

# La psychoéducation pour les troubles bipolaires : recension des écrits et recommandations pour le système de santé québécois

Martin D. Provencher, Lisa D. Hawke, Meggy Bélair and Anne-Josée Guimond

Volume 37, Number 1, Spring 2012

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/1012650ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/1012650ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (print)

1708-3923 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

Provencher, M. D., Hawke, L. D., Bélair, M. & Guimond, A.-J. (2012). La psychoéducation pour les troubles bipolaires : recension des écrits et recommandations pour le système de santé québécois. *Santé mentale au Québec*, 37(1), 157–187. <https://doi.org/10.7202/1012650ar>

Article abstract

Bipolar disorder is a chronic mental illness characterized by recurrent affective episodes, as well as marked residual symptoms that interfere with functioning. Pharmacotherapy remains the cornerstone of treatment. Unfortunately, medication has limited effects on some aspects of the disorder, while many patients have difficulty complying with pharmacological treatment. This literature review examines the role of psychoeducation as a complementary treatment for patients with bipolar disorder. Different formats of structured psychoeducation are presented, including two evidence-based, manualized treatments. With a view to dissemination, recommendations are proposed for the implantation of psychoeducation in Quebec's healthcare system.



## La psychoéducation pour les troubles bipolaires : recension des écrits et recommandations pour le système de santé québécois

Martin D. Provencher\*

Lisa D. Hawke\*\*

Meggy Bélair\*\*\*

Anne-Josée Guimond\*\*\*\*

Le trouble bipolaire est une maladie chronique caractérisée par une récurrence des rechutes thymiques, et par des symptômes résiduels interférant avec le fonctionnement de l'individu. La pharmacothérapie demeure la pierre angulaire du traitement. Malheureusement, la médication a des effets limités sur certains aspects de la maladie, sans compter qu'une grande proportion de patients présente des problèmes d'observance à leur traitement pharmacologique. Cette recension des écrits aborde le rôle de la psychoéducation comme traitement complémentaire dans la prise en charge des patients bipolaires. Les différentes modalités de psychoéducation structurée, dont deux programmes psychoéducatifs manualisés appuyés par des données probantes, sont présentées. Dans une perspective de transfert des connaissances, des recommandations pour l'implantation de la psychoéducation dans le système de santé québécois sont proposées.

**L**e trouble bipolaire est une maladie chronique caractérisée par des cycles récurrents de dépression et de manie, une évolution erratique et des symptômes résiduels marqués qui interfèrent de façon significative avec le fonctionnement de l'individu. Il est généralement divisé en deux catégories : le trouble bipolaire de type I (BP-I : manie et dépression) et de type II (BP-II : hypomanie et dépression) (American Psychiatric Association, 1994). Au Canada, la prévalence à vie du trouble bipolaire est évaluée à 2,2 % (Schaffer, Cairney et al., 2006a). Pour plus de 90 % des patients atteints, la maladie est caractérisée par

\* Psychologue, Professeur agrégé, École de psychologie de l'Université Laval, Institut universitaire en santé mentale de Québec.

\*\* Candidate au doctorat, École de psychologie de l'Université Laval.

\*\*\* Candidate au doctorat, École de psychologie de l'Université Laval.

\*\*\*\* Assistante de recherche, École de psychologie de l'Université Laval.

une récurrence des fluctuations de l'humeur au cours de leur vie (APA, 1994). Les impacts négatifs d'un trouble bipolaire sur le fonctionnement professionnel et social sont importants. Environ un patient sur trois éprouve des difficultés professionnelles deux ans après une hospitalisation et seulement 20 % retournent à leur niveau d'emploi antérieur dans les six mois suivants un épisode de la maladie (Coryell et al., 1987). Les taux de détresse et de conflits conjugaux sont élevés (Goodwin et Jamison, 2007) et le risque suicidaire est évalué entre 10 % et 15 % (APA, 1994).

En plus des coûts sociaux élevés, le fardeau économique que cette maladie impose sur le système de santé est considérable. Il coûte en moyenne, pour une personne bipolaire, 10 402 \$ US par année en frais de médication, d'hospitalisation et de traitement (Stensland et al., 2007). Malheureusement, malgré les développements récents dans le traitement de ce trouble, il est estimé que 52 % des hommes et 38 % des femmes ayant un trouble bipolaire n'ont jamais reçu de traitement (Schaffer, Cairney et al., 2006b).

Pour le traitement, la pharmacothérapie est l'intervention de première ligne pour les patients bipolaires (Goodwin et Jamison, 2007). Par contre, l'utilisation adéquate des thymorégulateurs par les patients demeure problématique. En effet, entre 18 % et 53 % des patients ayant une prescription de lithium à long terme ne prennent pas leur médication de façon constante (Goodwin et Jamison, 2007). Comme la non-observance au traitement pharmacologique est l'un des facteurs les plus souvent associés à un mauvais pronostic (Goodwin et Jamison, 2007), il s'avère primordial d'offrir des interventions psychosociales pour favoriser l'observance des patients à la pharmacothérapie (Maina et al., 2010 ; Sajatovic et al., 2007).

Bien que l'observance à la médication soit une composante thérapeutique essentielle à la régulation thymique, elle ne suffit pas à éliminer ou à régler l'ensemble des symptômes et des difficultés vécues. En effet, malgré l'utilisation adéquate d'une médication efficace comme le lithium, environ 40 % des patients rechutent après un an, 60 % après deux ans et 73 % après cinq ans (Gitlin et al., 1995). Parmi les patients qui ne rechutent pas, au moins la moitié souffre de symptômes résiduels significatifs (Gitlin et al., 1995 ; Harrow et al., 1990). Donc, bien que des facteurs de vulnérabilité d'ordre génétique et biologique soient indéniablement importants dans l'étiologie du trouble bipolaire, ils ne peuvent complètement expliquer les différences individuelles (Miklowitz et Alloy, 1999).

## **Rôle et efficacité des interventions psychosociales dans le traitement du trouble bipolaire**

Ces considérations ont amené plusieurs auteurs à suggérer que des interventions psychosociales, en combinaison avec un traitement pharmacologique de pointe, pourraient s'avérer utiles pour les patients bipolaires et leurs familles (Goodwin et Jamison, 2007 ; Huxley et al., 2000 ; Maina et al., 2010 ; Otto et al., 2003). Ces auteurs s'accordent pour dire que, dans l'ensemble, les interventions psychosociales produisent des effets bénéfiques importants pour les patients bipolaires. Ces traitements ont été développés pour augmenter l'observance à la pharmacothérapie, diminuer les rechutes et les hospitalisations et augmenter la qualité de vie des patients atteints. Ils peuvent se diviser en quatre catégories selon leur mode d'intervention principal : 1) la psychothérapie cognitivo-comportementale (TCC), 2) la psychothérapie interpersonnelle et des rythmes sociaux (IPSRT), 3) la thérapie familiale ou conjugale (par exemple, FFT) et 4) la psychoéducation. Les trois premiers types d'intervention psychosociale (TCC, IPSRT, FFT) sont des psychothérapies structurées qui ont démontré leur efficacité dans le traitement du trouble bipolaire (Miklowitz, 2008) et dans le traitement de la dépression bipolaire (Miklowitz et al., 2007). Cependant, elles incluent toutes une composante psychoéducative. La psychoéducation est donc considérée comme une composante essentielle du traitement du trouble bipolaire et est toujours offerte comme première étape d'un traitement psychosocial. Lorsque des symptômes dépressifs significatifs sont présents, il peut être nécessaire de procéder à une psychothérapie plus intensive.

Le but général de la psychoéducation pour le trouble bipolaire est de fournir aux patients ou aux membres de leur famille des informations sur la maladie et son traitement. Plus spécifiquement, la psychoéducation vise à enseigner aux patients comment mieux gérer leur maladie afin de réduire les rechutes et les symptômes résiduels et d'augmenter leur niveau fonctionnel. Le rationnel du traitement est qu'en ayant une meilleure compréhension de sa maladie, le patient sera plus en mesure de collaborer activement avec son équipe de traitement (Bauer et McBride, 2003 ; Colom et Vieta, 2006). Il en résultera alors un meilleur suivi de l'évolution de la maladie, incluant une meilleure observance au traitement pharmacologique, une réduction des symptômes ou des rechutes et une amélioration du bien-être et du fonctionnement du patient. Idéalement, l'intervention psychoéducative devrait inclure les proches des patients, tels le conjoint et la famille, pour favoriser l'acceptation de la maladie, outiller et offrir un support à l'entourage qui endosse le rôle d'aidant naturel.

La psychoéducation est maintenant reconnue dans les lignes directrices psychiatriques (Yatham et al., 2009), et elle est au premier plan dans la prise en charge des patients bipolaires. Bien que plusieurs recensions des écrits sur l'efficacité des interventions psychosociales pour le trouble bipolaire aient été effectuées (par exemple Huxley et al., 2000 ; Khazaal et al., 2006 ; Maina et al., 2010 ; Miklowitz, 2008 ; Weber et al., 2007), aucune ne s'est intéressée à l'efficacité spécifique de la composante psychoéducative de ces interventions. Par exemple, Khazaal et ses collaborateurs (2006) se sont intéressés conjointement à l'efficacité de la psychoéducation et de la thérapie cognitive comportementale pour les patients bipolaires. Les auteurs de cette recension des écrits ont identifié, par une recherche Medline, neuf études publiées en langue anglaise avant mars 2005. Seulement trois études sur la psychoéducation ont été recensées et les interventions sur les proches des patients ont été exclues.

L'objectif de la présente recension des écrits est de faire une mise à jour exhaustive des études qui évaluent l'efficacité spécifique des interventions psychoéducatives pour les patients ayant un trouble bipolaire ainsi que leurs proches. De plus, dans une perspective de transfert des connaissances des résultats de recherche, des recommandations pour l'implantation d'un groupe psychoéducatif manualisé dans le réseau de santé québécois seront proposées.

## **Méthodologie**

En employant les mots clés « Bipolar Disorder », « Psychoeducation » et « Psychosocial Treatment », une recherche a été effectuée parmi les articles publiés dans des revues évaluées par des pairs, et répertoriés dans les banques de données Medline, PsychInfo et ISI Web of Science pendant la période comprise entre 1984 et juillet 2011. Pour être incluse dans la recension des écrits, l'étude devait rapporter les résultats d'une intervention psychoéducative structurée qui ciblent spécifiquement les patients bipolaires ou leurs proches. De plus, l'intervention psychoéducative devait être une composante spécifique utilisée seule et non simplement comme composante d'une autre intervention psychosociale (par exemple TCC). Dans une perspective de revue exhaustive de la littérature, les études ont été incluses qu'elles soient comparées ou non à un groupe contrôle ou à une autre intervention.

## **Résultats**

L'examen de la littérature a permis d'identifier un ensemble d'articles sur l'impact de la psychoéducation brève en format de groupe

comme intervention principale administrée aux patients bipolaires ou parfois aux membres de leur famille. Au total, 41 articles sur 32 études qui évaluent l'efficacité de la psychoéducation pour le trouble bipolaire ont été retenus. Les études empiriques qui explorent l'efficacité des interventions psychoéducatives sont présentées ci-dessous.

### **Psychoéducation pour les patients bipolaires**

La psychoéducation est fréquemment administrée aux patients bipolaires comme traitement psychosocial principal en combinaison avec la pharmacothérapie<sup>1</sup> (voir Tableau 1, page suivante). Van Gent et al., (1988)<sup>2</sup> ont testé une intervention psychoéducatrice de groupe d'une durée de 10 rencontres. Significativement plus de patients du groupe psychoéducatif (75 % vs 29 %) rapportent s'être améliorés, et 70 % de ces patients ont maintenu cette amélioration 15 mois après la fin de l'intervention. Dans une deuxième étude, Van Gent et Zwart (1993b) ont évalué un programme psychoéducatif bref hautement structuré. Ils ont comparé l'effet de ce programme à leur programme précédent de 10 rencontres. Une amélioration subjective a été observée dans les deux groupes. Les participants ont été globalement satisfaits du programme, mais plusieurs (29 %) ont indiqué que le programme bref était d'une durée insuffisante. Dans une étude subséquente, Van Gent (2000) a observé des résultats similaires pour les deux programmes. Les résultats indiquent une diminution des problèmes d'observance à la médication et du nombre d'hospitalisations trois ans après la tenue des groupes psychoéducatifs.

Peet et Harvey (1991) et Harvey et Peet (1991) ont évalué l'efficacité d'une intervention psychoéducatrice brève administrée sous format de groupe. Les patients du groupe psychoéducatif ont démontré une plus forte augmentation de leurs connaissances sur le lithium et de leurs attitudes positives quant à la prise de médication, au suivi six et 12 mois respectivement. Bien que la lithémie ne différait pas entre les groupes, le nombre de doses omises était significativement plus élevé dans le groupe contrôle.

Perry et al. (1999) ont testé l'efficacité d'une intervention individuelle qui entraîne les patients à reconnaître les signes précurseurs d'une rechute et à appliquer un plan d'action pour intervenir sur ces symptômes. L'apparition d'une rechute maniaque a été retardée chez les patients du groupe traitement (65 vs 17 semaines) et ceux-ci ont connu significativement moins de rechutes maniaques que les patients du groupe contrôle (27 % vs 57 %). Par contre, aucune différence n'a été observée entre les groupes quant au délai d'apparition d'un épisode dépressif ou l'observance à la pharmacothérapie.

Tableau 1  
**La psychoéducation pour les patients bipolaires**

Étude	Plan expérimental	Participants (contrôles)	Traitement	Résultats principaux	Autres résultats et précisions
Van Gent, Vida et Zwart (1988)	étude contrôlée avec groupe contrôle liste d'attente	$N = 20$ ( $N = 14$ )	10 rencontres de 90 min	<ul style="list-style-type: none"> <li>– amélioration subjective</li> <li>– <math>\emptyset</math> sur <math>s_x</math> (objectif)</li> <li>– <math>\downarrow</math> dysfonctionnement des pensées et des comportements</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– effet maintenu à 15 mois</li> <li>– procédure d'allocation non spécifiée</li> </ul>
Peet & Harvey (1991)/Harvey et Peet (1991)	ÉCR avec groupe contrôle liste d'attente	$N = 30$ ( $N = 30$ )	vidéocassette de 12 minutes et informations écrites + 1 rencontre individuelle	<ul style="list-style-type: none"> <li>– <math>\uparrow</math> connaissances</li> <li>– <math>\downarrow</math> risque d'utilisation dangereuse du lithium</li> <li>– <math>\uparrow</math> attitudes p/r au lithium</li> <li>– <math>\uparrow</math> observance à la médication</li> </ul>	– connaissances corrélées à observance
Van Gent et Zwart (1993b)	étude contrôlée comparant 2 formats de psychoéducation	$N = 15$ ( $N = 20$ )	5 rencontres avec informations écrites (vs. 10 rencontres sans informations écrites)	<ul style="list-style-type: none"> <li>– <math>\uparrow</math> amélioration subjective dans les 2 groupes</li> <li>– <math>\downarrow</math> problèmes psychosociaux dans les 2 groupes</li> <li>– <math>\emptyset</math> sur le dysfonctionnement des pensées et des comportements (dans le groupe contrôle)</li> <li>– <math>\emptyset</math> sur <math>s_x</math></li> </ul>	– procédure d'allocation non spécifiée
Van Gent et Zwart (1994; 1993a)	étude ouverte	$N = 26$	10-13 rencontres de 90 min	<ul style="list-style-type: none"> <li>– <math>\uparrow</math> estime de soi</li> <li>– <math>\downarrow</math> dysfonctionnement des pensées et des comportements</li> <li>– <math>\downarrow</math> hospitalisations</li> <li>– <math>\downarrow</math> arrêts de lithium</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– taux de lithium sanguin stable sur 5 ans</li> <li>– poursuite de Van Gent et al. (1988)</li> <li>– combinaison de données rétrospectives et prospectives</li> </ul>

Tableau 1  
**La psychoéducation pour les patients bipolaires (suite)**

Étude	Plan expérimental	Participants (contrôles)	Traitement	Résultats principaux	Autres résultats et précisions
Soares (1997)	étude ouverte	<i>N</i> = 10	6 rencontres de 150 min	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ↑ connaissances</li> <li>- ↑ attitudes p/r au lithium</li> <li>- ↑ estime de soi</li> <li>- Ø sur <i>s<sub>x</sub></i></li> </ul>	- maintien à 6 mois
Bauer et al. (1998)	étude ouverte	<i>N</i> = 29	LGP complet (1 <sup>re</sup> éd.) <sup>7</sup> Phase I : 5 rencontres de 60 min Phase II : ouvert	- ↑ connaissances	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 69 % rétention (Phase I)</li> <li>- 70 % atteinte de l'objectif (Phase II)</li> </ul>
Perry et al. (1999)	ÉCR avec groupe contrôle TU	<i>N</i> = 34 ( <i>N</i> = 35)	7-12 rencontres individuelles de 60 min.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ↑ délai d'apparition de rechute (manie seulement)</li> <li>- ↑ fonctionnement social et professionnel à 18 mois</li> </ul>	
Van Gent (2000)	étude contrôlée avec groupe contrôle actif	<i>N</i> = 15 ( <i>N</i> = 26)	5 rencontres avec informations écrites (vs 10 rencontres sans informations écrites)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- bien-être dans les 2 groupes</li> <li>- ↑ observance à la pharmacothérapie dans les 2 groupes</li> <li>- ↓ hospitalisation dans les 2 groupes</li> <li>- Ø sur le dysfonctionnement des pensées et des comportements (dans le groupe contrôle)</li> <li>- Ø sur <i>s<sub>x</sub></i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- suivi de 3 ans</li> <li>- procédure d'allocation non spécifiée</li> <li>- + satisfaction si 10 rencontres</li> <li>- <i>r</i> entre observance et problèmes psychosociaux</li> <li>- <i>r</i> entre observance et hospitalisation</li> </ul>

Tableau 1  
**La psychoéducation pour les patients bipolaires (suite)**

Étude	Plan expérimental	Participants (contrôles)	Traitement	Résultats principaux	Autres résultats et précisions
Colom et al. (2003) <sup>1</sup>	ECR avec groupe contrôle actif (thérapie de support)	N = 60 (N = 60)	21 rencontres de 90 min <sup>2</sup> (vs 21 rencontres, durée non précisée)	– ↓ jours d’hospitalisation – ↓ rechutes (pendant tx et à 2 ans)	– Ø différences concentrations sanguines thymorégulateurs
Colom et al. (2003) <sup>3</sup>	<i>idem</i>	N = 25 (N = 25)	<i>idem</i>	– ↓ hospitalisations – ↓ rechutes (pendant tx et à 2 ans)	– participants ayant une bonne observance à la médication seulement
Colom et al. (2004) <sup>4</sup>	ECR avec groupe contrôle actif (thérapie de support)	N = 15 (N = 22)	21 rencontres de 90 min <sup>2</sup> (vs 21 rencontres, durée non précisée)	– ↓ rechutes – ↓ journées d’hospitalisation	– participants ayant un trouble de la personnalité comorbide
Colom et al. (2005) <sup>4</sup>	<i>idem</i>	N = 49 (N = 44)	<i>idem</i>	– ↑ concentration sanguine de lithium à 6, 18 et 24 mois	
Michalak et al. (2005)	étude ouverte	N = 57	8 rencontres de 90 min	– ↑ qualité de vie totale – ↑ santé physique – ↑ satisfaction générale – ↑ satisfaction p/r à la médication	– dépression récente ou nb élevée d’épisodes dépressifs antérieurs – prédict faible qualité de vie
Bauer et al. (2006)	ECR avec groupe contrôle TU	N = 166 (N = 164)	LGP et suivi collaboratif LGP : 5 rencontres de 60 min	– ↓ semaines de manie – ↓ semaines de dépression (tendance)	– fonctionnement social – qualité de vie mentale – pas de différence des coûts

Tableau 1  
**La psychoéducation pour les patients bipolaires (suite)**

Étude	Plan expérimental	Participants (contrôles)	Traitement	Résultats principaux	Autres résultats et précisions
De Andrés et al. (2006)	étude ouverte	N = 45	LGP complet (2 <sup>e</sup> éd.) <sup>8</sup> Phase I : 6 rencontres de 60 min Phase II : ouvert	– satisfaction élevée – ↑ stabilité subjective – ↓ symptômes dépressifs (phase II)	– 80 % rétention (Phase I)
Simon et al. (2006 ; 2005)	ECR avec groupe contrôle TU	N = 212 (N = 229)	LGP (2 <sup>e</sup> éd.) <sup>8</sup> et suivi collaboratif Phase I : 5 rencontres de 60 min Phase II : ouvert	– ↓ manie, maintien à 12 mois et 2 ans – effet > si sx importants au prétest	– 59 % rétention (Phase I)
Sorensen et al. (2007)	étude de cas multiple	N = 13	4 rencontres de 60 min	– ↑ espoir – ↑ sentiment de contrôle de l'état interne	– degré élevé de satisfaction
Tournier et al. (2008)	étude contrôlée avec groupe contrôle TU	N = 38 (N = 28)	4 rencontres de 30-45 min	– ↑ connaissances	– étude effectuée avec patients hospitalisés – moins de connaissances si âge au diagnostic plus élevé

Tableau 1  
**La psychoéducation pour les patients bipolaires (suite)**

Étude	Plan expérimental	Participants (contrôles)	Traitement	Résultats principaux	Autres résultats et précisions
Zaretsky et al. (2008)	ECR comparant la psychoéducation à un autre Tx actif (TCC)	$N = 39$ ( $N = 40$ )	7 rencontres psychoéd (vs 7 psychoéd + 13 TCC)	<ul style="list-style-type: none"> <li>– moins d'amélioration des <math>s_x</math> dépressifs et des attitudes dysfonctionnelles (tendance)</li> <li>– plus de chances d'augmenter le dosage d'antidépresseurs (tendance)</li> <li>– Ø sur taux de rechute</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Ø sur hospitalisation</li> <li>– Ø sur observance à la pharmacothérapie</li> <li>– Ø sur fonctionnement psychologique</li> <li>– Ø sur utilisation des services de santé mentale</li> </ul>
Colom et al. (2009) <sup>4,5</sup>	ECR avec groupe contrôle actif (thérapie de support)	$N = 50$ ( $N = 49$ )	21 rencontres de 90 min <sup>2</sup> (vs 21 rencontres, durée non précisée)	<ul style="list-style-type: none"> <li>– ↓ rechutes à 5 ans</li> <li>– ↓ journées d'hospitalisation</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Ø sur l'observance à la médication</li> </ul>
Colom et al. (2009) <sup>4,6</sup>	<i>idem</i>	$N = 8$ ( $N = 12$ )	<i>idem</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– ↓ rechutes à 5 ans</li> <li>– ↓ journées symptomatiques</li> <li>– Ø sur hospitalisation</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– participants ayant un trouble bipolaire de type II</li> <li>– fonctionnement social et professionnel</li> </ul>
Provencher et al. (2009)	étude ouverte	$N = 87$	8 rencontres psychoéd de 90 min	<ul style="list-style-type: none"> <li>– ↑ connaissances</li> <li>– Ø sur l'humeur</li> <li>– taux de satisfaction élevé à l'égard du programme</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– un nombre important de patients se retrouve dans la catégorie dépression de l'ISS au post-test.</li> </ul>

Tableau 1  
**La psychoéducation pour les patients bipolaires (suite)**

Étude	Plan expérimental	Participants (contrôles)	Traitement	Résultats principaux	Autres résultats et précisions
Sajatovic et al. (2009)	ECR avec groupe contrôle TU	N = 84 (N = 80)	LGP complet (2 <sup>e</sup> éd.) <sup>8</sup> Phase I : 6 rencontres de 60 min Phase II : ouvert	– Ø d'effet sur symptômes, observance, fonctionnement	– 49 % rétention (Phase I)
Scott et al. (2009) <sup>4</sup>	ECR avec groupe contrôle actif (thérapie de support)	N = 60 (N = 60)	21 rencontres de 90 min <sup>2</sup> (vs. 21 rencontres, durée non précisée)	– ↑ de l'utilisation des services externes – ↓ journées d'hospitalisation – ↓ coûts pour les services de santé	
Castle et al. (2010)	ECR avec groupe contrôle TU	N = 32 (N = 40)	12 rencontres psychoéd de 90 min + 3 sessions de rappel	– ↓ rechutes de tous types – ↓ temps passé en épisode thymique (tous types) – ↓ risque rechute de dépression – ↓ temps passé en dépression	– Aucune rechute de manie dans le groupe traitement durant le suivi post-traitement. – Ø sur symptômes dépressifs et maniaques
Even et al. (2010)	étude ouverte	N = 50	4 rencontres psychoéd + 1 rencontre optionnelle de 120 min	– ↑ connaissances sur le lithium – Ø sur l'attitude p/r au lithium – ↑ sur la composante Autres tout-puissants	– hospitalisations durant période de l'étude vs 2 années précédentes (tendance)

**Note :** ECR = Étude contrôlée randomisée ; TU = Traitement usuel ; TCC = Thérapie cognitive-comportementale ; Nb = Nombre ; S<sub>x</sub> = Symptômes ; Ø = Aucune différence ; = Augmentation ; = Diminution, r = corrélation ; <sup>1</sup> Colom, Vieta, Martínez-Arán, et al. (2003) <sup>2</sup> Manuel de traitement disponible en français (Colom & Vieta, 2008) <sup>3</sup> Colom, Vieta, Reinares, et al. (2003) <sup>4</sup> Sous analyses ou continuation de l'étude principale (Colom, Vieta, Martínez-Arán, et al., 2003) <sup>5</sup> Colom, Vieta, Sánchez-Moreno, Palomino-Otiniano, et al. (2009) <sup>6</sup> Colom, Vieta, Sánchez-Moreno, Goikolea, et al. (2009) <sup>7</sup> (Bauer & McBride, 1996) <sup>8</sup> (Bauer & McBride, 2003)

Récemment, Tournier et ses collaborateurs (2008) ont évalué l'impact d'un programme de psychoéducation individuel de quatre séances. Dans un échantillon de 66 patients bipolaires hospitalisés, 38 ont reçu le traitement psychoéducatif et 28 ont reçu de l'information sur le trouble, mais sans traitement structuré. Les patients du groupe psychoéducatif structuré ont significativement amélioré leurs connaissances sur le traitement du trouble bipolaire et sur l'identification des stressors et des déclencheurs potentiels de rechute.

Dans une étude canadienne, Zaretsky et al. (2008) ont assigné aléatoirement les patients bipolaires à la psychoéducation (N = 40) ou à la psychoéducation et à la TCC combinées (N = 39). Aucune différence n'a été observée pour le nombre d'hospitalisations, l'observance à la pharmacothérapie, le fonctionnement psychologique ou l'utilisation des services de santé mentale. Par contre, les patients qui ont reçu la TCC ont passé 50 % moins de jours avec des symptômes dépressifs.

Castle et ses collaborateurs (2010) ont comparé l'efficacité d'un traitement usuel à celle d'un programme de psychoéducation de 12 séances suivies par trois séances de rappel. Significativement moins de rechutes dépressives et maniaques ont été observées au sein du groupe traitement, et les participants du groupe témoin ont passé plus de temps en épisode dépressif. Toutefois, aucune différence n'a été observée quant à l'intensité des symptômes dépressifs et maniaques.

Les données les plus convaincantes sur l'efficacité de la psychoéducation proviennent d'une série d'études effectuées par Colom et al. (2003 ; 2003 ; 2009 ; 2005 ; 2004 ; 2009 ; 2009). Ces chercheurs ont élaboré un programme psychoéducatif structuré et intensif pour les patients atteints d'un trouble bipolaire (Colom et Vieta, 2006), et ils ont effectué une série d'études qui évaluent différents aspects de leur programme.

Premièrement, ils ont testé l'efficacité globale de l'intervention pour les patients avec un trouble bipolaire de type I ou II en comparant les résultats à ceux d'un groupe contrôle (Colom et al., 2003). Les rencontres psychoéducatives portaient sur le trouble bipolaire et les stratégies de gestion de la maladie. Afin de contrôler les effets non spécifiques, le groupe contrôle a reçu 21 rencontres de groupe non structurées dans lesquelles les thérapeutes jouaient un rôle de support. Les patients ayant reçu l'intervention psychoéducatif ont eu significativement moins de rechutes et de jours d'hospitalisation. L'intervalle de temps avant une première rechute était aussi significativement allongée. Dans une deuxième étude, Colom et al. (2003) ont testé l'intervention chez 50 patients bipolaires qui respectaient leur traitement pharmacologique. Les résultats obtenus sont similaires à ceux de la première étude, ce qui

suggère que les effets positifs de l'intervention ne sont pas simplement expliqués par une amélioration de l'observance à la pharmacothérapie.

Dans une série d'articles subséquents sur l'analyse des données de la première étude, Colom et al. (2003) ont démontré la robustesse de ce programme à plusieurs niveaux. Premièrement, les concentrations sanguines de lithium étaient plus élevées et plus stables chez le groupe psychoéducatif (Colom et al., 2005). Ils ont aussi trouvé que la psychoéducation était efficace pour les patients avec un trouble de personnalité comorbide (Colom et al., 2004) ou avec un trouble bipolaire de type II (Colom et al., 2009). De plus, les impacts positifs se maintenaient cinq ans après la fin du programme (Colom et al., 2009).

Finalement, Scott et al. (2009) ont évalué le rapport coût-bénéfice de cette même intervention. Au suivi de cinq ans, les patients du groupe psychoéducatif avaient davantage consulté les services en clinique externe. Par contre, le nombre moyen de jours d'hospitalisation était trois fois plus élevé chez les individus du groupe contrôle. Ainsi, la psychoéducation diminuait nettement les coûts associés aux traitements hospitaliers et aux visites à l'urgence. Les auteurs ont conclu que la psychoéducation présente un rapport coût-bénéfice favorable.

Bauer et McBride (1996, 2003) ont aussi développé un programme manualisé de psychoéducation pour le trouble bipolaire (*Life Goals Program*, LGP). La première phase du programme est constituée de six séances de psychoéducation en groupe qui visent à donner de l'information sur le trouble bipolaire et ses traitements. Deux études d'envergure ont démontré la pertinence du LGP comme composante de la prise en charge des patients bipolaires (Bauer et al., 2006; Simon et al., 2006). D'abord, Bauer et al. (2006) ont illustré l'efficacité du LGP en combinaison avec d'autres interventions thérapeutiques (rendez-vous de suivi, mise à disposition d'un manuel de référence et support offert aux membres du personnel soignant) chez des individus qui souffrent d'un trouble bipolaire sévère et comorbide. Le groupe de psychoéducation différait significativement du groupe contrôle sur certains aspects : réduction du nombre de semaines passées en épisodes affectifs (principalement maniaques), amélioration du fonctionnement social et plus grande satisfaction envers le traitement. Dans la même visée, Simon et al. (2006) ont évalué l'efficacité à long terme du LGP en combinaison avec d'autres interventions (évaluation et plan de traitement adapté, suivi téléphonique mensuel, suivi multidisciplinaire). Des résultats similaires ont été obtenus, soit une réduction de la sévérité moyenne des symptômes maniaques et du temps passé avec des symptômes maniaques.

Bien qu'intéressantes, ces études renseignent peu sur l'efficacité spécifique du LGP vu l'utilisation de plusieurs composantes d'intervention. De Andrés et al. (2006) ont effectué une étude pour évaluer l'efficacité du LGP administré seul. La plupart des participants de l'intervention psychoéducatrice se disaient très satisfaits de la qualité (82,4 %) et de la pertinence de l'information fournie (70,6 %) ainsi que du nombre de rencontres (67,6 %). La majorité a aussi rapporté une amélioration subjective de la stabilité de leur humeur (82,3 %), même si les mesures objectives n'indiquaient aucune différence significative en cette matière.

Sajatovic et al. (2009) ont évalué l'impact du LGP sur l'observance au traitement pharmacologique en comparaison avec le traitement usuel. Aucune différence n'a été notée quant à l'observance et aux attitudes envers la médication. Parallèlement, l'intensité des symptômes dépressifs et maniaques ne différait pas entre les groupes un an après le traitement. Selon les auteurs, le degré d'observance des participants au prétraitement relativement élevé (81 %), l'intensité du suivi standard utilisé aux fins de comparaison (i.e. suivi psychiatrique, thérapie psychosociale et suivi supplémentaire au besoin) et le taux de participation très faible (seulement 49 % des participants ont assisté à plus de la moitié des rencontres) pourraient avoir contribué à masquer l'effet spécifique du LGP.

En résumé, les résultats de plusieurs études suggèrent que la psychoéducation est aidante et efficace pour les patients atteints d'un trouble bipolaire. Ce type de traitement, administré en format de groupe, augmente la connaissance du trouble bipolaire et semble avoir des effets bénéfiques sur l'observance au traitement pharmacologique. De plus, la stabilité thymique semble être influencée de façon positive. Les résultats semblent plus robustes dans le cas d'un traitement plus long et intensif, mais même un traitement très bref aurait des effets bénéfiques non négligeables chez cette clientèle complexe.

### **Psychoéducation pour les patients et leurs proches**

Dans certaines interventions psychoéducatrices, les proches des patients sont encouragés à accompagner les patients en participant au programme (voir tableau 2, page suivante). Il est reconnu que des événements de vie stressants et qu'un haut niveau d'expression émotionnelle au sein de la cellule familiale, comme une forte hostilité envers la personne atteinte du trouble ou encore une surimplication émotionnelle de la part des proches, prédisent fortement les rechutes thymiques et les délais de rémission interépisode (Johnson, 2005 ; Miklowitz et Johnson,

**Tableau 2**  
**La psychoéducation pour les patients bipolaires et leurs proches**

<b>Étude</b>	<b>Plan expérimental</b>	<b>Participants (contrôles)</b>	<b>Traitement</b>	<b>Résultats principaux</b>	<b>Autres résultats et précisions</b>
Clarkin et al. (1990)	ECR avec groupe contrôle TU	<i>N</i> = 12 ( <i>N</i> = 9)	≥ 6 rencontres d'une durée de 45 min – 1 h	– ↑ évolution globale – ↑ fonctionnement	– effet positif pour les femmes seulement – patients hospitalisés
Honig et al. (1997)	étude contrôlée sans randomisation, avec groupe contrôle liste d'attente	<i>N</i> = 29 patients + un proche ( <i>N</i> = 23 patients + un proche)	6 rencontres de 2 h	– ↑ sentiment de contrôle – ↑ subjective de la relation avec le proche – ↑ acceptation du trouble bipolaire – ↓ émotion exprimée	
Clarkin et al. (1998)	ECR avec groupe contrôle TU	<i>N</i> = 18 couples ( <i>N</i> = 15 couples)	25 rencontres	– ↑ fonctionnement global – ↑ observance à la médication – Ø sur <i>s<sub>x</sub></i>	
Miller et al. (2004)	ECR avec groupe contrôle TU et Tx actif (thérapie familiale)	<i>N</i> = 30 ( <i>N</i> = 29, TU) ( <i>N</i> = 33, Tx actif)	6 rencontres de 90 min. (vs. 6-10 rencontres de 50 minutes)	– meilleurs résultats apparents sur taux de rétablissement, mais aucune différence significative – < nb de jours pour rétablissement, mais aucune différence significative	
Bernhard et al. (2006)	étude ouverte	<i>N</i> = 62 patients <i>N</i> = 49 proches	Patients : 14 rencontres de 90 min Proches : 2 rencontres de 4 h	– ↑ connaissances (patients) – ↓ fardeau (proches) – ↓ émotion exprimée à 1 an (proches) – ↓ dépression (proches)	– Degré élevé de satisfaction – Intervention basée sur les principes de la TCC

Tableau 2  
**La psychoéducation pour les patients bipolaires et leurs proches (suite)**

Étude	Plan expérimental	Participants (contrôles)	Traitement	Résultats principaux	Autres résultats et précisions
D'souza et al. (2010)	ERC avec groupe contrôle TU	N = 27 patients et 27 proches (N = 31 patients)	12 rencontres de 90 min	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ↓ nombre de rechutes</li> <li>- ↓ risque de faire une rechute</li> <li>- ↑ intervalle entre les rechutes</li> <li>- ↑ adhérence au tx pharmacologique</li> <li>- ↑ adhérence au tx prédirait la baisse de rechutes.</li> <li>- ↓ significative des s<sub>x</sub> maniaques</li> <li>- Ø sur les s<sub>x</sub> dépressifs</li> </ul>	

**Note :** ERC = Étude contrôlée randomisée ; TU = Traitement usuel ; Nb = Nombre ; s<sub>x</sub> = Symptômes ; Ø = Aucune différence ; Tx = Traitement ; ↑ = Augmentation ; ↓ = Diminution

2006). Les interventions psychoéducatives qui impliquent les proches des patients sont directement en lien avec ces résultats empiriques. En effet, elles mettent l'accent sur les stratégies de régulation des émotions et sur l'amélioration de la communication entre les membres d'une même famille, lorsque ceux-ci sont confrontés à une situation conflictuelle (Miklowitz, 2008). L'amélioration de la communication au sein de la cellule familiale conduit à un support social plus favorable qui, lui, est associé à une plus grande efficacité thérapeutique (O'Connell et al., 1985). Six études sur ce format d'intervention psychoéducatrice ont été identifiées.

Clarkin et al. (1990) ont testé l'efficacité d'une intervention psychoéducatrice (les proches inclus) en comparaison avec le traitement usuel. Les patients du groupe psychoéducatif ont connu une amélioration significative de leur fonctionnement global au suivi six mois. Ces bénéfices et les attitudes familiales positives envers la maladie se sont maintenus au suivi après 18 mois. Dans une étude subséquente, Clarkin et al., (1998) ont comparé l'efficacité du traitement usuel à celle d'une thérapie conjugale psychoéducatrice pour des patients bipolaires. Après l'intervention, les patients du groupe traitement avaient une observance à la pharmacothérapie et un niveau de fonctionnement global significativement plus élevés que ceux du groupe contrôle. Par contre, aucune différence significative pour l'intensité des symptômes n'a été observée entre les groupes.

Honig et al. (1997) ont testé l'efficacité d'une intervention psychoéducatrice pour les patients bipolaires et leur partenaire ou une personne significative. Le niveau d'expression émotionnelle s'est amélioré chez 31 % des conjoints, ce qui est significativement supérieur aux conjoints du groupe contrôle. Les patients du groupe psychoéducatif ont aussi rapporté une meilleure acceptation et un meilleur contrôle de leur maladie.

Récemment, D'souza et al. (2010) ont comparé l'impact d'un traitement usuel à celui d'un programme psychoéducatif destiné aux patients bipolaires et à leurs proches. Un suivi jusqu'à 60 semaines après le traitement permet de conclure que les patients ayant suivi l'intervention ont connu un taux de rechute significativement plus bas, et ont bénéficié d'un temps de rémission plus élevé que ceux du groupe contrôle. Une plus faible intensité des symptômes maniaques et une meilleure observance au traitement pharmacologique ont aussi été observées chez les patients du groupe psychoéducatif.

Bien que les résultats des différentes études soient globalement positifs, ils ne sont pas unanimes. Miller et al. (2004) ont testé l'effet de

la thérapie familiale et de la thérapie psychoéducative multifamiliale comparées à la pharmacothérapie seule. Un meilleur taux de rétablissement a été observé pour les participants à la thérapie psychoéducative multifamiliale, les différences observées ne sont pas statistiquement significatives. Un résultat similaire a été observé pour le nombre de journées avant le rétablissement. Les auteurs suggèrent que, d'une part, l'échantillon était composé de cas particulièrement réfractaires au traitement et que, d'autre part, un échantillon plus grand aurait possiblement permis d'observer un effet du traitement.

### **La psychoéducation pour les proches des patients bipolaires**

D'autres programmes psychoéducatifs similaires sont conçus spécifiquement pour les membres de la famille, sans inclure les patients dans le traitement (voir Tableau 3, page suivante). La charge émotive et le haut niveau de stress qui peuvent être vécus par la famille, lorsque l'un des membres vit une rechute thymique, justifient la nécessité de développer des programmes pour outiller les proches et les aider à surmonter ces épisodes et les conséquences qui s'ensuivent (Perlick et al., 1999). Les groupes de psychoéducation conçus spécifiquement pour les proches leur permettent de partager plus librement leurs sentiments et leur vécu avec des gens qui traversent sensiblement les mêmes obstacles. L'identification avec les pairs est entre autres une façon de diminuer la stigmatisation et d'élargir leur réseau social, ce qui ne peut conduire qu'à des bénéfices pour les proches impliqués dans le traitement (Reinares et al., 2008).

Parmi les cinq études sur la psychoéducation spécifiquement pour les proches, Van Gent et Zwart (1991) ont évalué l'efficacité d'une intervention psychoéducative pour les conjoints des patients bipolaires. Comparativement aux conjoints qui n'ont reçu aucune intervention, les conjoints du groupe psychoéducatif ont démontré une meilleure connaissance de la maladie, de son traitement et des stratégies d'adaptation suite à l'intervention et au suivi six mois.

Reinares et al. (2004) ont aussi évalué une intervention psychoéducative, conçue pour les membres de la famille de patients bipolaires, sur la maladie et sur les façons de s'y adapter. Les résultats illustrent une augmentation de la connaissance du trouble bipolaire et une diminution du fardeau subjectif. L'intervention ne semble pas avoir eu d'effet sur le fardeau objectif ou sur les relations familiales. Dans une étude subséquente (Reinares et al., 2008), le même programme a été administré aux proches de patients bipolaires. Les patients dont un proche a suivi le programme ont eu un délai d'apparition d'une rechute allongé, et ont vécu

Tableau 3  
**La psychoéducation pour les proches des patients bipolaires**

Étude	Plan expérimental	Participants (contrôles)	Traitement	Résultats principaux	Autres résultats et précisions
Van Gent et Zwart (1991)	ECR	N = 14 proches (N = 12)	5 rencontres (vs aucun Tx)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ↑ connaissances</li> <li>- maintien à 6 mois</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ø sur observance au tx, s<sub>x</sub> et ajustement social des patients</li> <li>- initiale de l'anxiété des patients, mais rétablissement au suivi</li> </ul>
Bland et Harrison (2000)	étude ouverte	N = 11 familles	Non spécifié	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ↑ connaissances</li> <li>- ↓ détresse</li> <li>- ↑ adaptation</li> <li>- ↓ attribution des s<sub>x</sub> à la personnalité du patient</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ø sur fonctionnement du patient</li> </ul>
Reinares et al. (2004)	ECR	N = 30 proches (N = 15)	12 rencontres de 90 min (vs aucun Tx)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ↑ connaissances</li> <li>- ↓ fardeau subjectif</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ø qualité des relations familiales</li> </ul>
Reinares et al. (2010 ; 2008)	ECR	N = 57 proches (N = 56)	12 rencontres de 90 min (vs aucun Tx)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ↑ délai d'apparition des rechutes (manie seulement)</li> <li>- ↓ rechutes (manie seulement)</li> <li>- ↑ de l'intervalle entre les rechutes pour les patients du stade I seulement (aucune atteinte fonctionnelle ou cliniquement significative, ou symptômes de comorbidité psychiatrique)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- aucun bénéfice retiré pour les patients des stades II, III et IV</li> </ul>

Tableau 3  
**La psychoéducation pour les proches des patients bipolaires (suite)**

Étude	Plan expérimental	Participants (contrôles)	Traitement	Résultats principaux	Autres résultats et précisions
Jönsson et al. (2011)	étude longitudinale	N = 34 proches	10 rencontres de 90 min	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ↑ compétence et compréhension de la situation</li> <li>- ↓ stress</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ø sur l'impact perçu négatif ou positif de prendre soin d'un proche atteint du trouble bipolaire, et sur la qualité perçue du support apporté</li> <li>- Ø sur le fonctionnement social</li> </ul>

**Note :** ECR = Étude contrôlée randomisée ; Sx = Symptômes ; Ø = Aucune différence ; ↑ = Augmentation ; ↓ = Diminution ; Tx = Traitement

moins de rechutes pendant l'année après le programme. Des analyses post-hoc réalisées sur ces données (Reinares et al., 2010) ont démontré que la psychoéducation augmente l'intervalle entre les rechutes chez les patients qui se situent à un stade moins avancé de la maladie (pas d'atteinte fonctionnelle ou cliniquement significative ni de symptômes de comorbidité psychiatrique).

### **Synthèse des résultats des études sur les interventions psychoéducatives**

Dans l'ensemble, la psychoéducation combinée à une médication appropriée suscite des changements significatifs chez les patients bipolaires. Spécifiquement, les résultats des études contrôlées démontrent : 1) une amélioration subjective de l'état général des patients (Clarkin et al., 1990; Van Gent et al., 1988; Van Gent et Zwart, 1993b); 2) une amélioration objective du fonctionnement (Bauer et al., 2006; Clarkin et al., 1998; Clarkin et al., 1990; Colom et al., 2009; Perry et al., 1999); 3) une amélioration du niveau de connaissances de la médication et de la maladie chez les patients (Even et al., 2010; Harvey et Peet, 1991; Peet et Harvey, 1991; Provencher et al., 2009; Tournier et al., 2008) et les proches (Reinares et al., 2004; Van Gent et Zwart, 1991); 4) une augmentation de l'observance au traitement pharmacologique (Clarkin et al., 1998; Colom et al., 2005; D'Souza et al., 2010; Harvey et Peet, 1991; Peet et Harvey, 1991; Van Gent, 2000); 5) une diminution du nombre de rechutes, d'épisodes ou d'hospitalisations (Castle et al., 2010; Colom et al., 2003; Colom et al., 2003; Colom et al., 2009; Colom et al., 2004; Colom et al., 2009; Even et al., 2010; Reinares et al., 2008; Scott et al., 2009; Van Gent, 2000) ou une augmentation du délai avant l'apparition d'un nouvel épisode (Perry et al., 1999; Reinares et al., 2010; Reinares et al., 2008); 6) une diminution des symptômes de manie (Bauer et al., 2006; D'Souza et al., 2010; Simon et al., 2006; Simon et al., 2005) et 7) une diminution des coûts pour les services de santé (Scott et al., 2009). De plus, certaines études démontrent une amélioration sur d'autres variables comme les attitudes par rapport à la médication, la concentration sanguine de lithium, le nombre de journées symptomatiques, le bien-être, le stress et l'utilisation des services hospitaliers externes.

### **Efficacité spécifique de la psychoéducation**

La présente recension des écrits indique que la psychoéducation est une intervention psychosociale efficace en soi pour le trouble bipolaire lorsqu'elle est combinée à la médication. Mais a-t-elle une effica-

citée spécifique lorsque comparée à un groupe contrôle actif ou à une autre intervention démontrée efficace pour le trouble bipolaire? Six études ont comparé la psychoéducation à une autre intervention.

Les études de Van Gent et Zwart (1993b) et de Van Gent (2000) ont comparé leur groupe psychoéducatif de 10 rencontres à une version abrégée de cinq rencontres. Bien qu'il n'y ait pas de différence entre les deux types d'intervention, les patients ont rapporté être plus satisfaits de la version longue (i.e. 10 rencontres). Miller et al. (2004) ont comparé la thérapie psychoéducative multifamiliale à la thérapie familiale ou à la pharmacothérapie seule. Bien qu'il n'y ait pas de différence significative entre les trois interventions, les résultats semblent légèrement favoriser l'approche psychoéducative comparée à la thérapie familiale. Colom et ses collaborateurs ont comparé 21 rencontres psychoéducatives de groupe à 21 rencontres de groupe de support (Colom et al., 2003; Colom et al., 2003). Les résultats démontrent clairement la supériorité du groupe psychoéducatif sur un ensemble de variables. Ces résultats confirment que la psychoéducation comprend des éléments spécifiques efficaces pour le traitement du trouble bipolaire, lorsqu'un contrôle est exercé pour un ensemble de facteurs non spécifiques reliés à l'intervention psychologique.

Finalement, Zaretsky et al. (2008) ont comparé vingt rencontres de TCC (avec sept rencontres psychoéducatives) à sept rencontres psychoéducatives seules. Les résultats démontrent que les groupes ne diffèrent pas au niveau du nombre d'hospitalisations, de l'observance à la pharmacothérapie, du fonctionnement psychologique ou de l'utilisation des services de santé mentale. Par contre, les auteurs rapportent que les patients recevant la TCC ont passé moins de jours avec des symptômes dépressifs, et que plusieurs ont réduit leur dosage d'antidépresseurs comparé à la psychoéducation seule, ce qui suggère ainsi que la TCC puisse avoir un léger avantage sur la psychoéducation brève pour les symptômes dépressifs.

### **Recommandations pour l'implantation de la psychoéducation**

La psychoéducation combinée à la médication est une intervention efficace pour le traitement du trouble bipolaire, qu'elle soit utilisée en tant que composante d'une autre intervention ou en tant que seule intervention psychosociale. La psychoéducation est donc l'un des ingrédients actifs communs parmi les diverses interventions psychosociales pour ce trouble (Miklowitz, 2008; Weber et al., 2007). Grâce à son efficacité, la psychoéducation est d'ailleurs reconnue dans les lignes directrices psychiatriques pour le trouble bipolaire (Yatham et al., 2009).

Dans ce contexte, l'implantation d'une intervention brève présente un potentiel de dissémination très intéressant.

Parmi les diverses interventions psychoéducatives fréquemment implantées, deux modèles émergent : un programme intensif développé par Colom et Vieta (2006) et un programme plus bref, soit le *Life Goals Program*, proposé par Bauer et McBride (1996, 2003). Le programme de Colom et Vieta se démarque pour son efficacité marquée pour les patients bipolaires sévères (Colom et al., 2003, 2003, 2005, 2004). Par contre, la durée de l'intervention (21 rencontres) et les qualifications des thérapeutes (deux psychologues avec un doctorat) pourraient limiter la généralisation de cette intervention à d'autres milieux cliniques.

Quant à lui, le *Life Goals Program* de Bauer et McBride se distingue par son format bref et manualisé et par la faisabilité de l'implantation à grande échelle. Ce programme est conçu pour être animé par des infirmières ou des intervenants en santé mentale sur le terrain. Le programme produit des résultats globalement positifs, même s'il semble avoir un impact moins important pour les symptômes dépressifs (Bauer et al., 2006 ; Provencher et al., 2009 ; Sajatovic et al., 2009 ; Simon et al., 2006), qui suggèrent qu'en présence de dépression bipolaire, une psychothérapie structurée serait probablement indiquée (Miklowitz et al., 2007).

Le groupe psychoéducatif peut être animé à coût moindre par des infirmières ou des intervenants psychosociaux formés à l'intervention, et le manuel de traitement est disponible en anglais (Bauer et McBride, 2003) ou en français pour la première (Bauer et McBride, 2001) et la deuxième édition (Baruch et al., 2008). Le LGP est un traitement bref et économique qui a le potentiel d'appuyer les individus atteints d'un trouble bipolaire dans leurs démarches de rétablissement, et de réduire le fardeau du trouble pour les individus et pour le système de santé québécois.

Au Québec, des études préliminaires ont démontré la pertinence et la faisabilité d'implanter dans le réseau de la santé des traitements fondés sur les données probantes pour le trouble bipolaire (Provencher et al., 2009) et la schizophrénie (Briand et al., 2005 ; 2010). À la suite d'une formation appropriée, les intervenants ont été en mesure d'offrir ces traitements qui avaient démontré leur efficacité dans des études scientifiques rigoureuses. Ces résultats encourageants ont permis l'implantation d'un groupe psychoéducatif pour le trouble bipolaire dans deux CSSS de la région de Québec. Les résultats préliminaires suggèrent que les patients et les intervenants sont très satisfaits de l'intervention, et que

celle-ci est associée à une augmentation des connaissances sur le trouble bipolaire, à une meilleure acceptation de la maladie ainsi qu'à une diminution des symptômes anxieux et dépressifs (Provencher et al., 2011). Ces résultats confirment qu'il est possible et même souhaitable d'inclure une intervention brève telle que le LGP dans la prise en charge des patients bipolaires en première ligne. Dans le cas de dépression bipolaire, ou de trouble bipolaire sévère et résistant, des interventions psychothérapeutiques structurées (i.e. TCC, IPSRT, FFT) devraient être recommandées dans la prise en charge des patients bipolaires en deuxième et troisième ligne. Récemment, des études préliminaires ont aussi démontré la pertinence de la *Mindfulness Based Cognitive Therapy* (MBCT) avec cette clientèle (Miklowitz et al., 2009 ; Williams et al., 2008).

En conclusion, la psychoéducation brève telle que présentée dans le LGP est une intervention recommandée pour le traitement du trouble bipolaire. Une prise en charge efficace des patients bipolaires devrait inclure une médication appropriée et une forme de psychoéducation structurée (Yatham et al., 2009). Les défis à venir consisteront à rendre cette intervention accessible à grande échelle dans le réseau de la santé québécois et à en évaluer l'efficacité pragmatique sur le terrain.

## Notes

1. Un tableau des études recensées sur ce format d'intervention est disponible auprès du premier auteur.
2. Pour ne pas allonger le texte, seules les études rigoureuses et contrôlées sont décrites.

## Références

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1994, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV* (4th ed.), American Psychiatric Association, Washington, DC.
- BARUCH, P., BEAULIEU, S., DION, N., PAQUET, E., POIRIER, N., PROVENCHER, M. D., TREMBLAY, J., 2008, *Les troubles bipolaires: documents à l'intention des intervenants de première ligne*, Document sur disque compact (CD) reproduit par la Direction de l'enseignement de l'Institut universitaire en santé mentale — Centre-hospitalier Robert-Giffard, Québec.
- Bauer, M. S., McBride, L., 1996, *The Life Goals Program: Structured Group Psychotherapy for Bipolar Disorder*, Springer, New York.
- BAUER, M. S., MCBRIDE, L., 2001, *Thérapie de groupe pour le trouble bipolaire: Une approche structurée* (J.-M. Aubry, Trad.), *Médecine & Hygiène*, Paris.

- BAUER, M. S., MCBRIDE, L., 2003, *Structured Group Psychotherapy for Bipolar Disorder: The Life Goals Program* (2<sup>e</sup> éd.), Springer, New York.
- BAUER, M. S., MCBRIDE, L., CHASE, C., SACHS, G., SHEA, N., 1998, Manual-based group psychotherapy for bipolar disorder: A feasibility study, *Journal of Clinical Psychiatry*, 59, n<sup>o</sup> 9, 449-455.
- BAUER, M. S., MCBRIDE, L., WILLIFORD, W. O., GLICK, H., KINOSIAN, B., ALTSHULER, L., SAJATOVIC, M., 2006, Collaborative care for bipolar disorder: part I. Intervention and implementation in a randomized effectiveness trial, *Psychiatric Services*, 57, no. 7, 927-936.
- BAUER, M. S., MCBRIDE, L., WILLIFORD, W. O., GLICK, H., KINOSIAN, B., ALTSHULER, L., AND COAUTHORS FOR THE COOPERATIVE STUDIES PROGRAM 430 STUDY, 2006, Collaborative care for bipolar disorder: Part II. Impact on clinical outcome, function, and costs, *Psychiatric Services*, 57, n<sup>o</sup> 7, 937-945.
- BERNHARD, B., SCHAUB, A., KÜMMLER, P., SEVERUS, E., BORN, C., LICHT, R. W., DITTMANN, S., 2006, Impact of cognitive-psychoeducational interventions in bipolar patients and their relatives, *European Psychiatry*, 21, n<sup>o</sup> 2, 81-86.
- BLAND, R., HARRISON, C., 2000, Developing and evaluating a psychoeducation program for caregivers of bipolar affective disorder patients: Report of a pilot project, *Research on Social Work Practice*, 10, n<sup>o</sup> 2, 209-228.
- BRIAND, C., REINHARZ, D., LESAGE, A., NICOLE, L., STIP, E., LALONDE, P., PLANET-SULTAN, S., 2010, L'implantation au Québec de l'Integrated Psychological Treatment (IPT) auprès des personnes atteintes de schizophrénie: Cinq ans après, *Santé mentale au Québec*, 35, n<sup>o</sup> 2, 145-162.
- BRIAND, C., BÉLANGER, R., HAMEL, V., NICOLE, L., STIP, E., REINHARZ, D., LESAGE, A., 2005, Implantation multisite du programme Integrated Psychological Treatment (IPT) pour les personnes souffrant de schizophrénie. Élaboration d'une version renouvelée, *Santé mentale au Québec*, 30, n<sup>o</sup> 1, 73-95.
- CASTLE, D., WHITE, C., CHAMBERLAIN, J., BERK, M., BERK, L., LAUDER, S., GILBERT, M., 2010, Group-based psychosocial intervention for bipolar disorder: Randomised controlled trial, *British Journal of Psychiatry*, 196, no. 5, 383-388.
- CLARKIN, J. F., CARPENTER, D., HULL, J., WILNER, P., GLICK, I., 1998, Effects of psychoeducational intervention for married patients with bipolar disorder and their spouses, *Psychiatric Services*, 49, n<sup>o</sup> 4, 531-533.
- CLARKIN, J. F., GLICK, I. D., HAAS, G. L., SPENCER, J. H., LEWIS, A. B., PEYSER, J., LESTELLE, V., 1990, A randomized clinical trial of inpatient family

- intervention. V. Results for affective disorders, *Journal of Affective Disorders*, 18, n° 1, 17-28.
- COLOM, F., VIETA, E., 2006, *Psychoeducation Manual for Bipolar Disorder*, Cambridge University Press, New York.
- COLOM, F., VIETA, E., MARTÍNEZ-ARÁN, A., REINARES, M., GOIKOLEA, J. M., BENABARRE, A., COROMINAS, J., 2003, A randomized trial on the efficacy of group psychoeducation in the prophylaxis of recurrences in bipolar patients whose disease is in remission, *Archives of General Psychiatry*, 60, n° 4, 402-407.
- COLOM, F., VIETA, E., REINARES, M., MARTÍNEZ-ARÁN, A., TORRENT, C., GOIKOLEA, J. M., GASTO, C., 2003, Psychoeducation efficacy in bipolar disorders: Beyond compliance enhancement, *Journal of Clinical Psychiatry*, 64, n° 9, 1101-1105.
- COLOM, F., VIETA, E., SÁNCHEZ-MORENO, J., GOIKOLEA, J. M., POPOVA, E., BONNIN, C. M., SCOTT, J., 2009, Psychoeducation for bipolar II disorder: An exploratory, 5-year outcome subanalysis, *Journal of Affective Disorders*, 112, n° 1, 30-35.
- COLOM, F., VIETA, E., SÁNCHEZ-MORENO, J., MARTÍNEZ-ARÁN, A., REINARES, M., GOIKOLEA, J. M., SCOTT, J., 2005, Stabilizing the stabilizer: Group psychoeducation enhances the stability of serum lithium levels, *Bipolar Disorders*, 7 (Suppl. 5), 32-36.
- COLOM, F., VIETA, E., SÁNCHEZ-MORENO, J., MARTÍNEZ-ARÁN, A., TORRENT, C., REINARES, M., COMES, M., 2004, Psychoeducation in bipolar patients with comorbid personality disorders, *Bipolar Disorders*, 6, n° 4, 294-298.
- COLOM, F., VIETA, E., SANCHEZ-MORENO, J., PALOMINO-OTINIANO, R., REINARES, M., GOIKOLEA, J. M., MARTINEZ-ARAN, A., 2009, Group psychoeducation for stabilised bipolar disorders: 5-year outcome of a randomised clinical trial, *British Journal of Psychiatry*, 194, n° 3, 260-265.
- CORYELL, W., ANDREASEN, N. C., ENDICOTT, J., KELLER, M., 1987, The significance of past mania or hypomania in the course and outcome of major depression, *The American Journal of Psychiatry*, 144, n° 3, 309-315.
- D'SOUZA, R., PISKULIC, D., SUNDRAM, S., 2010, A brief dyadic group based psychoeducation program improves relapse rates in recently remitted bipolar disorder: A pilot randomised controlled trial, *Journal of Affective Disorders*, 120, nos 1-3, 272-276.
- DE ANDRÉS, R. D., AILLON, N., BARDIOT, M.-C., BOURGEOIS, P., MERTTEL, S., NERFIN, F., AUBRY, J.-M., 2006, Impact of the life goals group therapy program for bipolar patients: An open study, *Journal of Affective Disorders*, 93, nos 1-3, 253-257.

- EVEN, C., THUILE, J., KALCK-STERN, M., CRIQUILLION-DOUBLET, S., GORWOOD, P., ROUILLON, F., 2010, Psychoeducation for patients with bipolar disorder receiving lithium : Short and long term impact on locus of control and knowledge about lithium, *Journal of Affective Disorders*, 123, n<sup>os</sup> 1-3, 299-302.
- GITLIN, M. J., SWENDSEN, J., HELLER, T. L., HAMMEN, C., 1995, Relapse and impairment in bipolar disorder, *American Journal of Psychiatry*, 152, n<sup>os</sup> 11, 1635-1640.
- GOODWIN, F. K., JAMISON, K. R., 2007, *Manic-depressive Illness : Bipolar Disorders and Recurrent Depression* (2<sup>e</sup> éd.), Oxford, New York.
- HARROW, M., GOLDBERG, J. F., GROSSMAN, L. S., MELTZER, H. Y., 1990, Outcome in manic disorders. A naturalistic follow-up study, *Archives of General Psychiatry*, 47, n<sup>o</sup> 7, 665-671.
- HARVEY, N. S., PEET, M., 1991, Lithium maintenance : 2. Effects of personality and attitude on health information acquisition and compliance, *British Journal of Psychiatry*, 158, 200-204.
- HONIG, A., HOFMAN, A., ROZENDAAL, N., DINGEMANS, P., 1997, Psychoeducation in bipolar disorder: Effect on expressed emotion, *Psychiatry Research*, 72, n<sup>o</sup> 1, 17-22.
- HUXLEY, N. A., PARIKH, S. V., BALDESSARINI, R. J., 2000, Effectiveness of psychosocial treatments in bipolar disorder: State of the evidence, *Harvard Review of Psychiatry*, 8, n<sup>o</sup> 3, 126-140.
- JOHNSON, S. L., 2005, Life events in bipolar disorder: Towards more specific models, *Clinical Psychology Review*, 25, n<sup>o</sup> 8, 1008-1027.
- JÖNSSON, P. D., WIJK, H., DANIELSON, E., SKÄRSÄTER, I., 2011, Outcomes of an educational intervention for the family of a person with bipolar disorder: A 2-year follow-up study, *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 18, n<sup>o</sup> 4, 333-341.
- KHAZAAL, Y., PREISIG, M., ZULLINO, D. F. (2006). Psychoéducation et traitements cognitifs et comportementaux du trouble bipolaire, *Santé mentale au Québec*, 31, n<sup>o</sup> 1, 125-143.
- MAINA, G., SALVI, V., ROSSO, G., BOGETTO, F., 2010, Cyclothymic temperament and major depressive disorder: A study on Italian patients, *Journal of Affective Disorders*, 121, n<sup>o</sup> 3, 199-203.
- MICHALAK, E. E., YATHAM, L. N., WAN, D. D. C., LAM, R. W., 2005, Perceived quality of life in patients with bipolar disorder. Does group psychoeducation have an impact? *Canadian Journal of Psychiatry*, 50, n<sup>o</sup> 2, 95-100.

- MIKLOWITZ, D. J., 2008, Adjunctive psychotherapy for bipolar disorder : State of the evidence, *The American Journal of Psychiatry*, 165, n° 11, 1408-1419.
- MIKLOWITZ, D. J., ALATIQ, Y., GOODWIN, G. M., GEDDES, J. R., FENNELL, M. J. V., DIMIDJIAN, S., WILLIAMS, J. M. G., 2009, A pilot study of mindfulness-based cognitive therapy for bipolar disorder, *International Journal of Cognitive Therapy*, 2, 373-382.
- MIKLOWITZ, D. J., ALLOY, L. B., 1999, Psychosocial factors in the course and treatment of bipolar disorder : Introduction to the special section, *Journal of Abnormal Psychology*, 108, n° 4, 555-557.
- MIKLOWITZ, D. J., JOHNSON, S. L., 2006, The psychopathology and treatment of bipolar disorder, *Annual Review of Clinical Psychology*, 2, 199-235.
- MIKLOWITZ, D. J., OTTO, M. W., FRANK, E., REILLY-HARRINGTON, N. A., KOGAN, J. N., SACHS, G. S., WISNIEWSKI, S. R., 2007, Intensive psychosocial intervention enhances functioning in patients with bipolar depression : Results from a 9-month randomized controlled trial, *The American Journal of Psychiatry*, 164, n° 9, 1340-1347.
- MILLER, I. W., SOLOMON, D. A., RYAN, C. E., KEITNER, G. I., 2004, Does adjunctive family therapy enhance recovery from bipolar I mood episodes? *Journal of Affective Disorders*, 82, n° 3, 431-436.
- O'CONNELL, R. A., MAYO, J. A., ENG, L. K., JONES, J. S., GABEL, R. H., 1985, Social support and long-term lithium outcome, *British Journal of Psychiatry*, 147, n° 3, 272-275.
- OTTO, M. W., REILLY-HARRINGTON, N., SACHS, G. S., 2003, Psychoeducational and cognitive-behavioral strategies in the management of bipolar disorder, *Journal of Affective Disorders*, 7, n°s 1-2, 171-181.
- PEET, M., HARVEY, N. S., 1991, Lithium maintenance : 1. A standard education programme for patients, *British Journal of Psychiatry*, 158, 197-200.
- PERLICK, D., CLARKIN, J. F., SIREY, J., RAUE, P., GREENFIELD, S., STRUENING, E., ROSENHECK, R., 1999, Burden experienced by care-givers of persons with bipolar affective disorder, *British Journal of Psychiatry*, 175, n° 1, 56-62.
- PERRY, A., TARRIER, N., MORRIS, R., MCCARTHY, E., LIMB, K., 1999, Randomised controlled trial of efficacy of teaching patients with bipolar disorder to identify early symptoms of relapse and obtain treatment, *British Medical Journal*, 318, n° 7177, 149-153.
- PROVENCHER, M. D., HAWKE, L. D., BARUCH, P., POULIOT, L., 2011, Transfert d'un groupe psychoéducatif pour le trouble bipolaire en 1<sup>ère</sup> ligne. Dans M. D. Provencher (Modérateur), *Symposium présenté au 33<sup>e</sup> Congrès*

annuel de la Société québécoise pour la recherche en psychologie, Québec, Québec.

- PROVENCHE, M. D., CÔTÉ, G., LEMELIN, S., O'CONNOR, K., TAILLON, A., PÉLISSIER, M.-C., ST-AMAND, J., 2009, Traitements psychologiques éprouvés en milieux hospitaliers pour les troubles mentaux graves, *Revue québécoise de psychologie*, 30, 219-241.
- REINARES, M., COLOM, F., ROSA, A. R., BONNIN, C. M., FRANCO, C., SOLE, B., VIETA, E., 2010, The impact of staging bipolar disorder on treatment outcome of family psychoeducation, *Journal of Affective Disorders*, 123, n°s 1-3, 81-86.
- REINARES, M., COLOM, F., SÁNCHEZ-MORENO, J., TORRENT, C., A., M.-A., COMES, M., VIETA, E., 2008, Impact of caregiver group psychoeducation on the course and outcome of bipolar patients in remission: A randomized controlled trial, *Bipolar Disorders*, 10, n° 4, 511-519.
- REINARES, M., VIETA, E., COLOM, F., MARTÍNEZ-ARÁN, A., TORRENT, C., COMES, M., SÁNCHEZ-MORENO, J., 2004, Impact of a psychoeducational family intervention on caregivers of stabilized bipolar patients, *Psychotherapy and Psychosomatics*, 73, n° 5, 312-319.
- SAJATOVIC, M., CHEN, P., DINES, P., SHIRLEY, E. R., 2007, Psychoeducational approaches to medication adherence in patients with bipolar disorder, *Disease Management & Health Outcomes*, 15, n° 3, 181-192.
- SAJATOVIC, M., DAVIES, M. A., GANOCY, S. J., BAUER, M. S., CASSIDY, K. A., HAYS, R. W., CALABRESE, J. R., 2009, A comparison of the Life Goals Program and treatment as usual for individuals with bipolar disorder, *Psychiatric Services*, 60, n° 9, 1182-1189.
- SCHAFFER, A., CAIRNEY, J., CHEUNG, A., VELDTHUIZEN, S., LEVITT, A., 2006a, Community survey of bipolar disorder in Canada: Lifetime prevalence and illness characteristics, *Canadian Journal of Psychiatry*, 51, 9-16.
- SCHAFFER, A., CAIRNEY, J., CHEUNG, A. H., VELDTHUIZER, S., & LEVITT, A. J., 2006b, Use of treatment services and pharmacotherapy for bipolar disorder in a general population-based mental health survey, *Journal of Clinical Psychiatry*, 67, n° 3, 386-393.
- SCOTT, J., COLOM, F., POPOVA, E., BENABARRE, A., CRUZ, N., VALENTI, M., VIETA, E., 2009, Long-term mental health resource utilization and cost of care following group psychoeducation or unstructured group support for bipolar disorders: A cost-benefit analysis, *Journal of Clinical Psychiatry*, 70, n° 3, 378-386.
- SIMON, G. E., LUDMAN, E. J., BAUER, M. S., UNÜTZER, J., OPERSKALSKI, B., 2006, Long-term effectiveness and cost of a systematic care program for bipolar disorder, *Archives of General Psychiatry*, 63, n° 5, 500-508.

- SIMON, G. E., LUDMAN, E. J., UNÜTZER, J., BAUER, M. S., OPERSKALSKI, B., & RUTTER, C., 2005, Randomized trial of a population-based care program for people with bipolar disorder, *Psychological Medicine*, 35, n° 1, 13-24.
- SOARES, J. J. F., STINTZIG, C. P., JACKSON, C., SKÖLDIN, B., 1997, Psychoeducation for patients with bipolar disorder: An exploratory study, *Nordic Journal of Psychiatry*, 51, n° 6, 439-446.
- SORENSEN, J., DONE, D. J., RHODES, J., 2007, A case series evaluation of a brief, psycho-education approach intended for the prevention of relapse in bipolar disorder, *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 35, n° 1, 93-107.
- STENSLAND, M. D., JACOBSON, J. G., NYHUIS, A., 2007, Service utilization and associated direct costs for bipolar disorder in 2004: An analysis in managed care, *Journal of Affective Disorders*, 101, n° 1-3, 187-193.
- TOURNIER, M., COUGNARD, A., VERDOUX, H., DROULOUT, T., 2008, Évaluation d'un programme de psychoéducation individuel chez des patients hospitalisés pour un trouble bipolaire, *Annales médico-psychologiques*, 166, n° 4, 286-291.
- VAN GENT, E. M., 2000, Une étude suivie de 3 ans de thérapies de groupe additives au traitement au lithium, *L'ENCÉPHALE*, 26, n° 2, 76-79.
- VAN GENT, E. M., VIDA, S. L., ZWART, F. M., 1988, Group therapy in addition to lithium therapy in patients with bipolar disorders, *Acta Psychiatrica Belgica*, 88, n°s 5-6, 405-418.
- VAN GENT, E. M., ZWART, F. M., 1991, Psychoeducation of partners of bipolar manic patients, *Journal of Affective Disorders*, 21, n° 1, 15-18.
- VAN GENT, E. M., ZWART, F. M., 1993a, Five year follow-up after educational group therapy added to lithium prophylaxis: Five years after group added to lithium, *DEPRESSION*, 1, n° 4, 225-226.
- VAN GENT, E. M., ZWART, F. M., 1993b, Ultra-short versus short group therapy in addition to lithium, *Patient Education and Counseling*, 21, 135-141.
- VAN GENT, E. M., ZWART, F. M., 1994, A long follow-up after group therapy in conjunction with lithium prophylaxis, *Nordic Journal of Psychiatry*, 48, no.1, 9-12.
- WEBER ROUGET, B., AUBRY, J.-M., 2007, Efficacy of psychoeducational approaches on bipolar disorders: A review of the literature, *Journal of Affective Disorders*, 98, n°s 1-2, 11-27.
- WILLIAMS, J. M., ALATIQ, Y., CRANE, C., BARNHOFER, T., FENNELL, M. J., DUGGAN, D. S., GOODWIN, G. M., 2008, Mindfulness-Based Cognitive

Therapy (MBCT) in bipolar disorder: Preliminary evaluation of immediate effects on between-episode functioning, *Journal of Affective Disorders*, 107, 275-279.

YATHAM, L. N., KENNEDY, S. H., SCHAFER, A., PARIKH, S. V., BEAULIEU, S., O'DONOVAN, C., KAPCZINSKI, F. V., 2009, Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) and International Society for Bipolar Disorders (ISBD) collaborative update of CANMAT guidelines for the management of patients with bipolar disorder: Update 2009, *Bipolar Disorders*, 11, n° 3, 225-255.

ZARETSKY, A. E., LANCEE, W., MILLER, C., HARRIS, A., PARIKH, S. V., 2008, Is cognitive-behavioural therapy more effective than psychoeducation in bipolar disorder? *Canadian Journal of Psychiatry*, 53, n° 7, 441-448.

## ABSTRACT

### **La psychoéducation pour les troubles bipolaires : Recension des écrits et recommandations pour le système de santé québécois**

Bipolar disorder is a chronic mental illness characterized by recurrent affective episodes, as well as marked residual symptoms that interfere with functioning. Pharmacotherapy remains the cornerstone of treatment. Unfortunately, medication has limited effects on some aspects of the disorder, while many patients have difficulty complying with pharmacological treatment. This literature review examines the role of psychoeducation as a complementary treatment for patients with bipolar disorder. Different formats of structured psychoeducation are presented, including two evidence-based, manualized treatments. With a view to dissemination, recommendations are proposed for the implantation of psychoeducation in Quebec's healthcare system.