

PSYCHOEDUCATION DES TROUBLES BIPOLAIRES
**Une stratégie psychothérapeutique méconnue, peu
diffusée et pourtant très efficace**

**La Fondation FondaMental lance, auprès des professionnels
de santé, une formation à la psychoéducation des patients
atteints de troubles bipolaires**

DOSSIER DE PRESSE

25 mai 2011

Maison des Arts et Métiers

Contacts Presse

Agence Presse Papiers - Tél : 01 46 99 69 69

Catherine Gros – catherine.gros@pressepapiers.fr

Valérie Chau – valerie.chau@pressepapiers.fr

Sommaire

Communiqué de presse	p3
Les troubles bipolaires Etat des lieux	p5
La psychoéducation Un outil thérapeutique innovant et à l'efficacité thérapeutique prouvée	p8
Interview de Chantal Henry, responsable des Centres Experts FondaMental	p13
La formation FondaMental Campus	p14
Interview du Dr Bruno Etain, psychiatre au CHU de Créteil, Hôpital A. Chenevier	p15
Interview du Dr Christian Gay, psychiatre libéral	p16
Annexe	p18

PSYCHOEDUCATION DES TROUBLES BIPOLAIRES

Une stratégie psychothérapeutique méconnue, peu diffusée et pourtant très efficace

La Fondation FondaMental lance, auprès des professionnels de santé, une formation à la psychoéducation des patients atteints de troubles bipolaires

Le 17 mai 2011, la fondation FondaMental, à travers son pôle FondaMental Campus, lance son premier programme de formation à destination des professionnels de santé sur la psychoéducation des patients atteints de troubles bipolaires.

Premier volet d'une série de programmes visant à promouvoir des thérapeutiques innovantes et à encourager leur adoption en soins de routine, cette formation s'inscrit dans la philosophie de l'éducation thérapeutique.

La psychoéducation : un outil pertinent et efficace pour relever les défis thérapeutiques

La psychoéducation des troubles bipolaires ou de la schizophrénie fait partie des **recommandations internationales de prise en charge mais reste encore marginale à l'heure actuelle en France**, bien que cette thérapie innovante soit efficace et relativement peu coûteuse.

Plusieurs études scientifiques randomisées et contrôlées ont démontré son efficacité : diminution du taux de rechutes dépressives et maniaques, diminution de la durée des hospitalisations et meilleure adhérence au traitement médicamenteux...

La psychoéducation se conçoit comme une stratégie complémentaire et indissociable de la pharmacothérapie, dont les limites dans le traitement des troubles bipolaires sont aujourd'hui bien connues. Elle est également complémentaire des autres approches psychothérapeutiques existantes.

S'inscrivant dans la philosophie de l'éducation thérapeutique, la psychoéducation a pour ambition d'améliorer la connaissance d'un individu sur sa maladie, de l'aider à détecter les signes et symptômes annonciateurs de rechute et à jouer un rôle actif dans la réduction des risques à travers une meilleure gestion au quotidien des facteurs de stress, l'adoption d'un mode de vie plus équilibré et une meilleure adhérence au traitement médicamenteux.

Elle offre une réponse aux défis thérapeutiques posés par les troubles bipolaires, liés par exemple à une mauvaise observance des traitements médicamenteux ou à l'adoption de conduites à risque.

Une formation à l'attention des professionnels de santé

C'est pour encourager **la diffusion de cette stratégie psychothérapeutique dans les soins courants** que la fondation FondaMental a développé un programme de formation à la psychoéducation des patients bipolaires à l'attention des professionnels de santé.

Cette formation d'une journée est ouverte aux psychiatres hospitaliers et libéraux, psychologues, cadres de santé et infirmiers(ères) au titre de la formation continue.

La réalisation du programme FondaMental Campus a été coordonnée par Pr Chantal Henry (PU-PH, psychiatre, CHU de Créteil), Dr Bruno Etain (PH, psychiatre, CHU de Créteil) et Mme Katia M'Bailara (Maître de conférences, psychologue, Hôpital Charles Perrens, Bordeaux) et **validée par un conseil scientifique international** : Pr Jan Scott, Pr Edouard Vieta, Dr Francesc Colom et Dr Christian Gay.

A propos de la Fondation FondaMental

Créée en 2007 par Valérie Péresse, Ministre de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche, la Fondation FondaMental est une fondation de coopération scientifique, issue d'un Réseau Thématique de Recherche et de Soins (RTRS) en Santé Mentale.

Ses travaux portent prioritairement sur les trois maladies psychiatriques considérées comme les plus invalidantes : **les troubles bipolaires, la schizophrénie et l'autisme de haut niveau (ou syndrome d'Asperger)**. Ils favorisent également la compréhension et le traitement de pathologies comme la dépression ou les conduites suicidaires.

Les membres fondateurs de la Fondation FondaMental : AP-HP, Inserm, CEA, Université Paris-Descartes, Pierre et Marie Curie, et Paris-Est Créteil. La Fondation FondaMental fédère, sur l'ensemble du territoire, psychiatres et chercheurs renommés appartenant à plus de soixante laboratoires de recherche et de services hospitaliers.

Ses missions : mettre en place une vraie politique de prévention, de dépistage et de diagnostic des maladies psychiatriques :

- 1/ **Soins** : créer un réseau National et Européen de centres experts, centres de consultations spécialisées, permettant le suivi de cohortes à l'aide d'un dossier médical informatisé, unique et partagé par tous les centres ;
- 2/ **Recherche** : fédérer un réseau national de chercheurs publics et privés, en lien avec des plateformes fondamentales (biologie moléculaire, imagerie cérébrale...) qui a déjà permis des découvertes majeures (découverte des mutations de gènes dans l'autisme, innovations thérapeutiques...);
- 3/ **Formation des professionnels de santé et sensibilisation du monde de l'entreprise** au dépistage et à la connaissance des facteurs de risque des maladies mentales ;
- 4/ **Communication** sur les maladies mentales auprès du grand public pour diminuer la stigmatisation.

Plus d'informations sur www.fondation-fondamental.org

Contacts Presse

Agence Presse Papiers - Tél : 01 46 99 69 69

Catherine Gros – catherine.gros@pressepapiers.fr

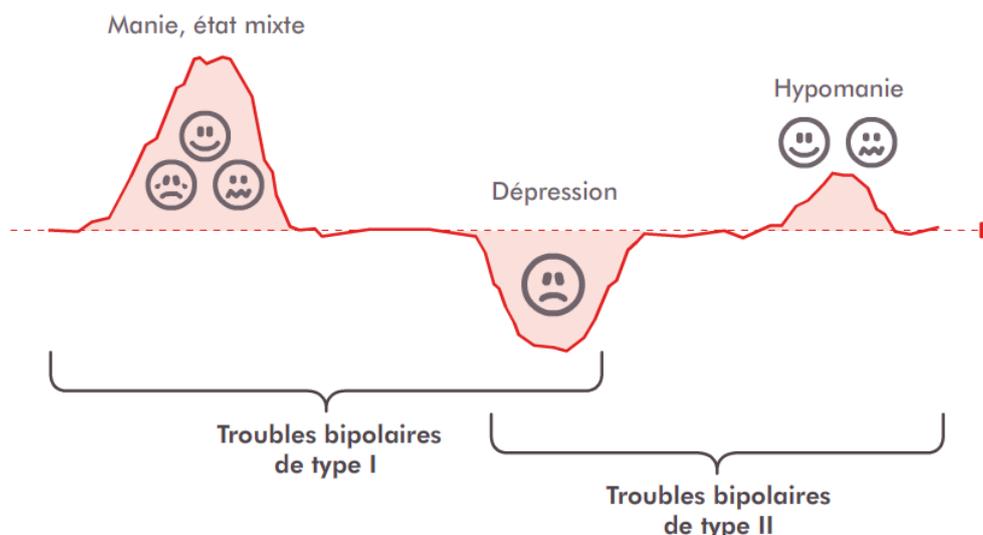
Valérie Chau– valerie.chau@pressepapiers.fr

Les troubles bipolaires, un défi pour les praticiens

- **1 à 4 % de la population** (selon les formes de la maladie)
- **20 % de décès par suicide**
- **Un délai de 10 ans en moyenne** pour recevoir un traitement approprié
- **Début précoce de la maladie** (adolescence, début de l'âge adulte)
- **Alternance d'épisodes dépressifs et d'épisodes d'exaltation maniaque**
- **Un pronostic** qui dépend de la précocité du diagnostic et de la mise en place de stratégies thérapeutiques spécifiques

Les troubles bipolaires : des maladies multi-systémiques, chroniques, au pronostic sévère

Les troubles bipolaires se caractérisent par une alternance de phases maniaques (excitation pathologique) et dépressives, entrecoupées de phases de stabilisation pendant lesquelles peuvent perdurer des symptômes résiduels qui, non pris en compte, peuvent conduire à une rechute.



6ème cause de handicap toutes pathologies confondues (selon le classement de l'Organisation Mondiale de la Santé), ils ont une **prévalence de 4,4%** au sein de la population générale selon les formes considérées (type I et type II).

La complexité et l'hétérogénéité des troubles bipolaires comme l'imprécision relative de leurs limites font que **leur diagnostic reste difficile** et que les erreurs diagnostiques sont fréquentes : ils peuvent être confondus avec la dépression, la schizophrénie, les troubles anxieux, les addictions ou les troubles de la personnalité.

Ainsi, **près de 10 ans s'écoulent entre le premier épisode dépressif ou maniaque et la prescription de psychotropes stabilisateurs d'humeur** (Drancourt et al, soumis).

Enfin, **leur pronostic est sévère** et est associé à des **taux élevés d'invalidité, de chômage et de mortalité**, du fait des risques de suicide (15 à 20% des patients non traités décèdent par suicide), des pathologies somatiques associées (maladies cardiovasculaires, diabète, obésité, syndrome métabolique...) et des comportements à risque des patients (abus d'alcool ou de toxiques, dépenses inconsidérées, excès de vitesse...).

Quelles stratégies thérapeutiques pour les troubles bipolaires ?

Les soins et l'approche préventive mêlent à la fois l'adoption d'un **mode de vie sain et régulier** ainsi que la **combinaison de différentes stratégies thérapeutiques**, incluant les prescriptions médicamenteuses (thymorégulateurs, « antimaniaques », antidépresseurs) et les thérapies psychosociales (psychoéducation, thérapie interpersonnelle axée sur les rythmes sociaux, thérapie familiale, thérapie cognitivo-comportementale, etc.).

La seule approche pharmacologique, comme la seule approche psychosociale ou la seule adoption d'un mode de vie sain sont inaptes à traiter la majorité des troubles bipolaires et à permettre une stabilisation de l'état des patients.

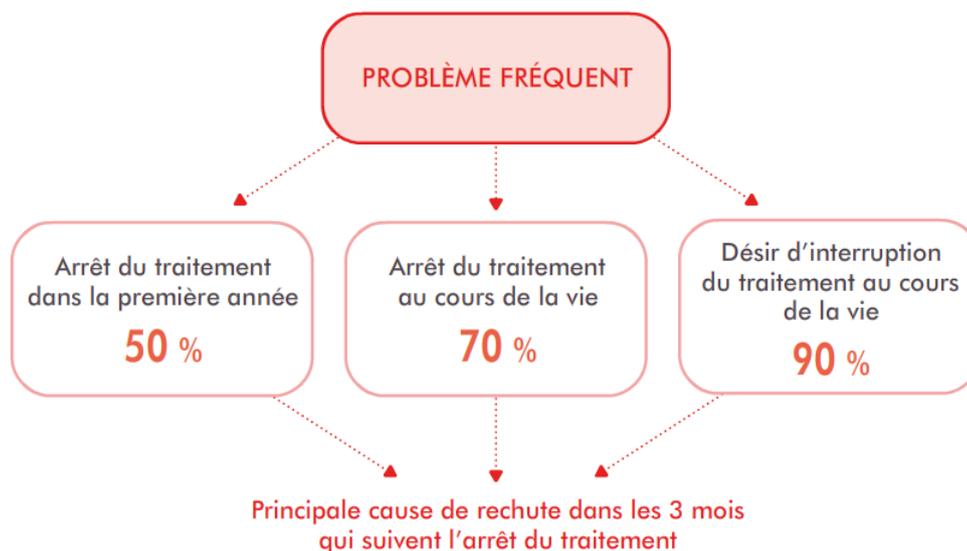
Les soins des troubles bipolaires s'envisagent donc de façon intégrée et adaptée à l'état de chaque patient (médecine personnalisée). Ils nécessitent également un suivi précis des pathologies somatiques (diabète, maladies cardio-vasculaires, etc.) et psychiatriques associées, ainsi qu'une attention particulière aux symptômes résiduels (dysrégulation émotionnelle, troubles du sommeil et du rythme circadien, difficultés cognitives).

Les défis thérapeutiques posés par les troubles bipolaires

La mise en place de ces stratégies thérapeutiques s'accompagne de nombreux défis à relever

Patients comme médecins témoignent de ce long processus vers l'acceptation de la maladie. Diagnostic « inacceptable », pas « entendu », qui nécessite de nombreux renoncements, le chemin vers la reconnaissance de sa maladie par le patient est douloureux et chaotique.

Les troubles bipolaires peuvent conduire le patient au déni, à la colère, à l'angoisse et à des émotions susceptibles de devenir contreproductives et de conduire à une rupture du suivi des traitements médicamenteux, cette non-adhésion au traitement constituant une cause importante de rechute.



La difficile observance des traitements pharmacologiques (qui n'est pas propre aux troubles bipolaires) est par ailleurs renforcée par les effets secondaires indésirables des médicaments : perte de cheveux, prise de poids, perte de libido, tremblements. Nombreux sont les malades qui interrompent leur traitement sans oser l'avouer à leur médecin et chez lesquels on observe alors des rechutes.

Les patients restent souvent très en difficulté pour détecter de manière précoce la survenue d'un nouvel épisode de la maladie et pour engager des stratégies d'action précoce visant à contrôler une décompensation.

L'adoption d'un mode de vie sain et régulier est également une gageure et nécessite au préalable une compréhension fine de la maladie.

Enfin, le développement de conduites à risque (toxicomanie, alcoolisme, etc.) peut être observé chez certains patients et constitue également un obstacle majeur au suivi des stratégies thérapeutiques proposées.

Psychoéducation

Une « alliance thérapeutique centrée sur la collaboration, l'information et la confiance »¹

La psychoéducation pour les patients atteints de troubles bipolaires s'attache à lever les défis thérapeutiques posés par la maladie en faisant des **patients des acteurs de leurs soins**. Elle compte parmi les thérapies psychosociales, alliées indispensables et complémentaires de l'approche pharmacologique dans le traitement des troubles bipolaires.

On distingue **4 types de thérapies psychosociales**, dont l'efficacité a été démontrée par différents travaux scientifiques :

- *la psychoéducation en groupe* ;
- *la thérapie interpersonnelle et des rythmes sociaux*, pour aider les patients à réguler leurs routines quotidiennes, à diminuer les problèmes interpersonnels et à mieux comprendre leur traitement ;
- *la thérapie cognitivo-comportementale*, qui s'appuie sur l'utilisation de techniques cognitives classiques (analyse des erreurs cognitives dans le traitement de l'information ou analyse des conséquences de conduites de vie) ;
- *les interventions familiales*, qui accompagnent les familles afin de les aider à mieux appréhender la gestion au quotidien d'un proche malade.

Les fondamentaux : information, compréhension, prévention

Les principaux objectifs de la psychoéducation sont les suivants :

- **optimiser le traitement médicamenteux**, en améliorant son observance, en prévenant les abus de substances et en informant sur les effets indésirables possibles ;
- **prévenir les rechutes**: faciliter l'identification des symptômes annonciateurs, permettre de contrôler les situations de stress et aider à respecter les règles d'hygiène de vie ;
- **améliorer la qualité de vie du sujet** dans toutes ses dimensions (personnelles, familiales, professionnelles, relationnelles) ;
- **favoriser l'acceptation du trouble et lutter contre la stigmatisation** par l'information du patient et de son entourage. L'ignorance entretient l'intolérance, la peur, le rejet, la discrimination, la honte, la culpabilité ...

« On ne peut arrêter le flot des vagues mais on peut apprendre à surfer »

Jon Kabatt-Zinn

La psychoéducation recouvre trois domaines d'action (pédagogique, psychologique, comportemental) :

- **la dimension pédagogique** : partager avec pédagogie, de façon claire, structurée et objective les connaissances sur la maladie et en discuter. Une expression floue, des concepts imprécis ne peuvent qu'augmenter le potentiel considérable de confusion et d'obstacles pour les patients. Seront notamment traités la nature de la maladie et la symptomatologie (aider le patient à identifier ses symptômes), les traitements, la prévention de la rechute.

¹ Colom F et Vieta E. Manuel de psychoéducation pour les troubles bipolaires. Ed Solal, Marseille (2006)

- **la dimension psychologique** : soutenir le patient, l'amener à accepter son traitement, lui donner l'espoir d'une amélioration, associer les proches...
- **la dimension comportementale** : mettre l'accent sur la régularité des rythmes sociaux (rythme veille-sommeil, horaires de travail de repas...).

Il s'agit de **donner au patient les moyens de gérer de la façon la plus autonome possible sa maladie et ses conséquences psychosociales** car « *le patient qui méconnaît sa maladie ne connaît pas sa vie, se sent incapable de faire des projets d'avenir, de prévoir, se sent comme le dirait l'un de nos patients "absolument sans défense face aux caprices hasardeux de son humeur."* »²

Un travail de groupe pour une personnalisation des réponses

La méthodologie propre à la psychoéducation repose sur l'animation, par des thérapeutes, de trois types de groupes :

- groupes de patients en phase euthymique (hors période de crise) ;
- groupes de proches ;
- groupes mixtes.

Les échanges, l'interactivité comme le partage d'expériences constituent la base du travail de groupe et sont des ressorts essentiels d'un travail psychoéducatif. Il ne s'agit pas de délivrer un savoir académique mais de permettre l'appropriation par chacun, et par l'exemple, de ce que recouvre la maladie et des moyens, au quotidien, de la gérer au mieux pour retrouver une forme de contrôle.

« L'incompréhension est une maladie opportuniste qui aggrave le cours des troubles psychiatriques. »

Francesc Colom et Eduard Vieta, Manuel de la psychoéducation des troubles bipolaires

Un des fondements de la psychoéducation porte sur la **responsabilisation** des patients et l'adoption de **stratégies individuelles** adaptées au cas de chacun. La confrontation des expériences permet aux patients de prendre conscience des multiples formes de troubles bipolaires et des multiples façons d'y répondre. Ils apprennent ainsi à découvrir leur propre trouble bipolaire et les stratégies qui leur seront adaptées.

Efficacité de la psychoéducation

Parmi les différentes formes de thérapies psychosociales, la psychoéducation des patients atteints de troubles bipolaires est très certainement celle qui bénéficie des études scientifiques les plus robustes.

Ces dernières ont démontré une nette amélioration de l'état de santé des patients : diminution du nombre des rechutes, allongement des intervalles sans crise, meilleure observance des traitements médicaux et baisse des hospitalisations.

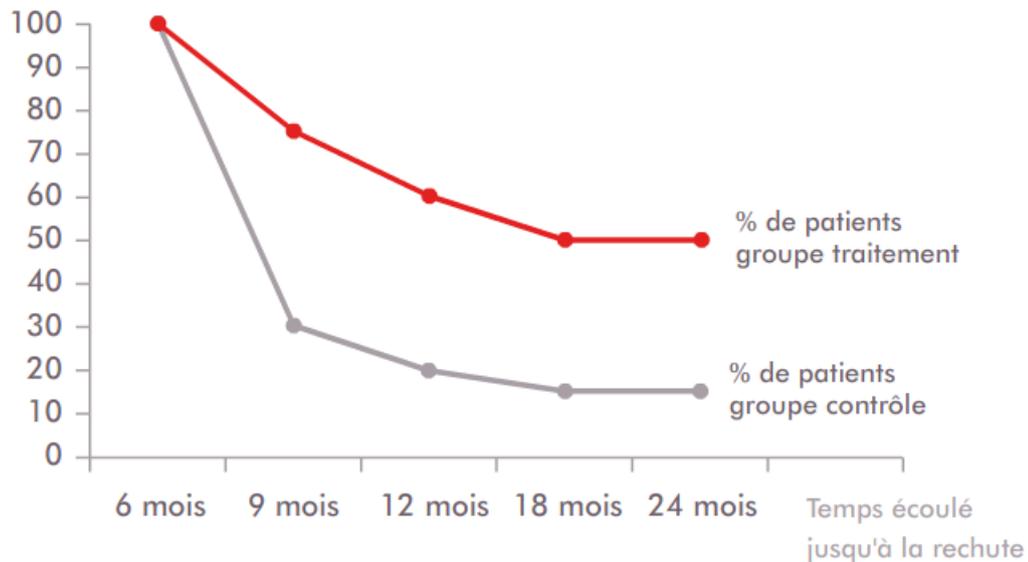
Ainsi, une étude réalisée en 2003 (Miklowitz et al), sur une population de 101 patients suivis pendant deux ans et ayant bénéficié de 21 séances de psychoéducation et d'une approche comportementaliste, a noté une diminution du nombre des rechutes (35 % contre 54 % dans le groupe contrôle).

² Colom F et Vieta E. Manuel de psychoéducation pour les troubles bipolaires. Ed Solal, Marseille (2006)

Efficacité de la psychoéducation dans la prévention des rechutes

Ref : Colom et al. Arch Gen Psychiatry 2003

% de patients

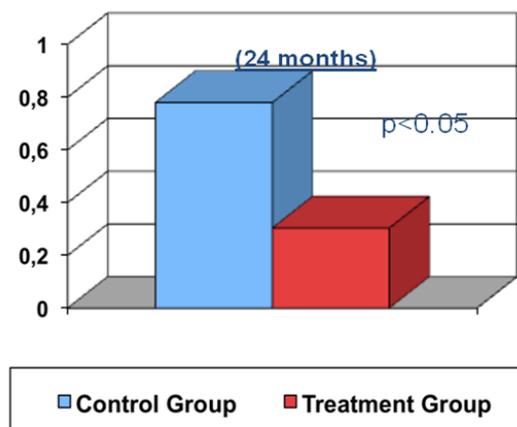


Hospitalisations (frequence et durée)

Pas de différence concernant le % de patients nécessitant une hospitalisation sur la période de 24 mois (35% contrôle vs. 25% PE)

Réduction de la durée moyenne des hospitalisations (24 jours PE vs. 41 jours contrôle, $p < 0.05$)

Réduction du nombre moyen d'H (Ci contre)



Petite histoire de la psychoéducation

La question de l'éducation des patients est apparue vers les années 1980 avec la constitution de « groupes lithium », dont l'ambition initiale était de former les patients sur la prise de lithium dont le dosage est complexe.

Ces premières expériences, basées exclusivement sur la dimension pharmacologique, ont eu des résultats satisfaisants et ont connu un essor dans les années 1990 en s'ouvrant aux autres dimensions de la pathologie.

Les contenus se sont progressivement structurés jusqu'à aboutir, fin des années 1990, à une théorisation de la psychoéducation autour de deux écoles : l'école de Barcelone (travaux de F. Colom et E. Vieta) et l'école anglaise (travaux de M. Bauer et L. Mc Bride), plus cognitivo-comportementale.

C'est au début des années 2000 que les premières études d'efficacité ont commencé à être publiées. Et c'est en 2005, au sein du Canadian Network for Mood and Anxiety Treatment, que la psychoéducation est apparue dans les recommandations internationales pour le traitement des troubles bipolaires.

Une approche coûts/bénéfices de la psychoéducation

Jan Scott est professeur de psychologie médicale à l'Université de Newcastle. Elle a mené de nombreux travaux sur les thérapies psychosociales.

Vous vous êtes intéressée aux thérapies psychosociales sous l'angle coûts/bénéfices. Pourquoi ?

JS : Mon travail a évalué l'influence des thérapies psychosociales sur l'utilisation des services médicaux et plus particulièrement

des services de santé mentale. Un discours critique commençait à émerger, dénonçant le coût de ces thérapies et nous avons voulu vérifier ce qu'il en était.

Comment avez-vous procédé ?

JS : Nous avons mené une étude randomisée³ sur 5 ans (d'octobre 1997 à octobre 2006), portant sur deux groupes de patients : 60 patients intégrés dans un programme psychoéducatif et 60 patients participant à des groupes de soutien non structurés. Les résultats démontrent l'importance d'une approche à long terme du rapport coûts/bénéfices de la psychoéducation. En effet, à court terme, les patients suivant un programme de psychoéducation utilisent davantage les services de soins (consultations médicales plus fréquentes, participation à des thérapies) sans que le gain en santé soit important et immédiatement repérable. En revanche, sur le plus long terme, ces patients adhèrent mieux aux traitements, ont moins recours aux services d'urgence et sont moins souvent hospitalisés. De ce point de vue, les groupes de psychoéducation diminuent le coût de la prise en charge des patients par rapport aux groupes de soutien non structurés.



Jan Scott, Professor of Psychological Medicine, Newcastle University, & Consultant Psychiatrist, Regional Affective Disorders Service - Honorary Professor, Institute of Psychiatry, London, UK

³ Scott J, Colom F, Popova E, et al. Long-term mental health resource utilization and cost of care following group psychoeducation or unstructured group support for bipolar disorders: a cost-benefit analysis. *J Clin Psychiatry.*, 70(3):378-86.

Dans la mouvance de l'éducation thérapeutique

La définition retenue de l'ETP est celle du rapport de l'OMS-Europe, publiée en 1996, Therapeutic Patient Education – Continuing Education Programmes for Health Care Providers in the field of Chronic Disease, traduit en français en 1998. L'éducation du patient ou ETP est définie (p 28 de la traduction française) comme suit :

« Elle vise à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique.

Elle fait partie intégrante et de façon permanente de la prise en charge du patient.

Elle comprend des activités organisées, y compris un soutien psychosocial, conçues pour rendre les patients conscients et informés de leur maladie, des soins, de l'organisation et des procédures hospitalières, et des comportements liés à la santé et à la maladie.

Ceci a pour but de les aider (ainsi que leurs familles) à comprendre leur maladie et leur traitement, collaborer ensemble et assumer leurs responsabilités dans leur propre prise en charge, dans le but de les aider à maintenir et améliorer leur qualité de vie. »

Interview

Pr Chantal Henry, responsable du Réseau des Centres Experts FondaMental



« La psychoéducation est mal comprise en France. »

Comment expliquez-vous que la psychoéducation soit si peu pratiquée en France ?

CH : Il y a plusieurs facteurs qui entrent en ligne de compte. Tout d'abord, et ainsi que l'indiquait un rapport remis au Sénat sur l'usage des psychotropes en France, on observe des inadéquations entre recommandations internationales de bonnes pratiques et pratique courante. D'autre part, une partie de la communauté médicale est réfractaire à cette thérapeutique, l'associant à tort à une forme de rééducation ne délivrant que de l'information sur la maladie. Peu prescrite, peu pratiquée et peu enseignée, la psychoéducation est donc mise en œuvre sur la seule bonne volonté d'équipes souvent spécialisées dans la prise en charge des patients atteints de troubles bipolaires (c'est le cas des Centres Experts FondaMental), qui se sont documentées et formées à cette thérapie.

La psychoéducation délivre pourtant bien une information sur la maladie. Que se joue-t-il d'autre à travers ces séances ?

CH : La psychoéducation est avant tout une thérapie de groupe, qui s'appuie sur les techniques propres à la thérapie de groupe. De fait, l'efficacité tient avant tout à l'interactivité entre les participants. C'est la parole des patients qui va avoir un impact sur les autres, et pas seulement les informations délivrées par le thérapeute. La psychoéducation est mal comprise en France et c'est regrettable. Elle propose une approche de « l'ici et maintenant », c'est-à-dire : comment aider les patients à prendre conscience des difficultés qu'ils rencontrent et les aider à identifier les stratégies à même de leur redonner un peu de contrôle sur leur vie. La psychoéducation ne se substitue pas au traitement pharmacologique, qui reste le traitement de référence, et se révèle par ailleurs très complémentaire d'autres approches psychothérapeutiques.

Les études d'efficacité de la psychoéducation pointent-elles un bénéfice à court terme ou à long terme du suivi d'un programme de psychoéducation ?

CH : Plusieurs études randomisées ont été menées, c'est-à-dire des études portant sur l'analyse comparative de deux groupes de patients sélectionnés au hasard et ayant suivi soit un programme de psychoéducation, soit une activité de groupe non structurée. Toutes ces études prouvent que les améliorations sont importantes dans les groupes de psychoéducation : moins de rechutes, et lorsqu'il y a rechutes elles sont moins sévères (moins de jours d'hospitalisation). Deux études menées par Francesc Colom, publiées en 2003 et 2009, s'est intéressée aux conséquences à deux ans et à cinq ans. Dans les deux cas, les patients psychoéduqués présentent moins de rechutes et ont connu moins de jours d'hospitalisation que les patients du groupe contrôle. Des études ont également été menées par Miklowitz sur des groupes de psychoéducation mixtes (s'adressant aux patients et à leurs apparentés) comme sur des groupes destinés uniquement aux apparentés. Là encore, les résultats sont formels : on observe moins de rechutes ou ces dernières sont moins sévères chez les patients dont les proches ont suivi un programme de psychoéducation. De la même manière donc, les familles comprenant mieux la pathologie sont mieux à même d'accompagner leur proche malade et de ne pas reproduire des attitudes aggravantes. Cela ouvre de nombreuses perspectives et nous réfléchissons à la mise en place d'une formation à la psychoéducation des proches de patients atteints de troubles bipolaires. Il y a encore des choses à faire avancer pour améliorer la prise en charge des patients.

La formation FondaMental Campus

Une formation FondaMental Campus

Vous êtes :

- psychologue,
- infirmier(e),
- cadre de santé,
- psychiatre du secteur public ou d'exercice privé ou mixte,
- psychiatre libéral

Formez-vous à la psychoéducation pour les troubles bipolaires!

Psychoéducation pour les troubles bipolaires:

- Une approche psychothérapeutique efficace et validée qui donne aux patients une meilleure connaissance de leur maladie, permet une meilleure observance aux traitements et une diminution des rechutes.
- Un outil clé qui vous permettra de compléter vos actions de soins courants et que vous pourrez valoriser dans votre exercice professionnel.

fondation fondaMental

Réseau de coopération scientifique en santé mentale*

* Créé par le Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche.
Directrice: Pr Marion Leboyer



Programme d'une journée qui s'adresse aux psychologue(s), psychiatre(s), infirmier(s), cadre(s) de santé ou médecins généralistes.

PROGRAMME DE LA JOURNEE DE FORMATION DES PROFESSIONNELS DE SANTE

- Présentation de ce qu'est la psychoéducation ?
- Présentation du programme de 12 séances à destination des patients (ci-dessous)
- Présentation des supports pédagogiques à utiliser pendant les séances de psychoéducation des patients
- Echanges autour des bonnes pratiques : conseils pour bien débuter un programme de psychoéducation

Déroulement du programme de psychoéducation avec des patients conçu par FondaMental Campus



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

Interview

Dr Bruno Etain, psychiatre, Hôpital A. Chenevier, Créteil Responsable du réseau des Centres Experts troubles bipolaires

« Cette formation se veut avant tout pragmatique »



Pourquoi avoir créé une formation des professionnels de santé à la psychoéducation ?

BE : Nous sommes face à une aberration concernant la psychoéducation : il s'agit d'une thérapeutique peu coûteuse, relativement facile à mettre en œuvre, faisant partie des recommandations internationales, dont l'efficacité a été largement prouvée à travers de nombreuses études et qui, pour autant, est très peu pratiquée et disponible en France. Cela nous semblait important, qu'au-delà des programmes proposés au sein des Centres Experts, on trouve un moyen de promouvoir cette thérapie et de la diffuser.

Comment avez-vous conçu ce programme ?

BE : Nous sommes partis des pratiques des Centres Experts FondaMental et avons mis en commun nos expériences. Cela nous a permis de construire un programme faisant la synthèse de nos pratiques et des outils que nous utilisons. Cela a débouché sur l'adoption d'un programme de 12 séances de 90 minutes dont nous avons fait valider le contenu par un comité d'experts internationaux composé des professeurs Jan Scott et Eduard Vieta et des docteurs Francesc Colom et Christian Gay.

Il n'existe pas de modèle unique de groupe psychoéducatif. Quels arbitrages avez-vous faits ?

BE : Tous les groupes de psychoéducation reposent à peu près sur les mêmes fondements mais il n'existe pas de consensus autour de la durée du programme. Cela varie généralement entre 6 et 21 séances. Les études scientifiques ont montré qu'en deçà de 8 séances, l'efficacité n'était pas démontrée, sans pour autant que nous ne disposions de données scientifiques sur l'efficacité comparative des programmes longs ou courts. Nous avons opté pour un programme de 12 séances parce qu'il est généralement mieux toléré par les patients, on a moins de risque d'abandon en cours de programme et il est plus aisé à mettre en place par les équipes qui l'adoptent, ce qui facilite la dissémination dans les soins courants.

Quelles sont les raisons pour lesquelles un patient arrête la psychoéducation ?

BE : Il y en a plusieurs : une phase de décompensation, un changement de vie (organisation professionnelle ou familiale), une anxiété... Avant de proposer à un patient de suivre un programme de psychoéducation, nous avons un entretien individuel qui nous permet d'évaluer ensemble si c'est une thérapie adaptée.

A qui s'adresse la formation FondaMental Campus ? Comment s'organise-t-elle ?

BE : Elle s'adresse à des professionnels de santé qui suivent des patients atteints de troubles bipolaires, qui s'intéressent à cette pathologie et qui sont motivés. Le but est de leur donner les outils nécessaires au bon déroulement des séances, d'aider à la prise en main du CD-Rom que nous avons conçu et qui sert de support aux séances et surtout de donner des trucs et astuces pour éviter les écueils des débuts.

Interview

Dr Christian Gay, psychiatre libéral, Clinique médicale du Château de Garches

« La psychoéducation m'a enseigné une plus grande transparence avec les patients et les familles »



Vous pratiquez la psychoéducation depuis plus de dix ans. Comment avez-vous découvert cette approche ?

CG : Ma découverte de la psychoéducation a été assez progressive et concomitante avec des premières réunions d'information des patients que nous commençons à organiser au début des années 1980. Nous pressentions qu'il était crucial que les patients bénéficient d'une information mais nous tâtonnions. Les premières publications scientifiques sur le sujet ont commencé à paraître dès la fin des années 1980 et je les ai suivies avec intérêt. Mais le véritable déclic a eu lieu pour moi en 2000 avec la parution du livre de Linda

Mac Bride et Mark Bauer. Nous avons achevé de structurer ce que nous organisions auparavant sans méthode et avons finalisé un programme en 15 séances.

En quoi la psychoéducation a-t-elle changé votre pratique et votre façon d'appréhender les troubles bipolaires ?

CG : En tout premier lieu, ce qui me paraît absolument essentiel, c'est que la psychoéducation apporte beaucoup aux patients. L'expérience collective du groupe et l'interactivité permettent à chacun de s'approprier les choses. Les savoirs ne sont pas exclusivement donnés par le médecin mais par les participants eux-mêmes et cela donne beaucoup plus de poids aux informations transmises. La psychoéducation a cette grande vertu de faire bouger les lignes, elle ne révolutionne pas la vie d'un patient ni ne le guérit, mais elle agit sur des aspects importants : les angoisses, les stratégies de gestion au quotidien, une meilleure identification des signes précurseurs d'une crise... *« On ne peut pas changer la direction du vent mais on peut apprendre à orienter les voiles ».*

Pour le praticien aussi cela fait bouger les choses. Nous apprenons beaucoup des patients sur cette maladie complexe. Cela m'a permis notamment de mieux comprendre comment les patients la vivent au quotidien, d'être plus vigilant quant à ma façon d'exprimer les choses. En pratique courante, cela m'a permis également de réutiliser des arguments qui sont compris par les patients et donc efficaces. Un autre acquis majeur de la psychoéducation dans ma pratique de médecin est que je suis aujourd'hui beaucoup plus transparent avec les patients et les proches.

Quelles sont les étapes qui restent les plus difficiles pour le patient psychoéduqué ?

CG : Cela varie d'un patient à l'autre et personne n'est égal devant la maladie, la sévérité des symptômes et la capacité à y faire face. Il n'y a donc pas de réponse univoque. L'identification et la reconnaissance des signes précurseurs d'une crise restent un passage complexe. Tout comme la sortie de la dépression. Les phases maniaques posent peu de problèmes aux patients car souvent ils ne les identifient pas comme des états pathologiques et en apprécient un confort de vie du fait de la désinhibition. L'identification de signaux-symptômes constitue une étape fondamentale car elle permettra d'agir le plus précocement possible *« il est plus facile d'arrêter un train qui part d'une gare que lorsqu'il est à pleine vitesse. »* En revanche, la dépression est une étape longue et douloureuse, face à laquelle les médecins sont assez démunis. Maintenir un espoir est un objectif fondamental. Il peut être facilité par le groupe.

Proposez-vous la psychoéducation à tous vos patients ?

CG : J'essaie de la proposer le plus tôt possible aux patients comme aux parents mais il y a des personnes qui ne supportent pas l'approche de groupe propre à la psychoéducation. Dans ce cas une approche individuelle est envisageable. Dans certains cas, la famille peut participer aussi de manière active, selon une approche bien codifiée par Miklowitz (FFT ou Family Focused Treatment).

Que reprenez-vous de la pratique de la psychoéducation ?

CG : Une grande liberté de parole, de pensée, d'être. Ainsi qu'un questionnement perpétuel sur la condition de « malade » et la vigilance nécessaire pour éviter la stigmatisation.

Annexe

Sur la psychoéducation

Colom F, Vieta E (2006). Manuel de psychoéducation pour les troubles bipolaires. Ed. Solal, Marseille

Colom F, et al (2003). A randomized trial on the efficacy of group psychoeducation in the prophylaxis of recurrences in bipolar patients whose disease is in remission. Arch Gen Psychiatry. 60(4):402-7.

Colom F, et al (2009). Group psychoeducation for stabilised bipolar disorders: 5-year outcome of a randomised clinical trial. Br J Psychiatry. 194(3):260-5.

Goodwin GM & Consensus Group of the BAP (2009). Evidence-based guidelines for treating bipolar disorder: revised second edition. J Psychopharmacol., 23(4):346-88.

Pekkala E, Merinder L. Systematic review of psychoeducation for Schizophrenia. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2002; CD002831

Reinares M, (2008). Impact of caregiver group psychoeducation on the course and outcome of bipolar patients in remission: a randomized controlled trial. Bipolar Disord;10(4):511-9.

Scott J, Colom F, Popova E, et al. Long-term mental health resource utilization and cost of care following group psychoeducation or unstructured group support for bipolar disorders: a cost-benefit analysis. J Clin Psychiatry., 70(3):378-86.

Tacchi & Scott (2005). Improving medication adherence in schizophrenia and bipolar disorders. London: John Wiley.

WHO (2003). World Health Organization. Adherence to long-term therapies: evidence for action World Health Organization. 2003. Available at:
http://www.who.int/entity/chronic_conditions/en/adherence_report.pdf

Xia et al, (2011) Psychoeducation for schizophrenia. Cochrane Database of Systematic Reviews. In press (Brief report in Schizophrenia Bulletin).

Sur l'éducation thérapeutique

Rapport au premier ministre rédigé par M. Denis JACQUAT, député de la Moselle. *Education thérapeutique du patient - Propositions pour une mise en oeuvre rapide et pérenne* (juin 2010)

M. Saout, Pr Charbonnel, Pr Bertrand. *Pour une politique nationale d'éducation thérapeutique du patient*. Rapport remis à Mme Roselyne Bachelot-Narquin (sept. 2008)

HAS. *Guide méthodologique sur l'éducation thérapeutique*. (juin 2007)

HAS et INPES. *L'éducation thérapeutique du patient en 15 questions*.