

UNIVERSITÉ TOULOUSE III – PAUL SABATIER
FACULTÉS DE MÉDECINE

ANNÉE 2019

2019 TOU3 1564

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE
MÉDECINE SPÉCIALISÉE CLINIQUE

Présentée et soutenue publiquement

par

Audrey MIGNONAT

Le 03 OCTOBRE 2019

**EVALUATION DES EFFETS SUR LE PARCOURS DE SANTE DE LA
PARTICIPATION AU PROGRAMME D'EDUCATION THERAPEUTIQUE
BIPOLIS® POUR LES PARTICIPANTS DE MARS 2009 A JUILLET 2017**

Directeur de thèse : Dr Barbara COMBES-DESLAUGIERS

JURY

Monsieur le Professeur Christophe ARBUS

Monsieur le Professeur Laurent SCHMITT

Monsieur le Professeur Philippe BIRMES

Madame le Docteur Barbara COMBES-DESLAUGIERS

Madame le Docteur Nathalie JAMOT

Président

Assesseur

Assesseur

Assesseur

Suppléant



UNIVERSITÉ TOULOUSE III – PAUL SABATIER
FACULTÉS DE MÉDECINE

ANNÉE 2019

2019 TOU3 1564

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE
MÉDECINE SPÉCIALISÉE CLINIQUE

Présentée et soutenue publiquement

par

Audrey MIGNONAT

Le 03 OCTOBRE 2019

**EVALUATION DES EFFETS SUR LE PARCOURS DE SANTE DE LA
PARTICIPATION AU PROGRAMME D'EDUCATION THERAPEUTIQUE
BIPOLIS® POUR LES PARTICIPANTS DE MARS 2009 A JUILLET 2017**

Directeur de thèse : Dr Barbara COMBES-DESLAUGIERS

JURY

Monsieur le Professeur Christophe ARBUS	Président
Monsieur le Professeur Laurent SCHMITT	Assesseur
Monsieur le Professeur Philippe BIRMES	Assesseur
Madame le Docteur Barbara COMBES-DESLAUGIERS	Assesseur
Madame le Docteur Nathalie JAMOT	Suppléant

TABLEAU du PERSONNEL HU
des Facultés de Médecine de l'Université Paul Sabatier Toulouse III
au 1^{er} septembre 2018

Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. FREXINOS Jacques
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur Honoraire	Mme GENESTAL Michèle
Doyen Honoraire	M. LAZORTHES Yves	Professeur Honoraire	M. GERAUD Gilles
Doyen Honoraire	M. PUEL Pierre	Professeur Honoraire	M. GHISOLFI Jacques
Doyen Honoraire	M. ROUGE Daniel	Professeur Honoraire	M. GOUZU Jean-Louis
Doyen Honoraire	M. VINEL Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. GUIRAUD CHAUMEIL Bernard
Professeur Honoraire	M. ABBAL Michel	Professeur Honoraire	M. HOFF Jean
Professeur Honoraire	M. ADER Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. JOFFRE Francis
Professeur Honoraire	M. ALBAREDE Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. LACOMME Yves
Professeur Honoraire	M. ARBUS Louis	Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE Jacques
Professeur Honoraire	M. ARLET Jacques	Professeur Honoraire	Mme LARENG Marie-Blanche
Professeur Honoraire	M. ARLET Philippe	Professeur Honoraire	M. LARENG Louis
Professeur Honoraire	M. ARLET-SUAU Elisabeth	Professeur Honoraire	M. LAURENT Guy
Professeur Honoraire	M. ARNE Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Franck
Professeur Honoraire	M. BARRET André	Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Yves
Professeur Honoraire	M. BARTHE Philippe	Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE Paul
Professeur Honoraire	M. BAYARD Francis	Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL Jean-François
Professeur Honoraire	M. BOCCALON Henri	Professeur Honoraire	M. MANELFE Claude
Professeur Honoraire	M. BONAFÉ Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. MANSAT Claude
Professeur Honoraire	M. BONEU Bernard	Professeur Honoraire	M. MASSIP Patrice
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE Jean-Paul	Professeur Honoraire	Mme MARTY Nicole
Professeur Honoraire	M. BOUTAULT Franck	Professeur Honoraire	M. MAZIERES Bernard
Professeur Honoraire	M. BUGAT Roland	Professeur Honoraire	M. MONROZIES Xavier
Professeur Honoraire	M. CAHUZAC Jean-Philippe	Professeur Honoraire	M. MOSCOVICI Jacques
Professeur Honoraire	M. CARATERO Claude	Professeur Honoraire	M. MURAT
Professeur Honoraire	M. CARLES Pierre	Professeur Honoraire	M. OLIVES Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CARRIERE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. PAGES B.
Professeur Honoraire	M. CARTON Michel	Professeur Honoraire	M. PASCAL Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CATHALA Bernard	Professeur Honoraire	M. PESSEY Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. CHABANON Gérard	Professeur Honoraire	M. PLANTE Pierre
Professeur Honoraire	M. CHAMONTIN Bernard	Professeur Honoraire	M. PONTONNIER Georges
Professeur Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. POURRAT Jacques
Professeur Honoraire	M. CHAVOIN Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. PRADERE Bernard
Professeur Honoraire	M. CLANET Michel	Professeur Honoraire	M. PRIS Jacques
Professeur Honoraire	M. CONTE Jean	Professeur Honoraire	Mme PUEL Jacqueline
Professeur Honoraire	M. COSTAGLIOLA Michel	Professeur Honoraire	M. PUEL Pierre
Professeur Honoraire	M. COTONAT Jean	Professeur Honoraire	M. PUJOL Michel
Professeur Honoraire	M. DABERNAT Henri	Professeur Honoraire	M. QUERLEU Denis
Professeur Honoraire	M. DALOUS Antoine	Professeur Honoraire	M. RAILHAC Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. DALY-SCHWEITZER Nicolas	Professeur Honoraire	M. REGIS Henri
Professeur Honoraire	M. DAVID Jean-Frédéric	Professeur Honoraire	M. REGNIER Claude
Professeur Honoraire	M. DELSOL Georges	Professeur Honoraire	M. REME Jean-Michel
Professeur Honoraire	Mme DELISLE Marie-Bernadette	Professeur Honoraire	M. ROCHE Henri
Professeur Honoraire	Mme DIDIER Jacqueline	Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI Pierre
Professeur Honoraire	M. DUCOS Jean	Professeur Honoraire	M. ROLLAND Michel
Professeur Honoraire	M. DUFFAUT Michel	Professeur Honoraire	M. ROQUE-LATRILLE Christian
Professeur Honoraire	M. DUPRE M.	Professeur Honoraire	M. RUMEAU Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. DURAND Dominique	Professeur Honoraire	M. SALVADOR Michel
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU Guy	Professeur Honoraire	M. SALVAYRE Robert
Professeur Honoraire	M. ESCANDE Michel	Professeur Honoraire	M. SARRAMON Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE Henri	Professeur Honoraire	M. SIMON Jacques
Professeur Honoraire	M. ESCOURROU Jean	Professeur Honoraire	M. SUC Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. ESQUERRE J.P.	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. FABIÉ Michel	Professeur Honoraire	M. TKACZUK Jean
Professeur Honoraire	M. FABRE Jean	Professeur Honoraire	M. TREMOULET Michel
Professeur Honoraire	M. FAUVEL Jean-Marie	Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE Pierre
Professeur Honoraire	M. FOURNIAL Gérard	Professeur Honoraire	M. VAYSSÉ Philippe
Professeur Honoraire	M. FOURNIE Bernard	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE Christian
Professeur Honoraire	M. FORTANIER Gilles	Professeur Honoraire	M. VOIGT Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. FRAYSSE Bernard		

Professeurs Émérites

Professeur ADER Jean-Louis
 Professeur ALBAREDE Jean-Louis
 Professeur ARBUS Louis
 Professeur ARLET-SUAU Elisabeth
 Professeur BOCCALON Henri
 Professeur BONEU Bernard
 Professeur CARATERO Claude
 Professeur CHAMONTIN Bernard
 Professeur CHAP Hugues
 Professeur CONTE Jean
 Professeur COSTAGLIOLA Michel
 Professeur DABERNAT Henri
 Professeur FRAYSSE Bernard
 Professeur DELISLE Marie-Bernadette
 Professeur GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard
 Professeur JOFFRE Francis

Professeur LARENG Louis
 Professeur LAGARRIGUE Jacques
 Professeur LARENG Louis
 Professeur LAURENT Guy
 Professeur LAZORTHES Yves
 Professeur MAGNAVAL Jean-François
 Professeur MANELFE Claude
 Professeur MASSIP Patrice
 Professeur MAZIERES Bernard
 Professeur MOSCOVICI Jacques
 Professeur MURAT
 Professeur ROQUES-LATRILLE Christian
 Professeur SALVAYRE Robert
 Professeur SARRAMON Jean-Pierre
 Professeur SIMON Jacques

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-PURPAN

37 allées Jules Guesde - 31000 TOULOUSE

Doyen : D. CARRIE

**P.U. - P.H.
Classe Exceptionnelle et 1^{ère} classe**

M. ADOUE Daniel (C.E)	Médecine Interne, Gériatrie
M. AMAR Jacques (C.E)	Thérapeutique
M. ATTAL Michel (C.E)	Hématologie
M. AVET-LOISEAU Hervé (C.E.)	Hématologie, transfusion
Mme BEYNE-RAUZY Odile	Médecine Interne
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie
M. BLANCHER Antoine	Immunologie (option Biologique)
M. BONNEVILLE Paul (C.E)	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie.
M. BOSSAVY Jean-Pierre (C.E)	Chirurgie Vasculaire
M. BRASSAT David	Neurologie
M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vascul
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique
M. CALVAS Patrick (C.E)	Génétique
M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale
M. CARRIE Didier (C.E)	Cardiologie
M. CHAIX Yves	Pédiatrie
M. CHAUVEAU Dominique	Néphrologie
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie
M. DAHAN Marcel (C.E)	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Fonct.
M. DEGUINE Olivier (C.E)	Oto-rhino-laryngologie
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie
M. FERRIERES Jean (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique
M. FOURCADE Olivier	Anesthésiologie
M. FOURNIÉ Pierre	Ophtalmologie
M. GAME Xavier	Urologie
M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie
Mme LAMANT Laurence (C.E)	Anatomie Pathologique
M. LANG Thierry (C.E)	Biostatistiques et Informatique Médicale
M. LANGIN Dominique (C.E)	Nutrition
M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine Interne
M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie
M. MALAUAUD Bernard	Urologie
M. MANSAT Pierre	Chirurgie Orthopédique
M. MARCHOU Bruno (C.E)	Maladies Infectieuses
M. MAZIERES Julien	Pneumologie
M. MOLINIER Laurent	Epidémiologie, Santé Publique
M. MONTASTRUC Jean-Louis (C.E)	Pharmacologie
Mme MOYAL Elisabeth	Cancérologie
Mme NOURHASHEMI Fatemeh (C.E)	Gériatrie
M. OSWALD Eric	Bactériologie-Virologie
M. PARANT Olivier	Gynécologie Obstétrique
M. PARIENTE Jérémie	Neurologie
M. PARINAUD Jean (C.E)	Biol. Du Dévelop. et de la Reprod.
M. PAUL Carle	Dermatologie
M. PAYOUX Pierre	Biophysique
M. PAYRASTRE Bernard (C.E)	Hématologie
M. PERON Jean-Marie	Hépatogastro-entérologie
M. PERRET Bertrand (C.E)	Biochimie
M. RASCOL Olivier (C.E)	Pharmacologie
M. RECHER Christian	Hématologie
M. RISCHMANN Pascal (C.E)	Urologie
M. RIVIERE Daniel (C.E)	Physiologie
M. SALES DE GAUZY Jérôme (C.E)	Chirurgie Infantile
M. SALLES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie
M. SANS Nicolas	Radiologie
Mme SELVES Janick	Anatomie et cytologie pathologiques
M. SERRE Guy (C.E)	Biologie Cellulaire
M. TELMON Norbert (C.E)	Médecine Légale
M. VINEL Jean-Pierre (C.E)	Hépatogastro-entérologie

**P.U. - P.H.
2^{ème} classe**

Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie
M. BONNEVILLE Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. BUREAU Christophe	Hépatogastro-entéro
Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie
Mme CHARPENTIER Sandrine	Médecine d'urgence
M. COGNARD Christophe	Neuroradiologie
M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
M. LAROCHE Michel	Rhumatologie
M. LEOBON Bertrand	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. LOPEZ Raphael	Anatomie
M. MARTIN-BLONDEL Guillaume	Maladies infectieuses, maladies tropicales
M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie
M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive
M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
Mme RUYSSSEN-WITRAND Adeline	Rhumatologie
Mme SAVAGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire
M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie
Mme TREMOLIERES Florence	Biologie du développement
Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie

P.U. Médecine générale

M. MESTHÉ Pierre
M. OUSTRIC Stéphane

Professeur Associé Médecine générale

M. ABITTEBOUL Yves
M. POUTRAIN Jean-Christophe

Professeur Associé en Neurologie

Mme PAVY-LE TRAON Anne

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-RANGUEIL

133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE Cedex

Doyen : E. SERRANO

P.U. - P.H.

Classe Exceptionnelle et 1^{ère} classe

M. ACAR Philippe	Pédiatrie
M. ACCADBLED Franck	Chirurgie Infantile
M. ALRIC Laurent (C.E)	Médecine Interne
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie
M. ARNAL Jean-François	Physiologie
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique
M. BUJAN Louis (C. E)	Urologie-Andrologie
Mme BURA-RIVIERE Alessandra	Médecine Vasculaire
M. BUSCAIL Louis (C.E)	Hépatogastro-Entérologie
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie
M. CARON Philippe (C.E)	Endocrinologie
M. CHAUFOUR Xavier	Chirurgie Vasculaire
M. CHIRON Philippe (C.E)	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. CONSTANTIN Arnaud	Rhumatologie
M. COURBON Frédéric	Biophysique
Mme COURTADE SAIDI Monique	Histologie Embryologie
M. DAMBRIN Camille	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
M. DELABESSE Eric	Hématologie
M. DELORD Jean-Pierre	Cancérologie
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie
Mme DULY-BOUHANICK Béatrice	Thérapeutique
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie
M. GALINIER Michel (C.E)	Cardiologie
M. GLOCK Yves (C.E)	Chirurgie Cardio-Vasculaire
M. GOURDY Pierre	Endocrinologie
M. GRAND Alain (C.E)	Epidémiologie. Eco. de la Santé et Prévention
M. GROLLEAU RAOUX Jean-Louis	Chirurgie plastique
Mme GUIMBAUD Rosine	Cancérologie
Mme HANAIRE Hélène (C.E)	Endocrinologie
M. KAMAR Nassim	Néphrologie
M. LARRUE Vincent	Neurologie
M. LAUWERS Frédéric	Anatomie
M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie
M. MALECAZE François (C.E)	Ophthalmologie
M. MARQUE Philippe	Médecine Physique et Réadaptation
Mme MAZEREEUW Juliette	Dermatologie
M. MINVILLE Vincent	Anesthésiologie Réanimation
M. OTAL Philippe	Radiologie
M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile
M. RITZ Patrick	Nutrition
M. ROLLAND Yves (C.E)	Gériatrie
M. ROUGE Daniel (C.E)	Médecine Légale
M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie
M. ROUX Franck-Emmanuel	Neurochirurgie
M. SAILLER Laurent	Médecine Interne
M. SCHMITT Laurent (C.E)	Psychiatrie
M. SENARD Jean-Michel (C.E)	Pharmacologie
M. SERRANO Elie (C.E)	Oto-rhino-laryngologie
M. SOULAT Jean-Marc	Médecine du Travail
M. SOULIE Michel (C.E)	Urologie
M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive
Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)	Pédiatrie
Mme URO-COSTE Emmanuelle	Anatomie Pathologique
M. VAYSSIERE Christophe	Gynécologie Obstétrique
M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie

P.U. - P.H.

2^{ème} classe

M. ARBUS Christophe	Psychiatrie
M. AUSSEIL Jérôme	Biochimie et biologie moléculaire
M. BERRY Antoine	Parasitologie
M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie
M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence
Mme BOURNET Barbara	Gastro-entérologie
M. CHAPUT Benoit	Chirurgie plastique et des brûlés
M. CHAYNES Patrick	Anatomie
Mme DALENC Florence	Cancérologie
M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie
M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses
M. FAGUER Stanislas	Néphrologie
M. FRANCHITTO Nicolas	Addictologie
M. GARRIDO-STÖWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique
M. GATIMEL Nicolas	Médecine de la reproduction
Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel	Anatomie Pathologique
M. HUYGHE Eric	Urologie
Mme LAPRIE Anne	Radiothérapie
M. LAURENT Camille	Anatomie Pathologique
M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
M. MAURY Jean-Philippe	Cardiologie
M. MEYER Nicolas	Dermatologie
M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
M. REINA Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation
M. SOLER Vincent	Ophthalmologie
Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie
Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugénia	Gériatrie et biologie du vieillissement
M. TACK Ivan	Physiologie
M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
M. YSEBAERT Loic	Hématologie

P.U. Médecine générale

Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve

Professeur Associé de Médecine Générale

M. BOYER Pierre
M. STILLMUNKES André

Professeur Associé en Pédiatrie

Mme CLAUDET Isabelle

M.C.U. - P.H.

M. ABBO Olivier	Chirurgie infantile
M. APOIL Pol Andre	Immunologie
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie
Mme BERTOLI Sarah	Hématologie, transfusion
M. BIETH Eric	Génétique
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition
Mme CASSAGNE Myriam	Ophthalmologie
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie
M. CAVAIGNAC Etienne	Chirurgie orthopédique et traumatologie
Mme CHANTALAT Elodie	Anatomie
M. CONGY Nicolas	Immunologie
Mme COURBON Christine	Pharmacologie
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie
Mme de GLISEZENSKY Isabelle	Physiologie
Mme DE MAS Véronique	Hématologie
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie
M. GANTET Pierre	Biophysique
Mme GENNERO Isabelle	Biochimie
Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire
M. HAMDJ Safouane	Biochimie
Mme HITZEL Anne	Biophysique
M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie
Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire
M. KIRZIN Sylvain	Chirurgie générale
Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie
M. LHERMUSIER Thibault	Cardiologie
M. LHOMME Sébastien	Bactériologie-virologie
Mme MONTASTIER Emilie	Nutrition
Mme MOREAU Marion	Physiologie
Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire
M. PILLARD Fabien	Physiologie
Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie
Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme SABOURDY Frédérique	Biochimie
Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie
M. TAFANI Jean-André	Biophysique
M. TREINER Emmanuel	Immunologie
Mme VAYSSE Charlotte	Cancérologie
M. VIDAL Fabien	Gynécologie obstétrique

M.C.U. Médecine générale

M. BRILLAC Thierry
Mme DUPOUY Julie

M.C.U. - P.H

Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie
Mme CAMARE Caroline	Biochimie et biologie moléculaire
M. CAMBUS Jean-Pierre	Hématologie
Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie
Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie
Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique
Mme CAUSSE Elizabeth	Biochimie
M. CHASSAING Nicolas	Génétique
M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire
Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytologie pathologiques
Mme CORRE Jill	Hématologie
M. DE BONNECAZE Guillaume	Anatomie
M. DEDOUIT Fabrice	Médecine Légale
M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale
M. DESPAS Fabien	Pharmacologie
M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie
Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail
Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie
Mme GALINIER Anne	Nutrition
Mme GALLINI Adeline	Epidémiologie
Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie
M. GASQ David	Physiologie
M. GATIMEL Nicolas	Médecine de la reproduction
Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Anatomie Pathologique
M. GUILLEMINAULT Laurent	Pneumologie
Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail
Mme INGUENEAU Cécile	Biochimie
M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. LEPAGE Benoit	Biostatistiques et Informatique médicale
Mme MAUPAS SCHWALM Françoise	Biochimie
M. MIEUSSET Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. MOULIS Guillaume	Médecine interne
Mme NASR Nathalie	Neurologie
M. RIMAILHO Jacques	Anatomie et Chirurgie Générale
M. RONGIERES Michel	Anatomie - Chirurgie orthopédique
Mme VALLET Marion	Physiologie
M. VERGEZ François	Hématologie

M.C.U. Médecine générale

M. BISMUTH Michel
Mme ESCOURROU Brigitte

Maîtres de Conférences Associés de Médecine Générale

Dr BIREBENT Jordan
Dr BOURGEOIS Odile
Dr CHICOUAA Bruno

Dr FREYENS Anne
Dr IRI-DELAHAYE Motoko
Dr LATROUS Leila

REMERCIEMENTS

A ma directrice de thèse

Madame le Docteur Barbara COMBES-DESLAUGIERS

Je vous remercie très sincèrement d'avoir dirigé ce travail de thèse avec autant d'intérêt et d'enthousiasme. Merci pour votre confiance, votre encadrement, et votre bienveillance. Cela a été un plaisir de travailler avec vous. Recevez ma sincère gratitude.

A mon président du Jury

Monsieur le Professeur Christophe ARBUS

C'est un grand honneur pour nous que vous présidiez ce travail de thèse. Merci pour le temps que vous passez au service des étudiants, pour nous apporter une formation de qualité, et transmettre combien la psychiatrie est une discipline noble et passionnante. Je vous témoigne ma profonde et respectueuse reconnaissance.

A mes Juges

Monsieur le Professeur Laurent SCHMITT

Votre présence dans mon jury de thèse est pour nous un immense honneur. Soyez assurés de notre plus grande reconnaissance pour la richesse de votre enseignement clinique. Vos apports théoriques et pratiques ont été précieux dans notre formation. Veuillez trouver ici le témoignage de notre profond respect et de notre sincère reconnaissance.

Monsieur le Professeur Philippe BIRMES

Vous nous faites l'honneur d'apporter votre expérience à la critique de ce travail en siégeant dans mon jury de thèse. Nous vous remercions de nous avoir fait partager votre passion pour la psychiatrie. Veuillez recevoir le témoignage de notre respectueuse considération.

Madame le Docteur Nathalie JAMOT

Nous sommes honorées de vous compter parmi les membres de notre jury. Nous vous sommes très reconnaissante d'avoir accepté de juger ce travail

A Anne RODIER

Merci de ton implication dans ce travail, de ta disponibilité et du regard critique que tu m'as appris à porter sur mon travail. Merci de ton dynamisme et ta curiosité intellectuelle. Et surtout un grand merci d'éduquer les patients à leur pathologie !

A madame le Docteur Adeline GALLINI et monsieur Federico MORETTI

Vous nous avez été d'une grande aide pour l'élaboration du protocole et l'analyse statistique, veuillez trouver ici l'expression de notre plus profonde gratitude.

A madame le Docteur Florence LEYMARIE et l'équipe du DIM du CH.G.Marchant

Merci pour votre aide pour l'appariement des patients, veuillez trouver ici notre sincère reconnaissance.

A mon mari, Hamza, pour être entré dans ma vie, pour ton amour, tes encouragements et ton soutien sans faille. Tu m'apaises et me rends heureuse, pour tout cela merci.

A mes parents, Marc et Sylviane, merci d'avoir toujours été là pour moi, merci pour votre tendresse, votre générosité et vos encouragements. Et merci de m'avoir donné le goût de la médecine et de la psychiatrie...

A mes grandes sœurs, Carine et Gaëlle et à mon grand frère, Cédric, je suis très heureuse d'être la petite dernière, vous avez su être un exemple et un soutien pour moi pendant toute ces années. Merci à vous trois.

A mes grands-parents, Mamina, Coyote et Papy, à mes beaux-frères, Aurélien et Philibert et à mes neveux, Robin, Marion et Camille, pour tous les bons moments partagés en famille.

A ma belle-famille, pour m'avoir accueilli les bras ouverts.

Aux copines de médecine, pour ces belles années d'amitié et pour avoir partagé ces longues études avec moi

Aux différents soignants croisés lors de mes stages et à mes maitres de stages, pour votre bienveillance et pour avoir contribué à ma formation

Et bien évidemment,

Aux patients, qui volontairement se sont prêtés à cet exercice. Vous avez accepté de partager votre parcours de soin. Vous avez permis la réalisation de ce travail. Un grand merci.

LISTE DES ABREVIATIONS

ARS : AGENCE REGIONALE DE SANTE

ASPDRE : ADMISSION EN SOIN PSYCHIATRIQUE A LA DEMANDE DU REPRESENTANT DE L'ETAT

ASPDPT : ADMISSION EN SOIN PSYCHIATRIQUE A LA DEMANDE D'UN TIERS

CMP : CENTRE MEDICO PSYCHOLOGIQUE

CH : CENTRE HOSPITALIER

CIM : CLASSIFICATION INTERNATIONALE DES MALADIES

DSM : DIAGNOSTIC AND STATISTICAL MANUAL OF MENTAL DISORDERS (MANUEL DIAGNOSTIQUE ET STATISTIQUE DES TROUBLES MENTAUX)

ETP : EDUCATION THERAPEUTIQUE DES PATIENTS

HL : HOSPITALISATION EN SOIN LIBRE

OMS : ORGANISME MONDIALE DE LA SANTE

OSCARS : OBSERVATION ET SUIVI CARTOGRAPHIQUE DES ACTIONS REGIONALES DE SANTE

PETP : PROGRAMME D'EDUCATION THERAPEUTIQUE DU PATIENT

SARA : STAGE D'AIDE AU RETABLISSEMENT AMBULATOIRE

TABLE DES MATIERES

I. INTRODUCTION	11
A. Trouble bipolaire	11
1) Définition	11
2) Epidémiologie	11
B. Education Thérapeutique du Patient (ETP)	12
1) Historique	12
2) Cadre légal.....	12
3) Définition	13
4) Offre de soin.....	14
C. ETP et trouble Bipolaire	15
1) Connaissances actuelles	15
2) Bipolis®	17
II. MATERIEL ET METHODES	19
A. Type d'étude	19
B. Objectifs de l'étude	19
1) Objectif principal.....	19
2) Objectifs secondaires.....	19
C. Critères d'éligibilités	19
1) Pour les patients exposés à Bipolis®	19
2) Pour les patients non-exposés	20
D. Critères d'évaluations	21
1) Critère d'évaluation principale.....	21
2) Critères d'évaluations secondaires	21
E. Déroulement de la recherche	22
F. Aspects statistiques	23
1) Calcul de la taille de l'étude	23
2) Méthodes statistiques employées	24
G. Considérations éthiques et réglementaires	24
III. RESULTATS	25
A. Population étudiée :	25
1) Flux de participants	25
2) Analyse de la population étudiée selon l'âge	27
3) Analyse de la population étudiée selon le sexe	27
4) Analyse de la population Bipolis® selon le CMP où ils ont effectué le PETP.	27
5) Analyse de la population selon la date index	28
6) Analyse de la population exposée selon leur parcours Bipolis®	29
B. Hospitalisation à 2 ans de la date index	29
1) Nombre d'hospitalisation à 2 ans	29
2) Mode d'hospitalisation à 2 ans.....	30
C. Hospitalisation à 5 ans de la date index	31
1) Nombre d'hospitalisation à 5 ans	31

2) Mode d'hospitalisation à 5 ans.....	32
D. Déstabilisation transitoire en ambulatoire.....	33
1) Nombre de déstabilisations à 2 ans de la date index	33
2) Nombre de déstabilisations à 5 ans de la date index	34
E. Facteur de rechute.....	35
F. Résultats du questionnaire des patients exposés	36
1) Impact de Bipolis® sur la prise en charge.....	36
2) Impact de Bipolis® sur la santé psychique et physique.....	38
3) Impact de Bipolis® sur les tâches domestiques	40
4) Impact de Bipolis® sur les efforts physiques importants.....	41
5) Impact de Bipolis® sur la gestion d'un budget et les démarches administratives ...	41
6) Impact de Bipolis® sur les loisirs et la mise en place de projet.....	41
7) Impact de Bipolis® sur les liens sociaux	42
8) Impact de Bipolis® sur la vie familiale.....	43
9) Impact de Bipolis® sur les activités professionnelles ou les recherches d'emploi..	44
10) Evaluation de la satisfaction du programme Bipolis®.....	44
11) Evaluations par les patients des outils utilisés dans Bipolis®.....	47
IV. DISCUSSION DES RESULTATS ET PERSPECTIVES.....	48
A. Discussion des résultats.....	48
B. Perspectives.....	52
V. CONCLUSION.....	54
VI. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	55
VII. ANNEXES.....	58
Questionnaire proposé aux patients Bipolis®.....	58
Résumé en français.....	61
Abstract	61

I. INTRODUCTION

A. Trouble bipolaire

1) Définition

J. Delay définissait l'humeur comme « une disposition affective fondamentale, riche de toutes les instances émotionnelles et instinctives, qui donne à chacun de nos états d'âme une tonalité agréable ou désagréable, oscillant entre les deux pôles extrêmes du plaisir et de la douleur ». Lorsque ces variations sont intenses et durables pour provoquer des effets délétères dans la vie du patient, on parle de trouble de l'humeur. [21]

Le trouble bipolaire est un trouble de l'humeur. Il se caractérise par des périodes d'exaltation et d'agitation psychomotrice (épisode maniaque ou hypomaniaque) ou des périodes de fléchissement thymique (épisode dépressif). Ces accès thymiques alternant avec des périodes normothymiques considérées comme asymptotiques.

Le DSM 5 classe les troubles bipolaires en trouble bipolaire de type I, trouble bipolaire de type II et trouble bipolaire non spécifié.

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

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

La durée moyenne d'un épisode varie entre 4 et 13 mois, avec des épisodes maniaques plus courts que les épisodes dépressifs.[23]

2) Epidémiologie

Le trouble bipolaire est une pathologie qui touche 1 à 2,5 % de la population française.[23]

Ce trouble concerne aussi bien les hommes que les femmes, quels que soient leur classe sociale et leur lieu de résidence.

L'âge d'apparition du trouble est situé entre 17 et 40 ans. [23]

Les patients atteints de ce trouble présentent un taux de mortalité deux fois plus élevé que celui de la population générale avec un risque suicidaire quinze fois plus élevé. [33]

Il est classé parmi les dix pathologies les plus invalidantes selon l'OMS. [23]

Il est souvent associé à d'autres troubles mentaux, notamment l'alcoolisme ou la toxicomanie.[32]

Le trouble bipolaire est à l'origine de nombreuses conséquences dans la vie courante des patients. L'étude de Coryell et al. trouve que 32,4% contre 14,9% des patients bipolaires ne se sont jamais mariés ; 44,8% sont divorcés contre 18,4% dans la population générale, de même dans le domaine professionnel 61,5% avaient une activité professionnelle l'année précédant l'étude contre 81,8% de la population générale. [13]

Le coût médical pour la prise en charge des troubles bipolaires en France est de plus de 5 milliards d'euros. [19] Le coût annuel des hospitalisations pour épisode maniaque est estimé à 1,3 milliards d'euros.

B. Education Thérapeutique du Patient (ETP)

1) Historique

Les premières notions d'éducation du patient date de la fin du XIX^{ème} siècle. Elles prennent leurs origines aux Etats-Unis avec la création d'une première société pour la prévention de la tuberculose à Philadelphie. [35]

Elles sont ensuite progressivement apparues en Europe, dont la France et se sont principalement développées dans les années 1970-1980 autour de la tuberculose et du diabète. [35]

L'éducation des patients s'est ensuite transposée à d'autres pathologies chroniques, telles que l'asthme bronchique, la broncho-pneumopathie chronique obstructive, le syndrome d'apnée du sommeil, les maladies cardiovasculaires. [35]

Elle s'est également transposée dans le domaine de la psychiatrie. Le terme de « psychoéducation » apparaît dans la littérature scientifique à partir des années 1970 et correspond aux méthodes d'accompagnement individualisé d'enfants souffrant de troubles psychiques ainsi que des troubles des apprentissages. [27]

Par la suite des programmes pour les patients schizophrènes ont vu le jour à partir des années 1980 et se sont progressivement diffusés aux autres pathologies mentales. Depuis une vingtaine d'années, nous avons pu assister à un essor de ces pratiques en psychiatrie grâce aux efforts des professionnels de santé convaincus de son efficacité, avec l'aide parfois de certains laboratoires pharmaceutiques. [4]

2) Cadre légal

L'ETP s'est progressivement intégré aux systèmes de soins avec un premier tournant en 1996 par la rédaction de l'OMS Europe des compétences attendues des soignants dans ce domaine et de la définition de l'ETP. [28]

Il s'en suit en 1999 la publication du *Manuel d'accréditation des établissements de santé* qui prévoit que le patient bénéficie « des actions d'éducation concernant sa maladie et son traitement et des actions d'éducation pour la santé adaptées à ses besoins ».

En France, les premières recommandations de l'HAS sont effectuées en juin 2007 à travers un guide méthodologique, qui définit les objectifs et les modalités d'organisation de l'ETP. [22]

L'éducation thérapeutique du patient est intégrée à la loi par son inscription dans le Code de Santé Publique par la loi 2009-879 du 21 juillet 2009. L'ETP est inscrit dans le parcours de soin du patient « les actions d'éducation et de prévention pour la santé et leur coordination sont une des missions d'établissement de santé ».

Récemment, l'instruction ministérielle du 16 janvier 2019 concernant « ma santé 2022 » relative aux développements des soins de réhabilitation psychosociale sur les territoires, définit comme l'un des objectifs à atteindre le développement renforcé de la réhabilitation psychosociale dont font partie les programmes d'éducation thérapeutique. [24]

Actuellement, les programmes d'ETP sont soumis à une autorisation délivrée pour 4 ans par l'ARS et renouvelable après une évaluation quadriennale s'appuyant sur une autoévaluation annuelle. [22] Ils doivent répondre à un cahier des charges national. Les professionnels proposant d'exercer l'éducation thérapeutique se doivent de suivre une formation qualifiante de 40 heures. [1]

3) Définition

L'ETP est un processus de soin devant faire partie intégrante de la prise en charge des patients atteints d'une pathologie chronique.

L'ETP consiste « 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 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, à collaborer ensemble et à assumer leurs responsabilités dans leur propre prise en charge, dans le but de les aider à maintenir et améliorer leur qualité de vie. » [28]

Les professionnels de santé se doivent de proposer la possibilité d'une éducation thérapeutique à toute personne (enfant et ses parents, adolescent, adulte) présentant une maladie chronique. Les proches pouvant y être associés. [28]

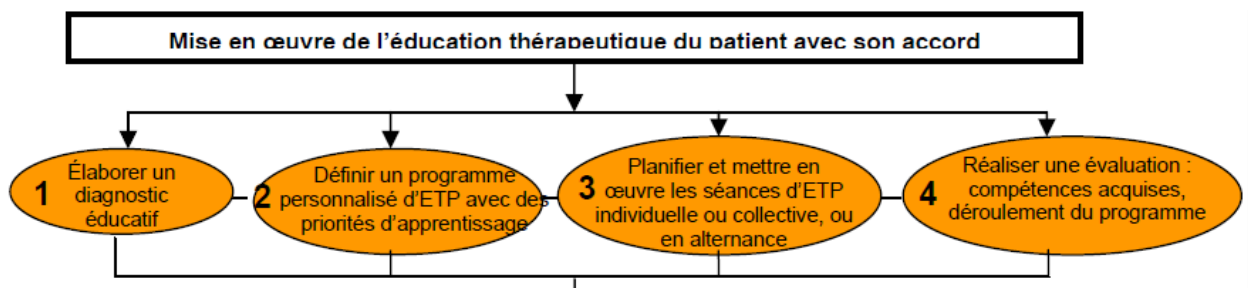
Elle peut être proposée quel que soit le stade d'évolution de la maladie.

Les séances d'ETP se doivent d'être multidisciplinaires (médecins, infirmiers, assistant social, patients témoins, patients experts...)

La mise en place d'une éducation thérapeutique du patient se fait par la coordination autour du patient et des professionnels de santé et passe par plusieurs étapes essentielles qui sont : [22] (Fig.1)

- L'élaboration d'un diagnostic éducatif par les professionnels de santé et le patient.
Ce diagnostic consiste à « appréhender les différents aspects de la personnalité du patient, d'identifier ses besoins, d'évaluer ses potentialités, et de prendre en compte ses demandes ». [14]
Ce diagnostic doit répondre à 5 grandes questions définies par l'HAS : Qu'est-ce que le patient a ? Qu'est-ce qu'il fait ? Qu'est-ce qu'il sait sur sa maladie ? Qui est-il ? Quel est son projet ?
- L'élaboration d'un programme personnalisé d'ETP avec des priorités d'apprentissages. Il s'appuie sur le diagnostic éducatif et va permettre de planifier des séances d'ETP adaptées au patient, une évaluation individuelle, et un suivi éducatif.
- La mise en œuvre des séances d'ETP individuelles ou collectives en alternance.
- La réalisation d'une évaluation des compétences acquises et du déroulement du programme.

Figure 1: Mise en place d'une éducation thérapeutique du patient [22]



4) Offre de soin

- Globale :

En France, les programmes d'ETP autorisés sont répertoriés par les Agences Régionales de Santé (ARS).

En 2007, 21 régions sur 22 déclarent avoir des personnes référentes et identifiées au sein de l'Assurance maladie concernant l'ETP (somatique et psychiatrique). La délivrance de programme d'ETP étant principalement hospitalière. [2]

La thèse de Pauline CASTELLA montre qu'en 2015 une photographie des programmes français d'ETP est difficile à établir mais qu'ils estiment l'existence des programmes d'ETP actifs à 2474. [7]

- En psychiatrie :

L'ETP reste relativement peu mise en place en psychiatrie en France. Une enquête menée par la Direction générale de la santé en 2011 trouvait que sur 1796 programmes ETP autorisés par les ARS, seuls 2 % des programmes concernaient la psychiatrie. [16]

L'étude de Cadiot et Verdoux effectuée sur la région aquitaine, montrait que seulement 46,6 % des psychiatres interrogés signalaient la présence d'au moins un programme d'ETP dans leur pôle. [4]

Cette approche est cependant de plus en plus intégrée dans le parcours des patients en psychiatrie. [5]

Comme pour l'ensemble des programmes d'éducation thérapeutique en psychiatrie, l'offre de soin dans le trouble bipolaire est limitée et reste relativement peu appliquée. On dénombre 44 programmes labélisés par les Agences Régionales de Santé en 2017. [12]

Moins d'une équipe sur dix en France a mis en place des prises en charges psychoéducatives. [17]

C. ETP et trouble Bipolaire

1) Connaissances actuelles

Les évaluations de l'efficacité de l'ETP sont des études médico-économiques ciblant le bénéfice sur les connaissances, les comportements de soins des patients et des soignants, la gravité des rechutes et des hospitalisations, l'évolution de certains facteurs biocliniques, la qualité de vie, ou la satisfaction des patients. Elles ne doivent pas être confondues avec des études d'évaluation d'une technique psychothérapique ou d'un traitement médicamenteux sur l'évolution de la maladie et de sa gravité.

Les premiers écrits publiés sur l'éducation thérapeutique pour le trouble bipolaire remontent aux années 1980. Beaucoup de ces premières études présentent d'importantes lacunes. [36] Cependant, au cours de la dernière décennie, un certain nombre d'essais cliniques randomisés de qualité supérieure ont été publiés. De ce fait, à ce jour les bénéfices de la participation à un programme d'ETP chez les patients bipolaires sont désormais reconnus.

Nous allons présenter quelques-unes de ces études ci-dessous :

En 1991, Peet et Harvey souhaitent étudier l'impact de l'ETP et développent un groupe de 30 patients bipolaires recevant une éducation sur les sels de lithium par l'intermédiaire d'une vidéo et d'un manuel d'information. Un groupe contrôle de 30 patients n'a pas eu ces informations. Les auteurs pensent que les patients ayant reçu l'information étaient plus observants. [30]

En 1999, l'étude de Perry et al. s'est effectuée sur 69 patients (34 dans un groupe exposé et 35 dans un groupe contrôle), cette étude comparative randomisée retrouve une diminution du nombre d'hospitalisation chez les patients entraînés à reconnaître les prodromes des récives maniaques et dépressives. A un an le taux de récives maniaques était de 20% chez ses patients contre 50% chez les témoins. [31]

En 2006, Weber Rouget effectue une étude de la littérature. Cette étude fait part de lacunes méthodologiques dans les premières études mais les résultats restent en faveur d'une

amélioration de l'évolution de la maladie grâce à l'ETP, notamment en augmentant les connaissances des patients et de leur famille sur le trouble et les options thérapeutiques, en réduisant le risque de récurrence (hypo)maniaque ou dépressive et d'hospitalisation et en améliorant la compliance thérapeutique. [36]

En 2009, Colom et Vieta effectuent l'une des principales études prospectives traitant de l'effet de l'ETP dans le trouble bipolaire. En effet ils complètent leur étude de 2003 portant sur 2 ans, en la prolongeant sur une durée de suivi de 5 ans. Il s'agit d'une étude de cohorte espagnole incluant 120 patients suivis pendant 2 ans en 2003 dont 99 poursuivront leur participation sur les 5 ans (étude de 2009). Ces patients sont répartis en 2 groupes dont un a un suivi comprenant 21 séances de psychoéducation en 6 mois. Ces études montrent significativement à 2 ans et à 5 ans une diminution du nombre de rechutes par patient, une augmentation du temps entre les récurrences et une diminution du temps passé à être gravement malade chez les patients ayant participé à la psychoéducation. L'étude ne trouve pas de différence significative dans le nombre de participants ayant une hospitalisation à 2 ans et 5 ans ; par contre le nombre d'hospitalisations par personne et le nombre médian de jours d'hospitalisation dans le suivi à 5 ans est significativement plus faible dans le groupe avec psychoéducation. [8] [9]

En 2010, l'étude de D'Souza montre que la présence du compagnon lors des séances diminue le taux de rechute, permet un délai de rechute plus long et une diminution des symptômes maniaques. [15]

En 2011, une autre revue de la littérature est menée au Brésil sur 13 essais contrôlés randomisés traitant de ce sujet. Six portant sur l'évolution clinique révèlent une diminution du taux de rechute et une augmentation du délai avant la récurrence. Dans quatre études (toutes dirigées par le même groupe), l'ETP a réduit le nombre de jours d'hospitalisation. Deux études n'ont pas trouvé d'avantages significatifs dans l'évolution clinique et le nombre de jours d'hospitalisation. Dans deux études, les auteurs ont constaté une diminution des épisodes hypomaniaques et maniaques, mais non des épisodes dépressifs. [34]

En 2015, Bond et al. trouvent 8 études traitant de la rechute dans le trouble bipolaire après un programme d'éducation et obtient des résultats en faveur d'un effet préventif sur les rechutes de l'ETP dans le trouble bipolaire. [3]

En 2015, Gay C. évoque que les études publiées rapportent une diminution du nombre de récurrences et de rechutes, une réduction de la durée d'hospitalisation, un meilleur équilibre de la vie familiale, une amélioration de l'observance et de la qualité de vie. [20]

L'étude de Fahrhad Faridhosseini et al. en 2017 étudie deux groupes de 12 patients et retrouve une différence significative dans le groupe d'intervention quant à l'amélioration de la qualité de

vie avant et après l'intervention. De plus, la différence était significative entre les deux groupes quant au nombre de récidives et d'hospitalisations en 6 mois. [18]

Plus récemment l'étude de Weiner L. et al. en 2018 suggère une amélioration significative de l'humeur suite à la participation aux séances ainsi qu'une satisfaction auto-rapportée élevée. [37]

Une comparaison intra-individuelle est effectuée par Joas et al. en 2019 et retrouve aussi des résultats en ce sens, avec une diminution des risques de récurrence après les séances d'éducation thérapeutique. [25]

2) **Bipolis®**

o Création :

Bipolis® est l'un des programmes d'ETP proposé en France. Ce programme a été mis en place depuis 2009 au centre hospitalier Gérard Marchant de Toulouse sur le CMP de Carbonne et le CMP Déodat-Arènes. Il a été validé par l'Agence régionale sanitaire en 2011 et référencé dans l'annuaire OSCARS®. [29]

o Population cible :

Il est destiné aux personnes souffrant de troubles bipolaires issus des lieux de soin de la région Occitanie et présentant une stabilité psychique et somatique, leur permettant de tenir un crayon, d'écrire, d'écouter et d'être en groupe.

Des membres de la famille des patients bipolaires peuvent également y participer sur invitation du patient.

o Déroulement du programme :

Bipolis® s'organise autour de quatre sous-programmes indépendants et complémentaires, adaptés et mis en place par le coordonnateur de Bipolis® selon la méthode des SARA® (Stage d'Aide au Rétablissement Ambulatoire). [11] Cette méthode thérapeutique et pédagogique correspond à quatre domaines différents de la maladie : l'appropriation de la maladie et de son traitement (A), la socialité (S), les habitudes-rythmes-hygiènes de vie (H), la rechute (R). Ces 4 sous-programmes se succèdent sur une année avec un arrêt au moment des vacances scolaires. Chaque SARA® comprend 6 séances de groupe d'1h30, deux sont des séances théoriques interactives et les quatre autres sont des séances pratiques. Des séances individuelles d'ETP complémentaires peuvent être rajoutées selon les besoins. [10] [12]

Le PETP Bipolis® est, conformément à la réglementation, évalué en début et en fin de SARA® par une grille d'évaluation nommée RASH, qui apprécie le degré de connaissance et d'expertise des patients avant et après chaque SARA®.

○ Impact de Bipolis :

Bien que créé depuis 2009, nous n'avons que peu d'information sur le réel bénéfice du programme Bipolis® chez les patients y participant, si ce n'est la quasi-constance de sa fréquentation depuis son ouverture et l'augmentation de la diversification des modes d'orientation vers le programme. Il existe un audit mené par le coordonnateur ARS du programme en janvier 2013 de l'hôpital Gérard Marchant réalisé sur les dossiers de 30 patients ayant participé à Bipolis®, qui montre une bonne assiduité des participants, une amélioration de leur connaissance des réponses thérapeutiques et des actions à mettre en œuvre pour les réaliser. Il retrouve également 12 déstabilisations cliniques non significatives selon le DSM et 2 rechutes caractérisées lors du suivi du programme. [26] Cependant nous n'avons pas d'informations précises de l'impact de Bipolis® sur l'évolution de la maladie bipolaire et plus précisément sur les rechutes.

Bien que les études menées dans la littérature internationale montrent un bénéfice de la participation à un programme d'ETP dans le trouble bipolaire, la structure et le contenu des programmes d'ETP proposés peuvent différer d'un lieu à l'autre.

Il nous a donc semblé intéressant de pouvoir étudier l'impact du programme d'éducation thérapeutique Bipolis® sur les récives du trouble bipolaire chez les patients ayant participé au programme Bipolis®.

II. MATERIEL ET METHODES

A. Type d'étude

Notre travail se propose d'effectuer une enquête de cohorte exposés-non exposés rétrospective comparant l'incidence des hospitalisations chez des patients atteints de trouble bipolaire ayant participé ou non aux programmes d'éducation thérapeutique Bipolis® entre mars 2009 et juillet 2017.

B. Objectifs de l'étude

1) Objectif principal

L'objectif principal est de comparer le nombre d'hospitalisations en psychiatrie à 2 ans entre les patients atteints d'un trouble bipolaire ayant suivi ou non le programme Bipolis® pris en charge par le centre hospitalier Gerard Marchant de la région Occitanie depuis 2009.

2) Objectifs secondaires

Les objectifs secondaires sont :

- de comparer le nombre d'hospitalisations en psychiatrie à 5 ans entre les patients atteints d'un trouble bipolaire ayant suivi ou non le programme Bipolis® pris en charge par le centre hospitalier Gerard Marchant de la région Occitanie depuis 2009.
- de comparer le mode d'hospitalisation entre les deux groupes
- d'évaluer le nombre et la gestion des décompensations en ambulatoire
- d'évaluer les facteurs de rechutes
- de mesurer l'impact de l'ETP Bipolis® sur la qualité de vie des usagers.
- d'évaluer les outils Bipolis® vécus comme utiles par les patients.
- d'évaluer la satisfaction des patients concernant le programme Bipolis®

C. Critères d'éligibilités

1) Pour les patients exposés à Bipolis®

La population cible concerne les patients atteints d'un trouble bipolaire et ayant participé au programme Bipolis® entre mars 2009 et juillet 2017.

○ Les critères d'inclusions sont :

- Patient ayant validé le programme complet de Bipolis®, soit 4 SARA®, entre mars 2009 et juillet 2017.
- Patient majeur.
- Patient suivi par le centre hospitalier Gérard Marchant.
- Patient dont le diagnostic de trouble bipolaire a été posé par un psychiatre (CIM 10 : F31 [+]
Trouble affectif bipolaire, maladie maniaco-dépressive, psychose-maniaco-dépressive, réaction maniaco-dépressive).
- Patient n'ayant pas fait part de leur opposition à participer à l'étude.
- Patient suivi en psychiatrie en 2018.

○ Les critères de non-inclusion sont :

- Patient sous mesure de protection type Tutelle.
- Absence de données notées dans le dossier concernant les antécédents psychiatriques, soit absence de la modalité « anamnèse adulte » dans le logiciel informatique « cortexte ».

2) Pour les patients non-exposés

Pour chaque patient ayant participé au programme Bipolis®, un sujet non-exposé lui a été attribué de manière aléatoire et lui est apparié sur l'âge (exact ou à défaut jusqu'à 5 ans près), le sexe et l'année de début de suivi dans le centre (exact ou à défaut jusqu'à 2 ans près). Les participants non-exposés ont été sélectionnés à partir du logiciel informatique « Cortexte » du CHG Marchant regroupant les données de l'ensemble des secteurs dépendant du centre hospitalier Gerard Marchant.

○ Les critères d'inclusions sont :

- Patient majeur.
- Patient suivi par le centre hospitalier Gérard Marchant.
- Patient dont le diagnostic de trouble bipolaire a été posé par un psychiatre (CIM 10 : F31 [+]
Trouble affectif bipolaire, maladie - maniaco-dépressive, psychose - maniaco-dépressive, réaction - maniaco-dépressive).
- Patient n'ayant pas fait part de leur opposition à participer à l'étude.
- Patient suivi en psychiatrie en 2018.

○ Les critères de non-inclusion sont :

- Patient sous mesure de protection type Tutelle
- Présence dans le dossier médical d'une modalité « ETP-Bipolis /ETP-individuel »
- Absence de données notées dans le dossier concernant les antécédents psychiatriques, soit absence de la modalité « anamnèse adulte » dans le logiciel informatique « cortexte ».

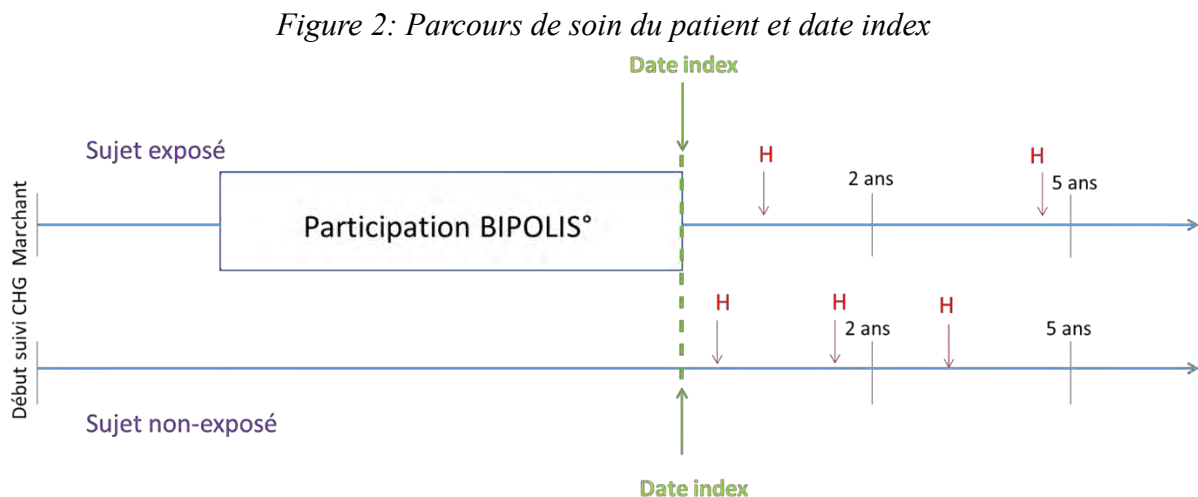
D. Critères d'évaluations

1) Critère d'évaluation principale

Le critère principal d'évaluation est le nombre d'hospitalisations en psychiatrie survenant dans les 2 ans suivant la date index. La date index (T0) étant la fin de participation à 4 SARA® de Bipolis® pour les patients exposés. Pour les sujets non-exposés, on leur a attribué la date index du sujet auquel ils ont été appariés. **(Fig.2)**

Toutes les hospitalisations en psychiatrie ont été retenues quelle qu'en soit la raison (épisode maniaque, hypomaniaque, dépressif, crise suicidaire) hormis les hospitalisations dans des centres de cure de sevrage.

Ces données ont été recueillies à partir du logiciel « cortexte » regroupant les dossiers médicaux du CHG Marchant.



2) Critères d'évaluations secondaires

Pour évaluer le nombre d'hospitalisation à 5 ans, nous avons recherché dans les dossiers médicaux toute notion d'hospitalisation survenue dans les 5 ans suivant la date index. Toutes les hospitalisations en psychiatrie ont été retenues quelle qu'en soit la raison (épisode maniaque, hypomaniaque, dépressif, crise suicidaire) hormis les hospitalisations dans des centres de cure de sevrage.

Parallèlement, nous avons recherché les modes d'hospitalisation associés aux hospitalisations, qui sont : Hospitalisation en soin libre (HL), Hospitalisation à la demande d'un tiers (ASPDT), et Hospitalisation à la demande du représentant de l'état (ASPDRE). Nous considérerons les modes d'hospitalisations du moins grave au plus grave dans l'ordre suivant : hospitalisation en soin libre (HL), admission en soin psychiatrique à la demande d'un tiers (ASPDT), admission en soin psychiatrique à la demande du représentant de l'état (ASPDRE).

Nous avons recherché les facteurs de rechutes identifiés par les psychiatres ayant évalué les patients à leurs entrées en hospitalisation.

Nous rechercherons également dans les dossiers médicaux toute notion de déstabilisations ambulatoires, soit l'association de plusieurs des signes cliniques d'hypomanie ou de dépression légère à modérée décrits ci-dessous, pouvant être associées à une réadaptation du traitement par le praticien en raison de ces symptômes. Nous avons donc recherché des signes tel qu'un changement de comportement, une excitabilité, une logorrhée, une agitation ou un ralentissement psychomoteur, une irritabilité, des troubles du sommeil, une humeur triste, des idées noires, des idéations suicidaires, un manque de plaisir, un manque d'envie. Ces signes devaient être résolutifs en ambulatoire et donc ne pas déboucher sur une hospitalisation.

Pour finir, nous évaluerons l'impact de Bipolis® (sur leur observance médicamenteuse et sur la qualité de vie des patients) à travers un questionnaire comportant onze questions évaluant de manière qualitative le vécu des patients entre avant et après Bipolis®. Ce questionnaire évaluera également via trois questions comportant cinq items chacune la satisfaction des patients concernant le programme Bipolis®. Nous analyserons le pourcentage de réponse par items.

Les remarques des patients ont été évaluées à part, et seront reportées comme tel.

E. Déroulement de la recherche

Nous avons commencé notre étude par l'inclusion des patients Bipolis® auxquels nous avons apparié des patients non-exposés. Nous avons envoyé une notice d'information individualisée à chaque patient (non-exposé et ayant participé à Bipolis®) dans laquelle nous les informons de notre projet d'étude et qu'en l'absence d'un retour de leur part faisant acte de leur opposition à l'étude, nous les considérerons comme non opposés, et commencerons les investigations 3 semaines après l'envoi de cette notice.

Nous avons ensuite débuté l'extraction de données contenues dans le logiciel « cortexte » du CHG Marchant, dans le but d'effectuer un recueil anonymisé contenant pour chaque patient, le nombre d'hospitalisation, le nombre de décompensation, les facteurs de rechutes et le mode d'hospitalisation depuis la date index jusqu'au 1^{er} juillet 2019. Ces données à caractère personnel ont été codifiées et anonymisées. **(Fig.3) (Fig.4)**

En suivant, nous avons pris contact avec le groupe de patients ayant participé aux programmes Bipolis® pour leur faire passer un questionnaire téléphonique d'environ 15 minutes. Ces questions nous ont permis de comparer la qualité de vie avant et après Bipolis®, ainsi que d'évaluer la satisfaction des patients de ce programme d'éducation. **(Fig.3)**

Les données ont ensuite été analysées statistiquement et une comparaison a été effectuée entre les deux groupes.

. Figure 3: Déroulement de l'étude pour un patient ayant participé au programme Bipolis®

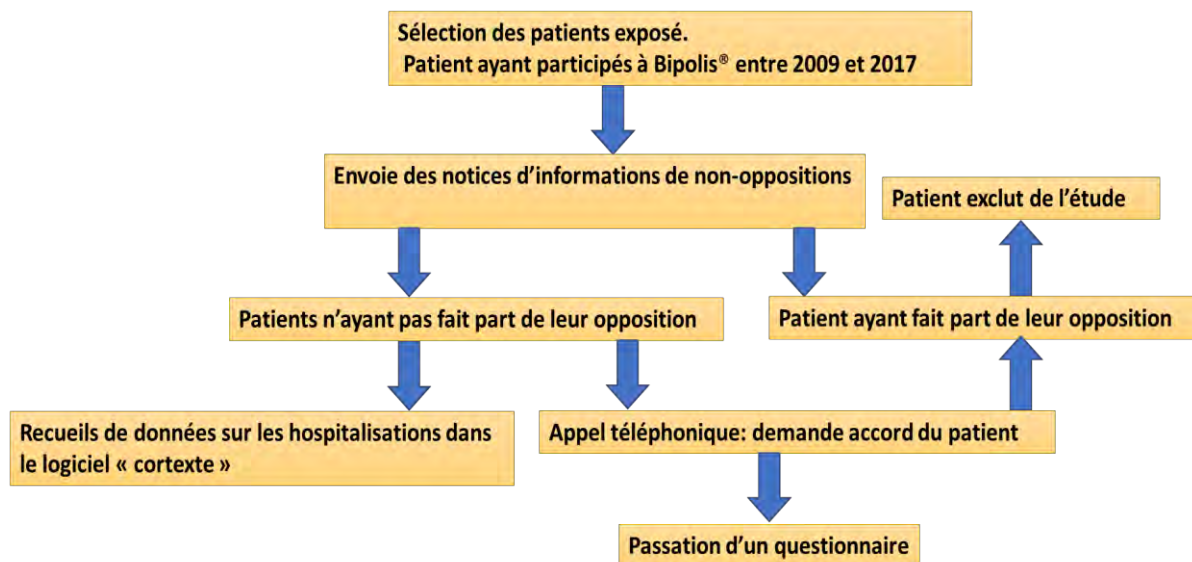
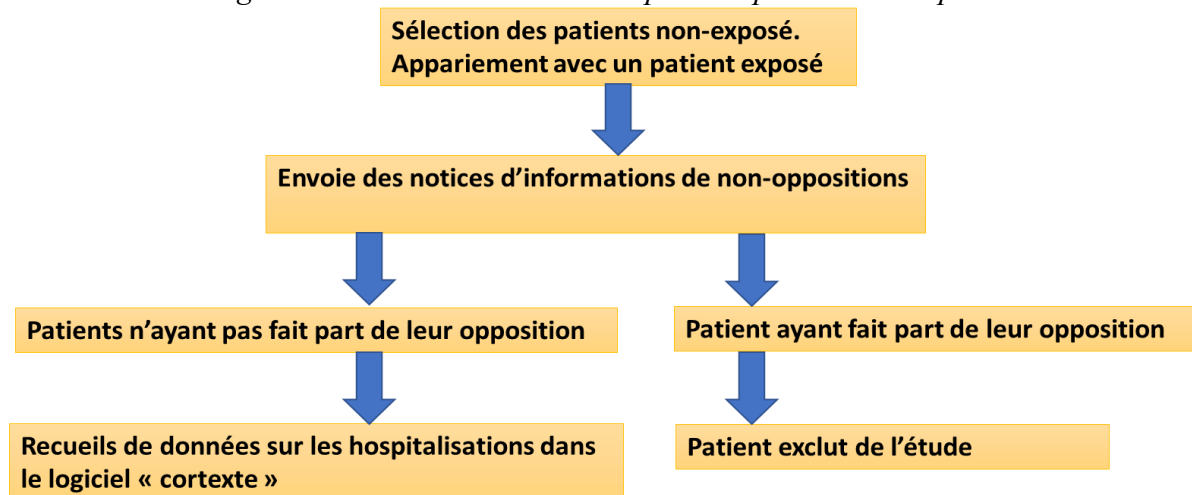


Figure 4: Déroulement de l'étude pour un patient non-exposé



F. Aspects statistiques

1) Calcul de la taille de l'étude

Le calcul de la taille d'étude est basé sur le critère de jugement principal. A deux ans, d'après les données de l'étude de Colom et al. [8] 0,78 hospitalisations par patient sont attendues dans le groupe contrôle (écart-type = 0,8) et 0,3 dans le groupe intervention. Un effectif de 90 sujets (45 exposés et non-exposés) confère une puissance de 80 % dans la détection d'une différence sous ces hypothèses (test t bilatéral, alpha=0,05).

2) Méthodes statistiques employées

L'analyse statistique a été conduite au sein de l'USMR du CHU de Toulouse.
Le seuil de significativité est fixé à 0,05 et tous les tests sont bilatéraux.

Une analyse descriptive de l'ensemble de la population recrutée a été effectuée afin de vérifier s'il existe des écarts au protocole au moment de l'inclusion. Les variables quantitatives sont exprimées en moyenne \pm écart type, médianes et intervalles interquartiles et les variables qualitatives sont exprimées en effectifs et pourcentages.

Pour la comparaison du nombre d'hospitalisations entre les 2 groupes (Bipolis® et non Bipolis®), les analyses bi-variées ont été menées par le test de MacNemar pour séries appariées pour les variables à 2 catégories (ou un test de Stuart Maxwell pour les variables à 3 catégories) pour les variables qualitatives et par le test des rangs non paramétriques de Wilcoxon pour séries appariées pour les variables quantitatives.

Pour l'évaluation de l'impact de Bipolis® sur la qualité de vie, les analyses bi-variées (avant - après Bipolis) ont été menées par le test de MacNemar pour séries appariées pour les variables qualitatives à 2 catégories et par le test des rangs non paramétriques de Wilcoxon pour séries appariées pour les variables quantitatives.

Les analyses ont été réalisées à l'aide du logiciel STATA Version 14.2 (Stata Statistical Software: Release 11. College Station, TX: StataCorp LP). I.

G. Considérations éthiques et réglementaires

Cette recherche non interventionnelle mais impliquant la personne humaine est soumise à la loi Jardé, elle entre dans le cadre de la « Méthodologie de référence » (MR-003).

Elle a reçu l'avis favorable du Comité de Protection des Personnes (CPP) toulousain SOOM II le 18 avril 2019.

Les données enregistrées à l'occasion de cette recherche font l'objet d'un traitement informatisé au CHU de Toulouse dans le respect de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés modifiées par la loi 2004-801 du 6 août 2004.

III. RESULTATS

A. Population étudiée :

Nous avons inclus nos patients entre les semaines 18 et 19 de l'année 2019 ; l'extraction des données s'est effectuée à partir de la semaine 22, et s'est poursuivie jusqu'à la semaine 27 de l'année 2019. Soit 5 semaines d'extraction de données.

1) Flux de participants

Nous avons trouvé 130 patients ayant participé aux programmes Bipolis® entre mars 2009 et juillet 2017. Nous avons obtenu 64 patients correspondant aux critères d'inclusions.

514 patients du centre hospitalier Gérard Marchant répondent aux critères d'inclusions et d'exclusions du groupe témoin. Nous avons sélectionné 64 patients de ce panel que nous avons apparié aux patients exposés.

Dans le groupe non-exposé, nous avons eu 5 refus et une sortie d'étude (la patiente ayant envoyé un courrier de refus 6 semaines après l'envoi de la notice d'information), soit 58 patients. Nous avons ensuite exclu dans ce groupe, lors de l'analyse statistique, les patients dont le patient apparié a été exclu de l'étude. Nous avons donc recruté au total 51 patients non-exposé.

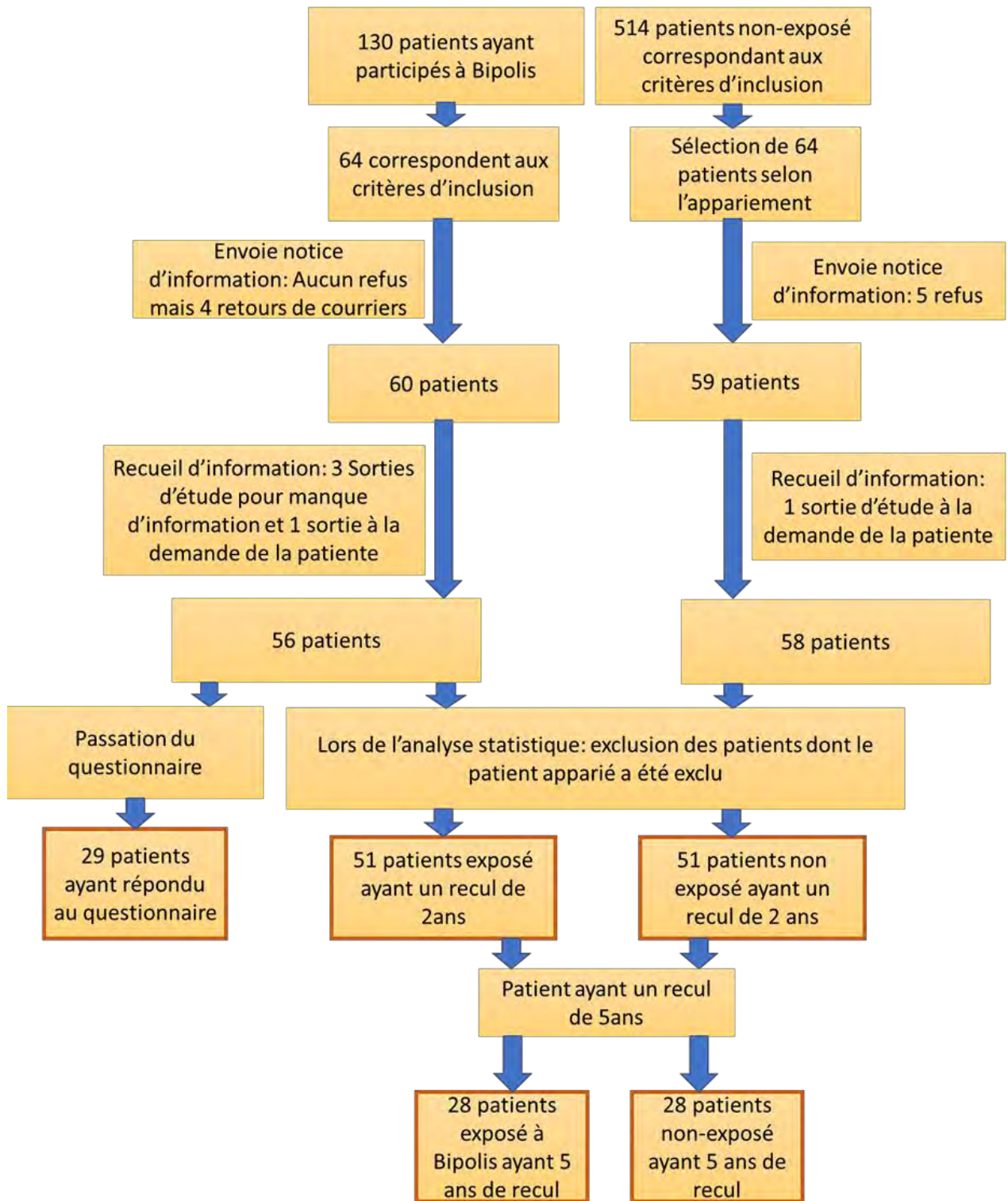
Dans le groupe Bipolis®, nous n'avons initialement pas reçu de refus, mais avons eu 4 retours de courrier pour mauvaise adresse, ces patients étant perdus de vue et n'ayant donc pas reçu la notice d'information, nous les avons exclus. Par la suite, nous avons exclu 3 patients pour manque d'information dans leur dossier médical et nous avons eu une sortie d'étude d'une patiente à sa demande lors de l'appel téléphonique pour le questionnaire. Nous avons donc recruté 56 patients dans le groupe Bipolis®. L'ensemble de la population de ce groupe a été décrit dans l'analyse initiale de la population, mais lors de l'analyse statistique nous avons également exclu les patients dont le patient apparié non-exposé avait été exclu de l'étude. Nous obtenons ainsi le même nombre de patient dans les deux groupes, soit 51 patients par groupes.

Au total, nous avons donc analysé les dossiers de 102 patients, soit 51 patients dans chaque groupe. **(Fig. 5)**

Par la suite pour l'analyse à 5 ans de la date index, nous avons dû retenir uniquement les patients ayant un recul de 5 ans, soit les patients ayant une date index comprise entre 2009 et 2014. Nous avons donc retenu 56 patients soit 28 patients dans chaque groupe.

Lors du questionnaire, du fait d'un temps imparti restreint, nous n'avons pu contacter que seulement 29 patients inclus dans notre étude et leur faire passer le questionnaire.

Figure 5: Diagramme du flux de participants



2) Analyse de la population étudiée selon l'âge

L'âge moyen est globalement similaire dans les deux groupes, il est de 53,52 ans dans le groupe Bipolis® et de 52,96 ans dans le groupe non-exposé, soit un âge moyen total de 53,25 ans. Le patient le plus jeune ayant 28 ans et le plus âgé 83 ans. (Tabl.1)

Tableau 1: Distribution de l'âge de l'ensemble de la population incluse

Age	N	Mean	SD	P25	Median	P75	Min	Max
Total	107	53.25	10.12	47.00	53.00	61.00	28.00	83.00
Bipolis	56	53.52	10.27	48.50	53.50	61.00	29.00	83.00
Non-exposé	51	52.96	10.04	47.00	52.00	60.00	28.00	78.00

Note de lecture pour toutes les tables représentant des variables quantitatives :

- N représente le nombre de sujets avec une observation non manquante,
- Mean représente la moyenne,
- SD représente l'écart-type,
- Min et Max représentent les valeurs minimales et maximales respectivement,
- P25 (25^{ème} percentile = 1^{er} quartile) correspond à la valeur en-dessous de laquelle 25% des valeurs se situent,
- P75 (75^{ème} percentile ou 3^{ème} quartile) correspond à la valeur au-dessus de laquelle 25% des valeurs se situent.
- P50 (50^{ème} percentile ou 2^{ème} quartile) correspond à la médiane : 50% des valeurs se situent en dessous de cette valeur ; 50% au-dessus.

3) Analyse de la population étudiée selon le sexe

Nos groupes sont composés de 40 femmes (71,43%) et 16 hommes (28,57%) dans le groupe Bipolis® et de 37 femmes (72,55%) et 14 hommes (27,45%) dans le groupe non-exposé. Le sexe-ratio est de 2,5 femmes pour un homme dans le groupe Bipolis® et de 2,64 dans le groupe témoin. (Tabl.2)

Tableau 2: Répartition par sexe de l'ensemble de la population incluse

Sexe	Non-exposé	Bipolis	Total
Nombre de Femme	37	40	77
% de Femme	72,55	71,43	71,96
Nombre d'Homme	14	16	30
% d'Homme	27,45	28,57	28,04
Total	51	56	107
	100,00	100,00	100,00

4) Analyse de la population Bipolis® selon le CMP où ils ont effectué le PETH.

Nous avons inclus 22 patients ayant effectué Bipolis® sur le CMP de Carbonne (39,29%), 12 patients sur le CMP des Arènes (21,43%), 9 patients sur le CMP de Déodat (16,07%) et 13 patients ayant commencé Bipolis® sur le CMP de Déodat et l'ayant terminé sur le CMP des Arènes (23,21%). (Tabl.3)

Tableau 3: Répartition de la population Bipolis® selon le CMP où le PETP leur a été proposé.

CMP	N (nombre de patient)	% (pourcentage de patient)
Arènes	12	21,43
Carbonne	22	39,29
Déodat	9	16,07
Déodat puis Arènes	13	23,21
Total	56	100,00

5) Analyse de la population selon la date index

Nous obtenons des dates index comprises entre 2012 et 2017, nous n'avons donc aucun patient ayant terminé les 4 SARA® du programme Bipolis® entre 2009 et 2011.

Nous observons une majorité de patients avec une date index en 2012, soit 20,56%, avec une légère décroissance du nombre de patients dans les années qui suivent, soit 18,69% en 2013, 16,82% en 2014, 14,95% en 2015 et 11,21% en 2017, hormis en 2016 où le taux de participants ayant terminé Bipolis® remonte à 17,76%. (Tabl.4)

Nous notons que 60 patients ont une date index avant ou en 2014. Ces patients sont donc les seuls à avoir un recul de plus de 5 ans après leur participation au programme Bipolis®. L'évaluation du nombre d'hospitalisation à 5 ans s'est donc effectuée sur ces patients.

Tableau 4: Distribution des dates index selon l'exposition

Date index		Non-exposé	Exposé à Bipolis	Total
2012	N	11	11	22
	%	21,57	19,64	20,56
2013	N	9	11	20
	%	17,65	19,64	18,69
2014	N	8	10	18
	%	15,69	17,86	16,82
2015	N	8	8	16
	%	15,69	14,29	14,95
2016	N	9	10	19
	%	17,65	17,86	17,76
2017	N	6	6	12
	%	11,76	10,71	11,21
Total	N	51	56	107
	%	100,00	100,00	100,00

N : nombre de sujet

% : pourcentage de patient

6) Analyse de la population exposée selon leur parcours Bipolis®

Sur le panel des 130 patients inscrits au programme Bipolis® entre mars 2009 et juillet 2017, 49% ont effectué 4 SARA® du programme Bipolis®.

Sur les patients que nous avons inclus, 31% ont effectué au moins un autre SARA® entre leur date index et juillet 2017.

Le temps moyen pour effectuer les 4 SARA® est de 1an et 11 mois par patient.

B. Hospitalisation à 2 ans de la date index

1) Nombre d'hospitalisation à 2 ans

Nous trouvons que 74,51% des patients ayant participé au programme Bipolis® n'ont pas été hospitalisés dans les deux ans après leur participation à l'ETP, contre 68,63% des patients non-exposés ; 17,65% des patients exposés ont eu une hospitalisation contre 21,57% dans le groupe non-exposé, et 7,84% ont eu deux ou plus d'hospitalisations dans le groupe Bipolis® contre 9,80% dans le groupe non-exposé. Cependant, ces résultats ne sont pas significatifs ($p=0,8217$)

De ce fait, notre étude ne permet donc pas de mettre en évidence d'association significative entre Bipolis® et le nombre d'hospitalisation dans les 2 ans. (Tabl.5)

Tableau 5: Nombre d'Hospitalisation à 2 ans

Nombre d'hospitalisation à 2 ans		Non-exposé	Exposé à Bipolis	Total
0	N	35	38	73
	%	68,63	74,51	71,57
1	N	11	9	20
	%	21,57	17,65	19,61
2 ou plus	N	5	4	9
	%	9,80	7,84	8,82
Total	N	51	51	102
	%	100,00	100,00	100,00

Test de Stuart-Maxwell pour variables appariés : **p= 0.8217**

N: nombre de sujet
%: pourcentage de sujet

2) Mode d'hospitalisation à 2 ans

○ Admission en soin psychiatrique à la demande du représentant de l'état (ASPDRE)

Nous n'avons observé aucune hospitalisation en ASPDRE à 2 ans de la date index dans les deux groupes.

Nous ne pouvons donc pas établir de lien entre Bipolis® et le mode d'hospitalisation en ASPDRE.

○ Admission en soin psychiatrique à la demande d'un tiers (ASPDT)

Nous observons significativement un nombre moins important d'hospitalisation en ASPDT à 2 ans dans le groupe de patients exposés comparé au groupe non-exposés. En effet, dans le groupe non-exposé, 9.8% des patients ont eu au moins une hospitalisation ASPDT à 2 ans (avec un intervalle de confiance : [3.26%-21.41%]), alors que dans le groupe exposé à Bipolis®, 1.96% des patients ont eu au moins une hospitalisation en ASPDT à 2 ans (avec un intervalle de confiance : [0.049%-10.44%]). **(Tabl.6) (Fig.6)**

Nous observons donc une diminution de 80% du nombre d'hospitalisation en ASPDT avec le programme Bipolis®.

La participation au programme Bipolis® est donc significativement associée à une diminution de 80% des hospitalisations en ASPDT à 2 ans du programme.

Figure 6: Pourcentage d'hospitalisations en ASPDT à 2 ans

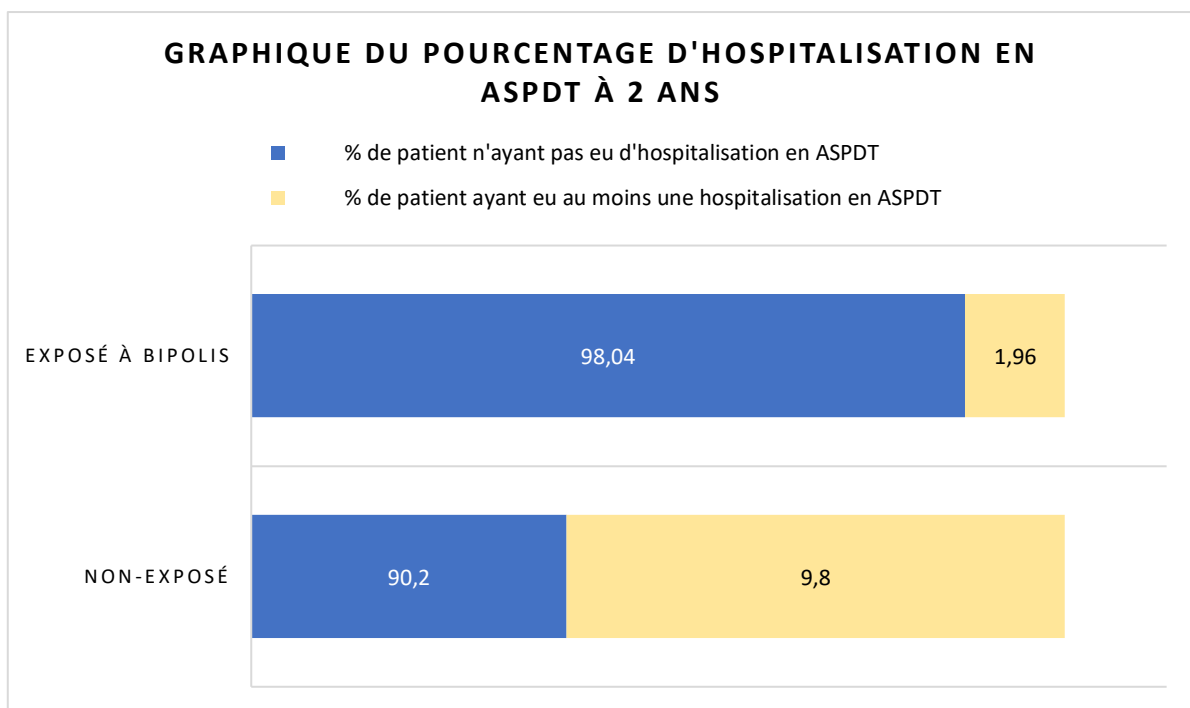


Tableau 6: Nombre d'hospitalisations ASPDT en deux ans

Hospitalisation en ASPDT à 2ans		Non-exposé	Exposé à Bipolis	Total
Non	N	46	50	96
	%	90,20	98,04	94,12
Oui	N	5	1	6
	%	9,80	1,96	5,88
Total	N	51	51	102
	%	100,00	100,00	100,00
Intervalle de Confiance		[3.26%-21.41%]	[0.049%-10.44%]	
Test de McNemar pour variables appariés : p = 0.0455				
N: nombre de patient				
%: pourcentage de patient				

C. Hospitalisation à 5 ans de la date index

1) Nombre d'hospitalisation à 5 ans

Tableau 7: Nombre d'hospitalisations en 5 ans

Nombre d'hospitalisation à 5 ans		Non-exposé	Exposé à Bipolis	Total
0	N	11	17	28
	%	39,29	60,71	50,00
1	N	5	5	10
	%	17,86	17,86	17,86
2	N	7	1	8
	%	25,00	3,57	14,29
3	N	1	3	4
	%	3,57	10,71	7,14
4	N	3	1	4
	%	10,71	3,57	1,79
5	N	1	0	1
	%	3,57	0,00	1,79
8	N	0	1	1
	%	0,00	3,57	1,79
Total	N	28	28	56
	%	100,00	100,00	100,00
Test des rangs de Wilcoxon pour variables appariées : p=0.0553				
N: nombre de sujet				
%: pourcentage de sujet				

Sur les 28 patients ayant un recul de 5 ans, 60,71% des patients exposés n'ont pas été hospitalisés dans les 5 ans contre 39,29% des patients non-exposés à l'ETP. Cependant, ces résultats ne sont pas significatifs ($p=0,0553$). (Tabl.7)

On ne peut donc pas mettre en évidence d'association significative concernant le fait d'être hospitalisé dans les 5 ans et le programme Bipolis®. En revanche, on remarque qu'il y a une tendance non significative en faveur de Bipolis® sur le nombre d'hospitalisation à 5 ans.

2) Mode d'hospitalisation à 5 ans

○ Admission en Soins Psychiatriques à la Demande du Représentant de l'Etat

Nous n'avons observé aucune hospitalisation en ASPDRE dans le groupe Bipolis® et une seule hospitalisation dans le groupe non-exposé.

Cette faible différence dans les deux groupes, ne nous permet pas de mettre en évidence d'association significative concernant le nombre d'hospitalisations en ASPDRE à 5 ans et le groupe d'intervention. ($p=0,3173$) (Tabl.8)

Tableau 8: Nombre d'hospitalisations en ASPDRE à 5 ans

Nombre d'hospitalisation en ASPDRE à 5 ans		Non-exposé	Exposé à Bipolis	Total
0	N	27	28	55
	%	96,43	100,00	98,21
1	N	1	0	1
	%	3,57	0,00	1,79
Total	N	28	28	56
	%	100,00	100,00	100,00
Test des rangs de Wilcoxon pour variables appariées : $p=0.3173$				
N: nombre de sujet				
%: pourcentage de sujet				

○ Admission en Soins Psychiatriques à la Demande d'un Tiers (ASPDT)

A 5 ans, nous observons que 25 % des patients non exposés ont eu une hospitalisation en ASPDT contre 10,71% des patients exposés. Cependant, **on ne peut pas mettre en évidence d'association significative concernant le nombre d'hospitalisations ASPDT à 5 ans et le groupe d'intervention, du fait d'un $p=0,3614$.** (Tabl.9)

Tableau 9: Nombre d'hospitalisations en ASPDT à 5ans

Nombre d'hospitalisation en ASPDT à 5 ans		Non-exposé	Exposé à Bipolis	Total
0	N %	21 75,00	25 89,29	46 82,14
1	N %	4 14,29	1 3,57	5 8,93
2	N %	3 10,71	1 3,57	4 7,14
4	N %	0 0,00	1 3,57	1 1,79
Total	N %	28 100,00	28 100,00	56 100,00
Test des rangs de Wilcoxon pour variables appariées : $p=0.3614$				
N: nombre de sujet %: pourcentage de sujet				

D. Déstabilisation transitoire en ambulatoire

1) Nombre de déstabilisations à 2 ans de la date index

Notre étude trouve que 66,67% des patients non-exposés ont eu une déstabilisation dans les 2 ans suivant leur date index, contre seulement 45,10% des patients exposé à Bipolis®. (**Tabl.10**)

Cependant nos résultats ne sont pas significatifs, nous ne pouvons donc pas mettre en évidence d'association significative concernant le fait d'avoir eu au moins une déstabilisation dans les deux ans et le programme Bipolis®. ($p=0,0555$)

Tableau 10: Nombre de rechutes ambulatoires à 2 ans

Déstabilisation ambulatoire à 2 ans		Non-exposé	Exposé à Bipolis	Total
Non	N %	17 33,33	28 54,90	45 44,12
Oui	N %	34 66,67	23 45,10	57 55,88
Total	N %	51 100,00	51 100,00	102 100,00
Test de McNemar pour variables appariées : $p=0.0555$				
N: nombre de patient %: pourcentage de patient				

2) Nombre de déstabilisations à 5 ans de la date index

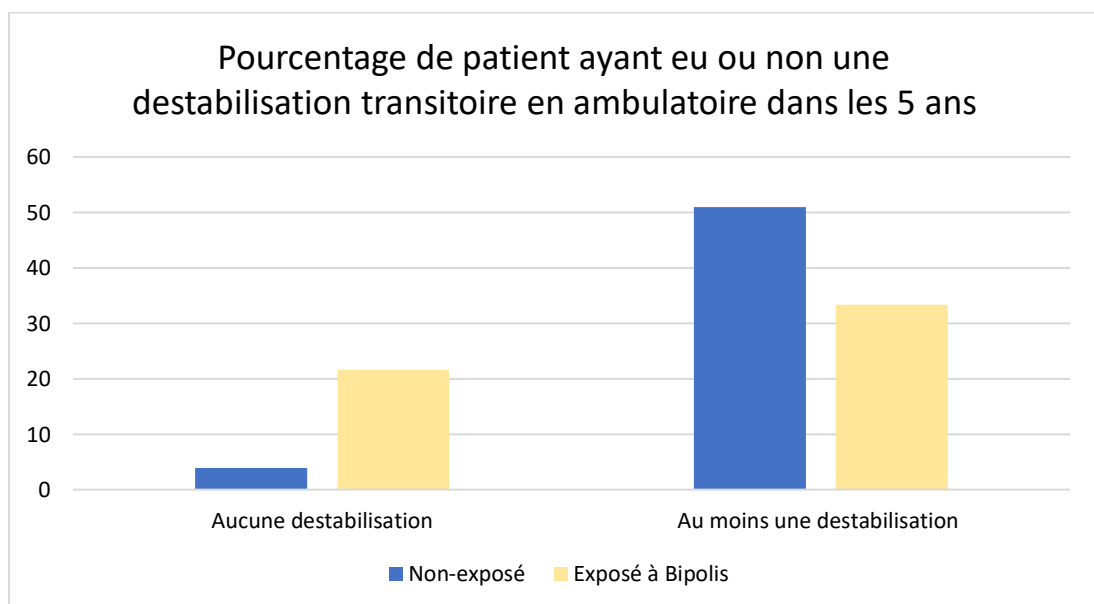
A 5 ans de la date index, 33,33% des patients exposés à Bipolis® ont eu une déstabilisation transitoire en ambulatoire contre 50,98% des patients non-exposés ($p= 0,0126$). La participation au programme Bipolis® est significativement associée avec une diminution des déstabilisations transitoires prises en charge en ambulatoire dans les 5 ans suivant le programme. (Tabl.11) (Fig.7)

La participation à Bipolis® permet une diminution de 34,62% des déstabilisations ambulatoires dans les 5 ans suivant le programme.

Tableau 11: Nombre de déstabilisations ambulatoires à 5 ans

Déstabilisation ambulatoire à 5 ans		Non-exposé	Exposé à Bipolis	Total
Non	N %	2 3,92	11 21,57	13 12,75
Oui	N %	26 50,98	17 33,33	43 42,16
Nombre de patient n'ayant pas un recul de 5 ans				
	N %	23 45,10	23 45,10	46 45,10
Total	N %	51 100,00	51 100,00	102 100,00
Test de McNemar pour variables appariées : $p=0.0126$				
N: nombre de patient				
%: pourcentage de patient				

Figure 7: Pourcentage de déstabilisations ambulatoire à 5 ans



E. Facteur de rechute

Bien que n'ayant pas pu trouver de facteur de rechutes pour toutes les hospitalisations que nous avons observé, nous avons initialement reporté sur le CRF papier tous les facteurs de rechutes décrit dans les observations médicales. Nous avons ainsi recueilli dans les deux groupes plusieurs types de facteurs pouvant être par exemple : une grossesse, un divorce, un décès, une modification d'un traitement antiviral etc... Lors de ce recueil, nous avons observé que nous pourrions, pour faciliter l'analyse, les regrouper selon quatre thématiques, qui sont : une problématique somatique, un problème d'addiction, une modification thérapeutique du traitement psychiatrique ou un événement de vie.

Nous avons ainsi regroupé dans le groupe « problème somatique », les facteurs de rechutes correspondant à un événement somatique aigu, un changement d'un traitement somatique d'une maladie chronique ou une grossesse.

Dans le groupe « addiction », nous avons comptabilisé toutes les addictions confondues.

Dans le groupe « événement de vie », nous avons regroupés les facteurs de rechutes suivants : les facteurs professionnels (licenciement, chômage, promotion, changement de poste, surmenage), les difficultés relationnelles (conjugopathie, séparation, harcèlement, conflit avec autrui, agression), les difficultés financières, les naissances, les deuils, les voyages.

Dans le dernier groupe « modification thérapeutique du traitement psychiatrique », nous avons regroupé les malobservances par le patient, les arrêts du traitement par le patient, et les changements de posologie ou de molécule par un praticien pour réévaluation du diagnostic, ou effets secondaires.

Ainsi, les décompensations dans les deux groupes semblent être liées pour approximativement un tiers d'entre-elles à une modification thérapeutique, avec 32% des facteurs de rechutes du groupes témoins, et 39% des facteurs de rechutes du groupe Bipolis®.

Dans les deux tiers restants, nous observons dans le groupe Bipolis® une majorité de rechutes liés à un problème d'addiction, soit 36% des rechutes. Notons que dans ce pourcentage un patient comptabilise à lui seul 8 hospitalisations dont les rechutes sont dues à une addiction permanente. Les rechutes liées à un événement de vie représentent 18% des rechutes et les décompensations liées à un problème somatique 7% des rechutes.

Dans le groupe non-exposé, nous observons majoritairement des décompensations secondaires à un événement de vie, soit 38% des rechutes, et un nombre moins important de rechutes liées à une addiction (19%) ou à un problème somatique (11%).

Nous pouvons donc conclure que dans le groupe Bipolis® les facteurs de rechutes majoritaires sont les modifications thérapeutiques et les addictions, alors que dans le groupe témoin, les facteurs de rechutes majoritaires sont les modifications thérapeutiques et les événements de vie.

F. Résultats du questionnaire des patients exposés

1) Impact de Bipolis® sur la prise en charge

Lors de l'appel téléphonique, un patient n'a pas su répondre à la globalité de la question concernant l'impact de Bipolis® sur sa prise en charge.

Bipolis® semble avoir eu un impact positif dans l'observance médicamenteuse, il permet d'améliorer l'acceptation d'un traitement et d'améliorer l'identification par les patients de stratégies non médicamenteuses complémentaires au traitement chimique pour se stabiliser.

Nous trouvons que 93,1% des patients ont trouvé que Bipolis® les avait aidés dans la compréhension et l'acceptation de la prise d'un traitement et 85,7% ont pu identifier des stratégies non médicamenteuses complémentaires au traitement chimique pour se stabiliser grâce au programme Bipolis®. (Tabl.12-13) (Fig.8-9)

Tableau 12: Analyse de l'impact de Bipolis® sur la compréhension et l'acceptation de la prise d'un traitement

Patients pouvant trouver ou non que Bipolis les a aidés dans la compréhension et l'acceptation de la prise d'un traitement		
	Nombre de patients	Pourcentage de patient
Oui	27	93,10%
Non	2	6,90%
Nombre de patients ayant répondu à la question	29	100,00%

Tableau 13: Analyse de l'impact de Bipolis sur l'identification par les patients de stratégies complémentaires au traitement chimique pour se stabiliser

Patients ayant trouvé ou non que Bipolis® leur a permis d'identifier des stratégies non médicamenteuses complémentaire au traitement chimique pour ses stabiliser.		
	Nombre de patients	Pourcentage de patient
Oui	24	85,70%
Non	4	14,30%
Nombre de patients ayant répondu à la question	28	100,00%

Figure 8: Compréhension et acceptation d'un traitement

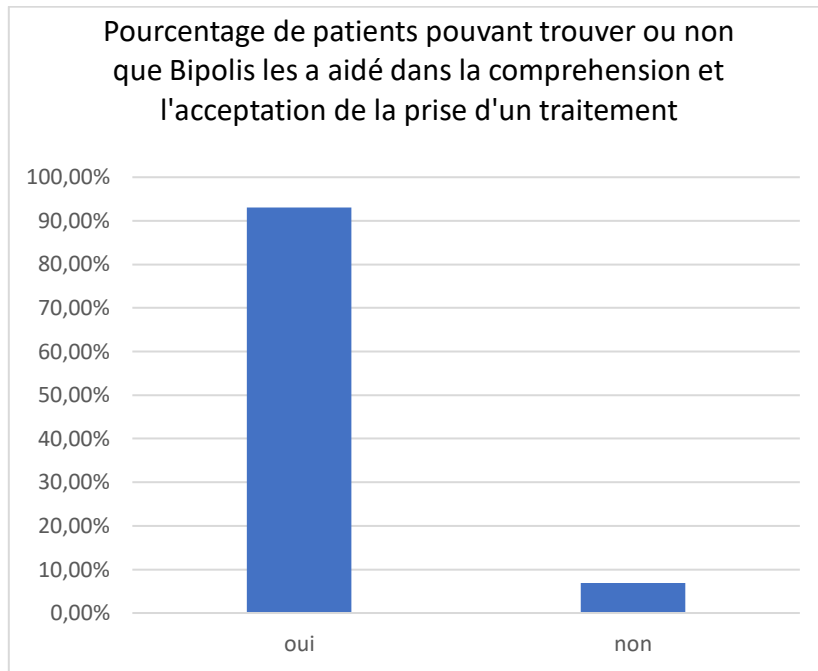
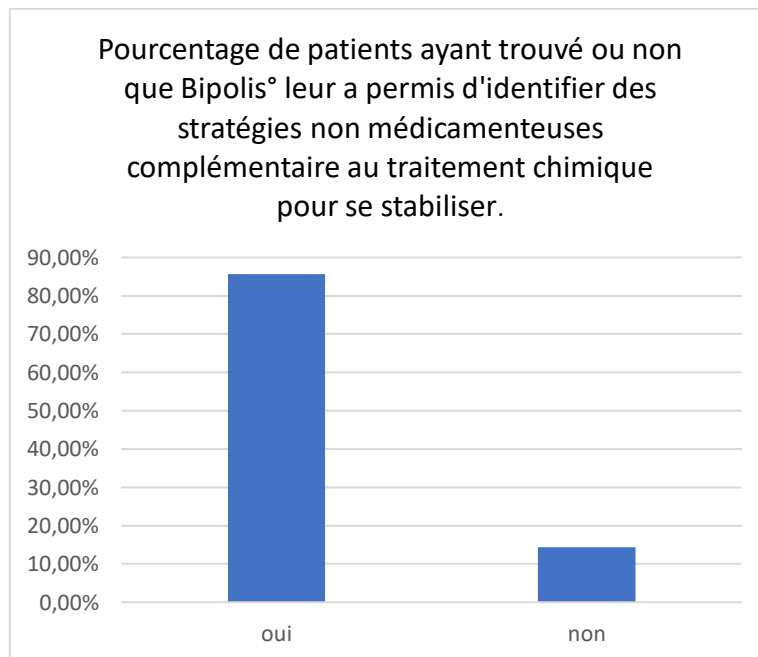


Figure 9: Identification de stratégies non-médicamenteuse complémentaire au traitement chimique



2) Impact de Bipolis® sur la santé psychique et physique

Bipolis® permet significativement une amélioration du vécu des patients concernant leur santé psychique. Avant Bipolis® 37,93% des patients perçoivent leur santé psychique comme mauvaise, 51,72% la perçoivent comme médiocre et seulement 10,34% considèrent avoir une bonne santé psychique, aucun d’entre eux ne considère leur santé psychique comme très bonne ou excellente. Après Bipolis®, plus aucun patient ne perçoit sa santé psychique comme mauvaise, plus que 20,69% la perçoivent comme médiocre, 51,72% considèrent avoir une bonne santé psychique, 17,24% une très bonne santé psychique et 10,34% trouvent qu’ils ont une santé psychique excellente ($p < 0,001$) (Tabl.14) (Fig.10)

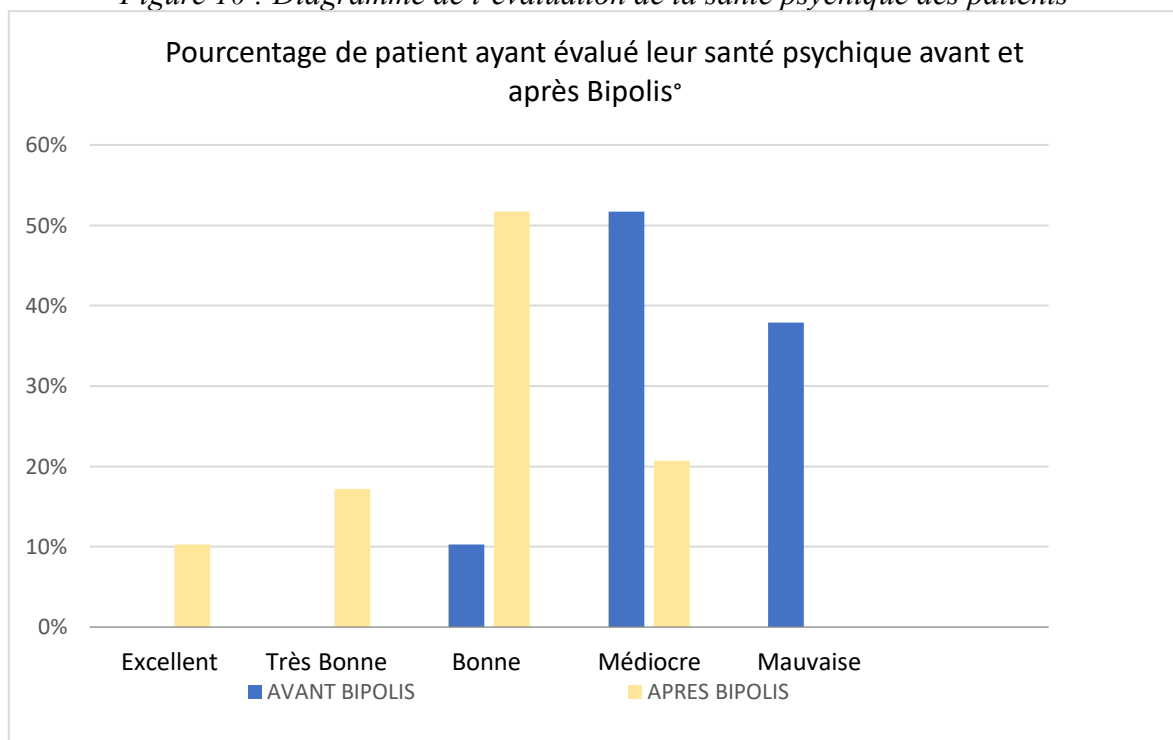
Tableau 14 : Analyse de la perception du patient concernant sa santé psychique

Santé psychique	Avant Bipolis	Après Bipolis
Mauvaise	11 (37,93%)	0
Médiocre	15 (51,72%)	6 (20,69%)
Bonne	3 (10,34%)	15 (51,72%)
Très bonne	0	5 (17,24%)
Excellente	0	3 (10,34%)
Total	29	29

Test des rangs de Wilcoxon : $p < 0,001$

Pour cette analyse, nous avons transformé la variable en variable continue (score de 1 à 5) pour pouvoir effectuer le test approprié.

Figure 10 : Diagramme de l'évaluation de la santé psychique des patients



Le programme Bipolis® est également associé significativement à une amélioration du vécu par les patients de leur santé physique. Notre étude trouve qu'après Bipolis® les patients ont un meilleur vécu de leur santé physique : 27,59% des patients avant Bipolis® considèrent leur santé physique comme mauvaise ou médiocre contre 13,79% après Bipolis®. 34,48% des patients avant Bipolis® pensent avoir une bonne santé physique contre 58,62% après Bipolis®. 10,34% des patients ont répondu avoir une très bonne santé physique avant et après Bipolis® ; et nous avons 3,45% des patients après Bipolis® qui ont répondu avoir une excellente santé physique ($p=0,02$) (**Tabl.15**) (**Fig. 11**)

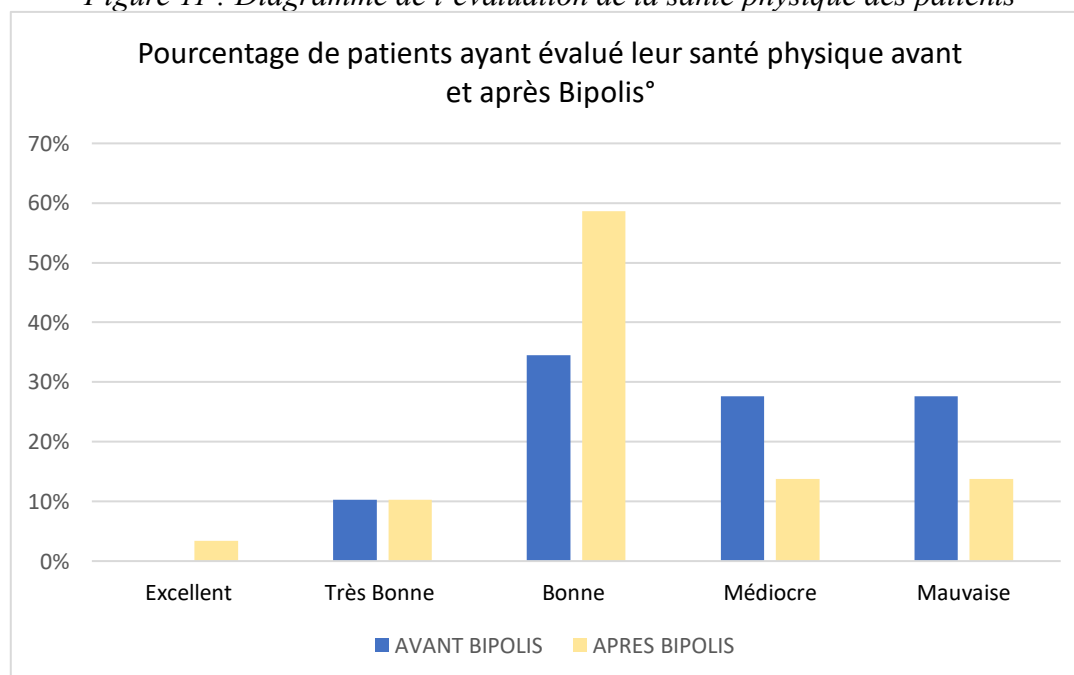
Tableau 15 : Analyse de la perception du patient concernant sa santé physique

Santé physique	Avant Bipolis	Après Bipolis
Mauvaise	8 (27,59%)	4 (13,79%)
Médiocre	8 (27,59%)	4 (13,79%)
Bonne	10 (34,48%)	17 (58,62%)
Très bonne	3 (10,34%)	3 (10,34%)
Excellente	0	1 (3,45%)
Total	29	29

Test des rangs de Wilcoxon : $p=0.02$

Pour cette analyse, nous avons transformé la variable en variable continue (score de 1 à 5) pour pouvoir effectuer le test approprié.

Figure 11 : Diagramme de l'évaluation de la santé physique des patients



3) Impact de Bipolis® sur les tâches domestiques

Ce questionnaire nous a permis de nous pencher sur les difficultés aux quotidiens que peut engendrer une pathologie chronique. Nous avons notamment évalué l'impact de leur maladie sur leurs tâches domestiques (ménage, course, déplacement autour de chez soi, hygiène de soi...). Nous observons une diminution du nombre de patients se sentant limités pour effectuer ces tâches : 75,86% avant Bipolis® contre 51,72% après ; et une augmentation du nombre de patient n'ayant pas de difficulté dans leur quotidien : 24,14% avant vs 48,28% après ($p=0,008$), soit une amélioration chez 24,14% des patients.

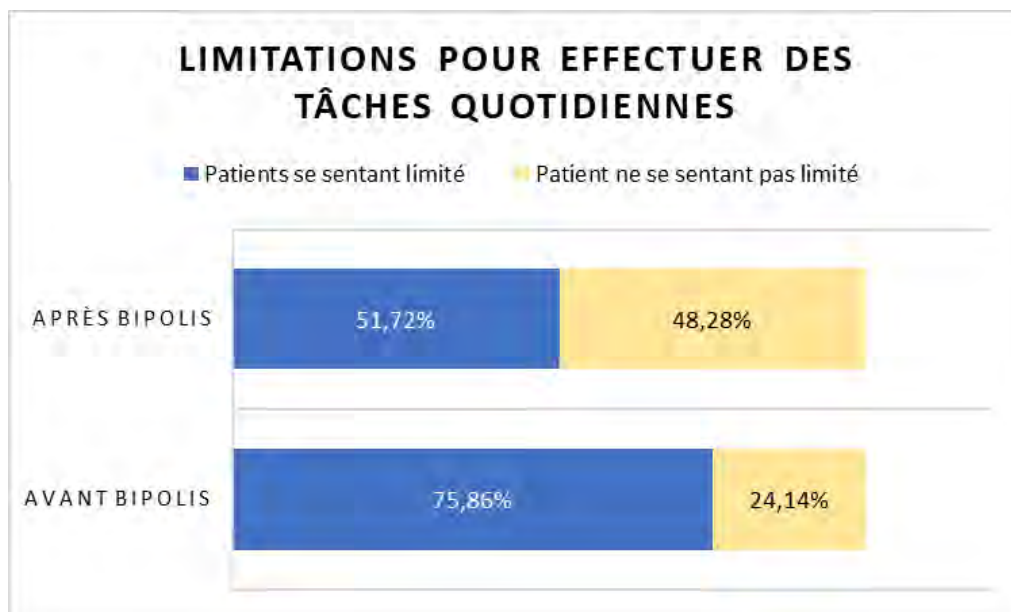
Le programme Bipolis® permet donc significativement aux patients de se sentir moins limité dans leurs tâches quotidiennes. (Tabl.16) (Fig.12)

Tableau 16 : Evaluation de la limitation des patients pour effectuer leur taches quotidiennes

Limitations pour les tâches quotidiennes	Avant Bipolis	Après Bipolis
Oui	22 (75,86%)	15 (51,72%)
Non	7 (24,14%)	14 (48,28%)
Total	29	29

Test de Mc Nemar : $p=0,008$

Figure 12 : Diagramme de l'évaluation par les patients de leur limitation pour effectuer leurs taches quotidiennes



4) **Impact de Bipolis® sur les efforts physiques importants**

Avant Bipolis® 72,41% des patients se sentent limité pour effectuer un effort physique important (courir, activités sportives...). Après Bipolis®, 62,07% des patients se sentent limité pour faire du sport. ($p=0,2568$)

Cependant ces résultats ne sont pas significatifs et ne nous permettent pas d'établir un lien entre le programme Bipolis® et la pratique d'une activité sportive. (Tabl.17)

Tableau 17 : Evaluation de la limitation des patients pour effectuer un effort physique important

Limitations pour les efforts physiques importants	Avant Bipolis	Après Bipolis
Oui	21 (72,41%)	18 (62,07%)
Non	8 (27,59%)	11 (37,93%)
Total	29	29
Test de Mc Nemar : $p=0.2568$		

5) **Impact de Bipolis® sur la gestion d'un budget et les démarches administratives**

Un patient n'a pas souhaité répondre à cette question, ne se sentant pas concerné du fait d'être sous curatelle depuis plusieurs années avant Bipolis®.

Dans l'ensemble, les patients semblent s'être saisis de l'ETP pour améliorer la gestion de leur budget et effectuer leurs démarches administratives. Les résultats avant Bipolis® retrouvent que 50% des patients sont limités pour effectuer leurs démarches administratives et gérer leur budget, contre 39,29% après Bipolis® ($p=0,083$).

Cependant, l'intervention Bipolis® n'est pas associée significativement à une amélioration des limitations pour la gestion du budget et autres démarches administratives. (Tabl.18)

Tableau 18 : Evaluation de la limitation des patients pour effectuer des démarches administratives et la gestion d'un budget

Limitations démarches administratives/gestion d'un budget	Avant Bipolis	Après Bipolis
Oui	14 (50%)	11 (39,29%)
Non	14 (50%)	17 (60,71%)
Total	28	29
Test de Mc Nemar : $p=0.083$		

6) **Impact de Bipolis® sur les loisirs et la mise en place de projet**

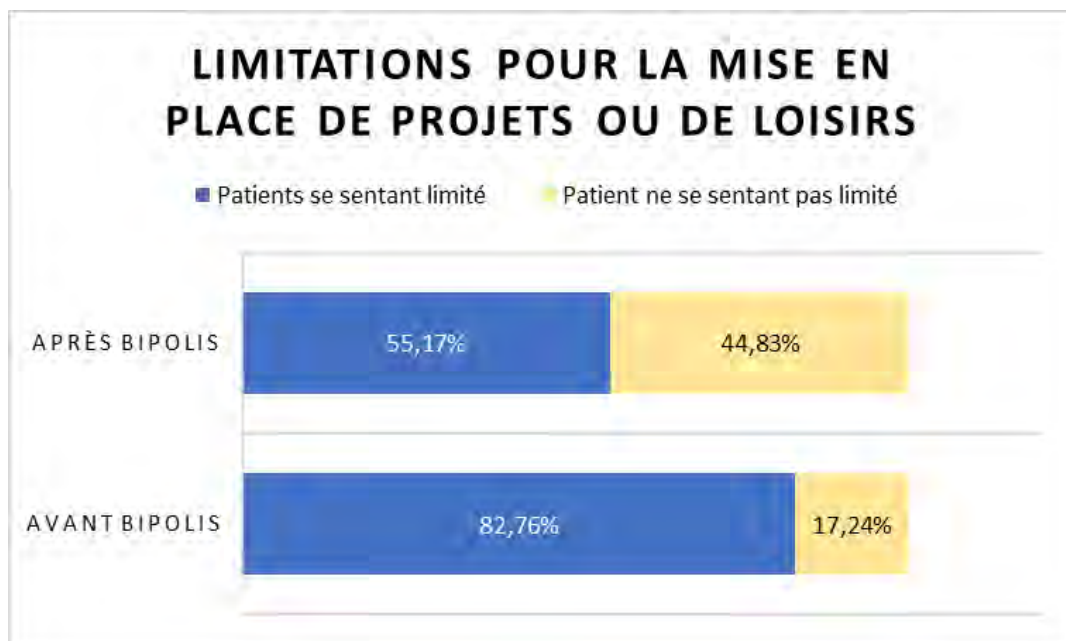
Nous notons significativement une amélioration de l'accès à des loisirs et à la mise en place de projet après le programme Bipolis®. Bipolis® améliore le vécu de 27,59% des patients

concernant la mise en place de loisirs. Il diminue le nombre de patients se sentant en difficulté pour mettre en place des loisirs ou des projets : avant Bipolis® 82,76% des patients se sentent limité pour accéder à leur loisir ou mettre en place des projets ; alors qu'après Bipolis® seulement 55,17% sont limités pour accéder à leurs loisirs ou mettre en place des projets (p=0,004). (Tabl.19) (Fig.13)

Tableau 19 : Evaluation de la limitation des patients pour mettre en place des projets ou des loisirs

Limitations pour la mise en place de projets ou de loisirs	Avant Bipolis	Après Bipolis
Oui	24 (82,76%)	16 (55,17%)
Non	5 (17,24%)	13 (44,83%)
Total	29	29
Test de Mc Nemar : p=0.004		

Figure 13 : Diagramme de la limitation des patients pour mettre en place des projets ou des loisirs



7) Impact de Bipolis® sur les liens sociaux

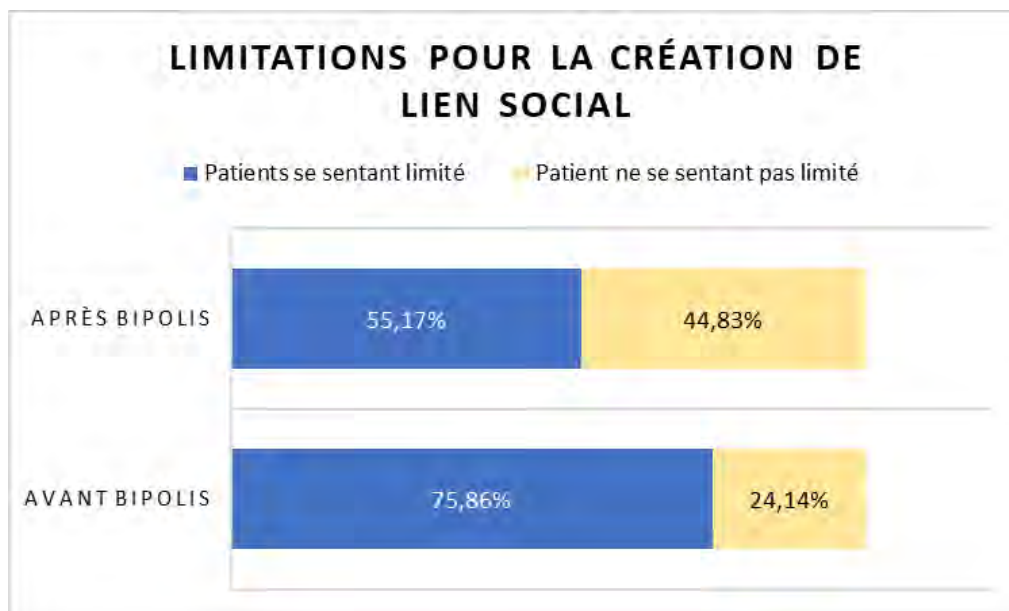
Bipolis® apporte un bénéfice dans le domaine social, en effet 24,14% des patients avant Bipolis® ne sentent pas de difficulté pour créer du lien social (communiquer, avoir des relations avec autrui...) contre 44,83% des patients après Bipolis®, soit une amélioration chez 20,69% des patients. Ces résultats sont significatifs avec un p=0,033. (Tabl.20) (Fig.14)

Bipolis® permet donc significativement une amélioration du lien social des patients.

Tableau 20 : Evaluation de la limitation des patients pour créer du lien social

Limitations pour la création de lien social	Avant Bipolis	Après Bipolis
Oui	22 (75,86%)	16 (55,17%)
Non	7 (24,14%)	13 (44,83%)
Total	29	29
Test de Mc Nemar : p=0.033		

Figure 14 : Diagramme de la limitation des patients pour créer du lien social



8) Impact de Bipolis® sur la vie familiale

Nous observons qu'avant Bipolis® 86,21% des patients déclarent que leur maladie a un fort impact négatif sur leur vie familiale contre 75,86% des patients après (p=0,2568).

Cependant ces résultats ne sont pas significatifs et ne nous permettent pas d'établir de lien entre Bipolis® et la vie familiale des patients. (Tabl.21)

Tableau 21 : Evaluation de l'impact de la pathologie dans la vie familiale des patients

Impact dans la vie familiale	Avant Bipolis	Après Bipolis
Oui	25 (86,21%)	22 (75,86%)
Non	4 (13,79%)	7 (24,14%)
Total	29	29
Test de Mc Nemar : p=0.2568		

9) Impact de Bipolis® sur les activités professionnelles ou les recherches d'emploi

Sur les 29 patients à qui nous avons posé la question concernant leur activité professionnelle, 4 patients n'ont pas souhaité répondre à cette question avant Bipolis®, et 6 après Bipolis® ne se sentant pas concernés par ces deux questions du fait d'une invalidité ancienne ou d'une retraite.

Bipolis® semble avoir un impact dans le domaine professionnel des patients, ce programme diminue le nombre de patients se sentant limité dans leur activité professionnelle ou leur recherche d'emploi. On observe ainsi, avant Bipolis® 92% de patients se sentant limité dans leur vie professionnelle contre 65,22% après Bipolis® ($p=0,014$), soit une amélioration du vécu de 26,78% des patients. (Tabl.22) (Fig.15)

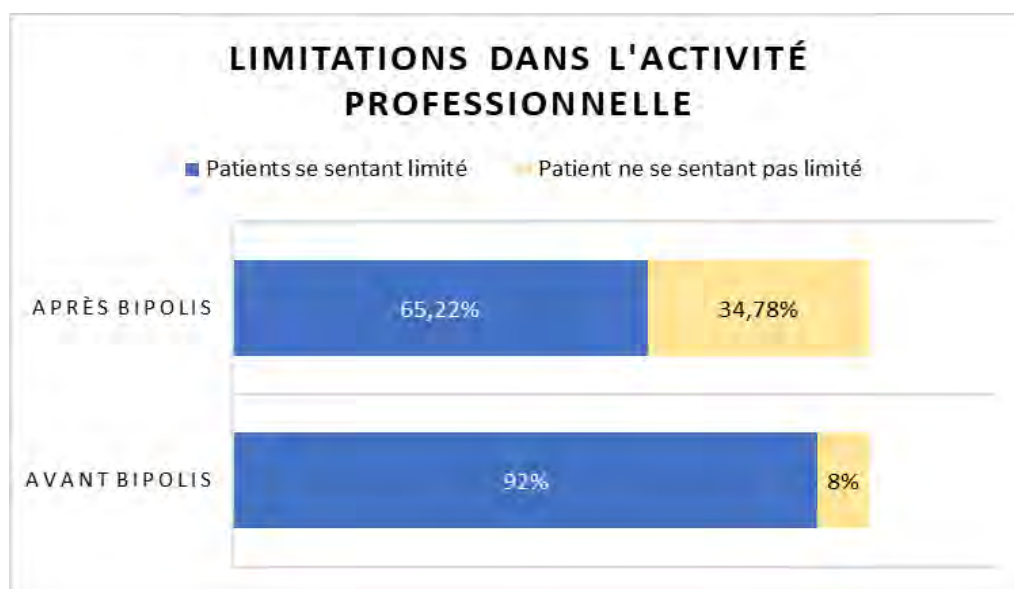
Bipolis® permet donc significativement une amélioration du vécu des patients dans leur vie professionnelle.

Tableau 22 : Evaluation de la limitation des patients pour effectuer leur activité professionnelle

Limitations activité professionnelle	Avant Bipolis	Après Bipolis
Oui	23 (92%)	15 (65,22%)
Non	2 (8%)	8 (34,78%)
Total	25	23

Test de Mc Nemar : $p=0.014$

Figure 15 : Diagramme de la limitation des patients pour effectuer leur activité professionnelle



10) Evaluation de la satisfaction du programme Bipolis®

L'ensemble des patients ayant répondu aux questionnaires ont fait part de leur satisfaction de ce programme que ce soit pour prévenir la rechute, traiter leur maladie, gérer leurs symptômes

ou plus globalement. Ainsi, aucun patient n'a sélectionné les items « très insatisfait » ou « insatisfait » aux trois questions sur ce sujet.

Nous obtenons 10,7% des patients légèrement satisfaits, 42,9% satisfaits et 46,4% très satisfaits concernant la façon dont Bipolis® les a aidés pour gérer leurs symptômes, pour prévenir une rechute et pour traiter leur maladie. Une patiente n'a pas su répondre à ces questions.

Plus généralement, 10,3% des patients sont légèrement satisfaits, 34,5% sont satisfaits et 55,2% sont très satisfaits du programme Bipolis® dans sa globalité. **(Tabl.23) (Fig. 16-17-18)**

Tableau 23 : Evaluation de la satisfaction des patients sur le PETP Bipolis®

Evaluation de la satisfaction des patients concernant l'impact de Bipolis° pour :						
	Prévenir les rechutes et traiter la maladie		Gérer les symptômes		Appréciation globale de Bipolis°	
	N	%	N	%	N	%
Très insatisfait	0	0%	0	0%	0	0%
Insatisfait	0	0%	0	0%	0	0%
Légèrement satisfait	3	10,70%	3	10,70%	3	10,30%
Satisfait	12	42,90%	12	42,90%	10	34,50%
Très satisfait	13	46,40%	13	46,40%	16	55,20%
Patients ayant répondu	28		28		29	

N: nombre de patient

#: Pourcentage de patient

Figure 16 : Diagramme de la satisfaction des patients concernant l'impact de Bipolis® pour prévenir les rechutes et traiter leur maladie

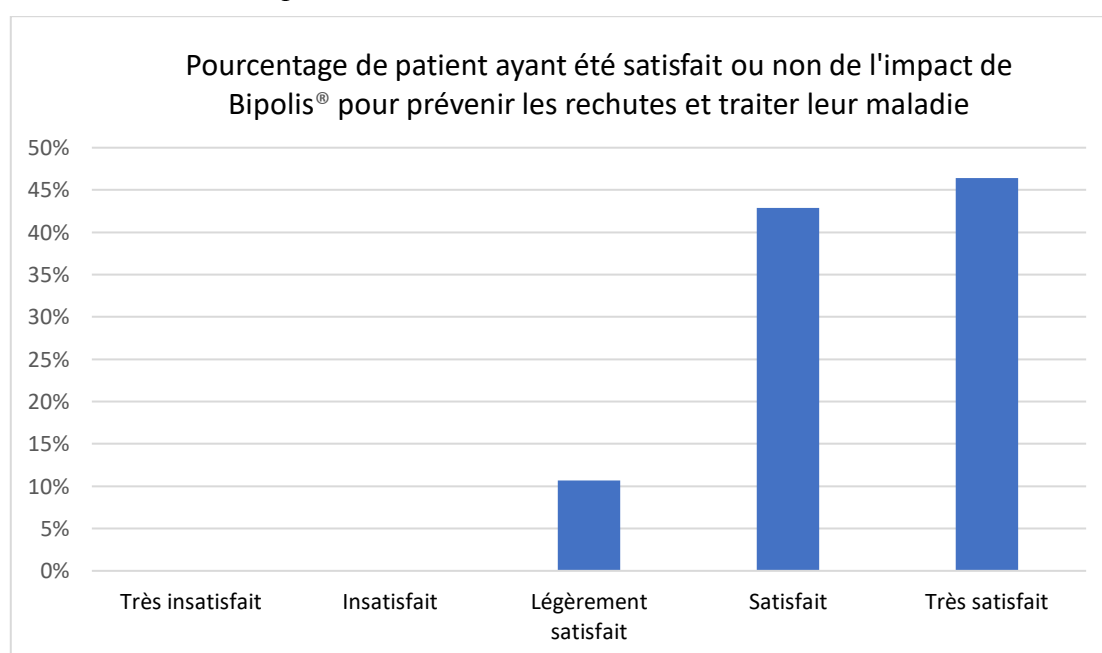


Figure 17 : Diagramme de la satisfaction des patients sur l'impact de Bipolis® pour les aider à gérer leur symptômes

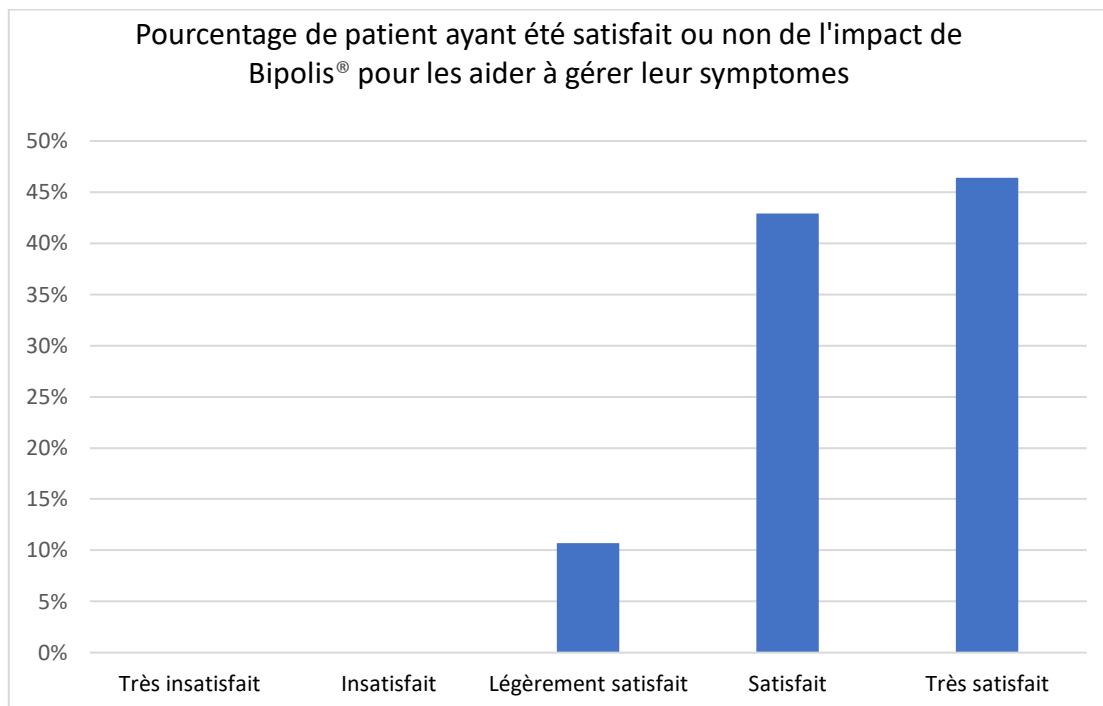
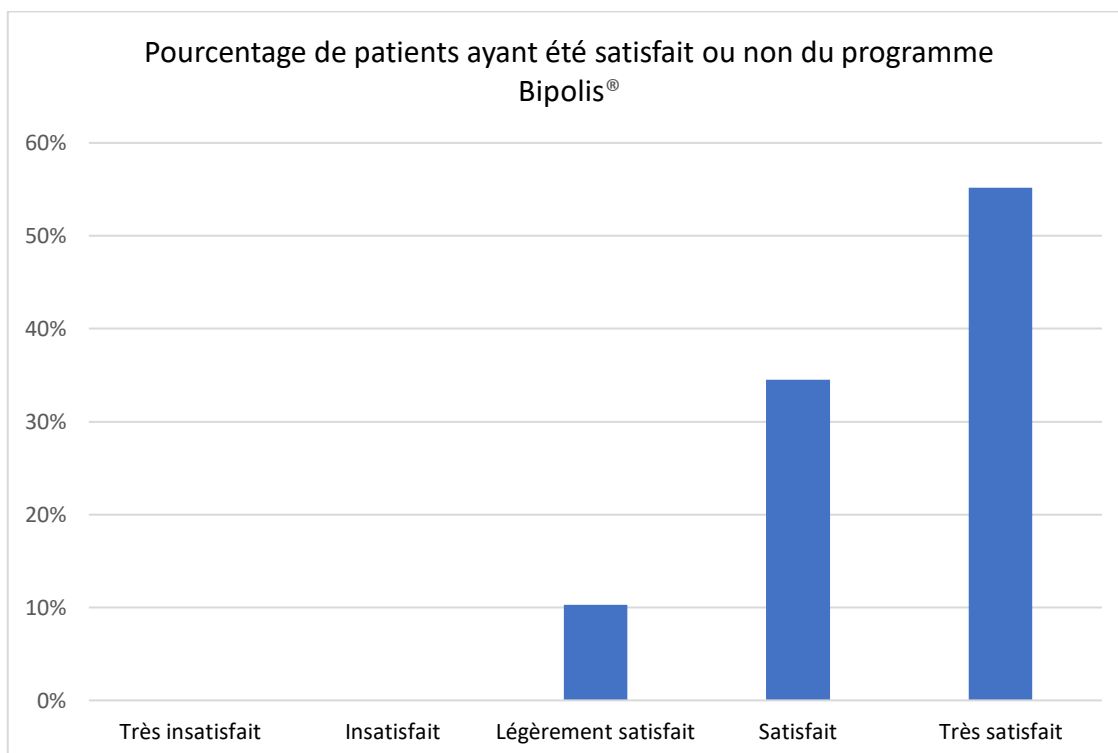


Figure 18 : Diagramme de la satisfaction globale des patients concernant le programme Bipolis®



11) Evaluations par les patients des outils utilisés dans Bipolis®

Nous avons terminé le questionnaire par une question ouverte permettant aux patients de nous faire part de toute réflexions sur le programme Bipolis®.

Nous allons citer dans un premier temps les points revenant chez plusieurs patients, avant d'évoquer quelques réflexions isolées qui nous ont semblé pertinentes.

Un grand nombre des patients interrogés ont un vécu très positif du programme et le recommande à tout patient souffrant d'un trouble bipolaire. Participer à Bipolis® leur a permis de comprendre la bipolarité, leur a donné l'envie de mieux se connaître et de connaître leur pathologie. Certains patients évoquent une prise de conscience de leur pathologie lors de ce programme. Cette éducation thérapeutique leur a notamment permis de mieux repérer les signes précurseurs de rechutes, nombreux ont été les patients à souligner l'utilité qu'ils ont ressentie lors des séances sur les prodromes. Les patients ont également souligné l'effet bénéfique d'un travail de groupe avec des patients ayant la même pathologie qu'eux. Cet échange entre patients leur a permis de créer un groupe d'entraide pouvant échanger réciproquement sur leur expérience de la maladie. Ce lien social ayant semblé important pour eux lors du programme. Quelques patients ont fait part du bénéfice qu'ils ont ressenti lors des séances de travail sur les perceptions corporelles notamment les séances de relaxation. D'autres patients ont jugé bon de nous faire part de la nécessité de séances théoriques sur la connaissance de leur pathologie, notamment par le moyen des tableaux regroupant des symptômes sur la maladie bipolaire, et des tableaux sur les signes de stabilité et d'instabilité. Nous avons également eu plusieurs patients qui nous ont fait remonter leur vécu positif des séances de pharmacologie menées avec l'aide d'une pharmacienne. Certains patients ont pour leur part apprécié le travail effectué autour de l'hygiène de vie.

Quelques patients nous ont fait part d'une forte concentration d'informations en peu de temps et de la difficulté à tout intégrer. Ils ont souligné qu'il était important de pouvoir refaire plusieurs fois les SARA® et qu'une piquête de rappel à distance pouvait être bénéfique. Ils nous ont fait part qu'ils ont pu apprendre des choses nouvelles en refaisant un même SARA®.

Les informations qui suivent n'ont pas été évoquées par plusieurs patients, mais il nous a semblé intéressant de les citer car un travail sur ces questions pourrait être à envisager pour améliorer le programme Bipolis®.

Un patient nous a fait part de ses difficultés de venir aux séances lors des périodes dépressives. Une patiente nous a informé des difficultés qu'elle a ressentie à l'arrêt du programme, avec notamment la sensation de se retrouver seule d'un coup.

Un patient a indiqué qu'être confronté théoriquement aux symptômes de la maladie a pu être inquiétant pour lui et a pu le mettre en difficulté pour gérer ces informations.

Un patient nous a informé avoir eu des difficultés à tout comprendre du fait d'une barrière de la langue.

IV. DISCUSSION DES RESULTATS ET PERSPECTIVES

A. Discussion des résultats

Les résultats observés dans la littérature internationale, sont en faveur d'un apport bénéfique de l'éducation thérapeutique dans le parcours de soin et la qualité de vie des patients bipolaires. Notre étude semble également montrer un bénéfice de Bipolis® dans le quotidien des patients bipolaires.

En effet, notre étude nous permet d'établir que Bipolis® diminue de 34,62% les déstabilisations ambulatoires à 5 ans chez les patients qui l'ont suivi. Nous avons défini les déstabilisations ambulatoires comme l'association de plusieurs signes cliniques d'hypomanie ou de dépression légère à modérée pouvant être associée à une réadaptation du traitement par le praticien en raison de ces symptômes. Ces signes devaient être résolutifs et donc ne pas déboucher sur une hospitalisation. Ces déstabilisations ont un impact négatif dans le quotidien des patients, leur diminution ne peut être que bénéfique sur la qualité de vie des patients, et il est donc important de pouvoir souligner l'effet de Bipolis® sur les déstabilisations ambulatoires. Cette diminution des déstabilisations ambulatoires, peut être mise en lien avec les résultats du questionnaire, qui montrent que Bipolis® a un impact positif dans l'identification par les patients de stratégies non médicamenteuses complémentaires au traitement chimique pour se stabiliser.

De même, le programme Bipolis® améliore chez les patients leur fonctionnement psychosocial et leur qualité de vie. En effet, notre étude, nous permet également d'établir que de façon générale, les patients ayant suivi Bipolis® ont ressenti une amélioration de leur qualité de vie par un meilleur accès à des loisirs, et par la réalisation de projet. En outre, sur le plan social, les patients qui ont suivi Bipolis® se sentent moins limités, pour créer du lien social, et ressentent moins de difficulté sur leur lieu de travail, laissant supposer un effet du programme sur la déstigmatisation de la maladie.

Cependant, nous constatons qu'à 2 ans, les résultats concernant l'impact de Bipolis® sur les déstabilisations prises en charge en ambulatoire ne sont pas significatifs. Nous pouvons donc émettre l'hypothèse que, de façon étonnante, Bipolis® semble mieux protéger de la rechute ambulatoire à 5 ans, qu'à 2 ans. Plusieurs hypothèses peuvent être émises :

En premier lieu, 31% des patients Bipolis® que nous avons inclus ont effectué au moins un autre SARA®, ils ont donc fait plus de 4 SARA®, soit au moins un SARA®, après leur T0. Cette participation à au moins un SARA® surnuméraire est laissé au libre choix du patient (modalité d'inscription renouvelable en fonction de son souhait d'apprentissage, s'il perçoit la nécessité de renforcer ses compétences éducatives, et ses stratégies d'auto-soins et stratégies adaptatives). On peut donc se demander, si cette possibilité de revenir dans le programme Bipolis® (après un premier programme de 4 SARA® complet) ne permet pas, à travers un savoir approfondi, et délivré à plusieurs périodes, de mieux protéger le patient, en renforçant ses compétences sur sa maladie.

En second lieu, comme nous venons de l'évoquer, Bipolis® améliore le ressenti des patients sur leur qualité de vie. Ces améliorations qui se mettent en place au long cours peuvent également expliquer ce renforcement du bénéfice de Bipolis® à long terme, soit à 5 ans.

Notre étude a également mis en avant un taux de satisfaction important des patients concernant le programme Bipolis® pour prévenir la rechute, traiter leur maladie, gérer leurs symptômes ou plus globalement. Ces taux de satisfaction peuvent suggérer une bonne adhésion au programme. Cette alliance a possiblement contribué au peu de refus dans le groupe Bipolis®. En effet, les refus de participer à l'étude ont été effectués majoritairement par des patients non-exposés à Bipolis®. Nous pouvons supposer que les patients Bipolis® se sentant plus concernés ont plus facilement accepté de participer à cette étude, mais également qu'une bonne alliance thérapeutique s'était forgée entre eux et les soignants.

Par ailleurs, Bipolis® permet également de diminuer de 80% les hospitalisations en ASPDT à 2 ans du programme. Les hospitalisations en ASPDT sont des hospitalisations sans l'accord du patient qui sont souvent plus longues et plus contraignantes pour le patient. Nous les considérons plus graves que les hospitalisations en soin libre. Il est donc intéressant de constater que les patients Bipolis® peuvent plus facilement accepter d'être hospitalisés, ils perçoivent donc sans doute plus facilement lorsqu'ils sont décompensés, et cela facilite leur prise en charge. Nous pouvons mettre en lien cette diminution des hospitalisations en ASPDT avec les outils de Bipolis® jugés comme utiles par les patients lors du questionnaire. En effet, des patients ont fait part que Bipolis® leur a permis de mieux repérer les signes précurseurs de rechutes, ils ont souligné l'utilité qu'ils ont ressentie lors des séances sur les prodromes et de l'utilité de séances théoriques sur la connaissance de leur pathologie, notamment au moyen des tableaux regroupant des symptômes sur la maladie bipolaire, et des tableaux sur les signes de stabilité et d'instabilité. Nous pouvons supposer que ces connaissances théoriques leur permettent de mieux repérer lorsqu'ils sont décompensés et donc de plus facilement accepter une hospitalisation. Par ailleurs l'ETP Bipolis®, s'attache à travailler dès le premier SARA® sur une des idées guides du programme, qui est la réduction de la gravité de l'hospitalisation et la prévention de la contrainte.

Cependant notre étude ne nous permet pas d'établir significativement de lien entre le programme Bipolis® et le nombre d'hospitalisations à 2 ans et à 5 ans du programme. Ces résultats, que nous n'attendions pas, nous amènent à nous pencher sur le protocole de notre étude à la recherche d'éventuels biais qui aurait pu perturber nos résultats.

Ainsi, lors de l'inclusion des patients, nous avons eu des difficultés pour recueillir le parcours Bipolis® des patients, soit le nombre de SARA® effectué par chaque patient. En effet, nous avons à notre disposition de multiples supports d'informations à la fois manuscrits et informatiques. L'information pouvant être parfois sur un support, parfois sur un autre, parfois dans plusieurs sans être toujours concordantes. Cette multitude de supports, peut être à l'origine d'un biais de sélection.

Nous avons également éprouvé des difficultés pour retrouver le nom des patients ayant participé au programme Bipolis® entre 2009 et 2012. En effet, du fait de l'ancienneté du programme, les dossiers médicaux n'étaient pas encore informatisés à l'époque, nous avons donc dû rechercher une base manuscrite répertoriant ces patients. Malheureusement, nous n'avons pas pu retrouver de document manuscrit sur Bipolis® datant de cette époque hormis l'audit du CH. Gérard Marchant effectué en 2013. Nous nous sommes donc basés sur ce document interne pour récupérer le nom de ces patients, cependant, du fait de cette perte d'information nous pouvons supposer avoir perdu quelques patients qui auraient pu correspondre à nos critères d'inclusions et pas à ceux de cet audit.

Les difficultés à recueillir précisément le parcours Bipolis® des patients, nous ont conduit à choisir une date index annuelle et non une date index plus précise avec le jour et le mois. Ce manque de précision peut amener une incertitude sur la période exacte de 2 ans après la fin du programme Bipolis®, en effet cette période peut donc se rallonger de plusieurs mois pour les patients ayant terminé leur dernier SARA® en janvier par exemple.

Par ailleurs, nous avons fait le choix d'apparier nos patients selon l'âge, le sexe et l'année de début de suivi sur l'hôpital Marchant ; cet appariement nous permet d'obtenir deux groupes globalement similaires et donc comparables. Cependant nous pouvons nous poser la question si cet appariement a été suffisant et si nous n'aurions pas pu augmenter la similitude de nos deux groupes en effectuant un réajustement selon la sévérité de la maladie en plus de l'appariement susdit. Nous aurions pu par exemple prendre en compte les formes bipolaires avec spécifications DSM V à caractères psychotiques ou comorbidités notamment addictives. La présence d'une addiction continue ou de formes psychotiques de bipolarité ont un impact sur les rechutes avec hospitalisation. Notre étude n'a pu le mettre en place, en absence, de données directement accessibles sur la sévérité de la maladie en termes de diagnostic posé sur « contexte ».

De même, nous aurions pu distinguer les patients selon le type de trouble bipolaire (type I, type II) et les apparier en fonction.

De plus, 2 patients ressortent dans le profil des rechutes donnant lieu à hospitalisation. Ces 2 patients présentent le nombre d'hospitalisation le plus fort du groupe Bipolis® soit 8 à 5 ans et 4 à 5 ans. L'analyse en vérification de leurs dossiers cliniques montre que les rechutes sont exclusivement psychotiques et pour l'un des deux patients avec addiction permanente, facteur déclenchant des bouffées délirantes aiguës. Leurs parcours Bipolis® a été difficilement réalisables, du fait d'absences réitérées et de troubles de comportement en séances. Le diagnostic de bipolarité, initialement posé, a été réfuté pour les 2 sujets après le parcours Bipolis® par leur psychiatre traitant. Ce fait met en évidence qu'il faut ménager un temps pour une étape de vérification, après choix informatique des sujets, de l'ensemble du dossier clinique pour étude du profil ETP du patient et exclusion des diagnostics erronés.

Lors de la rédaction du protocole, nous avons décidé de recueillir toutes les décompensations sans distinction, cependant nous aurions peut-être dû différencier les décompensations maniaques et dépressives. En effet, comme nous l'avons vu précédemment certaines études

trouvent des résultats différents selon le type de décompensation, la revue de la littérature menée en 2011 par Tarciso et al trouve dans deux études, une diminution des épisodes hypomaniaques et maniaques mais non des épisodes dépressifs.[34]

Par ailleurs les données dans la littérature internationale sont en faveur d'un effet bénéfique de l'ETP dans les récives du trouble bipolaire. Cependant les programmes d'ETP peuvent varier d'un lieu à l'autre dans la méthode de base du programme et le respect du cahier des charges ETP (variations dans la pluridisciplinarité, l'utilisation d'outils non exclusivement psychothérapeutiques, le nombre de séances, la durée des séances, le contenu des séances...) En effet, l'étude de Bond retrouve un nombre de séances pouvant varier de deux à vingt et un, l'éducation pouvant aller d'internet à des séances de groupe avec des psychologues expérimentés. Les séances pouvant varier de quelques sessions didactiques à une grande interactivité.[3] Ces différents types d'ETP peuvent avoir plus ou moins d'impact sur le parcours de soin des patients et peuvent justifier des résultats différents selon les études. Concernant le programme Bipolis®, nous constatons que le programme, qui existe depuis maintenant 9 ans, s'est adapté au fil du temps avec mise à jour en fonction des données scientifiques (intégration des données DSMV, de nouvelles techniques non médicamenteuses, nouvelles thérapeutiques médicamenteuses...) et de la dynamique de groupe (modifications des horaires des séances, changement de l'ordre de 2 SARA® dans l'année...). Pour autant, il n'y a pas eu de modification de la méthode, du contenu des SARA® ou de la technique pédagogique. Cependant nous pouvons supposer que la cohorte exposée n'a pas sensiblement eu la même intervention en 9 ans. Il aurait donc été intéressant de pouvoir analyser cette cohorte en prenant en compte l'année de participation.

De plus, nous avons décidé d'inclure les patients à partir de 4 SARA®, pourtant nous pouvons nous demander à partir de combien de SARA®, le programme Bipolis® peut apporter ou non un bénéfice. En effet, nous avons constaté que 49% des patients inscrits à Bipolis® entre mars 2009 et juillet 2017 terminent les 4 SARA® et que 31% d'entre eux (soit 14% de l'ensemble des patients inscrits à Bipolis® entre mars 2009 et juillet 2017) ont effectué aux moins un autre SARA®. Comme nous l'avons dit précédemment, cette participation à au moins un SARA® surnuméraire est laissé au libre choix du patient. On peut donc se demander, si cette possibilité de revenir dans le programme Bipolis® (après un premier programme de 4 SARA® complet) ne permet pas de mieux protéger le patient de la rechute. Il serait donc intéressant d'effectuer une étude en différenciant les patients selon le nombre de SARA® qu'ils effectuent.

Nous avons également constaté que certains patients effectuent les 4 SARA® en un an, d'autres mettent plusieurs années pour terminer le programme, le temps moyen pour effectuer le programme étant d'un an et onze mois. Nous pouvons nous demander si le temps que met le patient à terminer le programme Bipolis® peut influencer l'efficacité ou non du programme. Il aurait été intéressant dans notre étude de prendre en compte la durée pour effectuer le programme complet de Bipolis® dans l'analyse des résultats. C'est à dire en étudiant la période allant du début de programme à la date index. Et en analysant dans cette période d'obtention d'un programme complet, les bénéfices ou non de ce parcours ETP personnalisé et les raisons des arrêts / reprises de programme par le patient (rechute avec ou sans hospitalisation, difficultés lors d'un SARA® spécifique, perception d'un besoin de pause cognitive, impression d'avoir acquis suffisamment de capacités de gestion de la maladie après quelques mois de

travail ETP, sentiment d'un manque de connaissances après un premier stade de stabilisation...).

Concernant l'analyse des hospitalisations à 5 ans du programme Bipolis®, nos résultats semblaient grandement en faveur d'un impact de Bipolis® sur le nombre d'hospitalisations à 5 ans avec 60,71% des patients exposé n'ayant pas été hospitalisé contre 39,28% dans le groupe témoin, soit une diminution de 35,3% du nombre d'hospitalisation. Cependant nous obtenons des résultats non-significatif avec un $p=0,0553$, soit un p très proche de 0,05. On remarque donc qu'il y a une tendance non significative en faveur de Bipolis® sur le nombre d'hospitalisation. Nous pouvons supposer que nos résultats non-significatifs ont été influencés par une faible puissance du fait d'un nombre de sujet nettement inférieur aux nombres de sujets nécessaires. En effet, nous n'avons pu obtenir que 28 patients dans les deux groupes ayant un recul de 5ans, alors qu'il en fallait 45 dans chaque groupe pour conférer une puissance de 80%. Du fait de la grande différence du nombre d'hospitalisations constaté dans les deux groupes, il serait intéressant de pouvoir recruter d'autres patients et de refaire l'analyse avec un nombre de sujets supérieur à 45 dans chaque groupe.

Ce manque de sujets pour conférer une puissance suffisante peut également expliquer les résultats non significatifs obtenus sur les modes d'hospitalisations à 5 ans, alors que notre étude montre pourtant un bénéfice de Bipolis® à 2 ans sur le nombre d'hospitalisation en ASPDT.

B. Perspectives

La population que nous avons étudiée retrouve un sex-ratio de 2,5 femmes pour un homme, or dans la population générale, le trouble bipolaire touche autant de femme que d'homme [23]. La population Bipolis® semble donc plus féminisée que la population générale. Il serait intéressant de voir si les praticiens proposent la participation au programme autant aux hommes qu'aux femmes ou si plus d'hommes refusent et pourquoi.

Nous avons eu des difficultés, du fait d'un délai imparti restreint, à joindre les patients pour le questionnaire téléphonique, nous avons donc un nombre de participants plus faibles que ce que nous attendions. De plus, ces questionnaires ont été effectués pour certains à distance de la participation au programme Bipolis®, nous pouvons supposer qu'il n'a pas été évident pour les patients de se rappeler de leur état de santé avant leur participation à Bipolis®. Il serait intéressant de pouvoir faire passer ce questionnaire aux patients de façon complémentaire à l'évaluation RASH, au moment de leur inscription au programme Bipolis®, et de leur refaire passer à la fin du programme Bipolis® puis quelques années plus tard.

Il est intéressant de constater que dans le groupe Bipolis® les facteurs de rechutes majoritaires sont les modifications thérapeutiques et les addictions, alors que dans le groupe témoin, les facteurs de rechutes majoritaires sont les modifications thérapeutiques et les événements de vie. Nous pouvons supposer que l'amélioration de la qualité de vie des patients a fait diminuer les facteurs de rechutes liés à un événement de vie mais que les addictions restent très présentes dans la population Bipolis®. Par ailleurs, notons que d'après Cassano dans son étude en 2009, une partie des rechutes somatiques entraînant une hospitalisation, est d'ordre préventif d'un

épisode psychiatrique aigu bipolaire. [6] Il pourrait donc être intéressant d'effectuer une étude plus précise sur l'observation de ces différents facteurs de rechutes et de réfléchir à comment nous pourrions réadapter le programme Bipolis® pour agir notamment sur les addictions.

Au vu de ce que nous avons évoqué précédemment et des résultats présents dans la littérature internationale, il nous semble qu'une étude prenant en compte les biais évoqués précédemment, et incluant un nombre de sujets supérieur pourraient mettre en évidence un effet de Bipolis® sur les hospitalisations et les rechutes à 5 ans du programme.

V. CONCLUSION

Ce travail de thèse s'est attaché à étudier l'impact, sur le parcours de santé des patients atteints d'un trouble bipolaire, du programme d'éducation thérapeutique Bipolis® proposé sur le centre hospitalier Gérard Marchant à Toulouse.

Nous avons pour objectif principal d'évaluer l'impact de Bipolis® sur le nombre d'hospitalisation à 2 ans du programme. Cependant notre étude ne nous permet pas d'établir un lien entre Bipolis® et le nombre d'hospitalisation que ce soit à 2 ans ou à 5 ans. En revanche, à l'issue de cette étude, nous constatons que le programme Bipolis® permet une diminution de 34,62% des déstabilisations en ambulatoires à 5 ans du programme et permet une diminution de 80% des hospitalisations en ASPDT à 2 ans du programme. Il améliore chez les patients leur fonctionnement psychosocial et leur qualité de vie. Il améliore l'acceptation de la prise d'un traitement, l'identification par les patients de stratégies non médicamenteuses complémentaires au traitement chimique pour se stabiliser, et le vécu par les patients de leurs santé psychique et physique. Bipolis® permet aux patients de se sentir moins limité pour effectuer une tâche domestique et pour créer du lien social, il améliore l'accès à des loisirs ou à la mise en place de projet. Il diminue les difficultés ressenties sur leur lieu de travail.

Nous espérons que la mise en avant de ses effets positifs va permettre une plus grande diffusion dans la région Occitanie de la pratique de l'éducation thérapeutique dans le trouble bipolaire. Toutefois, il nous semble nécessaire d'effectuer d'autres études prenant en compte les biais susdits et ayant un nombre de sujet supérieur pour analyser de nouveau un éventuel lien entre Bipolis® et les rechutes en hospitalisation.

Vu le président du jury.



Vu permis d'imprimer
Le Doyen de la Faculté
De Médecine Rangueil

30.08.2019
E. SERRANO

VI. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- (1) Arrêté du 14 janvier 2015 relatif au cahier des charges des programmes d'éducation thérapeutique du patient et à la composition du dossier de demande de leur autorisation et de leur renouvellement et modifiant l'arrêté du 2 août 2010 modifié relatif aux compétences requises pour dispenser ou coordonner l'éducation thérapeutique du patient ; NOR: AFSP1501146A
- (2) Baudier François et al., « Le développement de l'éducation thérapeutique du patient au sein des régions françaises », *Santé Publique* 2007/4 (Vol. 19), p. 303-312. DOI 10.3917/spub.074.0303
- (3) Bond K, Anderson IM. Psychoeducation for relapse prevention in bipolar disorder: a systematic review of efficacy in randomized controlled trials. *Bipolar Disord* 2015 ; 17: 349–362
- (4) Cadiot F, Verdoux H, *Pratiques d'éducation thérapeutique en psychiatrie : enquête auprès des psychiatres hospitaliers d'Aquitaine, ENCEPHALE*, 2013, 39 (3) : 205-211
- (5) Canceil O. et al., « Quelle place pour l'éducation thérapeutique du patient dans son parcours de rétablissement au sein des services de secteur ? », *L'information psychiatrique* 2013/3 (Volume 89), p. 243-246. DOI 10.3917/inpsy.8903.0243
- (6) Cassano CB. et al, *The structure of lifetime manic-hypomanic spectrum, JAD*, 2009; 112 :59-70
- (7) Castella Pauline, *Education thérapeutique en soins primaires : état des lieux d'un programme de proximité dans un bassin de santé*, 52 pages, Thèse médecine, Toulouse, n°2016 TOU3 1046
- (8) Colom F, Vieta E, Martinez A, et al. A randomized trial on the efficacy of group psychoeducation in the prophylaxis of recurrences in bipolar patients whose disease in remission. *Arch Gen Psychiatry* 2003; 60:402–7.
- (9) Colom, F., Vieta, E., Sánchez-Moreno, J., Palomino-Otiniano, R., Reinares, M., Goikolea, J.M., *Group psychoeducation for stabilised bipolar disorders: 5-year outcome of a randomised clinical trial, The British Journal of Psychiatry* (2009)194, 260–265.
- (10) Combes-Deslaugiers B., « Le diagnostic éducatif tout au long de l'ETP » *Santé mentale* n°198 mai 2015, pp 56-61- (la méthode des S.A.R.A. ®, encadré p59)
- (11) Combes-Deslaugiers, B., ebook, *Penser et pratiquer L'ETP en psychiatrie. Le programme BIPOLIS*. Editions Santé Mentale 2017
- (12) Combes-Deslaugiers B. *Présentations congrès SITE : www.drbarbaracombes.com : JEDP 18 avril 2017- CPNLF 2016, 2017, 2018*
- (13) Coryell, W *The enduring psychosocial consequences of mania and depression Am J Psychiatry* 1993

- (14) D'Ivernois JF, Gagnayre R. *Apprendre à éduquer le patient. Approche pédagogique, 3e édition.* Paris : Maloine, Collection Éducation du patient ;2008. 160 pages.
- (15) D'Souza R., Piskulic, D., Sundram, S., *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(1-3), 272-6. 2010
- (16) Direction Générale De La Santé. *Communication de la DGS lors de la conférence Eduthera, 2011.* <http://www.hopital.fr/Hopitaux/Actualites/Actualites-medicales/Presde-75-des-premiers-programmes-d-education-therapeutiqueautorises-sont-portes-par-des-hopitaux/>
- (17) Even. C, *Information, éducation, psychoéducation dans le trouble bipolaire. Yes, we should,* *L'Encéphale*, Paris, 2009. doi : 10.1016/j.encep.2009.11.001
- (18) Farhad Faridhosseini, et al., *Effectiveness of Psychoeducational Group Training on Quality of Life and Recurrence of Patients with Bipolar Disorder;* *Iran J Psychiatry* 2017; 12:1: 21-28
- (19) Gadenne Guillaume Pierre Mickey, *Les troubles bipolaires chez la personne âgée : Questionnements autour de l'éducation thérapeutique du patient et des troubles neuro cognitifs,* 231 pages, Thèse médecine, Lyon, 2018, n°382
- (20) Gay Christian, *Psychoéducation et troubles bipolaires* *Annales Medico Psychologiques*, 2015 ; 173 (5) : 424-432
- (21) Hanus M, Louis O. *Psychiatrie de l'Etudiant, 9e édition.* Paris : Maloine (1998), 339 pages.
- (22) HAS-INPES 2007 *Guide méthodologique. Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique dans le champ d'une maladie chronique.*
- (23) HAS 2014 : *Troubles bipolaires repérage et diagnostic en premier recours*
- (24) INSTRUCTION N° DGOS/R4/2019/10 du 16 janvier 2019 *relative au développement des soins de réhabilitation psychosociale sur les territoires*
- (25) Joas E, Bäckman K, Karanti A, Sparding T, Colom F, Pålsson E, Landén M. *Psychoeducation for bipolar disorder and risk of recurrence and hospitalization - a within-individual analysis using registry data.* *Psychological Medicine* · May 2019
- (26) *La lettre de qualité CHGM janvier 2013 Evaluation du PETP Bipolis*
- (27) Lequimener Victorine, *l'éducation thérapeutique en psychiatrie comme support au processus de rétablissement exemple dans le trouble bipolaire,* 146 pages, Thèse médecine, Nantes, 2017, n°117
- (28) OMS -Europe 1996 *Therapeutic Patient Education – Continuing Education Programmes for Health Care Providers in the field of Chronic Disease*

- (29) OSCAR :
<http://www.oscarsante.org/occitanie/etp/action/detail/7198?filtres%5Bintitule%5D%5Bop%5D=AND&filtres%5Bintitule%5D%5Bq%5D%5B%5D=bipolis&libre=&from=0&size=20&types%5B%5D=etp&types%5B%5D=sante&types%5B%5D=travail&modeResultats=tableau&sortArray%5B%5D=education+therapeutique+-+affections+bipolaires+-+programme+bipolis&sortArray%5B%5D=2015&sortArray%5B%5D=action%237198>
- (30) Peet M., Harvey N. S., « Lithium Maintenance: A Standard Education Programme for Patients », *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science* 158 (février 1991): 197-200
- (31) Perry A, Tarrier N, Morriss R, et al. Randomised controlled trial of efficacy of teaching patients with bipolar disorder to identify early symptoms of relapse and obtain treatments. *BMJ* 1999; 318:149–53.
- (32) Rouillon, *Epidémiologie trouble bipolaire, Annales Médico-Psychologiques* 167 (2009) 793–795
- (33) Sportiche S, Nieto I, Lépine JP. Troubles bipolaires. Les données épidémiologiques et médicoéconomiques. *Concours Méd* 2011 ;133(7) :520-2.
- (34) Tarciso Aparecido Batista, Cristiane Von Werne Baes and Mario Francisco Juruena, Efficacy of psychoeducation in bipolar patients: systematic review of randomized trials, Brazil, *Psychology & Neuroscience*, 2011, 4, 3, 409 - 416 DOI: 10.3922/j.psns.2011.3.014
- (35) Tourette-Turgis Catherine, Thievenaz Joris « L'éducation thérapeutique du patient : champ de pratique et champ de recherche », *Savoirs* 2014/2 (n° 35), p. 9-48. DOI 10.3917/savo.035.0009
- (36) Weber Rouget Béatrice, Aubry Jean-Michel, Efficacy of psychoeducational approaches on bipolar disorders: A review of the literature *Bipolar Program, Journal of Affective Disorders* 98 (2007) 11–27
- (37) Weiner L, et al. IDEM-dépression : caractéristiques et évaluation d'un groupe ouvert combinant psycho-éducation et thérapie cognitivo-comportementale. *L'Encéphale*, volume 44, issue 2, avril 2018, pages 141-147.

VII. ANNEXES

Questionnaire proposé aux patients Bipolis®

QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION :

Dans quelle mesure avez-vous été satisfait ou insatisfait de votre participation à Bipolis° pour prévenir la rechute ou traiter votre maladie ?

- Très insatisfait
- Insatisfait
- Légèrement satisfait
- Satisfait
- Très satisfait

Dans quelle mesure avez-vous été satisfait ou insatisfait de la façon dont Bipolis° vous a aidé à gérer vos symptômes ?

- Très insatisfait
- Insatisfait
- Légèrement satisfait
- Satisfait
- Très satisfait

Globalement dans quelle mesure avez-vous été satisfait ou insatisfait de Bipolis° ?

- Très insatisfait
- Insatisfait
- Légèrement satisfait
- Satisfait
- Très satisfait

Bipolis°, vous a-t-il aidé dans la compréhension et l'acceptation de la prise d'un traitement ?

- Oui
- Non

Est-ce que Bipolis° vous a permis d'identifier des stratégies non médicamenteuses complémentaire au traitement chimique pour vous stabiliser ?

- Oui
- Non

Quels outils de Bipolis ont été les plus utiles pour vous ?

Avez-vous des remarques supplémentaires ?

QUESTIONNAIRE D'ÉVÉNEMENT DE VIE AVANT / APRES AVOIR PARTICIPE A BIPOLIS :

Dans l'ensemble, diriez-vous que votre santé psychique (stabilité de la maladie) :

Avant bipolis°, était	Après bipolis°, est
<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Excellente <input type="radio"/> Très bonne <input type="radio"/> Bonne <input type="radio"/> Médiocre <input type="radio"/> Mauvaise 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Excellente <input type="radio"/> Très bonne <input type="radio"/> Bonne <input type="radio"/> Médiocre <input type="radio"/> Mauvaise

Dans l'ensemble, diriez-vous que votre santé physique :

Avant bipolis°, était	Après bipolis°, est
<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Excellente <input type="radio"/> Très bonne <input type="radio"/> Bonne <input type="radio"/> Médiocre <input type="radio"/> Mauvaise 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Excellente <input type="radio"/> Très bonne <input type="radio"/> Bonne <input type="radio"/> Médiocre <input type="radio"/> Mauvaise

Dans l'ensemble, diriez-vous que votre état de santé, :

Avant bipolis°, vous limitait pour effectuer vos tâches quotidiennes (tâches domestiques, déplacement autour de chez soi, hygiène de soi)	Après bipolis° vous limite pour effectuer vos tâches quotidiennes (tâches domestiques, déplacement autour de chez soi, hygiène de soi)
<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Oui beaucoup limité <input type="radio"/> Oui un peu limité <input type="radio"/> Non pas du tout 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Oui beaucoup limité <input type="radio"/> Oui un peu limité <input type="radio"/> Non pas du tout

Dans l'ensemble, diriez-vous que votre état de santé,

Avant bipolis, vous limitait pour effectuer des efforts physiques importants (courir, faire du sport) :	Après bipolis vous limite pour effectuer des efforts physiques importants (courir, faire du sport) :
<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Oui beaucoup limité <input type="radio"/> Oui un peu limité <input type="radio"/> Non pas du tout 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Oui beaucoup limité <input type="radio"/> Oui un peu limité <input type="radio"/> Non pas du tout

Dans l'ensemble, diriez-vous que votre état de santé,

Avant bipolis° , vous limitait pour mettre en place vos projets, pour accéder à des loisirs...	Après bipolis° , vous limite pour mettre en place vos projets, pour accéder à des loisirs...
<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Oui beaucoup limité <input type="radio"/> Oui un peu limité <input type="radio"/> Non pas du tout 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Oui beaucoup limité <input type="radio"/> Oui un peu limité <input type="radio"/> Non pas du tout

Dans l'ensemble, diriez-vous que votre état de santé, :

Avant bipolis° , vous limitait pour créer du lien social (communication, sociabilité, relations...)	Après bipolis° , vous limite pour créer du lien social (communication, sociabilité, relations...)
<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Oui beaucoup limité <input type="radio"/> Oui un peu limité <input type="radio"/> Non pas du tout 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Oui beaucoup limité <input type="radio"/> Oui un peu limité <input type="radio"/> Non pas du tout

Dans l'ensemble, diriez-vous que votre état de santé, :

Avant bipolis° , avait un impact dans votre vie familiale	Après bipolis° , a un impact dans votre vie familiale
<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Oui beaucoup <input type="radio"/> Oui un peu <input type="radio"/> Non pas du tout 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Oui beaucoup <input type="radio"/> Oui un peu <input type="radio"/> Non pas du tout

Dans l'ensemble, diriez-vous que votre état de santé, :

Avant bipolis° , vous limitait dans la gestion de votre budget ou pour effectuer des démarches administratives	Après bipolis° , vous limite dans la gestion de votre budget ou pour effectuer des démarches administratives
<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Oui beaucoup limité <input type="radio"/> Oui un peu limité <input type="radio"/> Non pas du tout 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Oui beaucoup limité <input type="radio"/> Oui un peu limité <input type="radio"/> Non pas du tout

Dans l'ensemble, diriez-vous que votre état de santé, :

Avant bipolis° , vous limitait pour effectuer correctement votre activité professionnelle, ou votre recherche d'emploi	Après bipolis° , vous limite pour effectuer correctement votre activité professionnelle, ou votre recherche d'emploi
<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Oui beaucoup limité <input type="radio"/> Oui un peu limité <input type="radio"/> Non pas du tout 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Oui beaucoup limité <input type="radio"/> Oui un peu limité <input type="radio"/> Non pas du tout

Résumé en français

Introduction : Bipolis® est un programme d'éducation thérapeutique du patient destiné aux personnes souffrant de troubles bipolaires issus des lieux de soin de la région Occitanie. Nous avons souhaité étudier son impact sur les récurrences du trouble bipolaire. **Méthode :** Notre travail est une enquête de cohorte rétrospective exposés versus non exposés, dont la population cible concerne les patients atteints d'un trouble bipolaire ayant participé à Bipolis® entre mars 2009 et juillet 2017, auxquels nous avons apparié un patient témoin. Notre étude consiste en l'analyse des données contenues dans le dossier médical des patients et en la passation d'un questionnaire téléphonique. Nous avons inclus 51 patients dans chaque groupe. **Résultats :** Notre étude ne nous permet pas d'établir significativement un lien entre Bipolis® et le nombre d'hospitalisation que ce soit à 2 ans ou à 5 ans. En revanche, nous constatons que le programme Bipolis® permet une diminution de 34,62% des déstabilisations prises en charge en ambulatoires à 5 ans du programme et une diminution de 80% des hospitalisations en ASPDT à 2 ans du programme. Il améliore le vécu par les patients de leurs santés psychique et physique. Bipolis® permet aux patients de se sentir moins limité pour effectuer une tâche domestique, pour créer du lien social, pour accéder à des loisirs ou mettre en place des projets. Il diminue les difficultés ressenties par les patients sur le lieu de travail. **Conclusion :** Bipolis® permet de diminuer les déstabilisations en ambulatoire et les hospitalisations en ASPDT. Ce programme améliore aussi la qualité de vie des patients.

Abstract

Evaluation of the effects on the health trajectory of the participation in the therapeutic education program Bipolis® for participants from march 2009 to july 2017.

Introduction: Bipolis® is a therapeutic patient education program for people with bipolar disorders from healthcare institutions in the Occitanie region. We wanted to study its impact on the recurrences of bipolar disorder. **Methods:** Our work is a retrospective cohort exposed versus unexposed research, whose target population is patients with bipolar disorder who participated in Bipolis® between March 2009 and July 2017, to whom we have matched a control patient. Our study consists of analyzing the data contained in the patients' medical records and conducting a telephone questionnaire. We included 51 patients in each group. **Results:** Our study does not allow us to significantly establish a link between Bipolis® and the number of hospitalizations at either 2 or 5 years. On the other hand, we note that the Bipolis® program allows a 34.62% decrease in destabilization in outpatient care at 5 years of the program and an 80% decrease in ASPDT hospitalizations at 2 years of the program (involuntary admission in psychiatric at the request of a third party). It improves patients' perception of their mental and physical health. Bipolis® allows patients to feel less limited to perform a domestic task, to create social cohesion, to access leisure activities or to set up projects. It reduces the difficulties experienced by patients in the workplace. **Conclusion:** Bipolis® reduces destabilization in ambulatory care and hospitalization in ASPDT. This program also improves the quality of life of patients.

**EVALUATION DES EFFETS SUR LE PARCOURS DE SANTE DE LA
PARTICIPATION AU PROGRAMME D'EDUCATION THERAPEUTIQUE
BIPOLIS® POUR LES PARTICIPANTS DE MARS 2009 A JUILLET 2017**

Notre travail est une enquête de cohorte rétrospective exposés versus non exposés, dont la population cible concerne les patients atteints d'un trouble bipolaire ayant participé au programme d'éducation thérapeutique Bipolis®, auxquels nous avons apparié un patient témoin. L'objectif étant de comparer le nombre d'hospitalisation à travers une analyse des dossiers médicaux et en la passation d'un questionnaire téléphonique. Nous avons inclus 51 patients dans chaque groupe. Cependant notre étude ne nous permet pas d'établir significativement un lien entre Bipolis® et le nombre d'hospitalisation. En revanche, nous constatons que Bipolis® permet une diminution de 34,62% des déstabilisations ambulatoires à 5 ans du programme et une diminution de 80% des hospitalisations en ASPDT à 2 ans du programme. Il améliore la qualité de vie des patients.

TITRE EN ANGLAIS: Evaluation of the effects on the health trajectory of the participation in the therapeutic education program Bipolis® for participants from march 2009 to july 2017

DISCIPLINE ADMINISTRATIVE : Médecine spécialisée clinique

MOTS-CLÉS : éducation thérapeutique des patients, psychoéducation, trouble bipolaire, Bipolis®

INTITULÉ ET ADRESSE DE L'UFR OU DU LABORATOIRE :
Université Toulouse III-Paul Sabatier
Faculté de médecine Toulouse-Purpan,
37 Allées Jules Guesde 31000 Toulouse

Directeur de thèse : Dr Barbara COMBES-DESLAUGIERS