conceptualisation commune de la problématique.

## Tentative de suicide

L'Organisation mondiale de la Santé, bien qu'elle ne réfute pas d'autres définitions appropriées, définit le suicide comme étant « l'acte de se donner délibérément la mort » (Organisation mondiale de la Santé, 2014, page 12). La tentative de suicide, quant à elle, se réfère à « tout comportement suicidaire non mortel et à un acte d'auto-intoxication, d'automutilation ou d'autoagression avec intention de mourir ou pas » (Organisation mondiale de

la Santé, 2014, page 12). En synonyme de la tentative de suicide, on retrouve le tentamen (Cordial, 2018), l'acronyme « TS » (Reverso, 2018) et « passage à l'acte » (Raoult, 2006) qui sont employés dans le présent travail.

**Risque de récidives suicidaires**

Les statistiques montrent qu'il y a un risque accru de récidive après une première tentative de suicide. En effet, 15 à 23 % des personnes ayant fait un tentamen, récidivent dans l'année qui suit. Le 2% des personnes ayant fait un tentamen décèdent par suicide dans l'année qui suit et jusqu'à 7% des individus meurent par suicide dans les 10 ans qui suivent un premier tentamen (Bertolote et al., 2010). Ainsi, une histoire personnelle comportant des antécédents suicidaires est un indicateur important d'éventuelles récidives de tentatives de suicide (Farré et al., 2016). Le but des interventions post-suicide est de diminuer cette probabilité de récidive (Farré et al., 2016). La notion d'intervention sera plus largement développée un peu plus loin dans le présent travail.

Comme décrit précédemment, le suicide est une problématique de santé publique. Le risque de récidive suicidaire potentialise considérablement la vulnérabilité des personnes suicidaires. Il paraît alors essentiel que le gouvernement puisse mettre en place des stratégies de prévention du suicide

et un plan d'action décrivant de manière précise, rigoureuse et globale les différentes interventions mises en place auprès de la population, ceci afin de protéger au mieux ces personnes et de leur offrir des alternatives avant que le suicide paraisse comme la seule option possible.

La crise suicidaire est un processus qui peut se décomposer en plusieurs étapes. Un auteur en particulier décrit la crise suicidaire en 6 phases (Reisch, 2012). Une première phase, est appelée phase présuicidaire, où l'individu est exposé à une vulnérabilité augmentée, souvent en lien avec un trouble psychiatrique sous-jacent. La deuxième phase correspond à une réelle souffrance psychique comportant souvent des éléments déclencheurs comme des pertes ou des humiliations. Cette souffrance devient insupportable pour l'individu qui va chercher à y mettre fin par tous les moyens. Dans une telle détresse, l'individu a beaucoup de difficultés à réfléchir de manière rationnelle et de faire appel à des expériences positives passées. Cette détresse existentielle est intimement liée à une perte du sens de la vie (Bernard, 2013). Le champ des possibles rétrécit. La troisième phase de la crise suicidaire est engagée lorsque la personne perd tout espoir de surmonter ses difficultés et le suicide apparaît comme la solution ultime pour mettre fin à la souffrance. Avec cette solution trouvée, le problème semble résolu et l'individu est apaisé. Pourtant, la personne peut rester ambivalente un certain temps : elle aurait le désir d'avoir d'autres alternatives, d'autres

Rapport-Gratuit.com

possibles mais l'impression de ne pas avoir le choix domine. Il apparaît que la grande majorité des survivants regrettent d'être passé à l'acte. Certains expriment même avoir regretté leur geste juste après le début de l'acte comme par exemple la personne qui saute d'un pont. Le réveil se fait alors trop tard car le geste est irréversible (Reisch, 2012).

## La prévention suicidaire

En 2014, le parlement Suisse adopte un plan d'action sur la prévention du suicide visant à réduire le nombre de suicide ainsi que les tentatives (Office fédéral de la santé publique (OFSP), Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS), & fondation Promotion Santé Suisse, 2016). Le soutien des individus en détresse psychique s'inscrit indéniablement dans les nombreuses missions des professionnels de la santé et est un thème actuel dans ce pays.

Il existe des facteurs de risque connus concernant le tentamen. Une tentative de suicide est, la plupart du temps, multifactorielle. Il s'agit donc de repérer les différentes catégories de facteurs de risque. Parmi celles-ci figurent les facteurs de risque liés au système de santé, à son accessibilité, à l'accès aux moyens de suicide et à la représentation médiatique du suicide. Les facteurs de risque psychosociaux comprennent notamment la

stigmatisation, les troubles de santé mentale, la consommation de substances, des situations de stress dans le cas de catastrophes naturelles, de guerre, de discrimination, d'isolement, de violence et de maltraitance, de problèmes financiers. Il est ainsi connu que les antécédents de tentatives de suicide constituent un facteur de risque majeur au niveau individuel (Organisation mondiale de la Santé, 2014). La perte d'espoir est également un puissant indicateur du risque suicidaire (Beck, Brown, Berchick, Stewart, & Steer, 1990). Cette perte d'espoir contribue à renforcer chez la personne l'idée que le suicide constitue la seule solution pouvant résoudre la situation. Le désespoir est une variable significative et mesurable grâce à l'échelle de Beck (Beck Hopelessness Scale) (Beck et al., 1990). Elle donne des indications quant aux approches et interventions pouvant avoir un impact positif sur la perte d'espoir et donc sur le risque suicidaire (Minkoff, Bergman, Beck, & Beck, 1973).

Le plan d'action de l'OMS de 2013 intègre la prévention du suicide, avec pour objectif, «la réduction de 10 % du taux de suicide dans l'ensemble des pays d'ici à 2020» (Organisation mondiale de la Santé, 2014, page 7). Conformément au plan d'action de l'OMS, les gouvernements constituent des stratégies nationales pour prévenir les suicides. Celles-ci sont composées d'une liste d'actions permettant notamment la réduction d'accès aux moyens de suicide, un cadre légal concernant la médiatisation des problèmes

Rapport-gratuit.com
LE NUMERO 1 MONDIAL DU MÉMOIRES

suicidaires, la diminution de la stigmatisation, la formation professionnelle et la sensibilisation de la population (Organisation mondiale de la Santé, 2014). Il s'agit donc d'une stratégie de prévention multifactorielle. En 2014, le parlement Suisse adopte un plan d'action sur la prévention du suicide visant à réduire le nombre de suicide ainsi que les tentatives (Office fédéral de la santé publique (OFSP) et al., 2016).

## Les interventions infirmières dans le cadre du suicide

Il existe plusieurs types d'interventions infirmières qui se préoccupent des personnes ayant fait une tentative de suicide. Celles-ci peuvent être notamment préventives, faire suite à des automutilations ou être post tentamen.

En Suisse, il existe plusieurs associations qui œuvrent pour la prévention du suicide dont l'association « Ipsilon » qui concentre son activité sur la gestion de diverses institutions, organisations et programmes agissant pour la prévention du suicide. Ainsi, Ipsilon utilise la coordination, la formation, l'information et opère au niveau du développement politique et de la recherche. De plus, elle met également en place des programmes afin de fournir un soutien professionnel, moral et politique. (Ipsilon, 2015).

L'association genevoise contre le suicide des jeunes « STOP SUICIDE » met en place des interventions auprès des étudiants. Ainsi, elle va à la rencontre des jeunes afin de parler de suicide en utilisant des ateliers. Des séminaires sont également organisés dans diverses universités et hautes écoles afin de sensibiliser les étudiants au suicide (STOP SUICIDE, n.d.).

L'association valaisanne pour la prévention du suicide « PARS PAS », est une association ayant une ligne d'écoute ouverte de 8h à 20h tous les jours de la semaine. Cette ligne est un moyen de soutien pour les personnes en crise ainsi que pour les personnes confrontées à la détresse ou au suicide d'un proche. PARS PAS compte également des groupes de soutien pour les personnes endeuillées (suicide d'un proche). Elle fournit également des entretiens individuels et de la prévention dans les établissements scolaires, de la sensibilisation pour les professionnels ainsi que des formations liées à la détresse et au processus suicidaire (Association « Pars Pas », n.d.).

L'association neuchâteloise « Parlons-en » propose une activité en trois temps. Premièrement, elle aide les professionnels confrontés au suicide à trouver des moyens appropriés pour soutenir les personnes suicidaires et suicidantes ainsi que leur entourage. Deuxièmement, elle propose à l'entourage de fournir de l'information et de leur offrir un lieu d'écoute et d'entraide. Finalement, elle offre aux personnes à risque un lieu leur

permettant de trouver certaines solutions à leurs difficultés de dépasser la phase de crise (Association neuchâteloise pour la prévention du suicide, 2008).

L'association inter-jurassienne de prévention du suicide « Résiste », est une association qui œuvre dans le Jura et le Jura Bernois pour la diminution des tentatives et de la mortalité par suicide. « Résiste » fourni des groupes de parole pour l'entourage de personnes suicidantes et suicidaires ainsi que pour les individus ayant perdu un proche par suicide. Cette association crée également des guides d'intervention, des protocoles institutionnels, propose des séminaires et formations continues pour professionnels et bénévoles, met en œuvre des projets et conduit des recherches. En dernier lieu, l'association fait connaître les aides possibles pour les personnes suicidaires et leur entourage. (Résiste, n.d.)

Finalement, l'association Zürichoise Forum für Suizidprävention und Suizidforschung « FSSZ » active dans la prévention du suicide promeut et lutte au travers de brochures informatives pour les jeunes adultes (Association « FSSZ », 2018).

Selon le NIMH (National Institute of Mental Health), il existe deux types d'interventions : des interventions médicamenteuses et les psychothérapies. Les psychothérapies englobent la thérapie cognitivo-comportementale qui permet aux personnes de réfléchir à d'autres alternatives que le suicide et de prendre conscience de leurs propres ressources (NIMH, 2017), ainsi que la thérapie comportementale dialectique, qui démontre du succès dans la réduction des taux de suicide. Cette dernière aiderait les individus à identifier leurs émotions ou leurs actions pour ainsi mieux gérer les situations auxquelles ils doivent faire face (NIMH, 2017).

Selon certains auteurs, il existe plusieurs interventions qui sont : la gestion psychiatrique du manque de compliance, l'hospitalisation garantie, les interventions psychosociales des crises et la thérapie cognitivo-comportementale (V. Der Sande & Engeland, 1997). La plupart de ces interventions ne montrent pas de résultats probants concernant l'apparition d'une éventuelle récidive. La seule intervention qui semble faire ses preuves est la thérapie cognitivo-comportementale qui semble prévenir une récidive de suicide (V. Der Sande & Engeland, 1997).

De plus, une meilleure collaboration entre les services hospitaliers et ambulatoires semble avoir un effet positif concernant la probabilité de récidive. De plus, les thérapies comportementales ou les thérapies de

résolution de problèmes semblent être efficaces pour réduire le risque de récidive de suicide. Selon certains auteurs, il a été démontré que des interventions précoces préviennent de nouvelles tentatives (Farré et al., 2016).

Il est par ailleurs pertinent de lier les interventions infirmières avec les facteurs de risque du suicide dont quelques exemples ont été évoqués précédemment. Parmi ceux-ci, il est reconnu que la maladie mentale compte parmi les facteurs de risque les plus importants (Mathias et al., 2012). « La maladie mentale apparaît comme le premier facteur de risque pour les décès par suicide et pour les tentatives de suicide » (Gourier-Fréry, Beltzer, & Ulrich, 2016, p. 119). Il semble donc approprié de s'intéresser aux différentes pathologies psychiatriques ayant un risque élevé d'aboutir à une tentative de suicide car celles-ci ont un impact sur la vulnérabilité des personnes. De plus, la perte d'espoir associée à un trouble mental, comme les troubles de l'humeur, constitue un signe d'alerte auquel les soignants doivent être particulièrement attentifs.

> Parmi les suicidés, 95 % souffraient de troubles mentaux. Les troubles de l'humeur sont au premier rang des pathologies représentées chez les suicidés et les suicidants : 50 à 80 % des suicides sont liés à un trouble de l'humeur (Fouilhoux, 2006, page 6).

« Les troubles de l'humeur (dépression et maniaco-dépression bipolaire) sont de loin les troubles psychiatriques les plus fréquents associés au suicide. Au moins 25% à 50% des patients atteints de trouble bipolaire tentent de se suicider au moins une fois » (Jamison, 2000, page 47). C'est pourquoi ce travail s'intéresse au risque suicidaire, spécifiquement dans la population souffrant de troubles bipolaires.

## Troubles bipolaires

### Introduction

L'appellation trouble bipolaire a fait son apparition dans les classifications psychiatriques officielles en 1980, avec la publication de la troisième édition du Manuel diagnostique et statistique de troubles mentaux DSM-III (Spitzer, 1980). Le terme a été remanié en 2013 lors de la publication du DSM-V (American Psychiatric Association Staff & Kernberger, 2013). En référence à la Classification Internationale des Maladies, 10ème révision (Organisation mondiale de la Santé, 1994), les troubles bipolaires se voient attribuer une place dans le groupe plus large des troubles de l'humeur (affectifs). Ceux-ci sont différenciés en deux sous-groupes, à savoir les épisodes maniaques et les troubles affectifs bipolaires.

L'Organisation Mondiale de la Santé caractérise le trouble bipolaire par

> Des épisodes maniaco dépressifs entrecoupés par des périodes d'humeur normale. Les épisodes maniaques correspondent à une période où l'humeur est élevée, irritable, à une hyperactivité, un important débit de parole, une estime de soi exagérée et une diminution des besoins de sommeil (OMS, 2017).

L'OMS précise également que « les personnes n'ayant pas de troubles maniaques mais connaissant des épisodes dépressifs sont aussi classées dans la catégorie des patients atteints de trouble bipolaire » (OMS, 2017).

Le trouble bipolaire se scinde en deux sous-groupes : le trouble bipolaire de type I et le trouble bipolaire de type II. La manie représente le critère principal du type I alors que l'hypomanie spécifie le trouble bipolaire de type II (Bourgeois, Gay, Henry, & Masson, 2014a).

**Risque suicidaire dans la pathologie de la bipolarité**

L'enjeu actuel est le dépistage précoce du trouble afin de proposer une prise en charge rapide et adaptée. De sérieuses conséquences peuvent survenir lors d'un retard de diagnostic ou d'un traitement inapproprié tel que le passage à l'acte suicidaire (Mirabel-Sarron & Leygnac-Solignac, 2011).

Le trouble bipolaire est l'une des maladies les plus à risque de suicide abouti. En effet, 6-15% des patients souffrant de trouble bipolaire décèdent

et 20-56% feront une tentative de suicide dans leur vie (Hawton et al., 2005).

Selon certains auteurs, les troubles bipolaires sont fortement associés aux risques suicidaires (Hawton et al., 2005). D'après « the US National Epidemiological Catchment Area » (ECA), 29% des patients bipolaires font au moins une tentative de suicide durant leur vie. Les causes sont multiples et dépendent de plusieurs facteurs tels que la perte d'espoir, l'impulsivité, l'agressivité (Judd & Akiskal, 2003).

**Comorbidité de la bipolarité**

Les comorbidités associées au trouble bipolaire telles que les troubles anxieux, la consommation de substances et les troubles de la personnalité augmentent la prévalence d'un passage à l'acte. De plus, certains facteurs psychosociaux viennent alimenter la liste des facteurs de risque. En effet, une difficulté d'insertion professionnelle et sociale induit un stress supplémentaire à la personne atteinte de trouble bipolaire et favorisera ou aggravera la crise suicidaire (Bourgeois, Gay, Henry, & Masson, 2014b).

Rapport-Gratuit.com

## Conclusion

Les personnes à risque de tentative de suicide sont exposées à une vulnérabilité accrue. Certains éléments, dont les antécédents de tentamen et le trouble psychiatrique (comme le trouble bipolaire), intensifie cette vulnérabilité et accroît le risque suicidaire. La personne ne trouve plus de sens à sa vie puisque la souffrance devient insupportable. La perte d'espoir constitue un indicateur puissant du risque suicidaire puisqu'elle renforce, chez la personne, l'idée que le suicide constitue la seule solution pouvant résoudre la situation. L'individu a donc l'impression de ne pas avoir d'autre choix que d'attenter à sa vie pour mettre fin à a souffrance. Les concepts retenus sont ainsi la vulnérabilité, la dimension du sens de la vie et de la souffrance humaine, la perte d'espoir et la liberté de choisir.

Cette problématique est alors susceptible d'amener des perspectives et des propositions pour la pratique permettant de prendre soin de manière optimale des individus en perte d'espoir et ayant une vulnérabilité accrue au risque suicidaire.

# Concepts et champs disciplinaires infirmiers

Rapport-gratuit.com
LE NUMERO 1 MONDIAL DU MÉMOIRES

Rapport-gratuit.com
LE NUMERO 1 MONDIAL DU MÉMOIRES

## Les concepts retenus

### Le concept de vulnérabilité

Le concept de vulnérabilité se développe principalement dans les années 1990 et est définit par une exposition « à des menaces externes, plus ou moins prévisibles, qui mettent à l'épreuve un certain nombre de ressources détenues par des individus, des groupes et des communautés sur des territoires » (Martin, 2013, page 2). Le mot vulnérabilité a une origine latine et signifie « la blessure » (vulnu) et/ou « blesser » (vulnerare) (Littré, 2014 ;Brodiez-Dolino, 2016). En d'autres termes, ce concept peut traduire une situation de faiblesse qui va affecter l'intégrité d'une personne et induire des risques de développer ou aggraver des incapacités. La vulnérabilité dépend également des facteurs dits de fragilité pouvant être liés à l'âge, à l'état physique et mental de l'individu (Liendle, 2012)**.** En 2007, le Conseil national de l'ordre des médecins la décrive comme « pouvant toucher les patients issus de tout milieu et à tout âge, elle est une situation d'une « personne qui ressent ou est confronté à un vécu d'exclusion » » (Liendle, 2012, page 304)**.** La vulnérabilité est inhérente à l'existence au travers des stades de développement des êtres humains mais se cultive également au travers des contextes sanitaires, familiaux et sociaux. De plus, elle peut également être utilisée comme une norme pour repérer ce qui ne va pas

chez un individu afin de renforcer ses capacités et prévenir les risques. Cependant, elle ne touche pas directement les ressources (capacités) de la personne à faire face mais induit chez elle une difficulté à identifier ses besoins (Liendle, 2012)**.** Le modèle médical classique de « stress vulnérabilité » des conduites suicidaires postule que les individus prédisposés à une vulnérabilité particulière seront les seuls à commettre un passage à l'acte (Cannon & Hudzik, 2014). D'après ce modèle, le stress, les troubles psychiatriques, des événements de vie négatifs contribuent à attiser la vulnérabilité des individus. Par conséquent, le niveau de risque suicidaire pourra être déterminé en fonction de ces facteurs de vulnérabilité (Cannon & Hudzik, 2014).

**Le concept de sens**

Le concept de sens est rattaché à la dimension même de la vie et à plusieurs autres concepts tels que la quête de sens, le but de la vie et de l'existence. Gary Reker et Roy Baumeister, professeurs américains de psychologie, décrivent le concept de sens comme «un sentiment perçu de cohérence permettant premièrement d'établir des liens entre les actions, les évènements de vie et les comportements vécus par un individu, et deuxièmement d'orienter les actions et les comportements à venir en fonction de buts définis » (Bernard, 2013, page 19).

En psychologie, des recherches qualitatives et quantitatives ont été menées afin de définir le concept de sens. Concernant les recherches qualitatives, une collecte de données sous forme de questions ouvertes sur l'histoire de vie de personnes (de tous âges, de tous milieux) a été menée afin de réunir et comprendre les logiques sous-jacentes qu'attribuent les individus au sens de leur vie (Ebersole, 1998). Dans 51% des narrations, les relations sociales semblent avoir un rôle majeur dans la quête de sens. Concernant les recherches quantitative, plusieurs tests et échelles ont été développés tels que le test des objectifs de vie (Crumbaugh, 1977), l'indice de considération de la vie (Battista & Almond, 1973) ou encore l'échelle du sens de la vie (Steger, Kashdan, Sullivan, & Lorentz, 2008). Tatjana Schnell met en lumière 4 facteurs principaux, découlant des déterminants du sens de la vie (26 sources de sens auprès de 74 adultes). Ces facteurs sont la transcendance de soi (religion, spiritualité, union avec la nature, engagement social, sensibilité, santé), la réalisation de soi (individualisme, challenge, pouvoir, développement personnel, liberté, connaissance, réussite, créativité, connaissance de soi), l'ordre (rationalité, valeurs morales, maintien des traditions, pragmatisme) et le bien-être et la communauté (humour, hédonisme, harmonie, écoute des autres, amour, contact avec la communauté) (Schnell, 2009).

## Le concept d'espoir

Le concept d'espoir émane principalement de la philosophie, des pratiques religieuses, des expériences de vie et, également, de la littérature. Le mot espoir vient du latin « sperare » qui signifie « considérer quelque chose comme devant se réaliser » (Rey, 1992).

Selon Blay (2006)

> L'espoir est le désir d'un bien futur considéré comme possible. Il vise l'avènement d'un bien dans le temps, il se tient à égale distance de l'assurance (qui correspond à la probabilité maximale de l'événement souhaité) et du désespoir (qui correspond à sa probabilité minimale) (Blay, 2006 cité Sarasy, 2012, p.182)

En d'autres termes le concept d'espoir peut être rattaché au concept de sens, reliés entre eux au travers de l'attitude personnelle, de la spiritualité et du bien-être psychologique

D'après certains auteurs, le concept d'espoir peut être sous divisé en deux catégories : l'une étant le sentiment d'un développement futur bénéfique, bien qu'indéterminé, qui se révèle être un facteur protecteur et qui donne un sens à la vie. La deuxième catégorie réuni les objectifs qui permettent à l'individu de clarifier ses priorités et de déterminer ce qui est réellement

important pour lui, encourageant ainsi son investissement (Dufault & Martocchio, 1985). D'autres auteurs présentent des facteurs communs influençant l'espoir chez les patients (Kymla & Vehviläinen-Julkunen, 1997). Ces facteurs sont : l'amour de la famille ou des amis, la spiritualité ou la foi, le maintien de l'autonomie, l'humour, des caractéristiques liées à la personne (courage, détermination, sérénité), des souvenirs positifs, l'affirmation d'une valeur personnelle intrinsèque, les relations positives avec le personnel médical et les soignants. De plus, les auteurs démontrent une influence de l'espoir grâce à l'attitude des soignants (empathie, soutien, compassion,…) (Sarasy, 2012).

**Le concept de liberté de choix**

Choisir, c'est poursuivre une fin plutôt qu'une autre. Ce concept découle de la notion de volonté qui est la liberté d'exercer un libre choix, gouverné par la raison (libre arbitre). En philosophie et en psychologie, la volonté est synonyme d'intentionnalité. En d'autres mots, une représentation consciente d'un acte impliquant également une anticipation des conséquences de cet acte. La notion de volonté du choix laisse place au questionnement de l'existence d'un libre arbitre. Néanmoins, certains facteurs inconscients tels que les causes biologiques, sociales ou culturelles pourraient influencer ce libre arbitre. De fait, la notion de déterminisme vient alors ébranler le

concept même de liberté et attribue une forme de soumission externe conditionnant alors les choix (Goglin, 2013).

> L'homme prend parti pour une attitude ou une décision, le choix est classiquement considéré comme l'une des marques essentielles de la liberté humaine, qui renvoie particulièrement l'être humain au pouvoir de faire et de choisir ce qu'il juge être le meilleur dans le monde et sur le chemin de la vie (Miamboula, 2013).

Le philosophe Sartre affirme que nous avons le choix de nos choix : « Tout pour soi est libre choix : chacun de ses actes, le plus insignifiant comme le plus considérable, traduit ce choix et en émane. C'est ce que nous pouvons nommer liberté » (Sartre, 1948, p.689).

De fait, la condition même de l'humain lui confère une entière liberté et responsabilité. D'après ce postulat, il est alors indéniable que, avoir le choix de nos choix exempt l'absence d'excuse concernant chacun des actes d'un individu.

L'antithèse vient de Freud qui affirme que l'homme n'a pas le choix de ses choix mais qu'il est influencé par les instances de sa personnalité, le surmoi et le ça. Il avance alors la notion de destinée (Freud repéré à Kamieniak, 2008).

La thèse de Sartre et l'antithèse de Freud confrontent les notions de liberté et de déterminisme concernant la liberté.

La notion de choix peut également être caractérisée par la capacité de délibérer et de décider. C'est la faculté d'imaginer, de se projeter, d'évaluer, de juger, de formuler une préférence. L'action même de choisir fait donc appel à la raison qui discerne désir et réalité. En d'autres termes, une comptabilité devrait exister entre le souhait et les réels possibles. Pour exemple, le choix de l'immortalité ne fait pas parti des réels possibles. Choisir c'est également faire l'expérience de sa toute-puissance mais aussi de sa fragilité. Choisir librement fait-il référence à toute absence d'obstacle et de contraintes ? (Arman, 2014)

La notion d'autonomie vient également étayer le concept de libre choix. Elle n'est pas absolue et se heurte à l'expérience de la réalité. L'autonomie est le pouvoir de choisir ses propres valeurs et de se diriger selon ses propres lois. Elle est également l'un des quatre principes bioéthiques aidant aux prises de décision médicales (Zielinski, 2009).

Pour terminer, choisir librement c'est choisir selon la raison, libre du déterminisme, des désirs ou de la contrainte des passions (éminemment

personnels). Le suicide pourrait alors se révéler être une expression de la volonté et de la liberté individuelle et intrinsèque à la valeur ultime qui serait la décision de sa propre vie ou de sa mort. L'idéation suicidaire serait alors une manière d'habiter sa propre responsabilité d'être humain (Kiledjian, 2013).

## La théorie du sens de Patricia Starck

La théorie du sens de Patricia Starck s'intéresse au fondement de la motivation chez l'être humain. Elle se base sur la philosophie de Viktor Frankl qui pensait que c'est la quête de sens et de but dans la vie qui détermine la motivation et les comportements humains. Lorsque cette quête est mise en difficulté, plusieurs problèmes peuvent survenir : physiques, psychiques, spirituels (Smith & Liehr, 2014).

Cette théorie permet de saisir toute la portée de la quête du sens dans la vie humaine, de développer les différents concepts retenus, à savoir la vulnérabilité dans laquelle se trouve une personne souffrant de troubles bipolaires et ayant des facteurs de risque pour la tentatives de suicide, la dimension du sens de la vie – concept central de la théorie de Patricia Starck –, la souffrance insupportable qui en découle, la perte d'espoir qui vient asseoir l'idée du suicide comme solution ultime et la liberté de choisir qui est complétement annihilée dans la situation de désespoir et de souffrance dans

Rapport-Gratuit.com

laquelle la personne se trouve. Il s'agit donc d'une théorie de choix pour traiter de la problématique du suicide chez des personnes souffrant de troubles bipolaires.

## Les postulats de la théorie

La théorie de Starck comporte 4 postulats :

- « La recherche de sens d'une personne est la principale motivation de la vie. Cette signification est unique et spécifique en ce sens qu'elle doit et peut être remplie par la personne seule » (Frankl, 1984, cité par Smith & Liehr, 2014, p. 89)
- « Une personne est libre d'être responsable et est responsable de la réalisation du sens de la vie, le logos de l'existence » (Frankl, 1961, cité par Smith & Liehr, 2014, p. 89).
- « Une personne peut trouver un sens à sa vie même lorsqu'elle est confrontée à une situation désespérée, face à un destin qui ne peut être changé » (Frankl, 1984, cité par Smith & Liehr, 2014, p. 89).
- « La vie d'une personne offre un sens à chaque instant et dans chaque situation » (Frankl, 1991, cité par Smith & Liehr, 2014, p. 89)

## Les concepts de la théorie

Trois principaux concepts composent cette théorie :

- Le but de la vie
- La liberté de choisir
- La souffrance humaine

Il est nécessaire de comprendre ces concepts dans trois dimensions que sont le physique (ou le soma), le mental (ou le psychique) et le spirituel (ou le noos) (Frankl, 1969, cité par Smith & Liehr, 2014, p. 90). Ces trois dimensions ont des relations entre elles mais ne sont pas de la même nature. C'est pourquoi Frankl (Frankl, 1969, cité par Smith & Liehr, 2014, p. 90) décrit l'ontologie dimensionnelle qui s'appuie sur 2 lois :

- La première loi explique en quoi un phénomène appartenant à une dimension peut être décrit de plusieurs manières différentes selon le point de vue que l'on en a, donc selon la dimension de laquelle on observe le phénomène. Il utilise pour cela une analogie avec les projections d'un cylindre qui peuvent représenter un rectangle ou un cercle selon qu'on se place de côté ou d'en-dessus
- La deuxième loi démontre que des phénomènes différents et appartenant à des dimensions différentes peuvent conduire à une même représentation dans toutes les dimensions. Il utilise pour cela une analogie avec un cylindre, un cône et une sphère qui ont tous une base en forme de cercle mais qui représentent tout de même des figures différentes.

Rapport-gratuit.com
LE NUMERO 1 MONDIAL DU MÉMOIRES

**But de la vie**

Il s'agit du concept central de la théorie du sens. Il « apporte la satisfaction de sa place dans le monde. Le but de la vie est celui auquel on peut se sentir appelé et auquel on est dédié » (Smith & Liehr, 2014, p. 91). Ce concept est donc directement lié au concept du sens, développé précédemment.

Trois manières de trouver un sens à la vie sont décrites :

- Premièrement, « l'autotranscendance est liée au but de la vie. Elle est décrite comme sortir du soi pour une cause plus grande de soi. (Smith & Liehr, 2014, p. 93) ». Il s'agit donc d'accomplir quelque chose au-delà de son égocentrisme. On peut facilement mettre en lien cette auto-transcendance avec le facteur de transcendance de soi de Tatjana Schnell : « Ce résultat confirme la définition de Frankl de l'auto-transcendance comme condition préalable à la signification » (Schnell & Becker, 2006, p. 126). Dans la pratique, il s'agit de permettre à l'individu de se décentrer du problème, de s'en distancer, de ne plus focaliser son attention sur lui. Cela permet une meilleure autotranscendance.

- Deuxièmement, les expériences de vie et le vécu, animés par l'amour et la rencontre avec l'autre, permettent également à l'individu de trouver du sens à la vie. On peut lier cette deuxième

manière de trouver du sens avec le facteur de bien-être et la communauté décrit par Tatjana Schnell (Schnell, 2009).

- Le choix de sa propre attitude face à l'adversité est une troisième manière de trouver un sens à la vie. « Choisir de rester positif, courageux ou optimiste malgré les circonstances difficiles illustre cette façon de trouver du sens » (Smith & Liehr, 2014, p. 93).

Deux états peuvent révéler un manque de sens :

- « La frustration existentielle est la recherche d'un sens dans lequel il y a un état d'être déstabilisé, de vouloir plus de la vie » (Smith & Liehr, 2014, p. 93).
- « Le vide existentiel est un sentiment de désespoir total, que la vie n'a pas de sens et que tout n'est d'aucune utilité » (Smith & Liehr, 2014, p. 93). Ce sentiment de vide peut survenir chez tout un chacun, en situation de perte, d'insatisfaction avec peur du risque de changer. Les individus peuvent y faire face en recourant à des moyens nuisant à leur santé : alcool, toxiques, addictions. Il est au contraire possible que cette crise soit un stimulant pour le changement et qu'elle permette à l'individu de trouver une vie ayant plus de sens pour lui. Une stratégie thérapeutique consiste en une discussion autour de questions existentielles. Il est question de parler de ses valeurs, de se découvrir soi-même, d'être

authentique en laissant tomber les masques dont on s'est revêtu pour plaire à autrui.

**Liberté de choisir**

« C'est le processus de sélection parmi les options sur lesquelles on a le contrôle » (Smith & Liehr, 2014, p. 94). Dans les situations où l'on n'a pas de contrôle sur les événements, c'est notre attitude vis-à-vis de ces événements que nous pouvons choisir. En effet, « c'est l'attitude de la victime qui détermine le comportement et non les actions du persécuteur. Le droit de choisir sa propre attitude peut être considéré comme une liberté spirituelle ou une indépendance de l'esprit » (Smith & Liehr, 2014, p. 95).

Un individu vulnérable au risque suicidaire voit sa liberté de choix diminuer petit à petit pour ne laisser plus que le suicide comme solution ultime. En effet, du point de vue de la personne, le champ des possibles rétrécit. La crise suicidaire est alors véritablement engagée lorsque la personne perd tout espoir de surmonter ses difficultés et le suicide apparaît comme la solution ultime pour mettre fin à la souffrance.

**Souffrance humaine**

L'expérience de la souffrance est subjective et chaque individu la vit de manière unique. Elle peut consister simplement en une gêne passagère ou se révéler comme une angoisse extrême voire un désespoir. Frankl, lui, voyait la

souffrance comme un défi de la vie auquel on ne doit pas trouver un sens car il n'y en a pas. Par contre, il est possible de trouver un sens malgré la souffrance, il s'agit d'un état d'esprit envers la souffrance. En utilisant cette philosophie, on amène les individus à réaliser que la souffrance est humaine, que tout à chacun la vit et que les individus ont des ressources pour la combattre, qu'importe les circonstances.

Lorsque la souffrance psychique devient insupportable, l'individu est particulièrement vulnérable et est susceptible de perdre le sens de son existence. Il va chercher à mettre fin à sa souffrance par tous les moyens. L'anxiété décuple cette souffrance insupportable. L'une des stratégies pour diminuer cette anxiété est d'aider la personne à agir volontairement de manière contraire à l'objectif souhaité. Cela permet de briser le cercle vicieux de la peur : le sentiment que l'on va avoir peur fait que l'on a peur d'avoir peur, et cette peur d'avoir peur génère encore d'avantage d'anxiété.

**Les relations entre les concepts**

Les relations interconceptuelles de la théorie du sens sont illustrées à travers un schéma montrant qu'un individu tridimensionnel (physique, psychique, spirituel) ayant un but dans la vie, voyage avec la liberté de choix de l'itinéraire malgré des souffrances inévitables (voir Figure 1 dans l'Appendice A).

Il s'agit alors de trouver des stratégies qui permettent à l'être humain de se reconnecter à lui-même, à ses croyances, ses valeurs. Le but est d'aider les personnes à trouver du sens dans leur vie, indépendamment des circonstances.

# Méthode

## Utilisation de la méthode PICOT pour préciser et délimiter la question de recherche

Au vue des différents concepts retenus et décrits dans le chapitre précédant, la question de recherche de ce travail a été formulée avec la méthode PICOT. Cette méthode est un outil permettant de clarifier et de mettre en avant les différents concepts, de diriger la recherche d'articles dans les différentes bases de données et, d'ainsi, systématiser la recherche. La formulation d'une question PICOT demande un découpage préalable qui est le suivant (Melnyk & Fineout-overholt, 2014): « Les jeunes femmes bipolaires ayant tenté de mettre fin à leurs jours » représentent la population. « L'intervention pharmacologique couplée à une psychothérapie » et « l'intervention pharmacologique » sont les interventions choisies. Finalement, « l'impact » concerne le résultat (outcome). De plus un élément comparatif a été introduit dans la question. L'élément de temporalité n'a pas été introduit dans la question de recherche car le travail s'intéresse à des situations de chronicité.

## Elaboration et description de la question de recherche

La question de recherche PICOT est la suivante :

« Quel est l'impact (O) d'une intervention pharmacologique couplée à une psychothérapie comparée (C) à une intervention pharmacologique seule (I) chez les jeunes femmes bipolaires ayant tenté de mettre fin à leurs jours (P) ? »

Cette question a pour but de faire état des types d'interventions existantes pour la population cible et de les comparer afin de mener une analyse sur leur efficacité et efficience. La finalité est de dégager des pistes de réflexion pertinentes pour la pratique.

Cette question clinique de type intervention permettrait, dans un premier temps, de regrouper des travaux actuels sur le sujet et, dans un second temps, de choisir le meilleur traitement pour les patients afin de proposer une prise en charge optimale en s'appuyant sur des données de recherches probantes.

## Critères de sélections des articles

L'exploration de différentes bases de données avec l'intégration de mots-clés spécifiques, ouvre aux différents écrits et travaux scientifiques et permet

Rapport-Gratuit.com

ainsi de répondre à la question PICOT avec des résultats de recherche au plus proche de cette dernière. Pour ce faire, des critères de sélection doivent être déterminés afin d'obtenir des résultats actuels, pertinents et de bonne qualité. Les bases de données utilisées ont été Pubmed, Cinhal, Psychinfo, Medline, Cochrane.

Rapport-gratuit.com
LE NUMERO 1 MONDIAL DU MÉMOIRES

La trame complète de la recherche a été décrite dans le Tableau 1 en Appendice B. La population et l'intervention apparaissent comme étant les éléments principaux de la recherche. S'agissant d'une question type intervention, une dimension comparative y a été intégrée afin de comparer deux sortes d'interventions. Ainsi, le facteur comparatif n'a volontairement pas été inclus dans la recherche mais sera amené dans la discussion des résultats afin d'apporter des pistes de réflexion sur la question clinique de base. De même que le résultat (« outcome »), représenté par l'impact des interventions, sera discuté ultérieurement lors de la mise en commun des résultats de recherche.

Des mots-clés ont été choisis en fonction de la question de recherche et des concepts sous-jacents et permettent de trouver des articles au plus proche de la question PICOT dans les bases de données utilisées. Les mots-clés retenus sont : jeunes femmes, trouble bipolaire, tentative de suicide, interventions pharmacologiques et psychothérapies. La traduction de ces

mots-clés a été réalisée avec l'outil « grand dictionnaire terminologique » (Française, 2012).

La traduction des mots-clés en anglais est la suivante : young women, bipolar disorder, attempted suicide, pharmacological intervention, psychotherapy. Concernant les interventions type psychothérapie, elles comprennent les psychothérapies psychanalytiques, cognitivo-comportementales, systémiques et humanistes.

L'utilisation des bases de données requiert la recherche de descripteurs spécifiques permettant l'utilisation du vocabulaire adéquat. Pour les bases de données PsychInfo et Medline, les descripteurs utilisés sont les descripteurs Ovid dans le répertoire Thésaurus. Pour les autres bases de données, ce sont les descripteurs Mesh qui sont utilisés. Dans la base de donnée Pubmed, « suicide attempts » et « bipolar » ont été utilisés. « Suicide attempt », « bipolar disorders, » « suicide », « intervention », « pharmacological intervention » et « intervention » ont été employés pour la base de données Cochrane. Dans Medline, « bipolar depression », « bipolar disorders », « nursing care » et « caregivers » ont été servis. Concernant Cinahl, « bipolar disorder », « attempted suicide », « pharamcological intervention » et « psychotherapy », ont été utilisés. Finalement, dans la base de données Psychinfo, « bipolar disorder », «attempted suicide »,

Rapport-gratuit.com
LE NUMERO 1 MONDIAL DU MÉMOIRES

« pharmacology », « psychotherapy », « therapy » et « treatment » ont été employés.

## Stratégie de sélection des articles

Il faut mentionner que la méthode de recherche vise à utiliser les mêmes mots-clés dans chaque base mais au vue du nombre restreint d'articles pertinents trouvés, un panel plus varié de descripteurs a été choisi, donnant ainsi plus de résultats. Chaque article a finalement été sélectionné avec des mots-clés individuels.

Une fois les descripteurs identifiés, la suite de la stratégie de recherche demande de spécifier certains critères d'inclusion et d'exclusion qui sont les suivants : la date de publication ne devant pas dépasser les 10 ans, un niveau de preuve élevé, l'intersection « AND » adopté durant toute la recherche afin d'inclure tous les descripteurs dans les résultats et un Impact factor, indicateur de visibilité scientifique, supérieur à 1.5 (Melnyk & Fineout-overholt, 2014).

La requête de recherche a intégré des critères d'exclusions et d'inclusions strictes dès le début de l'exploitation des bases de données afin d'affiner la recherche. La rareté des articles a demandé d'élargir cette requête afin de

permettre plus de résultats. Pour exemple, les critères d'exclusion d'ancienneté des articles sont passés de 5 à 10 ans. Tous les articles trouvés dans les différentes bases de données sont datés entre 2008 pour le plus ancien et 2018 pour le plus récent. Concernant les mots-clés, certains sont récurrents et d'autres ont été volontairement écartés (comme la population « young women » par exemple) au vu du manque de résultats.

Tous les articles retenus ont un impact factor favorable (plus de 1.5) à l'exception de deux articles dont l'Impact Factor est respectivement de 1.1 et 1.2. Les articles choisis ont également un niveau de preuve suffisant. Ils regroupent des méta-analyses, des revues systématiques et des études randomisées. Tous les articles sont de type quantitatif dont leur questionnement permet des propositions d'interventions et de prise en charge de personnes bipolaires. Un total de 15 articles a été retenu.

## Présentation des articles retenus

Les 15 articles retenus pour la synthèse des résultats sont présentés dans le Tableau 2 en Appendice B.

Dans la base de données Pubmed, 7 articles ont été retenus. Le premier, « Lithium in associated with decrease in all-cause and suicide mortality in

high-risk bipolar patients: A nationwide registry-bases prospective cohort study » (Toffol et al., 2015) daté de 2015 a été sélectionné en entrant les mots-clés « bipolar disorder » AND « attempted suicide » AND « pharmacotherapy » et en ajoutant le critère de sélection de 9 ans d'ancienneté. L'impact factor de cet article est de 2.8. Le deuxième article, « Nursed-led delivery of specialist supportive care for bipolar disorder » (Crowe et al., 2012) est une étude randomisée de 2015 trouvée avec les mots-clés « nurse » AND « bipolar disorder » et un critère de sélection de 5 ans d'ancienneté. L'impact factor est de 1.1. Le troisième article daté de 2008, « The role of interpersonal and social rythm therapy in improving occupational functioning in patients with bipolar I disorder » (Frank et al., 2008) a été sélectionné avec les mots-clés « interpersonal therapy » AND « bipolar disorder » avec le critère de sélection de 10 ans d'ancienneté. L'impact factor est de 3.2. Le quatrième article, « the effect of pharmacotherapy on suicide rates in bipolar patients » (Rihmer & Gonda, 2012) a été trouvé avec les mots-clés « bipolar disorder » AND « attempted suicide » AND « pharmacotherapy » en incluant le critère de sélection de 9 ans d'ancienneté, ce dernier étant daté de 2012 et ayant un impact factor de 2.2. Le cinquième article, « traumatic stress interacts with bipolar disorder genetic risk to increase risk for suicide attempts » (Wilcox et al., 2017), daté de 2017, a été sélectionné avec les mots-clés « suicide attempts » AND « bipolar » et avec un critère d'ancienneté de 5 ans. Son impact factor est de 2.7. Le sixième article, « The effect of group psychoeducation program on

medication adherence in patients with bipolar mood disorders» (Rahmani, Ebrahimi, Ranjbar, Razavi, & Asghari, 2016), daté de 2016 a été trouvé avec les mots-clés « bipolar disorder » AND « psychoeducation » avec le critère d'ancienneté de 5 ans. Son impact factor est de 1.2. Le dernier article, « Treatment of suicide attempters with bipolar disorder: a randomized clinical trial comparing lithium and valproate in the prevention of suicidal behavior » (Oquendo et al., 2011), daté de 2013, a été trouvé avec les mots-clés « bipolar disorder » AND « attempted suicide » AND « pharmacotherapy » avec un critère d'ancienneté de 9 ans. Son impact factor est de 3.2.

Dans la base de données Cochrane, 5 articles ont été retenus. Le premier, « psychoeducation and cognitive behavioral therapy for patients with refractory bipolar disorder » (González Isasi, Echeburúa, Limiñana, & González-Pinto, 2014) est un article de 2014 trouvé à partir des mots-clés « bipolar disorder » AND « suicide » AND « psychotherapy » avec les critères de sélection suivants : ancienneté de maximum 10 ans, « title », « abstract » et « keywords ». Son impact factor est de 2.7. Le second article, « ketamine and other glutamate receptor modulators for depression in bipolar disorder in adults » (McCloud et al., 2015) a été sélectionné avec les mots-clés « bipolar disorder » AND « suicide attempt » AND « pharmacological intervention » avec un critère d'ancienneté de 10 ans. Il est daté de 2015 et a un impact

factor de 6. Le troisième article, « Lurasidone in the treatment of bipolar depression with mixed (subsybdromal hypomanic) features: post hoc analysis of a randomized placebo-controlled trial » (McIntyre, Cucchiaro, Pikalov, Kroger, & Loebel, 2015) a été trouvé avec les mots-clés « bipolar disorder » AND « attempted suicide » AND « pharmacology » avec un critère d'ancienneté de 8 ans. Il est daté de 2015 et a un impact factor de 2.8.

Dans la base de données Medline, le seul article retenu, « Randomized trial comparing caregiver-only family-focused treatment to standard health education on the 6-month outcome of bipolar disorders » (Perlick et al., 2018) a été sélectionné avec les mots-clés « bipolar disorder » AND « caregivers » et ajouté à cela un critère de 5 ans d'ancienneté. Il est daté de 2018 et a un impact factor de 3.9.

Dans la base de données Cinahl 5 articles ont été retenus. Le premier article, « 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 disorder task force on suicide in bipolar disorder » (Schaffer et al., 2015) daté de 2015, a été trouvé à l'aide des mots-clés « bipolar disorder » AND « attempted suicide » AND « pharamcological intervention » et avec un critère d'ancienneté de 10 ans. Son impact factor de 4. Le deuxième article, « randomized trial of a brief

familycentred care programme for hospitalized patients with bipolar disorder and their family caregivers » (Lee, Lin, Chen, Su, & Chiang, 2016) a été trouvé avec les mots-clés « bipolar disorder » AND « suicide » AND « intervention » avec un critère d'ancienneté de 8 ans. Son impact factor est de 1.8, il est daté de 2018. Le troisième article, « Suicide and suicide attempts in the systematic treatment enhancement program for bipolar disorder » (Dennehy et al., 2011) a été sélectionné avec les mots-clés « bipolar disorder » AND « suicide » AND « therapy » en ajoutant le critère d'ancienneté de 8 ans. Il est daté de 2012 et a un impact factor de 2.6. Le dernier article, « prospective rates of suicide attempts and nonsuicidal self-injury by young people with bipolar disorder participating in a psychotherapy study » (Inder et al., 2016) est daté de 2016 et a été trouvé avec les mots-clés « bipolar disorder » AND « suicide » AND « psychotherapy » avec le critère d'ancienneté de 10 ans. Son impact factor est de 4.

Aucun article n'a été retenu dans la base de données Psychinfo.

Des grilles de lecture adaptées de Fortin (Fortin & Gagnon, 2010) élaborées pour chacun des articles sont présentés en Appendice C afin de permettre une lecture synthétisée de ces derniers.

# Synthèse des résultats/discussion

## Synthèse des résultats des articles

### (Rihmer & Gonda, 2012): The Effect of Pharmacotherapy on Suicide Rates in Bipolar Patients

Cet article donne des informations sur les effets des interventions médicamenteuses sur les taux de suicide chez les patients bipolaires. Les auteurs ont fait une recension d'écrits sur les thérapies utilisées dans les troubles bipolaires et leur efficacité.

Dans l'étude de Baldessarini et al. (Baldessarini et al., 2006), il a été démontré que le risque de suicide était diminué de 80% avec une thérapie au lithium à long terme. De plus, la létalité des tentatives de suicide semble aussi diminuée. L'étude de Yerevanian et al. démontre que les antipsychotiques atypiques ont des effets stabilisateurs de l'humeur sur le long terme, sans résultat significatif concernant leurs effets sur le suicide. Les traitements qui semblent le moins efficace sont les monothérapies d'antidépresseurs et les antipsychotiques. La thérapie combinée (stabilisateurs d'humeurs et antidépresseurs/antipsychotiques) réduit le risque de suicide mais ne l'élimine pas.

Rapport-Gratuit.com

Certains patients qui ne répondent pas suffisamment à la pharmacothérapie, qui ne tolèrent pas les médicaments ou qui ne sont pas compliants peuvent bénéficier d'interventions psychosociales. Deux des interventions utilisées sont la psychoéducation et la thérapie cognitivo-comportementale. Mise en place rapidement, cette dernière permet de prévenir la non-compliance, changer le style de vie, modifier les conflits familiaux et autres conflits interpersonnels ainsi qu'enseigner aux patients et à la famille à reconnaître les symptômes précoces d'une décompensation bipolaire. Ces interventions réduisent aussi indirectement les risques et la fréquence de tentative de suicide. Les interventions sont efficaces seules mais surtout conjointement avec les stabilisateurs de l'humeur.

**(Toffol et al., 2015): Lithium is associated with decrease in all-cause and suicide mortality in high-risk bipolar patients: A nationwide registry-based prospective cohort study**

Cette étude, analyse l'efficacité du lithium, des antipsychotiques, de l'acide valproïque, des antidépresseurs et des benzodiazépines sur les taux de suicide.

Le résultat expose que le lithium semble être le seul traitement permettant de réduire le risque de suicide entraînant ainsi une baisse de la mortalité. Cependant, l'acide valproique, les antidépresseurs et les

benzodiazépines présentent une hausse du risque de suicide. Pourtant, les antipsychotiques et l'acide valproique sont associés à une diminution du risque de mortalité par suicide. Quant aux benzodiazépines, ils induiraient une augmentation du risque de mortalité par suicide.

**(Oquendo et al., 2011): Treatment of Suicide Attempters With Bipolar Disorder: A Randomized Clinical Trial Comparing Lithium and Valproate in the Prevention of Suicidal Behavior**

Cette étude a examiné si l'efficacité du lithium est supérieure à celle du valproate pour prévenir des événements suicidaires chez des patients exclusivement bipolaires, ayant des antécédents de tentative de suicide.

Aucune différence n'a été montrée entre les groupes de la recherche concernant les variables « temps écoulé avant un événement suicidaire » et « délai avant une tentative de suicide ». En regard des nombreuses études montrant un effet anti-suicide du traitement au lithium, une interprétation possible des résultats de cette étude est que le valproate et le lithium ont un effet bénéfique similaire sur le comportement suicidaire chez les patients bipolaires à haut risque et présentant un épisode dépressif ou mixte.

Rapport-gratuit.com
LE NUMERO 1 MONDIAL DU MÉMOIRES

D'autres recherches seraient utiles afin de confirmer l'importance de l'effet protecteur du lithium contre la tentative de suicide en prenant en compte le risque de décès par surdose.

**(McIntyre, Cucchiaro, Pikalov, Kroger, & Loebel, 2015): Lurasidone in the treatment of bipolar depression with mixed features: post hoc analysis of a randomized placebo-controlled trial**

Cette étude propose d'examiner le traitement de Lurasidone avec une évaluation transversale de la sévérité des symptômes maniaques chez des patients bipolaires de type mixte. Le traitement de Lurasidone par rapport à un traitement placebo s'est révélé être efficace pour la réduction des symptômes de dépression. Néanmoins, le caractère mixte de la pathologie n'influence pas la réponse au traitement étant donné que les résultats étaient significatifs chez les deux populations à l'étude. De plus, le traitement de Lurasidone a été bien toléré durant l'expérience avec un taux d'abandon faible.

**(McCloud et al., 2015): Ketamine and other glutamate receptor modulators for depression in bipolar disorder in adults (Review)**

Cet article examine si les effets de la kétamine et autres récepteurs glutamates soulagent les symptômes de dépression chez les patients bipolaires.

La seule réponse significative de la kétamine, concernant les symptômes de dépression, fut amenée par la dose unique intraveineuse administrée dans les 24 heures. Aux 72 heures, la réponse était encore bonne par rapport au placebo mais pas aussi significative. A une semaine, la réponse est similaire au placebo. On peut ainsi constater que les effets antidépresseurs de la kétamine ne sont pas efficaces sur le long terme, la kétamine ayant un effet rapide mais court. Ce traitement serait donc intéressant pour l'administration en urgence et la gestion de crise.

Aucune réponse significative n'a été identifiée pour le traitement de mémantine par rapport au traitement placebo à une semaine. A quatre semaines, la réponse à la mémantine par rapport au placebo était significative. Néanmoins, à trois mois, aucune réponse significative n'était plus perçue. Aucune différence n'a été trouvée entre la mémantine et le placebo concernant l'effet sur le suicide. La différence entre le placebo et la cytidine n'est pas significative.

**(Schaffer et al., 2015): 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**

Compte tenu du risque élevé de suicide chez les patients bipolaires, quatre domaines ont été examinés: l'épidémiologie, les facteurs de risque, les corrélations neurobiologiques et les interventions cliniques. Un taux de suicide de 164 par 100'000 personnes-années a été dégagé. De plus en plus de preuves montrent également une importance de l'expression des gènes dans la problématique du suicide.

Beaucoup d'études identifient un effet anti-suicide du lithium chez des patients bipolaires mais l'hypothèse n'a pas encore été confirmée d'un plus grand effet protecteur du lithium face à d'autres stabilisateurs de l'humeur. En ce qui concerne les antiépileptiques, les résultats ne sont pas toujours cohérents car certaines études montrent une diminution et d'autres une augmentation du risque suicidaire, ils sont néanmoins fréquemment utilisés (peut-être à cause de la sous-prescription du lithium due au risque de surdosage létal). Les données associant les antipsychotiques, les tentatives de suicide et les patients bipolaires sont rares et souvent non-randomisées et non-répliquées. Un lien significatif a été distingué entre l'utilisation des

antidépresseurs sur six mois et une tentative de suicide, mais l'étude en question n'a pas été conçue pour évaluer le risque suicidaire.

**(Wilcox et al., 2017): Traumatic stress interacts with bipolar disorder genetic risk increase risk for suicide attempts**

Cette étude vise, dans un premier temps, à identifier l'interaction entre le stress traumatique et le score polygénique bipolaire. Dans un second temps, elle analyse l'influence de ces deux facteurs sur les idéations suicidaires, tentatives de suicide et comportements automutilatoires non suicidaires dans une population de descendants ou de parents d'adultes atteints de troubles bipolaires en prenant en compte certains facteurs (le risque génétique du trouble est corrélé avec des comportements suicidaires ou automutilatoires, le risque génétique est associé à un événement traumatique et augmente le risque de suicide ou de comportement automutilatoire). Les résultats démontrent que la vulnérabilité génétique et l'exposition à un traumatisme augmentent le risque de développer des idéations suicidaire et des tentatives de suicide. Les proches de personnes bipolaires ont un risque de développer des idéations suicidaires et de passer à l'acte augmenté de 30% mais ne sont pas plus à risque pour les automutilations non-suicidaires. Des antécédents de traumatismes sont deux fois plus élevés chez les individus ayant tentés de mettre fin à leurs jours. L'exposition à des traumatismes augmenterait donc le risque de comportements suicidaires, en particulier

chez des individus présentant un risque génétique (indépendamment des troubles de l'humeur).

**(Rahmani, Ebrahimi, Ranjbar, Razavi, & Asghari, 2016): The effect of group psychoeducation program on medication adherence in patients with bipolar mood disorder: a randomized controlled trial**

Cette étude vise à étudier l'effet d'une psychoéducation de groupe sur la compliance concernant le traitement médicamenteux, chez des jeunes femmes bipolaires de type I. La non-compliance semble très fréquente chez les patients bipolaires et entraîne une aggravation du pronostic de la maladie. La psychoéducation est basée sur une sensibilisation à la maladie, sur la compréhension des effets des traitements et sur les conséquences négatives de la non-compliance. Les résultats démontrent que le score des outils « medicine check list » et « MARS », permettant une mesure de la compliance, ont augmenté chez le groupe expérimental. En d'autres termes, l'amélioration des connaissances permet d'entraîner un changement d'attitude des individus bipolaires envers leur maladie et sa gestion. Il semblerait donc qu'une sensibilisation permet une meilleure compliance entraînant ainsi une baisse des conséquences négatives de la non-prise du traitement (souffrance personnelle, hospitalisations, qualité de vie réduite, augmentation des coûts pour la santé). De plus, le contact avec des pairs nourri un sentiment de solidarité, permet la déstigmatisation et une

augmentation du soutien social perçu. Il faut également mentionner qu'une relation thérapeutique étroite fait partie intégrante du processus. Finalement, le faible coût de la psychoéducation et sa facilité d'accès permettrait aux soignants d'appliquer aisément cette thérapie.

**(Inder et al., 2016): Prospective rates of suicide attempts and nonsuicidal self-injury by young people with bipolar disorder participating in a psychotherapy study**

Cette étude vise à analyser les taux de tentatives de suicide et d'automutilations non-suicidaires chez des jeunes individus bipolaires ayant suivi plusieurs psychothérapies (psychothérapie interpersonnelle et des rythmes sociaux et thérapie de soutien spécialisée) et à comparer les différences entre les individus avec et sans antécédents de comportements autodommageables. Concernant les résultats, le taux de tentative de suicide est passé de 11% (pré-thérapies) à 1% et le taux d'automutilation non-suicidaire est passé de 15% à 7%. Les caractéristiques des individus ayant eu recours aux deux comportements avaient un diagnostic précoce et une comorbidité élevée. Une psychothérapie intensive semble être efficace pour réduire les comportements autodommageables. Aucune différence notable n'a été relevée concernant le sexe, le type de trouble, l'âge du diagnostic et les comorbidités. Il semblerait que les résultats puissent être directement corrélés au type d'intervention proposée (intervention psychosociale).

Néanmoins, il faut relever que ces résultats puissent avoir été soutenus par le traitement pharmacologique (amélioration des symptômes dépressifs) et par le caractère intensif de la psychothérapie (alliance thérapeutique et vision à long terme des schémas d'humeur et des symptômes permettant une meilleure compréhension des déclencheurs). De plus, la qualité de la relation thérapeutique pourrait être considérée comme un facteur protecteur. Selon l'étude de Dennehy et al. (Dennehy et al., 2011), des suivis cliniques fréquents sont favorables à une baisse des comportements autodommageables. La psychothérapie est également considérée comme un outil permettant la gestion des événements stressants (rupture, défaite) et l'apport d'interprétations alternatives plus positives. Les deux thérapies combinées avec un traitement pharmacologique semblent réduire de manière efficace les comportements autodommageables et les symptômes dépressifs.

**(Dennehy et al., 2011) Suicide and suicide attempts in the Systematic Treatment Enhancement Program for Bipolar Disorder (STEP-BD)**

Cet article examine les taux de suicides chez les patients bipolaires lors de leur participation au programme d'amélioration systématique du traitement des troubles bipolaires (STEP-BD). La STEP-BD associe une étude prospective à des essais contrôlés randomisés comprenant des visites

cliniques fréquentes, des soins fondés sur des données probantes et une évaluation à chaque contact avec le patient.

Le taux de suicide de la STEP-BD est de 0.014 pour 100 personnes-années pour un suivi moyen de 16 mois comparé à 0.48 pour 100 personnes-années chez les patients bipolaires suivis en moyenne 10 ans. Habituellement les suivis plus courts ont des taux de suicide plus élevés. Or, avec la STEP-BD, c'est le contraire qui se produit. Les taux d'événements suicidaires étaient donc plus faibles que prévu, ce qui suggère que ce programme est utile pour les patients souffrant de troubles bipolaires.

**(Crowe et al., 2012): Nurse-led delivery of specialist supportive care for bipolar disorder**

Cette étude a pour objectif d'évaluer l'impact de la «thérapie de soutien spécialisée» dispensée par le personnel infirmier en complément d'une prise en charge standard. Le but était de viser une amélioration de l'autogestion et du fonctionnement et ainsi la réduction des symptômes dépressifs chez des patients atteints de troubles bipolaires de type I ou II. Au travers de cette démarche, la promotion des compétences acquises et une amélioration du sentiment d'auto-efficacité sont travaillées.

Rapport-Gratuit.com

Les résultats ne démontrent aucune différence significative après la thérapie ni aucune augmentation du sentiment d'auto-efficacité des patients ou encore une diminution des symptômes de dépression comme prévu initialement. Il en ressort également la difficulté des patients à s'engager sur du long terme ainsi qu'une durée de thérapie certainement trop courte.

**(Lee, Lin, Chen, Su, & Chiang, 2016): Randomized, controlled trial of a brief family-centred care programme for hospitalized patients with bipolar disorder and their family caregivers**

Cette recherche est un essai contrôlé randomisé comparant la thérapie centrée sur la famille (BFCC) avec un traitement médicamenteux habituel afin de déterminer s'il y a des avantages pour les familles ou les patients souffrant de troubles bipolaires. En effet, un fonctionnement familial satisfaisant semble améliorer la symptomatologie des patients et diminuer le fardeau des familles.

Deux groupes de familles ont été formés. Le premier groupe a reçu un traitement habituel et le deuxième une thérapie centrée sur la famille. Les deux groupes ont assisté à une discussion de routine de 60 minutes sur la violence et la prévention du suicide. Le groupe auquel la thérapie centrée sur la famille a été attribuée a toutefois bénéficié de quatre séances supplémentaires de 90 minutes deux fois par semaine de BFCC.

Les résultats prouvent que cette intervention permet l'amélioration de la fonction familiale et aide à développer la résolution de problèmes ainsi qu'à apprendre à faire face aux conflits. Cependant, aucune amélioration au niveau du fardeau ressenti par la famille n'a été démontrée.

**(Perlick et al., 2018): Randomized trial comparing caregiver-only family-focused treatment to standard health education on the 6-month outcome of bipolar disorder**

Grâce à la randomisation contrôlée de deux groupes, une variante de la FFT (= thérapie axée sur la famille) se concentrant sur les interventions promotrices de la santé axées sur la famille (FFT-HPI) a été comparée à une éducation sanitaire standard (ES) chez des caregivers de patients bipolaires.

Les caregivers du groupe FFT-HPI ont manifesté une diminution des symptômes dépressifs et une amélioration de la santé psychologique globale par rapport aux caregivers du groupe ES. Un bon traitement des caregivers avec FFT-HPI réduisant la dépression est associé avec une diminution des symptômes dépressifs et de manie/hypomanie chez les patients bipolaires.

Le traitement du caregiver uniquement, sans la participation active du patient, peut mener à une amélioration de l'état de santé en ce qui concerne

Rapport-gratuit.com
LE NUMERO 1 MONDIAL DU MÉMOIRES

la dépression et la manie chez le patient atteint de bipolarité. Ce traitement améliore également le niveau de dépression chez le caregiver.

**(Frank et al., 2008): The role of interpersonnal and social rythm therapy in improving occupational functioning in patients with bipolar I disorder**

Cette étude vise à décrire les effets d'un traitement aigu (pharmacothérapie) couplé à une thérapie interpersonnelle et sociale sur le fonctionnement professionnel (altération de la fonction cognitive et exécutive) sur une population bipolaire de type I avec un diagnostic précoce.

Les résultats ne sont pas fortement significatifs mais semblent néanmoins démontrer qu'une telle thérapie permet d'améliorer le fonctionnement de l'individu (stabilisation de la routine, amélioration du rythme circadien, gestion de l'humeur et des événements interpersonnels comme le deuil, transition de rôles, conflits de rôles) plus rapidement qu'une approche psychoéducative qui ne met pas l'accent sur la notion de capacités fonctionnelles. De plus, ces améliorations semblent se maintenir durant la phase post-thérapie durant laquelle les patients ont également été suivis. Finalement, l'efficacité a été démontrée sur la diminution de la période de dépression et le prolongement du délai de récidive de tentative de suicide. Elle permet également de stimuler les patients concernant leurs activités

quotidiennes et professionnelles. Il faut également mentionner que la thérapie montre des améliorations plus rapides chez les femmes que chez les hommes.

**(González Isasi, Echeburúa, Limiñana, & González-Pinto, 2014): Psychoeducation and cognitive-behavioral therapy for patients with refractory bipolar disorder: A 5-year controlled clinical trial**

Grâce à la randomisation contrôlée de deux groupes, l'étude examine l'efficacité d'une thérapie combinant la pharmacologie à la psychoéducation et la thérapie cognitivo-comportementale – dont le but était d'améliorer la connaissance du trouble, de réduire le niveau d'anxiété et d'améliorer le contrôle sur l'humeur – par rapport à un traitement pharmacologique seul dans le traitement des troubles bipolaires réfractaires sur une durée de cinq ans. Les outils utilisés sont l'inventaire de dépression de Beck (BDI), l'échelle d'évaluation de la manie de Young (YMRS), le State-Trait Anxiety Inventory (STAI-S) et le Misadjustment Scale (IS).

Rapport-gratuit.com
LE NUMERO 1 MONDIAL DU MÉMOIRES

Tous les résultats sont significatifs à tous les moments évalués de l'étude. Le groupe expérimental a été moins souvent hospitalisé, présente un taux plus faible de dépression et d'anxiété, a eu significativement moins d'épisode de manie et jusqu'à quatre fois moins de symptômes affectifs et/ou de difficultés socio-professionnelles que le groupe témoin à 5 ans post-

traitement. Les résultats de cette étude corroborent avec d'autres données montrant que les traitements pharmacologiques sont nécessaires mais insuffisant pour traiter avec succès et à long terme les troubles bipolaires réfractaires.

## Développement des résultats en lien avec la question PICOT

Au vu des recherches menées, il apparaît que la problématique des troubles bipolaires est particulièrement complexe à traiter. En effet, les études ne s'accordent pas toujours sur l'efficacité des différents moyens pharmacologiques. L'impact de certains traitements, comme le lithium et le valproate, sur le risque suicidaire semble bien présent mais il est difficile de déterminer quelle médication est la plus efficace. De nombreux biais sont susceptibles de fausser les résultats, dont notamment la sous-prescription du lithium due au risque de décès par surdose. Concernant les autres substances utilisées dans le cadre du trouble bipolaire, les preuves d'efficacité contre le risque suicidaire restent faibles : certaines études attribuent aux antiépileptiques une diminution du risque suicidaire alors que d'autres démontrent une augmentation de ce risque. Les antipsychotiques atypiques semblent jouer un rôle de stabilisateur de l'humeur mais les études sont rares et souvent non-randomisées et non-répliquées. Par ailleurs, certaines substances semblent préférables pour le traitement d'urgence tandis que d'autres ne seront réellement utiles que sur le long terme. Il

semblerait que certains traitements soient mieux tolérés que d'autres et favorisent ainsi une meilleure compliance. La question reste néanmoins fondamentale : comment maintenir la compliance médicamenteuse au mieux et sur la durée dans une population souffrant de troubles de l'humeur et où la non-compliance est très fréquente ? Comment soutenir le patient ayant des antécédents de tentatives de suicide de manière optimale ? A l'image de ce que les auteurs González Isasi, Echeburúa, Limiñana, & González-Pinto (2014) déclarent, la pharmacologie semble indispensable mais insuffisante dans le traitement des troubles bipolaires.

En effet, les personnes ayant des antécédents suicidaires sont très vulnérables et ont un risque accru de récidive. Par ailleurs, la problématique du suicide étant multifactorielle il est primordial d'accompagner ces patients sur du long terme et de manière holistique. Les différentes psychothérapies présentées précédemment dans les articles offrent une palette d'interventions tout à fait pertinentes dans le contexte d'un risque accru de récidive de tentative de suicide dans une population de jeunes femmes bipolaires.

La création et le maintien d'un lien thérapeutique étroit et sur le long terme semble constituer un facteur protecteur et serait essentiel à la bonne évolution du traitement, qu'il soit pharmacologique ou psychothérapeutique.

Ce lien permet notamment une meilleure compliance au traitement. En cela, il peut être soutenu par une psychoéducation permettant à l'individu de mieux comprendre les tenants et aboutissants de sa maladie, de son traitement, des impacts négatifs de la non-compliance et ainsi d'être en mesure de mieux gérer sa maladie. Si cette psychoéducation a lieu en groupe, elle aura l'avantage de favoriser l'échange avec les pairs et ainsi augmenter le soutien social perçu. Par ailleurs, une association entre la psychoéducation et la thérapie cognitivo-comportementale favorise une prise en soin multidimensionnelle, soutient les individus dans un changement de style de vie, dans la gestion des conflits familiaux et interpersonnels ainsi que dans la détection des signes précoces d'une décompensation par le patient et sa famille.

Le programme d'amélioration systématique du traitement des troubles bipolaires (STEP-BD) semble soutenir le fait qu'il est primordial pour le patient d'avoir un contact fréquent avec un soignant et que celui-ci soit correctement formé grâce aux données probantes afin qu'il puisse évaluer le patient lors de chaque visite.

Un patient atteint de troubles bipolaires et vulnérable au risque suicidaire peut faire face à des difficultés ou à un isolement social. Dans le souci d'une vision holistique de la personne, il est primordial de prendre en compte son

environnement social. Des thérapies, plus particulièrement axées sur la famille, peuvent être pertinentes pour soutenir l'individu dans la résolution de problèmes et la gestion des conflits. L'amélioration du fonctionnement social d'un patient atteint de troubles bipolaires permet d'augmenter le soutien social, de réduire le sentiment d'isolement et, pour certaines thérapies, d'améliorer l'état de santé des caregivers. En effet, l'amélioration de la symptomatologie de dépression et de manie du patient peut avoir lieu au travers de l'amélioration de l'état de santé de l'entourage et plus particulièrement des personnes prenant part au soin du patient. Il est également pertinent de préciser que les membres de la famille d'un individu bipolaire sont, non seulement de potentiels modulateurs de symptômes présents chez le patient, mais sont aussi particulièrement vulnérables au développement d'idéations suicidaires et de passage à l'acte.

L'amélioration du fonctionnement de l'individu peut également être favorisée par une psychothérapie interpersonnelle et des rythmes sociaux. Combinée à une médication adaptée, cette thérapie semble réduire les comportements autodommageables, diminuer la période et les symptômes de dépression, prolonger le délai de récidive suicidaire. L'amélioration plus rapide chez les femmes que chez les hommes est également importante à mentionner.

Une combinaison entre la pharmacothérapie et plusieurs psychothérapies semble mener à de bons résultats. En effet, l'association entre une médication adaptée, une psychoéducation et une thérapie cognitivo-comportementale permet une réduction des hospitalisations, une diminution de la symptomatologie du patient (dépression, anxiété, épisodes de manie, symptômes affectifs) et une amélioration de son fonctionnement social.

## Propositions pour la pratique

La sensibilité de la recherche est altérée dû à l'éloignement temporel important des véritables résultats. Il est donc indispensable d'extrapoler avec prudence les conclusions de la recherche à la pratique. Il est néanmoins possible de dégager des perspectives de bonne pratique.

A la base de ces bonnes pratiques se trouve un diagnostic précis et fiable, prenant en compte les phases de la maladie (par exemple manie, dépression, état mixte), les comorbidités (par exemple anxiété, consommation de toxiques), les affections somatiques (par exemple les maladies thyroïdiennes), la phase de vie de la personne (s'agit-il d'un enfant, d'un adolescent, d'une personne en âge de procréer, d'une personne âgée ?). Afin d'avoir une prise en soin de qualité, le soignant devrait s'intéresser particulièrement aux idées suicidaires, au risque d'automutilation, à l'isolement social, à la psychose, aux antécédents familiaux et aux

antécédents suicidaires personnels. Il paraît primordial d'établir et de maintenir une bonne alliance thérapeutique, d'intégrer l'entourage proche de la personne atteinte de troubles bipolaires dans l'éducation thérapeutique et de rechercher activement les effets indésirables du traitement afin de favoriser la compliance thérapeutique. Les facteurs de stress prévisibles ou imprévisibles et les perturbations du sommeil sont également des éléments à examiner de manière régulière, ainsi que la diminution de la fonctionnalité dans la vie quotidienne et dans le milieu professionnel.

**Pharmacothérapie**

Selon les auteurs Goodwin et al. (2016), il est primordial de prescrire le dosage adéquat, de surveiller les effets positifs et les effets indésirables. Le développement du traitement pharmacologique demeure un choix clinique essentiel, modulé par son efficacité et ses réactions indésirables ainsi que les préférences et l'expérience antérieure du patient. En effet, la balance entre les bénéfices et les risques est cruciale dans l'adhésion au traitement. Il s'agit donc de constituer une personnalisation du traitement afin qu'il soit efficace et bien toléré, d'accéder à une bonne adhésion au traitement sur le long terme et une bonne connaissance de la maladie par le patient et les personnes qui participent à sa prise en soin. Le choix du traitement doit être adéquat avec la phase dans laquelle se trouve le patient. En effet, il est pertinent d'instituer un traitement à long terme qui peut être modulé selon

Rapport-Gratuit.com

que le patient passe en phase maniaque aiguë ou en phase dépressive aiguë. Il est donc nécessaire de s'assurer du bon dosage et de la bonne tolérance du traitement selon la phase dans laquelle le patient se trouve. Il est également important d'éviter au maximum la polypharmacie inutile (Goodwin et al., 2016).

**Phase maniaque aiguë**

Selon les auteurs Goodwin et al. (2016), les antagonistes de la dopamine sont les traitements ayant l'effet anti-maniaque le plus rapide dans une phase maniaque aiguë. Les autres traitements efficaces dans cette phase sont l'halopéridol, l'olanzapine, la rispéridone et la quétiapine. Le valproate constitue une alternative comportant moins de dyskinésies mais est à proscrire pour les femmes en âge de procréer (tératogène pour le fœtus). La carbamazépine et le lithium sont également des options. Si l'effet recherché est un effet sédatif, il est pertinent d'utiliser des benzodiazépines (Goodwin et al., 2016).

Selon les auteurs Fountoulakis et al. (2017), plus un traitement est efficace, plus il comporte des effets indésirables. Cette étude précise également qu'un traitement combiné avec un antipsychotique atypique et du lithium ou du valproate constitue le traitement le plus adéquat pour la phase

maniaque aiguë mais comporte aussi beaucoup d'effets secondaires (Fountoulakis et al., 2017).

**Phase dépressive aiguë**

Selon les auteurs Goodwin et al. (2016), l'éventail des traitements efficaces dans la phase dépressive aiguë est limité. Le choix des antidépresseurs par extrapolation du traitement de la dépression unipolaire est contesté mais reste néanmoins la pratique la plus utilisée. Ceux-ci doivent néanmoins être co-prescrits avec un traitement anti-maniaque (par exemple antagonistes de la dopamine que sont la quétiapine, l'olanzapine et le lurasidone, lithium, valproate). L'électroconvulsivothérapie (ECT) peut également être proposée aux patients ayant un risque suicidaire élevé, résistant au traitement ou présentant une psychose (Goodwin et al., 2016).

**Traitement d'entretien**

Un traitement continu semble plus pertinent qu'un traitement intermittent dans la prévention des troubles de l'humeur. La monothérapie au lithium semble efficace dans la prévention des décompensations maniaques, dépressives et mixtes. Il est alors essentiel de surveiller la biochimie du traitement en s'assurant que les concentrations plasmatiques du lithium soient dans la zone thérapeutique. L'olanzapine, la quétiapine, la rispéridone

Rapport-gratuit.com
LE NUMERO 1 MONDIAL DU MÉMOIRES

en injection à action prolongée et, dans une moindre mesure, le valproate semble prévenir la décompensation maniaque. La lamotrigine, la quétiapine et la lurasidone semble prévenir la décompensation dépressive. Des compléments au traitement peuvent également être indiqués lors de la présence d'un stresseur important imminent ou existant ou des symptômes précoces d'une décompensation (comme par exemple l'insomnie ou l'anxiété) (Goodwin et al., 2016).

**Psychothérapie**

Selon les auteurs Goodwin et al. (2016), les interventions psychothérapeutiques constituent une amélioration des soins aux patients. Elles permettent de compléter le traitement médicamenteux mais en aucun cas de le remplacer. En effet, il y a très peu de preuves sur l'efficacité des traitements psychosociaux seuls. La pharmacothérapie est donc nécessaire mais elle peut être soutenue par des interventions psychosociales impliquant idéalement la famille et les partenaires de la personne atteinte de troubles bipolaires (Goodwin et al., 2016).

Toujours selon Goodwin et al. (2016), les éléments incontournables d'une psychothérapie utile dans les troubles bipolaires sont une surveillance de l'humeur et des signes précoces de décompensation, une bonne connaissance et gestion des facteurs de stress et des conflits

interpersonnels, une planification de prévention des décompensations, une stabilisation du rythme circadien, une recommandation à la bonne observance thérapeutique, une diminution de l'auto-stigmatisation et une diminution de la consommation de toxiques. Un consensus a été dégagé selon lequel la composante éducative des patients et de leurs proches permet une meilleure gestion à long terme de la maladie lorsque ces derniers ont un haut degré d'implication. De plus, un défi majeur de l'intervention psychologique est sa mise en place précoce afin de favoriser le traitement sur le long terme (Goodwin et al., 2016).

La psychoéducation semble être l'intervention psychologique de premier choix. En groupe ou de manière individuelle, cette thérapie permet au patient d'acquérir de meilleures connaissances sur sa maladie et de prévenir la décompensation. En ce qui concerne la thérapie cognitivo-comportementale, sa mise en place systématique ne semble pas justifiée pour tous les patients. En effet, il apparaît que la thérapie cognitivo-comportementale soit équivalente à la psychoéducation de groupe mais plus coûteuse. Cependant, cette thérapie semble tout de même accélérer le processus de rétablissement de la dépression et entraver la cascade de symptômes maniaques. Elle peut donc être recommandée pour les patients souffrant de fréquentes décompensations. La thérapie du rythme interpersonnel et social permet, quant à elle, d'instaurer une plus grande

régularité non seulement dans le rythme circadien, mais aussi dans les rythmes sociaux. De plus, elle semble permettre la prolongation du délai d'épisode affectif. Les interventions familiales ou impliquant les caregivers ne sont pas nécessairement pertinentes pour tous les patients. Il semble néanmoins que, dans la population jeune atteinte de troubles bipolaire, cette thérapie permet de partager des aspects psychoéducatifs au sein de la famille, notamment des techniques de communication et de résolution de problèmes (Goodwin et al., 2016).

# Conclusion

La question de recherche visait, dans un premier temps, une production scientifique et culturelle à portée sociale et une formation personnelle théorique. La poursuite de ces objectifs à conduit à faire un état des lieux des interventions pharmacologiques et non pharmacologiques proposées aux patients bipolaires suicidaires et ayant fait l'objet d'une recherche scientifique. Dans un second temps, ce document a permis de dégager des perspectives et propositions pertinentes sous forme de recommandations pour la pratique et pour la recherche en regard des conclusions des recherches du présent travail.

## Apports du travail de Bachelor

Les éléments facilitants concernant cette recherche sont multiples et méritent d'être cités. La cohésion du groupe de travail peut être mentionnée comme un élément facilitant car elle a permis une harmonie et une dynamique efficace afin de mener à bien toutes les étapes de ce travail dans les meilleures conditions. L'encadrement et la disponibilité du directeur de Travail de Bachelor ont fortement contribué à son bon déroulement, au travers de conseils avisés et de suggestions de qualité grâce à une expertise professionnelle. De plus, une initiation à la recherche et à ses diverses modalités, durant le cursus Bachelor, a permis certains acquis qui ont été

précieusement utilisés, spécifiquement dans le chapitre de la méthode, pour diriger les recherches dans les diverses bases de données de manière efficiente et correcte. Finalement, l'intérêt marqué pour le thème choisi et la modeste expérience obtenue durant les divers stages dans le domaine psychiatrique ont permis aux participantes d'aborder ce travail avec motivation et curiosité.

Concernant les éléments contraignants, le statut de novice en recherche a nécessité, tout au long du travail, des remaniements et des clarifications de la trame initiale afin de garder une ligne directrice pertinente. Il est utile d'ajouter que le stress inhérent aux études, comportant ses activités parallèles, ses échéanciers d'autres travaux ont pu entraver la bonne restitution du présent travail. De plus, la communication entre les participantes par messages électroniques a pu donner lieu à certaines incompréhensions. Finalement, il faut également citer la barrière de la langue. En effet, les articles scientifiques étant pratiquement tous rédigés en anglais, la restitution fidèle des textes d'origine a parfois été délicate.

## Limites

Quelques limites sont à mentionner, pouvant être considérées pour un éventuel futur projet de recherche afin de permettre une révision des biais sous-jacents. L'impact factor des articles retenus constitue la première limite

de ce travail, spécifiquement concernant deux articles. En effet, ces derniers ayant des indicateurs IF de 1.1 et 1.2 ne permettent pas d'affirmer que le journal correspondant répond à une visibilité suffisante en raison du nombre restreint de citations. Il est possible que cela soit dû au domaine des soins infirmiers lui-même, qui reste à l'heure actuelle une discipline jeune et restreint dans la publication scientifique et dans la recherche. La deuxième limite à mentionner est la nature des mots-clés entrés dans les bases de données. En effet, ceux-ci n'englobent précisément pas la population choisie, ni la théorie sélectionnée. De fait, certains éléments importants de cette recherche ne figurent pas dans les articles scientifiques sélectionnés. Finalement, les articles en question n'atteignent pas tous le meilleur niveau de preuves même si ceux-ci restent dans une bonne moyenne.

## Perspectives pour la recherche et pour la pratique

Concernant les perspectives pour la recherche, il est utile de soulever que certaines interventions scientifiquement analysées, telles que le lithium et certaines psychothérapies, ont démontré des résultats intéressants concernant la baisse du taux de suicide et de récidive chez les patients bipolaires. Cependant, les éléments fondamentaux tels que les concepts de sens et de libre choix, en lien avec la suicidalité des personnes bipolaires, devraient être examinés ultérieurement pouvant ainsi faire objet d'une prochaine recherche. Par ailleurs, il est reconnu que la pathologie du trouble

bipolaire reste relativement peu étudiée et les recherches, tant sur la psychopharmacologie que sur les interventions psychosociales, pertinentes et dont la méthodologie est bien menée pour ce trouble sont très rares (Goodwin et al., 2016). Des essais à plus grande échelle et sur une durée plus longue seraient les bienvenus. En effet, l'éloignement temporel important des véritables résultats altère considérablement la sensibilité de la recherche (Goodwin et al., 2016). Différentes variables devraient pouvoir être étudiées, notamment la comparaison précise entre différentes psychothérapies et leurs composantes (et non pas simplement l'usage d'un « traitement comme d'habitude ») devrait permettre choisir un traitement psychosocial pertinent et adapté (Goodwin et al., 2016).

Il est néanmoins possible de dégager des recommandations pertinentes pour la pratique des soignants accompagnant des personnes atteintes de troubles bipolaires : une vision holistique de la personne, la création et le maintien de l'alliance thérapeutique, la surveillance et l'évaluation fréquente d'éléments spécifiques dont l'adhésion au traitement, la présence d'effets indésirables, de facteurs de stress, d'anxiété, de troubles du sommeil, de changement d'humeur, de risque d'automutilation ou d'idées suicidaires, le soutien au patient dans la connaissance de sa maladie et de sa manière de la vivre et de la gérer, la détection des signes précoces de décompensation, un soutien dans la gestion des conflits interpersonnels et de la résolution de

Rapport-Gratuit.com

problèmes, dans la régularité des activités de la vie quotidienne et de l'insertion sociale. Il est également utile de rappeler la vulnérabilité dans laquelle peuvent se trouver les caregivers de personnes atteintes de troubles bipolaires et qui ne doivent pas rester sur la touche de la prise en soin.

L'implication du soignant au quotidien avec les patients doit permettre d'accorder une importance particulière au développement de l'autonomie et à l'insertion sociale des individus, dans une vision holistique et une individualisation des soins. La recherche de sens dans la relation thérapeutique, l'empathie, l'écoute et le respect des questions éthiques permet au soignant de créer un lien de confiance solide avec le patient et favorise ainsi des soins de qualité et le maintien d'une qualité de vie optimale pour les personnes atteintes de troubles bipolaires.

# Références

Rapport-gratuit.com
LE NUMERO 1 MONDIAL DU MÉMOIRES

American Psychiatric Association Staff, & Kernberger, C. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder DSM-5* (Elsevier M). Paris : Amerian Psychiatric Association Publishing.

Arman. (2014). Avons-nous le choix de nos choix? Repéré à http://www.accordphilo.com/2014/04/avons-nous-le-choix-de-nos-choix.html

Association « FSSZ ». (2018). FSSZ. Repéré à http://fssz.ch

Association neuchâteloise pour la prévention du suicide. (2008). Parlons-en. Repéré à http://www.suicide-parlons-en.ch/

Association « Pars Pas ». (n.d.). Accueil. Repéré à http://www.parspas.ch/page-fr-2-Accueil.html

Baldessarini, R., Tondo, L., Davis, P., Pompili, M., Goodwin, F., & Hennen, J. (2006). Decreased risk of suicides and attemps during long-term lithium treatment: A meta-analytic review. *Bipolar Disorders*, *8*, 625-639. https://doi.org/10.1111/j.1399-5618.2006.00344.x

Battista, J., & Almond, R. (1973). The development of meaning in life. *Psychiatry*, *36*, 409-427.

Beck, A. T., Brown, G., Berchick, R. J., Stewart, B. L., & Steer, R. A. (1990). Relationship between hopelessness and ultimate suicide: a replication with psychiatric outpatients. *American Journal of Psychiatry*, *147*(2), 190-195. https://doi.org/10.1176/foc.4.2.291

Bernard, M. (2013). La détresse existentielle est un défi majeur pour les soins palliatifs: A la recherche du sens de la vie. *Revue spécialisée Curaviva décembre 2013 : Soins palliatifs*, 19-21.

Bertolote, J. M., Fleischmann, A., Leo, D. De, Phillips, M. R., Botega, N. J., Vijayakumar, L., … Schlebusch, L. (2010). Repetition of Suicide Attempts Data from Emergency Care Settings in Five Culturally Different Low- and Middle-Income Countries Participating in the WHO SUPRE-MISS Study, *31*(4), 194-201. https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000052

Blay, M. (2006). *Dictionnaire des concepts philosophiques* (CNRS). (S.l.) : Larousse.

Bourgeois, M.-L., Gay, C., Henry, C., & Masson, M. (2014a). *Les troubles bipolaires*. Paris : Lavoisier.

Bourgeois, M.-L., Gay, C., Henry, C., & Masson, M. (2014b). *Les Troubles Bipolaires*. Paris : Lavoisier.

Brodiez-Dolino, A. (2016). Le concept de vulnérabilité. Repéré à http://www.laviedesidees.fr/Le-concept-de-vulnerabilite.html

Cannon, K. E., & Hudzik, T. J. (2014). *Suicide: Phenomenology and Neurobiology - Stress and Vulnerability* (1re éd.). (S.l.) : Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-319-09964-4

Carper, B. A. (1978). Fundamental patterns of knowing in nursing. *ANS. Advances in nursing science*, *1*(1), 13-24.

Chinn, P. L., & Kramer, M. K. (2008). *Integrated theory and knowledge development in nursing*. St.Louis : Mosby Elsevier.

Cordial. (2018). Définition : tentamen. Repéré à https://www.cordial.fr/dictionnaire/definition/tentamen.php

Crowe, M., Inder, M., Carlyle, D., Wilson, L., Whithead, L., Panckhurst, A., … Joyce, P. (2012). Nurse-led delivery of specialist supportive care for bipolar disorder: a randomized controlled trial. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, *19*, 446-454.

Crumbaugh, J. C. (1977). The seeking of noetic goals test; complementary scale to the purpose in life test. *Journal of clinical psychology*, *8*, 900-907.

Dennehy, E. B., Marangell, L. B., Allen, M. H., Chessick, C., Wisniewski, S. R., & Thase, M. E. (2011). Suicide and suicide attempts in the Systematic Treatment Enhancement Program for Bipolar Disorder (STEP-BD). *Journal of Affective Disorders*, *133*(3), 423-427. https://doi.org/10.1016/j.jad.2011.04.036

Dufault, K., & Martocchio, B. (1985). Symposium on compassionate care and the dying experience. Hope: its spheres and dimensions. *The Nursing clinics of North America*, *20*(2), 379-391.

Ebersole. (1998). *Human needs and nursing response* (5e éd.). Paris : Lavoisier.

Farré, A., Portella, M. J., De Angel, L., Díaz, A., de Diego-Adeliño, J., Vegué, J., … Pérez, V. (2016). Benefits of a secondary prevention program in suicide: A 1-year follow-up experimental study compared with a treatment-as-usual control group. *Crisis*, *37*(4), 281-289. https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000388

Fawcett, J. (1984). The metaparadigm of nursing: present status and future refinement. *Journal of Nursing Scholarship*, *16*(3), 84-87.

Fawcett, J. (2005). *Contemporary Nursing Knowledge: Analysis and Evaluation of Nursing Models and Theories*. Philadelfia : F.A. Davis Company.

Fortin, F., & Gagnon, J. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche: Méthodes quantitatives et qualitatives*. Montréal : Chenelière

éducation.

Fouilhoux, N. (2006). Troubles bipolaires et suicide. *L'Encéphale*, *32*(3-C2), 6-9. https://doi.org/ENC-1-2006-32-6-13-7006-101019-200630057

Fountoulakis, K. N., Yatham, L., Grunze, H., Vieta, E., Young, A., Blier, P., … Moeller, H. J. (2017). The international college of neuro-psychopharmacology (CINP) treatment guidelines for bipolar disorder in adults (CINP-BD-2017), Part 2: Review, grading of the evidence, and a precise algorithm. *International Journal of Neuropsychopharmacology*, *20*(2), 121-179. https://doi.org/10.1093/ijnp/pyw100

Française, O. québécois de la langue. (2012). Le grand dictionnaire terminologique (GDT).

Frank, E., Soreca, I., Swartz, H., Fagiolini, A., Mallinger, A., Thase, M., … Kupfer, D. (2008). The role of interpersonal and social rhythm therapy in improving occupational functioning in patients with bipolar I disorder. *American Journal of Psychiatry*, *165*(12), 1559-65. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2008.07121953

Goglin, J.-M. (2013). Déterminisme, contrainte et liberté. Contribution à une théorie thomiste de la liberté de choix. Repéré à https://halshs.archives-ouvertes.fr/file/index/docid/841531/filename/JMG_Contribution_A_une_thA_orie_thomiste_de_lalibertA_de_choix.pdf

González Isasi, A., Echeburúa, E., Limiñana, J. M., & González-Pinto, A. (2014). Psychoeducation and cognitive-behavioral therapy for patients with refractory bipolar disorder: A 5-year controlled clinical trial. *European Psychiatry*, *29*(3), 134-141. https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2012.11.002

Goodwin, G. M., Haddad, P. M., Ferrier, I. N., Aronson, J. K., Barnes, T. R. H., Cipriani, A., … Young, A. H. (2016). Evidence-based guidelines for treating bipolar disorder: Revised third edition recommendations from the British Association for Psychopharmacology. *Journal of Psychopharmacology*, *30*(6), 495-553. https://doi.org/10.1177/0269881116636545

Gourier-Fréry, C., Beltzer, N., & Ulrich, V. (2016). Données et actions des associations de prévention du suicide en France. *SUICIDE Connaître pour prévenir : dimensions nationales, locales et associatives*, 61-114.

Hawton, K., Sutton, L., Haw, C., Sinclair, J., & Harriss, L. (2005). Suicide and attempted suicide in bipolar disorder : a systematic review of risk factors. *Journal of Clinical Psychiatry*, *66*(6), 693-704.

Inder, M. L., Crowe, M. T., Luty, S. E., Carter, J. D., Moor, S., Frampton, C. M., & Joyce, P. R. (2016). Prospective rates of suicide attempts and

nonsuicidal self-injury by young people with bipolar disorder participating in a psychotherapy study. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, *50*(2), 167-173. https://doi.org/10.1177/0004867415622268

Ipsilon. (2015). Ipsilon | Home. Repéré à http://www.ipsilon.ch/fr/home.cfm

Jamison, K. R. (2000). Suicide and bipolar disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, *61(suppl 9*, 47-51.

Jaques, P., & Ros, E. (2001). L ' Ecrit.

Judd, L., & Akiskal, H. (2003). The prevalence and disability of bipolar spectrum disorders in the US population: re-analysis of the ECA database taking into account subthreshold cases. *Journal of Affective Disorders*.

Kamieniak, J.-P. (2008). Accident, hasard et destin chez Freud. *Le coq-héron*, *195*, *no 4*, 66-74. https://doi.org/10.3917/cohe.195.0066

Kiledjian, E. (2013). Le suicide, ultime liberté ou détresse profonde ? *Jusqu'à la mort accompagner la vie*, *4*(115), 5-10.

Kymla, J., & Vehviläinen-Julkunen, K. (1997). L'espoir dans la recherche en soins infirmiers: une méta analyse des fondements ontologiques et épistémologiques de la recherche sur l'espoir. *Journal of Advanced Nursing*, *25*, 364-371.

Le Bouëdec, G., & Tomamichel, S. (2003). *Former à la recherche en éducation et formation*. Paris : L'Harmattan.

Lee, H., Lin, E. C., Chen, M., Su, T., & Chiang, L. (2016). Randomized, controlled trial of a brief family-centred care programme for hospitalized patients with bipolar disorder and their family caregivers. *International Journal of Mental Health Nursing*, 61-71. https://doi.org/10.1111/inm.12294

Liendle, M. (2012). Vulnérabilité. Dans *Les concepts en sciences infirmières* (2e éd., pp. 304-306). Toulouse : Association de recherche en soins infirmiers (ARSI). https://doi.org/10.3917/arsi.forma.2012.01.0304

Littré, E. (2014). Dictionnaire de la langue française. Repéré à https://www.littre.org/definition/vulnérable

Martin, C. (2013). Penser la vulnérabilité. *European Journal of Disability Research*, *4*, 293-298. https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.alter.2013.09.004

Mathias, C. W., Michael Furr, R., Sheftall, A. H., Hill-Kapturczak, N., Crum, P., & Dougherty, D. M. (2012). What's the Harm in Asking About Suicidal Ideation? *Suicide and Life-Threatening Behavior*, *42*(3), 341-351.

https://doi.org/10.1111/j.1943-278X.2012.0095.x

McCloud, T., Caddy, C., Jochim, J., Rendell, J., Diamond, P., Shuttleworth, C., … Cipriani, A. (2015). Ketamine and other glutamate receptor modulators for depression in bipolar disorder in adults ( Review ). *The Cochrane database of systematic reviews*, *29*(9). https://doi.org/10.1002/14651858.CD011611.pub2.

McIntyre, R. S., Cucchiaro, J., Pikalov, A., Kroger, H., & Loebel, A. (2015). Lurasidone in the treatment of bipolar depression with mixed (subsyndromal hypomanic) features: Post hoc analysis of a randomized placebo-controlled trial. *Journal of Clinical Psychiatry*, *76*(4), 398-405. https://doi.org/10.4088/JCP.14m09410

Melnyk, B. M., & Fineout-overholt, E. (2014). *Evidence-based Practice in Nursing & Healthcare* (3e éd.). Pays-Bas : Wolters Kulwer.

Miamboula, P. (2013). Le statut existentiel du choix chez Jean Paul Sartre. *Ethiopiques*. Repéré à http://ethiopiques.refer.sn/spip.php?page=imprimer-article&id_article=1890

Milhomme, D., Gagnon, J., & Lechasseur, K. (2014). L ' intégration des savoirs infirmiers pour une pratique compétente en soins critiques : quelques pistes de réflexion. *L'infirmière clinicienne*, *11*(1).

Minkoff, K., Bergman, E., Beck, A. T., & Beck, R. (1973). Hopelessness, Depression, and Attempted Suicide. *The American Journal of Psychiatry*, *130*(4), 455-459.

Mirabel-Sarron, C., & Leygnac-Solignac, I. (2011). *Les troubles bipolaires: de la cyclothymie au syndrome maniaco-dépressif* (2e éd.). Paris : Dunod.

NIMH. (2017, mars). Suicide Prevention. *National Institute of Mental Health*.

Observatoire Suisse de la santé. (2016). Suicide. Repéré à https://www.obsan.admin.ch//fr/indicateurs/suicide

Office fédéral de la santé publique (OFSP), Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS), & fondation Promotion Santé Suisse. (2016). *La prévention du suicide en Suisse*. Berne.

Office fédéral de la statistique. (2016). Taux de suicide. Repéré à https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/developpement-durable/monet/tous-selon-themes/conditions-de-vie/taux-suicide.html

OMS. (2017). Troubles mentaux. Repéré à http://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders

Oquendo, M., Hanga, M., Galfalvy, C., Currier, D., Grunebaum, M., Sher, L., … Parsey, R. (2011). Treatment of Suicide A ttempters With Bipolar

Disorder: A R andomized Clinical Trial Comparing Lithium and Valproate in the Prevention of Suicidal Behavior. *American Journal of Psychiatry*, *168*(10), 1050-1056. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2011.11010163

Organisation mondiale de la Santé. (1994). *Classification Internationale des Troubles Mentaux et des Troubles du Comportement CIM-10* (Elsevier M). Paris : Organisation Mondiale de la Santé.

Organisation mondiale de la Santé. (2004). Le suicide: Un problème de santé énorme mais évitable. Repéré à www.who.int/mediacentre/newa/release/2004/pr61/fr/

Organisation mondiale de la Santé. (2014). *Prévention du suicide: l'état d'urgence mondiale*. Genève : Editions de l'OMS.

Organisation mondiale de la Santé. (2017). Suicide. *Organisation mondiale de la Santé*. World Health Organization. Repéré à http://www.who.int/topics/suicide/fr/

Perlick, D. A., Jackson, C., Grier, S., Huntington, B., Aronson, A., Luo, X., & Miklowitz, D. J. (2018). Randomized trial comparing caregiver-only family-focused treatment to standard health education on the 6-month outcome of bipolar disorder. *Bipolar Disorders*, (January), 1-12. https://doi.org/10.1111/bdi.12621

Rahmani, F., Ebrahimi, H., Ranjbar, F., Razavi, S. S., & Asghari, E. (2016). The Effect of Group Psychoeducation Program on Medication Adherence in Patients with Bipolar Mood Disorders: a Randomized Controlled Trial. *Journal of Caring Sciences*, *5*(4), 287-297. https://doi.org/10.15171/jcs.2016.030

Raoult, P. A. (2006). Clinique et psychopathologie du passage à l'acte. *Bulletin de psychologie*, *Numéro 481*(1), 7. https://doi.org/10.3917/bupsy.481.0007

Reisch, T. (2012). Wo kann Suizidprävention ansetzen? Vorschlag eines 6-Phasen-Modells suizidaler Krisen. *Psychiatrische Praxis*, *39*(6), 257-258. https://doi.org/10.1055/s-0032-1305205

Résiste. (n.d.). Accueil - Résiste. Repéré à http://www.sos-resiste.ch

Reverso. (2018). Définition TS. Repéré à http://dictionnaire.reverso.net/francais-definition/TS

Rey, A. (1992). *Dictionnaire historique de la langue française*. Paris : Le Robert.

Rihmer, Z., & Gonda, X. (2012). The Effect of Pharmacotherapy on Suicide Rates in Bipolar Patients. *CNS Neuroscience and Therapeutics*. https://doi.org/10.1111/j.1755-5949.2011.00261.x

Sande, V. Der, & Engeland, H. Van. (1997). Psychosocial intervention following suicide atternDt : a svstematic review of treatment interventions, (7), 43-50.

Sarasy, B. (2012). *Les concepts en sciences infirmières - Espoir* (2e éd.). Toulouse : ARSI. https://doi.org/10.3917/arsi.forma.2012.01.0182

Sartre, J. P. (1948). *L'Être et le néant*. Paris : Gallimard.

Schaffer, A., Isometsä, E. T., Tondo, L., Moreno, D. H., Sinyor, M., Lars Vedel, K., … Yatham, L. (2015). 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. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, *49*(9), 785-802. https://doi.org/10.1177/0004867415594427

Schnell, T. (2009). The source of meaning and meaning in life questionnaire (SoMe). *Journal of positive psychology*, *4*, 483-499.

Schnell, T., & Becker, P. (2006). Personality and meaning in life. *Personality and Individual Differences*, *41*(1), 117-129. https://doi.org/10.1016/j.paid.2005.11.030

Smith, M. J., & Liehr, P. R. (2014). *Middle rang theory for nursing*. New York : Springer.

Spitzer, R. L. (1980). *DSM-III. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder*. Paris : American Psychiatric Association.

Steger, M. F., Kashdan, T. B., Sullivan, B. A., & Lorentz, D. (2008). Understanding the search for meaning in life: personality, cognitive style and the dynamic between seeking and experiencing meaning. *Journal of personality*, *2*, 199-228. https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.2007.00484.x

Rapport-gratuit.com
LE NUMERO 1 MONDIAL DU MÉMOIRES

STOP SUICIDE. (n.d.). Interventions. Repéré à https://stopsuicide.ch/nos-actions/interventions-aupres-des-jeunes-adultes/

Toffol, E., Hätönen, T., Tanskanen, A., Lönnqvist, J., Wahlbeck, K., Joffe, G., … Partonen, T. (2015). Lithium is associated with decrease in all-cause and suicide mortality in high-risk bipolar patients: A nationwide registry-based prospective cohort study. *Journal of Affective Disorders*, *183*, 159-165. https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.04.055

van der Sande, R., Buskens, E., Allart, E., van der Graaf, Y., & van Engeland, H. (1997). Psychosocial intervention following suicide attempt : a svstematic review of treatment interventions, (7), 43-50.

Wilcox, H., Fullerton, J., Glowinski, A., Benke, K., Kamali, M., Hulvershorn, L.,

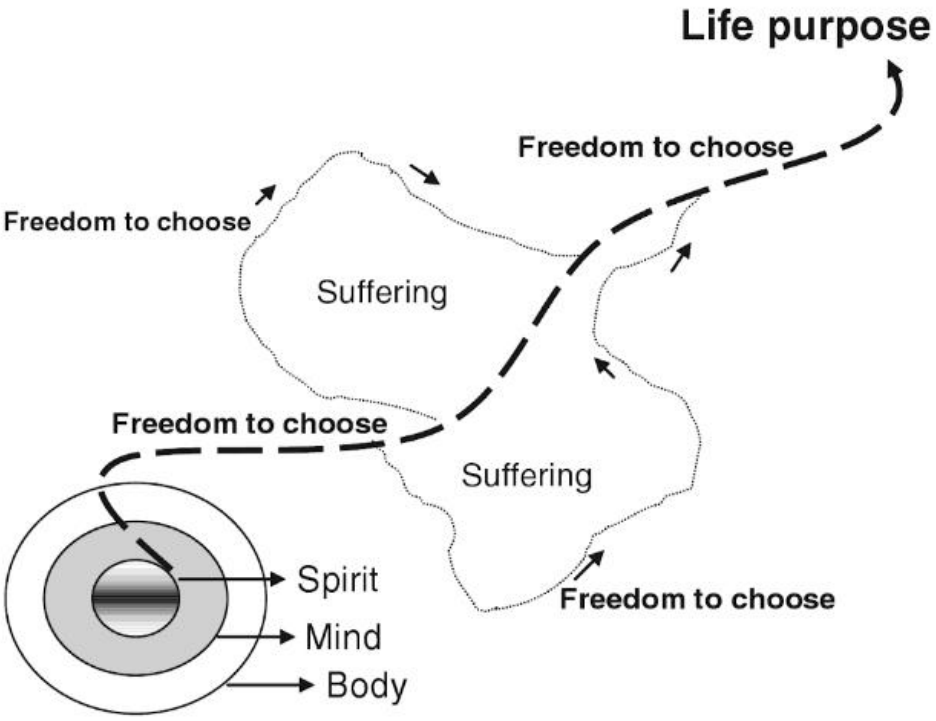
… Numberger, J. (2017). Traumatic Stress Interacts With Bipolar Disorder Genetic Risk to Increase Risk for Suicide Attempts. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *56*(12), 1073-1080. https://doi.org/10.1016/j.jaac.2017.09.428

Zielinski, A. (2009). Le libre choix. De l'autonomie rêvée à l'attention aux capacités. *Gérontologie et société*, *32*(131), 11-24. https://doi.org/10.3917/gs.131.0011

Rapport-Gratuit.com

# **Appendice A** : Figures

**Figure 1 : Relations interconceptuelles de la théorie du sens de Patricia Stark**




Tiré de :

Smith, M. J., & Liehr, P. R. (2014). Middle rang theory for nursing. New York : Springer, page 97.

Rapport-gratuit.com
LE NUMERO 1 MONDIAL DU MÉMOIRES

**Appendice B** : Tableaux

## Tableau 1 : Critères de la question PICO

| | P | I | C | O |
|---|---|---|---|---|
| **Mots-clés** | - Jeunes femmes<br>- Troubles bipolaires<br>- Tentative de suicide | - Intervention pharmacologique<br>- Intervention non pharmacologique | | Impact |
| **Mots-clés Anglais (traduction GDT)** | - young women<br>- bipolar disorder<br>- attempted suicide | - pharmacological intervention<br>- communication strategy, nursing care, caregivers, psychotherapy | | |
| **Descripteurs (Pubmed)** | - suicide attempts<br>- bipolar<br>- bipolar disorder<br>- attempted suicide | - pharmacotherapy<br>- interpersonal therapy<br>- psychoeducation | | |
| **Descripteurs (Cochrane)** | - suicide attempt<br>- bipolar disorders<br>- suicide | - Intervention<br>- Pharmagological intervention<br>- psychotherapy | | |
| **Descripteurs (Medline)** | - bipolar depression<br>- bipolar disorders | - nursing care<br>- caregivers | | |
| **Descripteurs (Cinahl)** | - bipolar disorder<br>- attempted suicide | - pharmacological intervention<br>- psychotherapy<br>- intervention | | |
| **Descripteurs (Psychinfo)** | - bipolar disorder<br>- attempted suicide | - pharmacology<br>- psychotherapy<br>- therapy<br>- treatment | | |

*Tableau 1*

## Tableau 2 : Présentation des articles retenus

| Equation de recherche | Nombre d'articles et critères de sélection | Articles retenus | Impact Factor |
|---|---|---|---|
| **Pubmed** | | | |
| Bipolar disorder **AND** Attempted suicide **AND** pharmacotherapy | 108 articles<br>➢ 9 ans | Toffol, E., Hätönen, T., Tanskanen, A., Lönnqvist, J., Wahlbeck, K., Joffe, G., … Partonen, T. (2015). Lithium is associated with decrease in all-cause and suicide mortality in high-risk bipolar patients: A nationwide registry-based prospective cohort study. Journal of Affective Disorders, 183, 159–165. http://doi.org/10.1016/j.jad.2015.04.055 | 2.8 |
| Bipolar disorder **AND** Attempted suicide **AND** Pharmacotherapy | 108 articles<br>➢ 9 ans | Oquendo, M., Hanga, M., Galfalvy, C., Currier, D., Grunebaum, M., Sher, L., … Parsey, R. (2011). Treatment of Suicide Attempters With Bipolar Disorder: A Randomized Clinical Trial Comparing Lithium and Valproate in the Prevention of Suicidal Behavior. American Journal of Psychiatry, 168(10), 1050–1056. http://doi.org/10.1176/appi.ajp.2011.11010163 | 3.2 |
| Nurse **AND** Bipolar disorder | 134 articles<br>➢ 5 ans | Crowe, M., Inder, M., Carlyle, D., Wilson, L., Whithead, L., Panckhurst, A., … Joyce, P. (2012). Nurse-led delivery of specialist supportive care for bipolar disorder: a randomized controlled trial. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 19, 446–454 | 1.1 |
| Interpersonal Therapy **AND** Bipolar disorder | 157 articles<br>➢ 10 ans | Frank, E., Soreca, I., Swartz, H., Fagiolini, A., Mallinger, A., Thase, M., … Kupfer, D. (2008). The role of interpersonal and social rhythm therapy in improving occupational functioning in patients with bipolar I disorder. American Journal of Psychiatry, 165(12), 1559–65. http://doi.org/10.1176/appi.ajp.2008.07121953 | 3.2 |
| Bipolar disorder **AND** Attempted suicide **AND** pharmacotherapy | 108 articles<br>➢ 9 ans | Rihmer, Z., & Gonda, X. (2012). The Effect of Pharmacotherapy on Suicide Rates in Bipolar Patients. CNS Neuroscience and Therapeutics. http://doi.org/10.1111/j.1755-5949.2011.00261.x | 2.2 |
| Suicide attempts | 777 articles | Wilcox, H., Fullerton, J., Glowinski, A., | 2.7 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **AND**<br>Bipolar | ➢ 5 ans | Benke, K., Kamali, M., Hulvershorn, L., … Numberger, J. (2017). Traumatic Stress Interacts With Bipolar Disorder Genetic Risk to Increase Risk for Suicide Attempts. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 56(12), 1073–1080. http://doi.org/10.1016/j.jaac.2017.09.428 | |
| psychoeducation<br>**AND**<br>Bipolar | 155 articles<br>➢ 5 ans | Rahmani, F., Ebrahimi, H., Ranjbar, F., Razavi, S. S., & Asghari, E. (2016). The Effect of Group Psychoeducation Program on Medication Adherence in Patients with Bipolar Mood Disorders: a Randomized Controlled Trial. Journal of Caring Sciences, 5(4), 287–297. http://doi.org/10.15171/jcs.2016.030 | 1.2 |
| **Cochrane** | | | |
| Bipolar disorder<br>**AND**<br>Suicide<br>**AND**<br>Psychotherapy | 15 articles<br>➢ 8 ans<br>➢ Title<br>➢ Abstract<br>➢ Keywords | González Isasi, A., Echeburúa, E., Limiñana, J. M., & González-Pinto, A. (2014). Psychoeducation and cognitive-behavioral therapy for patients with refractory bipolar disorder: A 5-year controlled clinical trial. European Psychiatry, 29(3), 134–141. http://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2012.11.002 | 2.7 |
| Bipolar disorder<br>**AND**<br>Suicide attempt<br>**AND**<br>Pharmacological intervention | 6 articles<br>➢ 10 ans | McCloud, T., Caddy, C., Jochim, J., Rendell, J., Diamond, P., Shuttleworth, C., … Cipriani, A. (2015). Ketamine and other glutamate receptor modulators for depression in bipolar disorder in adults (Review). The Cochrane Database of Systematic Reviews, 29(9). http://doi.org/10.1002/14651858.CD011611.pub2. | 6 |
| Bipolar disorder<br>**AND**<br>Attempted suicide<br>**AND**<br>Pharmacology | 3 articles<br>➢ 8 ans | McIntyre, R. S., Cucchiaro, J., Pikalov, A., Kroger, H., & Loebel, A. (2015). Lurasidone in the treatment of bipolar depression with mixed (subsyndromal hypomanic) features: Post hoc analysis of a randomized placebo-controlled trial. Journal of Clinical Psychiatry, 76(4), 398–405. http://doi.org/10.4088/JCP.14m09410 | 2.8 |
| **Medline** | | | |
| Bipolar disorders<br>**AND**<br>Caregivers | 43 articles<br>➢ 5 ans | Perlick, D. A., Jackson, C., Grier, S., Huntington, B., Aronson, A., Luo, X., & Miklowitz, D. J. (2018). Randomized trial comparing caregiver-only family-focused treatment to standard health education on the 6-month outcome of bipolar disorder. Bipolar Disorders, (January), 1–12. | 3.9 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | http://doi.org/10.1111/bdi.12621 | |
| **Cinahl** | | | |
| Bipolar disorders<br>**AND**<br>Attempted suicide<br>**AND**<br>Pharmacological intervention | 1 article<br>➢ 10 ans | Schaffer, A., Isometsä, E. T., Tondo, L., Moreno, D. H., Sinyor, M., Lars Vedel, K., … Yatham, L. (2015). 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. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 49(9), 785–802. http://doi.org/10.1177/0004867415594427 | 4 |
| Bipolar disorder<br>**AND**<br>Suicide<br>**AND**<br>Intervention | 44 articles<br>➢ 8 ans | Lee, H., Lin, E. C., Chen, M., Su, T., & Chiang, L. (2016). Randomized, controlled trial of a brief family-centred care programme for hospitalized patients with bipolar disorder and their family caregivers. International Journal of Mental Health Nursing, 61–71. http://doi.org/10.1111/inm.12294 | 1.8 |
| Bipolar disorder<br>**AND**<br>Suicide<br>**AND**<br>Intervention | 44 articles<br>➢ 8 ans | Dennehy, E. B., Marangell, L. B., Allen, M. H., Chessick, C., Wisniewski, S. R., & Thase, M. E. (2011). Suicide and suicide attempts in the Systematic Treatment Enhancement Program for Bipolar Disorder (STEP-BD). Journal of Affective Disorders, 133(3), 423–427. http://doi.org/10.1016/j.jad.2011.04.036 | 2.6 |
| Bipolar disorder<br>**AND**<br>Attempted suicide<br>**AND**<br>Psychotherapy | 7 articles<br>➢ 10 ans | Inder, M. L., Crowe, M. T., Luty, S. E., Carter, J. D., Moor, S., Frampton, C. M., & Joyce, P. R. (2016). Prospective rates of suicide attempts and nonsuicidal self-injury by young people with bipolar disorder participating in a psychotherapy study. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 50(2), 167–173. http://doi.org/10.1177/0004867415622268 | 4 |

*Tableau 2*

**Appendice C** : Grilles de Fortin

## Grille 1: The Effect of Pharmacotherapy on suicide rates in bipolar patients (Rihmer & Gonda, 2012) [Traduction libre]

| Eléments d'évaluation | Questions fondamentales à se poser |
|---|---|
| **Titre** | Le titre nous indique, que cet article traite des effets des interventions médicamenteuses sur les taux de suicide chez les patients bipolaires. |
| **Résumé** | Les interventions médicamenteuses, efficaces à long terme, permettent une protection efficace contre le suicide, chez les patients bipolaires.<br>Chez les patients bipolaires, les moments ou le risque de suicide est majeur ce sont les périodes dépressives ou mixtes. Vu les taux importants de suicide chez les troubles bipolaires, il est important de trouver une pharmacothérapie, adéquate pour prévenir les tentatives. |
| | |
| **Introduction** | |
| **Problème de la recherche** | Prédire et prévenir le suicide est un grand défi, car le suicide est multi causal avec des composantes psychiatriques, médicales, biologiques, psychosociales, démographiques, et culturelles, et l'histoire des troubles majeurs de l'humeur sont des facteurs de risque importants.<br>Il semblerait que les patients bipolaires en général et les patients bipolaires 2 sont plus à risque de suicide. |
| **Recension des écrits** | Dans une étude de Tondo et al., sur un suivi d'une durée moyenne de 11 ans sur des patients bipolaires et unipolaires, on a pu voir que le risque de suicide était 5 fois plus haut chez les patients bipolaires que les patients unipolaires. D'ailleurs le taux de suicide est plus haut chez les patients bipolaires 2. |
| **Cadre de recherche** | - |
| **Buts et question de recherche** | Vu que le suicide est plus commun lors de phases dépressives ou mixtes on peut dire qu'un traitement efficace à long terme sera plus efficace pour la protection contre les tentatives de suicide et ainsi le suicide. |
| | |
| **Méthode** | |
| **Population et échantillon** | <u>Prévention pharmacologique du suicide chez les patients bipolaires :</u> La médication lors de phase aiguë, ne permet que de prévenir le risque de suicide pour un moment donné, ainsi si on veut des résultats à long terme il faudrait trouver une médication à long terme.<br>Certains articles nous informent, que la combinaison du lithium avec des antidépresseurs diminuent les changements d'humeurs qui arrivent avec les antidépresseurs lors des traitements de dépressions bipolaires. 0r, 50% des patients n'ont pas une réponse prophylactique correcte envers le lithium.<br>Les fréquences élevées d'épisodes, les intervalles entre dépression et humeur maniaque, l'utilisation comorbide de substances sont des facteurs pour une mauvaise réponse prophylactique envers le lithium.<br>Les antiépileptiques sont aussi des médications utilisées pour le traitement des troubles bipolaires.<br>Les épisodes mixtes, les cycles rapides de la maladie, l'utilisation comorbide de substances, et pas de réponse au lithium sont des prédicteurs que les anticonvulsants peuvent être plus efficaces que le lithium. |
| **Considérations éthiques** | - |

| | |
|---|---|
| **Devis de recherche** | - |
| **Modes de collectes de données** | Contribution de l'auteur : Zoltan Rihmer a conçu le papier, et a écrit le papier. Xénia Gonda recueillit les études et la littérature et rédigea l'article. |
| **Conduite de la recherche** | - |
| **Analyse de données** | - |
| | |
| **Résultats** | |
| **Présentation des résultats** | Stabilisateurs d'humeur au lithium et antiépileptiques : Dans l'étude de Baldessarini et al., il a été trouvé que le risque de suicide était diminué de 80% avec la thérapie à long terme au lithium. De plus, la létalité des tentatives de suicide semblent aussi diminuées.<br>L'efficacité du lithium sur les tentatives de suicide semble être bonne autant pour les gens répondant bien, moyennement que peu au lithium.<br>Selon Angst et al., les patients ayant une thérapie à long terme vivent plus longtemps et font moins de tentatives de suicide comparé aux patients n'ayant pas de traitement.<br>Suite à l'étude de Thies-Flechtner et al., étudiant le nombre de suicide, on peut dire que le lithium a un potentiel anti suicide élevé.<br>Dans un grand système de soins de santé de l'Administration des anciens combattants américains Yerevanian et al., nous démontre avec son étude que les stabilisateurs de l'humeur réduisaient le risque de comportements suicidaires de plus de 90%, ici autant les antiépileptiques stabilisateurs de l'humeur et le lithium avaient les mêmes bénéfices.<br>L'étude de Sondergard et al., nous donne des informations par rapport au traitement à long terme, on peut voir que les patients post hospitalisation qui continuent à prendre des stabilisateurs d'humeur ont une diminution du taux de suicide. D'ailleurs on peut voir que même si le lithium et les antiépileptiques stabilisateurs de l'humeur ont un taux similaire de réduction du suicide, le lithium semble avoir un meilleur effet envers la prévention du suicide.<br>Or, dans une analyse du STEP-BD on nous a informés qu'aucun stabilisateur de l'humeur n'avait d'effets protecteurs pour le suicide or, cette analyse est critiquée car les auteurs n'arrivaient pas à contrôler la compliance au traitement dans les semaines précédant le suicide. Ainsi, on peut se dire que les patients ayant arrêté le traitement aux stabilisateurs de l'humeur ont un risque de récidive au niveau des comportements suicidaires.<br><br>Antidépresseurs et antipsychotiques : Des études, nous montrent que les antipsychotiques atypiques ont des effets stabilisateurs de l'humeur sur le long terme, mais il faut plus d'études sur leurs effets sur le suicide.<br>Selon l'étude de Yerevanian et al., dans la médication à long terme, seule la monothérapie stabilisatrice d'humeur a un effet considérable par rapport au suicide chez les patients bipolaires. Les moins efficaces sont, les traitements de monothérapie antidépressive et les antipsychotiques.<br>La thérapie combinée (stabilisateurs d'humeurs et antidépresseurs/antipsychotiques) se trouve en position intermédiaire, car ils réduisent le risque de suicide mais ne l'éliminent pas.<br><br>Le rôle des interventions psychosociales : Vu que, certains patients ne répondent suffisamment a la pharmacothérapie, ne peuvent pas prendre des médicaments ou qui ne sont pas compliants au niveau de la médication, des interventions |

RapportGratuit.com

| | |
|---|---|
| | psychosociales sont utilisées.<br>Les interventions utilisées sont la psychoéducation ou la thérapie cognitivo comportementale, afin de prévenir la non compliance, pour changer le style de vie, modifier les conflits familiaux et autres conflits interpersonnels ainsi qu'enseigner les patients et la famille à reconnaître les symptômes rechute pour qu'une intervention soit faite.<br>Les interventions sont efficaces seules, mais surtout conjointement avec les stabilisateurs de l'humeur.<br>On peut voir que ces interventions réduisent aussi indirectement les risques de suicide.<br>De plus, une étude nous informe que le fait de donner des interventions psychosociales conjointement à la pharmacothérapie aiderait à réduire la fréquence des suicides. |
| | |
| **Discussion** | |
| **Interprétation des résultats** | - |
| **Conséquences et recommandations** | Il semblerait que, les interventions pharmacologiques et psychosociales que nous avons en ce moment sont efficaces pour minimiser le risque de suicides, même si on n'a pas encore un taux parfait pour la prévention. |

## Grille 2: Lithium is associated with decrease in all-cause and suicide mortality in high-risk bipolar patients: A nationwide registry-based prospective cohort study (Toffol et al., 2015) [Traduction libre]

| Eléments d'évaluation | Questions fondamentales à se poser |
|---|---|
| **Titre** | Le titre nous précise, que cet article traite d'une étude de cohorte sur les effets du lithium sur la mortalité chez les patients bipolaires. |
| **Résumé** | Contexte : Le suicide est très haut chez les patients bipolaires. Cette étude prévoie d'analyser l'association de l'utilisation des médicaments avec l'hospitalisation.<br><br>Méthode : 826 patients bipolaires hospitalisés entre 1996 et 2003 suivis pour une durée moyenne de trois ans et demi afin d'observer les résultats entre lithium vs sans lithium, entre les antipsychotiques vs sans antipsychotiques, entre l'acide valproïque vs sans acide valproïque, entre antidépresseur vs sans antidépresseur et les benzodiazépines par rapport au traitement sans benzodiazépine.<br><br>Résultats : L'utilisation de l'acide valproique, antidépresseurs et des benzodiazépines a ici un résultat de plus de risque de tentatives de suicide, par contre le lithium a un résultat de moins de risques de suicide, de diminution de la mortalité due au suicide et de diminution de la mortalité de toutes causes.<br>Limitations : les patients faisant parti de cette étude étaient des patients hospitalisés pour une tentative de suicide. De plus, les régimes médicamenteux n'étaient pas contrôlés.<br><br>Conclusion : Le lithium démontre une diminution du suicide de toutes causes, il faudrait réfléchir à considérer le lithium pour la prévention des suicides. |
| | |
| **Introduction** | |
| **Problème de la recherche** | Les troubles bipolaires, sont connus pour avoir des taux de mortalité très grands, qui sont pour la plus part dus au suicide. On sait que les taux de suicide sont 15-29% plus importants chez les patients bipolaires que chez la population générale. |
| **Recension des écrits** | De plus, le traitement habituel pour les troubles bipolaires sont les stabilisateurs de l'humeur avec le plus utilisé et plus efficace en phase de manie, le lithium. (National Institute for Health and Excellence Clinique, 2014, Yatham et al., 2013)<br>On peut aussi voir, que le lithium à long terme réduit les risques de suicide. (Baldessarini et al., 2006, Baldessarini et Tondo, 2008)<br>D'autres médicaments, sont aussi utilisés surtout en phase dépressive et maniaque comme les anticonvulsants stabilisateurs de l'humeur, les antipsychotiques et antidépresseurs qui sont utilisées dans le traitement de longue durée. D'ailleurs les benzodiazépines peuvent être données dans une phase maniaque. (National Institute for Health and Excellence Clinique, 2014, Yatham et al., 2013)<br>Plusieurs études, ont traité de l'efficacité du lithium seule ou par rapport à d'autres médicaments, les réponses sont pour la plus part semblables. (Kessing et al., 2005; Søndergård et al.) |

Rapport-gratuit.com
LE NUMERO 1 MONDIAL DU MÉMOIRES

| | |
|---|---|
| | Or, si on prend les études concernant l'acide valproique au niveau de son effet par rapport au suicide on a études avec des résultats qui se contredisent. (Collins et al., 2008, Goodwin et al., 2003).<br>(Oquendo et al., 2011; Yerevanian et al., 2007a).<br>Lors d'études concernant les antipsychotiques par rapport à la prévention du suicide chez les patients bipolaires, ils ont présenté aussi des résultats mitigés. (Yerevanian et al., 2007a)<br>Ainsi, même si en monothérapie les antipsychotiques semblent pas aussi effectifs que les stabilisateurs de l'humeur quand ils sont combinés ils démontrent une baisse des taux de suicide. (Koek et al., 2012)<br>Les antidépresseurs, associés à d'autre médicaments sont souvent recommandés comme traitement de première ligne or, une étude a démontré que les comportements suicidaires augmentent lors de traitement par antidépresseurs que ce soit en monothérapie ou conjoint a un stabilisateur de l'humeur comparés à des traitements juste aux stabilisateurs de l'humeur. (Yerevanian et al) |
| **Cadre de recherche** | - |
| **Buts et question de recherche** | Pour la plupart des études, les groupes de patients étaient choisis.<br>Ainsi, il n'y a pas d'études comparant les plusieurs pharmacothérapies sur le suicide, sur la mortalité chez une population qui n'a pas été choisie. Donc, cette étude va aller travailler sur cela, pour fournir des données nécessaires sur le traitement à long terme. |
| | |
| **Méthode** | |
| **Population et échantillon** | La population ici, étaient les patients bipolaires de plus de 16 ans hospitalisées suite à une tentative de suicide entre le 1er janvier 1996 et le 31 décembre 2003, tous les patients ont été suivis jusqu'en décembre 2003 ou jusqu'à la mort. |
| **Considérations éthiques** | Une approbation a été obtenue, de la part des institutions concernées et du ministère de la Santé.<br>L'étude était basée sur un registre, donc pas besoin d'approbation au niveau de l'éthique. |
| **Devis de recherche** | - |
| **Modes de collectes de données** | Afin, de sélectionner les participants, les auteurs ont recherché les registres des sorties de l'hôpital (HDR), le registre de prescription national, les statistiques de Finlande et le registre national d'assurance social. Ces registres ont donné aux auteurs des informations sur les diagnostics, date, cause de décès, et des données sur les médicaments. |
| **Conduite de la recherche** | Grâce aux registres annoncés plus haut, le sexe, l'âge, l'index d'hospitalisation, date d'hospitalisation, nombre d'hospitalisations, raison d'hospitalisation, utilisation du lithium, d'antipsychotiques, d'acide valproique, d'antidépresseurs et benzodiazépines, ont été trouvés. |
| **Analyse de données** | Le sexe et l'âge ont été utilisés comme variable de fond, le rapport des risques a été estimé pour les médicaments. |
| | |
| **Résultats** | |
| **Présentation des résultats** | Dans cette étude, la population était de 826 personnes suivis pour une durée moyenne de 3.5, la médication la plus utilisée était les antidépresseurs, et le lithium était la 2ème médication la plus utilisée. |

**Table 1**
Basic characteristics of the study population.

| | Males ($n=375$) | Females ($n=451$) | All ($n=826$) |
|---|---|---|---|
| **Age**, mean (SD) | 42.3 (11.7) | 41.1 (13.6) | 41.7 (12.8) |
| **Ever using lithium**, No (%) | 134 (36) | 173 (38) | 307 (37) |
| **Ever using antipsychotics**, No (%) | 278 (74) | 360 (80) | 638 (77) |
| **Ever using antidepressants**, No (%) | 320 (85) | 384 (85) | 704 (85) |
| **Ever using valproic acid**, No (%) | 222 (59) | 272 (60) | 494 (60) |
| **Ever using benzodiazepine**, No (%) | 284 (76) | 342 (76) | 626 (76) |

La moitié de la population a fait au moins une tentative de suicide. fig1

Le lithium, est la seul médication à avoir présenté un risque de suicide plus bas, et à être associé avec une diminution de la mortalité. Par contre, l'acide valproique, les antidépresseurs, et les benzodiazépines présentaient une hausse dans le risque de suicide, les antipsychotiques et l'acide valproique sont associées à une diminution du risque de mortalité par suicide pendant que les benzodiazépines et antidépresseurs sont associés à une augmentation du risque de mortalité par suicide. Table 2 et 3.

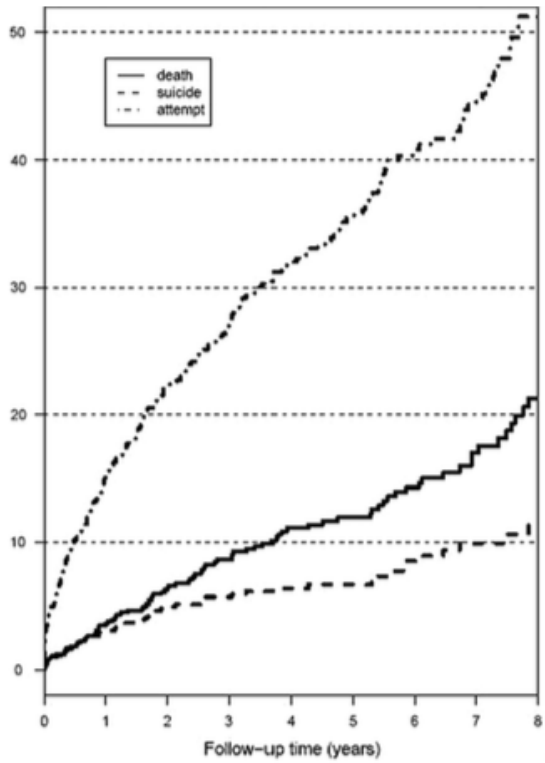



**Fig. 1.** Cumulative incidence of attempted suicide, suicide mortality, and all-cause mortality during follow-up among bipolar patients with follow-up started after suicide attempt.
Cumulative incidence of attempted suicide, suicide mortality, and all-cause mortality during follow-up was measured among bipolar patients hospitalized for a suicide attempt between January 1996 and December 2003; each individual was followed-up until December 2003 or up to death, if this occurred in the intervening time.

| Discussion | |
|---|---|
| **Interprétation des résultats** | Selon les auteurs, cette étude est la première à donner une vision claire sur les différentes médications au niveau d'un échantillon de population national par rapport au suicide.<br>Le résultat le plus important, était que le lithium est la seul médication à avoir présenté un risque de suicide plus bas et à être associé avec une diminution de la mortalité générale. Par contre, l'acide valproique, les antidépresseurs, et les benzodiazépines présentaient une hausse dans le risque de suicide, les antipsychotiques et l'acide valproique sont associées à une diminution du risque de mortalité par suicide pendant que les benzodiazépines et antidépresseurs sont associés à une augmentation du risque de mortalité par suicide.<br>On trouve, un taux de suicide plus grand chez les patients ne prenant pas de lithium or, ça peut être due au fait que les patients peuvent être intolérants au lithium ou qu'ils ne sont pas coopérants dans la prise de lithium, pourtant le lithium reste un des traitements principaux et de première ligne du trouble bipolaire.<br>Ces résultats, semblent confirmer les résultats d'autres études danois. |
| **Conséquences et recommandations** | Ces résultats sont importants, car ils démontrent l'importance du lithium dans le traitement des troubles bipolaires par rapport à la diminution du risque de suicide comparé à d'autres traitements. Or, ici s'est plutôt l'effet du lithium avec d'autres agents qui est reflété dans ce rapport. Pourtant, il ne faut pas oublier les effets secondaires et la distance courte entre une dose de médication efficace de lithium et la dose qui devient toxique. Même si le risque de toxicité est plus grand que d'autres médicaments, le lithium est rarement létal par contre les antidépresseurs ont plus de risque de devenir létaux.<br><br><u>Points forts et limitations :</u><br>Le point fort dans cette étude, est que l'échantillon de la population est correct au niveau du nombre.<br>Les limitations dans cet article, sont la population qui comprenait que des patients à haut risque hospitalisés suite à une tentative de suicide. De plus, vu que l'étude comprend que des patients à haut risque les patients dont les troubles sont moins sévères ce qui ne permet pas à cet article de généraliser la population. En plus, le diagnostic a été fait par un médecin et un diagnostic standardisé n'a pas été fait. Une autre limitation est que le fait que les traitements administrés étaient incontrôlables.<br>Les auteurs de cet article, du aux résultats obtenus recommandent l'utilisation du lithium comme médication de première ligne mais aussi comme médication à long terme pour les patients bipolaires suicidaires. |

## Grille 3: Treatment of Suicide Attempters With Bipolar Disorder: A Randomized Clinical Trial Comparing Lithium and Valproate in the Prevention of Suicidal Behavior (Oquendo et al., 2011) [Traduction libre]

| Eléments d'évaluation | Questions fondamentales à se poser |
|---|---|
| **Titre** | « Traitement des tentatives de suicide avec un trouble bipolaire: un essai clinique randomisé comparant le lithium et le valproate dans la prévention du comportement suicidaire »<br>Le titre précise qu'il s'agit d'un essai clinique contrôlé, que la population est atteinte de troubles bipolaires et que l'étude porte sur la comparaison entre le lithium et le valproate dans la prévention du comportement suicidaire. |
| **Résumé** | Objectif : Le trouble bipolaire est connu pour des risques élevé de comportements suicidaires. Certaines études suggèrent que le lithium aurait un effet protecteur sur ce risque mais tester cet effet comporte des défis logistiques et éthiques. Cette étude a pour but de tester l'hypothèse selon laquelle le lithium aurait un effet protecteur supérieur au valproate chez des patients bipolaires ayant des antécédents de tentative de suicide.<br><br>Méthode : des patients atteints de trouble bipolaire et ayant des antécédents de tentatives de suicide ont été attribués au hasard dans un groupe sous traitement par lithium et dans un groupe sous traitement par valproate, en plus d'un médicament d'appoint indiqué, dans un essai en double aveugle de deux ans et demie. Une analyse Intention-to-treat à l'aide du test de log-rank a été utilisée. Deux modèle ont été ajustés : le temps de tentative de suicide et le délai de suicide (tentative ou hospitalisation ou changement de médication causé par des plans suicidaires)<br><br>Résultats : 18 tentatives de suicide faites par 14 participants, six du groupe lithium et huit du groupe valproate. Pas de suicide. Une analyse Intention-to-treat à l'aide du test du log-rank n'a montré aucune différence entre les deux groupes au moment de la tentative de suicide ou du suicide. La petite taille de l'échantillon ne permet que la détection d'un risque relatif de 5 ou plus.<br><br>Conclusions : La fréquence des événements suicidaires au cours de l'étude est élevée. Malgré cela, cet essai contrôlé randomisé n'a montré aucune différence significative entre le traitement au lithium ou au valproate par rapport au temps de tentative de suicide ou de suicide dans une population de patients atteints de trouble bipolaire. L'étude n'a cependant pas exclu des différences significatives plus petites entre les deux médicaments. |
| | |
| **Introduction** | |
| **Problème de la recherche** | Le trouble bipolaire étant associé à un risque particulièrement élevé de tentative de suicide, plusieurs études dont des essais contrôlés randomisés, des études naturalistes et des méta-analyses montrent une bonne efficacité du lithium, stabilisateur de l'humeur bien étudié et largement utilisé. |

| | |
|---|---|
| **Recension des écrits** | Cependant, plusieurs problèmes ne sont pas contrôlés dans ces études : par exemple, l'influence par la « confounding by indication », c'est-à-dire, le fait que l'on ne sache pas si un médecin est moins susceptible de prescrire du lithium chez un patient à risque suicidaire, le lithium ayant une issue fatale en cas de surdosage. De plus, la surveillance régulière des taux de lithium et les patients qui ont reconnu leur maladie et qui ont besoin d'un traitement peut amener à une meilleure observance du traitement et une surveillance clinique plus étroite, ce qui peut diminuer le comportement suicidaire.<br>Peu d'essais contrôlés randomisés en double aveugle se sont intéressés aux stabilisateurs de l'humeur et au comportement suicidaire dans une population exclusivement bipolaire et les études qui l'ont fait ont exclus les patients suicidaires actifs. Les obstacles sont principalement logistiques et éthiques : impossibilité d'exposer des patients à haut risque à l'effet placebo, basse fréquence des événements qui nécessitent de grands échantillons et des années de suivi. La problématique éthique est résolue en s'intéressant à des groupes de comparaison médicamenteuse et la problématique logistique est facilitée par la longue période d'étude. |
| **Cadre de recherche** | - |
| **Buts et question de recherche** | L'absence d'essai de traitement médicamenteux prospectifs, contrôlés, randomisés et en double aveugle chez des patients bipolaire à risque suicidaire et l'importance de la prévention des comportements suicidaires ont été déterminant pour cette étude randomisée en double aveugle de 2 ans et demie afin de déterminer si l'efficacité du lithium est supérieure à celle du valproate pour prévenir des événements suicidaires chez des patients bipolaires dans un épisode dépressif majeur ou mixte et ayant des antécédents de tentative de suicide. La taille de l'échantillon a permis de détecter un risque relatif de 5 ou plus. |
| | |
| **Méthode** | |
| **Population et échantillon** | Nonante-huit participants ont été recrutés depuis des services d'urgence, des services ambulatoires et des auto-réponses suite à de la publicité et ont été assignés au hasard au traitement au lithium et au valproate. La distribution au hasard a été stratifiée en fonction de la tentative récente (il y a moins d'un an) et de la sous-catégorie bipolaire (type I vs type II ou non spécifié).<br>Les critères d'inclusion étaient<br>• Un diagnostic de DSM-IV d'un trouble bipolaire (trouble bipolaire I ou II ou trouble bipolaire non spécifié)<br>• Etre dans un épisode dépressif ou mixte<br>• Avoir au moins une tentative de suicide antérieure<br>• Avoir entre 18 et 75 ans<br>Les critères d'exclusion étaient<br>• Manque de capacité de fournir un consentement éclairé<br>• La grossesse ou l'allaitement<br>• Les problèmes médicaux (comme par exemple la toxicomanie nécessitant une désintoxication)<br>• Une contre-indication à l'utilisation du lithium ou du valproate<br>• Des antécédents de non-réponse à des doses appropriées de lithium et de valproate au cours des deux dernières années<br>• Une contre-indication à l'utilisation d'antidépresseurs adjuvants (paroxétine, bupropion ou venlafaxine) en cas d'état dépressif ou d'antipsychotiques adjuvants (olanzapine, perphénazine ou halopéridol) en cas de dépression mixte ou psychotique. |

| | |
|---|---|
| | Les patients, les psychiatres de l'étude et les évaluateurs étaient aveugles à l'attribution du traitement. L'approche « double dummy » a été utilisée : les patients ont reçu deux contenants de pilules identiques (médicament actif + pilules placebo identique au médicament auquel ils n'avaient pas été assignés). Les résultats des taux sanguin ont été signalés à un psychiatre non-aveugle et non-traitant qui a donné les prescriptions à la pharmacie ; si le médicament était associé à un taux sanguin bas, le patient était invité à prendre un nombre supérieur des deux pilules. |
| **Considérations éthiques** | Tous les participants ont fourni un consentement éclairé écrit approuvé par le Conseil de révision institutionnelle de l'Institut psychiatrique de l'Etat de New York. |
| **Devis de recherche** | Les participants ont été attribués au hasard à un traitement au lithium ou au valproate. Les niveaux de concentration sanguine cible pour les médicaments comparatifs étaient de 0,6 à 1,0 mEq/dl pour le lithium et de 45 à 125 µg/ml pour le valproate. La vérification des niveaux sanguins a été faite régulièrement et les dosages ont été ajutés par un médecin non-aveugle et non-traitant qui a informé le pharmacien de tout changement de prescription afin de préserver l'essai en double-aveugle, le but étant de maintenir les dosages thérapeutiques de lithium ou de valproate pendant toute la durée de l'étude.<br>Un algorithme a procuré un traitement d'appoint au moment de la randomisation (comparateur en double-aveugle plus traitement d'appoint en ouvert) et pour ajuster et remplacer des traitements adjuvants dans les cas où les premières interventions ne débouchent pas sur une rémission. Les patients bipolaires déprimés ont reçu au hasard du lithium et de la paroxétine ou du valproate et de la paroxétine (l'ajout d'un antidépresseur à un stabilisateur de l'humeur étant recommandé pour le traitement de la dépression bipolaire). Si les patients continuaient d'être déprimés (réponse positive aux critères de dépression majeure) ont eu jusqu'à deux essais consécutifs avec du bupropion et/ou de la venlafaxine. Les patients bipolaires psychotiques dépressifs ont reçu au hasard du lithium et de la paroxétine (ou bupropion ou venlafaxine) et de l'olanzapine ou du valproate et de la paroxétine (ou bupropion ou venlafaxine) et de l'olanzapine. Les patients bipolaires mixtes ont reçu au hasard du lithium et de l'olanzapine ou du valproate et de l'olanzapine. Les patients intolérants ou sans réponse à l'olanzapine ont reçu un antipsychotique de deuxième ou de troisième ligne, de la perphénazine et de l'halopéridol. Les patients avec des antécédents de non-réponse aux traitements d'appoint de première ligne sont passés directement aux médicaments de deuxième ou de troisième ligne. |
| **Modes de collectes de données** | L'étude a été menée en trois étapes : la stabilisation aiguë, la poursuite et l'entretien.<br>Pendant la stabilisation aiguë, les patients ont reçu un traitement à l'étude plus un traitement adjuvant comme décrit précédemment jusqu'à ce qu'ils atteignent un score inférieur à 7 sur l'échelle de la dépression de Hamilton (SADS –C < 7) et un score et un score de manie < 10 sur le SADS-C. Dans la phase de poursuite, ils ont continué leur traitement à l'étude et leur traitement adjuvant pendant 6 mois. Les antidépresseurs ont ensuite été baissés si le patient était en rémission totale ou partielle d'un épisode de l'humeur. Les antipsychotiques adjuvants ont été baissés 2 mois après la rémission des états mixtes ou psychotiques. Après 6 mois (2 mois pour les épisodes mixtes) de traitement, les patients sont entrés dans la phase d'entretien, le but étant de les maintenir sous stabilisateurs de l'humeur seuls s'ils étaient euthymiques. Si les patients développaient un nouvel épisode, ils avaient accès à des médicaments adjuvants de secours (antidépresseurs adjuvants pour les épisodes dépressifs et antipsychotiques adjuvants pour les épisodes maniaques, mixtes ou psychotiques). Les patients hospitalisés pouvaient rester dans l'étude |

| | |
|---|---|
| | avec les traitements en double-aveugle si l'hospitalisation avait lieu dans leur institution. |
| **Conduite de la recherche** | Les symptômes de base ont été évalués avec le SADS-C. Les troubles bipolaires I et II ont été évalués dès le début de l'étude. Les entretiens de suivi ont évalué les symptômes de la maladie en utilisant le SADS-C et le Global Assessment Scale, le comportement suicidaire en utilisant le Columbia Suicide History For, ainsi que d'autres concepts associés comme l'idéation et le plan en utilisant l'échelle de Beck pour l'idéation suicidaire.<br>Pendant la période d'étude de deux ans et demi, les patients ont participé à des entretiens réguliers (au moins 10 moments y compris l'entrée dans l'étude). Pendant la phase aiguë, les patients ont été évalués à la première, la deuxième, la quatrième semaine et le deuxième mois. Dans la phase de poursuite, les patients ont été évalués au troisième et sixième mois. Dans la phase d'entretien, les patients ont été évalués tous les trois mois (six visites sur 18 mois). |
| **Analyse de données** | Les critère d'évaluation étaient le délai d'achèvement du suicide (défini comme une mort auto-infligée pour laquelle il existe au moins une intention de mettre fin à sa vie), le délai avant la tentative de suicide (définie comme un comportement potentiellement auto-infligé avec au moins un intention de mettre fin à sa vie) et pour des raisons éthiques (intervenir lorsqu'il y a un risque imminent de comportement suicidaire), une mesure supplémentaire a été définie, un événement suicidaire (défini comme une tentative de suicide ou un épisode d'idées suicidaires avec un plan [comportant un ou plusieurs des éléments de planification n° 12 et 15-18 de l'Echelle d'Idéation suicidaire] nécessitant un changement de traitement ou une hospitalisation.<br>La mesure du résultat primaire a été évaluée par le temps de survie à l'un des trois événements décrits précédemment. Les variables de base ont été comparées en utilisant des tests t et des statistiques du khi-carré. L'analyse principale se composait d'une analyse « intent-to-treat » à l'aide du log-rank. Deux modèles distincts ont été ajustés, le premier pour les tentatives de suicide uniquement et le deuxième pour tout événement suicidaire (suicide, tentative de suicide ou idées suicidaires avec un plan nécessitant une intervention. |
| | |
| **Résultats** | |
| **Présentation des résultats** | Les caractéristiques démographiques et cliniques des deux groupes de traitement ne différaient pas, la randomisation a donc été réussie. Quatre-vingt-trois patients étaient dans un épisode dépressif à l'entrée de l'étude, et 15 étaient dans un épisode dépressif majeur à l'entrée de l'étude, et 15 étaient dans un état mixte. Le score moyen sur l'échelle d'évaluation de la dépression de Hamilton (dérivé du SADS-C) était de 34.<br>La durée moyenne de l'étude pour le groupe du lithium était de 495 jours et pour celui du valproate 550 jours. L'analyse « intent-to-treat », le log-rank n'a montré aucune différence entre les groupes de traitement dans la variable temps écoulé avant un événement suicidaire ni dans celle du délai avant une tentative de suicide. Le délai médian de suicide, d'abandon ou de fin de traitement était de 138 jours pour le valproate et de 114 jours pour le lithium. Le délai médian de tentative de suicide, d'abandon ou de fin d'étude était de 480 jours pour le valproate et de 507 jours pour le lithium. Il n'y avait pas de différence entre les groupes en ce qui concerne la rémission d'un épisode aigu, le temps d'hospitalisation ou le temps passé avec un traitement à l'étude.<br>En plus des 45 événements suicidaires définis par l'étude (tentative, idéation, hospitalisation), des événements indésirables graves ont été signalés : 2 grossesses, une éruption cutanée, un tremblement des mains, une blessure par |

Rapport-gratuit.com
LE NUMERO 1 MONDIAL DU MÉMOIRES

| | |
|---|---|
| | balle non-auto-infligée. Plusieurs études ont également démontré un risque accru de passage à l'acte lors de l'arrêt du traitement, qu'il s'agisse du lithium ou du valproate. |
| | |
| **Discussion** | |
| **Interprétation des résultats** | Contrairement à l'hypothèse de départ, aucune différence de temps de tentative de suicide ou de suicide entre des patients traités au lithium et ceux traités au valproate n'a été montrée. Bien qu'un certain nombre d'étude montre un effet antisuicide du lithium, d'autres stabilisateurs de l'humeur ont été moins étudiés. Le valproate est un stabilisateur de l'humeur de première ligne, plusieurs études ont démontré son efficacité similaire à celle du lithium sur le court terme et dans la phase d'entretien. Cette étude corrobore avec d'autres études n'ayant démontré aucune différence entre le lithium et le valproate sur le comportement suicidaire.<br>A la connaissance des auteurs, il s'agit du seul essai randomisé en double aveugle comparant ces deux médicaments dans une population d'individus suicidaires à haut risque et atteints de trouble bipolaire.<br>Le fait qu'aucune différence n'ait été démontrée entre les groupes de traitement peut être causé par 1) le fait que l'effet anti-suicide du lithium est peut-être plus modeste que ce qui a pu être testé dans cette étude, 2) l'effet anti-suicide présumé du lithium, est dû à des facteurs n'ayant pas été testés dans cette étude (comme un contact régulier avec les soins cliniques, une surveillance attentive des taux sanguins), il y a par conséquence une « confounding by indication », 3) les fiables taux de rémission dans les deux groupes a contribué à un risque élevé dans les deux groupes, le valproate et le lithium ont une efficacité comparable en ce qui concerne le comportement suicidaire. Le fait que l'interruption du traitement (lithium et valproate) augmente le risque du comportement suicidaire suggère que c'est peut-être la continuité du traitement qui atténue le risque du comportement suicidaire dans le trouble bipolaire.<br>Le fait que l'échantillon était constitué de patients à haut risque (patients bipolaires déprimés, ayant des antécédents de tentatives de suicide, des scores élevé de dépression, de faibles taux de rémission) a fait que la prévalence de la tentative de suicide était élevée. En effet, elle était de 13,4% dans cette étude alors que dans bien d'autres essais, elle est de 0,435% avec un traitement au lithium. Il n'est cependant pas à exclure qu'il n'y ait pas eu d'effet de réduction du risque de comportement suicidaire dans les deux groupes de traitement, bien que les résultats suggèrent que les traitements étudiés agissent par rapport au risque suicidaire au sein de la population à haut risque.<br>En regard des nombreuses études montrant un effet anti-suicide du traitement au lithium, une interprétation possible des résultats de cette étude est que le valproate et le lithium ont un effet bénéfique similaire sur le comportement suicidaire chez les patients bipolaires à haut risque et présentant un épisode dépressif ou mixte. Si cette interprétation se vérifie, l'utilisation accrue des anticonvulsivants ou des antipsychotiques atypiques comme stabilisateurs de l'humeur du trouble bipolaire au détriment du lithium comme traitement de première intention est moins inquiétante que présenté au départ.<br>Il est possible que l'absence de différence entre les deux traitements soit due à la petite taille de l'échantillon. L'analyse de puissance a donné une estimation de 232 sujets, bien plus que les nonante-huit participants à cette étude, mais cette analyse de puissance était basée sur un taux de tentative beaucoup plus bas que celui de l'étude. De plus, cette étude comporte une variable supplémentaire « tout événement suicidaire » comprenant l'hospitalisation pour idéation suicidaire avec plan. Cela devrait donc permettre de détecter des |

Rapport-gratuit.com

| | |
|---|---|
| | différences, même dans un échantillon plus petit.<br>Dans cette étude, les patients présentant des comorbidités, comme l'utilisation de substance, ont été inclus dans l'étude car la comorbidité est la règle dans les troubles bipolaires. Les traitements adjuvant ont permis d'être représentatif de la polymédication courante chez les patients bipolaires. Il faut néanmoins préciser que cet échantillon d'étude représente des patients bipolaires gravement malades, avec des scores de dépression élevés. Très peu de participants sont d'ailleurs parvenus à une rémission durable durant les deux ans et demie de l'étude. |
| **Conséquences et recommandations** | Il serait utile de mener d'autres recherches afin de confirmer l'importance de l'effet protecteur contre la tentative de suicide car cet effet doit également prendre en compte le risque de décès par surdose de lithium, ce qui assombrit les effets protecteurs potentiels. En effet, le taux élevé de tentatives de suicide, la morbidité et la mortalité qui l'accompagne justifie les investissements s'y rapportant. |

## Grille 4: Lurasidone in the Treatment of Bipolar Depression With Mixed (Subsyndromal Hypomanic) Features: Post Hoc Analysis of a Randomized Placebo-Controlled Trial (McIntyre et al., 2015)

## [Traduction libre]

| Eléments d'évaluation | Questions fondamentales à se poser |
|---|---|
| **Titre** | Le titre englobe les concepts principaux et précise la population |
| **Résumé** | Le résumé est structuré et fait mention de l'objectif, de la méthode, des résultats et d'une conclusion.<br><br>Objectif : Le trouble bipolaire, plus spécifiquement le trouble mixte, regroupe une population d'individus très à risque de comportements suicidaires, un passage plus aigu aux épisodes de manie (pour le trouble mixte) durant un traitement anti-dépresseur avec également un taux de récidives de comportements suicidaires plus élevé. Le but de cette étude analyse post hoc est l'évaluation du traitement Lurasidone chez des patients bipolaires de type mixte.<br><br>Méthode :<br>- population : patients avec un diagnostic d'épisode dépressif majeur (DSM-IV) associé à un trouble bipolaire type I avec ou sans « cycle rapide » et avec un score « MADRS » (Montgomery-Asberg Depression Rating Scale) de > ou égal à 20 et un score de < ou égal à 12 pour la « Young Mania Rating Scale » (YMRS) → assignation au hasard, 1x/j de Lurasidone 20-60mg, de Lurasidone 80-120mg ou d'un placebo.<br>→ le caractère mixte a été défini avec un score YMRS à > ou égal à 4 à partir du début de l'étude. L'efficacité de l'analyse a été basée sur l'inclusion d'un changement du score MADRS entre le début de la recherche et la fin (6e semaine).<br><br>Résultats :<br>- 56% des patients présentaient un caractère mixte au début de l'étude : Lurasidone n = 182/323 ; placebo n = 90/162.<br>- Le traitement de Lurasidone VS le placebo a montré une réduction significative des scores MADRS dans le groupe d'individus à caractère mixte (-15.7 vs -10.9 ; p = 0.001 → semaine 6).<br>- Le taux d'hypomanie ou de manie était similaire chez les patient avec caractère mixte (Lurasidone 2.2% ; placebo 3.2%) et sans (L 3.4% ; P 0%)<br><br>Conclusion : Le traitement de Lurasidone semble être effiace pour la prise en charge d'individus bipolaires présentant des caractères mixtes → aucun risque accrue d'épisodes maniaques lié au traitement n'a été observé. |
| | |
| **Introduction** | |
| **Problème de la recherche** | Présentation du phénomène à l'étude : Les individus ayant un trouble bipolaire mixte sont caractérisés par des épisodes dépressifs graves ou chroniques avec |

Rapport-gratuit.com
LE NUMERO 1 MONDIAL DU MÉMOIRES

| | |
|---|---|
| | des rémissions interépisodes plus courtes, un taux de récidive plus élevé et un taux plus élevé de comorbidités (troubles anxieux et consommation de substances) et finalement un risque plus élevé de tentatives de suicide.<br>→ Dans un échantillon communautaire : 41,4% des individus répondaient aux critères du DSM-IV concernant l'hypomanie et la dépression majeure.<br>→ En psychiatrie, la prévalence des caractères mixtes varie entre 11 et 54% selon le nombre de symptômes maniaques.<br>→ Le DSM-IV définit les états mixtes sur la base de la co-occurrence des syndromes maniaques et dépressifs majeurs. Le DSM-V élargi le concept de l'état mixte en caractérisant les individus comme ayant 3 symptômes maniaques ou plus. Cependant, un certain nombre d'études indiquent que la présence de seulement 2 ou 3 symptômes maniaques, survenant à un seul moment, suffisent pour définir une population mixte avec une évolution clinique caractéristique.<br>→ Le Lurasidone est un traitement homologué aux Etats-Unis et au Canada pour traiter les adultes atteints d'épisodes dépressifs majeurs associés au trouble bipolaire type I (dépression bipolaire), en monothérapie et comme adjuvant au lithium ou valproate. |
| **Recension des écrits** | Aucune relevée dans le corps du texte bien que les références soient listées en fin d'article. |
| **Cadre de recherche** | Définition des concepts : le concept de trouble bipolaire mixte est défini. |
| **Buts et question de recherche** | But de l'étude : Evaluer l'efficacité du Lurasidone chez les patients atteints de depression bipolaire ayant des caractéristiques mixtes, basée sur une évaluation transversale de la sévérité des symptômes maniaques tout au long de la recherche. |
| | |
| **Méthode** | |
| **Population et échantillon** | Patients ambulatoires, âgés de 18 à 75 ans :<br>- Diagnostiqués bipolaire type I et présentant un épisode dépressif majeur (DSM-IV-TR>4semaines)<br>- Sans caractéristique psychotique<br>- Avec un historique d'au moins 1 épisode maniaque bipolaire ou maniaque mixte.<br>- Un score MADRS (score d'évaluation de dépression Montgomery-Asberg) à > 20<br>- Un score YMRS (Young Mania) à < 12<br>→ liste de 11 items notés sur une échelle de 0-4 (7 items) ou de 0-8 (4 items). La gamme des scores va de 0 à 60.<br>→ Des études antérieures indiquent qu'un score à > 4, évalué à un seul moment, définit une population mixte avec des caractéristiques de réponse au traitement qui semblent distinctes de celles des patients sans mixité. Les patients ayant un score à < 4 ne correspondent pas à la caractéristique mixte.<br>→ une analyse a été effectuée afin de définir la mixité basée sur la présence initiale de 2 symptômes YMRS ou plus avec un score à > 2. Cette analyse est cohérente avec les définitions alternatives de la mixité qui nécessitent la présence de 2 ou 3 symptômes hypomaniaques. |
| **Considérations éthiques** | L'étude a été approuvée par un comité d'examen institutionnel sur chaque site de recherche et a été menée conformément aux lignes directrices de l' »International Conference on Harmonization Good Clinical Practices guidelines » et des principes éthiques de la déclaration d'Helsinki. |

| | |
|---|---|
| | Tous les patients ont signé un document de consentement éclairé expliquant les procédures d'étude et les risques potentiels avant de commencer l'étude.<br>→ étude menée entre avril 2009 et février 2012 |
| **Devis de recherche** | - Étude randomisée contrôlée<br>- Critères d'inclusion : DSM-IV<br>- Critères d'exclusion : abus de substances comme diagnostic primaire, la faible disponibilité durant les 78 premières semaines. |
| **Modes de collectes de données** | Temporalité : Les patients éligibles ont été randomisés pour recevoir 6 semaines de traitement en double aveugle avec 1 placebo ou 1 dose sur 2 de Lurasidone 20-60mg/j<br>→ dose initiale : 20mg/j pendant 7 jours ou 80-120mg./j. → 20mg/j durant les jours 1 et 2, 40mg/j aux jours 3 et 4 ; 60mg/j aux jours 5 et 6 ; 80mg/j au jour 7. Les ajustements posologiques ont été autorisés après 7 jours afin d'optimiser l'efficacité et la tolérance.<br><br>Lieu : menée au Etats-Unis et dans 7 autres pays<br><br>Modalité et collecte de données : l'évaluation de l'efficacité de l'analyse a été faite en utilisant le score MADRS et le score de « Clinical Global Impression, Bipolar – Severity of Illness depression score (CGI-BP-S) ». Les évaluations supplémentaires de l'efficacité incluaient le YMRS, l'inventaire rapide de 16 symptômes de la symptomatologie dépressive (« Self-Report (QIDS-SR16), l'échelle d'évaluation d'anxiété de Hamilton (HARS), l'échelle « the Sheehan Disability (SDS) » et le questionnaire de satisfaction « Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire – Short Form (Q-LES-Q-SF) ».<br>→ l'hypomanie ou la manie, émergeante du traitement, a été défini comme un score YMRS > 16 lors des 2 visites consécutives après le début de la recherche, ou un événement indésirable de manie ou d'hypomanie.<br>→ L'idéation et le comportement suicidaire ont été évalués à l'aide de l'échelle « Columbia-Suicide Severity Rating scale (C-SSRS) ».<br>→ La sécurité et la tolérance ont été évaluées en fonction de l'incidence et de la gravité des effets indésirables au cours de l'étude. Des évaluations supplémentaires de la sécurité (« safety ») comprenaient des échelles de troubles des mouvements, des signes vitaux, des tests de laboratoires, un ECG et un examen physique. |
| **Conduite de la recherche** | Analyse basée sur les données d'un essai contrôlé en double aveugle et contrôlé par un placebo chez les patients souffrant de dépression bipolaire. |
| **Analyse de données** | La population a l'étude a été utilisée pour toutes les analyses d'efficacité et comprenait des patients randomisés ayant reçu au moins une dose de médicament à l'étude et ayant eu au moins une évaluation de l'efficacité après traitement.<br>L'analyse des questionnaires (MADRS, CGI-BP-S, YMRS, QIDS-SR16) ont été évalués avec différents outils : « the mixed model for repeated measures (MMRM) », la matrice de covariance non structurée, le modèle de covariance LOCF.<br>→ les analyses ont été réalisées sur les groupes avec une posologie combinée et sur ceux avec une posologie individuelle.<br>→ la présence ou l'absence de caractéristiques mixtes a été utilisée pour stratifier l'efficacité du modèle pour l'analyse post hoc et a également été utilisée comme comparateur d'interaction entre les résultats primaires (MADRS) et secondaires.<br>→La proportion des répondants (> 50% de réduction par rapport au score initial MADRS « at LOCF endopoint ») et de « remitters » (MADRS < 12 « at LOCF endpoint ») a été comparée entre les groupes traités par Lurasidone et |

| | |
|---|---|
| | placebo, ceci par « logisitc regression ».<br>→ Voir article pour détails statistiques. |
| | |
| **Résultats** | |
| **Présentation des résultats** | Baseline Characteristics :<br>→ La population «modified intent-to treat (mITT) » utilisée dans l'analyse comprenait 485 patients : 272 (56,1%) répondant aux critères de base du YMRS (score > 4) concernant le caractère mixte.<br>→ Dans le groupe avec caractéristiques mixtes (VS sans) : score MADRS moyen de départ = 31,2 (VS 29,5) ; score YMRS moyen = 6,0 (VS 2.0).<br>→ Au départ : 26.0% des patients avaient un score YMRS de 6-12 ; 14.4% un score de 8-12 et 6.2% un score de 10-12 (CF tableau 1).<br>→ Au départ : le groupe avec caractères mixtes (VS sans) comptait<br>○ une proportion plus élevée de femmes : 60.7% VS 52.1% ; p = 0.0065<br>○ une proportion plus élevée de blancs : 71.3% VS 59.2% ; p = 0.002<br>○ un âge précoce de diagnostic : 26.6 ans VS 29.0 ans ; p = 0.020<br>○ une histoire « of rapid cycling » : 9.2% VS 2.8% ; p = 0.05<br>○ un niveau élevé d'anxiété : score moyen HARS → 17.2 VS 14.5 ; p < 0.001<br><br>Disposition du patient :<br>→ Le taux d'individus ayant terminé l'expérience était légèrement plus basse chez les personnes avec caractères mixtes (72.5%) que chez les patients sans caractères mixtes (81.6%).<br>→ Le taux d'abandon (toutes causes confondues) était similaire pour le Lurasidone et le placebo : mixtes = 27.5% VS 24.4% ; caractéristiques mélangées : 18.4% VS 18.1%. |

**Table 1. Baseline Demographic and Clinical Characteristics (mITT population)**

| Characteristic | With Mixed Features (baseline YMRS ≥ 4) Lurasidone (n = 182) | With Mixed Features (baseline YMRS ≥ 4) Placebo (n = 90) | Without Mixed Features (baseline YMRS < 4) Lurasidone (n = 141) | Without Mixed Features (baseline YMRS < 4) Placebo (n = 72) |
|---|---|---|---|---|
| Male, n (%) | 67 (36.8) | 40 (44.4) | 67 (47.5) | 35 (48.6) |
| Age, mean (SD), y | 42.2 (11.8) | 40.7 (11.5) | 41.0 (13.0) | 41.8 (13.6) |
| Race, n (%) | | | | |
| White | 131 (72.0) | 63 (70.0) | 82 (58.2) | 44 (61.1) |
| Black | 25 (13.7) | 12 (13.3) | 21 (14.9) | 9 (12.5) |
| Other | 26 (14.3) | 15 (16.7) | 38 (27.0) | 19 (26.4) |
| Age at onset of illness, mean (SD), y | 27.2 (11.9) | 25.4 (10.0) | 28.5 (10.7) | 30.0 (11.2) |
| ≥ 4 previous hospitalizations, n (%) | 21 (11.5) | 11 (12.2) | 20 (14.2) | 13 (18.1) |
| History of rapid cycling, n (%) | 17 (9.3) | 8 (8.9) | 4 (2.8) | 2 (2.8) |
| MADRS score, mean (SD) | 31.2 (5.2) | 31.2 (5.3) | 29.5 (4.5) | 29.6 (4.3) |
| CGI-BP-S score, mean (SD) | 4.6 (0.6) | 4.6 (0.6) | 4.4 (0.6) | 4.4 (0.6) |
| YMRS score, mean (SD)/median | 5.9 (2.2)/5.0 | 6.2 (2.6)/5.0 | 2.0 (1.1)/2.0 | 2.0 (1.1)/2.0 |
| HARS score, mean (SD) | 17.2 (6.5) | 17.3 (6.7) | 14.3 (5.4) | 14.9 (5.8) |
| QIDS-$SR_{16}$ score, mean (SD) | 14.5 (3.7) | 14.9 (3.2) | 14.2 (3.3) | 14.3 (3.5) |
| Q-LES-Q-SF score, mean (SD) | 32.7 (13.5) | 34.1 (14.2) | 34.9 (13.2) | 34.2 (12.6) |
| SDS score, mean (SD) | 19.6 (5.3) | 18.9 (5.3) | 19.9 (5.0) | 20.9 (4.5) |

Abbreviations: CGI-BP-S = Clinical Global Impression-Bipolar Severity depression score, HARS = Hamilton Anxiety Rating Scale, MADRS = Montgomery-Asberg Depression Rating Scale, mITT = modified intent-to-treat, QIDS-$SR_{16}$ = 16-item Quick Inventory of Depressive Symptomatology-Self Report, Q-LES-Q-SF = Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire—Short Form, SDS = Sheehan Disability Scale, YMRS = Young Mania Rating Scale.

CLICK FIGURE TO ENLARGE

Efficacité :
Score moyen de LS par rapport au score total MADRS = significativement plus élevé pour le « groupe Lurasidone » que pour le « groupe placebo » chez les

patients ayant des caractéristiques mixtes : -15.7 VS -10.9 ; p = 0.001 ; Effet Size 0.48 et chez ceux non mixtes : -15.2 VS -10.8 ; p = 0.001 ; Effect size 0.48. → Tableau 2

**Table 2. Efficacy Outcomes: Baseline Groups With and Without Mixed Features (mITT population)**

| | With Mixed Features (baseline YMRS ≥ 4) | | | | Without Mixed Features (baseline YMRS < 4) | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Lurasidone (n = 182) | | Placebo (n = 90) | | Lurasidone (n = 141) | | Placebo (n = 72) | |
| Outcome | Estimate | SE | Estimate | SE | Estimate | SE | Estimate | SE |
| LS mean change at week 6 | | | | | | | | |
| MADRS change[a] | −15.7** | 0.9 | −10.9 | 1.2 | −15.2** | 0.9 | −10.8 | 1.2 |
| CGI-BP-S change[a] | −1.9*** | 0.1 | −1.2 | 0.1 | −1.7** | 0.1 | −1.1 | 0.2 |
| QIDS-$SR_{16}$ change[a] | −7.2** | 0.4 | −4.9 | 0.6 | −7.2** | 0.4 | −5.4 | 0.6 |
| YMRS change[a] | −2.4 | 0.3 | −2.3 | 0.4 | 0.1 | 0.2 | 0.3 | 0.2 |
| HARS change[b] | −6.9 | 0.6 | −5.2 | 0.8 | −6.0* | 0.6 | −4.4 | 0.8 |
| Q-LES-Q-SF change[b] | 21.0** | 1.7 | 12.8 | 2.3 | 17.9 | 1.6 | 13.4 | 2.2 |
| SDS change[b] | −9.3** | 0.9 | −5.2 | 1.2 | −8.4 | 0.7 | −7.1 | 1.1 |
| Outcome, LOCF endpoint | n | % | n | % (NNT) | n | % | n | % (NNT) |
| MADRS responders (≥ 50% reduction)[c] | 93 | 51.1** | 29 | 32.2 (6) | 75 | 53.2*** | 20 | 27.8 (4) |
| MADRS remitters (MADRS ≤ 12)[c] | 72 | 39.6* | 22 | 24.4 (7) | 60 | 42.6* | 18 | 25.0 (6) |
| Secondary Analysis | | | | | | | | |
| | With Mixed Features (baseline ≥ 2 on 2 or more YMRS items) | | | | Without Mixed Features (baseline ≥ 2 on < 2 YMRS items) | | | |
| | Lurasidone (n = 135) | | Placebo (n = 74) | | Lurasidone (n = 188) | | Placebo (n = 88) | |
| LS mean change at week 6 | Estimate | SE | Estimate | SE | Estimate | SE | Estimate | SE |
| MADRS change[a] | −16.3** | 1.0 | −10.9 | 1.3 | −14.6*** | 0.8 | −10.1 | 1.1 |
| CGI-BP-S change[a] | −1.9*** | 0.1 | −1.2 | 0.2 | −1.7*** | 0.1 | −1.1 | 0.1 |

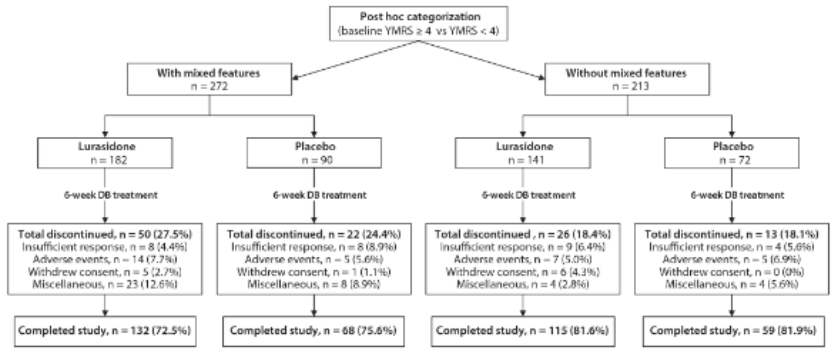
[a]Mixed model for repeated measures.
[b]Analysis of covariance using LOCF.
[c]Logistic regression.
*$P < .05$.
**$P < .01$.
***$P < .001$.

Abbreviations: CGI-BP-S = Clinical Global Impression-Bipolar Severity depression score, HARS = Hamilton Anxiety Rating Scale, LOCF = last observation carried forward, MADRS = Montgomery-Asberg Depression Rating Scale, mITT = modified intent-to-treat, NNT = number needed to treat, QIDS-$SR_{16}$ = 16-item Quick Inventory of Depressive Symptomatology-Self Report, Q-LES-Q-SF = Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire—Short Form, SD = standard deviation, SDS = Sheehan Disability Scale, SE = standard error, YMRS = Young Mania Rating Scale.

CLICK FIGURE TO ENLARGE

→ Le score de dépression (CGI-BP-S) était plus élevé dans le groupe traité par Lurasidone chez les patients mixtes : -1.9 VS -1.2 ; p = < 0.001 ; effect size 0.57 et non mixtes : -1.7 VS 1.1 ; p = 0.002 ; effect size 0.49.
→ Amélioration significative de l'évaluation des symptômes dépressifs (QIDS – SR16), de la qualité de vie (Q-LES-Q) et du fonctionnement (SDS) dans le groupe mixte traité par Lurasidone comparé au groupe placebo. Néanmoins, pas d'amélioration concernant le score HARS (p = 0.065).
→ Concernant le groupe non mixte + Lurasidone : amélioration score QIDS-SR16 et HARS uniquement.
→ Effet du traitement similaire pour les patients avec et sans caractères mixtes.
→ Dose de Lurasidone non significative : score MADRS 0.31 pour le groupe 20-60mg et 0.64 pour le groupe 80-120mg

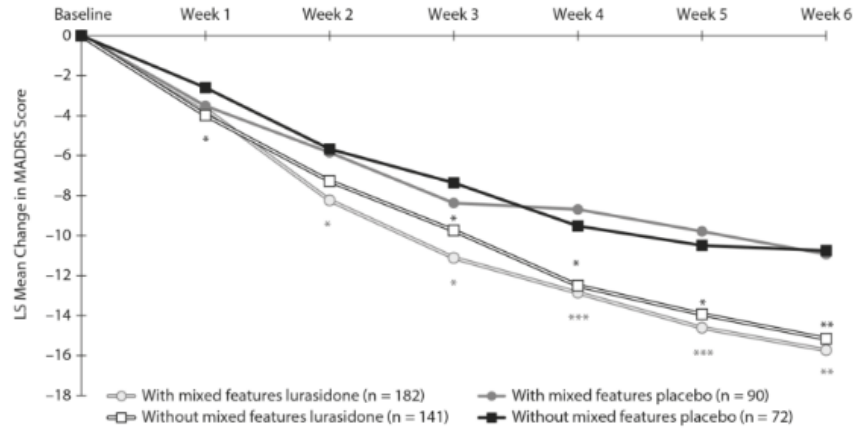
**Figure 1. Patient Disposition: Baseline Groups With and Without Mixed Features**




Abbreviations: DB = double-blind, YMRS = Young Mania Rating Scale.

CLICK FIGURE TO ENLARGE

**Figure 2. Change From Baseline in MADRS Score (MMRM): Patients With and Without Mixed Features at Baseline (mITT population)**

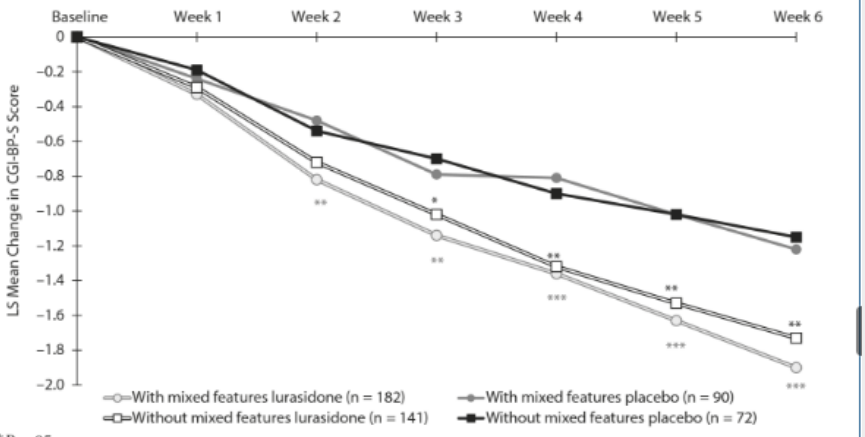



*$P < .05$.
**$P < .01$.
***$P < .001$.
Abbreviations: LS = least-squares, MADRS = Montgomery-Asberg Depression Rating Scale, mITT = modified intent-to-treat, MMRM = mixed model for repeated measures.

CLICK FIGURE TO ENLARGE

→ Relation sévérité des caractéristiques mixtes de départ et efficacité du Lurasidone.

**Figure 3. Change From Baseline in CGI-BP-S Score (MMRM): Patients With and Without Mixed Features at Baseline (mITT population)**




*$P < .05$.
**$P < .01$.
***$P < .001$.
Abbreviations: CGI-BP-S = Clinical Global Impression-Bipolar Severity depression score, LS = least-squares, mITT = modified intent-to-treat, MMRM = mixed model for repeated measures.

CLICK FIGURE TO ENLARGE

**Table 3. Effect of Baseline Severity of Mixed Features on Lurasidone Efficacy (mITT Population)**

| | Baseline YMRS ≥ 4 | | Baseline YMRS ≥ 6 | | Baseline YMRS ≥ 8 | | Baseline YMRS ≥ 10 | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Measure | Lurasidone (n = 182) | Placebo (n = 90) | Lurasidone (n = 83) | Placebo (n = 43) | Lurasidone (n = 44) | Placebo (n = 26) | Lurasidone (n = 14) | Placebo (n = 16) |
| MADRS | | | | | | | | |
| Baseline mean (SD) | 31.2 (5.2) | 31.2 (5.3) | 32.6 (5.0) | 33.0 (5.9) | 32.4 (5.4) | 31.9 (5.2) | 33.1 (4.8) | 31.5 (5.9) |
| Week 6 change, mean (SE) | −15.7 (0.9) | −10.9 (1.2) | −15.8 (1.5) | −11.7 (2.0) | −15.1 (2.2) | −11.6 (2.7) | −23.9 (3.3) | −13.3 (2.7) |
| Cohen *d* | 0.48 | | 0.36 | | 0.31 | | 1.23 | |
| CGI-BP-S | | | | | | | | |
| Baseline mean (SD) | 4.6 (0.6) | 4.6 (0.6) | 4.8 (0.7) | 4.6 (0.7) | 4.8 (0.7) | 4.6 (0.6) | 4.8 (0.7) | 4.6 (0.6) |
| Week 6 change, mean (SE) | −1.9 (0.1) | −1.2 (0.1) | −1.9 (0.2) | −1.3 (0.2) | −1.8 (0.3) | −1.4 (0.3) | −2.7 (0.4) | −1.6 (0.3) |
| Cohen *d* | 0.57 | | 0.51 | | 0.28 | | 1.05 | |

Abbreviations: CGI-BP-S = Clinical Global Impression-Bipolar Severity depression score, MADRS = Montgomery-Asberg Depression Rating Scale, mITT = modified intent-to-treat, SD = standard deviation, SE = standard error, YMRS = Young Mania Rating Scale.

CLICK FIGURE TO ENLARGE

| | |
|---|---|
| | Sécurité et tolérance :<br>→ taux d'abandon similaire chez les groupes avec Lurasidone et avec Placebo (7.7% VS 5.6%) chez le groupe mixte et le non mixte (5.0% VS 6.9%).<br>→ Causes d'abandon : nausées, sédation, somnolence,… → incidence = - de 5%<br>→ Groupe mixte : épisodes d'hypomanie à un taux similaire dans les groupes Lurasidone VS placebo (2.2% VS 3.2%).<br>→ 17% de patients mixtes avec Lurasidone avaient au moins un épisode d'idées suicidaires (C-SSRS) → 21.1% chez le groupe mixte placebo → 10.6% chez les non mixtes avec lurasidone et 4.2% non mixtes sous placebo.<br>→ aucun suicide n'a été observé. |

**Table 4. Treatment-Emergent Adverse Events: n (%) With Incidence ≥ 5%[a] (safety population)**

| | With Mixed Features (baseline YMRS ≥ 4) | | Without Mixed Features (baseline YMRS < 4) | |
|---|---|---|---|---|
| Event | Lurasidone (n = 186) | Placebo (n = 94) | Lurasidone (n = 145) | Placebo (n = 74) |
| Nausea | 30 (16.1) | 6 (6.4) | 16 (11.0) | 7 (9.5) |
| Akathisia | 23 (12.4) | 2 (2.1) | 8 (5.5) | 2 (2.7) |
| Sedation | 10 (5.4) | 1 (1.1) | 7 (4.8) | 2 (2.7) |
| Somnolence | 8 (4.3) | 5 (5.3) | 10 (6.9) | 2 (2.7) |
| Treatment-emergent hypomania/mania[b] | 4 (2.2) | 3 (3.2) | 5 (3.4) | 0 (0) |

[a]Adverse events included only if incidence was greater with lurasidone compared with placebo.
[b]Treatment-emergent mania was defined, a priori, as (1) a YMRS score ≥ 16 at any 2 consecutive postbaseline visits or at the final visit or (2) an adverse event of "mania" or "hypomania."

CLICK FIGURE TO ENLARGE

| **Discussion** | |
|---|---|
| **Interprétation des résultats** | La Lurasidone s'est révélé être plus efficace que le placebo afin de réduire la sévérité des symptômes de dépression dans les groupes déprimés, bipolaires mixtes.<br>La proportion des effets était similaire dans les groupes avec ou sans caractères mixtes lors de l'évaluation en semaine 6 (score MADRS et CGI-BP-S) → la présence de caractères mixtes n'influence donc pas la réponse au traitement par Lurasidone.<br>→ L'amélioration des symptômes dépressifs dans le sous-groupe avec caractères mixtes ne semble pas être influencée par la sévérité initiale des symptômes.<br>→ Traitement de Lurasidone bien toléré avec un taux d'abandon faible. |
| **Conséquences et recommandations** | Limites de l'analyse : les résultats ne sont pas basés sur un essai prospectif, les critères de mixité ont été basés sur le score YMRS n'étant pas inclus dans les critères du DSM-V.<br><br>Conclusion : Le Lurasidone semble efficace pour le traitement des patients atteints de dépression bipolaires associée à des caractéristiques mixtes, ajouté à une évaluation de la sévérité des symptômes maniaques ou du nombre de symptômes. |

## Grille 5: Ketamine and other glutamate receptor modulators for depression in bipolar disorder in adults (Review) (McCloud et al., 2015) [Traduction libre]

| Eléments d'évaluation | Questions fondamentales à se poser |
|---|---|
| **Titre** | Le titre nous indique, qu'il s'agit d'un article traitant de traiter la dépression dans les troubles bipolaires chez les adultes avec la kétamine et les autres récepteurs glutamates. |
| **Résumé** | Il commence à y avoir des évidences, que le système glutaminergique a un rôle important dans la dépression bipolaire, donc il s'agit ici de voir si les effets de la kétamine et autres récepteurs glutamates soulagent les symptômes de dépression.<br>Méthode : recherché dans les bases de données de COCHRANE, MEDLINE, EMBASE, PSYCHINFO des articles et des systematic reviews.<br>Résultats : Il n'y a pas eu de différence entre les traitements et le placebo.<br>Conclusion : Du aux pauvres quantités de données, au niveau des articles, les conclusions sont limitées. Il y a peu d'évidences, en faveur d'une dose unique de kétamine en intraveineuse comparé au placebo. La kétamine ne démontre pas une efficacité meilleure par rapport à la rémission de la dépression bipolaire, même si la kétamine a un potentiel d'action rapide antidépresseur. Or, l'efficacité d'une dose intraveineuse est limitée.<br>Il n'y pas eu d'évidence concrète, par rapport aux effets secondaires.<br>Plus de recherches sont nécessaires, afin de déterminer si d'autres méthodes d'administration seront plus efficaces pour la kétamine.<br>Par ailleurs, il n'y a pas eu assez d'évidences concernant les autres récepteurs de glutamate. |
| | |
| **Introduction** | |
| **Problème de la recherche** | On sait que les symptômes dépressifs sont présents autant dans les troubles bipolaires 1 et 2.<br>On sait que les troubles bipolaires amènent un risque de suicide qui est plus présent dans la phase dépressive. Le lithium est reconnu comme un médicament aidant à diminuer le risque de suicide, mais il ne fait pas effet de façon rapide, on cherche alors un traitement a action rapide pour diminuer les idées ou comportement suicidaire. |
| **Recension des écrits** | Les traitements pour les troubles bipolaires sont souvent conjoints entre des traitements médicamenteux et des psychothérapies. (Geddes 2013)<br>Les traitements médicamenteux agissent de façon lente, ce qui peut amener à ce que la phase dépressive passe à la phase maniaque, chez le patient bipolaire (Howland 1996).<br>Les médicaments, utilisés pour la dépression dans les troubles bipolaires sont le lithium, quétiapine et l'association de olanzapine avec la fluoxétine. De plus, la lamotrigine, d'autres antidépresseurs, de nouveaux antipsychotiques de 2ème génération (lurasidone) peuvent faire part aussi du traitement.<br>On sait que, le glutamate est un neurotransmetteur qui agit sur la mémoire, cognition et l'apprentissage. D'ailleurs, des recherches démontrent que les récepteurs glutamates peuvent avoir des effets antidépresseurs.<br>Des preuves de l'efficacité du glutamate et donc la kétamine et le riluzole sur la dépression sont conséquentes (Altamura 1995), (Zarate 2006), (Kendell |

| | |
|---|---|
| | 2005).<br>La kétamine, a une demi-vie de 2 à 2,5 heures et est métabolisée par le foie, les voies d'administrations sont le plus souvent par intraveineuse et intranasale (Abrams 1993). |
| **Cadre de recherche** | Des preuves ont été apportées par un article, qui démontrerait l'action anti dépresseur rapide de la kétamine sur les pensées suicidaires or, les effets sont de très courte durée et doivent être administrés par voir intraveineuse sur la surveillance d'un anesthésiste, obligeant ainsi les patients à être hospitalisés. |
| **Buts et question de recherche** | Le trouble bipolaire a une conséquence sur la qualité de vie des patients, de plus du a la phase dépressive, un risque accru de suicide est présent.<br>Or, les traitements proposés ont une faible efficacité et leur action est lente, s'est pour quoi trouver un médicament à action rapide est nécessaire. Pourtant, des questions doivent être posées concernant les effets à court terme de la kétamine qui selon (Rasmussen, 2014) induisent des états de type transe ou hallucinations et semble avoir des effets cognitifs. D'ailleurs, la voie d'administration utilisée est par voie intraveineuse or, vu que le patient doit venir en hôpital pour faire ces administrations et être sous surveillance de l'anesthésiologiste cela rend le traitement très contraignant. Donc, d'autres recherches, cherchent d'autres méthodes pour l'administration de la kétamine (Dutta 2014).<br>Vu que, depuis la dernière revue systématique par rapport à la kétamine par Aan Het Rot 2012 d'autres recherchées ont été entreprises, il est donc nécessaire de refaire une revue systématique englobant les articles qui n'ont pas été incluses auparavant, cela va donner aussi des informations sur quels points doivent encore être approfondis et permettre aux personnes de connaître l'utilisation de ce médicament. |
| | |
| **Méthode** | |
| **Population et échantillon** | Seules les études contrôlées randomisés comparant la kétamine, la mémantine et autres récepteurs du glutamate avec des placebos ou autres médicaments psychotropes chez les personnes souffrant de dépression bipolaire, ont été utilisés pour cette revue systématique.<br>Les essais randomisés par grappes, ont aussi été pris en compte mais seulement quand l'effet de la grappe peut être utilisé pour l'analyse statistique.<br>Ont été exclus les essais quasi-randomisés ou les études qui ne décrivaient la méthode comme randomisée.<br><br><u>Participants :</u><br>Les participants sont, les personnes de 18 ans ou plus avec un diagnostic de trouble bipolaire primaire selon les critères : Critères de Feighner (Feighner 1972), Critères diagnostiques de la recherche (Spitzer 1978), DSM-III (APA 1980), DSM-III-R (APA 1987), DSM-IV (APA 1994), DSM-IV-TR (APA 2000), DSM-5 (APA 2013), ou CIM-10 (OMS 1992).<br><br><u>Comorbidités :</u><br>Ont été exclus de l'analyse, les patients ayant un diagnostic primaire d'un autre trouble d'axe 1 ou 2 et les patients ayant une maladie concomitante ou une dépression post-partum. |
| **Considérations éthiques** | - |
| **Devis de recherche** | Évaluation du risque de biais dans les études incluses.<br>Le risque de biais, a été évalué pour chaque article par cinq auteurs indépendamment, selon les critères du le manuel Cochrane. Pour chaque |

Rapport-Gratuit.com

| | |
|---|---|
| | source de biais, les biais ont été aussi catégorisés selon si le biais est élevé, faible ou confus.<br>Le risque de biais a été évalué selon les domaines suivants :<br>« 1. Génération de séquences aléatoires<br>2. Dissimulation d'allocation<br>3. L'aveuglement des participants et du personnel<br>4. L'aveuglement de l'évaluation des résultats<br>5. Données de résultats incomplètes<br>6. Rapport sur les résultats sélectifs<br>7. Autre biais » |
| **Modes de collectes de données** | <u>Méthodes de recherche pour l'identification des études :</u><br>Les études utilisés ont été trouvés dans le groupe Cochrane sur la dépression, l'anxiété et la névrose (CC-DAN), qui suite à des recherches de routine de Cochrane central, et des recherches hebdomadaires de MEDLINE (1950-), EMBASE (1974-) et PsycINFO (1967-); ainsi que d'autres bases de données et de registres internationaux des essais cliniques du portail des essais de l'Organisation mondiale de la santé (International Clinical Trials Registry Platform (ICTRP)), des sociétés pharmaceutiques, de la recherche manuelle des revues clés, des conférences et autres revues systématiques (non-Cochrane) et méta-analyses. |
| **Conduite de la recherche** | Recherches électroniques<br>Le CCDAN a été recherché jusqu'au 9 janvier 2015 avec les termes :<br>1. (dépression * ou dysthymie * ou "trouble affectif *" ou "trouble du spectre affectif *" ou "état affectif *" ou "symptôme affectif *" ou "état mixte *" ou "trouble de l'humeur *" ou MDD ou unipolaire ou bipolaire) : ti, ab, kw, ky, emt, mh, mc<br>2. (amantadin * ou atomoxétine * ou * cyclosérine * ou dextrométhorphe ou "GLYX 13" ou "MK 0657" ou (kétamine * ou Ketalar ou Ketaject ou Ketanest) ou (lanicemin * ou AZD6765) ou mémantine * ou quinoline * ou rellidep ou riluzol * ou (tramadol * ou ETS6103 ou viotra) ou ampa ou "cerc 301" ou "d serin *" ou glun2b ou glutamate ou glutamine * ou glutamatergique ou glutathion * ou glycine * ou mglu * ou "N acétyl cystéine * "Ou" N méthyle D aspartate "ou nmda ou" nrx 1074 "ou kaïnite ou nr2b ou sarcosine * ou NAC): ti, ab, kw, ky, emt, mh, mc<br>3. (# 1 et # 2)<br>[Clé de codes de champ: ti: titre; ab: résumé; kw: mots-clés: ky: mots-clés supplémentaires; emt: rubriques EMTREE; mh: rubriques MeSH; mc: mots de passe MeSH]<br><br><u>Registres internationaux :</u><br>Les registres comme l'organisation mondiale de la santé et ClinicalTrials.gov ont été recherchés afin de trouver les études en cours ou non publiés.<br><br><u>Recherche d'événements indésirables :</u><br>Pour trouver des recherches sur les effets indésirables les bases de données OVID, MEDLINE, EMBASE et PsycINFO ont été recherchées. Mais les analyses n'ont pas fait par de cette revue.<br>Aucun filtre n'a été appliqué.<br><br><u>Recherche d'autres ressources :</u><br>Des recherches ont aussi été effectuées auprès de : la Food and Drug Administration des États-Unis, l'Agence de réglementation des médicaments et des produits de santé au Royaume-Uni, l'Agence européenne des |

| | |
|---|---|
| | médicaments et la Pharmaceuticals and Medical Devices Agency. au Japon et l'Administration des produits thérapeutiques en Australie (janvier 2015).<br><br>Recherche manuelle :<br>Une recherche manuelle a aussi été entreprise.<br><br>Liste de références :<br>Des livres sur les troubles affectifs ont aussi été utilisés. |
| **Analyse de données** | Des auteurs, ont étudié les titres des études afin de décider lesquels allaient être inclus dans cette systhematic review et celles qui seraient exclues. Tout ce processus a été mis dans un diagramme de flux Prisma.<br><br>Extraction de données et gestion :<br>Les caractéristiques des études, plus spécifiquement les caractéristiques des participants, les détails des interventions et mesures d'intérêts ont était extraits par le biais d'un formulaire de collection de données.<br><br>Les comparaisons principales faites dans cette étude sont :<br>1. Kétamine versus placebo<br>2. Kétamine par rapport aux autres modérateurs du glutamate<br>3. Kétamine par rapport à d'autres agents pharmaco logiquement actifs (soit classique, par exemple midazolam, ou non conventionnel, par exemple scopolamine ou Hypericum)<br>4. Autres modulateurs du récepteur du glutamate versus placebo<br>5. D'autres modulateurs du récepteur du glutamate par rapport à d'autres agents pharmaco logiquement actifs (soit classiques, par exemple le midazolam, soit non conventionnels, par exemple la scopolamine ou l'Hypericum). |
| | |
| **Résultats** | |
| **Présentation des résultats** | Deux types de recherche ont été effectués, une pour rechercher les essaies contrôlés randomisés et une pour les effets indésirables, suite à ces recherches et à l'élimination des recherches superflues il restait 23 rapports ayant 7 références primaires pour 5 études qui ont été identifiés.<br>Les cinq études étaient des essais contrôlés par placebo et évaluaient l'efficacité de différents traitements :<br>1. Deux études évaluaient la kétamine dont l'administration était par voie intraveineuse et dont le traitement ne comportait que 1 administration voir 2 administrations<br>2. Deux la Mémantine dont l'administration se faisait par voie orale, les doses pouvaient varier entre une dose fixe de 5mg par jour ou entre 5mg a 20mg par semaines selon la tolérance. La durée du traitement pouvait varier entre 8 à 12 heures.<br>3. Un la cytidine dont l'administration était orale et la durée d'étude était de 12 semaines.<br>Les modulateurs du récepteur du glutamate étaient toujours administrés en addiction à des stabilisateurs de l'humeur.<br>La somme de tous les participants de cette étude était de 329.<br>Les lieux ou se sont déroulés les essaies, étaient pour 2 études des hôpitaux, et pour 1 étude en ambulatoire, tandis que pour les 2 derniers articles on ne sait pas quel était le réglage.<br>Le 70,5% des patients étudiés dans les articles retenus étaient Taiwanais.<br>Les participants avaient tous entre 18 ans et 65 ans et avaient un diagnostic de trouble bipolaire se trouvant dans une phase de dépression. Le |

Rapport-gratuit.com
LE NUMERO 1 MONDIAL DU MÉMOIRES

| | |
|---|---|
| | pourcentage de femmes variait entre les articles mais restait entre 49% et 67%.<br>Pour les études utilisées dans cette systématique review, des stabilisateurs de l'humeur devaient être pris en plus du médicament testé. Deux études demandaient à ce que les patients prennent les stabilisateurs de l'humeur (valproate ou lithium) au moins 4 semaines avant le début de l'étude, la réponse devait être inadéquate puis les patients continuaient avec le traitement aux stabilisateurs de l'humeur et commençaient l'étude. Une autre étude utilisait la même méthode mais avec le lamotrigine. Les deux études restantes ont utilisé le valproate en essaie ouvert.<br>Dans chaque étude l'efficacité par rapport au taux de réponse et rémission a été incluse.<br>Dû au fait que le placebo était une solution saline, les patients et soignants pouvaient donc deviner s'ils reçoivent le traitement ou le placebo dû aux effets secondaires<br><br><u>1. Kétamine versus placebo :</u> 33 participants faisaient partie de cette étude, des informations sur les résultats, rémission à 24h, 3 jours, 1 semaine et 2 semaines ont été fournis. De plus, des informations sur les effets indésirables et l'accessibilité ont été aussi fournis. Comme parlé plus haut la kétamine a été associée soit au valproate soit au lithium.<br>**Résultats primaires :** La seule réponse significative dans cette étude était pour la dose unique intraveineuse dans les 24 heures. Aux 72 heures la réponse était encore bonne par rapport au placebo mais pas aussi significative, à une semaine la réponse est similaire au placebo.<br>**Rémission :** La kétamine utilisée en rémission n'était pas efficace.<br><br><u>2. Mémantine versus placebo :</u> Pour ce médicament 2 études ont été faits, l'échantillon total était de 261 participants. Les informations sur les résultats et rémission à une semaine, deux semaines, quatre semaines, et trois mois ont été obtenues. Des informations pour les effets indésirables, tendances suicidaires et l'accessibilité, ont été acquises.<br>**Réponse :** Pas de réponse significative n'a été trouvée a une semaine, a deux semaines la mémantine était plus performante mais pas assez pour être significative. A quatre semaines la réponse à la mémantine était significative or, a trois mois il n'y a avait plus de réponse significative.<br>**Suicide :** Aucune différence entre la mémantine et le placebo concernant l'effet sur le suicide n'a été trouvé.<br><br><u>3. Cytidine versus placebo :</u> L'échantillon dans cette étude était de 35 patients. Les informations sur les réponses a trois mois étaient disponibles, on n'a pas d'informations avant ou après cette temporalité. On avait aussi les informations sur les effets indésirables et l'acceptabilité.<br>**Résultats primaires :** La différence entre le placebo et la cytidine n'est pas significative. |
| | |
| **Discussion** | |
| **Interprétation des résultats** | Ici on voulait rechercher l'efficacité et l'accessibilité de la kétamine et des autres modulateurs du récepteur du glutamate sur les symptômes dépressifs chez les patients souffrant de troubles bipolaires.<br>Cinq essaies contrôlés randomisés, associant des stabilisateurs de l'humeur au traitement recherché par rapport au placebo.<br>La kétamine est efficace jusqu'à trois jours suite à cela ça devient inefficace, ainsi on peut dire que les effets antidépresseurs de la kétamine ne sont pas |

| | |
|---|---|
| | durables.<br>Concernant la mémantine et la cytidine les informations qu'on a ne sont pas assez concluantes.<br>Suite à l'inclusion de tous les critères recherchés seule 5 études incluaient ces critères ainsi, très peu de récepteurs de glutamate n'ont été utilisés, de plus aucune de ses études n'a utilisé de placebo actif. De plus, le niveau de dépression variait beaucoup ce qui ne donnait pas d'hétérogénéité. Il faudrait passer à une définition universelle des épisodes dépressifs «résistants au traitement». De même, le mode d'administration de la kétamine ici été que par voie intraveineuse alors que d'autres types d'administrations existent. |
| **Conséquences et recommandations** | La kétamine a un effet rapide mais court donc il serait peut-être intéressant pour les moments d'urgence. Vu que le moyen d'administration de la kétamine dans les études est par intraveineux or, ça comporte des problèmes au niveau de la pratique. De plus, on n'a pas beaucoup d'informations concernant les effets secondaires de la kétamine sauf un risque de déficience cognitive et de dysfonctionnement de la vessie, il faudrait donc encore approfondir avant d'utiliser la kétamine dans la pratique.<br><br><u>Implications pour la recherche :</u> Il faudrait, pour les suites avoir une étude avec un échantillon plus grand, et des périodes de suivi plus longues afin de bien déterminer le potentiel antidépresseur de la kétamine.<br>D'ailleurs, il faudrait aussi mieux rechercher les effets secondaires de la kétamine car Morgan 2010 a trouvé que la kétamine comportait des effets secondaires à long terme sérieux tels que des déficiences cognitives, symptômes dissociatifs délirants et des scores dépressifs élevés.<br>Il peut être aussi intéressant pour la pratique d'associer la kétamine a des psychothérapies, avoir des administrations répétées ou des traitements combinés pour déterminer si cela aide à maintenir les effets antidépresseurs de ce traitement. |

Rapport-gratuit.com
LE NUMERO 1 MONDIAL DU MÉMOIRES



## Grille 6: 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 (Schaffer et al., 2015) [Traduction libre]

| Eléments d'évaluation | Questions fondamentales à se poser |
|---|---|
| **Titre** | « Épidémiologie, neurobiologie et interventions pharmacologiques liées aux décès par suicide et aux tentatives de suicide dans les troubles bipolaires: Partie I d'un rapport du Groupe de Travail de la Société Internationale pour les Troubles Bipolaires sur le suicide dans les troubles bipolaires » |
| **Résumé** | Objectifs : le trouble bipolaire est associé à un risque élevé de suicide et de tentatives de suicide. Les objectifs de la présente revue systématique est d'examiner la littérature existante en prenant en compte l'épidémiologie, la neurobiologie et la pharmacologie liées aux tentatives de suicide et leur mortalité dans les troubles bipolaires.<br><br>Méthode : Revue systématique prenant en compte la littérature entre le premier janvier 1980 et le 30 mai 2014 sur les tentatives de suicide ou les décès dans le trouble bipolaire. L'incidence et la caractérisation des tentatives de suicide et les décès, les études biologiques génétiques et non génétiques et les études de pharmacothérapie spécifiques au trouble bipolaire ont particulièrement retenu l'attention du groupe de travail. Des analyses pondérées groupées sur les taux de suicide ont été effectuées.<br><br>Résultats : les taux de suicide combiné dans le trouble bipolaire est de 164 par 100'000 années-personnes (intervalle de confiance de 95%= [5 ; 324]). Les hommes ont un rapport 1,7 fois plus élevé pour le taux de suicide par rapport aux femmes, les personnes souffrant de bipolarité représentent 3,4-14% de tous les décès par suicide (l'auto-empoisonnement et la pendaison sont les moyens les plus courants). Certaines études mettent en évidence que 23-26% des personnes bipolaires tentent de se suicider. De nombreuses études associent les tentatives de suicide et le décès dans les troubles bipolaire avec la génétique, le traitement par le lithium ou les antiépileptiques semble efficace pour la prévention des tentatives de suicide. Mais des données supplémentaires sont nécessaires afin de confirmer les effets anti-suicide. Les données sur les effets anti-suicide des traitements antipsychotiques et antidépresseurs sont limitées.<br><br>Conclusion : D'après cette revue systématique, le taux estimé de suicide chez les patients souffrant de troubles bipolaires est plus faible que le taux précédemment publié. Afin d'améliorer la sensibilisation et les interventions dans la prévention suicidaire dans le trouble bipolaire, il faut comprendre le risque global de décès et de tentatives de suicide et les moyens les plus couramment utilisés. Avant de pouvoir parvenir à des conclusions plus décisives concernant la neurobiologie et le traitement spécifique au risque suicidaire dans le trouble bipolaire, il est nécessaire de répliquer les résultats génétiques et de |

| | |
|---|---|
| | consolider les données prospectives sur les options de traitement. |
| | |
| **Introduction** | |
| **Problème de la recherche** | Le risque suicidaire n'est pas propre au trouble bipolaire mais les personnes qui en sont atteintes sont exposées à un risque élevé de tentatives de suicide et de suicide. Afin de mieux cerner ce problème, un groupe de travail a été réuni par la Société International pour les Troubles Bipolaires (ISBD). |
| **Recension des écrits** | Cette revue systématique fait office de mise à jour par rapport à d'autres excellentes revues publiées les années précédentes sur le même sujet. |
| **Cadre de recherche** | Afin de mieux comprendre la problématique suicidaire dans la population atteinte de troubles bipolaires, il peut être pertinent d'ajouter les données neurobiologiques spécifiques à la pathologie. En effet, bien que la littérature soit vaste concernant la neurobiologie du comportement suicidaire, peu d'études se sont concentrées sur des populations spécifiquement atteintes de troubles bipolaires.<br>Il existe également de nombreuses guidelines concernant la prise en charge des troubles bipolaires mais elles ne se concentrent rarement de manière complète sur la prévention suicidaire |
| **Buts et question de recherche** | Ce groupe était constitué de 20 experts de 12 pays et ont travaillé sur quatre domaines principaux :<br>• L'épidémiologie et les caractéristiques des tentatives de suicide et des suicides chez les personnes souffrant de troubles bipolaires<br>• L'identification des facteurs de risque de suicide et chez les personnes atteintes de troubles bipolaires<br>• L'observation des corrélations neurobiologiques des tentatives de suicide et des décès dans les troubles bipolaires<br>• Les interventions pour les troubles bipolaires concernant l'impact sur la probabilité d'une tentative de suicide ou du décès.<br>Cette revue systématique a examiné la littérature se concentrant spécifiquement sur des populations atteintes de troubles bipolaires, tout en admettant que de nombreuses facettes importantes de la prévention suicidaire ne sont pas forcément spécifiques à la pathologie. |
| | |
| **Méthode** | |
| **Population et échantillon** | Quatre domaines principaux ont été examinés :<br>• Epidémiologie et caractéristiques des tentatives de suicide et des décès par suicide<br>• Facteurs cliniques reliés<br>• Corrélations neurobiologiques<br>• Interventions cliniques<br>Chaque secteur a été attribué à un groupe de travail qui procuré un résumé de la littérature en faisant une recherche d'articles dans PubMed. Les mots-clés utilisés étaient « trouble bipolaire » et « tentatives de suicide ou suicide » et les limites de temporalité étaient du premier janvier 1980 au 30 mai 2014.<br>Le trouble bipolaire a été défini selon les critères du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM) ou de la Classification internationale des maladies (CIM).<br>Les études n'ont été incluses que si elles se concentraient sur des données spécifiques au trouble bipolaire ou qu'un sous-échantillon avait pu être défini et analysé séparément. Les études traitant de l'idéation suicidaire uniquement ou de l'automutilation non-suicidaire ont été exclues. Aucune limite concernant la méthodologie utilisée n'a été posée : les études contenaient alors des études cliniques rétrospectives, prospectives, des enquêtes épidémiologiques, des |

| | |
|---|---|
| | analyses de données administratives sur les soins, des revues de décès par suicide.<br>Le cadre PRISMA pour revues systématiques et méta-analyses a été utilisé et a sélectionné 1816 articles et 2 résumés de conférence. Après sélection, 364 articles ont été retenus et ont été soumis à l'évaluation par deux enquêteurs. Finalement, 127 articles ont été exclus selon les critères d'inclusion/exclusion. La revue systématique s'est donc basée sur un total de 237 études incluses dans l'examen.<br>Un taux de suicide global a été calculé en plus du résumé de la littérature disponible. Pour ce faire, les différentes études montrant spécifiquement des taux de suicide dans une population atteinte de trouble bipolaire ont été regroupée par taille de l'échantillon et année d'exposition (pour 100 personnes-années). La méthodologie utilisée pour le calcul est précisée dans l'article |
| **Considérations éthiques** | - |
| **Devis de recherche** | - |
| **Modes de collectes de données** | - |
| **Conduite de la recherche** | - |
| **Analyse de données** | - |
| | |
| **Résultats** | |
| **Présentation des résultats** | Section A : Epidémiologie :<br>• Taux de suicide chez les personnes atteintes de troubles bipolaires : une analyse groupée de 28 études publiées entre 1945 et 2001 rapporte un taux de suicide de 3,9% sur 9,93 ans (= 0,295 par 100 personnes-années, IC à 95% = [0,321 ; 0,469]) et un ratio de mortalité standardisé (SMR) par rapport à la population générale de 22,1 (IC à 95% = [20,0 ; 24,1]. Depuis 2001, d'autres études ont montré des taux de suicide plus bas que précédemment publié. Ces recherches plus récentes contenaient des échantillons de taille supérieure. L'analyse groupée pondérée par la taille de l'échantillon (n total = 172'852) a identifié un taux de suicide de 0,151 par 100 personnes-années (IC à 95% = [0,023 ; 0,471]). L'analyse groupée pondérée par le nombre d'années d'exposition (total = 1'145'245 personnes-années) a identifié un taux de suicide de 0,164 par 100 personnes-années (IC à 95% = [0,005 ; 0,324]). Des sous-échantillons non-représentatifs d'études ont pu différencier les taux de suicide chez les hommes (0,366 par 100 personnes-années, IC à 95% = [0 ; 0,72]) et chez les femmes (0,217 par 100 personnes-années, IC à 95% = [0 ; 0,0482]).<br>• Suicides de personnes atteintes de trouble bipolaire par rapport à la population générale : des échantillons ont permis d'établir que 3,4-5,9% de tous les décès par suicide avaient lieu dans la population atteinte de trouble bipolaire. D'autres études montrent des proportions plus élevées comme 9% de suicide chez les vétérans américains, 9,6% dans un échantillon national anglais.<br>• Taux de suicide suivant la pathologie : les résultats ne sont pas clairs par rapport à la comparaison entre les taux de suicide dans la population atteinte de trouble bipolaire et celle atteinte de dépression unipolaire. En effet, certaines études démontrent un taux de suicide |

| | |
|---|---|
| | plus élevé dans la dépression unipolaire (registres psychiatriques pour patients hospitalisés ou détenus) alors que d'autres montrent un taux de suicide plus élevé dans la population atteinte de trouble bipolaire parmi des participants ambulatoires, hospitalisés et cliniques. Cela consolide l'hypothèse qu'il existe d'autres facteurs modulateurs comme la probabilité d'hospitalisation, l'incarcération, la gravité de la maladie, les comorbidités,… Il a également été démontré que les différences de risque suicidaire au sein de population atteinte de trouble bipolaire par rapport à celle atteinte de schizophrénie sont également peu claires. Certaines études rapportent un taux de suicide plus élevé chez les patient atteints de trouble bipolaire (taux général de 8,74 pour le groupe trouble bipolaire avec IC à 95% = [5,80 ; 13,17] contre un taux de 7,00 pour le groupe schizophrénie avec IC à 95% = [4,78 ; 10,25]). Alors que d'autres études rapportent des résultats inverses. Il n'y a donc pas de conclusion claire dans la littérature actuelle.<br>• Méthodes de suicide : des similitudes ont été rapportées concernant les moyens de suicide utilisés chez la population atteinte de trouble bipolaire. Trois études e sont concentrées sur des populations au Taïwan, en Suède et au Royaume-Uni et rapportent des moyens couramment utilisés chez cette population spécifique comme la pendaison (31-32,5%), l'auto-intoxication (24,9-29,8%), la précipitation (13,7-18,9%). La comparaison entre des suicides chez des patients de trouble bipolaire et ceux chez des personnes sans diagnostic psychiatrique montrent des différences significatives dans les moyens de suicide utilisés : la précipitation est plus utilisée par les patients atteints de trouble bipolaire (odds ratio [OR] = 2,2, IC 95% = [1,8 ; 2,7]), alors qu'ils utilisent moins le brûlage par charbon (OR = 0,5, IC 95% = [0,4 ; 0,7]). En ce qui concerne l'auto-intoxication, les moyens utilisés les plus fréquemment sont les neuroleptiques (45%), le lithium (18%), une combinaison de plusieurs benzodiazépines (18%) et un antidépresseur tricyclique (9%). Pour faire un focus sur les taux létaux de lithium, le taux de mortalité est faible (2,9%) par rapport à d'autres substance comme la carbamazépine (20,6%), les antipsychotiques (32,4%), les opioïdes (29,4%), les benzodiazépines (26,5%) et la diphenhydramine (14,7%).<br>• Fréquence des tentatives de suicide chez les personnes atteintes de trouble bipolaire : des études ont examiné les différences de taux suicidaire dans les troubles bipolaire de type I et II. Des suivis de 18 mois à 44 ans montrent une fréquence moyenne de tentative de suicide de 23,8% chez les patients atteints de trouble bipolaire de type I et de 19,8% chez les patients atteints de trouble bipolaire de type II. D'autres études montrent des résultats similaires. L'échantillon du Programme d'Amélioration Systématique du Traitement du Trouble Bipolaire (STEP-BD) dont la population est de 4360 individus atteints de troubles bipolaire a un taux de suicide de 4,1% sur 10 mois. Une méta-analyse ayant inclus des données rétrospectives montrent des fréquences de tentatives de suicide plus élevées (36,3% dans le trouble bipolaire de type I et 32,4% dans le trouble bipolaire de type II). D'autres études rétrospectives publiées depuis 2010 montrent des fréquences de tentatives de suicide dans les troubles bipolaire allant de 22,9% à 25,6%. Le rapport entre la tentative de suicide et le décès par suicide est plus faible dans la population atteinte de trouble bipolaire que dans la population générale. En effet, des ratios de 13 :1 voire de 16 :1 ont été rapporté. Il est possible que cela soit dû à la plus forte intention de |

| | |
|---|---|
| | mourir ou à l'utilisation de moyens plus létaux.<br>• Méthodes spécifiques de tentatives de suicide dans le trouble bipolaire : l'auto-intoxication était la méthode la plus fréquemment utilisée, la proportion variant de 29,8% à 80,1% suivant les pays. Parmi les autres méthodes citées, on peut mentionner la coupe (5,6-22,7%), la précipitation 4,8-13,2%), la pendaison (0,7-26,3%), la noyade (0,2-16,7%), l'inhalation de gaz (2,8-5,7%), l'arme à feu (1,4-4,2%), l'auto-immolation (1,3-2,1%) et l'accident de voiture intentionnel (1,4%). Parfois, les individus utilisent plusieurs méthodes, une étude thaïlandaise rapporte que 26,4% des personnes utilisent au moins 2 méthodes. La plupart des individus choisissent une méthode non-violente ; seuls 13,2-17,5% utilisent une méthode violente. Il est cependant difficile de trancher sur ce qu'est une méthode violente et une méthode non-violente.<br>Section B : neurologie<br>• Génétique et suicide complet dans les échantillons de patients bipolaires : 16 gènes ont différés dans leur expression dans un groupe de suicide chez des patients atteints de troubles bipolaires par rapport à un groupe non-suicide de patients atteints de troubles bipolaires. Au sein de ces gènes, 12 font partie d'échantillon de personnes atteintes uniquement de troubles bipolaires et 4 dans un échantillon de personnes atteintes en majorité de troubles bipolaires. Dix gènes du cortex préfrontal ont eu une différence d'expression négative et trois gènes du cortex préfrontal ont eu une différence d'expression positive. Certaines études se sont intéressées aux liens entre les polymorphismes génétiques spécifiques et des antécédents de tentatives de suicide dans une population bipolaire.<br>• Marqueurs centraux et périphériques non génétiques : aucune étude traitant des marqueurs non génétiques et le décès par suicide n'a montré de résultats significatifs. Cependant, des études de neuro-imagerie ont trouvé certains résultats pertinents : certaines caractéristiques de la substance blanche, de la substance grise et de différentes parties du cortex et des ganglions de la base seraient liées à des tentatives de suicide dans le trouble bipolaire (aucun résultat dans le corps calleux). D'autres études se sont intéressées aux liens entre des antécédents de tentatives de suicide et des métabolites du liquide céphalo-rachidien et d'autres substances organiques comme l'hormone libérant la corticotropine (significatif), le niveau de lipides (résultats mitigés), de cholestérol sérique, le cortisol salivaire (significatif), la testostérone (significatif).<br>Section C : interventions cliniques dans le trouble bipolaire<br>• Périodes à risque élevé par rapport aux contacts thérapeutiques : l'hospitalisation et les semaines qui la suivent sont les périodes les plus à risque suicidaire. En effet, 14% des suicides chez les bipolaires surviennent pendant l'hospitalisation et 26% pendant les 6 semaines qui la suivent. Une grande étude anglaise montre même que 28,2% des décès par suicide sont survenus dans les 3 mois suivants l'hospitalisation, ce qui est un taux plus élevé que dans les autres troubles psychiatriques. Une étude danoise montre que les ratios de mortalité standardisé (SMR) pour des décès par suicide chez les personnes bipolaires étaient plus élevés durant la première année suivant la première hospitalisation (SMR = 53,8), venaient ensuite les années 1-3 (SMR = 20,2), les années 3-5 (SMR = 14,9) et 5 ans et plus (SMR = 10,7). |

| | |
|---|---|
| | • Durée de la maladie non traitée : des études démontrent que plus longtemps le trouble bipolaire n'est pas traité, plus le risque suicidaire augmente. En effet, des études ont montré que les patients atteints de trouble bipolaire non-traité depuis plus de deux ans avaient une probabilité plu grande de passer à l'acte et avaient un nombre supérieur de tentatives de suicide durant le suivi.<br>• Type de premier contact de traitement : une étude a démontré que le type de premier contact avec les soins avait un lien avec le risque suicidaire. En effet, les patients dont le premier contact était hospitalier avaient un risque augmenté par rapport aux patients sont le premier contact était ambulatoire.<br>• Effet global du traitement : beaucoup d'études se sont intéressées à l'impact des traitements dans les troubles bipolaires et particulièrement sur la prévention suicidaire. Dans un important essai, une pharmacothérapie a été adressée par algorithme chez des patients atteints de troubles bipolaires et ceux-ci ont également eu une gestion clinique intensive. Avant l'essai, le taux de suicide était de 1,05 pour 100 personnes-mois, mais il est tombé significativement à 0,31 pour 100 personnes-mois pendant le traitement aigu et à 0,06 pour 100 personnes-mois pendant le traitement d'entretien. Chez les vétérans américains, une étude montre que l'arrêt d'un stabilisateur de l'humeur fait grimper le taux suicidaire de 16 fois. Malgré le fait que plusieurs études montrent que le risque suicidaire augmente lors de l'arrêt du traitement, une analyse de plusieurs essais dans la maintenance des troubles bipolaires n'a trouvé aucune différence significative des taux de tentatives de suicide ou de décès entre un groupe avec un traitement actif et un groupe avec placebo. Cette analyse a cependant été biaisée par de faibles taux de base. Une autre analyse relate des effets significatifs des traitements anti-maniques qui ont eu un effet d'abaissement du taux global de mortalité mais elle ne suffisait pas à examiner spécifiquement l'effet sur les taux de suicide. Les données actuelles proposent qu'une polypharmacothérapie soit plus volontiers prescrite à des patients ayant déjà fait une tentative de suicide. Cela reflète la complexité de ces situations, la nécessité de faire concorder les interventions avec les besoins des individus et les énormes défis cliniques que cela représente.<br>• Lithium : les données sur l'utilisation du lithium sont très vastes. Il apparaît que celui-ci soit significativement efficace pour réduire le risque suicidaire (OR = 0,13, 95 % IC = [0,03 ; 0,66]) mais a une efficacité plus restreinte en ce qui concerne le risque d'auto-mutilation volontaire y compris les tentatives de suicide (OR = 0,60, IC 95% = [-0,27 ; 1,32]). Il existe peu d'études comparatives entre le lithium et d'autres traitements montrant des différences significatives. Le lithium a été comparé à la carbamazépine, au valproate, à l'utilisation d'antiépileptiques et d'antipsychotiques sans montrer de résultats significatifs avec intervalle de confiance suffisamment pertinent et dans une population exclusivement bipolaire. On sait cependant le risque est plus bas lors d'un traitement au lithium qu'un traitement aux antiépileptiques (rapport de risque = 0,38, IC 95% = [0,33 ; 0,44]). La revue mentionne un de nos articles choisi : l'essai randomisé contrôlé à long terme de Oquendo et al. (2011). Aucun acte suicidaire n'a eu lieu pendant toute la durée de l'étude (494 jours pour le groupe lithium, 550mpour le groupe valproate), aucune différence significative n'a pu être établie entre les deux groupes mais la limite de puissance |

Rapport-gratuit.com

| | |
|---|---|
| | statistique a nettement biaisé les résultats. De manière générale, les études persistent dans la démonstration d'un effet anti-suicide du lithium chez des patients bipolaires mais l'hypothèse n'a pas encore été confirmée d'un plus grand effet protecteur du lithium face à d'autres stabilisateurs de l'humeur. Les limites à ce genre d'étude sont clairement éthiques, pourtant la question de l'existence d'une corrélation entre le lithium et un effet particulièrement anti-suicide aurait une importance clinique capitale.<br>• Antiépileptiques : beaucoup d'études ont fait suite à un avertissement publié en 2009 par la Food and Drug Administration des Etats-Unis (FDA) qui annonçait que plusieurs traitements antiépileptiques augmentaient le risque suicidaire. Les études menées par la suite et spécifiquement avec la population bipolaire n'ont montré aucune différence pour le risque suicidaire entre le Divalproex et un placebo, aucune élévation du risque suicidaire chez des individus traités aux antiépileptiques pendant 30 ans. D'autres études mettent en évidence que le taux de tentative de suicide est significativement plus élevé avant l'instauration d'un antiépileptique que le mois suivant sa mise en route. La crainte des médecins concernant la toxicité du lithium lors de surdosage est également un biais fréquent des études. On peut donc voir une augmentation de prescription d'antiépileptique chez des patients à haut risque. On voit cependant dans des études comparatives non-randomisées que les patients traités aux antiépileptiques ont un risque de comportement suicidaire supérieur par rapport aux patients sous lithium, mais les résultats ne sont pas toujours cohérents.<br>• Antipsychotiques : les données associant les antipsychotiques, les tentatives de suicide et des patients bipolaires. C'est pourtant un traitement relativement couramment utilisé dans le contexte des troubles bipolaires. Une recherche démontre que le taux de tentative de suicide est significativement plus élevé lors de monothérapie avec des antipsychotiques typiques par rapport aux antipsychotiques atypiques. Mais la différence disparaît lors d'une thérapie combinée entre des antipsychotiques et des stabilisateurs de l'humeur. Les différences ne sont pas non plus significatives avec des traitements d'Olanzapine, de Rispéridone, ou de Quétiapine. La combinaison d'antipsychotiques et de Divalproex semble aussi significativement montrer des taux de suicide plus élevé par rapport à la monothérapie au Divalproex. D'autres études similaires montrent le même schéma : la monothérapie aux antipsychotiques atypiques semble associée à un taux de tentative de suicide plus élevé que la monothérapie au lithium ou au Divalproex. Malheureusement, ces données sont non-randomisées et non-répliquées.<br>Antidépresseurs : dans une étude prospective concernant les tentatives de suicide et les antidépresseurs, un lien significatif a été trouvé entre l'utilisation des antidépresseurs sur six mois et une tentative de suicide. Le lien était toujours significatif lors du contrôle de l'humeur avant le suicide. Mais cette étude n'a pas été conçue pour évaluer le risque suicidaire. |
| | |
| **Discussion** | |
| **Interprétation des résultats** | Cette revue systématique permet une visibilité des données complexes autours des comportements suicidaires et des décès par suicide dans la population bipolaire.<br>Les taux de suicide ont une variation énorme suivant les études, mais un calcul |

| | |
|---|---|
| | pondéré selon les années d'exposition permet de dégager un taux de 164 par 100'000 personnes-années, à peu près 10 fois plus élevé que la population générale. Des études plus récentes ont eu l'effet d'abaisser le taux de suicide précédemment estimé pour les troubles bipolaires. Cependant, il est important de préciser que le taux de suicide dans cette population varie suivant la maladie. Le taux global de tentative de suicide et de décès par suicide est donc à prendre comme un indicateur sur de longues périodes et non comme une évaluation du risque à une période donnée ; des études plus spécifiques peuvent donner des indications plus pertinentes à ce sujet.<br>Certaines études ont pu différencier les taux de suicide chez les hommes et les femmes. Ces études appuient la pertinence d'une approche spécifique au sexe car celui-ci est un facteur d'influence important et doit être considéré contextuellement par rapport à la maladie.<br>Le taux de suicide dans la population bipolaire par rapport à d'autres pathologies comme la dépression unipolaire ou la schizophrénie varie énormément et est tributaire de l'échantillonnage.<br>Les moyens de suicide utilisés sont assez semblables d'une étude à l'autre, la pendaison étant le moyen le plus couramment utilisé, suivi de l'auto-intoxication et de la précipitation. L'utilisation fréquente de l'auto-intoxication laisse penser que des stratégies qui permettraient de restreindre l'accès aux médicaments peuvent être pertinentes.<br>La plus grande partie des études s'intéressant à la neurobiologie du comportement suicidaire n'évalue pas spécifiquement les troubles bipolaires. Il existe néanmoins de plus en plus de preuves, notamment génétiques qui sont susceptibles d'engendrer des hypothèses. 16 gènes ont été exprimés différemment dans les groupe suicide et non-suicide.<br>Des imageries cérébrales auraient montré des relations entre des tentatives de suicide dans une population uniquement bipolaire ; la réplication n'est cependant pas encore accessible. Les marqueurs périphériques n'ont montré aucun résultat significatif. La neurobiologie est toutefois un domaine d'étude actif, il est donc nécessaire de pouvoir récolter des données le plus souvent possible.<br>La plus grande partie des données se sont intéressées au lithium et aux antiépileptiques. Ces données continuent de soutenir la conception que le lithium et les antiépileptiques abaissent significativement le risque suicidaire dans la population bipolaire. |
| **Conséquences et recommandations** | Cependant, cette conclusion est à prendre avec prudence, surtout à propos de l'effet anti-suicide du lithium. Il y a effectivement beaucoup de manques au niveau des données actuelles qui permettraient de confirmer cet effet uniquement avec le lithium et pas avec d'autres traitements. Des recherches ultérieures devraient examiner l'effet anti-suicide du lithium par rapport à d'autres traitements comme des antipsychotiques atypiques, des antidépresseurs, la thérapie électroconvulsive et les interventions psychothérapeutiques qui sont très rares. Ce manque de données et d'ailleurs préoccupant car l'utilisation de ces thérapie est fréquente. Des lacunes ont également été identifiées dans les interventions spécifiques pour la population à risque particulièrement élevé de suicide.<br>Les limites à prendre en compte comportent la dépendance aux données accessibles. En effet, les méthodologies ainsi que les caractéristiques des études, ainsi que les lieux géographiques différaient et de nombreux biais ont pu se glisser dans cette revue systématique. De plus, le taux de comportement suicidaire peut être sous-estimé.<br>Conclusion : les appréciations du risque de tentatives de suicide et de décès par suicide chez les patients atteints de troubles bipolaires sont de plus en plus |

Rapport-gratuit.com
LE NUMERO 1 MONDIAL DU MÉMOIRES

| | |
|---|---|
| | précises. Des manques persistent pourtant, notamment sur un modèle géographique plus diversifié, sur des aspects de neurobiologie et sur des interventions cliniques autres que le lithium et les antiépileptiques. |

# Grille 7: Traumatic Stress Interacts With Bipolar Disorder Genetic Risk to increase Risk for Suicide Attempts (Wilcox et al., 2017)

# [Traduction libre]

| Eléments d'évaluation | Questions fondamentales à se poser |
|---|---|
| **Titre** | Le titre englobe le thème principal mais la population cible n'est pas précisée |
| **Résumé** | Le résumé est structuré et fait mention de l'objectif, de la méthode, des résultats et d'une conclusion.<br><br>Objectif : présentation de la population cible (descendants adolescents et parents d'adultes atteints de troubles bipolaires ; population contrôle = idem sans troubles psychiatriques spécifiques). L'objectif vise à examiner l'interaction entre le stress traumatique et le score polygénique bipolaire par rapport aux idées suicidaires, tentatives de suicide et automutilations non suicidaires chez les populations citées ci-dessus.<br><br>Méthode : données recueillies à partir de 4 sites aux Etats-Unis et 1 site en Australie (de 2006 à 2012). Utilisation de modèles d'équations généralisées comme outil comparatif des taux d'idéations suicidaires, des tentatives de suicide, des automutilations non suicidaires chez des patients bipolaires (n = 307) et un groupe contrôle (n = 166) afin de déterminer l'influence des facteurs démographiques, d'exposition au stress traumatique, des humeurs de la vie et de la consommation de substances et/ou d'alcool.<br><br>Résultats : Les proches de patients ayant des troubles bipolaires sont les plus à risque concernant les idéations et les tentatives de suicide. Indépendamment des facteurs démographiques, des troubles de l'humeur et des consommations de substances, l'exposition à des traumatismes au cours de la dernière année (harcèlement, abus sexuels, violences domestiques) est associée aux tentatives de suicides (p = 0,14). De plus, le risque polygénique du trouble bipolaire est associée à la tentative (p = 0,61).<br><br>Conclusion : les proches de personnes atteintes de troubles bipolaires (BD-relatives) sont à risque de tentatives de suicide et d'idéation suicidaire notamment s'ils sont exposés à un événement traumatique et s'ils ont une vulnérabilité génétique. |
| | |
| **Introduction** | |
| **Problème de la recherche** | Présentation du phénomène à l'étude : les personnes atteintes de troubles bipolaires sont à risque élevé de tentamen et de suicide. 20 à 25% de personnes diagnostiquées bipolaire se suicident.<br>D'après la revue systématique de Toronto et al., ayant recensé 101 études de 22 pays différents, 31% de personnes bipolaires ont commis au moins une tentative de suicide contre 4% chez la population « saine ». Selon Simon et al., l'intention suicidaire est plus forte et les méthodes sont plus létales chez les personnes bipolaires.<br>Plus de 50% des adultes bipolaires rapportent un ATCD d'abus dans l'enfance. Cet événement aurait une corrélation avec l'apparition précoce des symptômes bipolaires et une aggravation de ceux-ci, comparé à une population bipolaire |

| | |
|---|---|
| | n'ayant pas subi d'abus. |
| **Recension des écrits** | - Tortonto et al. (voir ci-dessus)<br>- Simon et al. (voir ci-dessus)<br>- Klimes-Dougan et al. :<br>  o les progénitures de personnes atteintes de troubles bipolaires, à l'âge moyen de 22 ans, sont les plus à risque concernant les plans et tentatives de suicide en comparaison aux progénitures d'individus en dépression majeur ou sans trouble (petit échantillon de 37 progénitures).<br>- Golstein et al. :<br>  o Utilisation des données d'étude du BIOS (the pittsburgh Bipolar Offspring Study) avec un échantillon de 388 progénitures (6-18 ans) de 233 parents ayant des troubles bipolaires (types I et II). Un groupe contrôle de 250 progénitures a été établi. Les résultats démontrent que les progénitures du premier échantillon sont significativement plus à risque concernant les idéations suicidaires (33% VS 20% chez le groupe contrôle).<br>- Agnew-Blais and Danese :<br>  o La maltraitance est associée à de nombreuses manifestations cliniques négatives, incluant les tentatives de suicide et pourrait être un indicateur précoce d'une évaluation clinique défavorable.<br>- The stress-diathesis model of suicidal behavior :<br>  o Décrit les comportements suicidaires comme un résultat d'une interaction entre les facteurs de stress (dépendant de l'état) et une susceptibilité (semblable à « un trait » suicidaire) incluant des facteurs familiaux et génétiques → la progéniture des parents bipolaires serait biologiquement plus vulnérable, entraînant une augmentation du risque de dépression et de suicide (également environnement perturbateur).<br>- Sokolowski et al. :<br>  o Une revue systématique a réuni des études ayant cartographié des variantes génétiques spécifiques sous-jacentes aux comportements suicidaires et un diagnostic psychiatrique associé (petits échantillons). Les résultats mettent en évidence que, comme avec l'architecture des pathologies psychiatriques, la susceptibilité de l'idéation et la tentative serait hautement polygénique.<br>- Willour et al. :<br>  o Examen de 1200 individus bipolaires avec tentamen et 1497 bipolaire « non-attempters ». Aucun polymorphisme nucléotidique significatif n'a permis l'association → le chevauchement génétique entre « gènes à risque » pour les troubles psychiatriques et les tentatives de suicide n'est pas clair. |
| **Cadre de recherche** | Concept de bipolarité explicité. |
| **Buts et question de recherche** | <u>But de l'étude :</u> examiner les idées suicidaires, les tentatives de suicide et l'automutilation non suicidaire chez 307 descendants adolescents et parents d'adultes atteints de troubles bipolaires en comparaison à 166 descendants et parents d'adultes sans troubles psychiatriques spécifiques (groupe contrôle).<br><br><u>Objectif</u> : évaluer si les progénitures de personnes ayant des troubles bipolaires |

| | |
|---|---|
| | sont plus à risque de comportements suicidaires ou automutilatoires que les témoins, ceci en prenant en compte plusieurs facteurs :<br>- indépendamment d'ATCD de troubles de l'humeur ou de consommation de substances<br>- en prenant en compte que le risque génétique du trouble bipolaire est corrélé avec des comportements suicidaires ou automutilatoire<br>- le risque génétique du trouble bipolaire associé à un événement traumatique augmente le risque de suicide ou de comportement automutilatoire |
| | |
| **Méthode** | |
| **Population et échantillon** | Participants de 12 à 21 ans sur 5 sites (4 aux Etats-Unis et 1 en Australie), recrutés avec la méthode « top-down » → *toutes progénitures ou autres proches ayant un membre de sa famille avec un diagnostic confirmé de trouble bipolaire de type I, II, schizo-affectif (DSM-IV) ayant de 12 à 21 ans (sans critère diagnostique).*<br>- 88% de proches<br>- concernant les progénitures (*par le biais de la National Institut of Mental Health Genetics Initiative bipolar sample or similar genetic studies*) :<br>o 6% sont des frères et sœurs d'une personne bipolaire<br>o 6% sont parents au second degré<br>→ 197 familles : 116 avec 1 enfant, 60 avec 2 enfants, 16 avec 3 enfants, 3 avec 4 enfants, 1 avec 5 enfants, 1 avec 6 enfants.<br>Le groupe contrôle, également âgés de 12 à 21 ans, sans proche au 1er degré diagnostiqué bipolaire (I, II, ou SA), dépressif majeur, schizophrène, consommateur de substance ou ayant des ATCD psychiatriques → recrutés dans des cliniques médicales, université, communautés locales, …<br>→ 120 familles : 86 avec 1 enfant, 24 avec 2 enfants, 9 avec 3 enfants, 1 avec 5 enfants.<br>→ Âge de l'échantillon établi sur un consensus entre 2 cliniciens (psychiatres, cliniciens sociaux)<br>→ diagnostique assigné selon le DSM-IV |
| **Considérations éthiques** | Procédures cliniques approuvées par les commissions d'examen des établissements des 5 centres avec consentement éclairé (+ parental si – de 18 ans). |
| **Devis de recherche** | - Revue quantitative.<br>- Adaptation des questionnaires K-SADS afin de les adapter aux critères du DSM-IV |
| **Modes de collectes de données** | Temporalité : sur 6 ans et 3 mois<br><br>Modalité : interrogation des échantillons à l'aide de l'échelle « *for Affective Disorders for School-Age Children (K-SADS)* » + échantillon de sang pour une analyse ADN → les parents (au moins 1) ont été interrogés sur eux-mêmes en utilisant le « *Diagnostic Intervew for Genetic Studies* », sur leur conjoint ou autre parent grâce au « *Family Interview for Genetic Studies* » et finalement sur leur progéniture avec la version « *K-SADS-Parent* ».<br>→ par entretiens ou téléphone. |
| **Conduite de la recherche** | Interviewers formés par les chercheurs et coordinateurs principaux sur chaque site après un week-end de formation commun (université de l'Iniana). Sur chaque site, l'interviewer ou le clinicien coordinateur avaient une vaste expérience clinique |
| **Analyse de données** | Variables dépendantes : l'apparition d'idéations suicidaires, tentatives de suicide et de comportements automutilatoires non létal (NSSI) ont été étudiés |

| | |
|---|---|
| | indépendamment en utilisant les données des tests K-SADS. Au début de l'étude (baseline), la plupart des idéations, tentatives ou NSSI ont été rapportés à 17 ans. Jusqu'à la fin de l'étude, 17 incidents d'idéation, 7 tentatives et 10 incidents de NSSI ont été rapportés.<br><br>Variables indépendantes:<br>○ **Diagnostique psychiatrique** : troubles de l'humeur du DSM-IV (dépression majeure et trouble bipolaire) et les variables telles que l'abus de substances.<br>○ **Evénements traumatiques :** évaluation de l'exposition à des événements traumatiques au travers de l'échelle SLES (Stressfull Life Events Schedule) – version enfant → évalue la présence de 80 facteurs de stress possibles au cours des 12 derniers mois. Trois des variables de la SLES ont été utilisées pour corréler l'intimidation et l'abus sexuel (comme facteur de risque) avec l'idéation et la tentative.<br><br>Génotype et contrôle qualité : Prélèvement d'ADN chez chacun des participants afin de mettre en évidence le génotype (contrôle de qualité grâce au « Psychiatric Genomics Consortium »). 3 algorithmes ont été utilisés pour définir les génotypes (birdseed, zCall, genCall) → critères d'exclusions adaptés (…). Le second contrôle qualité visait à supprimer les individus avec un SNP (polymorphisme nucléotidique) inférieur à 98% ou ceux avec un certain coefficient de consanguinité (+/- 0,2). (…) Les SNP génotypés avec succès avaient un taux de réussite supérieur à 99,6%. (…).<br><br>Détermination du PRS (protein-reducing substances): utilisation de logarithmes génétiques et d'index d'agglutination. (…).<br><br>Caractéristiques démographiques : la détermination du sexe, de l'âge et de l'ethnie a été faite durant l'interview initiale. Catégorisation selon génotype en caucasien, africain ou autre.<br><br>Analyses statistiques : comparaison des caractéristiques démographiques et cliniques entre les proches de personnes bipolaires (n = 307) et le groupe contrôle (n = 166) et entre ceux avec et sans idéations, tentatives et NSSI (en utilisant le modèle d'équation du logiciel R). La modélisation par équation permet de spécifier la répartition au sein d'une famille (frère et sœur) → correction de la « non-indépendance » de mesures. Le logiciel permis également de tester si un PRS élevé chez une personne bipolaire est un facteur prédictif pour l'idéation, la tentative ou le NSSI et s'il interagit avec l'exposition aux événements traumatiques, l'origine ethnique, la présence de troubles de l'humeur et la consommation de substances. |
| | |
| **Résultats** | |
| **Présentation des résultats** | Les caractéristiques démographiques et cliniques des proches de personnes bipolaires et du groupe contrôle sont présentées dans un tableau. |

| | BD Relatives (n = 307) | | Controls (n = 166) | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | n | % | n | % | OR | 95% CI | *p* Value |
| Demographics | | | | | | | |
| Girls | 152 | 50 | 79 | 48 | 0.9 | 0.9–1.1 | .929 |
| Caucasian | **261** | **85** | **108** | **65** | **2.8** | **1.5–5.3** | **.001** |
| Age at baseline, mean (SD) | **16.7** | **3.0** | **17.1** | **2.7** | **0.9** | **0.9–0.9** | **.029** |
| Axis I diagnoses | | | | | | | |
| Mood disorder | **152** | **50** | **36** | **22** | **1.4** | **1.2–1.6** | **<.001** |
| Substance disorder | **91** | **30** | **29** | **17** | **1.2** | **1.1–1.3** | **.006** |
| Conduct disorder | **13** | **5** | **1** | **0.01** | **1.4** | **1.3–1.8** | **.0156** |
| ADHD | 17 | 6.5 | 4 | 03 | 1.1 | 0.95–1.3 | .191 |
| Self-injurious thoughts/behaviors | | | | | | | |
| Ideation | **72** | **23** | **15** | **9** | **1.3** | **1.1–1.5** | **<.001** |
| Attempt | **34** | **11** | **6** | **4** | **1.3** | **1.1–1.5** | **.003** |
| NSSI | 55 | 18 | 22 | 13 | 1.1 | 0.9–1.2 | .192 |
| Trauma history | | | | | | | |
| Domestic violence | 24 | 8 | 5 | 3 | 0.9 | 0.8–1.0 | .217 |
| Sexual abuse | 12 | 4 | 4 | 2 | 0.9 | 0.8–1.0 | .176 |
| Bullied | 45 | 15 | 15 | 9 | 0.9 | 0.9–1.0 | .324 |
| Any trauma history | 69 | 22 | 23 | 14 | 1.0 | 0.9–1.1 | .657 |

→ Le groupe des proches de personnes bipolaires et le groupe contrôle sont équilibrés en ce qui concerne le genre des participants et sont principalement d'ascendance européenne.
→ Lors de l'entretien initial, la moyenne d'âge des proches de personnes bipolaires était relativement plus basse que celle du groupe contrôle.
→ Les proches de personnes bipolaires seront plus susceptibles d'avoir un trouble de l'humeur et de devenir consommateurs de substances.
→ Les proches de personnes bipolaires ont 30% plus de risque de développer des idéations suicidaires et de passer à l'acte (tentatives) mais ne sont pas plus à risque concernant les NSSI. Cependant, il n'y a pas de différence notable entre les deux groupes concernant l'exposition aux violences domestiques, sexuels, etc.

Characteristics of Those With Suicidal Ideation, Attempt, and Nonsuicidal Self-Injury (NSSI)

| | Ideation[a] | | | Attempt[b] | | | NSSI[c] | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | OR | 95% CI | *p* Value | OR | 95% CI | *p* Value | OR | 95% CI | *p* Value |
| Demographics | | | | | | | | | |
| Female sex | 0.9 | 0.5–1.7 | .775 | 0.9 | 0.4–1.9 | .729 | 1.3 | 0.7–2.5 | .392 |
| Caucasian | **0.3** | **0.1–0.9** | **.029** | **0.1** | **0.2–0.4** | **.001** | **0.3** | **0.1–0.9** | **.040** |
| Age at baseline | 1.0 | 0.9–1.1 | .918 | 1.0 | 0.8–1.1 | .515 | 1.1 | 0.9–1.2 | .105 |
| Axis I diagnoses | | | | | | | | | |
| Mood disorder | **17.7** | **8.3–37.7** | **<.001** | **12.1** | **4.1–35.3** | **<.001** | **20.5** | **9.3–45.2** | **<.001** |
| Substance use disorder | **3.0** | **1.7–5.3** | **<.001** | **4.9** | **2.2–10.8** | **<.001** | **2.8** | **1.5–5.0** | **<.001** |
| Traumatic stress history | | | | | | | | | |
| Domestic violence | 0.9 | 0.6–1.4 | .550 | 1.3 | 0.7–2.4 | .379 | 0.9 | 0.5–1.3 | .408 |
| Sexual abuse | 0.9 | 0.5–1.4 | .597 | 1.5 | 0.8–2.8 | .163 | 0.9 | 0.6–1.4 | .642 |
| Bullied | 1.2 | 0.8–1.8 | .394 | 1.4 | 0.8–2.6 | .231 | 0.9 | 0.6–1.4 | .701 |
| Any trauma history | 1.3 | 0.8–2.0 | .252 | **2.1** | **1.2–3.8** | **.014** | 0.9 | 0.6–1.4 | .743 |

Le tableau ci-dessous présente les résultats des individus avec et sans idéation, tentative et NSSI → cette différence diffère pas en fonction du sexe ou de l'âge.
→ les personnes de type caucasiennes sont moins susceptibles de présenter des épisodes d'idéation, tentatives et NSSI.

Rapport-gratuit.com
LE NUMERO 1 MONDIAL DU MÉMOIRES



→ les individus présentant des idéations suicidaires sont plus susceptibles de présenter de troubles de l'humeur que les individus sans idéation. De la même façon pour les tentatives et NSSI.
→ Les individus avec idéation suicidaire sont plus susceptibles d'avoir un comportement d'abus de substances contrairement à la population sans idéation. Idem pour les individus ayant eu des tentatives et NSSI.
→ des ATCD de traumatismes sont deux fois plus élevés chez les personnes ayant tenté de mettre fin à leurs jours.

Le tableau ci-dessous résume les analyses faites pour déterminer l'association entre le trouble bipolaire et l'indice PRS et la corrélation des comportements suicidaires ou automutilatoires avec le degré d'association.

Bipolar Disorder Polygenic Risk Score (PRS) Associations

| | PRS *p* Value Threshold < .0001 | | | PRS *p* Value Threshold < .001 | | | PRS *p* Value Threshold < .01 | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | OR | 95% CI | *p* Value | OR | 95% CI | *p* Value | OR | 95% CI | *p* Value |
| All participants(n/N) | | | | | | | | | |
| Ideation (79/386) | 1.0 | 0.5–1.8 | .914 | 0.9 | 0.5–1.6 | .720 | 1.3 | 0.7–2.4 | .367 |
| Attempt (35/342) | 0.5 | 0.2–1.3 | .169 | 1.2 | 0.5–2.6 | .669 | 2.3 | 1.0–5.4 | .061 |
| NSSI (75/382) | 1.0 | 0.5–1.9 | .943 | 1.1 | 0.6–2.0 | .788 | 1.3 | 0.7–2.5 | .420 |
| Relative status (283/431) | 1.0 | 0.9–1.1 | .275 | **1.1** | **1.0–1.2** | **.030** | **1.2** | **1.1–1.3** | **.001** |
| Caucasian-only | | | | | | | | | |
| Ideation (68/328) | 1.1 | 0.6–2.2 | .745 | 0.9 | 0.5–1.6 | .671 | 1.1 | 0.6–2.1 | .714 |
| Attempt (26/286) | 0.6 | 0.2–1.8 | .388 | 1.1 | 0.5–2.6 | .787 | 1.5 | 0.6–3.4 | .354 |
| NSSI (59/319) | 1.1 | 0.5–2.3 | .775 | 1.0 | 0.5–2.0 | .932 | 1.1 | 0.6–2.1 | .775 |
| Relative status (255/362) | 1.0 | 0.9–1.2 | .755 | **1.2** | **1.0–1.4** | **.035** | **1.2** | **1.0–1.5** | **.039** |

→ Les individus avec idéation suicidaire sont plus susceptibles d'avoir un comportement d'abus de substances contrairement à la population sans idéation. Idem pour les individus ayant eu des tentatives et NSSI.
→ des ATCD de traumatismes sont deux fois plus élevés chez les personnes ayant tenté de mettre fin à leurs jours.

Le tableau ci-dessous résume les analyses faites pour déterminer l'association entre le trouble bipolaire et l'indice PRS et la corrélation des comportements suicidaires ou automutilatoires avec le degré d'association.

Bipolar Disorder Polygenic Risk Score (PRS) Associations

| | PRS *p* Value Threshold < .0001 | | | PRS *p* Value Threshold < .001 | | | PRS *p* Value Threshold < .01 | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | OR | 95% CI | *p* Value | OR | 95% CI | *p* Value | OR | 95% CI | *p* Value |
| All participants(n/N) | | | | | | | | | |
| Ideation (79/386) | 1.0 | 0.5–1.8 | .914 | 0.9 | 0.5–1.6 | .720 | 1.3 | 0.7–2.4 | .367 |
| Attempt (35/342) | 0.5 | 0.2–1.3 | .169 | 1.2 | 0.5–2.6 | .669 | 2.3 | 1.0–5.4 | .061 |
| NSSI (75/382) | 1.0 | 0.5–1.9 | .943 | 1.1 | 0.6–2.0 | .788 | 1.3 | 0.7–2.5 | .420 |
| Relative status (283/431) | 1.0 | 0.9–1.1 | .275 | **1.1** | **1.0–1.2** | **.030** | **1.2** | **1.1–1.3** | **.001** |
| Caucasian-only | | | | | | | | | |
| Ideation (68/328) | 1.1 | 0.6–2.2 | .745 | 0.9 | 0.5–1.6 | .671 | 1.1 | 0.6–2.1 | .714 |
| Attempt (26/286) | 0.6 | 0.2–1.8 | .388 | 1.1 | 0.5–2.6 | .787 | 1.5 | 0.6–3.4 | .354 |
| NSSI (59/319) | 1.1 | 0.5–2.3 | .775 | 1.0 | 0.5–2.0 | .932 | 1.1 | 0.6–2.1 | .775 |
| Relative status (255/362) | 1.0 | 0.9–1.2 | .755 | **1.2** | **1.0–1.4** | **.035** | **1.2** | **1.0–1.5** | **.039** |

→ Toutes ethnies confondues ; les proches de personnes bipolaires sont plus susceptibles d'avoir une association « troubles bipolaires-PRS » que le groupe contrôle.
→ Les individus avec une forte association « TB-PRS » sont légèrement plus

| | |
|---|---|
| | susceptibles d'avoir eu un épisode de tentative suicidaire.<br>→ Concernant les patients ayant des ATCD de traumatismes et un facteur « TB-PRS » élevé, le risque de suicide augmente de façon significative dans le groupe test comparé au groupe contrôle. |
| | |
| **Discussion** | |
| **Interprétation des résultats** | L'étude s'est penchée sur les comportements suicidaires et automutilatoires chez une jeune cohorte d'individus présentant un risque accru de développer un trouble bipolaire, bien qu'un certain nombre d'individus n'avait pas encore développé ce trouble.<br>Le résultat étant le suivant : les progénitures de personnes atteintes de troubles bipolaires ont rapporté avoir plus d'épisodes d'idéation et de tentatives que le groupe contrôle. Ce constat a été affirmé après un ajustement concernant la présence initiale de troubles de l'humeur, consommation de substances. Suggérant ainsi que les parents atteints de troubles bipolaires sont la clé de la corrélation entre les idéations et tentatives et que risque génétique concernant les comportements suicidaires n'est pas entièrement due à un ATCD de trouble de l'humeur.<br>Un autre résultat intéressant affirme que un haut niveau de corrélation du facteur « TB-PRS » ajouté à un ATCD de traumatisme est associé à des tentatives de suicides accrues, indépendamment de l'humeur ou de la consommation de substances ainsi que de l'ethnie → l'exposition à des traumatismes augmenterait donc le risque de comportements suicidaires, en particulier chez des individus présentant un risque génétique (indépendamment des troubles de l'humeur).<br>Aucune étude antérieure n'aurait examiné la relation du facteur « TB-PRS » et des comportements suicidaires sans parler d'une interaction avec des événements traumatisants. Cela pourrait indiquer que la contribution d'autres facteurs génétiquement liés au trouble bipolaire et donc au comportement suicidaire tels que l'impulsivité, l'agression ou une déficience sociale, cognitive et psychiatrique.<br>→ l'effet pléiotropie (qualifie un gène ou une protéine déterminant plusieurs caractères phénotypiques) serait plus apparent dans un PRS dérivé d'un plus grand nombre de variantes englobant probablement les variantes à risque pour les troubles bipolaires et les traits impulsifs.<br>→ Le manque d'association dans l'analyse, concernant la population caucasienne, indiquerait que la stratification de la population conduit à une association avec un comportement suicidaire dans échantillon plus large et plus diversifié sur le plan ethnique ou qu'il est influencé par la petite taille de l'échantillon résultant d'une détection plus faible. En d'autres termes, puisque les résultats dans l'analyse exclusivement caucasienne étaient similaires, le plus petit échantillon aurait pu influencer les résultats, donc la réitération de l'expérience dans une plus grande cohorte ethniquement homogène serait justifiée.<br>→ une analyse à grande échelle de l'association pangénomique (analyse des variations génétiques) et du risque suicidaire est en cours.<br>→ il y a un manque d'informations sur le lien entre le NSSI et le trouble bipolaire bien que les facteurs de risque concernant le NSSI ont été signalés comme étant similaires à ceux des comportements suicidaires chez les jeunes. L'intention de mourir n'étant pas évidente dans le NSSI. Quelques études cliniques ont révélé une augmentation du comportement NSSI chez les personnes bipolaires (…).<br><br><u>Les limites :</u> |

Rapport-Gratuit.com

| | |
|---|---|
| | - même dans un pays à risque élevé, les tentatives de suicide et l'exposition aux traumatismes étaient relativement rares dans notre échantillon.<br>- L'évaluation des diagnostics de l'enfance reposait sur une combinaison de données rétrospectives issues des observations de l'enfant et des parents complétées par des dossiers médicaux (si disponibles).<br>- Biais génétiques (…).<br>- La mesure des traumatismes et du stress (SLES) a été effectué au cours des 12 mois post-évaluation initiale alors que la survenue de tentatives suicidaires, idéations et NSSI est une évaluation qui se fait sur toute une vie.<br><br>Points forts : échantillon de jeunes à risque bien caractérisé et génétiquement informatif |
| **Conséquences et recommandations** | Recommandation pour la pratique : les biomarqueurs pourraient contribuer à éclairer les procédures d'évaluation des risques et le traitement ainsi que le choix de la prévention des comportements suicidaires futurs. |

## Grille 8: The effect of group psychoeducation program on medication adherence in patients with bipolar mood disorders: a randomized controlled trial (Rahmani et al., 2016) [Traduction libre]

| Eléments d'évaluation | Questions fondamentales à se poser |
|---|---|
| **Titre** | Le titre englobe le thème principal et la population cible |
| **Résumé** | Le résumé est structuré et fait mention d'une introduction, de la méthode, des résultats et d'une conclusion.<br><br>Introduction : La non compliance des patients bipolaires concernant leur traitement médicamenteux est un fait fréquent et entraîne très souvent une aggravation du pronostic de la maladie. Le but de la recherche vise à étudier l'effet d'une psychoéducation de groupe sur la compliance chez les femmes bipolaires type I.<br><br>Méthode : Essai randomisé contrôlé réalisé sur 76 patientes bipolaires admises dans un service de psychiatrie de l'hôpital universitaire de Razi (Tabriz, Iran). Les patientes du groupe expérimental ont suivi 10 séances de 90 minutes de psychoéducation, deux fois par semaine. La compliance a été mesurée grâce à une liste de contrôle de médicaments et avec l'échelle « adherence rating scale » (MARS) avant et après l'expérience.<br><br>Résultats : Les scores des deux outils utilisés étaient significativement plus élevés chez le groupe expérimental.<br><br>Conclusion : Au vu des résultats, il serait recommandé que la psychoéducation puisse être appliquée par les infirmières dans le cadre clinique. |
| | |
| **Introduction** | |
| **Problème de la recherche** | Présentation du phénomène à l'étude : Le trouble bipolaire est un trouble psychiatrique grave associé à un taux élevé de rechute et non compliance aux traitements. De plus, un taux de tentative de suicide s'élève à 25-50% chez cette population de patients. Bien qu'une pharmacothérapie soit généralement la thérapie de première intention, la non-compliance semble très répandue.<br>La compliance se définit comme la conformité de la prise du médicament (en fonction de la temporalité, du dosage et de la fréquence prescrits) par l'individu. Cette compliance se complexifie lorsque les patients doivent suivre « un régime » médicamenteux complexe afin de contrôler leur maladie.<br>→ 21-50% des individus bipolaires ne respecteraient pas la prise de leur traitement<br>→ Plus d'un patient sur trois ne suivraient pas son traitement médicamenteux, ceci sans consulter un médecin.<br>→ 9 patients sur 10 disent avoir déjà pensé à abandonner son traitement durant sa vie<br>→ Au moins 1 patient sur 3 ne prend pas plus de 70% de son traitement ce qui engendre un échec de la thérapie et une aggravation du pronostic.<br>→ La non-adhérence engendre plusieurs conséquences : une souffrance |

Rapport-gratuit.com
LE NUMERO 1 MONDIAL DU MÉMOIRES

| | |
|---|---|
| | personnelle (patient et proches), des réadmissions à l'hôpital avec séjours prolongés, une qualité de vie réduite et également une augmentation des coûts de la santé.<br>Le modèle « Health Belief » affirme que quelqu'un qui a conscience de son état de santé (celle-ci étant menacée dans le cas de la population cible) et qui comprend les bénéfices d'un traitement serait plus compliant à la prise de ce dernier → certains facteurs comme une faible sensibilisation à la maladie, les croyances et attitudes envers la santé, les expériences antérieures (effets secondaires), les croyances culturelles et socioéconomiques expliqueraient une non compliance.<br>→ Il semblerait qu'une psychoéducation de groupe (VS individuelle), en mettant en avant l'expérience des pairs, conduirait à une augmentation du taux de compliance et une baisse du taux de rechute.<br>→ Une collaboration entre pairs avec une communication active jouerait un rôle important.<br>→ En faisant état des recherches, la psychoéducation semble être efficace concernant la compréhension des patients de leur maladie mais ce n'est pas autant clair concernant la compliance.<br>→ Les infirmières en psychiatrie ont une relation étroite avec les patients tout au long de la prise en charge et cette relation pourrait jouer un rôle clé afin de prodiguer une psychoéducation de qualité afin d'améliorer l'observance. |
| **Recension des écrits** | - OMS 2009 :<br>o Le trouble bipolaire est la 6ème cause d'incapacité chez les personnes âgées de 14 à 55 ans.<br>- Lacro et al. :<br>o Une bonne relation thérapeutique entraînerait une augmentation du taux de compliance |
| **Cadre de recherche** | Concept de bipolarité et compliance explicités |
| **Buts et question de recherche** | But de l'étude : Etudier l'effet d'une psychoéducation de groupe sur la compliance du traitement médicamenteux chez les patients bipolaires. |
| | |
| **Méthode** | |
| **Population et échantillon** | - toutes patientes atteintes de troubles bipolaires de type I hospitalisées dans le service psychiatrique de l'hôpital universitaire de Razi (Iran).<br>- 72 patientes sélectionnées et assignées au hasard dans les groupes (expérimental ou témoin).<br>Groupe contrôle : mène sa vie quotidienne avec sa pharmacothérapie<br>Groupe expérimental : participation au programme de psychoéducation de groupe avec traitement de routine → sous divisé en 3 groupes |
| **Considérations éthiques** | Etude approuvée par le comité d'éthique de l'université de Tabriz (code éthique 2324).<br>- consentements des participantes et représentants légaux, confidentialité des données, information aux participantes. |
| **Devis de recherche** | - Etude randomisée contrôlée en simple aveugle<br>- Etude menée par l'hôpital de Razi affilié à l'université des sciences médicales de Tabriz.<br>- Critères d'inclusion : diagnostic de trouble bipolaire type I (test SCID-I/CV), de 18 à 50 ans, alphabétisées, volonté de participer, humeur euthymique (échelles de Hamilton et young).<br>- Critères d'exclusion : comorbidités telles que des troubles de la personnalité (test SCID-II), ayant eu une ou plusieurs rechutes, le retard mental, caractéristiques psychotiques. |

| | |
|---|---|
| **Modes de collectes de données** | Temporalité: Septembre – novembre 2014<br><br>Modalités:<br>- mesure de la compliance avant et immédiatement après l'intervention<br>- collecte de données via un questionnaire en 6 parties :<br>o Questionnaire démographique : âge, état matrimonial, éducation, emploi, nombre d'hospitalisation.<br>o Entretien clinique structuré pour analyse de la personnalité (DSM-IV)<br>o L'échelle de Hamilton pour permettre une indication de la dépression.<br>o L'échelle de Young pour mesuré la gravité de la manie.<br>o La « medicine check list » utilisée par les infirmières permettant de faire état de la compliance.<br>o L'échelle MARS permettant d'évaluer la compliance (8-10 = haute compliance).<br>Programme mis en œuvre au sein de l'hôpital en 10 sessions de 90 minutes deux fois par semaine.<br>Contenu de chaque session :<br>1. Introduction et présentation, explication des règles de la thérapie de groupe, rôles des participantes, sujet de la thérapie.<br>2. Apports sur le trouble bipolaire et ses répercussions sur la vie des patients + effet du diagnostic sur les patients.<br>3. Causes des hospitalisations et réadmissions.<br>4. Modalités de traitement, rôles des médicaments, types de médicaments, effets de la médication.<br>5. Conséquences négatives de la non-compliance.<br>6. Rôle du patient pour une meilleure efficacité du traitement<br>7. Importance de la rigueur de la prise du traitement même en phase de maintien.<br>8. Education sur la résolution de problèmes → stratégies.<br>9. Rôle protecteur des médicaments et prévention des rechutes.<br>10. Examen et évaluation.<br>→ Le protocole de la psychoéducation a été développé sur la base du manuel de psychoéducation pour le trouble bipolaire.<br>→ Avant chaque session : chaque patient s'exprime et donne son avis puis utilisation de méthodes interactives (jeux de rôle, questions – réponses, discussions, présentations). Toutes les patientes sont encouragées à s'exprimer sur le sujet de chaque session. |
| **Conduite de la recherche** | - Réalisée par un infirmier master en psychiatrie ayant reçu une formation spécialisée dans le domaine<br>- Sessions gérées par une doctorante en éducation infirmière et un psychiatre. |
| **Analyse de données** | Outil statistique SPSS et confirmation des résultats avec le T-test Khi-carré |
| | |
| **Résultats** | |

**Présentation des résultats**

- Moyenne d'âge des participantes du groupe expérimental VS groupe témoin : 29.3 ans VS 30.2 ans.
- 60.1% de femmes au foyer ; 37.5% avec un diplôme ; 41.6% mariées ; 48.6% hospitalisées pour la deuxième fois.

→ aucune différence démographique significative entre les deux groupes.

**Table 1.** Comparison of demographic characteristics between two groups (n=36)

| Variables | Experimental group N (%) | Control group N (%) | P† |
|---|---|---|---|
| **Hospitalization** | | | |
| Second time | 25 (69.4) | 27 (75.0) | 0.26 |
| More than twice | 11 (30.6) | 9 (25.0) | 0.49 |
| **Education** | | | |
| Primary and secondary school | 6 (16.7) | 7 (19.4) | 0.47 |
| High school | 15 (41.7) | 12 (33.3) | |
| Diploma | 11 (30.5) | 12 (33.3) | |
| University | 4 (11.1) | 5 (14.0) | |
| **Marital status** | | | |
| Single | 12 (33.3) | 11 (30.5) | |
| Married | 19 (52.7) | 21 (58.4) | 0.39 |
| Widow | 3 (8.3) | 3 (8.3) | |
| Divorced | 2 (5.5) | 1 (2.8) | |
| **Job** | | | |
| Housewife | 23 (63.8) | 21 (58.4) | |
| Employed | 13 (36.1) | 15 (41.6) | 0.27 |

† Chi square

→ Aucune différence significative entre les deux groupes concernant la « medicine check list » avant le début de l'étude.

→ Le score de la « médicine check list » en post-thérapie a montré un score plus élevé chez le groupe expérimental.

**Table 2.** Comparison of mean scores for medicine adherence checklist before and after intervention (n=36)

| Variables | Experimental group Mean (SD) | Control group Mean (SD) | Mean Difference (95% CI) | P§ |
|---|---|---|---|---|
| **Attending to take medicine** | | | | |
| Pre | 3.8 (1.9) | 3.6 (1.4) | 0.2 (-1.3, 1.4) | 0.70 |
| Post | 4.7 (2.4) | 3.8 (2.2) | 0.9 (1.2, 3.5) | 0.02 |
| Dependent t-test result | t= 3.0, df=35,P=0.01 | t=-2.4, df=35, P=0.22 | | |
| **Receiving medicine from nurse** | | | | |
| Pre | 3.9 (1.3) | 3.2 (2.7) | 0.2 (-0.9, 0.5) | 0.19 |
| Post | 4.3 (2.7) | 3.3 (2.2) | 2.0 (1.4, 2.8) | <0.001 |
| Dependent t-test result | t= 2.6, df=35, P<0.001 | t=-0.4, df=35, P=0.28 | | |
| **Taking the medicine** | | | | |
| Pre | 2.2 (1.6) | 2.3 (1.3) | 0.1 (-1.0, 0.3) | 0.39 |
| Post | 3.9 (2.4) | 2.4 (2.3) | 1.5 (1.6, 2.8) | 0.007 |
| Dependent t-test results | t= 2.3, df=35, P=0.003 | t=-0.8, df=35, P=0.41 | | |
| **Control of taking medicine** | | | | |
| Pre | 2.5 (1.9) | 2.8 (1.7) | 0.3 (-0.2 , 1.2) | 0.26 |
| Post | 4.6 (3.6) | 3.1 (1.5) | 1.5 (1.2, 2.4) | <0.001 |
| Dependent t-test results | t= 4.1, df=35, P=0. 02 | t=-0.5, df=35, P=0.38 | | |
| **Total score** | | | | |
| Pre | 10.6 (2.5) | 9.8 (2.2) | 0.8 (-0.1, 1.0) | 0.35 |
| Post | 17.8 (3.7) | 10.1 (2.3) | 7.7 (7.2, 9.5) | <0.001 |
| Dependent t-test result | t= 4.2, df=35, P<0.05 | t=-3.7, df=35, P=0.42 | | |

§ t-test

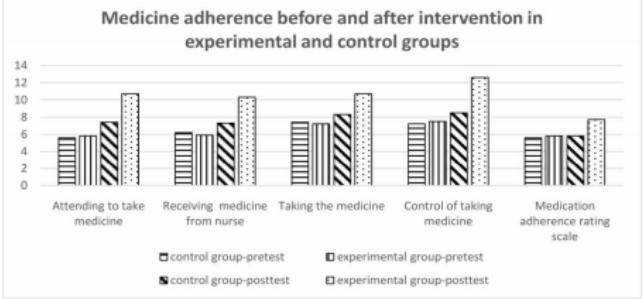



**Figure 2.** Comparing mean scores for medicine adherence before and after intervention

→ aucune différence significative entre les deux groupes concernant le score MARS avant l'intervention mais score plus élevé chez le groupe expérimental après l'intervention.

**Discussion**

| | |
|---|---|
| **Interprétation des résultats** | Deux principaux résultats ont été soulevés par l'étude :<br>- un faible taux de compliance chez les deux groupes de patients avant l'étude (résultat en adéquation avec les autres études sur le sujet).<br>→ la maladie bipolaire, figurant dans la liste des maladies chroniques, astreins les patients à prendre un traitement à vie. Ajouté à cela, le fait que la plupart des patients ne sont pas correctement informés concernant leur plan de traitement, la nature de leur maladie et l'importance du suivi de leur thérapie.<br>- Le score moyen de compliance dans le groupe expérimental a augmenté par rapport au groupe témoin → ceci grâce à l'amélioration des connaissances et d'un changement d'attitude des patientes grâce à la compréhension de l'importance du suivi du traitement (ce résultat correspond à celui d'autres études sur la psychoéducation chez les patients bipolaires).<br>→ Ces résultats sous-tendent l'idée qu'une sensibilisation des patients permet une meilleure compliance au traitement. De plus, la rencontre entre pairs est également un facteur permettant ce fait (être au contact de patients stables grâce au traitement) et nourri un sentiment de solidarité et permet une déstigmatisation.<br>Poole et al. : un groupe de psychoéducation permet d'influence le soutien social perçu des participants, une meilleure connaissance et acceptation du trouble, une perspicacité personnelle et une attitude différente envers le traitement médicamenteux. |
| **Conséquences et recommandations** | Le faible coût de la psychoéducation et sa facilité d'accès permettrait aux soignants d'appliquer aisément cette thérapie sur des patients bipolaires en phase euthymique → prophylaxie de la non-compliance. |

## Grille 9: Prospective rates of suicide attempts and nonsuicidal self-injury by young people with bipolar disorder participating in a psychotherapy study (Inder et al., 2016) [Traduction libre]

| Eléments d'évaluation | Questions fondamentales à se poser |
|---|---|
| **Titre** | Le titre englobe les concepts principaux et précise la population |
| **Résumé** | Le résumé est structuré et fait mention de l'objectif, de la méthode, des résultats et d'une conclusion.<br><br>Objectif : Le trouble bipolaire décrit comme une maladie chronique n'est pas dissocié d'un taux important de suicide, tentatives de suicide et d'automutilation non-suicidaire. « Cette étude vise à identifier prospectivement les taux de tentatives de suicide et d'AMNS chez les jeunes participants à une psychothérapie et d'identifier d'éventuelles différences entre les individus ayant déjà fait des tentatives de suicide, des AMNS ou les deux » Une étude randomisée contrôlée.<br><br>Méthode : un échantillon de 100 participants entre 15 et 36 ans atteints de troubles bipolaires ont suivi 78 semaines de psychothérapie et ont été suivi 78 semaines de plus post-thérapie. L'outil « Longitudinal Interval Follow-up Evaluation » a été utilisé pour recueillir les données.<br><br>Résultats : 11% était le taux de tentatives de suicide pré-thérapie. Après le suivi, le taux est descendu à 1% (semaine 156). Concernant l'AMNS, le taux est passé de 15% à 7%. Les individus ayant fait des tentatives de suicide en plus d'AMNS ou n'ayant pratiqué aucun de ces deux comportements sont caractérisés par une apparition précoce de la maladie et une comorbidité élevée.<br><br>Conclusion : Une psychothérapie intensive semble être efficace afin de réduire les comportements suicidaires et automutilatoires. Une attention particulière doit être apportée aux jeunes individus atteints de troubles bipolaires. |
| | |
| **Introduction** | |
| **Problème de la recherche** | Présentation du phénomène à l'étude : La chronicité du trouble bipolaire est associée à des déficiences importantes et des comportements autodommageables récurrents tels que la suicidalité[1,2]. Entre 25% et 60% individus bipolaires ont, au moins une fois, eu un comportement suicidaire et 4% à 19% des individus se suicident[3]. L'automutilation non suicidaire est également étroitement corrélée avec ce trouble[4,5].<br>En comparaison avec la population « saine », la population bipolaire est 20 à 30 fois plus susceptible d'avoir un comportement autodomageable[6] → jusqu'à 60 fois[7]. D'après une étude épidémiologique, le taux de suicide chez les personnes bipolaires s'élève à 29,2% (deux fois plus que chez les individus dépressifs)[8]. La létalité suicidaire chez les personnes bipolaire est plus importante que chez la population générale en comparant les ratios : 3 :1 chez les bipolaires contre 30 :1 chez la population générale[7].<br>Il semblerait que les individus atteints de troubles bipolaires ayant déjà tenté de mettre fin à leurs jours seraient 4x plus susceptibles de mourir de suicide[9,10]. De |

| | |
|---|---|
| | plus, la présence de dépression récurrente est un facteur de risque important ajouté au sexe (féminin), au diagnostic précoce (jeune âge) et aux comorbidités telles que l'anxiété, la consommation de substances, et des troubles borderline et de la personnalité[11,12] → la présence de 3 comorbidités ou plus ajouté au trouble bipolaire augmente le risque x8 d'un comportement suicidaire avec létalité ++[11].<br>Les recherches visant à examiner le taux de suicide chez les personnes bipolaires sont limitées. → d'après une étude de Valtonen et al. (2006), ayant suivi des patients bipolaires hospitalisés et ambulatoires (âge moyen 32.1 +/- 11.2 ans), affirme que 20% des patients ont tenté de se suicider ou sont morts de suicide (sur 18 mois). L'étude de Galfalvy et al. (2006) rejoint ce résultat (19% ; âge moyen 32.1.6 +/- 11.2 ans ; sur 2 ans ; ambulatoires), ainsi que l'étude de Goldstein et al. (2012) avec un résultat de 18% (âge moyen 12.6 +/- 3.3 ans ; ambulatoire ; sur 5 ans).<br>Une seule étude (« Systematic Treatment Enhancement Programme for Bipolar Disorder ») a examiné les comportements suicidaires dans un programme de traitement (n = 4360) → 182 individus (40.6 +/- 12.7) ont eu 270 comportements suicidaires, incluant 8 suicides sur 3 ans (Dennehy et al. 2011).[16]<br>Bien que les comportements AMNS et les tentatives de suicides soit associés, les données sont limitées surtout dans le cadre d'études de traitements. |
| **Recension des écrits** | - MacQuenn et al. 2001[1]<br>- Neves et al. 2009[2]<br>- Goodwin et Jamison, 2000[3]<br>- Joyce et al., 2010[4]<br>- Parker et al., 2005[5]<br>- Pompili et al., 2013[6]<br>- Baldessarini et al., 2006[7]<br>- Chen et Dilsaver, 1996[8]<br>- Marangell et al. 2006[9]<br>- Oquendo et Mann[10]<br>- Moor et al., 2012[11]<br>- Schaffer et al., 2014[12]<br>- Valtonen et al., 2006[13]<br>- Galfalvy et al. 2006[14]<br>- Goldstein et al., 2012[15]<br>- Dennehy et al. 2011[16]<br>- Butler et Malone 2013[17]<br>- Esposito-Smythers et al. 2010[18]<br>- Brown et al. 2002<br>  o Tentative de suicide et AMNS comme deux comportements distincts concernant l'intensité et l'intention → mourir ou attendre la mort<br>- Whitlock et knox, 2007 :<br>  o Dans leur échantillon d'étude, le taux d'individus avec soit tentative ou AMNS est plus faible que le taux d'individus ayant recours au deux comportements<br>- Dougherty et al. 2009 : étude de patients adolescents hospitalisés en psychiatrie<br>  o 55% ont eu des comportements AMNS contre 44% avec les deux comportements (tentatives + AMNS)<br>- Nordentoft et al. 2011) :<br>  o Risque accru de suicide chez des individus avec comportement AMNS, doublant après une première hospitalisation si ATCD de |

| | |
|---|---|
| | comportement AMNS.<br>- Skegg, 2005 :<br>o Les individus hospitalisés pour AMNS → 5% se suicide dans les 9 ans<br>- Wilkinson et al., 2011 :<br>o L'AMNS est un facteur de prédiction de comportement suicidaire chez les adolescents dépressifs |
| **Cadre de recherche** | Butler et Malon (2013) définissent l'automutilation non suicidaire comme « la destruction directe et délibérée de son propre corps en l'absence d'intention de mourir » → diffère de la tentative de suicide en ce qui concerne l'intentionnalité, la létalité, la chronicité, les méthodes, la cognition, les réactions et les séquelles. Les émotions sous-jacentes à ce comportement sont l'expérience psychologique de colère croissant, l'anxiété, la dysphorie et la détresse → échappent au contrôle. |
| **Buts et question de recherche** | But de l'étude : identifier prospectivement des comportements d'AMNS et de tentative suicidaire avec une population de jeunes individus bipolaires dans une étude randomisée contrôlée + identifier les caractéristiques des individus avec un des deux comportements et avec les deux. |
| | |
| **Méthode** | |
| **Population et échantillon** | Echantillon de 100 jeunes individus entre 15 et 36 ans (écart-type 5.9) avec suivi pharmacologique (sans critère particulier concernant leur traitement).<br>→ 78% des patients diagnostiqués bipolaires type I<br>→ 17% bipolaires type II<br>→ 5% bipolaires non spécifié<br>→ 76% de femmes dans l'échantillon → 86% de Nouvelle-Zélande<br>→ âge moyen 26.5 ans<br>→ âge moyen d'apparition du trouble : 15.2 ans (écart-type 5.0)<br>→ environ la moitié des participants ont des ATCD d'AMNS ou tentatives<br>→ 50% de l'échantillon avec la comorbidité de consommation de substances (OH principalement) → dont 58% avec un trouble anxieux et 18% avec un trouble borderline |

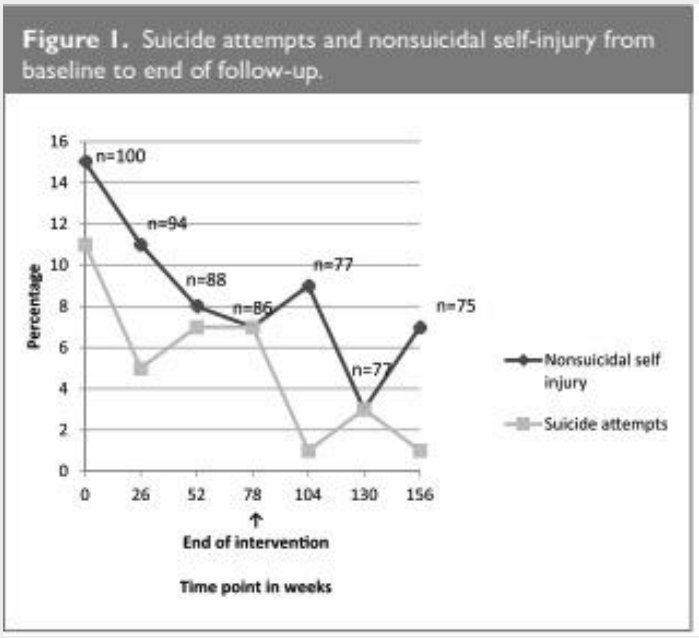
Table 1. Demographic and clinical characteristics of sample ($n = 100$).

| Variable | Percentage or mean (SD) |
|---|---|
| Gender | |
| Female | 76 |
| Male | 24 |
| Ethnicity | |
| New Zealand European | 83 |
| Maori | 5 |
| Other | 12 |
| Age (years) | 26.5 (5.9) |
| Age of onset of bipolar (years) | 15.2 (5.0) |
| Bipolar I | 78 |
| Bipolar II | 17 |
| Bipolar NOS | 5 |
| Lifetime suicide attempts | 48 |
| Lifetime nonsuicidal self-injury | 50 |
| Lifetime comorbidity | |
| Any substance use disorder | 50 |
| Alcohol use disorder | 42 |
| Any anxiety disorder | 58 |
| Borderline personality | 18 |

NOS: not otherwise specified; SD: standard deviation.

| | |
|---|---|
| **Considérations éthiques** | Consentement obtenu auprès du comité éthique de Canterbury. |
| **Devis de recherche** | - Étude randomisée contrôlée<br>- Critères d'inclusion : DSM-IV<br>- Critères d'exclusion : abus de substances comme diagnostic primaire, la faible disponibilité durant les 78 premières semaines. |
| **Modes de collectes de données** | Temporalité : 78 semaines de psychothérapie (thérapie hebdomadaire sur 10 semaines, puis sur deux semaines et ensuite mensuellement avec possibilité d'augmenter les sessions si nécessaire) et 78 semaines post-thérapie.<br><br>Modalité : étude randomisée contrôlée examinant l'efficacité de deux psychothérapies spécifiques :<br>- psychothérapie interpersonnelle du rythm social (IPSRT)<br>- thérapie de soutien spécialisée (SSC)<br>→ La question portant sur l'impact de l'intervention sur les taux de tentatives de suicide et d'AMNS.<br>→ Séances enregistrées numériquement<br><br>Collectes de données : collecte des comportements AMNS et des épisodes de tentatives suicidaires.<br>Utilisation de l'outil « Longitudinal Interval Follow-up Evaluation (LIFE) » (Keller et al. 1987) durant les semaines 26, 52, 78, 104, 130 et 156. Le LIFE permet d'établir l'évolution du trouble au travers des enregistrements → utilisation d'échelles catégorisées. |
| **Conduite de la recherche** | Les outils :<br>- **IPSRT :** psychothérapie faisant le lien entre l'humeur et les événements de la vie avec l'accent mis sur l'importance de maintenir un rythme quotidien → utilisation de la matrice du rythme social (Social Rythm Matrix), l'identification du potentiel de dysrégulation du rythme quotidien avec une attention particulière sur les éventuels déclencheurs interpersonnels (perte de l'estime de soi, facilitation de pleurer, gestion de l'affect).<br>→ « outil permettant d'aider les gens à améliorer leur humeur en comprenant et travaillant son rythme biologique et social. Vise à améliorer l'observance thérapeutique, à gérer les événements stressants de la vie et à réduire les perturbations des rythmes sociaux. Enseigne aux patients des compétences protectrices. »<br>- **SSC :** thérapie spécialisée dans la PEC de personnes atteintes de troubles bipolaires basée sur la thérapie de soutien et soutenu par l'association psychiatrique américaine (APA, 2002) ayant soutenu les lignes directrices de cet outil. La SSC est plus précisément une thérapie psychoéducative individuelle axée sur l'identification et la gestion des facteurs déclenchant l'instabilité de l'humeur → permet de développer des stratégies pour la gestion de l'humeur. L'approche est faite au travers du « stress-vulnerability model » permettant aux individus atteints de troubles bipolaires de développer une meilleure compréhension des déclencheurs et de trouver des réponses adaptées.<br>→ ces deux outils thérapeutiques ont été proposés par 5 thérapeutes (deux infirmières, un psychologue et un travailleur social).<br>→ thérapies supervisées par un psychiatre expérimenté |

Rapport-gratuit.com

| | |
|---|---|
| **Analyse de données** | L'analyse descriptive inclue les fréquences, pourcentages, moyennes et écarts-types de l'échantillon (démographie, clinique et données sur les comportements d'AMNS et tentatives).<br>→ Les données de fréquence et pourcentage ont été utilisées pour classer les individus ayant fait une tentative de suicide ou ayant eu un comportement d'AMNS.<br>→ 4 groupes ont été identifiés :<br>- individus avec tentatives uniquement<br>- individus avec AMNS uniquement<br>- individus avec tentatives et AMNS<br>- individus sans tentative ni AMNS<br>Le khi-deux et l'analyse de variance (ANOVA) ont permis de les différencier.<br>Dans un second temps, l'analyse « Post-hoc » a été faite à l'aide du « least significance difference test (LSD) et du « Fisher's exact test » afin d'examiner ces différences lorsque que la première analyse montrait un taux ANOVA ou Khi-deux indiquait une signification $p < 0.05$ entre les groupes. |
| | |
| **Résultats** | |
| **Présentation des résultats** | 6 mois avant l'étude :<br>- 11 individus (féminins) ont fait un total de 18 tentatives de suicide<br>- 15 individus (2H ; 13F) avec comportement d'AMNS avec plus de la moitié (N=8) avec trois épisodes ou plus<br>- 4 individus ont eu des comportements d'AMNS et des tentatives de suicide<br>  <br><br>Au terme des 156 semaines (78 semaines de thérapies et 78 semaines post-thérapie), le pourcentage de personnes ayant eu des comportements d'AMNS et des tentatives de suicide a nettement réduit<br>→ de 11% à 1% pour les tentatives de suicide<br>→ de 15% à 7% pour les comportements d'AMNS.<br>→ Certains individus ayant décroché de l'étude ont constitué un facteur de confusion dans l'interprétation des résultats : ce groupe étant plus susceptible d'engager des comportements autodommageables (n = 25) : abandon du traitement et du suivi n = 11 ; totalité de la thérapie mais abandon du suivi post-thérapie n = 14 |

Rapport-gratuit.com
LE NUMERO 1 MONDIAL DU MÉMOIRES



| | |
|---|---|
| | → Le groupe ayant des données complètes jusqu'à la semaine 156 (n = 75) correspond aux individus étant allés jusqu'au bout de l'expérience → traitement complet n = 65 ; arrêt du traitement mais poursuite du suivi post-thérapie n = 10<br>→ Aucune différence notable concernant les comportements autodommageables entre les deux groupes avec et sans données complètes (TS p = 1.0 ; AMNS p = 0.14). Aucune différence significative concernant le sexe (p = 0.29), l'âge (p = 0.10), l'âge du diagnostic (0.35), le type de trouble bipolaire (I p = 0.76 ; II p = 0.59) et les comorbidités (substances p = 0.18 ; OH p = 0.15 ; troubles anxieux p = 0.94, troubles borderline p = 0.59). Ces dernières données suggèrent que la baisse du taux de comportements autodommageables n'est pas corrélée au fait qu'il existe un groupe avec données incomplètes qui pourrait biaiser les résultats.<br>→ Lors du suivi post-thérapie, une participante (29 ans) est décédée d'une overdose : TB type I, 6 tentatives durant l'expérience mais aucune dans les 6 mois précédent la recherche (malgré des ATCD), ajouté à cela des comorbidités de dépendance OH et de troubles anxieux. Cette participante a participé à 21 séances de thérapie avant de mourir.<br><br>Le tableau ci-dessous expose que, sur les 100 participants :<br>- 18 ont uniquement eu des tentatives de suicide<br>- 20 uniquement des comportements d'AMNS<br>- 30 adoption des deux comportements → caractéristiques de ce groupe : diagnostic précoce, OH, troubles anxieux, trouble borderline. Représente un groupe vulnérable nécessitant particulièrement d'attention. |

Table 2. Demographic and clinical characteristics of participants with and without lifetime suicide attempts and nonsuicidal self-injury ($N = 100$).

| Variable | Suicide attempts: Group 1 ($N = 18$) | Nonsuicidal self-injury: Group 2 ($N = 20$) | Both suicide and nonsuicidal self-injury: Group 3 ($N = 30$) | No suicide or nonsuicidal self-injury: Group 4 ($N = 32$) | Chi-square or ANOVA | | Post hoc LSD or Fisher's exact tests |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | *N* (%) or mean (SD) | *N* (%) or mean (SD) | *N* (%) or mean (SD) | *N* (%) or mean (SD) | $\chi^2$ or *F* | *p* | |
| Gender: female | 15 (83.3) | 14 (70) | 26 (86.7) | 21 (65.6) | 4.7 | 0.20 | |
| Bipolar I | 14 (77.8) | 16 (80) | 24 (80) | 24 (75) | 0.3 | 0.96 | |
| Age | 27.8 (6.2) | 24.8 (6.0) | 27.3 (5.6) | 26.1 (6.0) | 1.09 | 0.36 | |
| Age of onset of bipolar | 16.4 (3.2) | 14.4 (4.6) | 12.6 (3.9) | 17.3 (6.0) | 5.87 | 0.001 | 1 > 3, 4 > 3 |
| Lifetime comorbidity | | | | | | | |
| Any substance use disorder | 8 (44.4) | 8 (40) | 22 (73.3) | 12 (37.5) | 9.56 | 0.02 | 3 > 2,4 |
| Alcohol use disorder | 6 (33.3) | 6 (30) | 20 (66.7) | 10 (31.3) | 10.7 | 0.01 | 3 > 1,2,4 |
| Any anxiety disorder | 7 (38.9) | 13 (65) | 25 (83.3) | 13 (40.6) | 14.97 | 0.002 | 3 > 1,4 |
| Borderline personality | 1 (5.6) | 2 (25) | 10 (33.3) | 3 (9.4) | 1.46 | 0.02 | 3 > 1,4 |

ANOVA: analysis of variance; LSD: least significance difference; SD: standard deviation.

| **Discussion** | |
|---|---|
| **Interprétation des résultats** | Les résultats de l'étude démontrent une baisse marquée des deux sortes de comportements autodommageables par rapport aux taux initiaux. Il en ressort également que le groupe d'individus adoptant les deux sortes de comportements (TS et AMNS) se différenciait des trois autres groupes (AMNS, TS, aucun) par l'âge du diagnostic et les comorbidités associées.<br>La baisse du taux des comportements peut être directement corrélée au type d'intervention proposée dans cette étude (interventions psychosociales).<br>→ Cependant, il faut relever que cette baisse peut également être due au |

Rapport-gratuit.com
LE NUMERO 1 MONDIAL DU MÉMOIRES

| | |
|---|---|
| | traitement pharmacologique pris par les patients → amélioration des symptômes dépressifs. →De plus, la population d'adolescents constituant un bout de l'échantillon est plus réactive au traitement pharmacologique (d'après Berk et al., 2009, le traitement pharmacologique pourrait être plus efficace s'il est débuté au plus près du diagnostic).<br>→ Le caractère intensif de la prise en charge psychothérapeutique durant l'expérience peut également expliquer les résultats : temps moyen passé avec les individus étant allés jusqu'au bout de l'expérience est de 25.6 heures. Les 18 mois ont permis aux thérapeutes de développer de fortes alliances thérapeutiques et également d'avoir une vision sur le long terme des schémas d'humeur et des symptômes des individus. Signifiant ainsi, une meilleure compréhension des déclencheurs et un temps adapté pour la gestion des humeurs. De plus, la qualité de la relation thérapeutique elle-même est perçue comme un facteur protecteur. L'étude de Dennehy et al. 2011 affirme également que des suivis cliniques fréquents sont favorables à une baisse des comportements autodommageables.<br>→ D'après Malhi et al. (2013), les personnes à haut risque suicidaire ont tendance à interpréter des stress au cours de leur vie comme une défaite ou un piège.<br>→ Isometsa et al. (1995) décrivent que les événements de vie stressants (rapportés par des individus bipolaires) sont des ruptures, des changements dans le quotidien, dans les relations familiales, des perturbations financières et professionnelles.<br>La psychothérapie fournit un outil qui va aborder l'impact de ces événements de vie stressants et permettre de trouver des interprétations alternatives, plus positives des expériences perçues comme stressantes, réduisant ainsi le taux de suicide. |
| **Conséquences et recommandations** | Les points forts : le suivi à long terme, une population peu étudiée dans la recherche<br>Les points faibles : le taux faible de participants (malgré le fait que il n'y a pas de conséquences notables concernant l'influence du groupe d'individus n'étant pas allé jusqu'au bout de l'expérience)<br><br>Conclusion : les deux thérapies combinées avec un traitement pharmacologique semblent efficacement réduire les comportements autodommageables et les symptômes dépressifs. Il est alors certain que de telles interventions méritent une analyse clinique sérieuse particulièrement pour les individus bipolaires. |

## Grille 10: Suicide and suicide attempts in the Systematic Treatment Program for Bipolar Disorder (STEP-BD) (Dennehy et al., 2011)

## [Traduction libre]

| Eléments d'évaluation | Questions fondamentales à se poser |
|---|---|
| **Titre** | Le titre, nous indique que cet article traite du suicide et des tentatives de suicide dans le programme d'amélioration systématique du traitement des troubles bipolaires. |
| **Résumé** | Contexte : Cet article traite des personnes ayant tenté de se suicider ou ayant fait un suicide pendant leur participation à la STEP-BD.<br>Le STEP-BD comprend, des visites cliniques fréquentes, des soins fondés sur des données probantes et une évaluation à chaque contact avec le patient.<br><br>Méthode : description des événements.<br><br>Résultats : parmi les 4360 participants, 182 individus ont fait 270 actes suicidaires dont 8 suicides complétés, ce qui fait un taux de suicide dans la STEP-BD de .014 pour 100 personnes années. Ainsi, 1/3 des participants ayant fait une tentative de suicide ont fait plus d'une tentative de suicide pendant l'étude. Les participants ayant complété le suicide avaient tendance à le faire dès le début de l'étude, et la moitié l'on réussit à leur première tentative.<br><br>Limites : Il faudrait explorer les facteurs de risque et les interventions de prévention suicidaire.<br><br>Conclusion : Les taux d'événements suicidaires étaient plus faibles que prévu, ce qui suggéré que ce programme est utile pour les patients souffrant de troubles bipolaires. |
| | |
| **Introduction** | |
| **Problème de la recherche** | Les personnes souffrant de troubles bipolaires sont très à risque de faire un suicide. |
| **Recension des écrits** | Selon Angst et al. (2002) il y a un taux de suicide de 7% pour 106 patients bipolaires suivis pendant 34-38 ans.<br>Selon la méta-analyse de (Harris et Barraclough, 1997) le risque de suicide chez les patients bipolaires est 15 fois plus grand que la population générale. |
| **Cadre de recherche** | La STEP-BD est un essai financé par le NIHM.<br>1500 participants sont observés depuis plus de 2 ans. |
| **Buts et question de recherche** | Cet article nous donne les caractéristiques des participants du STEP-BD ayant fait des tentatives de suicide documentées ou des suicides accomplis au cours de la participation à l'étude. De plus, il nous démontre aussi la relation entre le traitement et la tendance suicidaire. |
| | |
| **Méthode** | |
| **Population et échantillon** | La STEP-BD est une étude prospective conjoint a des essaies de contrôles randomisés.<br>Tous les participants devaient être âgés de plus de 15 ans, et avoir un diagnostic de trouble bipolaire selon les critères du DSM5. |

| | |
|---|---|
| **Considérations éthiques** | Afin de sauvegarder les droits des patients, un consentement oral et écrit a été effectué conformément à la déclaration d'Helsinki. |
| **Devis de recherche** | - |
| **Modes de collectes de données** | A l'entrée dans l'étude une minie entrevue internationale neuropsychiatrique était faite, puis une évaluation des troubles affectifs était aussi effectuée. Par la suite tous les trimestres de la 1ère année puis deux fois par année suite à la 1ère année, une entrevue semi-structurée était entreprise. De plus, des formulaires d'événement indésirables ont été remplis suite à chaque visite.<br>Les tentatives de suicide, ont été par la suite classées comme intentionnels, ou auto-infligées et selon le potentiel sérieux de nuire ou de la létalité. L'évaluation des symptômes, l'état clinique et l'idéation suicidaire ont aussi été classifiés.<br>Un agent indépendant a examiné tout afin que la classification soit précise. |
| **Conduite de la recherche** | Vu que cette étude est une étude d'efficacité, la médication a été administrée conformément aux indications médicales. Les intervenants dans cette étude, ont dû suivre une formation sur les thérapies fondées sur les données probantes, et sur les directives à propos de la pharmacothérapie selon le STEP-BD Cliniciens 'Handbook. |
| **Analyse de données** | L'intention dans cette étude, est de décrire les événements suicidaires lors d'un traitement STEP-BD, qui est une étude longitudinale.<br>Étant donné la différence dans la taille des cellules, nous présentons les moyennes et des écarts-types ou des pourcentages d'individus connaissant chaque attribut. |
| | |
| **Résultats** | |
| **Présentation des résultats** | Les patients ayant mis fin à leurs jours pendant le traitement l'on fait lors des premiers jours de traitement, ce qui fait 8 patients parmi les 4000 participants pendant un suivi de 15.74 mois en moyenne. Parmi les patients ayant réussi à mettre fin à leurs jours, seulement 1 participant avait fait une tentative précédemment.<br>De plus, parmi 174 patients, il y a eu 262 tentatives de suicide, 119 des participants avaient fait une tentative auparavant et 55 patients avaient fait plus d'une tentative de suicide auparavant.<br>De plus, cette recherche a trouvé les mêmes statistiques que des recherches précédentes, classifiant les femmes comme plus à risque de suicide mais, les hommes plus à risque de compléter le suicide.<br>D'ailleurs, les personnes vivant seules, n'ayant pas une relation sur le moment sont plus à risque de faire des tentatives de suicide.<br>Tandis que les personnes souffrant d'addictions sont plus à risque de compléter des suicides. |
| | |
| **Discussion** | |
| **Interprétation des résultats** | Le taux de suicide de la STEP-BD est de .014% personnes années, pour un suivi moyen de 16 mois comparé à .48% patients années, chez les patients bipolaires suivis dans des durées variant mais dont la moyenne est de 10 ans.<br>Dans les normes, les suivis plus courts sont plus associés à des taux de suicide plus élevés or, ici on peut voir qu'avec la STEP-BD s'est le contraire qui fait foi.<br>Concernant les suicides suite à un changement de traitement, on peut voir que les personnes qui ont réussi leur tentative de suicide n'avaient pas eu de changement de traitement. De plus, pour les patients ayant fait des tentatives de suicide très peu avaient un nouveau médicament antidépresseur.<br>Par contre, 35% des patients n'ayant pas fait de tentative de suicide pendant la thérapie, ont décrété avoir fait des tentatives de suicide avant de |

| | |
|---|---|
| | commencer la thérapie. |
| **Conséquences et recommandations** | Des pistes de questionnement, envers la prévention du suicide sont ici posées, les soignants souvent se fient au fait que les personnes ayant déjà fait des tentatives de suicide auparavant en referont. Dans cette étude, on a pu voir que seulement 50% des personnes ayant complété un suicide avaient des antécédents de tentatives de suicide.<br>Les nouveaux patients diagnostiqués, semblent avoir besoin d'une attention prioritaire. De plus, le fait d'avoir un contact intensif au début de la thérapie semble aider à établir la relation thérapeutique.<br>D'ailleurs, il semble qu'il est important d'inclure la famille du patient dans le traitement et dans la planification de la crise. |

# Grille 11: Nurse-led delivery of specialist supportive care for bipolar disorder: a randomized controlled trial (Crowe et al., 2011)

# [Traduction libre]

| Eléments d'évaluation | Questions fondamentales à se poser |
|---|---|
| **Titre** | Le titre englobe le thème principal avec la population |
| **Résumé** | Le trouble bipolaire est un trouble mental grave ayant un impact à long terme sur la capacité du patient à fonctionner. La thérapie de soutien spécialisée proposée comme outil de prise en charge dans cette recherche est une psychothérapie fournissant un outil d'autogestion.<br><br>Objectif :<br>L'objectif de l'étude est l'évaluation du soutien spécialisée fournit par le personnel infirmier en complément de la prise en charge habituelle en milieu clinique, dans le but d'évaluer l'amélioration de l'autogestion, du fonctionnement et la réduction des symptômes dépressifs.<br><br>Méthode :<br>Etude randomisée contrôlée sur les soins habituels couplés à la psychothérapie (deux groupes de patients sur 9 mois).<br><br>Résultats :<br>Malgré un échantillon considérable, un faible taux de participation a été observé ne permettant donc pas de montrer de différences significatives entre les deux groupes.<br><br>Conclusion :<br>Il semble difficile d'obtenir un bon taux d'engagement chez des patients bipolaires lorsqu'ils se trouvent dans une phase d'instabilité d'humeur. |
| | |
| **Introduction** | |
| **Problème de la recherche** | Présentation du phénomène à l'étude : Le trouble bipolaire est un trouble mental chronique grave caractérisé par des épisodes récurrents de dépression, de manie et d'humeur mixte. Les approches psychosociales du trouble bipolaire tentent d'améliorer les objectifs de la pharmacothérapie en enseignant des habiletés d'adaptation afin de gérer les facteurs de stress psychosociaux et la récurrence de la stigmatisation de la maladie.<br>→ Les interventions doivent incorporer les caractéristiques suivantes : une formule individualisée par rapport aux problématiques vécues, une justification claire des techniques et le développement des compétences. Le patient est alors encouragé à utiliser ces techniques de gestion après la thérapie. |

| | |
|---|---|
| **Recension des écrits** | - Keck et al. 1998 – Judd et al. 2003 :<br>o Une récupération fonctionnelle ne suit pas forcément une récupération symptomatique lorsque les patients subissent des épisodes de dépression ou de manie.<br>- Perlis et al. 2006 :<br>o Les patients sous traitement pharmacologique sont susceptibles de récidiver, ont de la difficulté à avoir une vie professionnelle et sociale.<br>- Perlis et al. 2007 :<br>o Les hospitalisations étant plus courtes, les patients sortent en étant encore instables ainsi augmente « le fardeau » des services de santé mental et de la famille.<br>- Miklowitz 2008 :<br>o La plupart des patients sous traitement ne peuvent pas être exempt de suivi → intérêt croissant concernant les interventions psychosociales comme adjuvant aux médicaments (Crowe et al. 2010).<br>- Nasrallah et al. 2005<br>o Les recherches actuelles visent à limiter les variables pouvant influencer les résultats (abus de substances, …)<br>- Scotte et Colom 2008 :<br>o Les patients sans ATCD sont l'exception plutôt que la règle. Peu d'études visent à mesurer l'efficacité d'une intervention psychologique d'appoint. Il existe un écart entre l'efficacité clinique et l'efficacité de la recherche → incertitude quant à la façon dont les thérapies fonctionneront dans la pratique quotidienne. |
| **Cadre de recherche** | - étude randomisée contrôlée |
| **Buts et question de recherche** | But de l'étude : examiner la faisabilité d'une intervention psychosociale dirigée par les infirmières pour des patients cliniquement complexes.<br><br>Outil :<br>→ choix de la thérapie de soutien spécialisée (SSC) car elle peut être adaptée à la population bipolaire et être dirigée par des soignants après une courte période de formation. C'est une thérapie fondée d'après les lignes directrice de « l'American Psychiatric Association » pour la gestion du trouble bipolaire.<br>→ Intervention psychoéducative individuelle qui se concentre sur la gestion des déclencheurs de l'instabilité de l'humeur et sur l'élaboration de stratégies de gestion.<br>→ Basée sur le modèle « stress-vulnerability ».<br>→ L'intervention intègre la promotion des compétences acquises et l'amélioration du sentiment d'auto-efficacité de l'individu → développement d'une formulation clinique qui met l'accent sur les déclencheurs, les signes avant-coureurs et les ressources.<br><br>Objectif :<br>- identifier la faisabilité d'une intervention infirmière pour les troubles bipolaires avec des patients cliniquement complexes typiques (traités dans les services de santé mentale et communautaire).<br>- Déterminer si la psychothérapie SSC, comme adjuvant des soins de bases, serait efficace pour améliorer l'auto-efficacité des patients et pour réduire les symptômes dépressifs. |
| | |

| Méthode | |
|---|---|
| **Population et échantillon** | Participants recrutés auprès des services de santé mentale communautaire néo-zélandais entre juin 2008 et juillet 2010.<br>→ envoie d'un dossier d'informations contenant une fiche d'information, un formulaire de consentement, un questionnaire, par une infirmière consultante, aux patients répondant aux critères d'inclusions.<br>→ Participants de 18 ans ou plus, étant capables et désireux de participer à la recherche et étant diagnostiqués bipolaires.<br>→ 78 patients bipolaires I ou II ont répondu favorablement (sur 205 = 38%) → 36 individus au groupe SSC + UC et 42 au groupe UC (témoin). |
| **Considérations éthiques** | Approbation éthique obtenue auprès du ministère de la Santé de Nouvelle-Zélande, du comité d'éthique régional de Upper South.<br>→ formulaire de consentement, anonymat, confidentialité. |
| **Devis de recherche** | Critère d'exclusion : dépendance grave à l'alcool et/ou aux drogues. |
| **Modes de collectes de données** | Dépression et manie : « Symptom Check List (SCL-90) » (Derogatis et Cleary, 1977) : permet de mesurer un large éventail de problèmes psychologiques et leurs symptômes. Permet également de mesurer les progrès et les résultats du traitement → extrait de deux sous-échelles sur neuf permettant l'adaptation aux symptômes dépressifs spécifiquement → 5 questions pour la dépression et 6 pour la manie. Chaque item étant noté de 5 à 0 (0 = pas du tout). L'addition des scores permet le résultat.<br><br>Auto-efficacité : « Bipolar Self-efficacy Scale » (Centre for Clinical Interventions 2008) → spécialement adaptée pour les patients bipolaires concernant la prise en charge de leur maladie et pour l'exploration des croyances sous-jacentes. Permet également le contrôle des symptômes, la gestion des rôles, des émotions. → Un score élevé = auto-efficacité élevée.<br><br>Santé physique et fonctionnement : « 12-item Short-Form Health Survex » (Ware, 1994) permet de mesurer l'état de santé général. 8 sous-échelles : la santé générale, la vitalité, la douleur physique, la santé mentale, le fonctionnement physique, le fonctionnement social, le fonctionnement émotionnel et le fonctionnement physique → compilés en deux mesures : résumé de la composante de santé physique (SCP) et résumé des composantes de santé mentale (SCS) = de 0 à 100 → le score le plus élevé = fonctionnement le plus élevé. |

| | |
|---|---|
| **Conduite de la recherche** | Les patients bipolaires sélectionnés ont été randomisés dans deux groupes distincts : UC (sans psychothérapie et avec traitements) et SSC + UC (avec psychothérapie et traitements).<br>→ Les patients du groupe témoin (UC) ont continué à recevoir leur traitement habituel (soins psychiatriques et soins infirmiers) dans l'institution de santé mental.<br>→ Les données relatives au fonctionnement général, aux symptômes maniaques et dépressifs ont été recueillies à l'entrée et après 9 mois.<br><br><u>SSC :</u><br>→ La psychothérapie de soutien spécialisée a été délivrée par deux infirmières en santé mentale et communautaire, formée par un thérapeute expérimenté.<br>→ séances de 50 mn hebdomadaires pendant deux mois, puis tous les 15 jours. Chaque session a été enregistrée sur bande sonore pour évaluer la fidélité au traitement et la compétence du thérapeute.<br>→ les patients du groupe SSC ont rempli des questionnaires avant et après la recherche.<br>→ Cette thérapie est le résultat d'une modification d'un traitement conçu pour la dépression (Fawcett et al. 1987, Joyce, 2004) mais a été spécifiquement adaptée à la population bipolaire.<br>→ Les principaux objectifs sont d'établir une relation thérapeutique, favorisant ainsi l'observance et les stratégies de résolution de problèmes afin de gérer l'impact du trouble sur leur vie et leurs relations.<br>**Objectifs :**<br>- aider le patient à accepter sa condition sur le long terme<br>- fournir une éducation et des conseils concernant le trouble<br>- explorer les problèmes liés à l'observance du traitement médicamenteux<br>- promouvoir la sensibilisation et la reconnaissance des déclencheurs et des signes avant-coureurs de rechute<br>- apporter un soutien aux défenses psychologiques adaptatives du patient tout en défiant les croyances irréalistes<br>- promouvoir le sentiment de sécurité et d'estime de soi<br>- encourager les forces et la capacité de prise de décision<br>- se concentrer sur le ici et maintenant<br>**3 étapes :**<br>- <u>Phase initiale :</u> compréhension de l'expérience du patient et de son trouble ainsi que leurs stratégies d'adaptation → impact et événements sur leur vie, génogramme (personnes ressources et qualité des relations) → histoire des difficultés d'humeur et liées au traitements, événements de vie importants, déclencheurs des changements d'humeur, attitude bipolaire, prise en compte de ce qui peut contribuer à une instabilité permanente de l'humeur, force de la personne, problèmes potentiels pour la thérapie.<br>- <u>Phase intermédiaire :</u> tous les 15 jours – reprise des objectifs<br>- <u>Phase finale :</u> examen des progrès et objectifs et projection dans l'avenir |

Rapport-gratuit.com

| | |
|---|---|
| **Analyse de données** | - détermination des caractéristiques démographiques et cliniques de l'échantillon<br>- moyennes et écarts-types pour l'âge<br>- khi-carré pour la détermination des différences entres les caractéristiques démographiques et cliniques.<br>- « Independent t-test » utilisé pour identifier les différences entre les groupes UC et SSC + UC au début et à la fin de la recherche avec les variables suivantes : symptômes dépressifs, symptômes maniaques, auto-efficacité, PCS et MCS |
| | |
| **Résultats** | |
| **Présentation des résultats** | → Sur les 36 patients SSC + UC : 15 ont décliné, 14 ont terminé la thérapie (avec une moyenne de 17 séances terminées) et 7 qui n'ont pas terminé (5 séances en moyenne).<br>→ âge moyen du groupe SSC + UC = 40.7 ; âge moyen du groupe UC = 45.5 ans.<br>→ 53% de femmes (Nouvelle-Zélande en majorité) ; 36% de célibataires, 37% séparés ou divorcés, 15% mariés ; 58% dont 27% travaillent à l'extérieur de la maison (à temps plein ou partiel). |

**Table 1**
Demographic and clinical characteristics of sample

| Demographic characteristics | Total ($n$ = 78) $n$ (%) | Usual care + SSC ($n$ = 36) $n$ (%) | Usual care ($n$ = 42) $n$ (%) |
|---|---|---|---|
| Gender | | | |
| Female | 53 (68) | 28 (78) | 25 (60) |
| Ethnicity | | | |
| New Zealand European | 66 (85) | 29 (81) | 37 (88) |
| Maori | 3 (4) | 0 | 3 (7) |
| Other | 9 (12) | 7 (19) | 2 (5) |
| Marital status | | | |
| Single | 28 (36) | 12 (33) | 16 (38) |
| Separated/divorced | 29 (37) | 13 (36) | 16 (38) |
| Married | 15 (19) | 9 (25) | 6 (14) |
| Other | 6 (8) | 2 (6) | 4 (10) |
| Job status | | | |
| Employed outside home (full-time or part-time) | 21 (27) | 10 (28) | 11 (26) |
| Beneficiary | 45 (58) | 18 (50) | 27 (64) |
| Homemaker | 6 (8) | 4 (11) | 2 (5) |
| Other (self-employed, retired, other) | 6 (8) | 4 (11) | 2 (5) |
| Clinical characteristics | | | |
| Episode of mania in previous 9 months, $n$ = 76 | 51 (65) | 24 (67) | 27 (64) |
| Episode of depression in previous 9 months, $n$ = 77 | 55 (71) | 22 (61) | 33 (79) |
| Ever been hospitalized for mania, $n$ = 77 | 55 (71) | 26 (72) | 29 (69) |
| Ever been hospitalized for depression, $n$ = 77 | 42 (54) | 16 (44) | 26 (62) |
| Well >50% of time, $n$ = 74 | 34 (46) | 20 (59) | 14 (35) |

Aucune différence statistique dans les scores des échelles de manie, de dépression, d'auto-efficacité, PCS et MCS.

**Table 2**
Independent $t$-tests comparing baseline scores for mood, self-efficacy, physical health and mental health functioning for usual care and usual care + SSC

| | Baseline usual care ($n$ = 42) Mean (SE) | Baseline usual care + SSC ($n$ = 36) Mean (SE) |
|---|---|---|
| Mania scores | 0.87 (0.11) | 0.93 (0.15) |
| Depression scores | 1.43 (0.14) | 1.19 (0.17) |
| Self-efficacy scores | 7.07 (0.37) | 7.39 (0.69) |
| | $n$ = 39 | $n$ = 34 |
| Physical health component score | 47.30 (1.81) | 50.90 (1.60) |
| Mental health component score | 38.00 (1.56) | 40.44 (2.16) |

SSC, specialist supportive care.

Aucune différence statistique entre les groupes au début de la recherche concernant les scores moyens de l'humeur (dépression et manie) et de l'auto-efficacité ainsi que les scores PCS MCS.

| | |
|---|---|
| | Table 3<br>Independent *t*-tests comparing differences in baseline and end of treatment scores in mood, self-efficacy, physical health and mental health functioning in usual care versus intention-to-treat specialist supportive care (SSC) + usual care<br><br>Les scores moyens en fin de traitement ne montraient également aucune différence.<br><br>Table 4<br>Independent *t*-tests comparing differences in baseline and end of treatment scores in mood, self-efficacy, physical health and mental health functioning in usual care versus specialist supportive care (SSC) + usual care treatment completers |

| | Usual care ($n$ = 42) Mean (SE) | Usual care + SSC ($n$ = 36) Mean (SE) | $P$ |
|---|---|---|---|
| Difference in mania scores | 0.004 (0.06) | 0.01 (0.11) | 0.97 |
| Difference in depression scores | 0.08 (0.11) | −0.07 (0.11) | 0.30 |
| Difference in self-efficacy scores | 0.08 (0.29) $n$ = 39 | 0.83 (0.21) $n$ = 34 | 0.99 |
| Difference in physical health component score | −0.87 (0.83) | −0.30 (0.92) | 0.64 |
| Difference in mental health component score | −0.55 (1.03) | 0.36 (1.17) | 0.56 |

| | Usual care ($n$ = 42) Mean (SE) | Completers of usual care + SSC ($n$ = 14) Mean (SE) | $P$ |
|---|---|---|---|
| Difference in mania scores | 0.004 (0.07) | 0.31 (0.22) | 0.22 |
| Difference in depression scores | 0.09 (0.11) | −0.27 (0.24) | 0.12 |
| Difference in self-efficacy scores | 0.81 (0.29) $n$ = 39 | −0.21 (0.23) $n$ = 14 | 0.58 |
| Difference in physical health component score | −0.87 (0.83) | 0.50 (1.84) | 0.44 |
| Difference in mental health component score | −0.55 (1.03) | 1.92 (2.71) | 0.41 |

| **Discussion** | |
|---|---|
| **Interprétation des résultats** | Malgré que la recherche soit basée sur les principes clés décrits par Bauer et al., l'analyse n'a pas permise de cerner de manière significative les attributs de l'échantillon.<br>L'étude ressort néanmoins la complexité et le défi concernant l'engagement des patients en psychothérapie → étude trop longue, méfiance, trop malade pour suivre la thérapie → mise en évidence de la nécessité de mieux comprendre les facteurs qui ont influencé les patients à ne pas s'engager dans l'étude.<br>Le moment de la thérapie n'était peut-être pas choisi de manière optimale.<br>Scott et Colom (2008) : identifient que les patients recevant un traitement euthymique depuis plus d'un an présentent un risque de rechute plus faible.<br>Miklowitz (2008) : l'état de l'humeur au début de la recherche peut modérer l'efficacité de certaines thérapies.<br>Rizvi et Zaretsky (2007) : l'impact de la psychothérapie semble dépendre de la sévérité de l'épisode.<br>Le groupe SSC + UC n'ont pas augmenté leur sentiment d'auto-efficacité ou baisser leurs symptômes dépressifs comme prévu.<br>Il est possible que la durée de l'intervention ait été insuffisante pour ce groupe de patients non stables.<br>On ne sait pas, à leur actuelle, qu'elles sont les meilleures stratégies afin de stabiliser les patients bipolaires bien qu'il existe des preuves de certaines similitudes communes aux traitements ayant une efficacité démontrée. |
| **Conséquences et recommandations** | ci-dessus. |

Rapport-gratuit.com
LE NUMERO 1 MONDIAL DU MÉMOIRES

## Grille 12: Randomized, controlled trial of a brief family-centred care programme for hospitalized patients with bipolar disorder family caregivers (Lee, Lin, Chen, Su, & Chiang, 2016) [Traduction libre]

| Eléments d'évaluation | Questions fondamentales à se poser |
|---|---|
| **Titre** | Le titre précise, qu'il s'agit ici d'un essaie contrôlé randomisé sur les interventions familiales, pour les patients bipolaires ayant été hospitalisés ainsi que leur famille. |
| **Résumé** | On sait que, les interventions familiales sont importantes pour les patients et ayant des bénéfices sur leur symptomatologie ainsi que leur santé.<br>Or, les effets sur la fonction familiale, et sur la santé des soignants n'ont pas été bien traités auparavant.<br>Dans cet essai contrôlé randomisé, il a été comparé la thérapie centrée sur la famille (BFCC) et le traitement habituel.<br>Avec un échantillon de 47 patients et leur famille, deux groupes ont alors été formés. Un premier groupe ou le traitement habituel a été donné, et un deuxième groupe ou la thérapie basée sur la famille a été exécutée. Les deux groupes, ont assisté à une discussion de routine de 60 minutes sur la violence et la prévention du suicide, mais le groupe recevant la thérapie centrée sur la famille ont dû assister en plus à quatre séances de 90 minutes de BFCC deux fois par semaine.<br>L'hypothèse faite a été que, les familles ayant reçu le BFCC augmenteraient leur fonction familiale, amélioreraient leur état de santé perçu et diminuaient le fardeau de la personne ressource comparé au groupe soigné avec le traitement habituel.<br>Les résultats obtenus nous informent que, la BFCC permet une amélioration de la fonction familiale, une diminution des conflits, une meilleur communication, et une amélioration de la fonction de résolution de problèmes, mais aucun changement signifiant n'a été trouvée concernant la santé de la famille ressource et le fardeau de ceux-ci. |
| | |
| **Introduction** | |
| **Problème de la recherche** | Nous savons que, les troubles bipolaires ont des épisodes dépressifs, maniaques et mixtes et que s'est une maladie psychiatrique de longue durée (Keck et al., 2001; et al., 2001).<br>Selon l'OMS, les troubles bipolaires seraient la 7ème cause d'incapacités chez les 15-44 ans.<br>Les personnes souffrant de bipolarité, soufrent à vie de troubles des relations interpersonnelles et d'une perturbation des performances éducatives et occupationnelles.<br>Ils utilisent plus de services de santé mentale et ont un plus haut taux de suicide. |
| **Recension des écrits** | Les conflits entre les personnes bipolaires et leur famille, causent des fluctuations des symptômes des patients et ont une influence sur la santé physique et mentale de la famille, 45% des aidants se considèrent même dépressifs. Prendre soin d'un patient bipolaire est aussi une grande charge de travail, les familles se sentent souvent débordées. |

| | |
|---|---|
| **Cadre de recherche** | Comme cette étude a été faite en Taiwan, dû à la culture très familiale de celle-ci, les familles sont souvent englobées dans le traitement, et l'accompagnement des patients. Or, les familles peuvent se sentir pris au piège, ainsi qu'en détresse vu la situation de leur famille et même se sentir stigmatisés dû au regard des autres personnes.<br>Ainsi, il faudrait donner des informations à la famille pour qu'ils acquièrent des connaissances sur les troubles bipolaires mais aussi pour leur apprendre des techniques d'adaptation. |
| **Buts et question de recherche** | Milklowitz et al. nous informe que, les traitements psychoso éducationaux centré sur les familles diminue les rechutes et les symptômes dépressifs.<br>Perlick et al. ajoute que, suite à une psychoéducation et un traitement cognitivo-comportemental, on pouvait voir une amélioration dans les symptômes des patients, mais aussi dans la santé, les symptômes dépressifs et la charge des familles.<br>Dans les sciences infirmières, plusieurs théories de soins ont été créés pour la pratique infirmière familiale, tel que « The Calgary familly intervention model » (CFIM), qui est un bon model utilisé par les infirmières pour traiter les patients souffrant de problèmes psychiatriques et pour leur famille. Selon ce model chaque famille peut changer le problème auquel ils font face, ce model aide les familles à maintenir un fonctionnement dans les domaines cognitifs, affectifs et comportementaux.<br>« Ainsi, basé sur le CFIM les interventions proposées seraient de valoriser la force des patients et de la famille, donner des informations, éduquer, valider et normaliser les émotions, de plus, il faut aussi encourager les familles, encourager le partage de la charge au niveau des soins, maintenir les rituels familiaux, rester flexible et adapté aux besoins uniques de chaque famille.<br>Les soignants vont utiliser les conversations et relations thérapeutiques afin d'encourager les familles à penser à leur propre santé et aussi pour découvrir les forces de la famille et développer des stratégies efficaces. »<br>Basé sur le CFIM, un bref programme de soins centrées sur la famille (BFCC) a été créé afin, d'évaluer les familles et de déterminer des interventions propres à chaque famille dans un lieu de soins psychiatriques aigue.<br>L'hypothèse dans cette étude a été que le BFCC, pour les patients hospitalisés améliorerait la fonction familiale. La seconde hypothèse faite ici est que ce programme bénéficierait la santé et le fardeau des donneurs de soins. |
| | |
| **Méthode** | |
| **Population et échantillon** | Il s'agit ici d'un essaie contrôlé randomisé, afin de vérifier les hypothèses évoquées auparavant.<br>Pour l'échantillon, les patients et les familles étaient éligibles et ont accepté de participer à l'étude, ces patients ont été recrutés quand ils étaient dans un service de psychiatrie aigue. Par la suite, les patients et leur famille ont été divisées en deux groupes ce qui s'est fait au hasard, la moitié des patients ont suivi alors le programme BFCC et l'autre moitié le traitement usuel, les patients ne savaient pas dans quel groupe ils se trouvaient.<br>Les deux groupes. ont assisté à une discussion de routine de 60 minutes sur la violence et la prévention du suicide, mais le groupe recevant la thérapie centrée sur la famille a assisté en plus à quatre séances de 90 minutes de BFCC deux fois par semaine.<br><br>Les patients faisant partie de cette étude, étaient tous des patients bipolaires selon le DSM et avaient un score HDRS (Hamilton Depression Rating Scale) <17 et un score YMRS (Young Mania Rating Scale) <38 (Keck 2004) pour prévenir des effets indésirables causés par l'instabilité de l'humeur. |

| | |
|---|---|
| | Les facteurs d'exclusion, étaient le fait de vivre seul ou d'avoir vécu avec leur famille moins de 6 mois, ne parlant pas le chinois ou le taiwanais, ayant un handicap intellectuel et ayant un diagnostic récent de bipolarité. |
| **Considérations éthiques** | Avant le début du recrutement, le comité d'examen institutionnel a dû approuver les protocoles de protection des droits de la personne et toutes considérations éthiques. Les patients ont reçu une lettre expliquant qu'ils pouvaient se retirer à tout moment de l'étude conformément à la déclaration d'Helsinki. De plus, une autorisation écrite et signée a été obtenue. |
| **Devis de recherche** | <u>Interventions :</u><br>Traitement habituel : le traitement habituel comprend, les soins infirmiers, la thérapie occupationnelle et pharmacothérapie.<br>De plus, le groupe de traitement habituel a aussi dû assister à une discussion de routine de 60 minutes sur la violence et la prévention du suicide.<br><br>Programme BFCC : Développé sur la base du CFIM.<br>Les groupe BFCC, a assisté à une discussion de routine de 60 minutes sur la violence et la prévention du suicide puis ils ont assisté en plus à quatre séances de 90 minutes de BFCC deux fois par semaine, avec des objectifs spécifiques pour lesquels des exemples de questions ont été proposées.(Table 1). Les interviews étaient faits dans des lieux calmes pour identifier le fonctionnement familial, expliquer le trouble bipolaire aux familles et patient, pour soutenir et empower les familles à changer de style de communication, résoudre des conflits, améliorer la fonction familiale au niveau cognitif, affectif et comportemental. |

FAMILY-CENTRED CARE PROGRAMME 65

**TABLE 1:** *Protocol of the brief family-centred care programme*

| Session | Goals | Example questions |
|---|---|---|
| 1. | Assessment<br>• To assess each family's composition, developmental stage, interaction and communication styles, and family function<br>• To understand the effect of disease on the family, and explore their subjective narrative illness experiences and coping strategies | • Describe your family<br>• What is the effect of bipolar disorder on your family?<br>• What has been your experience of arguing?<br>• How have the patient's disease-related behaviours and responses affected the family? |
| 2. | Social-emotional support and psychoeducation<br>• To explore the family's strengths and resources<br>• To offer appreciation, validation, empowerment, and normalization of their emotional reactions<br>• To analyse family dynamics, as well as facilitate constructive beliefs and communication styles<br>• To encourage mutual support and strengthen the exterior support system<br>• To provide necessary illness-related knowledge and treatment information to patients and families | • What obstacles do you face in caring for your family member with a mental illness at home?<br>• Who do you call for help, and what do they do?<br>• One of your strengths is your awareness of …?<br>• Under what circumstances might you experience negative emotions towards others?<br>• When do you and your family feel negatively towards each other?<br>• How could you do better?<br>• Who else can help? |
| 3. | Challenge to change<br>• To define the family's problems<br>• To help family members understand the emotions behind their conflicts<br>• To guide their brainstorming and cooperative discussions about facilitating solutions instead of perpetuating existing constraining ones<br>• To formulate problem-solving plans and coach them in communication and emotional self-regulation | • Try to explain why your feelings change<br>• How do you wish your family could help you?<br>• When you see the patient struggling, you feel…?<br>• How will you change the situation now? |
| 4. | Termination<br>• To individually appreciate each family member's effort during treatment<br>• To develop discharge plans<br>• To summarize the therapist's observations about the illness adaptation and management of the whole family and achieved tasks in the previous sessions<br>• To provide a prospective future and impart hope | • Share your findings from these past sessions<br>• What tasks have you achieved and not yet achieved during treatment?<br>• How do you hope your family will help you?<br>• Under which circumstances would you be willing to be rehospitalized?<br>• What do you think about the patient's living arrangements after discharge? |

Le thérapeute dans cette étude, était une infirmière avec un master en psychiatrie (LHJ).
De plus, la force, l'énergie potentielle, les ressources externes, les problèmes familiaux qu'ils ont cachés ou révélés et les stratégies lors de maladie ont été recherchés. Ainsi, de la psychoéducation et des moyens d'éviter les conflits ont été aussi donnés, lors de la session sur le domaine cognitif.
Lors de la séance pour le domaine affectif, la thérapeute a conseillé les patients

| | |
|---|---|
| | à parler de la signification des émotions derrière le conflit et ainsi, la thérapeute a discuté l'appréciation, la validation, l'empowerment et la normalisation de leurs émotions.<br>Pour la session comportementale, la thérapeute a donné les observations faites sur la famille, les a encouragé à changer des styles de communication, les a enseigné la régulation de leur propre comportement. Après chaque séance le problème était clarifié et les conclusions de la thérapeute étaient révélées. |
| **Modes de collectes de données** | Évaluations :<br>Des recherches ont été entreprises pour recueillir des données sociodémographiques et des symptômes cliniques. Des questionnements à propos de l'histoire des troubles borderline, de la fréquence d'hospitalisations, des liens ont été posées à la famille.<br>Le YMRS et le HDRS ont été utilisés pour évaluer les symptômes cliniques des patients.<br>Les évaluations post traitement pour le groupe BFCC ont été faites de suite après les interventions et pour le groupe de traitement habituel les évaluations ont été réalisées 19-21j après le traitement. |
| **Conduite de la recherche** | Échelle de fonction familiale :<br>Une version chinoise de l'échelle de la fonction familiale (FFS) a été créé, pour tester la fonction familiale pour la culture taiwanaise. D'ailleurs la fiabilité et validité ont été testées.<br><br>Questionnaire chinois sur la santé-12 :<br>Un questionnaire sur la santé chinoise (QSC) -12, a été utilisé pour déterminer la gravité des problèmes psychologiques des aidants<br>La fiabilité et validité, ont été testées et sont considérées convenables.<br><br>Inventaire du fardeau des soignants :<br>Une version chinoise du Caregiver burden inventory (CBI) a été faite. Sa validité et fiabilité ont été testées. |
| **Analyse de données** | En utilisant un model linéaire de régression, une analyse a été faite des questionnaires CHQ-12, CBI, FFS par rapport à l'avant et l'après traitement.<br>Afin de voir s'il y avait une différence entre les deux groupes au niveau du temps un teste a été fait (group x time interaction). |
| | |
| **Résultats** | |
| **Présentation des résultats** | Caractéristiques du patient :<br>Sur 134 patients, 35 ne répondaient pas aux critères d'inclusion, 39 ont refusé de participer et les 60 restant ont été divisé en 2 groupes (traitement habituel et BFCC) au hasard. De ces 60 familles, 10 familles dans le groupe de traitement habituel et 3 dans le BFCC ont refusé de participer.<br>Dans le groupe BFCC, 4 familles ont interrompu leur suivi, et dans le groupe de traitement habituel 7 familles ont été perdues a l'évaluation post-intervention, car leur symptômes a empiré, n'ont pas réussi à garder leur rendez-vous ou ont été libérez de façon inattendue. Dans le groupe BFCC, 4 familles ont interrompu l'intervention car les familles n'étaient pas disposés à aller ou non pas réussi a gardé leur rendez-vous.<br>Ainsi, suite à cela 17 familles dans le groupe BFCC et 20 dans le groupe de traitement habituel ont participé et leurs données ont été analysées.<br>La moitié des patients étaient des homes de 21-41 ans.<br>La plus part des familles étaient âgées entre 41-65 ans.<br><br>Effet sur la fonction familiale, l'état de santé perçu des soignants et le fardeau |

| | |
|---|---|
| | <u>des aidants :</u><br>Le groupe BFCC a eu plus d'améliorations sur les scores de FFS et les autres échelles comparé au groupe de traitement habituel.<br>De plus, aucun effet temporel significatif n'a été trouvé, et aucune différence significative de ré-hospitalisation n'a été trouvée. |
| | |
| **Discussion** | |
| **Interprétation des résultats** | Cette intervention permet l'amélioration de la fonction familiale, et aide à développer la résolution de problèmes ainsi que, faire face aux conflits.<br>Il est important d'améliorer la fonction familiale car elle a un effet critique sur l'efficacité des traitements axés sur la famille (Sullivan et coll., 2012) et sur le rétablissement symptomatique et fonctionnel des patients atteints de troubles bipolaires (Ferreira et al., 2013, McCann et al., 2012). Reinares et al., 2016).<br>De plus, un suivi même après la sortie de l'hôpital peut être intéressant afin de continuer l'évolution de l'amélioration de la fonction familiale mais aussi de la charge des familles.<br>Ici on n'a pas vu d'amélioration au niveau du fardeau ressenti par la famille ce qui est à l'opposé d'autres études faites auparavant (Fiorillo et collab 2015, Reinares et coll., 2010). La cause de cela peut être due au bref temps de suivi.<br>De plus, dans cette étude vu le contexte de soins aigus l'intervention a dû être abrégée et adaptée.<br>Or, une intervention familiale brève et ciblée peut être bien pour la fonction familiale lors de la phase de transition de l'hôpital à la maison. |
| **Conséquences et recommandations** | Les infirmières ont besoin de plus de formation concernant les entretiens dû au fait qu'elles sont très souvent avec les patients et qui peuvent donc intervenir mieux.<br>Par la suite des interventions basées sur le CFIM peuvent être développées pour d'autres maladies mentales.<br>Cette étude présente quelques limites :<br>1. Du aux arrêts d'intervention et aux refus l'échantillon final était modeste, ce qui limitait le pouvoir statistique de l'étude.<br>2. Le programme BFCC a été donné quand les patients étaient hospitalisés obligeant les familles à travailler ensemble, d'ailleurs 10 familles ont interrompu leur suivi, ce qui met en question si le BFCC n'augmentait pas les conflits familiaux.<br>3. Les effets du programme sur une longue durée n'ont pas été testés.<br>4. Le BFCC a été comparé au traitement habituel et n'a pas contrôlé les facteurs non spécifiques liés à l'intervention.<br>5. Les participants du au contenu de l'intervention savaient dans quel groupe ils se trouvaient ce qui a pu biaiser leurs réponses dans les évaluations.<br><br><u>Conclusions :</u><br>Cette étude, a confirmé les bienfaits d'un programme tel que le BFCC sur la fonction familiale dans un lieu de soins aigue mais ne diminue pas les problèmes de santé perçus par les familles ni leur charge de travail.<br>Pour de prochains travaux, des échantillons plus grands devraient être utilisés pour avoir un meilleur échantillon et de résultats plus précis. |

## Grille 13: Randomized trial comparing caregiver-only family-focused treatment to standard health education on the 6-month outcome of bipolar disorder (Perlick et al., 2018) [Traduction libre]

| Eléments d'évaluation | Questions fondamentales à se poser |
|---|---|
| **Titre** | Essai randomisé comparant le traitement axé sur les caregivers de la famille à l'éducation sanitaire standard sur un résultat à six mois du trouble bipolaire |
| **Résumé** | Objectifs : les caregivers de personnes atteintes de bipolarité sont souvent susceptibles de souffrir de dépression et de problème de santé. Cette étude a pour but d'examiner les effets durables d'une psychoéducation de 12 à 15 semaines sur la santé des caregivers de personnes bipolaires. Les effets de la psychoéducation sur les symptômes de l'humeur des patients ont également été examinés plus de 6 mois après le traitement.<br><br>Méthode : les caregivers de 46 patients atteints de troubles bipolaires ont été répartis au hasard dans deux groupes. Le premier groupe a reçu un traitement adapté de la thérapie axée sur la famille (FFT) durant 12-15 semaines et dans lequel les caregivers ont bénéficié de recommandations sur des stratégies d'auto-soins et sur la façon dont ils pouvaient aider le patient. Le deuxième groupe a bénéficié de 8-12 entretiens d'éducation sanitaire standard. Des examinateurs indépendants ont évalués les symptômes de dépression et de santé physique des caregivers, ainsi que l'humeur des patients avant le traitement, immédiatement après et six mois après.<br><br>Résultats : Le groupe ayant reçu la thérapie axée sur la famille adaptée pour les caregiver a été associé à une diminution de la dépression pour les caregivers et les patients sur les 6 mois qui ont suivi le traitement. En effet, la réduction de la dépression chez les caregiver a joué un rôle de médiateur dans la diminution de la dépression chez les patients ($z = -2,74$, $P < 0,01$).<br><br>Conclusion : un traitement sur l'éducation des caregivers concernant le trouble bipolaire, qui leur permet de s'occuper de leur propre santé, qui diminuent les symptômes de l'humeur et favorisent les comportements de santé chez les caregivers ont potentiellement un effet bénéfique sur la santé des patients atteints de troubles bipolaires même sans leur participation directe. |
| | |
| **Introduction** | |
| **Problème de la recherche** | D'après certaines études, les conséquences des soins sur la santé mentale, physique et financière de la famille (appelée communément « charge des caregivers ») sont pour 89-91% des caregivers de personnes atteintes de troubles bipolaires modérées à élevées. La « charge de caregiver » plus élevée est associée à des troubles du sommeil, des problèmes de santé chroniques, des symptômes dépressifs. De plus, les patients atteints de troubles bipolaires et dont les caregivers souffrent des effets indésirables décrits ci-dessus ont une plus faible observance thérapeutique et sont plus à risque de rechute et de risque suicidaire par rapport à des patients bipolaires dont les caregivers sont moins accablés. |
| **Recension des écrits** | Il existe malheureusement très peu de recherche ciblée sur la santé des caregivers des patients bipolaire. De manière antérieure, l'équipe de recherche |

| | |
|---|---|
| | avait examiné les différences observables pendant le traitement FFT-HPI en montrant une réduction des symptômes de l'humeur mais n'a pas examiné les effets à long terme, ni le lien avec le potentiel de réduction des symptômes du patient. |
| **Cadre de recherche** | Les auteurs de l'étude ont développé une variante de la FFT (= thérapie axée sur la famille) afin d'adapter cette thérapie spécifiquement aux caregivers de patients bipolaires. Cette variante se concentre sur les besoins en santé (physique et mentale) des caregivers en spécifiant des objectifs d'auto-soins, ainsi que l'utilisation de stratégies cognitivo-comportementales et l'éducation de gestion de la maladie bipolaire. La thérapie axée sur la famille (FFT) et les interventions promotrices de la santé axée sur la famille (FFT-HPI) visent à diminuer le risque de rechute en substituant les interactions négatives entre le patient et le caregivers par des communications plus adaptatives. |
| **Buts et question de recherche** | Cette étude examine l'efficacité des interventions FFT-HPI pendant un traitement de 6 mois par rapport à une éducation sanitaire standard. Les auteurs avaient émis l'hypothèse que les caregiver répartis au hasard, montreraient une réduction des problèmes de santé dans le groupe du traitement à la FFT-HPI, ainsi qu'une réduction des symptômes de l'humeur chez les patients soutenus par ces mêmes caregivers. Finalement, un lien déjà établi entre des symptômes d'anxiété et de dépression, les auteurs ont également émis l'hypothèse qu'en réduisant la dépression chez les caregivers, les symptômes seraient également réduits chez les patients. |
| | |
| **Méthode** | |
| **Population et échantillon** | Les caregivers étaient âgés de 18 ans et plus, étaient les principaux soignants d'un parent bipolaire de type I ou II qui a également donné son consentement pour participer à l'étude, est atteint actuellement dans sa santé mentale ou comportementale<br>Ces caregivers répondent à au moins trois des cinq critères de Pollak et Perlick<br>• C'est un conjoint ou un parent de la personne atteinte de bipolarité<br>• Les contacts avec cette personne sont plus fréquents que n'importe quel autre soignant<br>• L'aide est également financière<br>• En cas d'urgence, cette personne peut être contactée par le personnel soignant<br>• le caregiver est engagée dans le traitement du patient<br>La santé mentale ou comportementale des caregivers est notée comme positive lorsque<br>• il y a au moins un comportement à risque selon l'Echelle des comportements à risque et un score ≥10 selon l'Echelle de la dépression du Centre d'études épidémiologiques<br>OU<br>• Des scores positifs sur au moins 4 domaines difficiles du Calendrier d'évaluation du comportement social<br>La confirmation du diagnostic a eu lieu lors d'un entretien clinique structuré pour le DSM-IV.<br>L'échantillonnage a eu lieu à la clinique de santé mentale ambulatoire du Mount Sinaï à New York (n=5), du Bronx Veterans Affair Medical Center au Bronx (n=2), du groupe de soutien des troubles de l'humeur à New York (MDSG) (n=36). Les procédures de l'étude, ainsi que les interventions ont été expliquées de manière individuelle. Un consentement éclairé écrit a été obtenu. |
| **Considérations éthiques** | - |

| | |
|---|---|
| **Devis de recherche** | Les caregivers qui répondaient aux critères d'inclusion/exclusion ont été répartis au hasard dans deux groupes. Le premier recevait le traitement de l'étude : la FFT-HPI. Le deuxième groupe recevait un traitement de contrôle offrant de l'éducation par rapport aux troubles bipolaires et les problèmes de santé fréquents chez leur caregivers. La répartition au hasard entre les deux groupes a été faite par un chercheur indépendant qui a utilisé une table numérique aléatoire. Les nombres pairs ont été placés dans le groupe de la FFT-HPI et les nombres impairs dans le groupe HE. 25 caregivers ont été placés dans le groupe FFT-HPI et 21 dans le groupe HE. |
| **Modes de collectes de données** | Les caregivers et les patients ont été évalués tout de suite après le traitement et 6 mois après. Les évaluateurs ne connaissaient pas les conditions du traitement des participants. Des informations concernant les antécédents des patients, des éléments sociodémographiques des patients et des caregivers (âge, sexe, origine ethnique, état matrimonial, statut professionnel et économique des patients et des caregiver) ont été récoltées.<br>• Evaluation des patients : le diagnostic du trouble bipolaire et les épisodes ont été examinés grâce aux modules de l'humeur et de la psychose du SCID (Structured Clinical Interview for DSM-IV). L'état de dépression a été évalué grâce à l'échelle de Hamilton (HAM-D) (fiabilité de cohérence de 0,849) et l'échelle d'évaluation de Young (YMRS) (fiabilité de cohérence de 0,852).<br>• Evaluation des caregivers : le diagnostic du caregiver et les conditions actuelles des épisodes ont été examinés par la Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI Plus, version 5.0) qui est un entretien semi-structuré élaboré afin de reconnaître les troubles essentiels actuels du type I. Les principaux résultats des caregivers, la santé physique et mentale ont été mesurés grâce à l'Études sur les résultats mentaux sur 36 points Enquête de santé abrégée (SF-36) et le Centre d'études épidémiologiques sur l'échelle de dépression (CES-D). Le SF-36 est valide et fiable (coefficient alpha de Cronbach ≥0,8), il comporte « 8 sous-échelles qui donnent un score Mental Component (MCS) et un score Physical Component (PCS) qui évaluent le fonctionnement physique, les limitations de rôles dues aux problèmes de santé physique, les limitations de rôles dues aux problèmes émotionnels énergie/fatigue, bien-être émotionnel, fonctionnement social, douleur corporelle et santé générale. » Le CES-D comporte 20 points ou est une échelle d'auto-évaluation pour les symptômes dépressifs. Elle est fortement corrélée avec d'autres mesures de dépression d'auto-évaluation (coefficient alpha de Cronbach = 0,93). La CES-D a été préférée au HAM-D car des études antérieures l'utilisent pour mesurer les symptômes dépressifs chez les caregiver (notamment de schizophrènes et de troubles bipolaires).<br>• Résultats secondaires (fardeau des caregivers et comportement en matière de santé) : ils ont été mesurés grâce à l'échelle d'évaluation du comportement social (SBAS) et l'échelle de comportement à risque pour la santé (HRB)<br>○ Le SBAS est une interview semi-structurée permettant d'évaluer le fardeau objectif et subjectif dans trois secteurs : les comportements difficiles des patients (par exemple violence, imprévisibilité), le rôle dysfonctionnant du patient au travail et à la maison, les effets indésirables sur autrui (conséquences de la maladie sur le travail du caregiver, sur les relations social, les loisirs). Afin d'évaluer le fardeau objectif, les caregivers ont apprécié le degré de présence de |

Rapport-Gratuit.com

| | |
|---|---|
| | chaque problématique sur une échelle de 0 (aucun), 1 (modéré), 2 (sévère). Pour évaluer le fardeau subjectif, les caregivers ont apprécié le degré de détresse ressenti concernant chaque composant évalué comme objectivement présent. La mesure s'est également faite sur une échelle de trois points. Les éléments ont été codés comme « sans objet » lorsque le fardeau objectif a été évalué à 0.<br>Le HRB comprend 9 items et permet de mesurer les risques pour la santé en relation avec les soins prodigués au patient atteint de bipolarité (par exemple se nourrir moins de trois fois par jour, avoir un déséquilibre entre l'activité et le repos, oublier sa médication, manquer des rendez-vous) (alpha de Cronbach = 0,78). L'échelle d'anxiété Brief Symptom Index (BSI) permettant de mesurer l'état des symptômes psychologiques a été utilisée afin d'examiner l'hypothèse précisant que la réduction de la dépression chez le caregivers était due à la réduction de l'anxiété. Cette composante anxieuse contient une collection de symptômes dont l'anxiété, la nervosité, la tension qui sont évalués grâce à une échelle de détresse sur 5 points (0 = pas du tout ; 4= extrêmement) (alpha de Cronbach = 0,85) |
| **Conduite de la recherche** | La FFT-HPI se fait de manière individuelle ou en couple pour les caregivers. Une théorie solide est à la base de cette intervention :<br>• « les pensées, les sentiments et les croyances fondamentales négatifs et dysfonctionnels sur la prestation de soins contribuent et entretiennent les symptômes dépressifs et le fardeau perçu chez les caregivers. »<br>• « les symptômes dépressifs, en particulier, interfèrent avec les auto-soins du caregivers et sa capacité à gérer habilement les demandes et le stress associés à la prestation de soins. »<br>• « Parce que les symptômes de la dépression chez les caregivers interfèrent avec la gestion des demandes de soins, le niveau de symptômes du caregiver impacte le niveau de symptômes de l'humeur du patient. »<br>La FFT-HPI a été pensée pour corriger cette dysfonction. Pour cela, elle combine une éducation sur la gestion de la maladie (recadrage cognitif des croyances du caregiver) et la mise en place d'objectifs d'auto-soins du caregiver qui permet de stimuler la santé et la résilience. La première étape de l'intervention est la psychoéducation et la mise en place d'objectif (séance 1-4). Elle permet de fournir une éducation sur l'étiologie, le traitement de la maladie, la prévention des décompensations et les stratégies de communication selon Miklowitz. La deuxième étape consistait en une analyse comportementale des obstacles à l'auto-soin (séance 5-12). Elle s'est fait grâce à la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) et des stratégies de résolution de problème afin de distinguer les obstacles constitués par les différentes demandes et/ou les tensions et cognitions. Ces éléments ont parfois entravé la mise en place d'objectifs de gestion de la maladie par les caregiver. Cette analyse des barrières d'auto-soin a également permis d'expliciter des comportements spécifiques conservés dans un journal afin d'apporter des solutions correctives.<br>Trois obstacles fréquents à l'auto-soin ont été identifiés :<br>• les demandes concernant du service ou du soutien de la personne bipolaire<br>• le conflit avec le patient<br>• l'anxiété et/ou la dépression du caregiver<br>Des formations ont été conçues pour écarter ces obstacles d'auto-soins et encourager des comportements favorables à la santé. |

Rapport-gratuit.com
LE NUMERO 1 MONDIAL DU MÉMOIRES

| | |
|---|---|
| | La « diversification du soutien » avait pour but d'agrandir le réseau soutenant du patient et du caregiver et ainsi favoriser l'autonomie des patients. La « résolution des conflits » comportait 1-3 entretiens optionnels avec le patient en utilisant une formation aux techniques de résolution de problèmes et de communication. L' « efficacité des attentes » ont permis de restructurer les cognitions dépressiogènes et s'est servie d'affirmations personnelles positives, l'exercice et l'hygiène du sommeil afin d'améliorer l'auto-efficacité des caregivers.<br>Cette deuxième phase d'intervention a commencé par un partage avec chaque caregiver, selon le score de l'échelle de la dépression et la perception du caregiver. Le caregiver a ensuite été dirigé dans un des trois modules décrit précédemment. Les séances duraient 45 minutes, suivaient un format standard de TTC et avaient un objectif spécifique dans le domaine personnel (favoriser la relation avec leur proche), affectif (diminuer la détresse émotionnelle) et d'auto-soin (prendre soin de sa santé physique et choisir un mode de vie plu sain → exercice, alimentation). Des planifications pour atteindre ces objectifs ont été prévues et l'avancement a été accompagné.<br>Le deuxième groupe a reçu un traitement de comparaison d'éducation à la santé (ES) et a travaillé sur les ennuis de santé communs chez les caregivers, par exemple la dépression, l'anxiété et les troubles du sommeil. Cette éducation a été faite au moyen de DVD portant chaque fois sur une seule problématique de santé. Pendant la première séance, les caregivers ont regard un DVD portant sur le trouble bipolaire. A chacune des séances 2-7, les caregivers ont visionné un DVD portant chacun sur une problématique particulière rencontrée couramment dans cette situation selon des études préalable. Il a été assuré que le caregivers comprenait l'information contenue sur les DVD mais leurs questions ont été répondues uniquement de façon scriptée.<br>Les cliniciens ayant conduit le traitement étaient formés à la FFT et à la TTC. Tous les entretiens ont été filmés, dix d'entre eux ont été choisi au hasard et ont été examinés par deux évaluateurs externes. 90% ont reçu une note égale ou supérieure au seuil d'adhésion présélectionné (accord entre les deux évaluateurs : kappa=0,91) |
| **Analyse de données** | D'abord, les particularités des deux groupes (FFT-HPI et ES) ont été comparées grâce des tests t ou des tests exacts de Fisher afin de certifier l'équilibre des deux groupes. Les variables primaires et secondaires des caregivers (SF-36, CES-D, SBAS, HRB) et les variables primaires des patients (HAM-D, YMRS) ont été évaluées grâce aux modèles de régression linéaire à effets mixtes, pendant la période de traitement et après le traitement. Les analyses ont été faites sur le principe « intent-to-treat ». Lorsque les résultats montraient une interaction significative groupe x temps, un test t et appariés ont été réalisés sur les différences entre les groupes à chaque évaluation et au sein des groupes pour les périodes de pré-post-traitement et de pré-6 mois après traitement. Les modèles contenaient le groupe, le temps, le groupe par temps et la valeur de prétraitement à chaque résultat.<br>Les scores de prétraitement de YMRS suivaient une courbe bimodale et ont donc été divisés en scores en-dessus de la médiane et scores en-dessous de la médiane. Un test de Sobel a permis d'examiner deux hypothèses :<br>• La diminution de la dépression et de la manie chez le patient était modulée par l'amélioration du traitement de la santé du caregiver.<br>La diminution de la dépression des caregivers était modulée par la réduction de l'anxiété du caregiver durant la période de suivi. |
| | |
| **Résultats** | |

Rapport-gratuit.com
LE NUMERO 1 MONDIAL DU MÉMOIRES

| | |
|---|---|
| **Présentation des résultats** | • Sur les 46 participants, 43 ont terminé la période d'étude jusqu'à 6 mois après le traitement (24 au groupe FFT-HPI et 19 au groupe ES). Un participant au groupe FFT-HPI a déménagé hors de l'Etat et deux participants au groupe ES ont arrêté avant la phase 2 (un caregiver est décédé et la famille du deuxième ne souhaitait plus participer).<br>• Pas de différence significative entre les deux groupes au début de l'étude sur les 13 variables examinées. Dans les deux groupes, les participants ont été vus chaque semaine pour (moyenne ± écart-type) 14,3 ± 1,6 séances de FFT-HPI et 8,1 ± 2,4 séances dans ES. Un minimum de séances a été suivi par tous les participants (12 pour FFT-HPI et 8 pour ES), sauf une personne du groupe FFT-HPI qui a fait 7 séances et une personne du groupe ES qui en a fait 4. Les participants étaient majoritairement des femmes (mais le sexe ne différait pas d'un groupe à l'autre), ceci est en accord avec des études antérieures prédisant un pourcentage de caregivers féminins de 65-91%.<br>• Des interactions significative groupe x temps ont été remarquées par rapport aux symptômes dépressifs des caregivers et la détresse psychologique globale. Les caregivers du groupe FFT-HPI ont manifesté une diminution des symptômes dépressifs de près de 48% lors de la période de traitement et de suivi par rapport aux caregivers du groupe ES qui eux ont manifesté une diminution de 22%. Concernant la santé psychologique globale, les caregivers FFT-HPI ont montré une amélioration de 41% pendant le traitement et le suivi par rapport à une amélioration de 21% chez les caregivers ES. Des différences significatives ont été observées dans la sous-échelle « Rôle des limitations dues aux problèmes émotionnels » : les caregivers du groupe FFT-HPI ont amélioré leur score de 134% par rapport au groupe E qui l'a amélioré de 33%. Une interaction significative groupe x temps s'est manifestée dans la mesure du fardeau (le groupe FFT-HPI a ressenti un fardeau moins grand que le groupe ES. Les interactions hypothétiques groupe x temps n'étaient pas significatif pour SF-36 PCS et HRB. Au sein du groupe FFT-HPI, des réductions significatives ont été montrées pour CES-D et des améliorations significatives pour SF-MCS, SBAS et BSI pendant le traitement, juste après, et jusqu'à 6 mois après le traitement (valeurs $P < 0,05$). Entre les deux groupes, des différences significatives ont été démontrées dans BSI, CES-D et SF-MCS juste après le traitement et jusqu'à 6 mois après.<br>• Les patients dont les caregivers ont reçu le traitement FFT-HPI ont montré une diminution significative des symptômes dépressifs sur l'échelle HAM-D par rapport aux patients des caregivers de l'autre groupe (interaction groupe par moment, $z = -2.08$, $P = .04$). L'interaction groupe x temps du YMRS était significative (score dichotomique de référence par groupe YMRS, $z = -2,30$, $P = 0,021$), elle montrait donc un bénéfice pour FFT-HPI par rapport à ES pour la diminution de la manie/hypomanie. Une diminution significative du HAM-D et du YMRS a été observée avant et après traitement et jusqu'à 6 mois (valeurs de $P <0,05$).<br>• Le niveau de confiance est bon (95%) malgré la petite taille de l'échantillon.<br>• Les résultats du test de Sobel montrent que les diminutions de HAM-D des patients dont les caregivers étaient suivis par FFT-HPI ont effectivement été modulées par la diminution de la dépression des |

| | |
|---|---|
| | caregivers pendant la même période (z = -2,74, P < .01). Même constat en ce qui concerne le YMRS des symptômes maniques et hypomaniaques du patient qui ont été modulés par la réduction de la dépression des caregivers suivis par FFT-HPI (z = -1,98, P <0,05).<br>• Un bon traitement des caregivers avec FFT-HPI réduisant la dépression est donc associé avec des meilleurs résultats chez les patients.<br>Une réduction des symptômes dépressifs chez les caregivers est modulée par la réduction des symptômes d'anxiété chez ces mêmes caregivers (z = -2,90, P = 0,004). |
| | |
| **Discussion** | |
| **Interprétation des résultats** | Bien que d'autres travaux antérieurs montrent un bénéfice du traitement immédiatement après le traitement, une question importante n'a pas été abordée : les avantages de ce traitement persistent-ils au cours du suivi ?<br>Au cours du traitement FFT-HPI, les caregivers ont pu préciser des croyances sur leurs besoins, leur responsabilité à répondre à ces besoins, l'entrave des croyances à des soins efficaces et à des auto-soins. Les caregivers du groupe FFT-HPI ont montré des réductions significatives des symptômes dépressifs de six fois plus important par rapport au groupe ES. Les patients dont les caregivers étaient dans le groupe FFT-HPI ont vu une réduction de leurs symptômes dépressifs 2,5 fois plus élevée que les patients associés à des caregivers suivant le traitement ES. Même constatation concernant les symptômes de manie qui ont diminué 4 fois plus chez les patients dont les caregivers se trouvaient dans le groupe FFT-HPI par rapport à ceux dont les caregivers se trouvaient dans le groupe ES. Selon les analyses faites, la diminution des symptômes de la bipolarité chez les patients est en partie due au traitement FFT-HPI de leur caregiver.<br>Le traitement du caregiver uniquement, sans la participation active du patient peut mener à une amélioration de l'état de santé en ce qui concerne la dépression et la manie chez le patient atteint de bipolarité. Ce traitement améliore également le niveau de dépression chez le caregiver. En effet, la FFT-HPI qui remet en question différentes croyances par rapport à la prestation de soins du caregiver, a montré que les symptômes dépressifs du caregiver étaient reliés à l'anxiété du patient : le souci de la sécurité, du bien-être du patient est source d'anxiété pour le caregiver. De plus, le caregiver a surveillé le patient de manière excessive, entraînant des relations négatives et de la dépression chez le caregiver. Ceci est en corrélation avec la confirmation de l'hypothèse qu'une réduction de l'anxiété chez les caregiver module les symptômes dépressifs. La normalisation comportementale des caregivers par rapport au patient (par exemple, n'envoyer que 1-2 textos dans la semaine plutôt que 10 fois par jour) et la mise en place d'objectifs d'auto-soins (physique, tests de routine, activité agréable) ont permis de réduire l'anxiété chez les caregivers. Ce faisant, les caregivers pouvaient stopper leurs tentatives frustrées de vouloir guérir leur parent et acceptaient beaucoup plus facilement la maladie de leur proche.<br>Les limites de l'étude sont notamment la très petite taille de l'échantillon, le fait que les minorités raciales et ethniques et les caregivers masculins soient peu représentées, le plus petit nombre de séance ES par rapport aux séances FFT-HPI, le fait que les comorbidités n'aient pas été évaluées au début de l'étude et la rémission de l'humeur dépressive ou d'autres voire de nouveaux épisodes n'ont pas été inclus dans l'évaluation des symptômes dépressifs. On peut citer également le manque d'information concernant la médication des patients ou des caregivers. Etant donné que seuls 20% des caregivers ont été |

| | |
|---|---|
| | recrutés dans des cliniques (les 80% restants ont été recrutés dans un groupe de soutien), les chercheurs n'ont pas eu accès aux données des patients. |
| **Conséquences et recommandations** | Le dépistage de troubles de l'humeur ou d'anxiété dans les familles de personnes atteintes de troubles bipolaires permettrait d'identifier les personnes à risque et de mettre en place des interventions pour les caregivers en tant que prévention secondaire.<br>Les recherches futures devraient pouvoir inclure des échantillons de participants plus variés, mesurer cliniquement la dépression des caregivers, examiner des diagnostics de comorbidité ainsi que la pharmacothérapie des patients de manière systématique. Les mesures de santé physique pour les caregivers devraient être plus sensibles, la faisabilité et la satisfaction du traitement devraient être recherchée chez le caregiver et le patient et ceux-ci devraient pouvoir être suivis pendant plus de 6 mois afin d'avoir un regard à plus long terme sur la santé des patients atteints de troubles bipolaire ainsi que leur caregiver. |

# Grille 14: The Role of Interpersonal and Social Rythm Therapy in Improving Occupational Functioning in Patients With Bipolar I Disorder (Frank et al., 2008) [Traduction libre]

| Eléments d'évaluation | Questions fondamentales à se poser |
|---|---|
| **Titre** | Le titre englobe les concepts principaux et précise la population |
| **Résumé** | Le résumé est structuré et fait mention de l'objectif, de la méthode, des résultats et d'une conclusion.<br><br>Objectif : Le fonctionnement professionnel d'un individu est un indicateur clé pour déterminer le handicape psychosocial. Il est très souvent sévèrement affecté par le trouble bipolaire. La recherche vise à décrire l'effet d'un traitement aigu avec une thérapie interpersonnelle et sociale sur le fonctionnement professionnel des individus, sur une période de 2.5ans.<br><br>Méthode : Plusieurs thérapies sont proposées au hasard à une population de patients atteints de troubles bipolaires I :<br>- thérapie interpersonnelle et sociale (« acute and maintenance interpersonal and social rythm therapy »)<br>- gestion clinique intensive (« acute and maintenance intensive clinical management »)<br>- gestion clinique intensive, thérapie sociale et maintenance du rythme (« acute interpersonal and social rythm therapy and maintenance intensive clinical management »)<br>- Acute intensive clinical management and maintenance interpersonal and social rythm therapy<br>→ ajouté à cela une pharmacothérapie adaptée<br>→ fonctionnement professionnel mesuré avec l'échelle UCLA (Social Attainment scale) au début et à la fin du traitement aigu, après 1 et 2 ans de suivi post-thérapie.<br><br>Résultats : Aucun effet significatif n'a atteint un niveau de preuve important. Néanmoins, les participants bipolaires ayant suivi la thérapie ont montré des améliorations plus rapides concernant leurs fonctionnements initiaux, ceci durant la phase aiguë. Aucune différence n'a été relevée entre les différents groupes. L'amélioration a également été plus rapide chez la population féminine ayant reçue la thérapie.<br><br>Conclusion : La thérapie interpersonnelle et sociale a permis l'amélioration du fonctionnement plus rapidement qu'une approche psychoéducative qui ne mets pas l'accent sur cette notion de capacités fonctionnelles. |
| | |
| **Introduction** | |
| **Problème de la recherche** | Présentation du phénomène à l'étude : Le trouble bipolaire est considéré comme réunissant les conditions à un déficit et une détérioration du fonctionnement professionnel de l'individu → altération de la fonction cognitive et exécutive.<br>Le fonctionnement professionnel est une composante indispensable afin que l'individu puisse évoluer et devenir un adulte mature → Freud répond à la |

| | |
|---|---|
| | question, *qu'est-ce qu'une personne normale devrait être capable de réussir ?* « aimer et travailler » → caractérise le travail comme une tâche clé de l'âge adulte.<br>→ 64% de l'échantillon choisi pour la recherche est au chômage malgré leur niveau d'instruction.<br>→ Les patients bipolaires employés manqueraient un plus grand nombre de jours de travail comparé à la population générale et tendent également à avoir plus de déficits concernant leurs performances professionnelles, ceci malgré un traitement pharmacologique adapté. |
| **Recension des écrits** | - Freud<br>- Coryell et al:<br>o Ont observé une détérioration professionnelle chez les patients atteints d'une maladie affective majeure → déficience dans tous les aspects du fonctionnement ne semblant pas changer avec une rémission clinique.<br>- Goetz et al. :<br>o Altération associée à la sévérité du trouble, à la rapidité du « cycle », à la présence et sévérité de symptômes dépressifs durant l'épisode maniaque, de l'abus de substance et du fait de vivre seul → plus d'épisodes de tentative de suicide ou d'hospitalisation. |
| **Cadre de recherche** | Définition des concepts : concept de bipolarité, de fonctionnement professionnel |
| **Buts et question de recherche** | But de l'étude : décrire les effets d'une intervention psychosociale visant à cibler et améliorer le dysfonctionnement à l'aide de la thérapie interpersonnelle et sociale sur une période de 2,5 ans chez les personnes bipolaires type I. |
| | |
| **Méthode** | |
| **Population et échantillon** | - Entre 18 et 60 ans<br>- Diagnostic précoce de troubles bipolaires I et de troubles schizo-affectif type maniaque<br>- Avec 3 épisodes affectifs ou plus<br>- Un score de > ou égal à 15 sur l'échelle d'hamilton ou idem sur l'échelle de Bech-Rafaelsen Mania<br>175 participants |
| **Considérations éthiques** | Sans objet |
| **Devis de recherche** | Critères d'exclusion : cycle rapide (> 4 épisodes/an), troubles de la personnalité antisociale, troubles de l'alimentation, consommation de substances, maladie qui pourraient exclure la pharmacothérapie, femmes enceintes. |
| **Modes de collectes de données** | Temporalité : 4 semaines consécutives puis phase d'entretien<br><br>Modalité et collecte de données :<br>→ évaluation du fonctionnement professionnel au début de la recherche, à la fin du traitement aigu, après 1 et 2 ans (traitement d'entretien). |
| **Conduite de la recherche** | Assignation au hasard des patients à l'une des 4 stratégies de traitement psychosocial :<br>**1) Entretien interpersonnel aigu et thérapie sociale – « Interpersonal and Social Rythm Therapy » :**<br>Vise à aider les patients à stabiliser leur routine, leurs cycles veille/ sommeil permettant également une gestion de leur humeur et des |

| | |
|---|---|
| | événements interpersonnels (deuil, transition de rôles, conflits de rôles, déficits interpersonnels).<br><u>4 phases :</u><br>a. Phase initiale : Anamnèse et identification d'un problème interpersonnel à travailler<br>b. Phase intermédiaire : mise en place de stratégies de stabilisation du rythme social, de gestion des symptômes affectifs, travaille sur les problèmes interpersonnels<br>c. Phase préventive : consolidation des objectifs et des progrès thérapeutiques, identification des menaces potentielles menaçant la stabilité.<br>d. Phase finale : examen des réussites et des zones de vulnérabilité pour le futur.<br><br>**2) Gestion clinique intensive et entretiens – « Intensive Clinical Management » :**<br>Prise en charge médicale développée par l'institut national de la santé mentale (NIMH) pour le traitement de la dépression → éducation du patient sur sa maladie et ses traitements :<br>o Éducation sur le trouble bipolaire<br>o Éducation sur les traitements<br>o Education sur l'hygiène de sommeil<br>o Examen attentif de symptômes<br>o Examen des effets secondaires<br>o Gestion médicale et comportementale des effets<br>o Soutien<br>**3) Thérapie interpersonnelle et sociale avec suivi clinique et gestion intensive**<br>**4) PEC clinique aiguë avec thérapie interpersonnelle et sociale.**<br>→ Associé à cela une pharmacothérapie administrée selon un algorithme standardisé. |
| **Analyse de données** | Utilisation de :<br>- SCID : L'entrevue clinique pour le DSM-V → The Structured Clinical Interview for DSM-IV<br>- L'échelle d'Hamilton → sévérité de la dépression<br>- L'échelle de Bech-Rafaelsen Mania<br>- L'échelle UCLA → déficit du fonctionnement professionnel (1 à 5 ; 1 étant un fonctionnement optimal).<br><br>Utilisation de l'analyse « mixed-effets » pour examiner les données → variables aléatoires = les patients ; Variables fixes = les timings d'évaluation (début et fin du traitement puis 1 et 2 ans post-recherche). |
| | |
| **Résultats** | |

| | |
|---|---|
| **Présentation des résultats** | → 12-8% et 11.7% déclarent un niveau de fonctionnement élevé. 25.5% un niveau moyen et 22.3% un niveau mauvais.<br>→ aucune différence de fonctionnement concernant les différents groupes de thérapie et concernant le sexe des participants. |

**TABLE 1**

Baseline Demographic and Clinical Characteristics of Patients Assigned to Acute Phase Interpersonal and Social Rhythm Therapy Versus Intensive Clinical Management

| Characteristic | Mean | SD |
|---|---|---|
| Age (years) | 35.4 | 10.5 |
| Education (years) | 14.8 | 2.0 |
| Number of prior manic episodes (median) | 3 | |
| Number of prior depressive episodes (median) | 4 | |
| HAM-D (17-item) score, depressed episode | 19.0 | 4.1 |
| HAM-D (25-item) score, depressed episode | 24.8 | 4.3 |
| HAM-D (17-item) score, manic or mixed episode | 9.4 | 6.6 |
| HAM-D (25-item) score, manic or mixed episode | 10.5 | 7.5 |
| Bech-Rafaelsen Mania Scale score, depressed episode | 2.0 | 2.4 |
| Bech-Rafaelsen Mania Scale score, manic or mixed episode | 22.8 | 11.0 |
| Global Assessment Scale score | 48.2 | 9.1 |
| Time spent in the acute phase of interpersonal and social rhythm therapy (weeks) | 35.9 | 21.7 |
| Time spent in the acute phase of intensive clinical management (weeks) | 34.9 | 20.9 |
| | N | % |
| Diagnosis of bipolar I disorder | 116 | 93.0 |
| Diagnosis of schizoaffective disorder, manic type | 9 | 7.0 |
| Male | 51 | 40.8 |
| White | 117 | 93.6 |
| Married | 42 | 33.6 |

La thérapie n'a pas donné de résultats significatifs.
→ L'amélioration semble cependant être plus rapide chez les individus ayant suivi la thérapie aigu interpersonnelle et sociale (comparé à la thérapie clinique intensive). Cette amélioration a eu tendance à un maintien durant la phase post-thérapie.

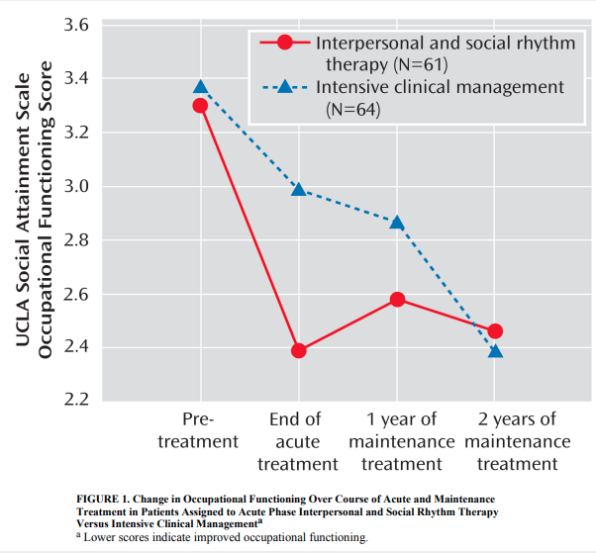



**FIGURE 1. Change in Occupational Functioning Over Course of Acute and Maintenance Treatment in Patients Assigned to Acute Phase Interpersonal and Social Rhythm Therapy Versus Intensive Clinical Management**[a]

[a] Lower scores indicate improved occupational functioning.

→ Le modèle d'analyse « mixed-effect » montre une interaction entre le type de thérapie, le sexe et le temps.

Aucune différence significative concernant le niveau de scolarité, l'âge et le nombre d'épisodes dépressifs ou maniaques entre les participants féminins et masculins → différence concernant les professions entre H et F (ménagères = exclusivement des femmes, ventes = ¾ des H).

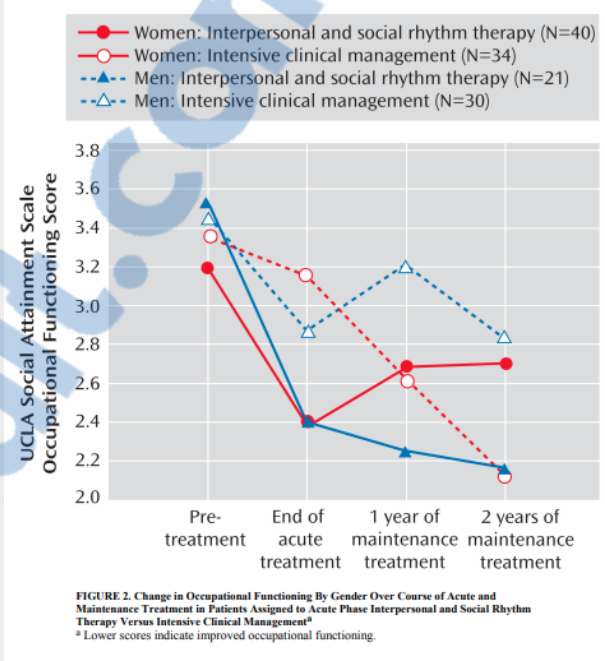



**FIGURE 2. Change in Occupational Functioning By Gender Over Course of Acute and Maintenance Treatment in Patients Assigned to Acute Phase Interpersonal and Social Rhythm Therapy Versus Intensive Clinical Management[a]**

[a] Lower scores indicate improved occupational functioning.

→ Le fonctionnement professionnel plus mauvais au départ chez les femmes ménagères. Après des analyses supplémentaires, aucune preuve ne sous-tend qu'une amélioration du dysfonctionnement chez les ménagères est corrélée avec le sexe de l'individu.

→ Aucune différence entre les genres n'a été démontrée (SCID) pour les personnalités antisociales et probabilité de dépendance. Cependant, les participants H étaient plus susceptibles d'avoir eu des ATCD de consommation de substances.

→ Le fonctionnement professionnel est-il une mesure de résultat clinique = simple réflexion sur la meilleur prise en charge (Thérapie interpersonnelle et sociale) ou est-il un indicateur indépendant de la thérapie ? → utilisation du « Cox proportional hazards modele » en utilisant le temps comme un résultat ainsi que la thérapie interpersonnelle et sociale → analyse 1 an post-thérapie en prédiction. Le plus mauvais fonctionnement professionnel prédit un temps plus cours de récurrence. Il semble que les facteurs soit indépendants.

## Discussion

**Interprétation des résultats**

Le traitement pharmacologique du trouble bipolaire ne donne pas de résultat satisfaisant concernant le fonctionnement psychosocial et professionnel. Les épisodes maniaques et dépressifs altèrent le fonctionnement associés à une absence de routine et un chômage qui sont des facteurs augmentant le risque de récidive.

Longtemps considéré comme purement biologique, le trouble bipolaire n'est pas souvent traité à l'aide d'interventions psychosociales.

La thérapie interpersonnelle et sociale cible trois aspects qui maintiennent les symptômes et la récurrence de ceux-ci :

- La non-compliance aux traitements
- Les événements stressants de la vie (interpersonnels, changements de rôles sociaux)
- La perturbation des rythmes et routines.

L'efficacité a été démontrée sur la baisse du temps de dépression, le prolongement du délai de récidive et la diminution de la suicidalité. La thérapie interpersonnelle et sociale permet d'améliorer et de maintenir le fonctionnement professionnel. Permet également d'aider les patients à stimuler leurs activités

Rapport-gratuit.com

| | |
|---|---|
| | quotidiennes (retour au travail, maintien de l'emploi).<br>→ Plus la thérapie est administrée de manière aigu plus le fonctionnement social aura de probabilité de se stabiliser.<br>→ Résultat différents chez les H et F avec la thérapie interpersonnelle et sociale en phase aiguë : amélioration plus rapide chez les F ; changements plus lents chez les H. |
| **Conséquences et recommandations** | Limites de l'étude : La taille de l'échantillon n'a pas permis d'examiner clairement les bénéfices du traitement sur le fonctionnement pour chaque catégorie. Les H étaient sous représentés → le manque de « puissance statistique » pourrait être une possible explication de l'absence d'effets significatifs de la thérapie. |

Rapport-gratuit.com
LE NUMERO 1 MONDIAL DU MÉMOIRES



## Grille 15: Psychoeducation and cognitive-behavioral therapy for patients with refractory bipolar disorder: A 5-year controlled clinical trial (González Isasi, Echeburúa, Limiñana, & González-Pinto, 2014) [Traduction libre]

| Eléments d'évaluation | Questions fondamentales à se poser |
|---|---|
| **Titre** | « Psychoéducation et thérapie cognitivo-comportementale pour les patients atteints de trouble bipolaire réfractaire: un essai clinique contrôlé de 5 ans. »<br>Le titre précise qu'il s'agit d'un essai clinique contrôlé de 5 ans, que la population est atteinte de troubles bipolaires réfractaires et que l'étude porte sur la psychoéducation et la TCC.<br>Le titre ne précise pas que le groupe contrôle est sous traitement pharmacologique uniquement et le groupe expérimental est sous traitement combiné (pharmacologie + psychoéducation et TCC) |
| **Résumé** | Objectif : Comparaison sur une durée de 5 ans entre un groupe expérimental sous traitement combiné (pharmacologie + psychoéducation et TCC) et un groupe contrôle sous traitement pharmacologique uniquement chez des patients atteints de trouble bipolaire réfractaire.<br><br>Méthode : Quarante patients distribués au hasard dans les 2 groupes. Les données ont été analysées par ANOVA (analyse de variance), à différents moments de l'évaluation.<br><br>Résultats : Tous les résultats sont significatifs, à tous les moments de l'évaluation. Le groupe expérimental a moins d''hospitalisation que le groupe témoin sur 12 mois. Le groupe expérimental présente un taux plus faible de dépression et d'anxiété sur 6 mois, 12 mois et 5 ans. Le groupe expérimental a des différences significatives concernant la manie et le dérèglement post-traitement, sur 6 mois, 12 mois et 5 ans. « Après un suivi de 5 ans, 88,9% des patients du groupe témoin et 20% du groupe expérimental présentent des symptômes affectifs persistants et/ou des difficulté dans le fonctionnement socio-professionnel. »<br>Les valeurs P sont détaillées.<br><br>Conclusions : « Une thérapie combinée est efficace à long terme pour les patients atteints de trouble bipolaire réfractaire. » |
| | |
| **Introduction** | |
| **Problème de la recherche** | Le problème de recherche concerne le mauvais pronostic des patients atteints de trouble bipolaire réfractaire (résistant au traitement et ayant une anamnèse de progression défavorable). Ces patients présentent souvent des symptômes résiduels, des cycles rapides et des tentatives de suicide, malgré un traitement stabilisateur de l'humeur adapté. De plus, ils peuvent subir de fréquentes rechutes et souffrir de graves difficultés socio-professionnelles et les coûts de santé sont élevés. |

Rapport-gratuit.com
LE NUMERO 1 MONDIAL DU MÉMOIRES

| | |
|---|---|
| **Recension des écrits** | Le trouble bipolaire réfractaire est relativement fréquemment observé. Certaines études pointent le fait que beaucoup de patients continuent de présenter de légers symptômes après la récupération, ils sont trois fois plus déprimés que maniaques ou hypomaniaques. Ces légers symptômes sont associés à des impacts sur la qualité de vie et l'évolution de la maladie par rapport aux patients euthymiques. D'après des études antérieures, la thérapie combinée, la diminution des hospitalisations et une meilleure estime de soi étaient les facteurs principaux pour une progression favorable du trouble bipolaire réfractaire.<br>Les traitements pharmacologiques actuels ne semblent pas parvenir à contrôler suffisamment les cas de trouble bipolaire. D'autres études démontrent que ce sont la psychoéducation et la thérapie cognitivo-comportementale qui sont les traitements les plus efficaces pour prévenir les récidives chez les patients sous traitement pharmacologique.<br>Des études comparant des groupes de patients recevant un traitement standard et une psychoéducation en plus comme traitement d'appoint sur une période de 5 ans ont montré que la psychoéducation est associée à une diminution des épisodes de récurrence, des périodes de symptômes aigus plus courtes, des séjours hospitaliers plus courts, une efficacité accrue par rapport à la thérapie conventionnelle et des coûts amoindris.<br>La psychoéducation ayant montré son efficacité aussi bien pour prévenir les épisodes maniaques et dépressifs et la thérapie cognitivo-comportementale étant particulièrement utile dans la prévention et le traitement de la dépression, les deux thérapies sont souvent combinées et montrent que la combinaison diminue de moitié les épisodes dépressifs par rapport à la psychoéducation seule. |
| **Cadre de recherche** | Une étude pilote a été menée préalablement, avec un nombre réduit de patients, puis une deuxième sur l'évaluation de l'efficacité d'un programme d'intervention psychologique combinée (pharmacologie + psychoéducation et TCC) sur du court terme et du moyen terme (1 an) pour des patients atteints de trouble bipolaire réfractaire.<br>Une proposition a également été faite pour intégrer un programme psychologique dans la pratique clinique standard dans des centres de santé mentale de la communauté. |
| **Buts et question de recherche** | Aucune preuve n'a cependant été établie sur l'efficacité d'un programme de ce type. Le but de cette étude est donc d'en évaluer l'efficacité sur une durée de 5 ans. D'autres variables de comparaison entre le groupe recevant un traitement standard et le groupe recevant en plus une psychoéducation et une TCC ont également été traitées à titre secondaire : l'anxiété, la dépression, la manie, le dérèglement et les hospitalisations |
| | |
| **Méthode** | |
| **Population et échantillon** | Patients en ambulatoire diagnostiqués d'un trouble bipolaire réfractaire à la Grande Canarie. Ces patients étaient tous sous traitement pharmacologique (stabilisateur de l'humeur, principalement lithium, certains sous antipsychotiques et/ou benzodiazépines)<br><u>Les critères d'inclusion étaient :</u><br>• Répondre aux critères DSM-IV-TR pour trouble bipolaire de type I pendant au moins 2 ans<br>• Malgré un traitement pharmacologique adapté, antécédents de progression sévère ou défavorable de la maladie : 2 ou plusieurs tentatives de suicide l'année précédente, des symptômes affectifs persistants pendant au moins 3 mois, BDI>7 (score de dépression de Beck), YMRS>6 (Young Mania Rating Scale) ou de graves difficultés dans le fonctionnement socio- |

| | |
|---|---|
| | professionnel, IS>14 (Misadjustment Scale)<br>• Patients euthymiques ou avec de légers symptômes au début de l'étude (BDI>7, YMRS>6)<br>• Patients ne recevant pas de psychothérapie (individuelle ou de groupe)<br>• Patients âgés entre 18 et 65 ans<br>Critère d'exclusion : patient ayant une mauvaise observance thérapeutique selon le rapport du médecin ou des proches<br><br>Quarante patients ont été recrutés, tous ont terminé le traitement pendant la période de suivi sauf deux patients décédés au cours de l'année (suicide et crise cardiaque) |
| **Considérations éthiques** | Tous les patients ont donné leur consentement éclairé pour participer à cet essai clinique randomisé. La recherche a été approuvée par le comité d'éthique de l'hôpital. |
| **Devis de recherche** | La taille de l'échantillon était d'environ 20 sujets par groupe, attribués au hasard au groupe expérimental ou témoin. Le groupe expérimental ont reçu une psychothérapie en plus d'un traitement pharmacologique conventionnel. Les sujets du groupe témoin ont reçu uniquement un traitement médicamenteux conventionnel. |
| **Modes de collectes de données** | Les patients ont eu un entretien individuelle au début de l'étude afin de confirmer le diagnostic d'un trouble bipolaire de type I selon les critères du DM-IV-TR (Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR Axis Disorders-Patient Version; SCID-P). Au cours de cet entretien, les sujets ont été invités à décrire leurs symptômes, l'anamnèse de leur trouble, les traitements reçus et le degré d'invalidité perçu par leur trouble dans leur vie quotidienne.<br>A chaque visite d'évaluation, les sujets ont remplis différents questionnaires : BDI, YMRS, STAI-S (Inventaire d'anxiété État-Trait) et IS.<br>Les données ont été collectées à 5 moments différents : immédiatement avant le traitement (référence), immédiatement après la fin du traitement (post-traitement), dans une visite après 6 mois, 12 mois puis 5 ans.<br>Les chercheurs qui ont conduit l'évaluation ne connaissaient pas le traitement des sujets. |
| **Conduite de la recherche** | Groupe expérimental : les sujets ont participé à un programme d'intervention psychologique en plu de leur traitement pharmacologique conventionnel. Ce programme comportait une séance de psychoéducation sur le trouble bipolaire, une explication de la relation entre les pensées, les activités, les sentiments physiques et l'humeur, puis sur l'identification et la surveillance des symptômes d'alerte précoce et leur traitement. Ils ont été formés à l'utilisation de gestion de l'anxiété (relaxation, respiration,…), à des habitudes d'hygiène du sommeil, à la planification d'activités gratifiantes, la détection de pensées déformées, l'utilisation du processus de restructuration cognitive, la résolution de problèmes, l'amélioration de l'estime de soi. Lors de la deuxième session, un programme de compétences sociales (affirmation de soi, communication non verbale, aptitudes conversationnelles, donner et recevoir des compliments, donner et recevoir des critiques, demander des faveurs) a été mis en place. Le but de ces interventions psychologiques était d'améliorer la connaissance du trouble, de réduire le nombre d'hospitalisation, de réduire le niveau d'anxiété, d'élargir la palette des compétences sociales, d'améliorer le contrôle de l'humeur. La thérapie cognitivo-comportementale, basé sur le manuel de la thérapeute Lam et al., comportait 20 séances hebdomadaires d'1h30 dans deux sous-groupe de 10 sujets chacun.<br>Les patients du groupe témoin ont uniquement eu un traitement psychoactif individualisé (stabilisateur de l'humeur, antipsychotiques et/ou benzodiazépines) prescrit par le psychiatre que les patient voient une fois par |

| | |
|---|---|
| | mois (un psychiatre est disponible pour fournir un soutien si nécessaire) |
| **Analyse de données** | Les caractéristiques des deux groupes ont été comparées. STAI-S est basé sur des scores numériques, BDI, YMRS et IS ont été analysés numériquement et catégoriquement afin de comparer la dépression persistante ou des symptômes maniaques (BDI>7 ; YMRS>6) et/ou des difficultés dans le fonctionnement socio-professionnel (IS>14) dans les deux groupes.<br>Le nombre d'hospitalisation au cours des six derniers mois a été établi avant chaque évaluation.<br>Les variables continues sont exprimées sous forme de moyenne avec écart-type ou valeur de plage et ont été comparées dans et entre les groupes en utilisant ANOVA (inclusion de un ou deux facteurs à la foi à différents moments de l'évaluation). Les variables catégoriques sont exprimées en nombre de cas et en proportion et ont été comparées entre les deux groupes en utilisant le test de Chi2 de Pearson.<br>L'analyse de la taille de l'effet (tests de Cohen pour les variables continues et T-Square de Chuprov pour les proportions) a été utilisée pour apprécier les différences. |
| | |
| **Résultats** | |
| **Présentation des résultats** | • Comme attendu, au départ de l'étude, aucune différence significative entre les groupes n'a été détectée (nombre d'hospitalisation antérieures et récente, utilisation de lithium ou d'autre stabilisateur de l'humeur, observance mesurée par le psychiatre du patient, résultats aux questionnaires, âge moyen de 41 ans, 75% des patients de chaque groupe présentaient des symptômes affectifs persistants et/ou de graves difficulté dans le fonctionnement socio-professionnel).<br>• symptômes affectifs persistants (BDI>7 ; YMRS>6) et/ou des difficultés dans le fonctionnement socio-professionnel (IS>14) → intergroupe<br>o Post-traitement : 80% des patients témoin et 45% des patients expérimentaux X2 = 5,227, P = 0,022, T2 = 0,131)<br>o 6 Mois : 80% des patients témoins et 40% des patients expérimentaux (X2 = 6,667, P = 0,010, T2 = 0,167)<br>o 12 Mois : 83,3% des patients témoins et seulement 30% des patients expérimentaux (X2 = 10,90, P = 0,001, T2 = 0,287)<br>o 5 ans : 88,9% des patients témoins et seulement 20% des patients expérimentaux (X2 = 18,034, P = 0,001, T2 = 0,475)<br>• Hospitalisations récentes → intergroupe<br>o Post-traitement : hospitalisations récentes plus élevées chez les témoins que chez les expérimentaux (t = 2,03, P = 0,056)<br>o 12 mois : hospitalisations récentes plus élevées chez les témoins que chez les expérimentaux et de manière plus significative (t = 2,71, P = 0,015)<br>o 5 ans : nombre d'hospitalisations était plus élevé pour le groupe témoin, mais pas de façon significative (t = 1,68, p = 0,109)<br>• Symptômes liés à l'anxiété, la dépression → intergroupe<br>o Post-traitement : résultats plus mauvais chez les patients témoins mais pas de manière significative (STAI-S: t = 1,92, P = 0,062, BDI: t = 1,54, P = 0,131)<br>o 6 mois : résultats plus mauvais chez les patients témoins et de manière significative (STAI-S: t = 2,46, P = 0,019, BDI: t = 2,91, P = 0,015)<br>o 12 mois : (STAI-S: t = 6,50, P <0,001, BDI: t = 3,81, p = 0,001)<br>o 5 ans : (STAI -S: t = 8,46, P <0,001, BDI: t = 6,71, P <0,001)<br>• Symptômes de manie et de dérèglement → intergroupe |

| | |
|---|---|
| | ○ Post-traitement : plus légers chez les patients expérimentaux que chez les témoins (YMRS: t = -0,72, p = 0,009, IS: t = 5,67, p <0,001)<br>○ 6 mois : (YMRS: t = 3,10, P = 0,006, IS: t = 7,01, P <0,001)<br>○ 12 mois : (YMRS: t = 4,49, P <0,001; IS: t = 11,98, P <0,001)<br>○ 5 ans : (YMRS: t = 3,28, P = 0,004, IS: t = 7,88, P <0,001)<br>• Hospitalisation tout au long de l'étude (intra-groupe)<br>○ Pas de différence significative dans le groupe expérimental<br>○ a augmenté de manière significative dans le groupe témoin (F = 6,881, p = 0,018).<br>○ Symptômes liés à l'anxiété, la dépression et le désajustement (intra-groupe)<br>○ ont diminué significativement pour le groupe expérimental (STAI-S: F = 23.586, P <0.001; BDI: F = 33.329, P <0.001; IS: F = 49.530, P < 0,001)<br>○ a augmenté significativement pour le groupe témoin (STAI-S: F = 22,45, P <0,001, BDI: F = 7,056, P = 0,017, IS: F = 49,530, P = 0,001)<br>• Symptômes de manie<br>○ ont augmenté significativement pour le groupe témoin (YMRS: F = 12.321, P = 0.003)<br>sont restés inchangés pour le groupe expérimental (YMRS: F = 3.124, P = 0.09). |
| | |
| **Discussion** | |
| **Interprétation des résultats** | Il apparaît qu'à la connaissance des auteurs, il s'agit de la première étude démontrant une telle efficacité sur une longue durée d'un programme combinant pharmacologie, psychoéducation et thérapie cognitivo-comportementale chez des patients atteints de trouble bipolaire réfractaire. Les conséquences sur le système de santé de ces patients présentant des symptômes affectifs persistants (dépression plutôt que manie) sont lourdes.<br>L'inclusion des patients euthymiques et des patients présentant de légers symptômes répondait à une réalité de la pratique quotidienne.<br>Il est supposé que cette étude contribue à l'évaluation des bénéfices d'une thérapie combinée face à une thérapie standard. Le programme de thérapie combinée comprend de la psychoéducation et de la thérapie cognitivo-comportementale, les approches thérapeutiques les plus étudiées dans ce domaine. Cette thérapie combinée s'est avérée meilleure que le traitement pharmacologique seulement dans le soulagement des symptômes de manie, de dépression et d'anxiété après 6 mois et une meilleure adaptation à la vie quotidienne à la fin du traitement car la thérapie psychologique aide les individus à apprendre à gérer mieux leur maladie; de plus ces bénéfices ont été maintenus pendant les 5 ans qu'ont duré l'étude.<br>Les résultats de cette étude corroborent avec d'autres données montrant que les traitements pharmacologiques sont nécessaires mais insuffisant pour traiter avec succès et à long terme les troubles bipolaires réfractaires.<br>D'autres études menées n'ont montré aucune différence entre les patients traités par thérapie combinée et des patients traités par pharmacologie uniquement mais ces études comportent des biais selon les auteurs de cette étude : combinaison de patients aigus et en rémission, certains n'étaient pas sous traitement pharmacologique, d'autres étaient en phase maniaque ou hypomaniaque (cette thérapie pourrait être inefficace dans cette situation).<br>D'autres études n'ont montré aucun effet significatif sur la réduction de la rechute avec une thérapie cognitive. Cependant, cette étude combine la pharmacologie, la psychoéducation et la thérapie cognitivo-comportementale ; |

| | |
|---|---|
| | donc tout un pannelle d'intervention (technique de contrôle de l'anxiété, restructuration cognitive, planification des activités, programme de compétences sociales, programme de résolution de problèmes, programme d'amélioration de l'estime de soi).<br>Limites de l'étude : il aurait été utile d'avoir plus d'informations concernant l'échantillon dans la période entre l'évaluation des 12 mois et des 5 ans, qui auraient permis d'avoir une vision plus complète de la trajectoire clinique. |
| **Conséquences et recommandations** | Les auteurs proposent de conduire de nouvelles recherches avec des échantillons de plus grande taille, où d'autres variables sont prises en compte (nombre de jours d'hospitalisation par exemple), où les différentes composantes du programme psychologique (psychoéducation et thérapie cognitivo-comportementale) sont évaluées, où la psychoéducation seule et comparée à d'autres programme psychologiques plus structurés. L'efficacité des programmes psychologiques pourraient alors être évaluées |