



Exploration qualitative des facteurs affectant l'évolution symptomatique des patients atteints d'un trouble bipolaire suivant leur participation à un groupe psychoéducatif

Mémoire doctoral

Manon Chevallier

Doctorat en psychologie (D. Psy.)

Docteure en psychologie (D. Psy.)

Québec, Canada

**Exploration qualitative des facteurs affectant l'évolution
symptomatique des patients atteints d'un trouble bipolaire
suivant leur participation à un groupe psychoéducatif**

Mémoire doctoral

Manon Chevallier

Sous la direction de :

Martin D. Provencher, directeur de recherche

Résumé

Introduction. Le Life Goals Program (LGP), un programme axé sur la psychoéducation auprès d'une clientèle souffrant d'un trouble bipolaire (TB), est efficace mais implique néanmoins des rechutes. Les objectifs de l'étude sont d'identifier les facteurs de rechute et de protection présents chez des patients bipolaires et d'explorer l'association entre ces facteurs et la présence ou l'absence d'une rechute à 6 et 12 mois suivant la fin d'un groupe psychoéducatif. *Méthodologie.* Les propos de 41 participants ont été recueillis et les données ont été analysées qualitativement et quantitativement. *Résultats.* Les analyses qualitatives ont permis d'identifier quatorze facteurs de rechute, dont six sont nommés le plus fréquemment par tous participants confondus : la présence d'états affectifs positifs ou négatifs, les habiletés de gestion du TB non optimales, un événement de vie stressant, une hygiène de vie non optimale, des difficultés de sommeil et des conflits interpersonnels. Toutefois, les analyses quantitatives (khi carré) suggèrent que cinq facteurs semblent avoir marqué la majorité des participants ayant rechuté à 6 et 12 mois : la présence d'états affectifs positifs ou négatifs, les habiletés de gestion du TB non optimales, les difficultés de sommeil, les difficultés en lien avec la médication et les difficultés cognitives. Ensuite, les cinq facteurs de protection nommés le plus fréquemment pour tous participants confondus sont : les habiletés de gestion du TB, un bon réseau social, consulter un professionnel de santé, faire des activités plaisantes et avoir une saine hygiène de vie, alors que les résultats des tests statistiques suggèrent que seulement trois facteurs de protection ressortent chez les participants qui n'ont pas rechuté 12 mois après le groupe : les habiletés de gestion du TB, consulter un professionnel et la survenue d'un événement positif. *Conclusions.* Cinq facteurs de rechute et trois facteurs de protection semblent prédominants dans l'évolution du TB.

Table des matières

Résumé.....	III
Liste des tableaux.....	VI
Liste des figures.....	VII
Remerciements	VIII
Chapitre 1 : Introduction.....	1
Les types d'interventions offertes.....	2
Life Goals Program	3
Principales variables de rechute.....	4
Présence d'évènements de vie stressants	5
Présence et gestion des émotions	5
Non-adhérence au traitement pharmacologique.....	5
Difficultés de sommeil	6
Abus de substance, consommation en comorbidité et mauvaise hygiène de vie	6
Conflits interpersonnels et manque de soutien social	7
Présence d'anxiété en comorbidité.....	7
Symptômes résiduels.....	8
Saison et température	8
Principales variables de protection	8
Habiletés de gestion de la maladie bipolaire.....	9
Consulter un professionnel de la santé.....	9
Adhérence et prise d'une médication appropriée.....	10
Soutien familial et environnemental	10
Saine hygiène de vie.....	11
Objectifs et pertinence de l'étude	11
Chapitre 2 : Méthodologie	12
Participants	12
Procédure.....	13
Le groupe psychoéducatif.....	13
Instruments de mesure	14
Analyses.....	15
Objectif 1.....	15
Objectif 2.....	17
Chapitre 3 : Résultats.....	18
Objectif 1	18
Définitions des catégories et sous-catégories.....	18
Présence d'états affectifs positifs ou négatifs	19
Habiletés de gestion de la maladie bipolaire non optimales	19
Évènements – Transition de vie	20
Hygiène de vie non optimale.....	21
Difficultés de sommeil	21
Conflits interpersonnels – Manque de soutien social.....	22
Accent mis sur le réseau social – Soutien social perçu.....	22
Saison – Température.....	22
Difficultés psychologiques.....	23

Difficultés associées à la prise de médication.....	23
Difficultés de la vie quotidienne	24
Difficultés cognitives	24
Routine instable – perturbée.....	24
Difficultés physiques.....	24
Suivi thérapeutique.....	25
Comportements inadaptés mentionnés comme aidants.....	25
Objectif 2	26
Chapitre 4 : Discussion.....	27
Facteurs de rechute	27
Facteurs de protection.....	30
Facteurs de rechute et de protection selon la présence ou l’absence de rechute à six et douze mois suivant l’intervention	32
Conclusion	33
Recommandations	34
Limites et forces de l’étude	35
Implications cliniques et recherches futures.....	37
Références.....	39
Annexes.....	63

Liste des tableaux

Tableau 1. Statistiques descriptives sur les participants.....	52
Tableau 2. Catégories des facteurs de rechute, définitions et exemples	53
Tableau 3. Catégories des facteurs de protection, définitions et exemples	55
Tableau 4. Fréquences (Fréq.) et pourcentage (%) de codage pour les facteurs de rechute.	56
Tableau 5. Fréquences (Fréq.) et pourcentage (%) de codage pour les facteurs de protection	57
Tableau 6. Comparaison de la fréquence et du pourcentage (%) de chacun des facteurs de risque à 6 mois parmi les participants avec ou sans rechute.....	58
Tableau 7. Comparaison de la fréquence et du pourcentage (%) de chacun des facteurs de protection à 6 mois parmi les participants avec et sans rechute	59
Tableau 8. Comparaison de la fréquence et du pourcentage (%) de chacun des facteurs de risque à 12 mois parmi les participants avec et sans rechute.....	60
Tableau 9. Comparaison de la fréquence et du pourcentage (%) de chacun des facteurs de protection à 12 mois parmi les participants avec et sans rechute.	61

Liste des figures

Figure 1. Continuum des facteurs de rechute et de protection chez des patients bipolaires. 62

Remerciements

Tout d'abord, merci aux Services d'Immigration Canada, sans la date buttoir du 31 août 2018, date de la fin de mon permis d'études je n'aurais surement pas encore fini...

Merci à Margot, ma moto préférée, ma petite anglaise, mes virées à tes côtés m'ont mises en retard sur l'avancement de mon mémoire, mais ont été nécessaires pour tenir le coup.

Merci à mes collègues et amies qui m'ont toujours, toujours, toujours écoutées quand j'en ai eu le plus besoin et quand j'étais parfois *juste un peu* découragée. Merci à mes collègues de labo qui ont toujours été là, merci à Joanie pour les bons mots encourageants, à Véro pour les bons conseils, à Emanuelle pour la parfaite mise en page et bien sur à Stef pour les anecdotes et les bonnes blagues ! Vous savez bien ce que c'est vous aussi.

Merci à ma gang clinique, mes superviseur(e)s et surtout mes collègues-internes préférées, Chloé, Maryline, Alexe et Val. Vous voir chaque jour pendant l'internat et parler de nos rêves de psy, ça n'a pas de prix et ça m'a *boosté* pour finir ma rédaction.

Merci à ma clique de danse, ça faisait tellement du bien de danser, vive PortoSwing !

Bien sur, merci à la gang des Bons chums, qu'est-ce que j'aurais bien fait sans vous ? Sara, Isa, François, Romain, Laurie-Ève, Odile, Rosie, Alexis, Will, Claudia, Ben et tous les autres, mais SURTOUT merci à Sophie, ma coach, ma compagne de rédaction, ma coureuse préf, toi aussi tu n'auras pas lâché même si ça nous tentait parfois de devenir océanographe ou horticultrice. Changement de carrière à 50 ans peut-être ?

Merci à Charlie et Luis pour les fin de semaine Classe Verte, ça me prenait du temps et de l'énergie, mais ça me faisait toujours du bien de vous voir, de faire autre chose et de me prendre pour une actrice !

Merci à Geneviève ma Gaspésienne préférée, ma première amie du bacc qui m'a fait croire que, oui, moi aussi j'étais capable d'aller au doctorat, merci pour ton amitié et ton écoute à toute épreuve, et mon dieu que tu en as traversées des épreuves mon amie.

Merci à papa, toi qui a TOUJOURS été là pour moi année après année tel un garde-fou réconfortant et aimant. Merci de t'être souvent informé de l'avancement de mon mémoire avec un réel intérêt, ça me motivait et m'encourageait à pousser un peu plus loin.

Merci à maman, cette fois-ci pour ne pas s'être informée de l'avancement de mon mémoire, ça faisait du bien de ne pas y penser parfois, merci de me faire voir qu'il y a d'autres choses importantes et merci d'être toi tout simplement, aimante et passionnée. Je tiens ça de toi je crois.

Merci à ma grande sœur Mélanie, pour les loooongs Skype à rire et à pleurer. Merci de m'avoir obligée à mettre mes limites quand il le fallait. Tu sais je l'adore notre relation, comme elle est. Je vous aime profondément tous les trois même si on est beaucoup trop loin.

Merci à ma deuxième maman Mercedes et à son Roger, merci pour le chocolat *Milka*, les câlins et pour l'accueil chaleureux au sein de la maison du repos.

Merci à Martin (numéro 1 de mon cœur) pour nos longs après-midis de travail côte-à-côte à la Brûlerie, merci pour ton amour, pour les petits repas quand je rentrais tard le soir, pour ton admiration qui me donnait envie d'avancer. Merci pour nos week-ends d'amour réparateurs et pour nos rêves à deux qui me réchauffaient le cœur. Je t'aime.

Merci à Guillaume Foldes-Busques, pour ses bons conseils pour mieux réfléchir sur mon travail.

Et enfin merci à Martin, le directeur cette fois. Merci pour ton EN-THOU-SIASME indéfectible lorsque je doutais de mes capacités de bébé-chercheuse. Tu as toujours su me remettre sur la bonne *track* du positivisme quand j'en avais le plus besoin. Merci pour ton style de supervision qui offre une grande liberté et beaucoup de confiance en soi. Merci aussi pour les discussions où on n'était pas toujours d'accord, ça fait du bien de réfléchir autrement parfois. Ça y est c'est bel et bien fini, le mémoire ne va pas me manquer, mais le directeur oui.

M E R C I.

Chapitre 1 : Introduction

Le TB est une perturbation de l'humeur se manifestant par l'alternance d'épisodes (hypo)maniaques et dépressifs (Inoue, Inagaki, Kimura, & Shirakawa, 2015). Selon Schaffer, Cairney, Cheung, Veldhuizen, & Levitt (2006) et Coulthard, Patel, Brizzolara, Morriss, & Watson (2013), la prévalence à vie du TB est estimée à environ 2 % au Canada. Durant les épisodes de manie, la personne qui en souffre est exposée à une élévation anormale de l'humeur et à une augmentation de son niveau d'énergie sur une période circonscrite dans le temps. Les épisodes dépressifs se manifestent par une humeur dépressive ou une perte d'intérêt marquée la plupart du temps, et par des symptômes tels qu'une perte ou une prise de poids significative, de l'hypersomnie et d'autres symptômes (American Psychiatric Association, [APA] 2013). Les périodes d'accalmie sont souvent caractérisées par la présence de symptômes résiduels (Benazzi, 2005; Paykel, Abbott, Morriss, Hayhurst, & Scott, 2006; Fagiolini et al., 2005b; Kaya et al., 2007).

Selon MacQueen et al. (2001), 30 % à 60 % des patients éprouveraient des difficultés professionnelles et sociales même entre les épisodes thymiques. D'ailleurs, 20 % à 35 % des patients ne récupéreraient pas pleinement d'un épisode donné (Prien & Kocsis, 1995), ce qui aurait de nombreuses conséquences sur la qualité de vie des patients bipolaires qui est grandement diminuée (Brissos, Dias, Carita, & Martinez-Arán, 2008; Calabrese et al., 2003 ; Maiera, 2012; Coulthard, Patel, Brizzolara, Morriss, & Watson, 2013). Cette qualité moindre se caractérise par une faible estime de soi (Blairy et al., 2004), un niveau de détresse plus élevé que la normale (Goodwin & Jamison, 2007) et une propension à vivre du stress plus facilement (Maiera, 2012).

De plus, les personnes souffrant d'un TB connaissent de nombreuses rechutes au cours de leur vie, avec une moyenne de 15,9 rechutes dépressives et 14,7 rechutes de manie, ce qui équivaut à une trentaine de rechutes au cours de la vie (Schaffer, Cairney, Cheung, Veldhuizen, & Levitt, 2006). Le risque de souffrir d'un nouvel épisode dépressif ou maniaque serait de 44 % la première année. En être épargné durant la première année réduirait le risque de faire une rechute dépressive à 19 % la deuxième année (Radua, Grunze, & Amann, 2017). Les résultats de l'étude de Tundo et al. (2018) indiquent que 64,3 % des patients ont souffert d'au moins un nouvel épisode durant le suivi de 46 mois.

Les types d'interventions offertes

La pharmacothérapie, en combinaison avec la thérapie cognitive-comportementale (TCC) et des interventions psychosociales telles que la psychoéducation, est recommandée pour le traitement de la maladie bipolaire et la prévention des rechutes. Selon Goodwin & Jamison (2007), la pharmacothérapie semble être la solution privilégiée pour stabiliser les patients bipolaires (Rivas-Vazquez, Johnson, Rey, Blais, & Rivas-Vazquez, 2002). Bien que la médication soit favorable à la diminution des fluctuations de l'humeur (Keller, 2006), une mauvaise adhérence à la médication reste un problème de taille, surtout en présence d'un trouble anxieux comorbide (Perlis et al., 2010). Selon Provencher, Hawke, Bélair et Guimond (2012), les interventions psychosociales permettent d'augmenter l'observance à la médication et diminuer la fréquence des rechutes ou des hospitalisations. C'est pourquoi des interventions psychosociales, dont fait partie la psychoéducation, sont reconnues comme étant de bons compléments aux interventions pharmacologiques et ont des répercussions positives chez les patients bipolaires (Maina, Salvi, Rosso, & Bogetto, 2010; Sajatovic, Chen, Dines, & Shirley, 2007; Goodwin & Jamison, 2007; Huxley et al., 2000; Otto, Reilly-Harrington, & Sachs, 2003). Parmi les interventions reconnues pour leur efficacité, un élément commun semble être la psychoéducation.

La psychoéducation vise à rendre le patient « expert » de sa maladie et lui apprendre à rester attentif aux prémisses des rechutes afin de les prévenir. Les lignes directrices du *Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments* (CANMAT), présentent la psychoéducation comme étant essentielle dans le traitement du TB (Yatham et al., 2009; Yatham et al., 2013). Plusieurs études appuient les effets bénéfiques de la psychoéducation. En effet, elle permettrait de diminuer l'apparition des symptômes de manie (Bauer et al., 2006; D'Souza, Piskulic, & Sundram, 2010; Simon, Ludman, Bauer, Unützer, & Operskalski, 2006) et retarderait l'apparition d'un nouvel épisode (Perry, Tarrier, Morriss, McCarthy, & Limb, 1999; Reinares et al., 2010; Reinares et al., 2008). Elle améliorerait également le fonctionnement quotidien des patients (Bauer et al., 2006; Colom et al., 2009; Perry, Tarrier, Morriss, McCarthy, & Limb, 1999) ainsi que leur niveau de connaissances concernant la médication et la maladie (Even et al., 2010; Harvey & Peet, 1991; Peet & Harvey, 1991; Provencher et al., 2009; Tournier, Cougnard, Verdoux, & Droulout, 2008) et

même chez les proches (Reinares et al., 2004). Ces bénéfices se maintiendraient cinq ans après la fin d'un programme psychoéducatif (Colom et al., 2009).

Life Goals Program

Le *Life Goals Program* est un programme psychoéducatif créé par Bauer & McBride en 1996, qui a été révisé en 2003. Provencher, St-Amand, Thienot et Hawke (2007) ont adapté celui-ci afin de l'implanter au sein de la population québécoise. Le LGP est conduit en six ou sept rencontres et peut être offert par différents intervenants en santé mentale qui ont pour support un manuel de traitement. La première rencontre permet de donner des informations générales aux participants sur le TB ainsi que de démystifier la maladie ; la deuxième et la troisième rencontre ont pour but d'aider les patients à identifier leur profil de manie ainsi que les signes précurseurs de rechute ; la quatrième et cinquième rencontre permettent aux patients de mieux comprendre leurs symptômes et d'identifier leur propre profil de dépression, les signes précurseurs d'une rechute ainsi que de les éclairer sur le processus de rétablissement des moyens de maintenir une certaine stabilité dans leur vie ; la sixième rencontre est axée principalement sur les traitements alternatifs, l'hygiène de vie et collaboration avec équipe de traitement ; enfin, la septième rencontre est optionnelle et permet aux participants d'inviter un membre de leur famille pour leur partager des informations similaires sur le TB.

Ce programme court et peu dispendieux contribuerait à diminuer le fardeau engendré par ces patients auprès du système de santé québécois (Provencher, Hawke, Bélair, & Guimond, 2012) et permettrait de traiter efficacement les personnes souffrant d'un TB. Le programme LGP réduirait la durée des épisodes, en particulier pour la manie, améliorerait le fonctionnement social des patients (Bauer et al., 2006) et permettrait aux patients de mieux gérer et prévenir leurs épisodes de rechute (De Andrés et al., 2006; Aubry et al., 2012). Les patients bénéficiant du programme semblent globalement satisfaits et perçoivent de façon plus positive leur traitement (Bauer et al., 2006; De Andrés et al., 2006; Aubry et al., 2012).

Principales variables de rechute

Malgré les retombées encourageantes des interventions, tel que discuté précédemment, les rechutes sont fréquentes chez les patients bipolaires. De nombreux facteurs joueraient un rôle majeur sur le risque de rechute. Plusieurs études ont démontré que le risque de faire une rechute ou de voir réapparaître des symptômes sont reliés à plusieurs facteurs, notamment au nombre d'épisodes antérieurs (Altman et al., 2006; Perlis et al., 2006; De Dios et al., 2012 ; Tundo et al., 2018), à la présence d'événements de vie stressants (Altman et al., 2006), à la présence de symptômes résiduels (Judd et al., 2003; Altman et al., 2006; Perlis et al., 2006; De Dios et al., 2012; Cretu et al., 2016) et affectifs (Altman et al., 2006), à une pauvre qualité du sommeil entre les épisodes (De Dios et al., 2012; Cretu et al., 2016), à la présence de troubles comorbides (Tohen et al., 2003 ; Altman et al., 2006), tel que de l'anxiété, un trouble alimentaire ou un trouble d'abus de substance (Perlis et al., 2006), à une mauvaise adhérence à la médication ou à une médication interrompue par les patients eux-mêmes ou par les psychiatres (De Dios et al., 2012; Simhandl, König, Amann, 2014), à un manque de support social, à un faible niveau d'éducation, au fait de ne pas retourner au travail après un épisode (Altman et al., 2006; De Dios et al., 2012) et à certains antidépresseurs dans le cas d'épisodes à cycle rapide (El-Mallakh et al., 2015).

Néanmoins, d'autres études ne confirment pas la relation entre le risque de faire une rechute et le nombre d'épisodes (Simhandl, König, Amann, 2014), le diagnostic comorbide (Simhandl, König, Amann, 2014), le support social (Simhandl, König, Amann, 2014), le niveau d'éducation (Fekadu et al., 2006) et l'utilisation d'antidépresseurs pour le TB (Tohen et al., 2003; Fekadu, 2006). On peut supposer que ces résultats divergents dépendent des critères d'inclusion ou d'exclusion différents d'une étude à l'autre (type de bipolarité, patients hospitalisés ou non, et durée de l'étude variant d'une à cinq années) (Tundo et al., 2018). En effet, le risque de souffrir d'une rechute augmente avec la période d'observation (Kessing et al., 2004; Tundo et al., 2018). Ainsi, les résultats en lien avec le risque de faire une rechute restent relativement controversés.

Présence d'évènements de vie stressants

Il est reconnu dans la littérature que les événements de vie stressants représentent des facteurs importants dans la précipitation d'une rechute. En effet, lorsqu'un événement inattendu survient, on peut s'attendre à ce que cela engendre du stress chez les patients (Ellicott, Harnincn, Gitlin, Brown, & Jamison, 2001) et vienne perturber leur routine de vie et leur stabilité (Frank, Gonzalez, & Fagiolini, 2006), les mettant donc plus à risque de faire une rechute. La survenue d'un événement de vie négatif prédirait le début d'un épisode bipolaire chez des adolescents (Hillegers, Burger & Wals, 2004, cité par Johnson, Cuellar, & Gershon, 2016). De plus, tandis qu'un seul événement de vie a un effet modéré sur les fluctuations d'humeur, l'accumulation d'événements augmenterait davantage les changements d'humeur (Kessing, Kessing, Agerbo, & Mortensen, 2004).

Présence et gestion des émotions

Le TB est souvent associé à des difficultés de régulation émotionnelle chez ceux qui en souffrent (Phillips & Vieta, 2007). Cette dérégulation serait même présente en phase euthymique, ce qui serait associé à un moins bon fonctionnement social (Aparicio et al., 2017). Plusieurs auteurs suggèrent d'ailleurs que les patients bipolaires emploieraient davantage de stratégies inefficaces ou inadaptées pour gérer leurs émotions en comparaison à un groupe contrôle (Gruber, Harvey, & Gross, 2011; Johnson, McKenzie, & McMurrich, 2008). Par conséquent, vivre un trop-plein d'émotions négatives chez des patients bipolaires pourrait être un facteur de risque non négligeable pour les prédisposer à une rechute.

Non-adhérence au traitement pharmacologique

La non-adhérence aux médicaments représente un facteur de rechute incontournable. En effet, neuf personnes sur dix ayant un TB ont sérieusement envisagé le retrait d'un médicament, et au moins un tiers d'entre elles ne prennent pas plus de 70 % de leurs médicaments prescrits (Jamison, Gerner, & Goodwin, 1979, cité par Sajatovic, Chen, Dines, & Shirley, 2007); Scott, 2002). Une étude évaluant la non-observance des patients souffrant d'un TB aurait trouvé un taux médian de non-adhérence de 41 % (Lingam, &

Scott, 2002). De plus, le type de médicament en tant que tel pourrait également avoir un impact sur les risques de rechute (Vieta, Angst, Reed, Bertsch & Haro, 2009). En effet, leurs résultats suggèrent que les benzodiazépines ou autres hypnotiques, seraient plus souvent prescrits aux patients ayant tendance à souffrir d'épisodes dépressifs mais que ce type de médicaments aurait un effet déprimeur susceptible de provoquer une rechute. Néanmoins, d'autres études seraient nécessaires pour appuyer cette hypothèse.

Difficultés de sommeil

Les difficultés de sommeil sont fréquentes chez les patients bipolaires. Harvey, Schmidt, Scarnà, Semler et Goodwin (2005) suggèrent que 55 % des patients bipolaires souffriraient d'insomnie primaire et 70 % d'entre eux auraient des perturbations du sommeil cliniquement significatives. Giglio et al. (2009) suggèrent que les patients bipolaires ayant des difficultés de sommeil ont un fonctionnement et une qualité de vie moindres comparés aux patients ne souffrant pas de troubles du sommeil. Les difficultés de sommeil perdureraient en phase euthymique (Tsuno, Besset & Ritchie, 2005) et seraient associées à un risque plus élevé de souffrir d'une rechute (Sylvia et al., 2012). Gruber et al. (2011) rapportent qu'une durée de sommeil plus courte est associée à des symptômes plus sévères. Harvey (2008) suggère que ces difficultés constituent un des derniers symptômes à disparaître à la suite d'un épisode dépressif. Entre 15 % et 100 % des patients euthymiques souffriraient de difficultés à initier ou maintenir le sommeil, de réveils précoces et de somnolence diurne excessive (Boland & Alloy, 2013).

Abus de substance, consommation en comorbidité et mauvaise hygiène de vie

Selon Levin et Hennessy (2004), la présence d'abus de substances en comorbidité entraîne des défis considérables pour les patients puisqu'elle accroît le risque de développer des symptômes chroniques et de répondre moins efficacement au traitement. Plusieurs études rapportent des taux très élevés d'abus de substances chez des patients bipolaires (Schaffer, Cairney, Cheung, Veldhuizen, & Levitt, 2006; Merikangas et al., 2011), ce qui présagerait un moins bon pronostic (Nolen et al., 2004). De plus, lorsque le TB est associé à un trouble anxieux, cela augmenterait le risque d'abus de substance, surtout concernant la consommation d'alcool (Simon, Otto & Wisniewski, 2004; Kauer-Sant'Anna et al. 2007).

Si l'on considère qu'un abus de substance ou un trouble de consommation contribue à une mauvaise hygiène de vie, on peut supposer qu'une mauvaise hygiène de vie de façon générale augmente les risques de souffrir d'une rechute.

Conflits interpersonnels et manque de soutien social

Un manque de soutien social et la présence de conflits interpersonnels sont des facteurs qui noircissent le pronostic des patients souffrant d'un TB. L'empathie et la compréhension d'un proche peuvent aider le patient à faire face à sa maladie. En effet, selon Owen, Gooding, Dempsey, & Jones (2016), des interactions sociales pourraient lui permettre de confronter ses ruminations négatives et prévenir ainsi les rechutes. Au contraire, la perte du support social du patient et particulièrement dans des circonstances de deuil, pourrait engendrer une perte de contrôle chez celui-ci, le mettant à risque de décompenser et de faire une rechute maniaque ou dépressive (Owen, Gooding, Dempsey, & Jones, 2016). Les symptômes dépressifs chez cette clientèle seraient associés à un fonctionnement social et interpersonnel plus pauvre, et ce, particulièrement lorsque le conjoint (sans TB) souffre lui aussi de symptômes dépressifs. En résumé, des niveaux élevés de stress, un moins bon support social et avoir des relations de qualité moindre seraient associés aux rechutes à l'intérieur d'un an chez ce type de patients (Cohen, Hammen, Henry, & Daley, 2004).

Présence d'anxiété en comorbidité

De nombreuses études ont démontré que le TB est souvent associé à un trouble anxieux, les taux sont plus élevés que dans la population générale. En effet, McElroy et al. (2001), suggèrent que 42 % des patients bipolaires souffriraient d'un trouble anxieux comorbide. La coexistence de ces deux troubles serait associée à un début plus précoce du TB (Bauer et al., 2005), à un risque de rechute plus élevé (Otto et al., 2006; Simon et al., 2004), à un plus grand nombre d'épisodes (Bauer et al., 2005), à des épisodes de plus longue durée, à une rémission plus tardive (Feske et al., 2000; Simon et al., 2004; Simon et al., 2007; Otto et al., 2006; Hawke, Provencher, Parikh, & Zagorski, 2013; Sala et al., 2012; Deckersbach et al., 2014), ainsi qu'à une moins bonne réponse au traitement pharmacologique (Vazquez, Baldessarini, & Tondo, 2014) et un moins bon fonctionnement

général (Boylan et al., 2004). Les troubles anxieux en comorbidité sont également associés à des taux d'idéations suicidaires et des taux de tentative de suicide beaucoup plus élevés chez les patients bipolaires (Simon et al., 2004; Hawke, Provencher, Parikh, & Zagorski, 2013; Simon et al., 2007; Young, Cooke, Robb, Levitt, & Joffe, 1993).

Symptômes résiduels

Selon Paykel, Abbott, Morriss, Hayhurst et Scott (2006), les symptômes sous-cliniques du TB constitueraient un élément clinique majeur au fil du temps : ils seraient présents deux fois plus longtemps que les symptômes cliniques. Les prémisses indiquant l'apparition des symptômes sous-cliniques seraient les mêmes que ceux présageant l'apparition des épisodes majeurs (Paykel, Abbott, Morriss, Hayhurst, & Scott, 2006). Il semblerait donc que la présence de symptômes résiduels représente un facteur de rechute important à considérer dans le traitement du TB (Morriss, 2002; Paykel, Abbott, Morriss, Hayhurst, & Scott, 2006; Radua et al. (2017).

Saison et température

Selon Hardin et al. (1991), les variations d'humeur saisonnières seraient plus importantes chez les patients bipolaires en comparaison avec un groupe contrôle. Yang et al. (2013) suggèrent que les épisodes mixtes ou maniaques atteignent un pic au printemps ou en été et que les épisodes dépressifs atteignent plutôt un pic en hiver.

Principales variables de protection

La littérature actuelle a également permis de recenser des facteurs de protection. Parmi ceux-ci, on répertorie une bonne adhérence à la médication et avoir un suivi thérapeutique. Les résultats de Tundo (2018) indiquent d'ailleurs qu'un traitement approprié, tel que délivré dans un centre spécialisé pour les TB, réduirait le risque de souffrir d'une rechute et améliorerait le cours de la maladie et son pronostic. On compte aussi parmi les facteurs de protection le fait de bénéficier d'un bon soutien social (Johnson, Meyer, Winett, & Small, 2000; Johnson, Winett, Meyer, Greenhouse, & Miller, 1999; Rosenfarb et al., 2001), être attentif aux symptômes précurseurs et utiliser des stratégies de gestion de la maladie efficaces le cas échéant (Russel & Browne, 2005).

Habiletés de gestion de la maladie bipolaire

Selon Russel et Browne (2005), les patients bipolaires qui n'ont pas souffert de rechute après deux ans étaient activement engagés dans la gestion de leurs symptômes, leur engagement se manifestait de plusieurs façons : ils restaient vigilants aux signes précurseurs, identifiaient les déclencheurs de rechute, adoptaient une saine hygiène de vie et de saines habitudes pour gérer leur sommeil et leur stress, et enfin ils adhéraient à leur traitement et utilisaient les services disponibles au besoin. Avoir des habiletés optimales pour gérer la maladie et les symptômes résiduels semble donc un atout essentiel pour éviter de souffrir d'une rechute. Selon la revue de Jackson, Cavanagh et Scott (2003), quatre patients sur cinq seraient capables d'identifier un ou plusieurs symptômes précurseurs de rechute et, tel que mentionné précédemment, la psychoéducation permettrait d'acquérir de telles habiletés. Tournier, Cougnard, Verdoux et Droulout (2008) suggèrent d'ailleurs que des patients ayant suivi un groupe psychoéducatif améliorent leurs connaissances sur le TB, sur l'identification des stressseurs et sur les déclencheurs potentiels de rechute.

Consulter un professionnel de la santé

Les patients bipolaires bénéficieraient grandement d'une intervention psychosociale pendant la phase de maintien après un épisode. En effet, cela leur permettrait de travailler leurs habiletés de gestion du TB nécessaires pour diminuer les risques de faire une rechute (APA, 2002). Depuis la première publication du guide de pratique pour le traitement des patients ayant un TB de l'APA en 1994 (APA, 2002), plusieurs études ont appuyé le fait qu'un traitement psychosocial (tel qu'une psychothérapie individuelle) concomitant au traitement pharmacologique, pour une durée déterminée pendant la phase euthymique, serait grandement bénéfique pour les patients. Cela permettrait d'améliorer le pronostic des patients un ou deux ans après l'épisode dont ils ont souffert (APA, 2002). De plus, il est suggéré que la psychoéducation combinée à une approche thérapeutique ciblant les attitudes et les croyances des patients améliorerait leur adhérence au traitement (Sajatovic, et al., 2005). Consulter un professionnel de santé régulièrement est donc tout indiqué pour protéger cette clientèle du risque de faire une rechute.

Adhérence et prise d'une médication appropriée

L'utilisation des antidépresseurs est particulièrement controversée chez les patients bipolaires. En effet, des études suggèrent que tout dépendamment du choix de médication, les patients peuvent être plus à risque de faire une rechute ou au contraire en être protégés (Tohen & al., 2003; Zarate & Tohen, 2004; Vieta, Angst, Reed, Bertsch, & Haro, 2009). Toutefois, les résultats de Tundo (2018) suggèrent qu'une utilisation prudente d'antidépresseurs associée à la prise de stabilisateurs de l'humeur chez des patients non agités et qui ne souffrent pas de bipolarité à cycle rapide est relativement sécuritaire.

Clatworthy, Bowskill, Rank, Parham et Horne (2007) suggèrent que les patients prendraient leurs décisions à propos de leur médication selon leur perception de leur maladie et du traitement. Selon Aksoy et Kelleci (2016), l'enseignement des habiletés de gestion de la maladie permettrait donc d'améliorer l'adhérence à la médication des patients bipolaires, prévenant ainsi une rechute. De plus, ils précisent qu'accepter ou nier la maladie aurait une grande incidence sur la prise de médication. Les professionnels de la santé gagneraient donc à régulièrement démystifier les croyances des patients afin que leur vision de la maladie soit plus juste, ce qui améliorerait l'adhérence à la médication et présagerait un meilleur pronostic. Selon la méta-analyse de Macheiner, Skavantzios, Pilz et Reininghaus (2017), 75 % des patients bipolaires traités conjointement par médication et thérapie psychosociale auraient un risque moins grand de faire une rechute que les patients qui prendraient uniquement leur médication.

Soutien familial et environnemental

Le contexte environnemental dans la vie d'une personne bipolaire aurait un impact important sur le début, l'évolution et l'expression du TB (Alloy et al., 2005). En effet, le support social positif de personnes significatives dans l'entourage mènerait à une meilleure évolution du TB (Johnson, Meyer, Winett, & Small, 2000; Johnson, Winett, Meyer, Greenhouse, & Miller, 1999; Rosenfarb et al., 2001). Le soutien familial et amical contrerait les effets délétères du stress et améliorerait de façon directe le fonctionnement de la personne bipolaire, au contraire de la présence de critiques excessives et d'expression

émotionnelle négative à l'égard des patients qui verraient leur état de stress augmenter et l'évolution de la maladie empirer (Alloy et al., 2005).

Saine hygiène de vie

La littérature suggère que l'exercice physique est associé à une amélioration de la santé, de la qualité de vie et des symptômes dépressifs chez les patients bipolaires (Melo, Daher, Albuquerque, & de Bruin, 2016). Aucun lien de cause à effet n'a été démontré puisque, bien souvent, les interventions offertes comprennent plusieurs volets à l'intérieur desquels l'exercice physique figure.

Objectifs et pertinence de l'étude

En résumé, malgré que des interventions pharmacologiques et psychologiques efficaces soient offertes, on observe de fréquentes rechutes chez les patients souffrant de TB, ce qui est questionnable et dommageable pour leur qualité de vie. Plusieurs études quantitatives ont identifié les facteurs prédisposant les patients à souffrir à nouveau d'épisodes dépressifs ou (hypo)maniaques. Toutefois, à notre connaissance, aucune étude qualitative ne s'est penchée sur la perception des patients bipolaires à propos des facteurs ayant une influence sur leur rechute ou au contraire à propos des facteurs les ayant protégés. Comme les résultats des études quantitatives sont parfois contradictoires, il est apparu judicieux de consulter directement les patients afin de mieux identifier et comprendre les facteurs pouvant influencer ou prévenir une rechute selon leur expérience personnelle. C'est dans cette lignée que s'inscrit le présent projet de recherche qui a deux objectifs principaux.

Le premier objectif est d'explorer de façon qualitative les facteurs associés à l'évolution symptomatique des patients atteints d'un TB à la suite de leur participation à un groupe psychoéducatif dans le but d'extraire les facteurs de rechute et de protection présents chez les participants de l'étude. Le second objectif est d'explorer l'association entre ces facteurs et la présence ou l'absence d'une rechute six et douze mois suivant la fin d'un groupe psychoéducatif pour le TB.

Chapitre 2 : Méthodologie

Participants

C'est dans le cadre de l'implantation et de l'évaluation du programme LGP que le recrutement du projet de plus grande envergure dans lequel s'insère la présente étude s'est effectué. Soixante-treize patients souffrant d'un TB ont été référés par leur médecin afin de suivre un groupe de psychoéducation, ce dernier était offert par 15 intervenants sur trois sites différents dans la région de Québec : l'Institut Universitaire en Santé Mentale du Québec (IUSMQ) et deux CSSS, soit le CSSS-Québec Nord (CSSS-QN), le CSSS-Vieille Capitale (CSSS-VC). Pour participer au projet de recherche, les participants devaient (a) avoir reçu un diagnostic de maladie bipolaire attesté par leur médecin et (b) avoir accepté d'intégrer un des groupes du programme LGP offert de septembre 2009 à décembre 2012. Des critères d'exclusion ont été appliqués : les patients ne devaient (a) pas souffrir de symptômes aigus nécessitant une intervention immédiate (tels qu'un risque suicidaire élevé, une dépression sévère, un épisode de manie) ni (b) souffrir d'un problème d'abus de substances. Autrement, les critères étaient plutôt inclusifs afin d'obtenir un échantillon suffisamment représentatif des personnes recevant habituellement des soins de santé pour le TB. Chaque site a été chargé de recruter ses propres participants. Au total, 17 groupes de psychoéducation ont été formés (voir Provencher et al., 2014 pour une description de l'échantillon original de l'étude).

L'étude de plus grande envergure dans laquelle s'insère la présente étude comptait en prétest 73 participants, dont 58 ont complété le groupe psychoéducatif (79,5 %). Six mois après avoir suivi le traitement, 41 personnes ont accepté de continuer l'étude et de répondre aux questions des assistantes de recherche (56,1 %). À ce temps de mesure, 22 participants ont souffert d'une rechute (53,7 %) et 19 n'en ont pas souffert (46,3 %). Douze mois après le groupe psychoéducatif, ce sont 35 personnes qui ont été à nouveau interrogées (47,9 %). Parmi elles, on répertorie 12 personnes qui ont souffert d'une rechute (34,3 %), ce qui n'est pas le cas pour les 23 autres participants (65,7 %). Pour un résumé des données descriptives des participants interrogés dans la présente étude (N = 41), voir le Tableau 1.

Procédure

Avant le début de l'étude, les animateurs principaux de chaque site ont été invités à une journée de formation sur le LGP donnée par les auteurs et collègues du programme dans la ville de Québec. Chaque clinicien repartait avec un manuel du programme dans sa version française. Avant de commencer à suivre le programme, les cliniciens ont invités les participants à remplir plusieurs questionnaires. Ceux-ci ont été complétés à trois autres reprises, soit immédiatement après l'intervention ainsi que 6 et 12 mois après avoir suivi les séances du groupe psychoéducatif. Pour les suivis à 6 et 12 mois, les questionnaires étaient acheminés par la poste et les participants les renvoyaient une fois complétés. Ces données quantitatives n'ont pas été utilisées dans le cadre de la présente étude, car elles font l'objet d'un autre projet de recherche. Concernant les données qualitatives du projet, celles-ci ont été collectées par les deux mêmes assistantes de recherche tout au long du projet. Celles-ci ont contacté les participants, 6 et 12 mois après la fin du programme. Si les participants acceptaient toujours de participer au suivi, elles leur posaient plusieurs questions à l'aide d'entrevues de suivi semi-structurées. Ce sont ces données qui ont été analysées pour la présente étude.

Le groupe psychoéducatif

Dix-sept groupes ont été formés et chaque groupe a été co-animé par deux cliniciens (tels que des infirmières cliniciennes, ergothérapeutes, psychologues, éducatrices spécialisées ou travailleuses sociales). Le traitement était composé de six sessions d'une durée variant de 1 h 30 à 2 h, dont le contenu est précisé dans le manuel de traitement (Bauer & McBride, 2003; Bauer & McBride, 1996; Provencher, St-Amand, Thienot, & Hawke, 2007). De plus, la sixième rencontre était offerte une deuxième fois avec un membre de la famille du patient. Au total, le programme offrait donc sept rencontres de traitement. La première séance consistait à présenter le programme, donner des informations de base sur le TB et la stigmatisation autour du TB était discutée. La deuxième et la troisième séance étaient axées sur la manie, le but étant d'apprendre aux participants à identifier leurs symptômes de façon précise et à être attentifs aux signes prédicteurs de rechute afin d'établir leur profil personnel de manie. La quatrième et la cinquième séance consistaient à identifier les mêmes éléments pour la dépression, cette

fois-ci dans le but de dresser le portrait type dépressif du participant et de décrire les éléments propices au maintien et à la stabilité du rétablissement. Au cours de la sixième séance, les traitements alternatifs existants étaient discutés ainsi que l'importance d'une saine hygiène de vie et d'une bonne collaboration avec son équipe de traitement, menant à un plan de traitement personnel adapté. Lors de la septième séance (facultative), un membre de la famille du patient était invité à participer et le contenu de la sixième séance était abordé de nouveau. Chaque séance est décrite en détail dans le manuel de traitement et le contenu était partagé en plusieurs points centraux et objectifs, ceci dans le but de garantir la fidélité du traitement. Le comité d'éthique de chaque site a approuvé le projet avant le début de celui-ci.

Instruments de mesure

Les participants ont donc été interrogés par deux assistantes de recherche, 6 et 12 mois après avoir suivi le groupe de psychoéducation. Les assistantes de recherche ont effectué les appels téléphoniques pour rejoindre les participants à l'aide d'entrevues de suivi standardisées suivant toujours le même canevas (Annexe B). La durée des appels variait entre 30 et 60 minutes dépendamment de chaque participant et des événements survenus dans leur vie au cours des derniers mois. Ces entrevues de suivi semi-structurées étaient constituées de différentes sections comportant plusieurs questions à poser aux patients. La première section a permis d'identifier les contacts thérapeutiques de chaque patient avec différents intervenants au cours des six derniers mois (psychiatre, médecin de famille, psychologue) ou encore d'identifier si les patients ont suivi une psychothérapie (individuelle ou de groupe) ou tout autre programme durant les six derniers mois (pour consommation par exemple). La deuxième section a porté sur la médication, ses ajustements antérieurs et actuels. La troisième section a permis de questionner le patient sur la présence ou non d'hospitalisations au cours des six derniers mois. La quatrième section a permis d'identifier les symptômes reliés à l'humeur à l'aide de questions standardisées empruntées au *Mini International Neuropsychiatric Interview* (MINI) (Annexe B, section 4). Cette section a permis d'identifier la présence d'une rechute (hypo)maniaque ou dépressive au cours des six derniers mois. Si aucune rechute n'était identifiée, la cinquième section permettait tout de même d'explorer avec les participants les facteurs qui auraient pu

selon eux entraîner une rechute. Cette section a permis également d'identifier les facteurs identifiés par les participants comme les ayant protégés d'une rechute (facteurs protecteurs). En cas de rechute identifiée, la sixième section permettait alors de questionner plus en profondeur la situation du patient et sur ce qu'il identifiait comme étant les déclencheurs de rechute, ou au contraire sur ce qu'il identifiait comme étant des facteurs de protection. L'objectif étant de connaître subjectivement la réalité des patients, d'identifier ses rechutes éventuelles et de les questionner sur les facteurs qu'ils estiment être responsables des rechutes ou ceux les ayant protégés d'une rechute. Ce sont les données de ces deux dernières sections qui ont été particulièrement pertinentes dans le cadre des analyses qualitatives. Ces sections contenaient une question ouverte et plusieurs sous-questions afin d'obtenir une perception fidèle de l'expérience des patients.

Analyses

Objectif 1

Les données qualitatives ont été traitées a posteriori selon une démarche qualitative inductive à l'aide d'un processus d'analyse de contenu. L'ensemble des données recueillies durant l'étude a été analysé de la même façon, selon la méthode de Blais et Martineau (2006). La première étape de cette analyse a consisté à retranscrire les réponses orales données par les participants lors des entrevues téléphoniques de suivi effectuées par les assistantes de recherche à 6 et 12 mois. Cette étape a été réalisée par une assistante de recherche de 3^e cycle. Ensuite, la chercheure principale a parcouru à plusieurs reprises chacune des entrevues pour y donner un sens et une grille de codification, composée de catégories et de sous-catégories, a été créée pour codifier les données qualitatives collectées (Tableaux 2 et 3). Bien que l'objectif initial était d'extraire des catégories à propos des facteurs de rechute perçus par les participants de l'étude, des catégories en lien avec des facteurs de protection ont également pu être extraites des données. Il est alors apparu pertinent de classer le discours des participants selon deux grandes catégories : 1) les facteurs de rechute et 2) les facteurs de protection. Cette grille de codification comprend une définition et des exemples pour chaque catégorie et sous-catégorie, afin de guider la codification de la chercheure principale et des deux autres codificateurs et de standardiser le processus de catégorisation. Cette grille a été créée en partie selon la littérature

scientifique préexistante sur le sujet et surtout par le biais des entrevues des participants à 6 et 12 mois, qui ont été lues à plusieurs reprises en amont par la chercheure principale. Les catégories ont pu être légèrement modifiées au fur et à mesure du processus de codification quand le codificateur estimait cela nécessaire. En effet, dans un premier temps les catégories étaient intentionnellement englobantes, mais au fil de la codification, la chercheure principale a estimé qu'il serait plus judicieux de les détailler davantage afin d'être le plus précis possible. La codification des données a été effectuée de façon indépendante et à l'aveugle par la chercheure principale et une assistante de recherche au baccalauréat en psychologie à l'aide du logiciel N'Vivo. En cas de codification divergente, la chercheure principale a regroupé les éléments codés différemment afin qu'une tierce codificatrice (également étudiante au doctorat en psychologie) effectue le même processus de codification à l'aveugle afin de statuer sur la classification des éléments divergents. Les trois codificatrices se sont ensuite réunies à deux reprises pour discuter des segments dont la codification divergeait. Chacune exprimait à son tour son point de vue et ses arguments concernant l'élément à codifier et lorsqu'un consensus était trouvé, la chercheure principale effectuait les modifications dans N'Vivo pour que les derniers segments soient catégorisés de façon définitive.

La création de catégories d'analyse a répondu aux règles édictées par Berelson (1952), cité par Andreani & Conchon, (2005). En effet, la classification catégorielle est homogène, c'est-à-dire que les propos des participants ont été regroupés en éléments de signification semblables ; la classification est exhaustive, ainsi tous les propos des personnes interrogées jugés pertinents ont été codés ; les catégories sont mutuellement exclusives les unes des autres et chaque segment a été classé dans une seule catégorie. De plus, la classification est objective, c'est-à-dire qu'il n'y a pas eu de variations de jugements entre les codificateurs, d'où la présence d'une troisième codificatrice. Enfin, le choix d'une catégorie a été fait, de façon à être le plus pertinent possible pour répondre à l'objectif de l'étude. Ensuite, un traitement en profondeur des données a été effectué en donnant du sens aux catégories et donc au discours des participants (Andreani & Conchon, 2005). Pour ce faire, lorsque la codification finale a été effectuée dans N'Vivo suite au processus d'accord interjuges, l'assistante de recherche a regroupé tous les éléments de chaque sous-catégorie dans un document Word. La chercheure principale a lu chaque

regroupement à plusieurs reprises pour identifier les tendances redondantes ou les contradictions dans les propos des participants.

Objectif 2

Afin d'évaluer si des différences entre les participants ayant rechuté ou non, sont à relever entre les deux temps de mesure, des analyses de khi carré ont été effectuées à la suite des analyses qualitatives à l'aide du logiciel SAS (Version 9.4). Les participants ont été divisés en deux groupes (participants ayant rechuté ou non) et selon le temps de mesure à 6 et 12 mois. Ces analyses effectuées à partir des données recueillies qualitativement ont permis de répondre au deuxième objectif de l'étude consistant à explorer l'association entre les facteurs de rechute et de protection et la présence ou l'absence d'une rechute à six et douze mois suivant la fin d'un groupe psychoéducatif pour le TB.

Chapitre 3 : Résultats

Objectif 1

Pour répondre au premier objectif de l'étude, les analyses qualitatives ont permis d'extraire les facteurs de rechute et de protection présents chez tous les participants de l'étude suite à leur participation au groupe psychoéducatif. Un total de 1617 segments a été identifié et codé par deux évaluateurs indépendants. Seulement 10 (0,6 %) de ces segments n'ont pu être classés dans l'une des catégories identifiées ci-dessous. Le taux de consensus initial entre les deux codificatrices pour le classement de ces segments s'élève à 68 %. Une troisième codificatrice a donc codifié les segments pour lesquels il y avait un désaccord. À la suite d'une rencontre de concertation avec les trois codificatrices, la presque totalité (98,8 %) des segments restants a été classée de façon consensuelle.

Définitions des catégories et sous-catégories

L'ensemble des données issues des entrevues qualitatives a été analysé selon la méthode décrite précédemment. À la suite de cette analyse, quatorze facteurs de rechute ont été identifiés ; ils correspondent à tout élément identifié par le participant comme ayant entraîné une rechute ou tout élément qui aurait pu entraîner une rechute même si cela n'a pas été le cas (voir Tableau 2). Dans la même logique, neuf facteurs de protection ont été identifiés, ils correspondent à tous les éléments cités par les participants comme les ayant protégé d'une rechute ou qui aurait pu aider à prévenir la rechute dont ils ont souffert (Tableau 3). Des sous-catégories ont naturellement émergé lors de la lecture des entrevues. L'ensemble des sous-catégories et leur définition sont présentés dans les Tableaux 2 et 3.

L'analyse qualitative a permis d'extraire 1063 énoncés faisant référence à un facteur de rechute, le plus fréquent étant mentionné 19,4 % du temps (présence d'états affectifs positifs ou négatifs) et le moins fréquent 0,8 % du temps (suivi psychologique). Seulement sept énoncés (0,7 %) n'ont pu être classés dans une des quatorze catégories. De plus, l'analyse qualitative a permis d'extraire 554 énoncés faisant référence à un facteur de protection, le plus fréquent étant mentionné 37,4 % du temps (habiletés de gestion de la

maladie bipolaire) et le moins fréquent 1,1 % du temps (saison-température). Seulement 3 énoncés (0,5 %) n'ont pu être classés dans une des neuf catégories (voir Tableaux 4 et 5).

La section suivante a pour objectif de présenter les propos jugés les plus représentatifs du discours des participants pour chaque sous-catégorie (voir l'Annexe C pour davantage de citations des participants). Les sous-catégories sont présentées selon la fréquence d'apparition des facteurs de rechute, c'est-à-dire du plus fréquemment au moins fréquemment rapporté par les participants. Les fréquences d'apparition pour chaque sous-catégorie sont présentées dans les Tableaux 4 et 5. Pour éviter d'alourdir le texte, les facteurs de protection sont intégrés à cette description lorsque la sous-catégorie est reliée et que cela est jugé pertinent.

Présence d'états affectifs positifs ou négatifs

De nombreux états affectifs positifs ou négatifs ont été rapportés par les participants, tels que la joie, l'exaltation, l'irritabilité, une perte d'intérêt, un sentiment d'inutilité, de la culpabilité reliée ou non à la maladie, une faible estime de soi : « Ben par exemple, il y a quelques fois quand je manque quelque chose à faire au travail, je me sens pas bon et ça déclenche. » ; ainsi que du stress : « Quand je vis du stress, souvent je suis en dépression ensuite », ou de la fatigue : « C'est souvent la fatigue qui fait que ça part dans un sens ou dans l'autre ». Certains semblent adopter un discours positif pour les aider à gérer leurs symptômes : « Pour les *downs*, j'essaie de me *minder* autrement et voir du positif pour contrer ».

Habiletés de gestion de la maladie bipolaire non optimales

On répertorie des habiletés de gestion de la maladie non optimales parmi les facteurs de rechute tels qu'apprécier ses symptômes : « [...] Je préférerais être dans une constante légère manie. J'étais plus heureux. Maintenant la vie est moins belle. S'il y avait une pilule pour toujours être en manie sans trop aller loin, je suis le client ! » ; ne pas être en mesure d'identifier de déclencheur de rechute ; ne pas appliquer les stratégies apprises :

C'est difficile d'employer certaines stratégies qu'on sait qui peuvent être utiles, comme l'activité physique c'est supposé aider, mais quand t'as pas d'énergie, c'est difficile. [...] Le programme était une bonne réflexion, et c'était bien de

rencontrer d'autres gens avec notre problème. Mais dans les faits c'est difficile de mettre en application tout ce qu'on devrait faire.

; ne pas se confier à son entourage ; une difficulté à accepter son diagnostic ; et une mauvaise connaissance de sa maladie : « Ce que je trouve difficile c'est que je ne sais jamais si c'est à cause de ma personnalité ou de ma maladie ».

Toutefois, parmi les facteurs de protection, on peut relever la présence d'habiletés de gestion optimales du TB tels qu'accepter sa condition : « Quand tu veux que ta vie change, il y a des choses qu'il faut accepter, mais pas accepter à moitié. C'est d'accepter que tu as un problème. » ; connaître le TB et être vigilant aux signes précurseurs de rechute : « [...] il faut que je ralentisse parce que je me sens tomber. » ; gérer sa fatigue et se reposer : « [...] Je me suis couchée plus tôt, j'ai fait une cure de repos. [...] Mon repos a été plus aidant que les pilules » ; appliquer les stratégies apprises au sein du groupe et enfin être observant au traitement.

Dans la même lignée, la pratique d'activités plaisantes fait partie des facteurs de protection répertoriés. Parmi celles-ci on retrouve la méditation, la relaxation, la lecture, l'écriture, la prière et les arts. Prendre une marche et sortir à l'extérieur semblent également être des stratégies employées : « Que ce soit chez moi, au bénévolat. Je fais une petite sortie à tous les jours. Je trouve que ça me donne du *guts* [...] ».

Évènements – Transition de vie

Plusieurs événements ont été mentionnés comme ayant entraîné une rechute : « [...] On en a convenu que c'était les événements qui causaient la déprime ». Parmi ceux-ci, on peut compter des événements de vie difficiles comme la perte d'un proche, une séparation, un congédiement, un déménagement, un retour de vacances, une fausse couche, mais aussi des événements joyeux comme une naissance. Certains événements comme un nouvel emploi ou un retour au travail ont pu être perçus positivement ou négativement, tout dépendamment du participant. Certains ont subi un seul événement isolé alors que d'autres participants ont fait face à plusieurs événements inattendus.

Hygiène de vie non optimale

Une mauvaise hygiène de vie a été rapportée par les participants et se traduit sur le plan de l'alimentation et du poids : « Ma prise de poids, m'a fait faire une dépression » ; sur le plan de leur consommation de tabac (augmentation ou diminution subite) ; de leur consommation de drogues et d'alcool :

L'alcool ça fait un down, c'est le lendemain que je me demande si j'ai fait des choses de mal et de nature, l'alcool est un déresseur. Quand j'en prends sur le coup je suis heureux moi-même et le lendemain je me pose des questions sur mon comportement de la veille. [...] L'alcool n'a pas aidé. Ça dépend du nombre de consommation, c'est sûr que de boire plus ça a un effet direct sur l'état de dépression.

Adopter une saine hygiène de vie a été rapporté comme aidant par certains : « Avec l'expérience, je suis conscient que je dois avoir un cran d'arrêt en dormant et en mangeant bien [...] » ; tout comme une pratique sportive régulière : « L'entraînement physique quatre fois par semaine [a aidé], parce que ça vient jouer sur mon anxiété. Et donc mon humeur est moins descendante l'hiver avec l'entraînement physique, ça joue sur mon estime de soi, ça me fait du bien ». Certains ont précisé que réduire ou arrêter leur consommation d'alcool avait été utile pour éviter de faire une rechute : « [...] je peux prendre un verre de vin à l'occasion, mais je ne prends pas un coup, surtout avec la médication. Je ne veux pas interférer avec la médication ».

Difficultés de sommeil

Elles peuvent relever d'un problème à initier ou maintenir le sommeil, de réveils précoces, d'hypersomnie, d'une mauvaise qualité de sommeil, de cauchemars ou d'une mauvaise hygiène du sommeil. Un patient soulève un questionnement intéressant : « [...] je me demande si le *high* amplifie le manque de sommeil ou l'inverse d'après moi le manque de sommeil vient avant, mais je crois que c'est un peu combiné. ». Pour d'autres les difficultés de sommeil sont clairement un déclencheur de rechute : « Mes difficultés sont liées à mes difficultés de sommeil, le sommeil est un gros déclencheur pour moi ». La gestion du sommeil semble parfois difficile : « Soit que je dors beaucoup ou pas du tout, si je ne dors pas, je ne vais pas bien et inversement si je dors trop je ne vais pas bien, le

sommeil c'est un équilibre que je n'arrive pas à atteindre », et la fatigue est parfois perçue comme le résultat des difficultés de sommeil.

Conflits interpersonnels – Manque de soutien social

Les difficultés interpersonnelles peuvent relever de conflits avec leur patron au travail, de conflits familiaux et souvent de difficultés à l'intérieur du couple. Par exemple : « Mon chum m'a menti donc ça a déclenché une dépression ». Une minorité de patients rapportent que leurs proches ont ouvertement eu des difficultés à accepter leur maladie : « Mon père qui est docteur n'accepte pas ma maladie. Il ne veut pas en parler [...] ». Les conflits peuvent aussi être issus des difficultés chez le conjoint, tel qu'un problème de consommation. Enfin, plusieurs participants rapportent un réseau social faible ou absent.

Accent mis sur le réseau social – Soutien social perçu

Cela peut se traduire par la présence d'un conjoint soutenant, par de bonnes relations avec son entourage : « Le plus fulgurant, c'est quand je suis allée souper avec mes deux frères, ça a été surprenant, car le lendemain ça allait mieux. Cette fois-là m'avait vraiment surprise ! ». Avoir des amis et avoir des personnes à qui se confier au travail ou à la maison est rapporté comme aidant : « J'en parlais à ma mère, ça faisait du bien de parler, car ça me permet de ne pas garder ça toute pour toi ».

Saison – Température

De nombreux participants de l'étude ont mentionné être affectés par un changement de saison ou la température :

Pour le *down*, les saisons ont un effet sur mon énergie ; c'est flagrant la différence entre cet hiver et cet été. J'ai moins d'énergie en hiver, il y a moins de lumière, je suis plus inactive, je dors plus, je consommais plus d'alcool donc ça l'avait plus d'effet sur mon humeur, ça a moins d'impact cet été. Pour le *high* : avec le soleil, les journées qui rallongent il y a une perte de poids j'ai plus d'énergie et j'ai tendance à faire plus de choses, mais ça n'a pas réduit mes heures de sommeil, mon rythme de vie est plus rapide.

Les patients semblent associer le froid, l'automne ou l'hiver à un épisode dépressif alors que la chaleur, le printemps et l'été sont associés plutôt à un épisode maniaque. Le

manque lumière est aussi mentionné, mais certaines stratégies pour y palier sont rapportées : « Des fois ça descend un peu, quand ça fait 2-3 jours pas de soleil, mais j'ai pris l'habitude d'allumer toutes les lumières chez nous. Je m'aperçois que ça va mieux ». Le changement d'heure a aussi été mentionné comme perturbant la routine. Toutefois, certains n'éprouvent pas de difficultés en lien avec la saison ou la température.

Difficultés psychologiques

Plusieurs difficultés psychologiques ont été rapportées telles qu'un trouble alimentaire, des symptômes paranoïdes, un trouble de personnalité, trouble obsessionnel compulsif ou un trouble de consommation. L'anxiété a aussi été identifiée comme un déclencheur de rechute chez plusieurs patients :

Ça a commencé tranquillement, au début, mon mari me demandait de sortir et je disais oui, mais dix minutes avant de sortir je finissais par changer d'idées et dire non. Ensuite, j'ai commencé à faire l'épicerie une fois par mois au lieu d'une fois par semaine. J'avais besoin d'être dans la maison pour la sécurité, mes pensées allaient trop vite, je n'étais pas capable de les contrôler. Mon mari allait dehors et je le faisais rentrer pour qu'il vienne prendre un café avec moi. Le fait de sortir générait de l'anxiété et j'ai fini par développer des symptômes dépressifs, car j'étais toujours à la maison.

Difficultés associées à la prise de médication

Ces difficultés relèvent d'un ajustement du dosage difficile et d'effets secondaires (agitation, insomnie, hypersomnie, prise de poids). Certains ont nommé qu'un changement de médication ou la modification du dosage a pu induire une rechute dépressive ou maniaque : « C'est l'ajout du Wellbutrin et de l'Abilify qui ont entraîné des symptômes dépressifs. » ; « La seule manie que j'ai faite, c'était suite à la prise de médication. C'est poche parce que est-ce que ça se serait déclenché sinon? Je ne sais pas ». Enfin, on relève une mauvaise adhérence à la médication : « Parfois je sautais ma médication, car j'oubliais, pas pendant une semaine, mais parfois une journée complète et ça pouvait avoir un impact ». Plusieurs précisent que cette mauvaise adhérence est liée aux inconvénients associés à la médication.

Difficultés de la vie quotidienne

Ces difficultés se traduisent surtout par des difficultés financières : « J'avais des problèmes au travail et des problèmes financiers donc ça a engendré beaucoup de stress et j'ai comme tombé en épisode dépressif jusqu'en août 2011 » ou des difficultés en lien avec le travail :

[...] De la difficulté à m'endormir, je pensais à mon travail c'est une source de stress incroyable et mon patron est très exigeant envers moi, il aimerait que je fasse un soir semaine comme avant et je sens de la pression envers lui pour que mon médecin dise que je peux recommencer les mêmes heures qu'avant. [...] Et les symptômes dépressifs sont surtout reliés au travail.

Difficultés cognitives

Parmi les symptômes présents chez les personnes souffrant d'un TB, les difficultés cognitives sont fréquemment rapportées comme des précurseurs de rechute dans la littérature scientifique. Les participants interrogés dans la présente étude ont mentionné notamment des difficultés de discernement, de concentration ou des difficultés sur le plan de la mémoire.

Routine instable – perturbée

Un changement de routine a été mentionné à plusieurs reprises pour diverses raisons, notamment un voyage, des vacances, une rentrée scolaire, un nouvel emploi, des horaires de travail changeants. Certains mentionnent que cela a eu une incidence sur leur humeur puisqu'ils ont dû s'adapter au changement : « Oui, mes heures de travail ont augmenté, surcharge de travail, il y en avait trop, instaurer quelque chose de nouveau demande toujours un petit peu plus ». Plusieurs nomment une fatigue associée aux changements. Quelques-uns précisent ne pas avoir de routine, ce qui a eu une incidence sur leur TB : « Je ne suis pas tellement routinière, c'est peut-être ça mon problème, [...] », tandis que d'autres mentionnent qu'un changement de routine n'a pas affecté leurs symptômes.

Difficultés physiques

Quelques participants ont mentionné des difficultés physiques sans en mentionner l'impact sur leurs symptômes. Certains ont précisé que leurs difficultés physiques ont pu ou

auraient pu avoir un impact sur leur humeur : « Je ne sais pas, je vomissais beaucoup et je fais de l'arthrose ça a peut-être joué sur mon humeur. », ce qui ne semble pas être le cas pour d'autres : « Il y a aussi ma fibromyalgie qui me tiraille par bouts, mais quand ça arrive je prends ma médication pour la douleur et je me repose, c'est normal, mais ça n'affecte pas vraiment mes symptômes ».

Suivi thérapeutique

Peu de participants ont évoqué leur suivi comme ayant induit une rechute. Trois participants ont identifié les groupes ou leur médecin comme ayant été nuisibles. Au contraire, consulter un professionnel de la santé a été rapporté comme aidant par de nombreux participants, certains ont mentionné avoir consulté des services d'aide, leur médecin ou leur travailleuse sociale, et plus souvent leur psychiatre ou leur psychologue : « Heureusement, j'avais des contacts réguliers avec ma psychologue, elle me donnait des conseils, entre autres un livre à lire, faire de la méditation, si je n'avais pas été suivi, mon état aurait diminué plus rapidement, [...] ». De plus, plusieurs participants ont mentionné l'importance de la neutralité des intervenants : « Ça me prenait quelqu'un de neutre qui ne me juge pas, ma psychiatre m'écoute et ne me juge pas. Mon chum il comprend, mais il ne comprend pas aussi ». Enfin, plusieurs mentionnent que participer au groupe psychoéducatif a été aidant : « Le groupe psychoed a été bon pour m'aider à déceler mes premiers symptômes comme pour ma petite manie en août, le groupe est très bon pour l'hygiène de vie. Je n'aurais pas su quoi faire et le déceler sans cela. »

Comportements inadaptés mentionnés comme aidants

Cette sous-catégorie réfère à tous facteurs mentionnés comme aidant par les patients, mais qui sont connus pour être des facteurs de rechute dans la littérature. Par exemple : « Quand je m'enferme chez nous je me dis, il n'y a rien qui va m'arriver, moins il va m'arriver d'affaires. Il n'y a pas danger. », ou encore : « La plupart du temps si je bois seul, je suis plus morose, mais ça vient bloquer mon anxiété. Des fois avec ma femme, ça me rend plus heureux ».

Objectif 2

Le deuxième objectif de l'étude était d'explorer l'association entre les différents facteurs et la présence ou l'absence d'une rechute à 6 et 12 mois suivant la fin d'un groupe psychoéducatif pour le TB. Les résultats des analyses statistiques ont permis de relever le fait que six mois après avoir terminé le groupe psychoéducatif, les participants ayant rechuté ont été plus nombreux à nommer plusieurs facteurs de rechute. Pour faciliter la lecture, ces facteurs sont présentés en ordre décroissant selon la fréquence d'apparition de ces facteurs (voir Tableau 6) : la présence d'états affectifs positifs ou négatifs, des habiletés de gestion de la maladie non optimales, les événements de vie stressants, des difficultés de sommeil, des conflits interpersonnels – manque de soutien social; et une hygiène de vie non optimale. Chacun de ces six facteurs sont rapportés par plus de 75 % des participants ayant rechuté. On remarque également que les participants ayant rechuté à six mois sont plus nombreux à souligner l'impact des difficultés en lien avec la médication, des difficultés de la vie quotidienne et des difficultés cognitives sur la présence d'une rechute (voir Tableau 6). Au niveau des facteurs de protection, il n'y a aucune différence significative entre les patients ayant eu une rechute ou non à six mois (voir Tableau 7).

Douze mois après avoir terminé le groupe psychoéducatif, cinq des facteurs de rechute précédents sont toujours significatifs. Chacun de ces facteurs sont rapportés par plus de 75 % des participants ayant rechuté : la présence d'états affectifs positifs ou négatifs, des habiletés de gestion de la maladie non optimales, des difficultés de sommeil, des difficultés en lien avec la médication et des difficultés cognitives. De plus, une routine instable/perturbée s'ajoute à ces facteurs (voir Tableau 8). Au niveau des facteurs de protection, trois sont rapportés plus fréquemment par les personnes n'ayant pas rechuté à douze mois : habiletés de gestion de la maladie, la consultation d'un professionnel de la santé et les événements positifs (voir Tableau 9).

Chapitre 4 : Discussion

Les objectifs de la présente étude étaient d'identifier les facteurs de rechute et les facteurs de protection présents chez des patients bipolaires et d'explorer l'association entre ces facteurs et la présence ou l'absence d'une rechute à six et douze mois suivant la fin d'un groupe psychoéducatif pour le TB. Au terme de cette étude, nous avons pu identifier 14 facteurs de rechute et 9 facteurs de protection nommés par les participants. Parmi ceux-ci 6 facteurs de rechute et 5 facteurs de protection semblent plus fréquemment nommés. En comparant les facteurs nommés le plus fréquemment par les participants de l'étude qualitative et les facteurs relevés le plus souvent dans la littérature quantitative, certaines observations sont à noter.

Facteurs de rechute

Rappelons que dans la littérature, les principaux facteurs de rechute semblent être les suivants : le nombre d'épisodes antérieurs (Altman et al., 2006; Perlis et al., 2006; De Dios et al., 2012 ; Tundo et al., 2018), la durée entre chaque épisode (Altman et al., 2006), les événements de vie stressants (Altman et al., 2006), une mauvaise adhérence à la médication (De Dios et al., 2012; Simhandl, König, Amann, 2014), les facteurs psychodémographiques et psycho-sociaux (Altman et al., 2006), le type de psychothérapie (Altman et al., 2006), et d'autres facteurs cliniques tels que la présence de symptômes résiduels (Judd et al., 2003; Altman et al., 2006; Perlis et al., 2006; De Dios et al., 2012; Cretu et al., 2016) et affectifs (Altman et al., 2006), la présence de troubles du sommeil (De Dios et al., 2012; Cretu et al., 2016), la présence de troubles comorbides dont les troubles anxieux, les troubles alimentaires et troubles d'abus de substances (Tohen et al., 2003 ; Altman et al., 2006) et le manque de support social (Altman et al., 2006; De Dios et al., 2012).

Le premier objectif de l'étude était d'identifier les facteurs de rechute et les facteurs de protection présents chez des patients bipolaires. À la suite des analyses qualitatives, les six facteurs de rechute nommés le plus fréquemment ont été les suivants (par ordre décroissant) : la présence d'états affectifs positifs ou négatifs, des habiletés de gestion de la maladie non optimales, les événements de vie, une hygiène de vie non optimale, des

difficultés de sommeil et des conflits interpersonnels. Ces facteurs représentent 70 % des facteurs de rechute.

Tout d'abord, le fait que la catégorie la plus fréquemment codée ait été la présence d'états affectifs positifs ou négatifs n'est en soit pas une surprise. En effet, selon Gruber, Kogan, Mennin et Murray (2013) les patients souffrant d'un TB sont caractérisés par la présence d'une plus grande émotivité en comparaison avec un groupe contrôle et ils doivent faire des efforts plus importants pour réguler des émotions intenses dans leur vie quotidienne. Lorsque l'on s'attarde au facteur de rechute le plus fréquemment présenté chez les patients bipolaires dans la littérature, la présence d'états affectifs n'est pas nommée comme un facteur de rechute en soi. En effet, les états affectifs sont plutôt abordés sous l'angle d'un déficit dans la perception des émotions chez les patients bipolaires (Lemaire, Aguillon-Hernande, Bonnet-Brilhault, Martineau, & El-Hage, 2014).

Une première observation est donc le fait que la présence d'émotions n'est peut-être pas suffisamment considérée dans l'évolution de la maladie et est trop souvent négligée en raison de la perception générale qu'il s'agit plutôt d'un prodrome, d'un déficit cognitif ou d'un symptôme résiduel du TB. La priorité n'est certainement pas de statuer aujourd'hui sur le fait que les états affectifs positifs ou négatifs représentent un facteur de rechute en soi ou bien un prodrome ou encore un symptôme résiduel. Toutefois, il serait important de considérer le fait que leur simple présence est peut-être un signal d'alerte non négligeable et ce pour les patients bipolaires autant que pour les intervenants. À l'avenir, il serait utile que la gestion des émotions soit davantage enseignée dans les groupes de psychoéducation.

La deuxième observation concerne le lien entre le premier facteur et le deuxième facteur le plus fréquemment rapportés par les participants : les habiletés de gestion de la maladie non optimales. Dans la présente étude, certains patients ont expliqué ne pas avoir su quoi faire face aux symptômes ou ne pas avoir vu les signes précurseurs de rechute, ce qui représente des habiletés essentielles pour prévenir une rechute selon la littérature (Pini, Cassano, Dell'Osso, Amador, 2001). D'autres participants ont précisé savoir quoi faire pour prévenir leur rechute, mais ne pas avoir appliqué les stratégies apprises au sein du groupe psychoéducatif. Dans le même ordre d'idée, la manière dont un individu gère des affects négatifs influencerait la durée et la sévérité des symptômes ; la rumination par

exemple représenterait une habileté de gestion de la maladie non optimale (Nolen-Hoeksema, 1991, cité par Fletcher, Parker, & Manicavasagar, 2014; Thomas, Knowles, Tai & Bentall, 2007). Par conséquent, on peut émettre l'hypothèse que lorsque ces deux premiers facteurs sont présents de façon parallèle, c'est-à-dire lorsque les patients vivent une émotion intense et ne savent pas comment la gérer, cela pourrait éventuellement contribuer à une rechute. En effet, lorsque le patient bipolaire est amené pour différentes raisons à vivre beaucoup d'émotions et qu'en plus il éprouve peut-être une grande difficulté à les gérer, les chances qu'il souffre d'une rechute seraient d'autant plus grandes.

Il est d'ailleurs intéressant d'observer que le troisième facteur de rechute mentionné le plus fréquemment par les participants est un événement de vie inattendu, ce qui a beaucoup de sens puisqu'un événement inattendu peut entraîner de vives émotions de toute nature et la capacité du patient à les gérer est ainsi grandement sollicitée. Si les habiletés de gestion des patients ne sont pas optimales, le risque de rechute serait une nouvelle fois augmenté. Les résultats de Ellicott, Harnincn, Gitlin, Brown et Jamison (2001) vont d'ailleurs dans le même sens puisqu'ils précisent que lorsqu'un événement inattendu survient, on peut s'attendre à ce que cela engendre du stress chez les patients. Notre troisième observation concerne donc le fait que ces trois premiers facteurs de rechute nommés par les patients eux-mêmes, lorsque combinés, pourraient augmenter leurs chances de souffrir d'une rechute. Il serait donc important lorsqu'un intervenant fait un suivi avec un patient de rester vigilant à ces indices et de prendre des mesures pour aider le patient à prévenir la rechute.

Le quatrième facteur de rechute mentionné le plus fréquemment par les participants est une hygiène de vie non optimale. Cela suit les résultats de plusieurs études qui rapportent des taux élevés d'abus de substances chez des patients bipolaires (Schaffer, Cairney, Cheung, Veldhuizen, & Levitt, 2006; Merikangas et al., 2011) et une mauvaise hygiène alimentaire (Reininghaus, et al., 2015). Le cinquième facteur concerne des difficultés de sommeil qui ont été souvent rapportées par les participants comme ayant nui à leur état et ayant ainsi influencé le cours du TB. Cela est aussi cohérent avec les résultats relevés dans la littérature. En effet, 55 % des patients bipolaires souffriraient d'insomnie primaire (Harvey, Schmidt, Scarnà, Semler, & Goodwin, 2005). Le sixième facteur

mentionné par les participants est les conflits interpersonnels, ce qui est cohérent avec les résultats d'Altman et al. (2006). Il est toutefois étonnant de constater que les difficultés en lien avec la médication ne fassent pas partie des premiers facteurs rapportés le plus fréquemment puisque selon Mirabel-Sarron, Siobud-Dorocant, Cheour-Ellouz, Kadri et Guelfi (2006), une mauvaise adhérence à la médication est un facteur rapporté comme étant majeur dans la précipitation d'une rechute. Pourtant, dans la perception des patients, ce n'est pas ce qui prime. En effet, même les préoccupations interpersonnelles semblent passer devant ce facteur. Par conséquent, notre quatrième observation est donc que les groupes psychoéducatifs et les professionnels semblent cibler les priorités de traitement ou de prévention de la rechute en se basant sur les résultats dans la littérature, mais peut-être qu'ils ne prennent pas suffisamment en considération le point de vue de chaque patient de façon plus personnalisée. En effet, si pour un patient ses relations interpersonnelles ou ses émotions et sa difficulté à les gérer semblent plus préoccupantes que sa médication, il est important pour l'intervenant ou le médecin de s'en préoccuper de façon prioritaire ou au moins de façon équivalente.

Lorsque l'on compare nos résultats avec ceux de la littérature, il nous semble judicieux de regrouper les facteurs de rechute de la présente étude en quatre grands facteurs : (a) la présence d'états affectifs positifs ou négatifs, (b) les habiletés de gestion de la maladie non optimales (dont pourraient faire partie une hygiène de vie non optimale, des difficultés en lien avec la médication, des difficultés de sommeil), (c) les événements de vie stressants et (d) les difficultés interpersonnelles.

Facteurs de protection

Les cinq facteurs de protection prédominants rapportés le plus fréquemment par tous les participants de l'étude sont les suivants (par ordre décroissant) : les habiletés de gestion de la maladie bipolaire, avoir un bon réseau social, consulter un professionnel de la santé, faire des activités plaisantes et avoir une saine hygiène de vie. Ces facteurs représentent 87 % des facteurs de protection. Selon Russel et Browne (2005), les patients qui n'ont pas souffert de rechute après deux ans acceptaient leur maladie, étaient activement engagés dans la gestion de leurs symptômes en identifiant les déclencheurs de rechute, en restant vigilants aux signes précurseurs, ils adoptaient une saine hygiène de vie, de saines

habitudes pour gérer leur sommeil et leur stress, et enfin étaient adhérents à leur traitement et utilisaient les services disponibles. Il est donc encourageant de constater que les participants sont bien au fait qu'avoir de bonnes habiletés de gestion de la maladie est primordial pour les protéger d'une rechute puisqu'il s'agit du premier facteur rapporté comme aidant par les participants. Toutefois, c'est dans la mise en application des habiletés que les défis semblent plus grands.

Tout comme la littérature scientifique le relève (Owen, Gooding, Dempsey & Jones, 2016), entretenir un bon réseau social et avoir interactions sociales a été le deuxième facteur de protection le plus souvent rapporté par les participants. En effet, l'entourage peut soutenir le patient et l'aider à se remémorer les habiletés apprises au sein du groupe psychoéducatif. Un support social positif de personnes significatives dans l'entourage mènerait d'ailleurs à une meilleure évolution du TB (Johnson, Meyer, Winett, & Small, 2000; Johnson, Winett, Meyer, Greenhouse, & Miller, 1999; Rosenfarb et al., 2001). Le troisième facteur rapporté le plus fréquemment concerne le fait de consulter un professionnel de santé, ce qui est cohérent avec les résultats dans la littérature. En effet, les patients bipolaires bénéficieraient d'une intervention psychosociale pendant la phase de maintien après un épisode, car cela leur permettrait de travailler leurs habiletés de gestion du TB nécessaires pour diminuer les risques de faire une rechute (APA, 2002).

Entretenir une saine hygiène de vie, c'est-à-dire principalement moins consommer d'alcool et faire du sport, est le quatrième facteur rapporté par les participants de l'étude. Ces éléments sont également nommés dans la littérature comme des facteurs qui aident à prévenir une rechute. L'exercice physique est associé à une amélioration de la santé, de la qualité de vie et des symptômes dépressifs chez les patients bipolaires (Melo, Daher, Albuquerque, & de Bruin, 2016). Les résultats de la présente étude sont donc cohérents avec ce qui est rapporté dans la littérature concernant les facteurs de protection. Néanmoins, faire des activités plaisantes telles que des activités artistiques, de la relaxation, du bénévolat, etc., n'est pas rapporté comme un facteur de protection dans la littérature, alors que les participants de l'étude rapportent que cela fait partie des facteurs de protection à considérer dans la gestion de leur maladie. Il serait donc utile de considérer davantage ce facteur dans la prévention de la rechute auprès de cette clientèle.

Tout comme pour les facteurs de rechute, il nous semble judicieux de regrouper ces facteurs de protection en deux grandes catégories : a) les habiletés de gestion de la maladie (dont fait partie la consultation d'un professionnel, faire des activités plaisantes et avoir une saine hygiène de vie) et b) avoir un bon réseau social. De plus, à la lumière de ces résultats lorsque l'on compare les facteurs de rechute et les facteurs de protection rapportés, on peut y voir deux continuums du risque de la rechute qui se présentent de façon parallèle, le continuum des habiletés de gestion de la maladie et le continuum du réseau social sur lesquels un événement de vie peut venir s'ajouter et solliciter ainsi ces deux continuums (voir Figure 1).

Facteurs de rechute et de protection selon la présence ou l'absence de rechute à six et douze mois suivant l'intervention

Le deuxième objectif de l'étude était d'explorer l'association entre les différents facteurs et la présence ou l'absence d'une rechute à 6 et 12 mois suivant la fin d'un groupe psychoéducatif pour le TB. Plusieurs résultats intéressants sont à relever. Tout d'abord, les résultats des analyses statistiques ont permis de relever le fait que six mois après avoir terminé le groupe psychoéducatif, les participants ayant rechuté semblent avoir été plus nombreux à nommer les facteurs de rechute prédominants nommés précédemment (la présence d'états affectifs positifs ou négatifs, des habiletés de gestion de la maladie non optimales, les événements de vie stressants, une hygiène de vie non optimale, des difficultés de sommeil et des difficultés interpersonnelles). On remarque également que les participants ayant rechuté sont plus nombreux à souligner l'impact des difficultés en lien avec la médication, des difficultés de la vie quotidienne et des difficultés cognitives sur la rechute, ce qui n'avait pas été relevé lors des résultats précédents. On peut supposer que ces éléments sont donc également importants à considérer sur le cours de la maladie.

Par contre, six mois après avoir suivi le groupe psychoéducatif, aucune différence significative n'est à relever entre tous les participants de l'étude concernant les facteurs de protection. Une explication possible à ce résultat contrintuitif est que six mois après avoir suivi une intervention psychoéducative, tous les patients sont encore fragiles dans l'application des stratégies de gestion de leur maladie. Le groupe psychoéducatif pourrait donc être plus efficace à long terme qu'à court terme.

Ensuite, les résultats des analyses statistiques ont permis de relever que douze mois après avoir suivi le groupe psychoéducatif, certains facteurs de rechute semblent persister puisqu'ils ont été nommés par les participants ayant rechuté à six et douze mois, à savoir la présence d'états affectifs positifs ou négatifs, les habiletés de gestion de la maladie non optimales, les difficultés de sommeil, les difficultés en lien avec la médication et les difficultés cognitives. On peut donc émettre l'hypothèse que ces cinq facteurs ont une incidence importante sur la rechute, et ce, peu importe qu'ils soient présents six ou douze mois après le groupe psychoéducatif.

Enfin, un dernier résultat marquant est que douze mois après avoir suivi le groupe psychoéducatif, les participants n'ayant pas souffert de rechute semblent avoir été plus nombreux que les patients qui ont souffert d'une rechute à nommer seulement deux des facteurs de protection mentionnés précédemment, à savoir les habiletés de gestion de la maladie bipolaire et consulter un professionnel de la santé, auquel s'ajoute un troisième facteur : la présence d'événement positif. Toutefois, les facteurs suivants ne sont relevés par le biais des analyses statistiques à aucun des temps de mesure : accent mis sur le réseau social, les activités plaisantes et entretenir une saine hygiène de vie.

Une hypothèse est que c'est la présence de plusieurs facteurs de protection qui pourrait contribuer à prévenir une rechute et que la mise en place de stratégies de gestion de la maladie optimales prend plus de temps à se consolider de façon durable. Éventuellement, les patients n'ayant pas souffert de rechute pourraient avoir davantage misé sur ces facteurs de protection. On ne peut toutefois spéculer que les personnes ayant rechuté à six mois sont celles qui ont mis par la suite le plus d'efforts pour améliorer leurs habiletés de gestion de la maladie, les ayant ainsi protégés d'une rechute à douze mois. Néanmoins, il est intéressant de remarquer que le facteur « événement positif » fasse partie des trois facteurs de protection à douze mois puisqu'il s'agit d'un facteur externe sur lesquels les patients ont peu de contrôle.

Conclusion

En résumé, pour tous les participants confondus (ayant rechuté ou non), les six facteurs de rechute qui sont nommés le plus fréquemment, peu importe le temps de suivi

(six ou douze mois) sont les suivants : la présence d'états affectifs positifs ou négatifs, les habiletés de gestion de la maladie non optimales, un événement de vie stressant, une hygiène de vie non optimale, des difficultés de sommeil et des conflits interpersonnels. Par contre, les tests statistiques suggèrent que cinq facteurs semblent avoir marqué la majorité des participants ayant rechuté à six et douze mois : la présence d'états affectifs positifs ou négatifs, les habiletés de gestion non optimales de la maladie, les difficultés de sommeil, les difficultés en lien avec la médication et les difficultés cognitives.

De la même façon, pour tous les participants confondus (ayant rechuté ou non), les cinq facteurs de protection qui sont nommés le plus fréquemment sont : les habiletés de gestion du TB, un bon réseau social, consulter un professionnel de santé, faire des activités plaisantes et avoir une saine hygiène de vie, alors que les résultats des tests statistiques suggèrent que trois facteurs de protections ressortent chez les participants qui n'ont pas rechuté douze mois après le groupe : les habiletés de gestion de la maladie, consulter un professionnel et la survenue d'un événement positif.

Recommandations

Les résultats de la présente étude nous amènent à émettre trois recommandations. Premièrement, les professionnels ou les participants ont peu de contrôle sur les événements de vie stressants et les événements positifs pouvant survenir à tout moment. Or, les résultats de la présente étude semblent suggérer que les participants y accordent beaucoup d'importance en lien avec l'évolution de leur maladie. De plus, les résultats suggèrent que la présence d'états affectifs joue un rôle important parmi les facteurs de risque. Par conséquent, les patients gagneraient à améliorer en amont leur capacité de résolution de problème ainsi que leur capacité à gérer leur stress et leurs émotions afin de mieux faire face aux imprévus de la vie. Pour ce faire, plusieurs options sont possibles. Cela pourrait se traduire par l'ajout d'un volet « Gestion des émotions » au groupe psychoéducatif, permettant ainsi aux patients d'apprendre à identifier, comprendre et gérer leurs émotions; par l'ajout d'un volet d'entraînement à la résolution de problème, tel que présent dans la thérapie familiale (FFT, Family Focused Therapy), dont des études contrôlées démontrent son efficacité (Miklowitz et al., 2000; Rea et al., 2003) ou par l'ajout d'éléments de TCC de troisième vague au groupe psychoéducatif, permettant ainsi d'enseigner des outils

supplémentaires tels que la relaxation, la méditation de pleine conscience ainsi que l'acceptation et la régulation émotionnelle. Ces derniers outils ont fait leur apparition dans les dernières années et sembleraient avoir des effets immédiats encourageants sur les symptômes anxieux et dépressifs des patients bipolaires (Williams et al., 2007; Chu et al., 2018; Weber et al., 2017).

Deuxièmement, les principaux facteurs de protection rapportés par les participants sont les suivants : avoir de saines habiletés de gestion de la maladie, entretenir un bon réseau social et consulter un professionnel de la santé, ce qui est encourageant puisque ces trois éléments sont systématiquement préconisés dans les groupes psychoéducatifs. Par ailleurs, les participants semblent également avoir mentionné les événements positifs comme constituant un facteur de protection ; donc, au lieu d'attendre qu'un tel événement survienne, il serait pertinent d'ajouter un volet « Loisir et social » aux groupes psychoéducatifs afin d'encourager les patients à trouver un loisir, un sport ou une activité sociale plaisante, ce qui leur permettrait d'initier des événements positifs dans leur vie en faisant de nouvelles rencontres ou en découvrant de nouvelles activités agréables. D'ailleurs, l'activation comportementale (AC) constituerait un volet intéressant à ajouter au groupe psychoéducatif puisqu'elle préconise de s'investir régulièrement dans une activité plaisante ou une activité physique. Ces types d'interventions sont reconnus comme étant efficaces pour le traitement des symptômes dépressifs (Soucy-Chartier et al., 2017) et des données préliminaires suggèrent que l'AC pourrait être utile dans le traitement des symptômes dépressifs dans le TB (Weinstock et al., 2016).

Troisièmement, les intervenants en contact avec les patients souffrant de TB devraient être particulièrement vigilants et suivre de près leurs patients pendant les six mois suivant la fin du groupe psychoéducatif afin de solidifier leurs connaissances et leurs acquis. En effet, à la lumière des résultats de cette étude, on peut envisager l'idée qu'acquérir de bonnes habiletés de gestion du TB se fait à plus long terme plutôt qu'à court terme (c.-à-d. quelques mois).

Limites et forces de l'étude

Certaines limites sont à soulever pour la présente étude. La chercheuse principale n'a pas

été l'instigatrice des entrevues qualitatives et, par conséquent, n'a pas pu ajuster ses questions en cours de processus, tel que les standards en méthodologie qualitative le préconisent habituellement. Toutefois, il peut aussi s'agir d'une force puisque cela n'a pas pu influencer les réponses des participants. Pour des raisons d'éthique et de confidentialité, le discours des participants n'a pas été enregistré et a seulement été pris en notes directement par les assistantes de recherche au cours des entretiens téléphoniques. Selon Andreani & Conchon (2005), cette méthode représente une faiblesse importante puisqu'elle ne fournit que 50 % du discours des personnes interrogées, alors que 80 % est habituellement préférable pour ce type d'analyse. De plus, une technique de prise de notes peut déformer le discours des participants en le remplaçant par les mots du preneur de notes (Andreani & Conchon, 2005). Enfin, une dernière limite à considérer est que le protocole ne permet pas de déterminer la relation de causalité entre les facteurs et la présence d'une rechute.

Néanmoins, de nombreuses précautions ont été prises afin de pallier ces limites. Notamment, le fait que la codification ait été effectuée à l'aveugle par la chercheure principale et les assistantes de recherche et par l'emploi de l'accord interjuges qui a été effectué par celles-ci. Les sous-catégories choisies semblent claires et bien définies puisque seulement 10 segments sur les 1617 segments (0,6 %) n'ont pu être classés dans l'une des catégories (catégorie autre). De plus, deux tiers de ces segments ont été classés dans les mêmes catégories par deux codificatrices indépendantes et, à la suite d'une rencontre de concertation avec une troisième codificatrice, la presque totalité (98,8 %) des segments ont été classés de façon consensuelle. Finalement, le fait que l'échantillon compte un nombre élevé de participants représente un avantage pour une étude qualitative. En effet, traditionnellement, les études qualitatives comptent un faible échantillon, il a donc été plus facile de croiser les informations et de statuer sur les points redondants concernant les facteurs mentionnés par les patients et leur poids dans l'évolution du TB.

Par son aspect méthodologique qualitatif, cette étude apporte une nouveauté dans la compréhension des facteurs de risque et de protection chez une clientèle bipolaire. En effet, habituellement, les études portant sur les patients bipolaires utilisent des questionnaires standardisés permettant de fournir une information uniquement quantitative. Au contraire,

les données qualitatives relevées ici permettent d'obtenir le même type d'informations, mais de façon plus détaillée et phénoménologique, c'est-à-dire que la perception des patients bipolaires est directement questionnée. En effet, la force de l'étude réside dans le fait que l'analyse qualitative a permis d'extraire des facteurs de rechute et de protection mentionnés le plus fréquemment par les participants de l'étude, ce qui a ensuite été appuyé par le biais des analyses de khi carré. À l'avenir, il serait pertinent que davantage d'études qualitatives ou mixtes portent sur le sujet pour apporter une certaine profondeur manquante avec l'emploi d'une analyse essentiellement quantitative et pour donner une plus grande voix aux patients, en plus de celle des cliniciens et des chercheurs. Enfin, la présente étude apporte de nouvelles perspectives à la littérature actuelle sur les facteurs de protection chez les troubles bipolaires. En effet, les études rapportent souvent des facteurs de protection de façon individuelle, mais à notre connaissance il s'agit de la première étude qui expose un regroupement de facteurs de protection ayant une incidence sur le TB.

Implications cliniques et recherches futures

Le présent projet à visée qualitative ajoute à la compréhension des difficultés des patients associées aux rechutes et à leur prévention. En effet, cette étude a permis de saisir directement le point de vue des patients concernant leur rechute et ce qui a pu y contribuer. La présente étude a mis en relief le fait que la gestion des émotions, les habiletés de gestion du TB et les événements de vie stressants semblent jouer un rôle sur le cours du TB et sur l'éventualité d'une rechute. Quelques études s'étaient déjà penchées sur les difficultés de régulation émotionnelle chez cette clientèle, néanmoins les émotions et leur gestion sont rarement le premier facteur mentionné comme ayant une incidence sur une rechute dans la littérature actuelle. Or, cette étude a permis de mettre en exergue l'incidence des émotions et de leur gestion sur la rechute. D'un point de vue clinique, il serait donc essentiel que la gestion des émotions soit enseignée au même titre que les habiletés de gestion de la maladie bipolaire, qui représente dans cette étude le deuxième facteur essentiel dans le cours du TB. Bien que déjà efficaces, les interventions psychoéducatives telles que le LGP pourraient gagner à introduire ce volet.

Enfin, différentes pistes de recherche pourraient être explorées suite aux résultats obtenus dans cette étude. Il pourrait être intéressant de s'attarder aux interactions présentes

entre les différents facteurs de rechute d'un point de vue quantitatif, mais aussi qualitatif. Il pourrait également être intéressant d'étudier l'impact d'un groupe psychoéducatif ayant ajouté un volet « Gestion des émotions » à leur enseignement sur le cours du TB.

Références

- Aksoy, A., & Kelleci, M. (2016). Relationship between drug compliance, coping with stress, and social support in patients with bipolar disorder. *Dusunen Adam: The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*, 29(3), 210–218. doi: 10.5350/DAJPN2016290302
- Alloy, L. B., Abramson, L. Y., Urosevic, S., Walshaw, P. D., Nusslock, R., & Neeren, A. M. (2005). The psychosocial context of bipolar disorder: Environmental, cognitive, and developmental risk factors. *Clinical Psychology Review*, 25(8), 1043–1075. doi: 10.1016/j.cpr.2005.06.006
- Altman, S., Haeri, S., Cohen, L. J., Ten, A., Barron, E., Galynker, I. I., & Duhamel, K. N. (2006). Predictors of relapse in bipolar disorder: a review. *Journal of Psychiatric Practice*, 12(5), 269–282. doi: 10.1097/00131746-200609000-00002
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-5* (5th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- American Psychiatric Association. (2002). *Practice guideline for the Treatment of Patients with Bipolar Disorder (revision)*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Andreani, J. C., & Conchon, F. (2005). Méthodes d'analyse et d'interprétation des études qualitatives: état de l'art en marketing. *Actes du 4e Congrès International sur les Tendances du Marketing en Europe, Paris*. Repéré à <http://www.entrepreneuriat.com/pole-recherche/les-actes/les-actes-du-4e-congres-paris-2005/#c15>
- Aparicio, A., Santos, J. L., Jiménez-López, E., Bagney, A., Rodríguez-Jiménez, R., & Sánchez-Morla, E. M. (2017). Emotion processing and psychosocial functioning in euthymic bipolar disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 135(4), 339–350. doi: 10.1111/acps.12706
- Aubry, J.-M., Charmillot, A., Aillon, N., Bourgeois, P., Mertel, S., Nerfin, F., Romailier G., Stauffer, M.-J., Gex-Fabry, M., & Denis de Andrés, R. (2012). Long-term impact of the life goals group therapy program for bipolar patients. *Journal of Affective Disorders*, 136(3), 889–894. doi: 10.1016/j.jad.2011.09.013
- Bauer, M. S., Altshuler, L., Evans, D. R., Beresford, T., Williford, W. O., & Hauger, R. (2005). Prevalence and distinct correlates of anxiety, substance, and combined comorbidity in a multi-site public sector sample with bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*, 85(3), 301–315. doi: 10.1016/j.jad.2004.11.009
- Bauer, M. S., & McBride, L. (1996). *Structured group psychotherapy for bipolar disorder: the Life Goals Program*. New York: Springer.
- Bauer, M. S., & McBride, L. (2003). *Structured Group Psychotherapy for Bipolar Disorder: The Life Goals Program* (2nd ed.). New York: Springer.
- Bauer, M. S., McBride, L., Williford, W. O., Glick, H., Kinosian, B., Altshuler, L., Beresford, T., Kilbourne, A. M., & Sajatovic, M. (2006). Collaborative Care for

- Bipolar Disorder: Part II. Impact on Clinical Outcome, Function, and Costs. *Psychiatric Services*, 57(7), 937–945. doi: 10.1176/appi.ps.57.7.937
- Benazzi, F. (2005). Mixed depression: A clinical marker of bipolar-II disorder. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 29(2), 267–274. doi: 10.1016/j.pnpbp.2004.11.010
- Blairy, S., Linotte, S., Souery, D., Papadimitriou, G. N., Dikeos, D., Lerer, B., Kaneva, R., Milanova, V., Serretti, A., Macciardi, F., & Mendlewicz, J. (2004). Social adjustment and self-esteem of bipolar patients: A multicentric study. *Journal of Affective Disorders*, 79(1-3), 97–103. doi: 10.1016/S0165-0327(02)00347-6
- Blais, M., & Martineau, S. (2006). L'analyse inductive générale : description d'une démarche visant à donner un sens à des données brutes. *Recherches qualitatives*, 26(2), 1–18. Repéré à [http://revue.recherche-qualitative.qc.ca/editionreguliere/numero26\(2\)/blaisetmartineaufinal2.pdf](http://revue.recherche-qualitative.qc.ca/editionreguliere/numero26(2)/blaisetmartineaufinal2.pdf)
- Boland, E. M., & Alloy, L. B. (2013). Sleep disturbance and cognitive deficits in bipolar disorder: toward an integrated examination of disorder maintenance and functional impairment. *Clinical psychology review*, 33(1), 33-44. doi: 10.1016/j.cpr.2012.10.001
- Boylan, K. R., Bieling P., Marriott, M., Begin, H., Young, T., & MacQueen, G. M. (2004). Impact of comorbid anxiety disorders on outcome in a Cohort of Patients With Bipolar Disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 65(8), 1106-1113. Récupéré à <http://www.psychiatrist.com/jcp/article/Pages/2004/v65n08/v65n0813.aspx>
- Brietzke, E., Mansur, R. B., Soczynska, J. K., Kapczinski, F., Bressan, R. A., & McIntyre, R. S. (2012). Towards a multifactorial approach for prediction of bipolar disorder in at risk populations. *Journal of Affective Disorders*, 140(1), 82–91. doi: 10.1016/j.jad.2012.02.016
- Brissos, S., Dias, V. V., Carita, A. I., & Martinez-Arán, A. (2008). Quality of life in bipolar type I disorder and schizophrenia in remission: Clinical and neurocognitive correlates. *Psychiatry Research*, 160(1), 55–62. doi: 10.1016/j.psychres.2007.04.010
- Calabrese, J. R., Hirschfeld, R. M. A., Reed, M., Davies, M. A., Frye, M. A., Keck, P. E., Paul E., Lewis, L., McElroy, S. L., McNulty, J. P., & Wagner, K. D. (2003). Impact of bipolar disorder on a U.S. community sample. *Journal of Clinical Psychiatry*, 64(4), 425–432. doi: 10.4088/JCP.v64n0412
- Chu, C. S., Stubbs, B., Chen, T. Y., Tang, C. H., Li, D. J., Yang, W. C., ... Lin, P. Y. (2018). The effectiveness of adjunct mindfulness-based intervention in treatment of bipolar disorder: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 225(August 2017), 234–245. doi: 10.1016/j.jad.2017.08.025
- Clatworthy, J., Bowskill, R., Rank, T., Parham, R., & Horne, R. (2007). Adherence to medication in bipolar disorder: a qualitative study exploring the role of patients' beliefs about the condition and its treatment. *Bipolar disorders*, 9(6), 656-664. doi: 10.1111/j.1399-5618.2007.00434.x

- Cohen, A. N., Hammen, C., Henry, R. M., & Daley, S. E. (2004). Effects of stress and social support on recurrence in bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*, 82(1), 143–147. doi: 10.1016/j.jad.2003.10.008
- Colom, F., Vieta, E., Sánchez-Moreno, J., Goikolea, J. M., Popova, E., Bonnin, C. M., & Scott, J. (2009a). Psychoeducation for bipolar II disorder: An exploratory, 5-year outcome subanalysis. *Journal of Affective Disorders*, 112(1-3), 30–35. doi: 10.1016/j.jad.2008.03.023
- Colom, F., Vieta, E., Sánchez-Moreno, J., Palomino-Otiniano, R., Reinares, M., Goikolea, J. M., Benabarre, A., & Martínez-Arán, A. (2009b). Group psychoeducation for stabilised bipolar disorders: 5-year outcome of a randomised clinical trial. *The British Journal of Psychiatry*, 194(3), 260–265. doi: 10.1192/bjp.bp.107.040485
- Coulthard, K., Patel, D., Brizzolara, C., Morriss, R., & Watson, S. (2013). A feasibility study of expert patient and community mental health team led bipolar psychoeducation groups: implementing an evidence based practice. *BMC Psychiatry*, 13(1), 301. doi: 10.1186/1471-244X-13-301
- Cretu, J.B., Culver, J.L., Goffin, K.C., Shah, S., Ketter, T.A. (2016). Sleep, residual mood symptoms, and time to relapse in recovered patients with bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*, 190, 162–166. doi: 10.1016/j.jad.2015.09.076.
- De Andrés, R. D., Aillon, N., Bardiot, M.-C., Bourgeois, P., Mertel, S., Nerfin, F., Romailier, G., Gex-Fabry, M., & Aubry, J.-M. (2006). Impact of the life goals group therapy program for bipolar patients: An open study. *Journal of Affective Disorders*, 93(1-3), 253–257. doi: 10.1016/j.jad.2006.03.014
- Deckersbach, T., Peters, A. T., Sylvia, L., Urdahl, A., Magalhães, P. V. S., Otto, M. W., Frank, E., Miklowitz, D. J., Berk, M., Kinrys, G., & Nierenberg, A. (2014). Do comorbid anxiety disorders moderate the effects of psychotherapy for bipolar disorder? Results from STEP-BD. *American Journal of Psychiatry*, 171(2), 178–186. doi: 10.1176/appi.ajp.2013.13020225
- De Dios, C., Ezquiaga, E., Agud, J.L., Vieta, E., Soler, B., García-López, A., 2012. Subthreshold symptoms and time to relapse/recurrence in a community cohort of bipolar disorder outpatients. *Journal of Affective Disorders*, 143, 160–165. doi: 10.2147/PPA.S39290
- D’Souza, R., Piskulic, D., & Sundram, S. (2010). A brief dyadic group based psychoeducation program improves relapse rates in recently remitted bipolar disorder: A pilot randomised controlled trial. *Journal of Affective Disorders*, 120(1-3), 272–276. doi: 10.1016/j.jad.2009.03.018
- Ellicott, A., Harnincn, C., Gitlin, M., Brown, G., & Jamison, K. (2001). Life events and the course of bipolar disorder. *The Science of Mental Health: Bipolar Disorder*, 147, 78. doi: 10.1176/ajp.147.9.1194
- El-Mallakh, R.S., Vöhringer, P.A., Ostacher, M.M., Baldassano, C.F., Holtzman, N.S., Whitham, E.A., Thommi, S.B., Goodwin, F.K., Ghaemi, S.N. (2015). Antidepressants worsen rapid-cycling course in bipolar depression: a STEP-BD

- randomized clinical trial. *Journal of Affective Disorders*, 184, 318–321. doi: 10.1016/j.jad.2015.04.054
- Even, C., Thuile, J., Kalck-Stern, M., Criquillion-Doulet, S., Gorwood, P., & Rouillon, F. (2010). Psychoeducation for patients with bipolar disorder receiving lithium: Short and long term impact on locus of control and knowledge about lithium. *Journal of Affective Disorders*, 123(1-3), 299–302. doi: 10.1016/j.jad.2009.09.008
- Fagiolini, A., Kupfer, D. J., Masalehdan, A., Scott, J. A., Houck, P. R., & Frank, E. (2005). Functional impairment in the remission phase of bipolar disorder. *Bipolar Disorders*, 7(3), 281–285. doi: 10.1111/j.1399-5618.2005.00207.x
- Fekadu, A., Kebede, D., Alem, A., Fekadu, D., Mogga, S., Negash, A., Medhin, G., Beyero, T., Shibre, T. (2006). Clinical outcome in bipolar disorder in a community-based follow-up study in Butajira, Ethiopia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 114, 426–434. doi: 10.1111/j.1600-0447.2006.00825.x
- Feske, U., Frank, E., Mallinger, A. G., Houck, P. R., Fagiolini, A., Shear, M. K., Grochocinski, V., & Kupfer, D. J. (2000). Anxiety as a correlate of response to the acute treatment of bipolar I disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 157(6), 956–962. doi: 10.1176/appi.ajp.157.6.956
- Fletcher, K., Parker, G., Manicavasagar, V. (2014). The role of psychological factors in bipolar disorder: prospective relationships between cognitive style, coping style and symptom expression. *Acta Neuropsychiatry*, 26(02), 81–95. doi: 10.1017/neu.2013.41
- Frank, E., Gonzalez, J. M., & Fagiolini, A. (2006). The importance of routine for preventing recurrence in bipolar disorder. *American Journal of Psychiatry*, 163(6), 981–985. doi: 10.1176/ajp.2006.163.6.981
- Freeman, M. P., Freeman, S. A., & McElroy, S. L. (2002). The comorbidity of bipolar and anxiety disorders: Prevalence, psychobiology, and treatment issues. *Journal of Affective Disorders*, 68(1), 1–23. doi: 10.1016/S0165-0327(00)00299-8
- Giglio, L., Andreazza, A., Andersen, M., Ceresér, K., Walz, J., Sterz, L., & Kapczinski, F. (2009). Sleep in bipolar patients. *Sleep and Breathing*, 13(2), 169. doi: 10.1007/s11325008-0215-5
- Goodwin, F. K., & Jamison, K. R. (2007). *Manic-depressive Illness: Bipolar Disorders and Recurrent Depression* (2e éd.). Oxford, England: Oxford University Press.
- Gruber, J. (2011). Can feeling too good be bad? Positive emotion persistence (PEP) in bipolar disorder. *Current Directions in Psychological Science*, 20(4), 217–221. doi: 10.1177/0963721411414632
- Gruber, J., Harvey, A. G., & Gross, J. J. (2012). When trying is not enough: Emotion regulation and the effort–success gap in bipolar disorder. *Emotion*, 12(5), 997. doi: 10.1037/a0026822
- Gruber, J., Kogan, A., Mennin, D., & Murray, G. (2013). Real-world emotion? An experience-sampling approach to emotion experience and regulation in bipolar I disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 122(4), 971–983. doi: 10.1037/a0034425

- Gruber, J., Miklowitz, D. J., Harvey, A. G., Frank, E., Kupfer, D., Thase, M. E., Sachs, G. S., & Ketter, T. A. (2011). Sleep matters: sleep functioning and course of illness in bipolar disorder. *Journal of affective disorders*, 134(1), 416-420. doi: 10.1016/j.jad.2011.05.016
- Hardin, T. A., Wehr, T. A., Brewerton, T., Kasper, S., Berrettini, W., Rabkin, J., & Rosenthal, N. E. (1991). Evaluation of seasonality in six clinical populations and two normal populations. *Journal Psychiatry Research*, 25, 75–87. doi: 10.1016/0022-3956(91)90001-Q
- Harvey, A.G. (2008). Sleep and circadian rhythms in bipolar disorder: seeking synchrony, harmony, and regulation. *American Journal of Psychiatry*, 165 (7), 820-9. doi: 10.1176/appi.ajp.2008.08010098
- Harvey, A. G., Schmidt, D. A., Scarnà, A., Semler, C. N., & Goodwin, G. M. (2005). Sleep-related functioning in euthymic patients with bipolar disorder, patients with insomnia, and subjects without sleep problems. *American Journal of Psychiatry*, 162(1), 50-57. doi: 10.1176/appi.ajp.162.1.50
- Harvey, N. S., & Peet, M. (1991). Lithium maintenance: 2. Effects of personality and attitude on health information acquisition and compliance. *The British Journal of Psychiatry : The Journal of Mental Science*, 158, 200–204. Répéré à <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2012911>
- Hawke, L. D., Provencher, M. D., Parikh, S. V., & Zagorski, B. (2013). Comorbid anxiety disorders in Canadians with bipolar disorder: clinical characteristics and service use. *Canadian Journal of Psychiatry*, 58(7), 393–401. doi: 10.1177/070674371305800704
- Huxley, N. A., Parikh, S. V., & Baldessarini, R. J. (2000). Effectiveness of psychosocial treatments in bipolar disorder: state of the evidence. *Harvard Review of Psychiatry*, 8(3), 126–140. doi: 10.1093/hrp/8.3.126
- Inoue, T., Inagaki, Y., Kimura, T., & Shirakawa, O. (2015). Prevalence and predictors of bipolar disorders in patients with a major depressive episode: The Japanese epidemiological trial with latest measure of bipolar disorder (JET-LMBP). *Journal of Affective Disorders*, 174, 535–541. doi: 10.1016/j.jad.2014.12.023
- Jackson, A., Cavanagh, J., & Scott, J. (2003). A systematic review of manic and depressive prodromes. *Journal of Affective Disorders*, 74(3), 209–217. doi: 10.1016/S0165-0327(02)00266-5
- Jamison, K. R., Gerner, R. H., & Goodwin, F. K. (1979). Patient and physician attitudes towards lithium. *Archives of General Psychiatry*, 36, 866–869. Cité par Sajatovic, M., Chen, P., Dines, P., & Shirley, E. R. (2007). Psychoeducational Approaches to Medication Adherence in Patients with Bipolar Disorder. *Disease Management & Health Outcomes*, 15(3), 181–192. doi: 10.2165/00115677-200715030-00006
- Johnson, S. L. (2005). Life events in bipolar disorder: towards more specific models. *Clinical psychology review*, 25(8), 1008-1027. doi: 10.1016/j.cpr.2005.06.004

- Johnson, S. L., Cuellar, A. K., & Gershon, A. (2016). The influence of trauma, life events, and social relationships on Bipolar Depression. *Psychiatric Clinics of North America*, 39(1), 87-94. doi: 10.1016/j.psc.2015.09.003
- Johnson, S. L., McKenzie, G., & McMurrich, S. (2008). Ruminative responses to positive and negative affect among students diagnosed with bipolar disorder and major depressive disorder. *Cognitive Therapy and Research*, 32, 702–713. doi: 10.1007/s10608-007-9158-6
- Johnson, S. L., Meyer, B., Winett, C., & Small, J. (2000). Social support and self-esteem predict changes in bipolar depression but not mania. *Journal of Affective Disorders*, 58(1), 79–86. doi: 10.1016/S0165-0327(99)00133-0
- Johnson, S. L., Winett, C. A., Meyer, B., Greenhouse, W. J., & Miller, I. (1999). Social support and the course of bipolar disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 108(4), 558–566. doi: 10.1037/0021-843X.108.4.558
- Judd, L. L., & Akiskal, H. S. (2003). The prevalence and disability of bipolar spectrum disorders in the US population: Re-analysis of the ECA database taking into account subthreshold cases. *Journal of Affective Disorders*, 73(1-2), 123–131. doi: 10.1016/S0165-0327(02)00332-4
- Kauer-Sant'Anna, M., Frey, B. N., Andreazza, A. C., Ceresér, K. M., Gazalle, F. K., Tramontina, J., Da Costa, S. C., Santin, A., & Kapczinski, F. (2007). Anxiety comorbidity and quality of life in bipolar disorder patients. *Canadian Journal of Psychiatry*, 52(3), 175–181. doi : 10.1177/070674370705200309
- Kaya, E., Aydemir, Ö., & Selcuki, D. (2007). Residual symptoms in bipolar disorder: The effect of the last episode after remission. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 31(7), 1387–1392. doi: 10.1016/j.pnpbp.2007.06.003
- Keller, M. B. (2006). Long-term treatment of patients with recurrent unipolar major depression: Evidence to clinical practice. *CNS Spectrums*, 11(12, suppl 15), 4-5 doi: 10.1017/S1092852900015194
- Kessing L.V., Agerbo E., Mortensen P.B. (2004). Major stressful life events and other risk factors for first admission with mania. *Bipolar Disorders*, 6, 122–129. doi: 10.1111/j.1399-5618.2004.00102.x
- Lemaire, M., Aguilon-Hernandez, N., Bonnet-Brilhault, F., Martineau, J., & El-Hage, W. (2014). Subjective and physiological emotional response in euthymic bipolar patients: A pilot study. *Psychiatry Research*, 220(1-2), 294–301. doi: 10.1016/j.psychres.2014.07.002
- Levin, F. R., & Hennessy, G. (2004). Bipolar disorder and substance abuse. *Biological Psychiatry*, 56(10), 738–748. doi: 10.1016/j.biopsych.2004.05.008
- Lingam, R., & Scott, J. (2002). Treatment non-adherence in affective disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 105(3), 164–72. doi: 10.1034/j.1600-0447.2002.1r084.x

- Macheiner, T., Skavantzios, A., Pilz, R., & Reininghaus, E. Z. (2017). A meta-analysis of adjuvant group-interventions in psychiatric care for patients with bipolar disorders. *Journal of Affective Disorders*, 222(January), 28–31. doi: 10.1016/j.jad.2017.06.057
- MacQueen, G. M., Young, L. T., & Joffe, R. T. (2001). A review of psychosocial outcome in patients with bipolar disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 103(3), 163–170. doi: 10.1034/j.1600-0447.2001.00059.x
- Maiera, E. (2012). Psychopharmacological treatment and psychoeducational management in bipolar disease. *Psychiatria Danubina*, 24(suppl.1), 56–58. Repéré à <http://edengalaxy.com/images/PDFs/15%20bipolar%20manic%20psychotherapy%20expert%20specialist.pdf>
- Maina, G., Salvi, V., Rosso, G., & Bogetto, F. (2010). Cyclothymic temperament and major depressive disorder: A study on Italian patients. *Journal of Affective Disorders*, 121(3), 199-203. doi: 10.1016/j.jad.2009.05.031
- McElroy, S. L., Altshuler, L., Suppes, T., Keck, P. E. Jr., Frye, M. A., Denicoff, K. D., Nolen, W. A., Kupka, R., Leverich, G. S., Rochusen, J. R., Rush, A. J., Post, R. M. (2001). Axis I psychiatric comorbidity and its relationship with historical illness variables in 288 patients with bipolar disorder. *American Journal of Psychiatry*, 158 (3), 420-426. doi: 10.1176/appi.ajp.158.3.420
- Melo, M. C. A., Daher, E. D. F., Albuquerque, S. G. C., & de Bruin, V. M. S. (2016). Exercise in bipolar patients: a systematic review. *Journal of affective disorders*, 198, 32-38. doi: 10.1016/j.jad.2016.03.004
- Merikangas, K. R., Jin, R., He, J., Kessler, R. C., Lee, S., Sampson, N. A., Nancy A.; Viana, M. C., Andrade, L. H., Hu, C., Karam, E. G., Ladea, M., Medina-Mora, M. E., Ono, Y., Posada-Villa, J., Sagar, R., Wells, E., & Zarkov, Z. (2011). Prevalence and Correlates of Bipolar Spectrum Disorder in the World Mental Health Survey Initiative. *Archives of General Psychiatry*, 68(3), 241–251. doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2011.12.
- Miklowitz, D. J., George, E. L., Richards, J. A., Simoneau, T. L., & Suddath, R. L. (2003). A randomized study of family-focused psychoeducation and pharmacotherapy in the outpatient management of bipolar disorder. *Archives of General Psychiatry*, 60, 904-12. doi: 10.1001/archpsyc.60.9.904
- Miklowitz D. J., Simoneau, T. L., George, E. L., Richards, J. A., Kalbag, A., Sachs-Ericsson, N., & Suddath, R. (2000). Family-focused treatment of bipolar disorder: 1-year effects of a psychoeducational program in conjunction with pharmacotherapy. *Biological Psychiatry*, 48, 582-92. doi: 10.1016/S0006-3223(00)00931-8
- Mirabel-Sarron, C., Siobud-Dorocant, E., Cheour-Ellouz, M., Kadri, N., & Guelfi, J-D. (2006). Apport des thérapies comportementales et cognitives dans les troubles bipolaires. *Annales Medico-Psychologiques*, 164, 341-348. doi: 10.1016/j.amp.2006.03.008

- Morriss, R. (2002). Clinical importance of inter-episode symptoms in patients with bipolar affective disorder. *Journal of Affective Disorders*, 72, 3–13. doi: 10.1016/S0165-0327(02)00340-3
- Nolen, W. A., Luckenbaugh, D. A., Altshuler, L. L., Suppes, T., McElroy, S. L., Frye, M. A., Kupka, R.W., Keck Jr., P. E., Leverich, G. S., & Post, R. M. (2004). Correlates of 1-year prospective outcome in bipolar disorder: Results from the Stanley Foundation Bipolar Network. *American Journal of Psychiatry*, 161(8), 1447–1454. doi: 10.1176/appi.ajp.161.8.1447
- Nolen-Hoeksema S. (1991). Response to depression and their effects on the duration of depressive episodes. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 569–582. Cité par Fletcher, K., Parker, G.B., Manicavasagar, V. (2013). Coping profiles in bipolar disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 54(8), 1177–1184. doi: 10.1176/ajp.147.9.1194
- Otto, M. W., Reilly-Harrington, N., & Sachs, G. S. (2003). Psychoeducational and cognitive-behavioral strategies in the management of bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*, 73(1-2), 171–181. doi : 10.1016/S0165-0327(01)00460-8
- Otto, M. W., Simon, N. M., Wisniewski, S. R., Miklowitz, D. J., Kogan, J. N., Reilly-Harrington, N. A., Frank, E., Nierenberg, A. A., Marangell, L. B., Sagduyu, K., Weiss, R. D., Miyahara, S., Thas, M. E., Sachs, G.S., & Pollack, M. H. (2006). Prospective 12-month course of bipolar disorder in outpatients with and without comorbid anxiety disorders. *The British Journal of Psychiatry*, 189(1), 20–25. doi: 10.1192/bjp.bp.104.007773
- Owen, R., Gooding, P., Dempsey, R., & Jones, S. (2016). The reciprocal relationship between Bipolar Disorder and social interaction: A qualitative investigation. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 24(4), 911–918. doi: 10.1002/cpp.2055
- Paykel, E. S., Abbott, R., Morriss, R., Hayhurst, H., & Scott, J. (2006). Sub-syndromal and syndromal symptoms in the longitudinal course of bipolar disorder. *British Journal of Psychiatry*, 189, 118–123. doi: 10.1192/bjp.bp.105.013870
- Peet, M., & Harvey, N. S. (1991). Lithium maintenance: 1. A standard education programme for patients, *British Journal of Psychiatry*, 158, 197-200. doi: 10.1192/bjp.158.2.197
- Perlis, R. H., Ostacher, M. J., Miklowitz, D. J., Hay, A., Nierenberg, A. A., Thase, M. E., & Sachs, G. S. (2010). Clinical features associated with poor pharmacologic adherence in bipolar disorder: results from the STEP-BD study. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 71(3), 296–303. doi: 10.4088/JCP.09m05514yel
- Perlis, R.H., Ostacher, M.J., Patel, J.K., Marangell, L.B., Zhang, H., Wisniewski, S.R., Ketter, T.A., Miklowitz, D.J., Otto, M.W., Gyulai, L., Reilly-Harrington, N.A., Nierenberg, A.A., Sachs, G.S., Thase, M.E., 2006. Predictors of recurrence in bipolar disorder: primary outcomes from the Systematic Treatment Enhancement Program for Bipolar Disorder (STEP-BD). *The American Journal of Psychiatry*, 163, 217–224. doi: 10.1176/appi.ajp.163.2.217

- Perry, A., Tarrier, N., Morriss, R., McCarthy, E., & Limb, K. (1999). Randomised controlled trial of efficacy of teaching patients with bipolar disorder to identify early symptoms of relapse and obtain treatment. *British Medical Journal*, 318, 149–153. doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.318.7177.149>
- Phillips, M. L., & Vieta, E. (2007). Identifying functional neuroimaging markers of bipolar disorder: Towards DSM-V. *Schizophrenia Bulletin*, 33, 893–904. doi: 10.1093/schbul/sbm060
- Pini, S., Cassano, G. B., Dell’Osso, L., Amador, X. F. (2001). Insight into illness in schizophrenia, schizoaffective and mood disorders with psychotic features. *American Journal of Psychiatry*, 158, 122–125. doi: 10.1176/appi.ajp.158.1.122
- Provencher, M. D., Côté, G., Lemelin, S., O’Connor, K., Taillon, A., Péliissier, M.-C., & St-Amand, J. (2009). Traitements psychologiques éprouvés en milieux hospitaliers pour les troubles mentaux graves. *Revue Québécoise de Psychologie*, 30(2), 219–241. Repéré à <http://cat.inist.fr/?aModele=afficheN&cpsidt=22587849>
- Provencher, M. D., Guimond, A. J., & Hawke, L. D. (2012). Comorbid anxiety in bipolar spectrum disorders: A neglected research and treatment issue? *Journal of Affective Disorders*, 137(1-3), 161–164. doi: 10.1016/j.jad.2011.12.001
- Provencher, M. D., Hawke, L. D., Bélair, M., & Guimond, A.-J. (2012). La psychoéducation pour les troubles bipolaires : recension des écrits et recommandations pour le système de santé québécois. *Santé Mentale au Québec*, 37(1), 157. doi: 10.7202/1012650ar
- Provencher, M. D., Hawke, L. D., Bélair, M., Guimond, A., Pouliot, L. & Baruch, P. (2014). Dissemination of a Brief Psychoeducational Intervention for Bipolar Disorder in Community Mental Health Settings, *International Journal of Clinical Psychiatry and Mental Health*, 2(2), 93–103. Repéré à <http://www.synergypublishers.com/jms/index.php/ijcpmh/article/viewFile/531/261>
- Provencher, M. D., St-Amand, J., Hawke, L. D., Baruch, P., & Tremblay, J. (2010). La thérapie cognitive-comportementale pour le traitement des symptômes dépressifs dans le trouble bipolaire. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*, 20(2), 61–65. doi: 10.1016/j.jtcc.2010.06.001
- Provencher, M. D., St-Amand, J., Thienot, E. & Hawke, L. (2007). Groupe psychoéducatif pour le traitement du trouble bipolaire : Révision et adaptation québécoise de la phase psychoéducative de la deuxième édition anglophone du manuel de Bauer, M.S., & McBride, L. (2003). Structured Group Psychotherapy for Bipolar Disorder: The Life Goals Program (2nd ed.). Document non publié, Université Laval.
- Radua, J., Grunze, H., & Amann, B. L. (2017). Meta-analysis of the risk of subsequent mood episodes in bipolar disorder. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 86(2), 90–98. doi: 10.1159/000449417
- Reinares, M., Colom, F., Rosa, A. R., Bonnín, C. M., Franco, C., Solé, B., Kapczinski, F., & Vieta, E. (2010). The impact of staging bipolar disorder on treatment outcome of

family psychoeducation. *Journal of Affective Disorders*, 123(1-3), 81–86. doi: 10.1016/j.jad.2009.09.009

- Reinares, M., Colom, F., Sanchez-Moreno, J., Torrent, C., Martinez-Aran, A., Comes, M., Goikolea, J. M., Benabarre A., Salamero, M. & Vieta, E. (2008). Impact of caregiver group psychoeducation on the course and outcome of bipolar patients in remission: a randomized controlled trial. *Bipolar Disorder*, 10(4), 511–519. doi: 10.1111/j.1399-5618.2008.00588.x
- Reinares, M., Vieta, E., Colom, F., Martinez -Aran, A., Torrent, C., Comes, M., & Sanchez-Moreno, J. (2004). Impact of a psychoeducational family intervention on caregivers of stabilized bipolar patients, *Psychotherapy and Psychosomatics*, 73(5), 312-319. doi: 10.1159/000078848
- Rivas-Vazquez, R.A., Johnson, S.L., Rey, G.J., Blais, M.A., & Rivas-Vazquez, A. (2002). Current treatments for bipolar disorder: A review and update for psychologists. *Professional Psychology: Research and Practice*, 33(2), 212-23. doi: 10.1037/0735-7028.33.2.212
- Rosenfarb, I. S., Miklowitz, D. J., Goldstein, M. J., Harmon, L., Nuechterlein, K. H., & Rea, M. M. (2001). Family transactions and relapse in bipolar disorder. *Family Process*, 40(1), 5–14. doi: 10.1111/j.1545-5300.2001.4010100005.x
- Sajatovic, M., Chen, P., Dines, P., & Shirley, E. R. (2007). Psychoeducational approaches to medication adherence in patients with bipolar disorder. *Disease Management & Health Outcomes*, 15(3), 181-192. doi: 10.2165/00115677-200715030-00006
- Sajatovic, M., Davies, M., Bauer, M. S., McBride, L., Hays, R. W., Safavi, R., & Jenkins, J. (2005). Attitudes regarding the collaborative practice model and treatment adherence among individuals with bipolar disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 46(4), 272-277. doi: 10.1016/j.comppsy.2004.10.007
- Sala, R., Goldstein, B. I., Morcillo, C., Liu, S.-M., Castellanos, M., & Blanco, C. (2012). Course of comorbid anxiety disorders among adults with bipolar disorder in the U.S. population. *Journal of Psychiatric Research*, 46(7), 865–872. doi: 10.1016/j.jpsychires.2012.03.024
- Schaffer, A., Cairney, J., Cheung, A., Veldhuizen, S., & Levitt, A. J. (2006). Community Survey of Bipolar Disorder in Canada: Lifetime Prevalence and Gender Differences. *Canadian Journal of Psychiatry*, 51(1), 9–16. Repéré à <https://ww1.cpa-apc.org/Publications/Archives/CJP/2006/January/jan2006.asp>
- Scott, J. (2002). Using health belief models to understand the efficacy-effectiveness gap for mood stabilizer treatments. *Neuropsychobiology*, 46(1 Suppl.), 13–5. doi: 10.1159/000068022
- Simhandl, C., König, B., Amann, B.L. (2014). A prospective 4-year naturalistic follow-up of treatment and outcome of 300 bipolar I and II patients. *Journal of Clinical Psychiatry*, 75, 254–262. doi: 10.4088/JCP.13m08601

- Simon, G. E., Ludman, E. J., Bauer, M. S., Unützer, J., & Operskalski, B. (2006). Long-term Effectiveness and Cost of a Systematic Care Program for Bipolar Disorder. *Archives of General Psychiatry*, 63(5), 500–508. doi: 10.1001/archpsyc.63.5.500
- Simon, N. M., Otto, M. W., Wisniewski, S. R., Fossey, M., Sagduyu, K., Frank, E., Sachs, G. S., Nierenberg, A. A., Thase, M. E., & Pollack, M. H. (2004). Anxiety Disorder Comorbidity in Bipolar Disorder Patients : Data From the First 500 Participants for Bipolar Disorder (STEP-BD). *American Journal of Psychiatry*, 161(12), 2222–2229. doi: 10.1176/appi.ajp.161.12.2222
- Simon, N. M., Zalta, A. K., Otto, M. W., Ostacher, M. J., Fischmann, D., Chow, C. W., Thompson, E. H., Stevens, J. C., Demopulos, C. M., Nierenberg, A. A. & Pollack, M. H. (2007). The association of comorbid anxiety disorders with suicide attempts and suicidal ideation in outpatients with bipolar disorder. *Journal of Psychiatric Research*, 41(3-4), 255–264. doi: 10.1016/j.jpsychires.2006.08.004
- Soucy, I., Provencher, M. D., Fortier, M., & McFadden, T. (2017). Efficacy of Guided Self-Help Behavioural Activation and Physical Activity for Depression: A randomized controlled trial. *Cognitive Behaviour Therapy*, 46(6), 493-506. doi: 10.1080/16506073.2017.1337806.
- Sylvia, L. G., Dupuy, J. M., Ostacher, M. J., Cowperthwait, C. M., Hay, A. C., Sachs, G. S., Nierenberg, A. A., & Perlis, R. H. (2012). Sleep disturbance in euthymic bipolar patients. *Journal of Psychopharmacology*, 26(8), 1108-1112. doi: 10.1177/0269881111421973
- Thomas, J., Knowles, R., Tai, S., & Bentall, R.P. (2007). Response styles to depressed mood in bipolar affective disorder. *Journal of Affective Disorders*, 100, 249–252. doi: 10.1016/j.jad.2006.10.017
- Tohen, M., Vieta, E., Calabrese, J., Ketter, T. A., Sachs, G., Bowden, C., & Mitchell, P. B., Centorrino, F., Risser, R., Baker, R. W., Evans, A. R., Beymer, K., Dubé, S., Tollefson, G. D., & Breier, A. (2003). Efficacy of olanzapine and olanzapine-fluoxetine combination in the treatment of bipolar I depression. *Archives of General Psychiatry*, 60(11), 1079–1088. doi: 10.1001/archpsyc.60.11.1079
- Tournier, M., Cougnard, A., Verdoux, H., & Droulout, T. (2008). Évaluation d'un programme de psychoéducation individuel chez des patients hospitalisés pour un trouble bipolaire. *Annales médico-psychologiques*, 166(4), 286-291. doi: 10.1016/j.amp.2008.03.005
- Tsuno, N., Besset, A., & Ritchie, K. (2005). Sleep and depression. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 66(10), 1254-1269. doi: 10.4088/JCP.v66n1008
- Tundo, A., Musetti, L., Benedetti, A., Massimetti, E., Pergentini, I., Cambiali, E., & Dell'Osso, L. (2018). Predictors of recurrence during long-term treatment of bipolar I and II disorders. A 4 year prospective naturalistic study. *Journal of Affective Disorders*, 225(April 2017), 123–128. doi: 10.1016/j.jad.2017.08.013

- Vazquez, G. H., Baldessarini, R. J., & Tondo, L. (2014). Co-occurrence of anxiety and bipolar disorders: Clinical and therapeutic overview. *Depression and Anxiety*, 31(3), 196–206. doi: 10.1002/da.22248
- Vieta, E., Angst, J., Reed, C., Bertsch, J., & Haro, J. M. (2009). Predictors of switching from mania to depression in a large observational study across Europe (EMBLEM). *Journal of Affective Disorders*, 118(1-3), 118–123. doi: 10.1016/j.jad.2009.02.007
- Weber, B., Sala, L., Gex-Fabry, M., Docteur, A., Gorwood, P., Cordera, P., ... Mirabel-Sarron, C. (2017). Self-Reported Long-Term Benefits of Mindfulness-Based Cognitive Therapy in Patients with Bipolar Disorder. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 23(7), 534–540. doi: 10.1089/acm.2016.0427
- Weinstock, L. M., Melvin, C., Munroe, M. K., & Miller, I. W. (2016). Adjunctive Behavioral Activation for the Treatment of Bipolar Depression: A Proof of Concept Trial. *Journal of Psychiatric Practice*, 22(2), 149-158. doi: 10.1097/PRA.0000000000000142
- Williams, J. M. G., Alatiq, Y., Crane, C., Barnhofer, T., Fennell, M. J., Duggan, D. S., ... & Goodwin, G. M. (2008). Mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) in bipolar disorder: Preliminary evaluation of immediate effects on between-episode functioning. *Journal of affective disorders*, 107(1), 275-279. doi: 10.1016/j.jad.2007.08.022
- Yang, A. C., Yang, C-H., Hong, C-J., Liou, Y-J., Shia, B-C., Peng, C-K., Huang, N. E. & Tsai, S-J. (2013). Effects of Age, Sex, Index Admission, and Predominant Polarity on the Seasonality of Acute Admissions For Bipolar Disorder: A Population-Based Study, *Chronobiology International*, 30(4), 478-485. doi: 10.3109/07420528.2012.741172
- Yatham, L. N., Kennedy, S. H., Parikh, S. V., Schaffer, A., Beaulieu, S., Alda, M., O'Donovan, C., MacQueen, G., McIntyre, R.S., Sharma, V., Ravindran, A., Young, L. T., Milev, R., Bond, D. J., Frey, B. N., Goldstein, B. I., Lafer, B., Birmaher, B., H. A., K., Nolen, W. A., & Berk, M. (2013). Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) and International Society for Bipolar Disorders (ISBD) collaborative update of CANMAT guidelines for the management of patients with bipolar disorder: Update 2013. *Bipolar Disorders*, 15(1), 1-44. doi: 10.1111/bdi.12025
- Yatham, L. N., Kennedy, S. H., Schaffer, A., Parikh, S. V., Beaulieu, S., O'Donovan, C., & Kapczinski, F. V. (2009). Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) and International Society for Bipolar Disorders (ISBD) collaborative update of CANMAT guidelines for the management of patients with bipolar disorder : Update 2009. *Bipolar Disorders*, 11(3), 225-255. doi: 10.1111/j.1399-5618.2009.00672.x
- Young, L. T., Cooke, R. G., Robb, J. C., Levitt, A. J., & Joffe, R. T. (1993). Anxious and non-anxious bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*, 29(1), 49–52. doi: 10.1016/0165-0327(93)90118-4

Zarate, C. A., & Tohen, M. (2004). Double-Blind Comparison of the Continued Use of Antipsychotic Treatment Versus Its Discontinuation in Remitted Manic Patients. *American Journal of Psychiatry*, 161(1), 169–171. doi: 10.1176/appi.ajp.161.1.169

Tableau 1*Statistiques descriptives sur les participants*

Âge – M (ÉT)	40,6 (12,5)
Sexe – N (%)	
Femmes	29 (70,7)
Hommes	12 (29,3)
Éducation – N (%)	
Primaire	1 (2,6)
Secondaire	11 (28,2)
Collégial	10 (25,6)
Universitaire	14 (35,9)
Autre	3 (7,7)
Occupation – N (%)	
Emploi temps plein	14 (35,9)
Emploi temps partiel	1 (2,6)
En congé maladie	10 (25,6)
Aux études	2 (5,1)
Invalidité	4 (10,3)
Retraite	3 (7,7)
Au foyer	4 (10,2)
Bénévolat temps partiel	1 (2,6)
Statut marital – N (%)	
Marié – Conjoint de fait	23 (59,0)
Célibataire	12 (30,8)
Veuf – Séparé – Divorcé	4 (10,2)
Situation ménagère – N (%)	
Père/mère de famille ou conjoint indépendant	25 (64,1)
Vit seul(e) ou avec quelqu'un dans une relation platonique	12 (30,8)
Nombre d'hospitalisations avant début du groupe – N (%)	
1	22 (88,0)
2-5	3 (12,0)
6 +	0 (0,0)

Tableau 2*Catégories des facteurs de rechute, définitions et exemples*

Conflits interpersonnels – Manque de soutien social	Cette catégorie réfère à toutes difficultés interpersonnelles <i>Exemples</i> : Problème de couple, conflits avec les enfants, perte du support social. Proches qui n'acceptent pas la maladie, proche aidant qui tombe lui-même malade, etc.
Difficultés associées à la prise de médication	Cette catégorie réfère à une observance non optimale de la médication ou aux complications entraînées par celle-ci. <i>Exemples</i> : Oubli ou arrêt de la médication par soi-même, effets secondaires, etc.
Difficultés cognitives	Cette catégorie réfère à tout problème cognitif rapporté par le participant. <i>Exemples</i> : Problèmes de mémoire, d'attention, etc.
Difficultés de la vie quotidienne	Cette catégorie réfère à tout irritant du quotidien pour le participant. <i>Exemples</i> : Bris de voiture, problèmes financiers, échecs au travail, etc.
Difficultés de sommeil	Cette catégorie se réfère à tout problème de sommeil. <i>Exemples</i> : Hypersomnie, insomnie, terreurs nocturnes, etc.
Difficultés physiques	Cette catégorie réfère à tout problème de santé physique actuel. <i>Exemples</i> : maladie, blessure, etc.
Difficultés psychologiques	Cette catégorie réfère à tout problème psychologique actuel (diagnostiqué ou non). <i>Exemples</i> : Troubles alimentaires, anxiété (AP, TP, TAG), «Je suis très anxieux sans aucune raison ou événement.», Troubles de consommation.
Évènements – Transitions de vie	Cette catégorie réfère à tout événement de vie (positif ou négatif) qui implique un changement de statut ou de situation. <i>Exemples</i> : Un mariage, un décès, un congédiement, rupture, rentrée scolaire, grossesse, fin de suivi, vacances, nouvel emploi, nouveau stage, aucune routine, etc.
Habiletés de gestion de la maladie bipolaire non optimales	Cette catégorie réfère à tout comportement non aidant face à la maladie. <i>Exemples</i> : S'isoler, se replier, ne pas être attentif aux signes précurseurs d'une rechute, avoir pris conscience de son état de fatigue trop tard, non acceptation de sa condition, ne pas se confier ou demander de l'aide, activité surstimulante entraînant de la fatigue, sport à outrance, travail excessif, projets grandioses, fatigue excessive/surmenage rapportés, etc.
Hygiène de vie non optimale	Cette catégorie réfère à tout comportement relevant d'une hygiène de vie non optimale.

	<i>Exemples</i> : arrêt ou augmentation subite de sa consommation de tabac, mauvaise alimentation, etc.
Présence d'états affectifs positifs ou négatifs	Cette catégorie réfère aux émotions positives ou négatives qui sont perçues comme des facteurs de rechute. <i>Exemples</i> : Sentiment d'exaltation, d'échec, d'irritabilité, se sentir dépassé, impuissant, sentiment de joie, etc.
Routine instable/perturbée	Cette catégorie réfère à une routine changeante ou perturbée (non relié à un événement précis). <i>Exemples</i> : «J'ai plus aucune/jamais eu de routine».
Suivi psychologique	Cette catégorie réfère à tout suivi thérapeutique qui a été perçu négativement ou comme un facteur de rechute. <i>Exemples</i> : mauvaise entente avec son thérapeute, une thérapie de groupe non appréciée, arrêt d'un suivi entraînant une rechute, etc.
Température	Cette catégorie réfère à tout élément du climat perçu comme un facteur de rechute. <i>Exemples</i> : Hiver, été, froid, transition de saison, etc.
Autre	Cette catégorie est une catégorie « fourretout » où sont placés les éléments difficiles à catégoriser.

Tableau 3*Catégories des facteurs de protection, définitions et exemples*

Accent est mis sur le réseau social – Soutien social	Cette catégorie réfère au fait que le patient accorde de l'importance à son entourage et aux propos du patient concernant le soutien perçu ou réel de la part de son entourage. <i>Exemples</i> : Faire des activités en famille, aider conjoint(e), sociabiliser, développer son réseau, peut parler de ses difficultés, ne se sent pas jugé, demande d'aide aux proches, etc.
Activités plaisantes	Cette catégorie réfère à toute activité agréable pour le patient. <i>Exemples</i> : Sport, bénévolat, art, relaxation, méditation, religion, cinéma.
Aspects cognitifs positifs – Gestion des pensées efficaces	Cette catégorie réfère à toutes pensées et attitudes positives du participant par rapport à sa condition. <i>Exemples</i> : Relativiser, s'émerveiller, pensées positives, réflexion.
Comportements inadaptés mentionnés comme aidants	Cette catégorie réfère à tous les facteurs mentionnés comme aidant par le patient, mais qui sont reconnus comme étant des facteurs de rechute dans la littérature. <i>Exemples</i> : S'isoler, prise d'alcool, etc.
Consultation d'un professionnel de la santé	Cette catégorie réfère à tout contact avec un intervenant biopsychosocial qui a été rapporté comme aidant. <i>Exemples</i> : Médecin, psychologue, thérapie de groupe, Centre d'appels.
Évènements positifs	Cette catégorie réfère à tout événement perçu comme positif survenu dans la vie du patient, qui n'aurait pas eu d'incidente négative sur le patient. <i>Exemples</i> : Naissance, mariage, retour au travail, nouvel emploi ou stage.
Habiletés de gestion de la maladie bipolaire	Cette catégorie réfère aux attitudes et comportements aidants du patient vis-à-vis de sa maladie. <i>Exemples</i> : Identification des signes précurseurs d'une rechute et agit en conséquence pour éviter celle-ci, attentif à son niveau de fatigue, de son irritabilité, de l'augmentation de son niveau d'énergie, connaissance de ses limites, bonne gestion de la médication, bonne hygiène de sommeil, instaurer routine de vie stable.
Saine hygiène de vie	Cette catégorie réfère à toute pratique bonne pour la santé. <i>Exemples</i> : Pratique sportive, arrêt tabac, alimentation saine.
Saison	Cette catégorie réfère au changement de saison qui est perçu comme positif pour le participant. <i>Exemples</i> : Retour de l'été, soleil.
Autre	Cette catégorie est une catégorie « fourretout » où sont placés les éléments difficiles à catégoriser.

Tableau 4*Fréquences (Fréq.) et pourcentage (%) de codage pour les facteurs de rechute*

	Fréq.	%
Présence d'états affectifs positifs ou négatifs	206	19,4
Habiletés de gestion de la maladie bipolaire non optimales	152	14,3
Évènements - Transitions de vie	110	10,3
Hygiène de vie non optimale	93	8,7
Difficultés de sommeil	91	8,6
Conflits interpersonnels – Manque de soutien social	87	8,2
Saison - Température	75	7,1
Difficultés psychologiques	71	6,7
Difficultés associées à la prise de médication	70	6,6
Difficultés de la vie quotidienne	63	5,9
Difficultés cognitives	44	4,1
Routine instable/perturbée	40	3,8
Difficultés physiques	21	2
Suivi psychologique	8	0,8
Autre	7	0,7
N total	1063	

Note. Les fréquences rapportées correspondent au nombre de fois où les segments ont été classés dans chacune des catégories par les codificateurs après accord interjuges. Il faut donc rester vigilant dans l'interprétation des résultats, car un participant peut avoir mentionné à plusieurs reprises un même élément qui a donc été codé une nouvelle fois pour conserver l'intégralité de ses propos ainsi que les détails pertinents mentionnés par celui-ci. La somme des pourcentages n'est pas de 100 % à cause des arrondis.

Tableau 5*Fréquences (Fréq) et pourcentage (%) de codage pour les facteurs de protection*

	Fréq.	%
Habiletés de gestion de la maladie bipolaire	207	37,4
Accent est mis sur le réseau social – Soutien social	80	14,4
Consultation d'un professionnel de la santé	79	14,3
Activités plaisantes	73	13,2
Saine hygiène de vie	43	7,8
Aspects cognitifs positifs – Gestion des pensées efficaces	29	5,2
Évènements positifs	24	4,3
Comportements inadaptés mentionnés comme aidants	18	3,2
Saison-Température	6	1,1
Autre	3	0,5
N total	554	

Note. Les fréquences rapportées correspondent au nombre de fois où les segments ont été classés dans chacune des catégories par les codificateurs après accord interjuges. Il faut donc rester vigilant dans l'interprétation des résultats, car un participant peut avoir mentionné à plusieurs reprises un même élément qui a donc été codé une nouvelle fois pour conserver l'intégralité de ses propos ainsi que les détails pertinents mentionnés par celui-ci. La somme des pourcentages n'est pas de 100 % à cause des arrondis.

Tableau 6

Comparaison de la fréquence et du pourcentage (%) de chacun des facteurs de risque à 6 mois parmi les participants avec ou sans rechute

	22 sujets avec rechute	19 sujets sans rechute	Test d'association		V de Cramer
			Khi- carré	p- value	
Présence d'états affectifs positifs ou négatifs	22 (100,0%)	12 (63,2%)	9,77	0,0018	0,49
Habiletés de gestion du TB non optimales	21 (95,5%)	9 (47,4%)	12,01	0,0005	0,54
Événements -Transitions de vie	20 (90,9%)	8 (42,1%)	11,21	0,0008	0,50
Hygiène de vie non optimale	17 (77,3%)	6 (31,6%)	8,64	0,0033	0,46
Difficultés de sommeil	19 (86,4%)	8 (42,1%)	8,88	0,0029	0,47
Conflits interpersonnels - Manque de soutien social	18 (81,8%)	8 (42,1%)	6,93	0,0085	0,41
Saison-température	12 (54,5%)	12 (63,2%)	0,31	0,58	--
Difficultés psychologiques	11 (50,0%)	5 (26,3%)	2,40	0,12	--
Difficultés associées à la prise de médication	15 (68,2%)	5 (26,3%)	7,15	0,0075	0,42
Difficultés de la vie quotidienne	12 (54,5%)	4 (21,1%)	4,81	0,0284	0,34
Difficultés cognitives	13 (59,1%)	5 (26,3%)	4,45	0,0350	0,33
Routine instable/perturbée	8 (36,4%)	5 (26,3%)	0,48	0,49	--
Difficultés physiques	2 (9,1%)	4 (21,1%)	1,17	0,28	--
Suivi psychologique	2 (9,1%)	1 (5,3%)	0,22	0,64	--
Autre	1 (4,5%)	1 (5,3%)	0,01	0,92	--
N total =41	22	19			

Note. TB = Trouble bipolaire.

Tableau 7

Comparaison de la fréquence et du pourcentage (%) de chacun des facteurs de protection à 6 mois parmi les participants avec et sans rechute

	22 sujets avec rechute	19 sujets sans rechute	Test d'association		V de Cramer
			Khi- carré	p-value	
Habiletés de gestion du TB	19 (86,4%)	14 (73,7%)	1,04	0,31	--
Accent mis sur le réseau social - Soutien social perçu	10 (45,5%)	10 (52,6%)	0,21	0,65	--
Consultation d'un professionnel de la santé	14 (63,6%)	11 (57,9%)	0,14	0,71	--
Activités plaisantes	10 (45,5%)	11 (57,9%)	0,63	0,43	--
Saine hygiène de vie	8 (36,4%)	7 (36,8%)	0,001	0,97	--
Aspects cognitifs positifs - Gestion pensées efficaces	6 (27,3%)	7 (36,8%)	0,43	0,51	--
Événements positifs	4 (18,2%)	6 (31,6%)	0,99	0,32	--
Comportements inadaptés mentionnés comme aidants	4 (18,2%)	6 (26,3%)	0,99	0,32	--
Saison-température	2 (9,1%)	1 (5,3%)	0,22	0,64	--
N total = 41	22	19			

Note. TB = Trouble bipolaire.

Tableau 8

Comparaison de la fréquence et du pourcentage (%) de chacun des facteurs de risque à 12 mois parmi les participants avec et sans rechute

	12 sujets avec rechute	23 sujets sans rechute	Test d'association		V de Cramer
			Khi- carré	p-value	
Présence d'états affectifs positifs ou négatifs	12 (100,0%)	15 (65,2%)	5,41	0,0200	0,39
Habiletés de gestion du TB non optimales	11 (91,7%)	7 (30,4%)	11,84	0,0006	0,58
Événements -Transitions de vie	7 (58,3%)	8 (34,8%)	1,79	0,18	--
Hygiène de vie non optimale	8 (66,7%)	12 (52,2%)	0,68	0,41	--
Difficultés de sommeil	9 (75,0%)	3 (13,0%)	13,44	0,0002	0,62
Conflits interpersonnels - Manque de soutien social	5 (41,7%)	9 (39,1%)	0,02	0,88	--
Saison-température	9 (75,0%)	17 (73,9%)	0,02	0,88	--
Difficultés psychologiques	6 (50,0%)	6 (26,1%)	2,00	0,16	--
Difficultés associées à la prise de médication	9 (75,0%)	7 (30,4%)	6,31	0,0120	0,42
Difficultés de la vie quotidienne	3 (25,0%)	11 (47,8%)	1,71	0,19	--
Difficultés cognitives	10 (83,3%)	3 (13,0%)	16,69	<,0001	0,69
Routine instable/perturbée	7 (58,3%)	4 (17,4%)	6,13	0,0133	0,42
Difficultés physiques	3 (25,0%)	5 (21,7%)	0,05	0,82	--
Suivi psychologique	1 (8,3%)	2 (8,7%)	0,001	0,97	--
Autre	1 (8,3%)	1 (4,3%)	0,23	0,63	--
N total = 35	12	23			

Note. TB = Trouble bipolaire.

Tableau 9

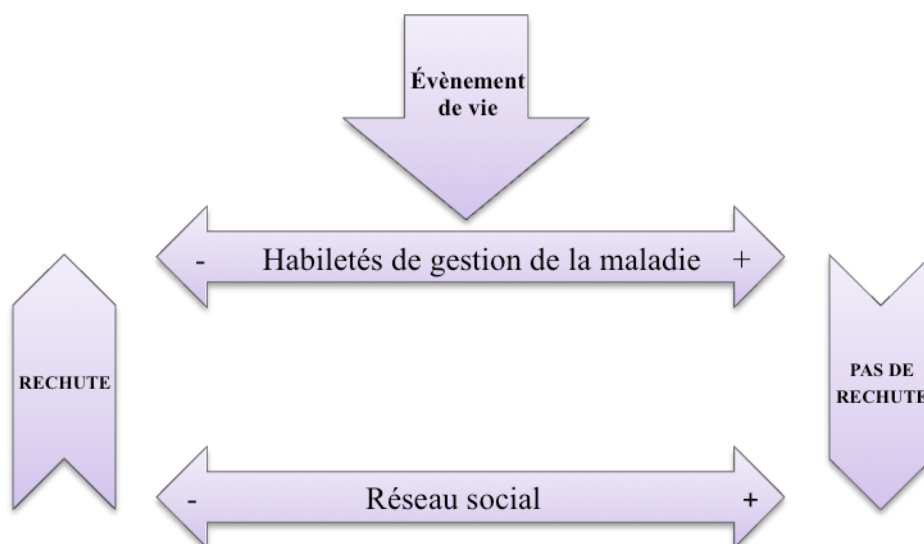
Comparaison de la fréquence et du pourcentage (%) de chacun des facteurs de protection à 12 mois parmi les participants avec et sans rechute.

	12 sujets avec rechute	23 patients sans rechute	Test d'association		V de Cramer
			Khi-carré	p-value	
Habilités de gestion du TB	6 (50,0%)	22 (95,6%)	10,27	0,0014	-0,54
Consultation d'un professionnel de la santé	4 (33,3%)	17 (73,9%)	5,41	0,0200	-0,39
Accent mis sur le réseau social - Soutien social perçu	6 (50,0%)	15 (65,2%)	0,77	0,38	--
Activités plaisantes	4 (33,3%)	14 (60,9%)	2,39	0,12	--
Saine hygiène de vie	3 (25,0%)	12 (52,2%)	2,38	0,12	--
Événements positifs	1 (8,3%)	10 (43,5%)	4,52	0,0335	-0,36
Aspects cognitifs positifs - Gestion pensées efficaces	1 (8,3%)	7 (30,4%)	2,18	0,14	--
Comportements inadaptés mentionnés comme aidants	0 (0,0%)	2 (8,7%)	1,11	0,29	--
Saison-température	1 (8,3%)	1 (4,3%)	0,23	0,63	--
N total = 35	12	23			

Note. TB = Trouble bipolaire.

Figure 1

Continuum des facteurs de rechute et de protection chez des patients bipolaires



Annexes

Annexe A : Informations sociodémographiques

Informations sociodémographiques

1. Sexe : ☐ Homme ☐ Femme
2. Quel âge avez-vous ? ans
3. Quel est le plus haut niveau de scolarité que vous avez complétée?

☐ Primaire	☐ Universitaire : Baccalauréat
☐ Secondaire	☐ Universitaire : Maîtrise
☐ Collégiale	☐ Universitaire : Doctorat
☐ Universitaire : Certificat	
☐ Autre (préciser) :	
4. Quelle est votre occupation actuelle ?

☐ Emploi rémunéré à temps plein	☐ Invalidité
☐ Emploi rémunéré à temps partiel	☐ À la retraite
☐ Congé de maladie	☐ Aux études
☐ Bénévolat temps plein	☐ Au foyer
☐ Bénévolat temps partiel	
5. Quel est votre état civil ?

☐ Marié(e)	☐ Veuf(ve)
☐ Conjoint(e) de fait	☐ Séparé(e)
☐ Célibataire	☐ Divorcé(e)
6. Quelle est votre situation ménagère actuelle ?

☐ Père/mère de famille ou conjoint indépendant
☐ Vit seul(e) ou avec quelqu'un dans une relation platonique
☐ Vit en famille avec un minimum de supervision
☐ Vit en communauté ou en résidence sans surveillance
☐ Logement en famille ou dans un foyer nécessitant une aide importante
☐ Vit en institution
☐ Hospitalisation permanente
7. Avez-vous déjà reçu un diagnostic d'un trouble bipolaire ?

☐ Oui	☐ Non
------------------------------	------------------------------
8. Si oui, quel type de trouble bipolaire ?

☐ Type I
☐ Type II

- ☐ Cyclothymie
- ☐ Autre (préciser) :

9. Si oui, quand avez-vous reçu le diagnostic ?

Mois : Année :

10. Qui a posé le diagnostic ?

- ☐ Psychiatre
- ☐ Médecin de famille
- ☐ Autre (préciser) :

11. Avez-vous d'autres diagnostics psychiatriques ?

12. Avez-vous déjà été hospitalisé en lien avec vos difficultés d'humeur ?

- ☐ Oui ☐ Non

13. Si oui, à quand remonte votre dernière hospitalisation ?

Mois : Année :

14. Quelle était la durée de votre dernière hospitalisation ?

Nombre de jours :

15. Si oui, combien de fois avez-vous été hospitalisé en lien avec vos difficultés d'humeur?

Nombre d'hospitalisations :

16. Prenez-vous de la médication psychiatrique ?

- ☐ Oui ☐ Non

17. Si oui, précisez les médicaments :

	Médicament	Problème de santé	Dose	Fréquence
Exemple :	Ativan	Anxiété	.5 mg	2 fois par jour
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				

18. Dans la dernière année, avez-vous consulté pour vos difficultés d'humeur un des professionnels suivants ?

- ☐ Psychiatre
- ☐ Médecin de famille
- ☐ Psychologue
- ☐ Travailleur social
- ☐ Infirmière
- ☐ Ergothérapeute
- ☐ Autre (préciser) :

19. Dans la dernière année, avez-vous participé aux interventions suivantes pour vos difficultés liées à votre trouble de l'humeur :

- ☐ Psychothérapie de groupe
- ☐ Psychothérapie individuelle
- ☐ Programme de jour
- ☐ Hôpital de jour
- ☐ Groupe d'entraide (p.ex. : A.A., Centre l'Équilibre, etc.)
- (préciser) :
- ☐ Services d'urgence
- ☐ Autre (préciser) :

Annexe B : Entrevues de suivi 6 mois ou 12 mois

Entrevue de suivi T3 ou T4

Avant de procéder à l'entrevue, veuillez d'abord vous présenter et introduire l'objectif de l'entrevue à l'aide de ce verbatim :

« En tant que membre de l'équipe de recherche responsable de l'évaluation de l'efficacité pragmatique et de l'implantation des groupes de psychoéducation, je vous contacte aujourd'hui car vous avez consenti il y a 6 ou 12 mois (selon le cas) à prendre part au projet de recherche qui comprend entre autres un suivi téléphonique 6 et 12 mois après la fin de la tenue du groupe. Cette entrevue téléphonique a pour objectif d'évaluer l'évolution des symptômes au cours des 6 derniers mois. Pour se faire, différentes questions vous seront posées concernant vos contacts thérapeutiques des 6 derniers mois, votre prise de médication, la survenue d'une hospitalisation s'il y a lieu, les symptômes dépressifs ou maniaques vécus ainsi que les déclencheurs de la ou des rechutes selon le cas. Globalement, l'entrevue est d'une durée d'environ 1 heure. Nous vous enverrons aussi un bloc de questionnaire par la poste qui prend environ 30 minutes à compléter. En tant que participant, votre participation à l'étude est volontaire. Vous êtes donc libre de refuser d'y participer. Vous pouvez également vous retirer à n'importe quel moment, sans avoir à donner de raisons, en faisant connaître votre décision aux chercheurs impliqués dans le projet.

Est-ce que vous consentez toujours à prendre part au projet en répondant à cette entrevue téléphonique? Est-ce un bon moment pour faire cette entrevue ou préférez-vous qu'on fixe un autre moment? »

Entrevue de suivi

Temps de mesure : ☐ Suivi de 6 mois ☐ Suivi de 12 mois

Section 1 : Contacts thérapeutiques

1. Au cours des six derniers mois, avez-vous consulté pour vos difficultés d'humeur un des professionnels suivants ?

O/N	Professionnels	Nombre de rencontres (ou fréquence)
	Psychiatre	
	Médecin de famille	
	Psychologue	
	Travailleur social	
	Infirmière	
	Ergothérapeute	
	Autre (préciser) :	

2. Au cours des six derniers mois, avez-vous participé aux interventions suivantes pour vos difficultés liées à votre trouble de l'humeur :

O/N	Interventions	Description	Durée/Période	Nb de rencontres
	Psychothérapie de groupe			
	Psychothérapie individuelle			
	Psychothérapie de couple ou familiale			

	Programme de jour			
O/N	Interventions	Description	Durée/Période	Nb de rencontres
	Hôpital de jour			
	Programme ambulatoire de réhabilitation pour abus de substances			
	Groupe d'entraide (ex : A.A., Centre l'Équilibre, etc.) Préciser :			
	Services d'urgence			
	Autre (préciser) :			

Section 2 : Médication

3. Dans les six derniers mois, avez-vous consulté un psychiatre ou un médecin pour des raisons en lien avec votre médication ?

☐ Oui ☐ Non

Si oui, qui avez-vous consulté (titre) ?

À combien de reprises ?

À quel moment ? (mois)

4. Dans les six derniers mois, votre médication a-t-elle été ajustée ou modifiée ?

☐ Oui ☐ Non

Si oui, pour quelles raisons?

Quels changements ont été apportés?

5. Quels médicaments prenez-vous maintenant ?

	Médicament	Problème de santé	Dose	Fréquence
Exemple :	Ativan	Anxiété	.5 mg	2 fois par jour
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				

Section 3 : Hospitalisation

6. Dans les six derniers mois, avez-vous été hospitalisé en lien avec vos difficultés reliées à votre trouble de l'humeur ?

☐ Oui

☐ Non

7. Si oui, combien de fois avez-vous été hospitalisé en lien avec vos difficultés d'humeur ?

8. Si oui, à quand remonte votre dernière hospitalisation ?

Mois :

Année :

9. Si oui, quelle était la durée de votre dernière hospitalisation?

Nombre de jours :

Section 4 – Symptômes

Dans les six derniers mois, avez-vous eu des symptômes reliés à l'humeur ?

☐ Oui

☐ Non

1. ÉPISODE DÉPRESSIF MAJEUR

A1	Au cours des six derniers mois , avez-vous eu une période de deux semaines ou plus, où vous vous sentiez particulièrement triste, cafardeux(se), déprimé(e), la plupart du temps au cours de la journée, et ce, presque tous les jours ?	NON	OUI	1
A2	Au cours des six derniers mois , avez-vous eu une période de deux semaines ou plus où vous aviez presque tout le temps le sentiment de n'avoir plus goût à rien, d'avoir perdu l'intérêt ou le plaisir pour les choses qui vous plaisaient habituellement ?	NON	OUI	2
	A1 OU A2 SONT-ELLES COTEES OUI ?	NON	OUI	
A3	Actuellement, vous sentez-vous particulièrement triste, déprimé (e)?	NON	OUI	
a				
b	Actuellement, avez-vous le sentiment de n'avoir plus goût à rien?	NON	OUI	
	SI A3a ET A3b = NON : PASSER À A5 ET EXPLORER L'ÉPISODE LE PLUS GRAVE (<i>dans les derniers 6 mois</i>)			
	SI A3a OU A3b = OUI : PASSER À A4			
A4	Depuis combien de temps dure cette épisode? _____ jours			
a				
b	L'ÉPISODE ACTUEL DURE-T-IL DEPUIS AU MOINS 14 JOURS?	NON	OUI	
	SI A4b = OUI : EXPLORER L'ÉPISODE ACTUEL SI A4b = NON : EXPLORER L'ÉPISODE PASSÉ LE PLUS GRAVE (<i>dans les derniers 6 mois</i>)			
A5	Durant cette période d'au moins deux semaines, lorsque vous vous sentiez déprimé (e) / sans intérêt pour la plupart des choses :			
a	Votre appétit a-t-il notablement changé, <u>ou</u> avez-vous pris ou perdu du poids sans en avoir l'intention ? (variation au cours du mois de $\pm 5\%$, c. à d. $\pm 3,5$ kg / ± 8 lbs., pour une personne de 70 kg / 120 lbs.)	NON	OUI	3
	COTER OUI , SI OUI A L'UN OU L'AUTRE			

b	Aviez-vous des problèmes de sommeil presque toutes les nuits (endormissement, réveils nocturnes ou précoces, dormir trop)?	NON OUI	4
c	Parliez-vous ou vous déplaçiez-vous plus lentement que d'habitude, ou au contraire vous sentiez-vous agité(e), et aviez-vous du mal à rester en place, presque tous les jours ?	NON OUI	5
d	Vous sentiez-vous presque tout le temps fatigué(e), sans énergie, et ce presque tous les jours ?	NON OUI	6
e	Vous sentiez-vous sans valeur ou coupable, et ce presque tous les jours ?	NON OUI	7
f	Aviez-vous du mal à vous concentrer ou à prendre des décisions, et ce presque tous les jours ?	NON OUI	8
g	Avez-vous eu à plusieurs reprises des idées noires comme penser qu'il vaudrait mieux que vous soyez mort(e), ou avez-vous pensé à vous faire du mal ?	NON OUI	9
Y A-T-IL AU MOINS 3 OUI EN A5 ? (ou 4 si A1 OU A2 EST COTEE NON)		→ NON OUI	
A6	Ces problèmes entraînent-ils/entraînaient-ils chez vous une souffrance importante ou bien vous gênent-ils/gênaient-ils vraiment dans votre travail, dans vos relations avec les autres ou dans d'autres domaines importants pour vous?	→ NON OUI	10
A7	Les problèmes dont nous venons de parler ont-ils toujours été déclenchés et maintenus par une maladie physique, ou par la prise de médicaments ou de drogues?	→ NON OUI	11
A7 EST-ELLE COTÉE NON?			
SI OUI, SPÉCIFIER SI L'ÉPISODE EXPLORÉ EST ACTUEL OU PASSÉ		NON OUI ÉPISODE DÉPRESSIF MAJEUR	

SI LE PATIENT PRESENTE OU A PRESENTE UN ÉPISODE DEPRESSIF
MAJEUR :

☐ **ACTUEL**

☐ **PASSÉ**

A8

- a Au cours des six derniers mois, combien de périodes de deux semaines ou plus avez-vous eues durant lesquelles vous vous sentiez particulièrement déprimé(e) ou sans intérêt pour la plupart des choses et où vous aviez les problèmes dont nous venons de parler?
- b Quand pour la première fois avez-vous eu une telle période dans les derniers six mois ?
- c Quand pour la dernière fois avez-vous eu une telle période dans les derniers six mois?

Nombre d'EDM : /_/_/
ÉPISODE ACTUEL COMPRIS

/_/_/ mois (première fois)

/_/_/ mois (dernière fois)

2. ÉPISODE (HYPO-)MANIAQUE

D1 a	Au cours des six derniers mois, avez-vous eu une période où vous vous sentiez tellement exalté(e) ou plein(e) d'énergie que cela vous a posé des problèmes, ou que des personnes de votre entourage ont pensé que vous n'étiez pas dans votre état habituel ? NE PAS PRENDRE EN COMPTE LES PERIODES SURVENANT UNIQUEMENT SOUS L'EFFET DE DROGUES OU D'ALCOOL. SI LE PATIENT NE COMPREND PAS LE SENS D'EXALTE OU PLEIN D'ENERGIE, EXPLIQUER COMME SUIV : Par exalté ou plein d'énergie, je veux dire être excessivement actif, excité, extrêmement motivé ou créatif ou extrêmement impulsif.	NON	OUI	1
	Si OUI			
b	Vous sentez-vous, en ce moment, exalté(e) ou plein(e) d'énergie	NON	OUI	2
D2 a	Au cours des six derniers mois, avez-vous eu une période où vous étiez tellement irritable que vous en arriviez à insulter les gens, à hurler, voire même à vous battre avec des personnes extérieures à votre famille ? NE PAS PRENDRE EN COMPTE LES PERIODES SURVENANT UNIQUEMENT SOUS L'EFFET DE DROGUES OU D'ALCOOL.	NON	OUI	3
	Si OUI			

b	Vous sentez-vous excessivement irritable, en ce moment?	NON	OUI	4
D1a OU D2a SONT-ELLES COTEES OUI ?		NON	OUI	
D3 Si D1B OU D2B = OUI : EXPLORER SEULEMENT L'EPISODE ACTUEL Si D1B ET D2B = NON EXPLORER L'EPISODE LE PLUS GRAVE (<i>des six derniers mois</i>) Lorsque vous vous sentiez exalté(e), plein d'énergie / irritable : a Aviez-vous le sentiment que vous auriez pu faire des choses dont les autres seraient incapables, ou que vous étiez quelqu'un de particulièrement important ? b Aviez-vous moins besoin de sommeil que d'habitude (vous sentiez-vous reposé(e) après seulement quelques heures de sommeil ?) c Parliez-vous sans arrêt ou si vite que les gens avaient du mal à vous comprendre ? d Vos pensées défilaient-elles si vite dans votre tête que vous ne pouviez pas bien les suivre ? e Étiez-vous si facilement distrait(e) que la moindre interruption vous faisait perdre le fil de ce que vous faisiez ou pensiez ? f Étiez-vous tellement actif(ve), ou aviez-vous une telle activité physique, que les autres s'inquiétaient pour vous ? g Aviez-vous tellement envie de faire des choses qui vous paraissaient agréables ou tentantes que vous aviez tendance à en oublier les risques ou les difficultés qu'elles auraient pu entraîner (faire des achats inconsidérés, conduire imprudemment, avoir une activité sexuelle inhabituelle) ? Y A-T-IL AU MOINS 3 OUI EN D3 OU 4 SI D1a = NON (EPISODE PASSE) OU D1b = NON (EPISODE ACTUEL) ?				
		NON	OUI	
		NON	OUI	5
		NON	OUI	6
		NON	OUI	7
		NON	OUI	8
		NON	OUI	9
		NON	OUI	10
		NON	OUI	11
		NON	OUI	
D4	Au cours des six derniers mois, les problèmes dont nous venons de parler ont-ils persisté pendant au moins une semaine et ont-ils entraîné des difficultés à la maison, au travail/à l'école ou dans vos relations avec les autres ou avez-vous été hospitalisé(e) à cause de ces problèmes ?	NON	OUI	12

COTER OUI, SI OUI A L'UN OU L'AUTRE

D4 EST-ELLE COTÉE NON ?

SI OUI, SPECIFIER SI L'ÉPISODE EXPLORE EST ACTUEL OU PASSE

D4 EST-ELLE COTÉE OUI ?

SI OUI, SPECIFIER SI L'ÉPISODE EXPLORE EST ACTUEL OU PASSE

NON OUI

**ÉPISODE
HYPOMANIAQUE**

**ACTUEL
PASSE**

NON OUI

ÉPISODE MANIAQUE

**ACTUEL
PASSE**

**D5 SI LE PATIENT PRÉSENTE OU A PRÉSENTÉ UN ÉPISODE
HYPOMANIAQUE OU MANIAQUE :**

- a Au cours des six derniers mois, combien de périodes avez-vous eues durant lesquelles vous vous sentiez particulièrement plein(e) d'énergie ou exalté(e) et/ou particulièrement irritable et où vous aviez les problèmes dont nous venons de parler?
- b Quand pour la première fois avez-vous eu une telle période (*dans les derniers six mois*) ?
- c Quand pour la dernière fois avez-vous eu une telle période (*dans les derniers six mois*)?

Nombre d'EDM : /_/_/
ÉPISODE ACTUEL COMPRIS

/_/_/ mois (première fois)

/_/_/ mois (dernière fois)

Section 5 – Déclencheurs de rechute – le plus de détails possible !!

Rechute identifiée ? OUI NON

S'il n'y a pas de rechute identifiée, passer à la section 6.

Si rechute identifiée à la Section 4, poser les questions suivantes :

1. Donc, vous semblez avoir eu un épisode dépressif/(hypo)maniaque. Pourriez-vous m'expliquer qu'est-ce qui est arrivé ? (*Laisser aller 5 minutes*)
2. Selon vous, est-ce qu'il a eu des déclencheurs ou des éléments spécifiques qui ont conduit à la rechute?
3. Avez-vous remarqué des symptômes précurseurs ?
4. À quel moment cela a-t-il débuté ? (*Une période de temps délimité*)
5. Pendant combien de temps cela a-t-il duré ?
6. Cela vous-a-t-il amené à
 - ☐ être hospitalisé ?
 - ☐ consulter à l'urgence ?
 - ☐ voir votre médecin ?
7. Selon vous, les événements ou stressors suivants ont-ils contribué à la rechute ? (*En détail !*)
 - ☐ Événements difficiles (décrire) :

L'événement signifiait quoi pour vous ? :
 - ☐ Événements heureux (décrire) :

L'événement signifiait quoi pour vous ? :

- ☐ Changements de médicaments : pour des problèmes de santé physique ou mentale, prescrits ou en vente libre
Quels médicaments ?
- ☐ Maladie physique
Quelle maladie ?
- ☐ Prise de substances (drogue, alcool)
- ☐ Modification dans les habitudes d'usage du tabac :
- ☐ Changements saisonniers
Quelle saison ?
- ☐ Changements/perturbations de votre sommeil :
- ☐ Changements dans la routine :
- ☐ Autre :

8. Qu'est-ce que vous avez fait pour gérer vos symptômes ?

9. Parmi les stratégies employées, qu'est-ce qui a été utile ou aidant ? Pourquoi ?

10. Parmi les stratégies employées, qu'est-ce qui n'a pas été utile ou aidant ? Pourquoi ?

Commentaires de l'intervieweur

À retaper en détail toute suite après, le plus près possible d'un verbatim.

Section 6 – Déclencheurs de rechute – si pas de rechute identifiée

(Poser toutes les questions pertinentes, même si pas de symptômes)

Avez-vous eu une période où vous vous demandiez si vous alliez faire une rechute ? Par exemple, vous pensiez ressentir une augmentation des symptômes ou vous avez vécu des difficultés qui auraient pu déclencher une rechute ?

1. Pourriez-vous m'expliquer qu'est-ce qui est arrivé ? *(Laisser aller 5 minutes)*
2. Selon vous, est-ce qu'il a eu des déclencheurs ou des éléments spécifiques qui ont éveillé vos craintes face aux symptômes ?
4. À quel moment cela a-t-il débuté ? *(Une période de temps délimitée)*
5. Pendant combien de temps cela a-t-il duré ?
6. Cela vous-a-t-il amené à
 - ☐ être hospitalisé ?
 - ☐ consulter à l'urgence ?
 - ☐ voir votre médecin ?

7. Avez-vous vécu des événements ou stressors suivants qui ont ou qui auraient pu contribuer aux symptômes ? *(En détail !)*

☐ Événements difficiles (décrire) :

L'événement signifiait quoi pour vous ? :

☐ Événements heureux (décrire) :

L'événement signifiait quoi pour vous ? :

- ☐ Changements de médicaments : pour des problèmes de santé physique ou mentale, prescrits ou en vente libre
Quels médicaments ?
- ☐ Maladie physique
Quelle maladie ?
- ☐ Prise de substances (drogue, alcool)
- ☐ Modification dans les habitudes d'usage du tabac :
- ☐ Changements saisonniers
Quelle saison ?
- ☐ Changements/perturbations de votre sommeil :
- ☐ Changements dans la routine :
- ☐ Autre :

8. Qu'est-ce que vous avez fait pour gérer la situation ?

9. Parmi les stratégies employées, qu'est-ce qui a été utile ou aidant ? Pourquoi ?

10. Parmi les stratégies employées, qu'est-ce qui n'a pas été utile ou aidant ? Pourquoi ?

Commentaires de l'intervieweur

À retaper en détail toute suite après, le plus près possible d'un verbatim.

Annexe C : Citations des participants

Note. Bien que l'annexe soit exhaustive des propos des participants, l'ensemble des citations redondantes n'ont pas été relevées ici.

Facteurs de rechute : Présence d'états affectifs positifs ou négatifs

- « Coupable, car avant mon hospitalisation en août 2010, j'avais fait de grosses dépenses, j'avais *loadé* la carte de crédit, je me sentais coupable des dettes. »
- « C'est difficile d'être partagée entre ma mère en France et ma famille ici. Je ne peux pas prendre soins des deux autant que je voudrais. [...] Il y a aussi de la culpabilité envers ma mère, et je culpabilise par rapport à ne pas être capable de gérer la situation. [...] Oui, c'est comme si je l'avais abandonnée et c'était le résultat de l'abandon. Ça a créé beaucoup de stress et de culpabilité, et d'être obligé de choisir entre 2 choses : La famille et elle. De ne pas être capable de gérer. »
- « Ça me déprimait, j'avais une impression d'échec, beaucoup d'échecs, un sentiment d'échec total, je me sentais comme une bonne à rien qu'on jette aux poubelles. »
- « C'était trop lourd je voyais ça comme une montagne je n'étais pas prête. »
- « Sinon, des fois dans la vie il y des situations qui peuvent être simples, mais pour moi c'est une montagne. [...] Comme il n'y a pas longtemps il fallait que je répare un chauffe-eau, ça m'a découragé, pourtant c'est simple. Je me sentais pas bon pour le faire. »
- « Ça m'est arrivé un peu, l'hiver dernier j'étais en arrêt de travail, je voulais retourner à l'école, mais je ne savais pas en quoi, c'était plus circonstanciel, c'était comme un questionnement existentiel. »
- « Je me questionne beaucoup par rapport à mon travail, mes études, mes enfants je me remets en question. [...] Il me faut un but, 10 ans dans mon métier j'ai l'impression d'avoir fait le tour. [...] Sinon, je me pose beaucoup de questions : si je vais avoir d'autres bébés, la médication, mes enfants s'ils vont hériter de la maladie bipolaire, beaucoup de questions par rapport à mon emploi, etc. »
- « Je suis moins patiente donc il y a des impacts dans mon couple en ce moment. »
- « Ça allait moins bien, humeur plus négative. La patience est moins là. »
- « Je n'avais pas le goût de rien faire. »
- « J'avais le goût de rien, mes émotions étaient gelées, j'avais le moral à plat et le goût de ne rien faire. »

- « D'être inutile, car je ne travaille plus à cause d'un accident que j'ai eu (...) ».
- « Les réunions familiales sont comme une pression et un stress qui peut déclencher... Je *feel* mal à l'idée d'y aller ou encore après les réunions, c'est quelque chose qui s'est accentué avec les années. »
- « J'avais des problèmes au travail et des problèmes financiers donc ça engendré beaucoup de stress et j'ai comme tombé en épisode dépressif jusqu'en août 2011. »
-
- « Superwoman » ce printemps, je ne sais pas ça duré combien de temps, je me sentais très bonne. »
- « En novembre, j'ai eu de nouvelles fonctions au travail, j'ai embarqué là-dedans, j'étais dans un *high* et j'avais l'impression que j'allais réussir à tout changer ce que les autres avant moi n'avaient pas réussi à faire. »
- « Aujourd'hui même je me sentais en *high*, j'avais envie de dépenser aujourd'hui, car je vis du stress et de la fatigue [...]. »
- « J'ai appris que j'allais être grand-mère aux fêtes. Ça m'a fait une grande joie, il a fallu que je me contienne. »
- « Quand je parle d'insécurité, ben, par exemple de vivre tout seule, j'ai de la difficulté. Présentement j'ai quelqu'un dans ma vie, donc j'ai pas de misère, mais les cinq années seules que j'ai vécu avant, j'ai eu de la difficulté. C'est pas une chose que j'entrevois de normale pour moi, de vivre tout seule. »
- « C'est plus la solitude, c'est plus dur d'être seule. [...] On ne s'aimait plus depuis longtemps donc sur le coup c'était un soulagement, mais là je vis de la solitude. »
- « [J'ai] peur de me retrouver seule. »
- « [...] je suis plus émotive, j'ai plus souvent les larmes aux yeux. »
- « Je me sentais fragile et larmoyante donc j'avais peur de retourner en dépression et à l'hôpital, car parfois j'avais une petite larme pour rien, des choses qui ne me concernaient pas (ex : de quoi à la tv). Mais ça revenait tout de suite et j'étais correct. Plutôt variable. Pas de longues périodes à être très triste. [...] À force d'être larmoyante j'avais peur d'être en dépression. C'était des crises de larmes parfois ce n'était pas lié avec moi, parfois je n'étais pas triste, mais ça venait tout seul. »
- « Pour moi, le matin, se tirer du lit c'est comme s'il y a une léthargie profonde qui envahit, j'ai pas le goût de rien, une paresse. C'est toujours comme ça pour moi. »
- « [...] c'est épuisant de vivre des cycles de montée de symptômes dépressifs et de redevenir normal après. »

Facteurs de protection : Aspects cognitifs positifs – Gestion des pensées efficaces

Citations relevant d'un discours positif de certains participants :

- « Se rebâtir une confiance, c'est beaucoup de travail mental de me parler à moi-même, dans les contacts sociaux de chasser les pensées négatives. »
- « Sinon j'essayais de réfléchir, de relativiser, de me dire qu'il y avait une solution à ces problèmes. »
- « Je me dis que je ne suis pas toute seule, que quelqu'un qui m'aime pareil. »
- « Des jours, je me sens moins en forme, mais j'essaie de passer par-dessus. »
- « Non, j'ai pas vraiment de choses qui me font capoter ou quelque chose. Il faut rester les deux pieds à terre. [...] C'est mieux d'être équilibré. L'important c'est de réussir à s'équilibrer dans tous nos malaises. Je préfère être équilibrée. Quand tu veux que ta vie change, il a des choses qu'il faut accepter, mais pas accepter à moitié. C'est d'accepter que tu as un problème. »
- « J'essaie de rester calme et ça passe tout seul. Je me parle, quand on a changé mes habitudes, je me disais c'est dur, mais c'est pour le mieux, de voir le positif finalement. »
- « En ce moment, j'ai beaucoup d'espoir, mes actions m'aident à m'en sortir. [...] Quand j'étais malade je me sentais étiqueté, la prochaine fois je vais y aller, peu importe les préjugés, ils n'en ont pas, c'est moi qui m'en crée. »
- « Je relativise ce que j'ai, le cycle. Être triste une journée, content une autre. Je vis avec ce cycle, je le comprends bien et l'accepte, et je ne laisse pas les émotions prendre de l'ampleur. »
- « J'essaie aussi d'apprécier toutes les choses de la vie, comme par exemple m'extasier devant un tableau au musée. »

Facteurs de rechute : Habiletés de gestion de la maladie bipolaire non optimales

- « Finalement, j'aurais dû me reposer. »
- « Aussi je crois qu'il y avait un surmenage. J'en avais trop pris sur mes épaules. J'avais le travail de jour et de nuit, des 12 heures. C'était trop à gérer. »
- « C'est l'épuisement, de l'accumulation de tout ça. On encaisse, et ça déborde. C'est fatigant. Un épuisement nerveux. On lâche le morceau. C'est quand il a fallu que je parte vite pour la voir [sa mère hospitalisée en France]. »

- « Oui, la fatigue. Je sens que je commence à glisser doucement. J'ai toujours eu conscience de ça, mais je n'ai pas les moyens. Je les sais, je les ai appris comme dans l'atelier avec vous, mais on n'arrive pas à les mettre en application. On est tellement épuisé. On ne peut plus juger les choses comme normalement. On les voit plus grosses qu'elles le sont. »
- « Je m'en suis rendue compte moi-même. J'avais beaucoup de contacts sociaux sur facebook, environ 2-3 heures à tous les jours, j'avais besoin de contact, de me sentir appréciée, j'avais des rencontres et je me laissais allée tout de suite, je dormais peu et je parlais vite. Je recommençais à avoir de l'énergie et une bonne humeur. Sexuellement, j'avais les hormones dans le piton, j'avais beaucoup d'idées à ce niveau. »
- « Mais je vais beaucoup dehors habituellement, mais dans ces phases là on n'est presque pas allé. »
- « Je préfère être seule et alors je trouve ça plus dure, je suis assez isolée comme personne. »
- « Je n'appelais plus personne, je restais sans sortir à la maison. »
- « Je garde tout pour moi dans ma tête. »
- « J'osais pas en parler avec mon conjoint. »
- « Il était trop tard avant que je pose une réaction, avant que je consulte parce que je suis tout bien capable de m'organiser seule ! Non j'ai attendu parce que je voulais m'organiser seule. Je me parlais, j'essayais de me reprendre en main en me parlant et en essayant de me botter les fesses. Je n'ai pas fait d'action concrète comme appeler mon médecin. Je me gardais la tête hors de l'eau. Je pouvais me dire par exemple : Lève-toi et fait le ton ménage, me *minder* à faire mon ménage. Ça ne fonctionnait pas toujours, j'ai dû consulter. M'enfermer chez nous, me replier sur moi-même ça, ça été pire. Je ressassais toutes les idées malsaines « tu n'es pas belle, pas fine, etc ». Je n'avais plus le goût de parler à qui que ce soit. »
- « La maladie j'ai de la misère à digérer. J'ai du mal à accepter mes faiblesses. »
- « Difficile à accepter la maladie, je dois apprendre à vivre avec. »
- « J'aimerais ça être normale. »
- « Quand ça va bien, j'accepte la maladie, mais quand ça va mal je ne l'accepte plus. »
- « Dans ma tête, le fait de prendre du lithium me protégeait de la maladie, mais dans le groupe de psychoéducation j'ai allumé là-dessus et je me suis rendu compte que ce n'était pas le cas. »

- « Je ne sais pas c'est quoi le déclencheur, ça s'est installé progressivement, mais je n'ai aucune idée de ce qui a été le facteur déclencheur, je n'ai pas vécu de problèmes majeurs, je n'ai pas perdu de proche, il n'y a rien eu de majeur qui me permet de l'expliquer. [...] je ne suis pas capable de les identifier. Il n'y a rien eu de précis. »
- « [Arrêt de la médication] Parce que je n'étais plus capable d'avoir de relation sexuelle et pour commencer à avoir une qualité de vie normale. »
- « [...] le Risperdal, il me rendait trop gelée. J'avais l'air d'un légume, gelé. Déjà le lithium me rend gelée. Mais il n'y avait pas de symptômes après l'avoir arrêté. Je me sens mieux. »
- « Suite à mon nouveau travail, je n'étais pas capable de me réveiller le matin c'était vraiment difficile donc j'ai recommencé à prendre du speed pour me lever plus tôt et être plus productive, mais finalement ça m'a rendu moins productive. Je me suis tirée dans le pied. J'ai pris de la caféine à la place du speed donc j'ai arrêté de consommer de la drogue et là tout va bien. »
- « On devient tellement plus alerte à tous les symptômes que des fois je crois qu'on en devient parano. »
- « J'ai essayé de gérer ça par moi-même, ça n'a pas fonctionné. Je me suis isolée un bout de temps. Ça n'a pas aidé. »

Facteurs de protection : Habiletés de gestion de la maladie bipolaire

- « Au départ, je reste à la maison même avant, une chose qui a fallu que je réfléchisse, j'étais à la maison, mais je faisais du bénévolat 5 jours sur 7, il a fallu que je prenne une décision et que je l'accepte, de modifier ma routine de vie pour mieux récupérer, ça fait partie de mon acceptation de la maladie. »
- « Depuis 6 mois ça va très bien. Ça ne prend pas l'ampleur que ça pouvait prendre avant. Je suis très attentif aussi. Si je suis sur un début de *high*, je me calme tout de suite. [...] Il peut y avoir eu des éléments qui se soient détériorés, qui peuvent emmener des symptômes. J'agis très rapidement. »
- « Être vraiment à l'écoute et être capable d'identifier l'humeur que je suis en train de vivre. Là, si je me mets à penser vite, il faut que je me trouve quelque chose pour me calmer. [...] Lire, prendre une marche, sculpter, changer d'activité. Pour sculpter, il faut que tu te concentres. Ça vide. Sauter dans la piscine aussi c'est une bonne stratégie ! Il faut changer le rythme. Il faut que je coupe le mouvement. Mais dans les 6 derniers mois, c'est pas arrivé que je parte sur un *high*. Ça aurait pu l'être. »
- « Au printemps, j'ai acheté une nouvelle voiture pour pouvoir la modifier et finalement j'ai vu que c'était de trop sur mes épaules, c'était un projet de trop, ça pouvait

ressembler à des symptômes de manie, car je croyais pouvoir en faire plus, mais je m'en suis rendu compte et ça n'a pas eu de répercussions. »

- « Si je suis trop fatiguée et que je ne dors plus, bien je prends des hypnotiques, car sinon les pensées embarquent. »
- « Plus de sommeil ou être plus régulier pour le sommeil. Je travaille beaucoup donc la routine change parfois, car je dors moins. Si j'ai un congrès je me réajuste et je dors plus si j'ai moins dormi la veille. »
- « [...], mais la meilleure stratégie c'est de se mettre en action, car ça permet de reprendre contact avec la vie. »
- « Je m'arrange pour bien dormir, la lecture avant de dormir contribue à avoir une meilleure nuit, et je fais plus d'exercices physiques la semaine et la fin de semaine. [...] [Ce qui a été utile], d'être à l'écoute de ce qui me vient en dedans, je respecte mes limites physiques, je refuse de faire des activités si je suis plus fatiguée, j'essaie de pas brûler la chandelle par les deux bouts. Parce que je suis tout le temps partante pour tout. Je suis une *Yesman*, mais là je suis plus consciente des conséquences, je n'ai pas envie que ça revienne donc je fais attention. »
- « Ce n'est pas dramatique. Si je *feel* vraiment pas, je me couche à 8h et ça va mieux après. [...] Je me demande si... parce que moi je travaillais quand je *feélais* bien. Je travaillais comme un malade, mais aujourd'hui je pars toujours à 15h30, je fais 40 h semaines comme ça je suis sûr que c'est ok. [...] Souvent le soir je suis plus irritable donc si je vois que ça n'a pas de bon sens je mets la switch à off et je vais me coucher. Le lendemain ça va mieux, car j'ai plus de repos. Quand je suis irritable je suis aussi fatiguée donc le repos m'aide. »
- « J'ai pris une semaine de vacances. J'ai pensé prendre un congé de maladie... j'y pense encore. »
- « J'ai pris une semaine de congé aussi. Je travaille au bloc opératoire, fait-que je me sentais dangereuse si je ne prenais pas congé. Ma concentration n'était pas là. »
- « Me retirer, prendre soin de moi, un bon bain, ou écouter un bon film et après ça s'en va. Le fait de me dire de prendre du temps pour moi et ça me replace [...] »
- « Surtout de prendre le temps de me ressourcer, de m'enfermer, dans le sens de deux jours chez nous à m'occuper de moi. Ça m'aide. Dans la société qu'on vit on peut pas dire qu'on n'a pas de problèmes. C'est drainant d'entendre parler des problèmes tout le temps. Pour ça c'est important de me retrouver seule, ou avec du monde qui ne vont pas là pour parler de leurs problèmes, comme dans la retraite de 3 jours. Comme je te dis j'y suis allé deux fois, puis c'est vraiment des vacances pour se ressourcer. C'est ça que des fois on n'a pas la chance de le faire, avec les enfants, les autres, toute ça, alors j'apprécie maintenant d'être rendu là, de pouvoir le faire. »

- « Pour la dépression, j'avais suivi des séances d'information à l'automne passé, je révisais mes notes, les signes et les symptômes qui étaient présents c'était principalement la perte d'intérêt et j'étais très fatigué. Pour l'hypomanie, j'ai un livre sur les symptômes de la manie, j'avais au moins 3 des symptômes que j'avais eu en 2011, insomnie, pensées accélérées et je parlais plus. »
- « Il faut reconnaître les éléments déclencheurs, et d'identifier la virulence, le niveau de perturbation. Je le fais de façon naturelle. Je ne me force pas pour faire ça. Je pense que j'ai eu beaucoup de petites lumières qui se sont allumées lors du groupe psychoéducation. Comme apprendre à prendre tout au sérieux, les événements et les émotions qui arrivent. Je m'entends plus (+). Je suis capable de me retirer d'événements problématiques ou inconfortables. J'identifie plus rapidement. C'est devenu automatique. Mais c'est des émotions naturelles, mais pour moi il faut que je les prenne au sérieux parce que j'aurais pu plus (+) réagir. En fin de compte ça a bien été. »
- « Une espèce de plan d'action que j'avais développé dans les groupes de psychoéducation, j'en ai un pour la dépression et un pour la manie. Pour la dépression c'était de faire du sport, d'arrêter la consommation d'alcool et pour la manie c'était de réduire la consommation d'alcool, d'avoir plus de sommeil et la méditation. »
- « [Ce qui a été aidant] je dirais mon changement de médication quand nous avons recommencé le Lamictal [...] Je ne sais pas, moi ça l'a fonctionné, il me manquait sûrement un petit *boost* de médication. »
- « La médication m'a beaucoup aidée. Ça permet de se recentrer sur soi et de ne pas penser à autre chose. »
- « Augmenter la médication, de manière autonome. »
- « Je sais ce que la médication fait pour moi, c'est mieux pour moi je suis plus stable, moins exagéré, je n'ai pas de gros fou rire. [...] Mes médicaments sont en dose idéale et je fais ce que je peux pour ne pas revivre ce que j'ai vécu dans le passé. Mes médicaments sont bien ajustés et moi je collabore bien. »
- « Il n'y a pas eu de changement pour l'instant. Je l'ajuste selon ma guise et mon anxiété. Ça peut jouer de ½ à 1 comprimé donc ça n'a pas changé. Je suis stable depuis deux ans donc je n'ai pas envie d'y toucher. »
- « Le fait de me dire de prendre du temps pour moi et ça me replace. » ; « J'ai une voix intérieure qui me dit de me reprendre. »
- « J'étais capable de me rationaliser, de me ramener au moment présent. »
- « Je me parle, je me contrôle, je me parle en me disant d'arrêter de m'énervé, de me calmer, je prends des respirations [...]. »

- « Ce que j'ai retenu du groupe de psychoéducation c'est de surveiller mon sommeil, mon hygiène de vie et ma médication. Je fais beaucoup plus attention maintenant. »
- « Le groupe était vraiment intéressant et aidant, il a joué un grand rôle dans ma connaissance de soi et ma rémission. »
- « Je me suis présentée à tous mes rendez-vous à l'hôpital. [...] Je respecte toutes mes posologies [...]. »
- « [...] Comme là, je vais faire une retraite de 2-3 jours, puis pour moi c'est un repos de trois jours, je vais me ressourcer, sans m'occuper de rien, d'être dans ma bulle. Je reviens de là et je me sens bien, je refais le plein. »
- « Je sais quoi faire. Je dois sortir et me désensibiliser. »

Facteurs de protection : Activités plaisantes

- « J'ai eu un cours de méditation et j'en fais pas mal tous les jours. Ça aide à me détendre. »
- « Je serais allée dehors, prendre des marches. »
- « La marche, car on prend l'air et ça fait faire de l'exercice en même temps. »
- « Autre que ça je peux aller me promener au centre d'achat. »
- « Je m'occupe de moi. J'écris. »
- « Je lis, je m'en vais sur le bord de l'eau. »
- « J'ai parlé au bon Dieu, j'avais l'impression de perdre le contrôle, besoin de retrouver la paix, une des choses qui m'aide le plus, c'est d'avoir des confirmations de l'Évangile. La religion va me recentrer. Je me dis que je ne suis pas toute seule, que quelqu'un qui m'aime pareil. [...] La prière [a été utile ou aidant], car pour me recentrer je dois me rendre compte par moi-même que ça ne va pas et de se pardonner. »
- « Jouer de la musique aussi [ça fait du bien]. »
- « J'essaie de m'obliger à sortir, de ne pas m'enfermer. Comme ça, ça oblige à m'habiller, me maquiller, d'être aimable avec les gens. Ça aide. Ça fait décrocher. »
- « L'écriture aide. »
- « La lecture [est aidant] parce que quand je lis je ne pense plus à rien. »

- « Je prie aussi ça me concentre sur autre chose et donc à ce moment-là je ne pense à rien d'autre. [...] Au point de vue personnel, pour moi-même [ce qui a été utile ou aidant], c'est prier. »
- « Aller écouter des films. Je gère ça comme ça pour l'instant. »
- « Écouter de la musique douce, m'exprimer, l'art, [...]. »
- « [...] Le vélo et de jouer de la musique ça défoule et me fait du bien ça me permet de lâcher mon fou et le contexte de liberté et de laisser aller pour sortir tout ça. »
- « Je fais des choses qui me calment, je vais marcher, [...]. »

Facteurs de rechute : Évènements – Transition de vie

Citations des participants concernant les événements de vie ayant eu un impact sur leurs symptômes :

- « J'ai vécu une rupture en janvier. Le 22 décembre, j'ai su qu'il partait alors que je ne m'en doutais pas, il est parti de la maison, on a réglé la garde de enfants. J'ai su qu'il était parti avec une autre quelques jours plus tard. On ne s'aimait plus depuis longtemps donc sur le coup c'était un soulagement, mais là je vis de la solitude. [...] [Le déclencheur de rechute a été] ma rupture après 7 ans de vie de couple. »
- « La phase [dépressive] de juillet, j'associe ça au fait que j'ai déménagé, mon père a fait une grosse dépression, mon frère était en prison, en je suis partie en voyage pendant mes vacances, mais ce n'était pas reposant. Je suis revenue fatigué, ça ne marchait plus. Je suis tout le temps stressée quand je déménage. Un vrai paquet de nerf. Je ne m'endure pas non plus. »
- « Le changement de travail aussi qui a fait que je suis venu plus dépressive, car c'était du stress de plus. »
- « De recommencer à travailler à temps plein avec la maladie c'est un stress. Le travail à temps plein qui recommence et la pression que je me mets. »
- « Moi, je crois qu'après ma fausse couche au mois d'août 2011 ça a déboulé, ça m'a vraiment affecté et c'est là que j'ai commencé à chuter. Moi je crois que c'est ma fausse couche. [...] c'était une perte immense, c'était ma deuxième en peu de temps ça été assez terrible, je l'ai vécu comme une perte épouvantable, je ne pensais pas m'en remettre. Aujourd'hui ma grossesse c'est un accident, je ne voulais pas trop, j'étais trop affectée. »
- « Juste avant mon hospitalisation, ma fille de Montréal est descendu 3 jours, mais je n'étais pas en forme pour recevoir des gens, ça m'angoissait et tout de suite après j'ai eu mon hospitalisation et pourtant c'était un événement heureux. C'était comme si ils

venaient m'envahir. J'étais contente de les voir, mais c'était un envahissement dans ma maison, c'est dur à expliquer. »

- « Oui à l'achat de mon chien j'ai eu un petit *high*. Mon conjoint je l'avais averti, mais pas trop (pour l'achat du chien) et je n'étais pas sûre que ça allait bien passer, j'étais stressé au début à cause de ça. »
- « J'ai vécu le décès de ma sœur qui était ma grande amie, en mai 2008, ça a précipité la déprime. Je me suis senti déprimé, j'avais rationalisé son deuil [...]. Elle avait le cancer. Je n'ai pas exprimé mes émotions, j'ai bloqué mes émotions. Ça a apporté la déprime. »
- « [...] La première période dépressive, c'était en avril, quand ma conjointe a annoncé qu'elle avait un nouveau conjoint. Je m'y attendais éventuellement, mais j'étais pas préparé à ça. Ça m'a fait très mal. »
- « La deuxième période [de déprime], c'est quand mon employeur m'a congédié durant mon congé de maladie. C'était totalement inattendu. [...] On en a convenu que c'était les événements qui causaient la déprime. »
- « Le déménagement a été un gros stress. [...] ça eu un impact sur mon humeur, car j'étais nerveuse pour l'épicerie, le chemin pour se rendre, etc. »
- « [...] C'était un événement heureux j'étais super contente d'avoir ma fille, c'est ce qui a déclenché ma manie post-partum. »
- « [La rechute dépressive a débuté] l'an passé lors de la naissance de ma fille, [...]. »
- « [...] J'avais recommencé à travailler, c'était super difficile, j'étouffais. [Le déclencheur de la phase dépressive a été] mon retour au travail, c'est évident. »
- « Pour la manie, quand j'ai recommencé à travailler, j'ai eu l'impression de revivre, j'étais plus en contact avec les gens, j'avais l'impression de retrouver ma vie sociale, [...]. »
- « [...] le changement de travail m'a donné un regain. »

Facteurs de rechute : Hygiène de vie non optimale

- « Je pouvais aussi prendre jusqu'à 15 cafés par jour, ça jouait sur mon humeur [...]. »
- « Je suis tombée dans le sucre, j'ai pris du poids. Quand tu te sais grosse et que tu ne rentres pas dans tes vêtements, c'est déprimant [...]. »
- « [Ça n'a pas été aidant] de ne pas dormir, de ne pas manger. »

- « [...] Je fume plus, quand je suis en *high* je fume encore plus, mais je ne sais pas si ça a pu contribuer. Je fume plus et je dors moins ça n'aide pas selon le groupe de psychoéducation qu'on a suivi. »
- « Avant je prenais de la bière avec la médication et ça me mettait neutre. En prenant de la boisson, c'était comme une dépression, je n'étais pas entreprenant, je vivais au neutre. »
- « Le fait de prendre une bière solide, c'est vrai que ça amène de l'exaltation; c'est comme youpi, tout est beau, mais quand elle est digérée, c'est moins drôle. C'est reconnu comme étant un déprimeur. »
- « [...] La boisson peut nuire, le lendemain, je suis plus impulsif, le lendemain avec la médication, ça joue sur mon anxiété et mes variations d'humeur, je fais beaucoup d'introspection et je me rends compte que c'est ça. »
- « La drogue ça m'a rendu dépressive. »
- « Fumer du pot ça rend plus down, tu t'aperçois que le lendemain tu n'es pas mieux. » ;
« Il y a une période où j'ai fumé un peu de pot, et ça a joué sur mon humeur. C'était une espèce d'angoisse, d'insécurité, une désorganisation au niveau cérébral. J'étais moins alerte, j'avais une moins grande efficacité. »
- « Oui je mangeais moins. Tu te traines la carapace au bureau, pis là tu arrives à la maison et tu te couches. T'as pas faim. »
- « Je n'avais plus le goût de rien faire donc je mangeais beaucoup de cochonneries et du sucre, j'avais beaucoup faim et j'avais des rages de sucre, [...]. »
- « J'ai pris 30 livres en peu de temps, en un mois. »
- « J'ai perdu 30 livres, je n'avais plus d'appétit. »
- « J'ai passé de un paquet et demi à trois paquets par jour, ça peut contribuer, plus je fume plus je suis angoissée et vice versa. »
- « J'ai arrêté de fumer dans la période où j'étais *High*. »
- « J'ai pris de la drogue dans le passé en pensant que ça allait me calmer, je prenais du hash mais ça avait l'effet inverse ça m'a rendu déprimé [...]. »

Facteurs de protection : Saine hygiène de vie

- « J'ai essayé d'avoir une meilleure hygiène de vie, de mieux dormir, de bouger plus, de voir la psychologue et de rencontrer des intervenants. [...] [Ce qui a été aidant c'est]

mon beat de vie, dormir à des heures normales, retourner au travail, car j'ai un meilleur rythme de vie [...]. »

- [Les stratégies utiles quand j'ai un down : courir, s'entraîner, [...]. » ; « [...] je vais plus (+) au travail en vélo ça fait du bien. »
- « [...] l'exercice physique c'est très important. »
- « Le club hors-piste m'a redonné une motivation. »
- « Cet été, j'ai couru, ça m'a aidé. »
- « [Ce qui a été utile c'est] de ne pas arrêter mes activités, le sport. »
- « Le sport aussi, j'en faisais déjà, mais ça permettait d'évacuer. Je me suis mise à marcher pour aller travailler. Ça me permettait aussi de dormir mieux. [...] L'exercice c'est connu pour être un antidépresseur, et ça permet d'évacuer. »
- « Le plus aidant c'est la natation. Car ça me fait de bouger ça fait sécréter de la sérotonine, et ça agit positivement. »
- « Le sport et réfléchir. Parce que c'est fondamentalement, c'est prouvé dans la société, c'est aidant. Quelqu'un d'impulsif ça fait rien de bon. Donc je gère mon impulsivité. »
- « [J'ai eu une] perte d'appétit notable, mais je me forçais pour manger pour ne pas perdre de poids, [...]. [Ça a été] utile de bien manger. »
- « La marche, le roller-blade l'été, le ski l'hiver, les activités en famille ou le sport et aller magasiner. Le sport, car ça défoule le stress part et j'ai de l'oxygène au cerveau. »
- « Le sport, ça permettait de... bonne question... de se sentir bien tout simplement et de sortir la mauvaise énergie ça me calme naturellement, je suis moins dans ma tête et j'arrête de penser. La diminution de la consommation d'alcool aussi, de juste connaître mes limites selon mon rythme. »
- « Je me suis tirée dans le pied. J'ai pris de la caféine à la place du speed donc j'ai arrêté de consommer de la drogue et la tout va bien. [...] Je m'obligeais à me coucher tôt, je mangeais mieux et j'ai lâché la drogue. [Ça a été utile de] lâcher la drogue, car c'est mauvais et néfaste pour la santé. »
- « Je peux faire attention pour ne pas abuser de l'alcool, car ça peut me mettre en *high* et surtout pour ne pas déranger mes proches, car ils y sont plus sensibles, ils m'ont vu en *high* donc ils remarquent plus, pour moi l'alcool est un stimulant. Je sais que pour d'autres ça relaxe, mais moi ça me stimule. »
- « Je fais une cure de sommeil, plus de sport, je me paye des massages. Je m'arrange pour avoir une bonne hygiène de vie. »

- « Pour la dépression c'était de faire du sport, [qui a été utile]. »
- « Non, je ne bois pas, et avant je fumais du pot, et depuis mon épisode de juillet, j'ai toute arrêté [...]. »
- « [...] pour la manie [ce qui a été aidant] c'était de réduire la consommation d'alcool, d'avoir plus de sommeil. »

Facteurs de rechute : Difficultés de sommeil

Citations des participants souffrant de difficultés de sommeil :

- Difficulté à initier le sommeil : « [Je ne suis] pas capable de dormir le soir. Je m'endors tard. »
- Présence de ruminations : « [...] je n'étais pas capable de m'endormir, mon hamster faisait 300 tours dans ma tête, j'avais trop de choses en tête. »
- Difficulté à maintenir le sommeil : « Je dormais 3-4h avec mes pilules en janvier, je me réveillais la nuit. »
- Réveils précoces : « J'avais le sommeil léger, je me levais toujours vers 4-5h AM. Je dormais peu et je n'étais pas fatigué, je me couchais à minuit et me réveillais vers 4-5h AM. »
- Hypersomnie : « Je dormais beaucoup, beaucoup, environ 12 heures faciles, des fois plus et des fois moins », une mauvaise qualité de sommeil : « Oui, quand tu te réveilles plusieurs fois dans une même nuit, tu as l'impression de pas avoir fait une bonne nuit ».
- Présence de cauchemars : « [...] j'ai des cauchemars pas mal, je me couche tôt pour récupérer. Une fois levé je fonctionne. Les cauchemars me dérangent mais pas plus qu'il ne le faut. ».
- Difficultés de sommeil comme un déclencheur de rechute : « Oui, si je dors moins ça m'affecte automatiquement, j'ai besoin d'une hygiène de vie stable pour bien fonctionner. »
- Difficultés de sommeil ayant une incidence sur l'apparition de symptômes paranoïdes : « Quand je ne dors pas assez, ça a un effet négatif sur ma journée. Mon jugement est moins là, je peux avoir des mauvaises perceptions, des mauvaises interprétations. J'ai plus de symptômes paranoïdes. »
- « Quand je me réveille le matin, j'ai de la difficulté à sortir du lit. Je me sens fatigué. À ce moment je sais que c'est un autre épisode. »

Facteurs de rechute : Conflits interpersonnels – Manque de soutien social

- « Ça n'allait pas super bien avec ma fille de 20 ans, ce n'était pas facile pour eux, elle se foutait un peu de moi, on se chicanait tout le temps [...]. »
- « Mes amies sont pas toujours disponibles. Le soir, la fin de semaine. Elles sont peu disponibles. Je suis seule. Vraiment seule. »
- « Je m'ennuie de ma meilleure amie qui est partie vivre dans les Alpes en France depuis 1 an on se voyait souvent, ça aurait pu me déprimer. »
- « Mon conjoint était alcoolique et toxicomane. Il est sobre depuis an et demi, sauf qu'il y a des conséquences pas réglées. J'espérais qu'il change, j'attendais qu'il change et ça me frustrait. Il y a eu une accumulation de frustrations au fur et à mesure des années, et j'ai fini par être épuisée. Au mois de mars il n'était pas encore allé à la thérapie, il se maintenait sobre par lui-même. Il y avait des grosses chicanes [...]. »

Facteurs de protection: Accent mis sur le réseau social - Soutien social perçu

- « En compagnie de mon conjoint c'est moins difficile, je me sens moins angoissée. Je suis quand même déprimée, mais c'est moins difficile. »
- « En général, je me limite et mon entourage m'aide beaucoup, ils s'en rendent compte et me disent de me reposer. »
- « Communication avec ma copine qui me connaît et connaît mes symptômes. »
- « Souvent je ne fais rien, mais dès fois quand ça ne va pas bien, je me dis qu'il faut que j'aille parler à du monde, me botter le cul et après ça revient, l'anxiété et la tristesse diminue beaucoup. »
- « Ce sont mes piliers de soutien et de soin, car ils m'acceptent comme je suis et ils veulent mon bien, ils sont là pour mon bien et ma santé. »
- « J'ai aussi rencontré une personne avec un trouble bipolaire à la natation, donc ça m'a fait du bien, on a jéré et partagé nos difficultés en lien avec notre trouble bipolaire. »

Facteurs de rechute : Saison – Température

- « Depuis deux ans, ça m'affecte [les changements de saisons]. J'ai l'impression d'être plus sensible aux changements hivernaux. »
- « Pendant l'hiver c'était assez présent. Peut-être l'automne passé, ça a dû affecter mon moral, le temps était plus gris, les journées plus longues. »

- « Ça m'est arrivé d'être irritable, des fois parce que la température est mauvaise. Oui, ça me tombe un peu sur les nerfs. Comme là, il mouille beaucoup, je me sens un peu triste, [...]. »
- « [...] on s'en va vers l'hiver et le temps moche n'aide pas sur l'humeur, c'est plate, j'aime le soleil. »
- « [...] moi c'est plus le contraire de tout le monde, c'est la chaleur qui me fait *feeler* mal, c'est le contraire. »
- « [...], mais j'appréhende l'automne, je suis plus en dedans, il va falloir que je sorte plus. »
- « J'ai acheté une lampe de luminothérapie, mais c'est moyen, ça n'a pas vraiment marché, peut-être parce que je ne l'ai pas appliquée comme il fallait en termes de fréquence. »
- « Oui, ça m'affecte beaucoup à l'automne et à l'hiver. J'ai vraiment plus de difficultés, je suis plus amorphe, j'ai moins d'énergie. Je réagis beaucoup à la météo. »
- « Ça n'a pas aidé, c'est difficile entre décembre et juin, c'est plus difficile s'il fait froid, j'ai moins le goût d'aller dehors, de sortir. »
- Ah, j'ai une belle lampe solaire. Je l'allume à tous les matins. Ça fait du bien. C'est beau aussi, c'est merveilleux. Ça aide à rester positif. »
- « Normalement, l'été je suis tout le temps en dépression. À ma fête au mois de juin, j'ai tout le temps peur que la dépression revienne, car c'est souvent dans cette période que ça commence. »
- « Oui, l'été j'ai tendance à pogner un *down*. »

Facteurs de protection : Saison – Température

- « Avant c'est l'hiver que j'allais moins bien, j'ai appris à aimer l'hiver avec mon ex. »
- « Oui, quand on change de saison, avec la luminosité ça va mieux quand il fait clair plus longtemps. »
- « Non, ça ne m'a jamais fait effet, j'ai toujours aimé l'hiver. Je me sentais pas plus déprimé avant en hiver. »
- « Non, je ne suis pas sensible à la météo. »

Facteurs de rechute : Difficultés cognitives

Citations concernant les difficultés cognitives rapportées par les participants :

- « Une difficulté à faire la part des choses. »
- « J'ai moins de concentration. »
- « J'avais du mal à prendre des décisions même pour des banalités. » ; « [Je n'avais] aucune orientation dans le temps. »
- « Toujours intéressé, mais parfois c'est la mémoire qui flanche et qui fait que j'arrête mes activités. »
- « Oui, je n'étais pas capable de suivre et parfois c'était inconfortable. »

Facteurs de rechute : Difficultés physiques

Citations des difficultés physiques rapportées par certains patients :

- « Oui, la mammographie, la biopsie et l'échographie auraient pu m'amener dans une période plus difficile. »
- « Laissez-moi penser. C'est certain que l'entraînement c'est important pour moi. Je passe une semaine sans entraînement et je capote. Et là, j'ai eu une blessure dernièrement. J'ai pris des anti-inflammatoires et ça va mieux. Mais, ça aurait pu être une situation anxiogène qui aurait pu, peut-être, déclencher une rechute. Ça n'a pas été le cas, mais ça aurait pu. »

Facteurs de rechute : Difficultés psychologiques

- « Le stress amène de l'anxiété et des symptômes dépressifs surtout reliés au travail. Le stress c'est le premier facteur qui joue sur mon humeur. »
- « Le Seroquel [a été] ajouté pour faire moins varier mon humeur, car j'ai un trouble anxieux. Vous savez, je souffre d'un trouble anxieux qui fait varier mon humeur. »
- « [...] Mon problème, c'est surtout l'anxiété sociale, les relations avec les autres. [...] Mes downs, c'est surtout dans les contacts sociaux. Par exemple, à l'université en classe, je m'assois toujours dans le fond parce que j'ai peur de me faire juger, je ne parle pas aux gens de ma classe parce que j'ai aussi peur d'être jugé et si je leur parle, à la fin, je n'ai plus d'estime de moi-même et de confiance, car je me dis : « Ah je n'aurais pas dû dire ça ou faire ça, qu'est-ce qu'ils vont penser ». La durée c'est vraiment variable. [...] [Le déclencheur c'est] les relations sociales, le contexte social et quand je m'implique dans une discussion et où que je me mets à remettre en question tout ce que je dis. »
- « J'avais plus de crises de panique même si j'en fais souvent. Je me requestionnais toute

la journée, d'habitude c'est comme ça que ça déclenche et ensuite j'avais de moins en moins envie d'aller travailler. [...] Plus anxieuse à partir de fin octobre et épisode dépressif qui a commencé environ au début du mois de novembre. »

- « L'accouchement a été difficile, l'allaitement aussi, j'ai fait une dépression post-partum. J'avais peur du bébé, je voyais des choses... »

Facteurs de rechute : Difficultés associées à la médication

- « J'ai rendez-vous la semaine prochaine. J'ai sauté un rendez-vous. » ; « Appeler le psychiatre après plusieurs mois [...]. »
- « Avant d'être hospitalisée, j'étais en phase dépressive et j'ai fait une overdose de lithium involontaire, j'ai eu comme un débalancement suite à mes prises de sang, c'est comme si mon corps n'assimilait pas bien le lithium, je me suis donc rendu à l'urgence et ils m'ont hospitalisée. »
- « L'augmentation de l'Abilify a contribué à mon *high* car j'ai vu une bonne différence quand je l'ai commencé, tous mes *high* ont été provoqués par la médication. »
- « Ah oui, je viens de penser... le lithium c'est un médicament qui m'enlève toutes mes émotions, c'est comme s'il y avait une vitre entre moi et les autres, ça change ma personnalité, c'est comme si je n'avais plus d'empathie ni d'émotions. »
- « Le lithium était en arrêt et ça allait très bien, donc j'ai décidé ensuite d'arrêter tout par moi-même, je ne voulais plus en prendre, car j'étais de plus en plus en forme, ça a commencé tranquillement, je n'ai rien vu venir. [...] J'ai eu deux autres hospitalisations après, mais il n'y avait pas d'autres événements déclencheurs. »

Facteurs de rechute : Difficultés de la vie quotidienne

Propos des participants concernant des difficultés financières ou des difficultés au travail :

- « Lors de mon épisode de manie avant l'hospitalisation, j'avais de grands projets de commerces dans lesquels j'ai investi beaucoup d'argent, et en faveur duquel j'ai réduits mes heures à mon emploi. J'ai investi beaucoup de temps et d'argent dans un restaurant et une galerie d'art (plus de 200 000\$), et durant cette période, j'ai perdu beaucoup d'argent et je me suis fait voler des tableaux d'art et de l'argent. Suite à mon retour de l'hospitalisation, j'ai dû faire face à ces problèmes de finances. »
- « J'ai des problèmes de sous, mon chum a perdu son emploi l'an dernier. [...] Au niveau de la maison, j'ai quatre enfants, tout est mal géré on dirait, mon conjoint n'avance pas dans ses affaires, il ne s'est pas retrouvé de job depuis. Je suis donc inquiète pour l'avenir, il n'y a pas d'amélioration depuis 1 an, c'est comme s'il y avait une ancre qui me gardait dans l'eau. [...] Il y a aussi eu une période marquante où on n'avait pas d'argent et qu'on recevait toujours des appels des créanciers à chaque jour, c'était rendu

que je capotais à chaque fois que le téléphone sonnait. »

- « Quand je suis retombé à la réalité, ça n'avait pas de bon sens! Ça commencé par un essai d'emploi comme préposé qui n'a pas fonctionné et qui a été un autre déclencheur en plus du reste. »
- « Le travail, le changement de compagnie au travail et j'étais proche des cadres, mes fonctions et le pouvoir que j'avais ont diminué, on est plus loin des décisions on les subit, ça affect mon humeur, car ça me stresse et je viens la mèche plus courte. »

Facteurs de rechute : Routine instable – perturbée

- « C'est certain que comme enseignante j'ai passé l'été en vacances et que le retour au boulot est parfois un peu plus difficile, mais ça ne m'a pas affecté. »
- « Pis j'ai été en voyage pendant mes vacances, je ne me suis pas du tout reposée, je suis revenu fatigué, ça marchait plus. [...] Ça a vraiment déclenché en revenant, en juillet, la première ou deuxième semaine en revenant de vacances. »
- « Pleins de changements avec la grossesse donc c'est sûr que tout est difficile. »
- « Ma plus vieille est entrée en 1ère année, c'est difficile on est dans les devoirs par-dessus la tête, j'ai des difficultés d'organisation je mets mes propres devoirs de côté pour ça, ça me gruge du jus et de l'énergie. »
- « En décembre, janvier, février, j'avais arrêté de travailler, le fait de ne pas avoir de structure de vie a pu enlever ma motivation, je fonctionnais à mon beat. »
- « Mon chum a emménagé avec moi, ça joue sur ma routine et mes émotions, car ma routine est différente, je suis moins indépendante et lui il vit aussi mon nouveau mode de vie chargé, je ne suis pas toujours capable d'offrir du temps de qualité, [...]. »
- « Je reçois, ensuite on est toujours sorti, il y a tout le temps des rencontres de famille, c'est demandant et l'horaire devient toute mêlée. »
- « [Le déclencheur de la déprime a été] la rentrée scolaire et toutes les responsabilités qui y sont associées. S'y préparer, gérer les horaires, la routine à établir et à suivre. [...] »
- « Oui, je n'avais pas de routine, car pas de travail donc ça c'est la mort. »
- « Oui, j'ai une nouvelle routine depuis 3 mois, parce que j'commençais à travailler. Je me réveille plus tôt, mais ça n'a pas perturbé mon humeur. »

Facteurs de protection : Évènements positifs

- « C'est ok depuis que j'ai recommencé à travailler. [...] C'est sûr que le retour au travail c'est une nouvelle routine, je suis plus occupée donc j'ai plus envie de me lever le matin. »
- « C'est la plus jeune, elle est partie. Au niveau du couple ça fait un changement positif, pas de l'euphorie. Un bonheur tranquille. »
- « J'ai appris que j'allais être grand-mère aux fêtes ! »
- « J'étais contente de déménager c'était un bon stress ».

Facteurs de rechute : Suivi psychologique

- « La psychothérapie me fait me poser des questions et ça vient jouer sur mon humeur. J'ai tendance à vouloir agir tout de suite sur les problèmes et la thérapie fait que j'ai la solution, je peux être impulsif parfois. Le fait de parler de mes problèmes est une source de stress par contre. Donc la thérapie peut jouer positivement et négativement sur mon humeur. »

Facteurs de protection : Consultation d'un professionnel de la santé

- « J'ai un bon suivi pour ça avec ma psychologue. »
- « Ça a été difficile, assez pour aller à l'urgence. »
- « [Je fais une] psychothérapie individuelle, des rencontres de 55 minutes. Je parle de comment je me sens, elle me donne des conseils pour adapter mes comportements pour avoir un meilleur équilibre, depuis les 12 dernières semaines. »
- « Avec la psychologue ça m'a beaucoup aidé. »
- « J'ai eu de besoin de pilules. Mon psychiatre m'a prescrit de l'Ativan, pour arrêter de penser, pour aider avec les mauvaises nuits. »
- « Il faut respecter l'avis des professionnels, j'ai confiance en eux qui sont neutres envers moi. »
- « La psychologue m'a donné des trucs comme respirer, me rappeler que ce que j'ai fait dans mon passé. »
- « Appeler ma TS, je suis très à l'aise avec ma TS car elle me donne des trucs et elle est neutre, elle n'est pas impliquée émotionnellement dans ma vie contrairement à mes proches. »
- « [J'ai consulté pour l'épisode dépressif], j'étouffais à mon travail, je pensais mourir, je manquais d'air en entrant et directement je suis allée chez la psychiatre. »

- « La rencontre de groupe a été bonne pour ça : apprendre à être à l'écoute de ses symptômes, tout ça. [...] Pas pour être têteux, mais en autant que tu veuilles embarquer, le groupe aide. Ça prend un bon timing aussi. Pour accepter ce qu'on nous dit, il faut être bien (stable émotionnellement) un peu. C'est vraiment bien fait. »
- « Je vais consulter tout de suite mon médecin ou mon psychiatre. Aller consulter [a été aidant]. Souvent, ça suffit à régler mes symptômes juste d'en parler ça m'aide à savoir si je suis en crise ou pas, ça l'a un effet rassurant. »
- « Avant j'étais contre la pilule, mais là... il faut avoir un bon lien avec le médecin, lui faire confiance qu'il veut notre bien. Quand je rencontre un psychologue ou un intervenant, il faut que je sente qu'elle a confiance en moi. Ça tu ressens ça tout de suite. »
- « Tout dépendant de la gravité, je peux avoir un contact avec les professionnels de l'IUSMQ. Le gros est là à moins que ce soit très léger sinon je sonne l'alarme à l'IUSMQ pour avoir une intervention rapide pour pas que je devienne trop high ou trop down. »

Comportements inadaptés mentionnés comme aidants

- « Je vais me coucher, je vais me retirer. »
- « Une bière de temps en temps pour me détendre, mais pas plus que ça, ça n'influence pas mon humeur. »
- « Il y en a qui dise que l'alcool diminue les effets de la médication, j'en prends et ça n'a pas d'effets sur l'efficacité de mes médicaments, ça va aussi bien. [...] Peut-être un peu parfois. Par exemple, je prends ma médication le soir et l'alcool pourrait me réveiller un peu, être un peu plus excité avant le coucher, mais ce n'est rien de dérangentant qui pourrait perturber mon système ou mon psychologique. »
- « Un verre de Rhum aux trois semaines environ, ça fait effet plus vite. Si je suis down, ça me relaxe et si je suis joyeuse, ça me met plus joyeuse. »
- « Oui, l'été j'ai recommencé à fumer c'est comme un dé-stresseur, j'ai l'impression qu'on a plus de drive, [...]. »
- « La routine n'a pas été utile, on parlait dans le groupe d'avoir une espèce de routine de vie ça n'a pas été utile pour moi d'avoir des heures de coucher constant, ça me déprime plus que ça me fait du bien. »
- « Je prenais une grosse bière puis ça partait. Ça anesthésiait. Après 4-5 jours de déprime ça m'aide de prendre une bonne bière. C'est pas une stratégie qui est intéressante à long terme, par contre. Il faudrait que j'arrête ça. Sinon, la période dépressive elle passe et ça

va mieux. Il y a quelque chose qui va repiquer mon intérêt. J'attends et je la [la déprime] laisse passer. Donc, l'attente [a été utile]. »