



L'ADHÉSION AU TRAITEMENT CHEZ LES PERSONNES ATTEINTES DE TROUBLES BIPOLAIRES

RAQUEL FERNANDES PEREIRA

Etudiante Bachelor – Filière Soins infirmiers

OLIVIER ROSSELET

Etudiant Bachelor – Filière Soins infirmiers

Directeur de travail : JEAN-PIERRE MICHAUD

**TRAVAIL DE BACHELOR DÉPOSÉ ET SOUTENU A LAUSANNE EN 2016 EN VUE DE
L'OBTENTION D'UN BACHELOR OF SCIENCE HES-SO EN SOINS INFIRMIERS**

**Haute Ecole de Santé Vaud
Filière Soins infirmiers**

RÉSUMÉ

Introduction : 2% de la population mondiale est atteinte de troubles bipolaires, maladie chronique considérée comme une des affections psychiques les plus complexes, engendrant le plus de coûts et de déficits. Les troubles bipolaires génèrent des impacts considérables sur le plan social et le risque de mauvaise adhésion médicamenteuse est élevé. Entre 18 et 54% des patients arrêtent leur traitement, lequel a pour but de maintenir une euthymie afin de prévenir les rechutes et les hospitalisations fréquentes. Pour les personnes atteintes de la maladie, le besoin permanent de médication et ses effets secondaires sont les principales causes de mauvaise adhésion.

Objectif : Le but de ce travail est d'identifier les interventions infirmières psychosociales qui influencent l'adhésion thérapeutique des adultes atteints de troubles bipolaires en phase euthymique, lors d'un suivi ambulatoire.

Méthode : La recherche sur les bases de données CINAHL et Pubmed, ainsi que le cross-referencing, ont abouti à la sélection de sept articles qui sont synthétisés en se basant sur la théorie de Pender.

Résultats : Les résultats de six articles montrent l'impact positif des interventions psychosociales, telles que la psychoéducation, l'entretien motivationnel, le soutien par les pairs ou la thérapie personnalisée, sur l'amélioration de l'adhésion. Les résultats d'un article ne révèlent pas d'amélioration significative.

Conclusion : La pratique infirmière devrait intégrer ces interventions psychosociales dans un but d'amélioration de l'adhésion thérapeutique. Cependant, l'effet de celles-ci sur le long terme mériterait davantage de recherches supplémentaires.

Mots clé : troubles bipolaires - euthymie - adhésion médicamenteuse - interventions psychosociales - éducation thérapeutique - soins infirmiers.

AVERTISSEMENT

Les prises de position, la rédaction et les conclusions de ce travail n'engagent que la responsabilité de ses auteurs et en aucun cas celle de la Haute École de Santé Vaud, du Jury ou du Directeur du Travail de Bachelor.

Nous attestons avoir réalisé seuls le présent travail, sans avoir utilisé d'autres sources que celles indiquées dans la liste de références.

Lausanne, le 15 juillet 2016

Raquel Fernandes Pereira & Olivier Rosselet

REMERCIEMENTS

Par le présent mot, nous tenons à remercier les personnes qui ont contribué à la réalisation de ce travail et qui ont soutenu directement ou indirectement à son accomplissement.

Nos remerciements s'adressent spécialement à notre directeur de mémoire, M. Michaud, pour le temps consacré, les apprentissages apportés et la qualité de l'accompagnement pendant ces deux années scolaires. Ensuite, nous aimerions remercier l'ensemble de l'équipe enseignante de HESAV pour l'acquisition des compétences nécessaires à l'élaboration de ce travail, ainsi que les bibliothécaires pour l'aide précieuse qu'elles nous ont apportée.

Nous remercions également nos proches et nos camarades de classe pour leur soutien, leurs encouragements et leurs conseils tout au long de l'élaboration de ce travail.

TABLE DE MATIÈRES

1. INTRODUCTION	1
2. PROBLÉMATIQUE	2
2.1. CONCEPTS	2
2.1.1. TROUBLES BIPOLAIRES	2
2.1.2. TRAITEMENT DES TROUBLES BIPOLAIRES	4
2.1.3. CHRONICITÉ	5
2.1.4. ADHÉSION THÉRAPEUTIQUE	5
2.1.5. ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE	7
2.2. CADRE THÉORIQUE	8
3. STRATÉGIES DE RECHERCHE DOCUMENTAIRE	10
3.1. DESCRIPTEURS	10
3.2. RECHERCHE SUR LES BASES DE DONNÉES	10
3.3. CRITÈRES D'INCLUSION ET D'EXCLUSION	11
4. RÉSULTATS	12
4.1. PRÉSENTATION DES RÉSULTATS	12
4.2. SYNTHÈSE DES RÉSULTATS	27
4.2.1. COMPORTEMENTS SPÉCIFIQUES, COGNITION ET SENTIMENTS	27
4.2.2. RÉSULTAT DU COMPORTEMENT	30
5. DISCUSSION	32
6. CONCLUSION	36
LISTE DES RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	37

1. INTRODUCTION

Dans le cadre du module Bachelor Thesis de troisième année, différents concepts de la démarche de recherche scientifique sont introduits. La recherche est un domaine des Soins Infirmiers qui permet la mise en place des bonnes pratiques, fondées sur des preuves. Des études sont faites afin de prendre en charge au mieux les patients et de découvrir des méthodes de soins optimales. L'argumentation des soins, l'amélioration de la pratique et le positionnement professionnel représentent des compétences fondamentales à la profession infirmière. Ainsi, grâce à l'analyse d'articles scientifiques, des mises à jour sont possibles, offrant un support basé sur des données probantes. Cela amène la notion d'EBN, Evidence Based Nursing, qui est en voie de développement au sein des services.

Ce travail est donc fondé sur des analyses d'articles au sujet de la maladie bipolaire chez une population adulte. Le point central de cette recherche se base sur les interventions psychosociales à mettre en place entre deux épisodes de crise afin d'améliorer l'adhésion thérapeutique chez les patients. Ce sujet attire particulièrement l'intérêt des professionnels de la santé dû au nombre élevé de personnes souffrant de ce trouble et à leur faible adhésion médicamenteuse et non médicamenteuse. Le risque de récurrence d'une crise lorsque la personne est mal adhérente à la thérapie est accru, ce qui augmente le nombre d'hospitalisations. Les coûts de la santé sont par conséquent augmentés, ainsi que le sentiment de détresse de la personne elle-même et de ses proches.

Suite à de nombreuses recherches, plusieurs questionnements émergent autour des interventions psychosociales auprès des personnes souffrant de trouble bipolaire, influençant leur adhésion médicamenteuse. Pour débiter ce travail de mémoire, les concepts touchés par ce thème seront définis et reliés entre eux pour aboutir à une question de recherche. Ensuite, la méthodologie concernant la sélection des articles scientifiques sera décrite et les recherches retenues sur les différentes bases de données seront analysées afin de sélectionner les éléments principaux. Les résultats seront présentés de façon plus détaillée dans le but de cibler et de pondérer des interventions efficaces pour l'adhésion au traitement des personnes ayant des troubles bipolaires. Ainsi, une comparaison des résultats sera effectuée, tout en intégrant le cadre théorique sélectionné. Enfin, le processus de cette recherche sera analysé de façon critique et des recommandations pour la pratique et pour les futures recherches seront exposées. Pour terminer, la conclusion fera la synthèse de ce dossier et portera une réflexion sur l'exploitation de ce sujet dans l'avenir.

2. PROBLÉMATIQUE

2.1. Concepts

2.1.1. Troubles bipolaires

Selon Bürli, Amstad, Schmucki et Schibli (2015), plus d'un quart de la population européenne (27 %) souffre d'une maladie psychique. Celle-ci englobe plusieurs pathologies: les troubles mentaux organiques, comme les démences, les troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives, la schizophrénie, les troubles de l'humeur, entre autres (Towsend, 2010). D'après l'Office fédéral de la statistique (OFS, 2014), la psychiatrie est le troisième domaine qui comporte le plus d'hospitalisations, après la chirurgie et la médecine. De plus, ce secteur représente celui où la durée d'hospitalisation est la plus longue. En effet, la moyenne d'hospitalisation en cliniques psychiatriques en 2013 était de 37 jours.

D'après Guelfi et Daria (2015), le trouble bipolaire est l'une des maladies psychiques les plus complexes et touche environ 2% de la population mondiale. Par contre, ce chiffre peut s'élever jusqu'à 6% en prenant en compte les personnes présentant des manifestations moins graves de la maladie. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) (2001, cité dans Guelfi & Caria, 2015) décrit ce trouble comme une des pathologies qui engendrent le plus de coûts et de déficits.

Selon McKenzie et Chang (2015), le trouble bipolaire est une maladie mentale avec des fluctuations de l'humeur, allant de la dépression à la manie. La plupart des personnes atteintes de ce trouble souffrent d'incapacités importantes causées par des symptômes sévères, pouvant aller jusqu'à la psychose. Les conséquences sont nombreuses, au niveau familial, professionnel, personnel et social. Selon l'American Psychiatric Association (APA, 2013), les personnes atteintes de ce trouble vivent également des épisodes euthymiques où leur humeur est stable et les symptômes sont minimes. [traduction libre] (p. 127). Il est important de préciser qu'une période où aucun symptôme n'est présent est une utopie selon Bourgeois, Gay, Henry et Masson (2014). Des déséquilibres physiologiques peuvent influencer négativement le fonctionnement global - perturbation de la réactivité émotionnelle, du sommeil ou des déficits cognitifs - même dans ces périodes d'euthymie.

Selon Hasler et al. (2011), les troubles bipolaires équivalent à une maladie psychique grave, chronique, ayant besoin d'un traitement à long terme afin de réduire des conséquences handicapantes pour la personne, influant ainsi sa qualité de vie. Ce concept est influencé par divers facteurs, comme la perception de l'adéquation entre ses valeurs et celles de la société et de la culture, l'état psychologique et physique ou les relations sociales (Bourgeois et al., 2014; Lahera et al., 2012). Ainsi, la qualité de vie d'une personne souffrant de troubles bipolaires est diminuée par sa dépendance médicamenteuse, la

difficulté d'interactions sociales et de gestion de sa vie quotidienne, mais aussi par sa maladie psychiatrique et les conséquences physiques de ses traitements.

APA (2013) divise la maladie bipolaire en trouble bipolaire de type I, de type II, en trouble cyclothymique ou trouble bipolaire relatif à une substance. Le trouble bipolaire de type I ne peut être envisagé que lorsqu'il y a la présence d'un épisode maniaque, ayant été précédé soit par un épisode hypomaniaque soit par un épisode dépressif. Lors d'un épisode maniaque, différents symptômes peuvent être présents: augmentation de l'estime de soi, diminution du besoin de sommeil, logorrhée, fuite des idées, distraction accrue, augmentation des activités "directives", comme le travail, les activités sociales ainsi que des activités ayant potentiellement des conséquences néfastes, augmentation des activités "non-directives", comme l'agitation psychomotrice. La perturbation de l'humeur est suffisamment sévère pour nécessiter une hospitalisation afin de protéger la personne contre elle-même, ainsi que les autres. Cette altération thymique peut également causer l'apparition de symptômes psychotiques. Les personnes vivant cet épisode ne se rendent généralement pas compte qu'elles sont malades. L'épisode hypomaniaque diffère de l'épisode maniaque car sa symptomatologie n'est pas assez sévère pour causer ces changements sociaux et occupationnels ou pour nécessiter une hospitalisation. [traduction libre] (pp. 123-129)

Le diagnostic de trouble bipolaire de type II est posé lorsqu'il y a une alternance entre des épisodes hypomaniaques et des épisodes de dépression majeure. La dépression majeure se manifeste par une humeur déprimée presque constante, une diminution marquée de l'estime de soi, une anhédonie, une aboulie, de l'insomnie, une perte d'énergie, une perte d'appétit, une diminution de la concentration, des sentiments de culpabilité voire des pensées de mort. Ces symptômes engendrent une détérioration sociale importante, tout comme dans l'épisode maniaque. Ces derniers peuvent avoir d'importantes conséquences comme la perte de son emploi ou un sentiment de solitude. [traduction libre] (p. 132)

Le trouble cyclothymique se différencie par l'alternance rapide entre des épisodes de symptômes hypomaniaques et de symptômes dépressifs majeurs. La consommation de psychotropes augmente la probabilité de développer un des types de trouble bipolaire. Ce risque est situé entre 15% et 50%. [traduction libre] (p. 140)

Il existe des facteurs de risque liés aux troubles bipolaires, notamment d'ordre environnemental, génétique, physiologique et culturel. Les débuts peuvent se manifester dès la fin de l'adolescence, souvent à la suite d'un événement stressant comme le divorce des parents, ou le décès d'un proche. Ces personnes sont plus susceptibles de présenter des comorbidités psychiatriques, comme les troubles paniques qui sont la principale pathologie accompagnant le trouble bipolaire, avec trois quarts des personnes qui en souffrent. Les femmes sont davantage susceptibles de traverser des épisodes dépressifs.

Les personnes suicidantes atteintes de ce trouble représentent environ 15% de la totalité des suicides. [traduction libre] (p. 130)

2.1.2. Traitement des troubles bipolaires

Selon Vargas-Huicochea, Huicochea, Berlanga et Fresan (2014), le traitement des troubles bipolaires doit se faire en fonction du patient et de sa qualité de vie. Pour davantage d'efficacité, il faudrait une complémentarité d'interventions, en incluant la pharmacologie, ainsi que des approches psychosociales. Cela dit, plusieurs traitements devraient être exposés au patient afin qu'il puisse exercer son droit d'auto-détermination.

Le traitement pharmacologique de prédilection pour la maladie bipolaire est le lithium qui est un stabilisateur de l'humeur. Il est utilisé pendant la phase euthymique du trouble et lors de la phase maniaque, pendant laquelle ses doses sont plus élevées. Bourgeois et al. (2014) relèvent ses multiples effets secondaires: tremblements, nausées, polyurie, polydipsie, acné. De plus, la marge thérapeutique très étroite demande des contrôles sanguins réguliers, ce qui est une contrainte supplémentaire. Les classes de neuroleptiques atypiques, ayant comme effet secondaire le syndrome extrapyramidal, sont utilisés lors d'épisode psychotique. En contrepartie, lors d'épisode dépressif, le patient peut se voir prescrire des tricycliques, des inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine ou encore des inhibiteurs de la monoamine oxydase (Townsend, 2010). Ces traitements médicamenteux ont également des effets indésirables, tels que la dépendance, la prise pondérale, des altérations des capacités cognitives, de l'anxiété, de l'insomnie ou de l'impuissance (Leclerc, Mansur et Brietzke, 2013). La totalité de ces effets a un impact sur le fonctionnement de la personne et sur son taux d'adhésion médicamenteuse.

Toutefois, d'après Vargas-Huicochea et al. (2014), la psychopharmacologie n'est pas le seul traitement du trouble bipolaire. Les personnes atteintes ont tendance à chercher des issues complémentaires aux médicaments afin d'atteindre une stabilité de la maladie. Selon Carbou, Gueudry, Legendre, Le Villain et Niel (2005), une prise en charge psychosociale en interdisciplinarité est essentielle pour que le patient reçoive du soutien dans la gestion de sa maladie et de ses symptômes. Les approches proposées sont notamment la psychanalyse, la psychothérapie d'inspiration analytique, la thérapie à médiation corporelle, l'art thérapie, la thérapie de soutien, la thérapie cognitivo-comportementale, la thérapie familiale, l'analyse transactionnelle ou l'hypnose.

D'après Depp, Moore, Patterson, Lebowitz et Jeste (2008), le travail sur les attitudes et les croyances face au traitement entrepris dans la thérapie cognitivo-comportementale réduirait le risque d'épisodes maniaques ou hypomaniaques en réduisant les comportements impulsifs. Cette approche favoriserait donc l'adhésion thérapeutique. La thérapie interpersonnelle et du rythme social consiste à améliorer la structure des activités de la vie quotidienne, y compris la prise régulière du traitement médicamenteux.

La psychoéducation permet notamment au patient d'identifier les symptômes précoces d'un nouvel épisode de rechute et de prendre conscience de l'importance d'une prise régulière du traitement. Selon Hasler et al. (2011), les différentes approches psychosociales jouent un rôle primordial dans la qualité de vie du patient et doivent être combinées à un traitement médicamenteux. Cependant, les résultats actuels de la recherche sur les traitements psychosociaux de cette maladie ne sont pas clairs. En effet, il n'existe pas de preuves qui démontrent à quel moment agir et les modalités d'intervention à privilégier.

2.1.3. Chronicité

Malgré plusieurs traitements à disposition, les impacts de cette maladie sur la vie quotidienne de la personne sont importants. Le trouble bipolaire est considéré comme une maladie psychiatrique chronique (Journées nationales de psychothérapie institutionnelle, Delion, & Association culturelle en santé mentale, 2004).

Selon l'OMS (2008), les maladies chroniques sont des affections évoluant lentement, avec une prise en charge sur le long terme. Elles sont responsables de 63% des décès, étant la première cause de mortalité dans le monde. Frydman (2013) définit la chronicité en santé mentale comme :

le caractère d'une maladie mentale qui évolue longtemps, voire toute la vie, avec ou sans phases aiguës ou remissions, entraînant à la longue une altération plus ou moins accentuée des fonctions psychiques. La chronicité est aujourd'hui considérée comme l'une des caractéristiques de la pathologie mentale: la maladie dure longtemps, les troubles sont récurrents. (p. 1)

2.1.4. Adhésion thérapeutique

Selon Corruble et Hardy (2003), l'adhésion thérapeutique se définit par un comportement du patient qui respecte de manière persistante les recommandations des professionnels de santé concernant le traitement au sens large. Celui-ci comprend l'approche médicamenteuse, la psychothérapie, des règles d'hygiène de vie, des examens complémentaires à réaliser et/ou une présence à des rendez-vous fixés par les différents professionnels de la santé concernés. Cependant, la majorité des études réalisées sur l'adhésion concerne les médicaments (Corruble & Hardy, 2003). Il est important de distinguer l'adhésion de la compliance qui désigne, selon Lamouroux, Magnan et Vervloet (2005), le respect du patient au programme thérapeutique, sans prendre en compte le degré réel d'adhésion de celui-ci. D'après Sabate (2003, cité dans Schneider, Herzig, Hampai, & Bugnon, 2013), les taux d'adhésion lors de conditions chroniques sont estimés à seulement 50% et ces chiffres tendent à augmenter, de même que la prévalence de maladies chroniques dans le monde. Selon Narasimhan, Hardeman et Johnson (2011), lors de troubles psychiques, la mauvaise adhésion au traitement est un des problèmes le plus fréquemment rencontré.

Selon la théorie sociocognitive de Munro, Lewin, Swart et Volmink (2007, cité dans Schneider, Herzig, Hampai, & Bugnon, 2013), l'adhésion thérapeutique est influencée par divers facteurs, tels que le sentiment d'efficacité personnelle du patient, sa connaissance de la maladie et des risques et son rapport au traitement, notamment les bénéfices et les barrières perçus. D'après Leclerc et al. (2013), il y a aussi des facteurs de risque personnels identifiables de non-adhésion dans la maladie psychiatrique comme le jeune âge (entre 18 et 30 ans), les croyances, la consommation de substances, les éventuelles comorbidités, le niveau scolaire bas ou encore les antécédents familiaux. Vièta (2005, cité dans McKenzie & Chang, 2015) rajoute le déni de la maladie et l'aspect de chronicité comme deux barrières principales à l'adhésion thérapeutique. D'après l'étude de Vargas-Huicochea et al. (2014), le genre, l'ethnicité et les facteurs psychosociaux y contribuent également. De plus, une personne ayant un revenu bas aura plus de mal à participer à certains frais liés au traitement (Leclerc et al., 2013). Selon Narasimhan et al. (2011), les tentatives de suicide précédentes, le célibat, la stigmatisation et la relation thérapeutique sont également considérés comme des facteurs de risque d'une mauvaise adhésion au traitement des troubles bipolaires.

Khazaal, Preisig et Zullino (2006) rapportent que, à un moment du suivi, entre 18 et 54% des patients atteints de trouble bipolaire arrêtent leur traitement médicamenteux prophylactique. Peu après l'instauration du traitement, le risque de non-adhésion est d'autant plus important. En effet, environ 40% des patients arrêtent leur traitement dans les six mois qui suivent l'introduction. La nature de l'adhésion thérapeutique fait référence au degré de perception du trouble, qui est lui-même corrélé à la perception des symptômes associés. Sajatovic et al. (2009, cité dans McKenzie & Chang, 2015) rajoutent d'autres facteurs: la réponse insuffisante de la médication ou en désaccord avec les attentes des patients et la perception importante des effets indésirables des psychotropes.

Ce qui inquiète les patients le plus souvent est la peur de retomber dans les phases aiguës, ainsi que l'aspect chronique et déficitaire du trouble bipolaire. Vargas-Huicochea et al. (2014) décrivent les trois aspects les plus troublants pour les personnes atteintes de la maladie, suite à l'annonce du diagnostic. Ceux-ci comportent le besoin permanent d'une médication, la sensation de ne plus avoir le contrôle et l'acceptation de la maladie. McKenzie et Chang (2015) rajoutent que les comorbidités survenant en parallèle au trouble vont augmenter le besoin de médication et, ainsi, le risque d'abandon ou de mauvaise prise médicamenteuse. Conséquemment, le risque de rechute augmente. Selon Vargas-Huicochea et al. (2014), il est difficile pour les patients de choisir entre la crainte de dépendance et la recherche de stabilité par la médication. Par ailleurs, les patients croient à des traitements alternatifs et à d'autres méthodes pour arriver à l'euthymie.

D'après McCann, Boardman et Clark (2008, cité dans Laakso, 2012), les problèmes d'adhésion thérapeutique ont un impact significatif sur les patients en menaçant leur santé et leur bien-être, mais également sur la société en général en augmentant grandement les coûts inhérents aux rechutes. Il s'agit

notamment du domaine professionnel, où des mesures doivent être prises afin de compenser l'absence de la personne, ou encore des coûts liés aux hospitalisations fréquentes ainsi qu'aux divers traitements mis en place.

La mauvaise adhésion thérapeutique est le principal obstacle du trouble bipolaire. Des interventions pour diminuer la stigmatisation autour du trouble et du traitement, pour aider à comprendre la pathologie et pour augmenter les taux d'adhésion thérapeutique sont fondamentales et devraient être plus ciblées chez ces patients. Souvent, les familles font partie de cette prise en charge car elles jouent un rôle sur le maintien du traitement et font partie du système de la personne malade (Vargas-Huicochea et al., 2014).

2.1.5. Éducation thérapeutique

Selon l'étude de McKenzie et Chang (2015), les personnes atteintes de trouble bipolaire ont un accès à l'information insuffisant de la part du personnel soignant. Elles effectuent alors leurs recherches personnelles dans des livres, sur les sites Internet ou même dans des brochures pour connaître davantage leur maladie. Ceci démontre le besoin d'information éclairée à fournir aux patients et à leurs familles afin d'éviter les fausses croyances ou l'acquisition de mauvaises informations.

Cette tâche fait partie du rôle du soignant, qui cherche une alliance thérapeutique tout au long du suivi de la maladie. Selon Carbou et al. (2005), le rôle autonome de l'infirmier en psychiatrie consiste dans l'accompagnement de la chronicité dans le vécu quotidien de la maladie et de ses symptômes. Ce soutien et l'aide à la compréhension de la pathologie joignent le principe d'éducation thérapeutique, spécifique à la profession infirmière. En effet, cette intervention est primordiale, de nos jours, vu la diminution du temps d'hospitalisation et l'augmentation de la responsabilité du patient. D'après Uchino (2006), le rôle des pairs est également essentiel car le soutien social a été relié à une diminution de la mortalité et de la morbidité dans les maladies chroniques. L'accompagnement des proches ou des personnes ayant vécu les mêmes situations permet aux patients de partager leurs doutes et leurs difficultés, ainsi que de se sentir soutenus et compris. De plus, ces mécanismes augmentent la compréhension du trouble et aident à mieux surpasser la maladie.

Selon l'OMS (1998, cité dans J.-P. Michaud, communication personnelle [Présentation PowerPoint], 21 avril 2015), l'éducation thérapeutique comprend "l'organisation d'activités de sensibilisation, d'information, d'apprentissage de l'auto-gestion et de soutien psychologique concernant la maladie, le traitement prescrit, les soins et leur planification et les comportements de santé et de maladie". Le rôle de promoteur de la santé, selon M.-C. Follonier (communication personnelle [Syllabus], 28 octobre 2013), intègre clairement ce concept, à travers l'engagement ayant pour but la santé et la qualité de vie, tout en tenant compte des préférences et des valeurs des patients et de leur entourage. En mettant à disposition des outils propres au patient et à ses proches, l'infirmier(-ère) les incite à une prise en charge optimale afin d'atteindre la meilleure qualité de vie possible.

Pour les soignants, un des problèmes les plus courants est le manque d'interventions pour améliorer cette adhésion médicamenteuse chez les patients avec des troubles bipolaires. Afin de répondre à ce besoin, des théories et des interventions psychosociales doivent être mises en pratique plus fréquemment par le personnel soignant (McKenzie & Chang, 2015). Cette demande a conduit à la question de recherche suivante:

Quelles interventions infirmières psychosociales influencent l'adhésion thérapeutique des adultes atteints de troubles bipolaires en phase euthymique, lors d'un suivi ambulatoire?

2.2. Cadre théorique

Le modèle théorique de Nola J. Pender, intitulé *Health Promotion Model*, reprend plusieurs des concepts exposés dans la problématique et permet l'intégration d'éléments de réponse à la question de recherche. En effet, selon Pender, Murdaugh et Parsons (2011), le modèle fait partie du domaine de promotion et de prévention de la santé. L'OMS (2013) définit la promotion comme la capacité à "accroître le contrôle de la santé afin d'améliorer celle-ci et de pouvoir atteindre un bien-être physique, psychique et social". Ce concept de bien-être, d'après Pender et al. (2011), est un facteur essentiel pour l'engagement et la motivation de la personne à avoir des comportements de santé. A ce niveau-là, le professionnel de la santé joue un rôle important en travaillant sur la collaboration et l'auto-soin.

Pender et al. (2011) développent les quatre métaparadigmes infirmiers dans leur modèle: personne, environnement, soin et santé. Une personne est en constante interaction avec son environnement et son entourage et a des comportements qui influencent, positive ou négativement, son état de santé. Cet environnement est "décrit comme le contexte social, culturel et physique dans lequel se déroule la vie" (S. Soares Sobral, communication personnelle [Présentation PowerPoint], 21 avril 2015). En ce qui touche le soin, le rôle de promoteur de la santé est mis en évidence, visant l'amélioration de la qualité de vie des personnes soignées. La relation thérapeutique entre le soignant et le patient et ses proches, ainsi que l'éducation thérapeutique réalisées sont des clés centrales dans la prise en soin des patients atteints de troubles bipolaires. Pour terminer, la santé est définie comme "l'actualisation du potentiel humain orientée vers les comportements, les auto-soins et les relations avec les autres avec des ajustements qui pourraient être nécessaires pour maintenir un environnement qui soit adéquat" (S. Soares Sobral, communication personnelle [Présentation PowerPoint], 21 avril 2015).

Or, d'après Pender et al. (2011), deux facteurs peuvent influencer une personne à adopter un comportement de santé favorable. Premièrement, "la personne doit se percevoir comme menacée dans sa santé personnelle, vulnérable et exposée aux problèmes de santé" (S. Soares Sobral, communication personnelle [Présentation PowerPoint], 21 avril 2015). Ensuite, "la personne doit avoir la conviction que les avantages associés à un comportement de santé l'emportent sur les obstacles qui seront

rencontrés et ainsi elle pourra réduire la menace perçue” (S. Soares Sobral, communication personnelle [Présentation PowerPoint], 21 avril 2015). Ainsi, les personnes atteintes de troubles bipolaires ont plus de risque de ne pas adopter des comportements de santé, étant donné les effets secondaires des traitements et le risque perçu de dépendance, le besoin de contrôle et les phases stables de la maladie.

Pender développe dans son modèle trois concepts principaux qui regroupent ces facteurs et ces métaparadigmes, ainsi que les quatorze postulats sur lesquels s’appuie la théorie. Le premier concept fait référence aux caractéristiques et les expériences individuelles. Comme cité plus haut dans la problématique, le jeune âge, les comorbidités, la non-acceptation de la maladie, le niveau scolaire faible, le revenu (Leclerc et al., 2013) et l’aspect chronique (McKenzie & Chang, 2015) peuvent jouer un rôle sur l’adhésion au traitement. Le deuxième concept affirme que les comportements spécifiques, la cognition et les sentiments du patient ont un impact sur la santé. Celui-ci englobe la perception des bénéfices de l’action, la perception des obstacles à l’action, la perception d’efficacité personnelle, les affects/ sentiments liés à l’action, les influences interpersonnelles et les influences situationnelles. Comme décrit auparavant, l’environnement de la personne, l’entourage, les émotions et les perceptions sont décisives pour sa prise en soins. Finalement, le troisième concept du modèle de Pender, les résultats, comporte les exigences immédiates et préférentielles, l’engagement dans un plan d’action et les comportements favorables à la santé. Ces trois concepts sont interdépendants et reliés entre eux.

En conclusion, le modèle de Pender soutient l’hypothèse que les interventions psychosociales pourraient avoir un effet positif auprès d’une population atteinte de troubles bipolaires. Pender et al. (2011) présentent diverses méthodes d’accompagnement au changement de comportement d’un individu ou d’une communauté. Ces dernières consistent, entre autres, à favoriser la prise de conscience du comportement à changer, la promotion de l’efficacité personnelle et la diminution des barrières au changement. [traduction libre] (p.53).

3. STRATÉGIES DE RECHERCHE DOCUMENTAIRE

Premièrement, une identification des mots-clés en français a été nécessaire (cf. tableau ci-dessous). Par la suite, ces mots ont été traduits en descripteurs spécifiques dans les bases de données CINAHL et Pubmed afin de trouver des résultats de recherche pertinents.

3.1. Descripteurs

Thématique	Mots-clés en français	Mots-clés en anglais	Descripteurs CINAHL	Descripteurs Pubmed
Rôle infirmier	Interventions infirmières Rôle infirmier Alliance thérapeutique Éducation thérapeutique	Nursing interventions Coping Patient care Psychotherapy Relapse prevention Therapeutic education	(MM "Nursing Interventions") (MH "Nursing Care+") (MH "Patient Care+") (MH "Psychotherapy+") (MM "Psychoeducation")	"Patient-Centered Care" [Mesh] "Recreation Therapy" [Mesh] "Recurrence" [Mesh] "Psychiatric Nursing" [Mesh]
Troubles bipolaires	Troubles bipolaires	Bipolar Disorder	(MH "Bipolar Disorder+")	"Bipolar Disorder" [Mesh]
Adhésion au traitement	Adhésion thérapeutique Compliance au traitement	Therapeutic compliance Patient compliance Health behaviour Patient participation Recovery	(MH "Patient Compliance+") (MM "Recovery") (MH "Patient Education+") (MH "Rehabilitation, Psychosocial+")	"Patient Compliance" [Mesh]

3.2. Recherche sur les bases de données

Une fois ces derniers évalués quantitativement et qualitativement, des ajustements ont été faits pour affiner la recherche documentaire. Finalement, les critères d'exclusion ont été rajoutés à l'aide de l'option "NOT". Ainsi, le processus de recherche d'articles est abouti et, ensuite, ciblé grâce aux filtres de recherche, comme l'année de parution et la langue.

- CINHAL : ((MH "Patient Compliance+") OR (MM "Recovery") OR (MH "Patient Education+") OR (MH "Rehabilitation, Psychosocial+")) AND ((MH "Bipolar Disorder+") OR (MM "Mental Disorders, Chronic")) AND ((MM "Nursing Interventions") OR (MH "Psychotherapy+") OR (MM "Psychoeducation") OR (MH "Nursing Care+") OR (MH "Patient Care+")) NOT (children) NOT (adolescent) NOT (schizophrenia). 151 résultats obtenus : 20 articles sélectionnés.
- PubMed : (((("Patient-Centered Care"[Mesh]) OR "Recreation Therapy"[Mesh]) OR "Recurrence"[Mesh] OR "Psychiatric Nursing"[Mesh])) AND "Bipolar Disorder"[Mesh]) AND "Patient Compliance"[Mesh]). 22 résultats, parmi lesquels cinq études retenues.
- PsychInfo : (psychoeducation or psychotherapy or nursing) and bipolar disorder and patient compliance. Aucun article pertinent.

Suite à ces recherches, peu d'articles ont paru pertinents car ils ne répondaient pas à la question de recherche. Ainsi, les équations ont été modifiées, comme suit:

- PubMed : ("Bipolar Disorder"[Mesh] OR "bipolar disorder") AND ("Patient Compliance"[Mesh] OR adherence OR "health behavior" OR "health behaviour") AND nurs*. 49 résultats, parmi lesquels cinq articles sélectionnés.
- Embase : ('bipolar disorder'/exp OR 'bipolar disorder') AND nurs* AND ('patient adherence'/exp OR 'patient adherence'). 50 résultats obtenus : aucun article retenu.
- CINHAL : ("Bipolar Disorder"[Mesh] OR "bipolar disorder") AND (MM "Interpersonal Relations+") AND (MM "Adult+"). 56 résultats obtenus : un article sélectionné.
- Cross-referencing : un article sélectionné dans les références bibliographiques d'un article retenu.

3.3. Critères d'inclusion et d'exclusion

Les critères d'inclusion et d'exclusion ont été choisis dans le but d'orienter la recherche sur les bases de données vers une réponse précise à la question de recherche.

Critères d'inclusion	Critères d'exclusion
<ul style="list-style-type: none"> • parution en français, anglais, portugais et/ou espagnol • comportant une population d'adulte • personnes atteintes de troubles bipolaires ayant des critères de non-adhésion • en période euthymique et en ambulatoire 	<ul style="list-style-type: none"> • parution avant 2005¹ • population en dessous de 18 ans • période de crise de la maladie, hospitalisation

¹ L'année de parution des articles est un moyen d'exclusion car ce travail se base sur l'état des connaissances actuelles. De plus, le terme bipolaire est récent pour classer ce trouble, ainsi que les données scientifiques sur les interventions réalisées auprès de cette population. La prise en soins des maladies psychiques a évolué de façon importante au fil du temps.

4. RÉSULTATS

Dans ce chapitre, une analyse critique de chaque étude sera rédigée, à partir des articles trouvés sur les bases de données. Chaque analyse sera donc présentée par un tableau récapitulatif et un texte narratif descriptif afin de favoriser la lecture. Ensuite, la comparaison et la synthèse des résultats des articles sera structurée selon le deuxième et le troisième concept du *Health Promotion Model* (Pender et al., 2011). Ceci permettra de relever les éléments essentiels concernant l'adhésion thérapeutique qui permettront de répondre à la question de recherche exposée dans la problématique.

4.1. Présentation des résultats

Mechanisms underpinning effective peer support : a qualitative analysis of interactions between expert peers and patients newly diagnosed with bipolar disorder (Proudfoot et al., 2012)

But de l'étude	Participants	Collecte de données	Interventions	Résultats
Identifier quatre mécanismes mis en évidence lors d'un soutien par les pairs	Patients atteints de troubles bipolaires (n=134) suivis en ambulatoire Soutien par des pairs (n=4)	Analyse des mails échangés entre les participants et les pairs Entretiens individuels avec trois pairs	Programme d'éducation bipolaire en ligne et soutien des pairs par mail	Effets positifs significatifs au niveau personnel, relationnel et sur l'adhésion au traitement

Cette étude qualitative phénoménologique, réalisée en Australie, identifie quatre mécanismes (soutien social, comparaison sociale, savoir empirique et effets bénéfiques pour les pairs) mis en évidence lors d'interactions entre des personnes souffrant de troubles bipolaires et des pairs. Elle constitue un volet qualitatif à une étude contrôlée randomisée effectuée en 2012. Il s'agit, à la connaissance des auteurs, de la première étude de ce type dans le domaine. Les participants sont attribués à une des trois conditions: programme d'éducation bipolaire en ligne; programme en ligne et soutien par mail des pairs (n=44); condition de contrôle consistant en mails hebdomadaires avec des liens pour de l'information simple sur la pathologie. L'intervention a une durée de huit semaines. Tous les mails envoyés par les pairs sont mis en copie pour l'équipe de recherche pour vérification et assurance de la qualité.

Les pairs inclus dans l'intervention reçoivent une formation pour l'accompagnement des participants et ont une limite d'échanges de deux mails par semaine de 300 mots chacun. Ils ont également une rémunération par leur collaboration. Les mails envoyés sont analysés jusqu'à la saturation des données, de façon à identifier et catégoriser séparément les quatre mécanismes à l'étude. Afin de compléter et

d'évaluer l'intervention, des entretiens individuels sont réalisés avec les patients experts et, ensuite, retranscrits et renvoyés pour être validés ou modifiés. Ceux-ci sont élaborés à partir d'une échelle d'entretien semi-structurée avec quinze questions spécifiques. Une étudiante en médecine mène ces entretiens, en étant supervisée par un médecin, ce qui favorise l'objectivité des données. Aucun logiciel spécialisé n'a été utilisé pour l'assemblage et le codage des données mais un accord sur 97/104 segments de texte est trouvé par les auteurs. Les divergences sont résolues par la discussion entre les évaluateurs.

Dans l'étude qualitative, le nombre de mails envoyés par l'échantillon (75 % de femmes) varie d'un à quinze : 4,6 % un seul mail et 95,5% deux ou plus. Sur les 104 exemples de texte codé, 48,1% sont classées comme des conseils fondés sur le savoir profane, 30,8% comme soutien social, 6,7% comme comparaison sociale et 14,4 % en tant que bénéfice du rôle de pair. Les résultats sont classés selon les quatre mécanismes.

La plupart des patients aimeraient donner un sens à leur maladie et expriment un besoin de stratégies pratiques pour les aider à faire face aux symptômes et aux effets secondaires des médicaments. Les conseils fondés sur des connaissances empiriques apportent une réponse à ces demandes. Les patients experts peuvent offrir cette aide d'une manière qui est à la fois pratique et empathique et ont la capacité de démontrer les effets positifs du traitement médicamenteux. De plus, ils ont une manière de communiquer avec les participants qui peut être différente de celle des professionnels.

En ce qui touche au soutien social, certains participants disent à leur pair qu'ils sont leur seule forme de soutien. Les avantages du soutien social sont fréquemment attribués au sens de normalisation qui entoure la maladie, ainsi que le sentiment d'être plus connectés socialement.

Par ailleurs, il y a plusieurs cas où la comparaison sociale semble avoir des effets positifs sur les participants en termes de promotion de la foi en l'efficacité des stratégies de traitement. Les pairs réagissent en renforçant l'importance de maintenir des relations avec les professionnels de la santé et d'adopter une approche proactive et collaborative au traitement. Cela s'étend à la promotion de l'adhésion aux médicaments. Ils renforcent également l'importance et l'efficacité des plans de séjour dans la gestion des épisodes d'humeur.

Finalement, les patients experts ont une plus grande prise de conscience des stratégies qu'ils peuvent utiliser dans la gestion de leur propre condition. Ceci démontre l'effet du rôle de pair. Ils indiquent aussi que leur rôle leur donne un plus grand sentiment de compétence et de lien au système de santé mentale. De plus, ils voient des avantages dans l'élaboration de stratégies d'adaptation. En soutenant des personnes ayant la même maladie qu'eux, les patients experts ont perçu une augmentation de confiance dans leurs propres capacités, un renforcement du sentiment de contrôle sur leur maladie et une augmentation de l'autonomie et de l'espoir. Ces différents éléments améliorent leur qualité de vie.

Au final, les participants ont une plus grande confiance envers les professionnels de santé lorsqu'ils prennent conscience de l'importance d'adhérer à leur traitement, grâce aux pairs. Le soutien par les pairs est une plus-value tant au niveau émotionnel que du vécu de la pathologie au quotidien. Les soignants ne sont pas toujours en mesure d'apporter ce soutien.

Cette étude comporte plusieurs limites, telles que l'accès obligatoire à internet et à une imprimante, la restriction des ressources réservant les entrevues exclusivement aux pairs. Ceci peut induire un manque d'information sur les raisons des participants à ne pas se livrer pleinement à leurs patients experts. La restriction des échanges électroniques à deux courriers par semaine peut limiter l'exploration de questions et donc la richesse des données collectées. Par ailleurs, il se peut que le service de soutien instauré ait été sous-utilisé dû au manque d'engagement des participants envers leurs pairs. De plus, la rémunération des pairs peut influencer leur motivation à participer à l'étude. En effet, une même intervention non rémunérée pourrait limiter le nombre de personnes disposées à y prendre part.

Effectiveness of six-week psychoeducation program on adherence of patients with bipolar affective disorder (Eker & Harkin, 2012)

But de l'étude	Participants	Collecte de données	Interventions	Résultats
Évaluer les effets d'un programme de psychoéducation sur l'adhésion médicamenteuse	Patients atteints de troubles bipolaires (n=71)	Méthode pré et post test à l'aide d'échelles d'adhésion thérapeutique: MARS (Medication Adherence Rating Scale), ANT (attitudes concernant le traitement neuroleptique) et formulaire de McEvoy	Programme de psychoéducation	Augmentation significative de l'adhésion médicamenteuse

Cette étude semi-expérimentale consiste dans un programme de psychoéducation auprès de patients atteints de troubles bipolaires suivis en ambulatoire dans un hôpital de Turquie. Les participants sont attribués à chacun des deux groupes de manière randomisée. Le groupe expérimental (n=35) participe à un programme de séances hebdomadaires pendant six semaines. Dans le groupe contrôle (n=36), des soins standard et de l'information sont donnés. Les analyses statistiques définissent le nombre minimal de participants à 35 par groupe afin d'assurer une validité statistique.

Les méthodes utilisées dans le programme de psychoéducation sont interactives : jeux de rôle, questions/réponses, discussion, présentation, exercices à effectuer à la maison. Les professionnels conduisant ces interventions sont formés au préalable. De plus, l'adhésion médicamenteuse est objectivée à l'aide de trois outils et deux éléments précis. L'outil qui porte sur les attitudes concernant le traitement neuroleptique (ANT) est constitué de douze questions concernant la médication. Un score de moins de 75% indique une non-adhésion. L'échelle MARS, constituée de dix questions fermées, donne également un indice sur l'adhésion médicamenteuse. Une valeur en dessous de huit indique une non-adhésion. Le troisième outil appliqué aux participants est le formulaire d'observation du traitement de McEvoy. Il est également distribué aux proches des participants afin de renforcer le poids des données. Ces échelles fréquemment utilisées sont valides scientifiquement. Les personnes ayant modifié le dosage de leur médication ou ayant arrêté complètement sont considérées comme non-adhérentes.

Par la suite, les données récoltées dans les deux groupes sont analysées statistiquement et comparées. Au début de l'étude, 88,6% des participants du groupe de psychoéducation et 88,9% du groupe contrôle trouvent le dosage de leur médication adéquat. Cependant, 11,4% du groupe d'intervention et 8,9% du groupe contrôle relèvent l'inutilité du traitement. De plus, près de 50% des patients dans les deux groupes disent qu'ils ne sont pas informés sur la médication. 60,0% des patients du groupe à l'étude et

52,8% du groupe témoin ont des antécédents d'arrêt du traitement. 35,6% des patients qui abandonnent le traitement le font parce qu'ils pensent s'être améliorés et 33,9% des patients pensent qu'ils peuvent gérer sans médicaments. Les principales raisons pour lesquelles les participants changent le dosage de leur traitement sont les oublis (37,9%), les effets secondaires de la médication (21,6%) ou la polymédication. Encore avant le début du programme, 40% des participants dans chacun des groupes estiment être adhérents à leur médication. Après les six semaines de psychoéducation, l'adhésion médicamenteuse s'élève à 86,7% chez les personnes ayant bénéficié de l'intervention. En contrepartie, dans le groupe contrôle, le taux d'adhésion chute à 24,2% ($p < 0.01$). Les différences des scores MARS entre le pré et le post-test dans le groupe à l'étude sont statistiquement significatives. Il en est de même pour le score ANT ($p < 0.05$). En revanche, les différences au sein du groupe témoin ne sont pas statistiquement significatives ($p > 0.05$). Dans cette étude, la durée moyenne de la maladie dans le groupe d'intervention est de 86,30 mois et de 69,61 mois dans le groupe de contrôle. Par ailleurs, la présence de symptômes et les hospitalisations fréquentes ont un impact négatif sur l'adhésion thérapeutique. Cependant, la psychoéducation a un effet bénéfique pour les patients non adhérents car elle peut apporter des réponses à des peurs infondées basées sur la méconnaissance.

Les auteurs relèvent, par ailleurs, l'importance du rôle infirmier dans ce type d'interventions. Les résultats obtenus sont, dans l'ensemble, similaires à ceux d'études antérieures ce qui les rend plus crédibles. Ceux qui en diffèrent sont discutés de manière pertinente. Quelques limites de l'étude sont identifiées. A cause de la durée et du type de sessions, l'intervention ressemble plutôt à un groupe d'information qu'à un groupe de psychoéducation. De plus, le dosage des médicaments dans le sang n'est pas effectué. Ainsi, l'évaluation de l'adhérence se fait uniquement par des variables subjectives, malgré l'utilisation d'échelles validées. Enfin, le changement de comportement après l'intervention demande un certain temps mais il manque une évaluation à long terme. Ceci s'applique également à l'adhésion, qui peut diminuer par la suite. Des mesures répétées sont donc nécessaires pour voir le taux réel d'adhésion médicamenteuse.

A brief dyadic group based psychoeducation program improves relapse rates in recently remitted bipolar disorder: A pilot randomised controlled trial (D'Souza, Piskulic, & Sundram, 2010)

But de l'étude	Participants	Collecte de données	Interventions	Résultats
Évaluer l'effet d'un programme de psychoéducation sur l'adhésion médicamenteuse	Patients atteints de troubles bipolaires (n=58) récemment remis d'un épisode de crise, accompagnés par un proche	Echelles d'adhésion thérapeutique: MARS Participation des proches sur la détection des symptômes thymiques et surveillance de l'adhésion	Séances de psychoéducation hebdomadaires en intégrant le patient et un proche	Diminution significative du taux de rechute Augmentation significative de l'adhésion thérapeutique

Cette étude contrôlée randomisée, faite en Australie, évalue l'effet d'un programme de psychoéducation sur les rechutes des personnes atteintes de troubles bipolaires récemment remises d'un épisode de crise. Les participants sont assignés de manière aléatoire à l'aide d'un logiciel informatique, soit à un groupe contrôle recevant le traitement habituel (n=31), soit à des séances de psychoéducation délivrées de manière hebdomadaire pendant douze semaines (n=27). Ce programme, dont l'acronyme est SIMSEP (Systematic Illness Management Skills Enhancement Programme), se destine aux patients et à un proche. Il est constitué de séances structurées et menées par quatre cliniciens et un des auteurs. Les proches doivent passer du temps avec le patient chaque semaine au minimum et le connaître suffisamment bien pour évaluer la détérioration de son état mental et surveiller son adhésion médicamenteuse.

L'utilisation de l'échelle MARS, qui objective l'adhésion médicamenteuse, est effectuée par des évaluateurs externes. Cet élément augmente la validité interne de l'étude car le biais de mesure est diminué. Ces outils sont appliqués de manière hebdomadaire durant les douze premières semaines, puis sept fois jusqu'à la semaine 60 ou jusqu'à l'épisode de crise suivant.

Lors de la dernière mesure, le taux de rechute est significativement différent entre les deux groupes ($p=0.013$), et le risque de rechute est significativement plus bas dans le groupe à l'étude. Au sein du groupe bénéficiant de la psychoéducation, le temps de rechute survient environ onze semaines plus tard, en comparaison au groupe contrôle ($p<0.01$). La deuxième variable à l'étude, l'adhésion médicamenteuse, est significativement améliorée dans le groupe SIMSEP ($p=0.001$). Des analyses statistiques montrent que l'adhésion thérapeutique prédit de manière significative le temps moyen avant la réapparition d'une période de crise ($p<0.001$). Un programme de psychoéducation condensé intégrant le proche est efficace dans la prévention d'une nouvelle crise chez une personne récemment remise. Cette amélioration est en partie due à la promotion de l'adhésion aux médicaments. Le SIMSEP favorise

une approche collaborative pour la gestion de la maladie. Le programme aide également les proches à acquérir de la confiance pour intervenir rapidement lorsque les symptômes peuvent compromettre la capacité du sujet à le faire. La participation active du proche est plus pertinente que leur simple présence.

Les auteurs portent un regard critique sur leur recherche et trouvent plusieurs limites. La taille de l'échantillon à l'étude est trop petite. Le nombre d'épisodes de maladies antérieures n'est pas pris en compte et cela peut avoir une influence sur le taux de rechute. De plus, le fait que les participants sortent directement de l'hôpital et l'inexistence d'une période minimale d'euthymie peut influencer l'efficacité du programme. Une autre limite identifiée concerne la relation entre les patients et leurs proches. Ces derniers peuvent pousser les participants à adhérer au suivi et, par la suite, l'éventuelle distance relative des proches peut conduire à la rechute. L'effet de groupe peut avoir la même influence. Les symptômes maniaques sont plus facilement identifiables par des compagnons que les symptômes dépressifs.

The Effect of Nurse-Led Motivational Interviewing on Medication Adherence in Patients With Bipolar Disorder (McKenzie & Chang, 2015)

But de l'étude	Participants	Collecte de données	Interventions	Résultats
Evaluer l'effet de l'entretien motivationnel sur l'adhésion médicamenteuse et sur les facteurs personnels qui peuvent l'influencer	Patients atteints de troubles bipolaires (n=15) en suivi ambulatoire	Adhésion médicamenteuse mesurée avec les échelles MARS et TLFB (TimeLine FollowBack) Efficacité personnelle évaluée avec SEAMS (Self Efficacy Medication Use Scale) Importance perçue du changement évaluée par MIR (Motivational Interview Rules) et satisfaction par Patient Satisfaction Questionnaire	Séance d'entretien motivationnel suivie de deux entretiens téléphoniques	Amélioration significative de l'adhésion thérapeutique Augmentation significative du sentiment d'auto-efficacité, de motivation, de confiance et de satisfaction

Etude expérimentale ayant pour but de tester l'effet d'un programme de trois semaines d'entretien motivationnel sur l'adhésion médicamenteuse, la motivation au changement, le sentiment d'efficacité personnelle et la satisfaction. Ce programme est dispensé à New York par des infirmiers en psychiatrie auprès de patients atteints de troubles bipolaires dans une structure ambulatoire.

L'intervention aborde l'entretien motivationnel selon la méthode de Miller et Rollnick et utilise des outils, tels que la balance décisionnelle et le plan du changement. Durant la session initiale, diverses problématiques concernant la médication sont abordées et adaptées au besoin du patient. Ils reçoivent un journal de bord où ils sont encouragés à écrire leurs préoccupations sur la médication, ses effets secondaires, les changements d'humeur ainsi que le nombre d'oublis de prise du médicament. Trois semaines après, deux entretiens téléphoniques plus courts sont effectués, où les patients sont encouragés à poser des questions. Ils doivent prendre plus d'un médicament stabilisant l'humeur pour faire partie de l'étude. Plusieurs outils de mesure valides et scientifiques sont appliqués afin d'évaluer les conditions d'adhésion des participants. Le MARS objective les attitudes et comportements indiquant un risque de mauvaise adhésion, le TLFB calcule le taux d'adhésion et identifie les patients prenant moins de 80% de leur traitement, le MIR mesure l'importance perçue du changement, le niveau de confiance et de la disposition au changement, le SEAMS objective la confiance et la croyance à changer et à maintenir l'adhésion au traitement et, finalement, le Patient Satisfaction Questionnaire, un outil créé par l'équipe de recherche, donne une indication sur l'intérêt des participants pour l'entretien motivationnel et leur recommandation concernant l'intervention.

Une fois les données collectées, des analyses statistiques sont effectuées sur quatorze participants (un d'entre eux a abandonné). L'adhésion médicamenteuse est améliorée et objectivée par la diminution significative (4.3 à 2.2) du score MARS ($p < 0.01$) et par l'augmentation du TLFB ($p < 0.01$), qui passe de 67.8% à 94.3%. Ensuite, le sentiment d'auto-efficacité, la motivation, la confiance et la satisfaction sont également améliorés. Ceux-ci sont des facteurs qui influent positivement l'adhésion car ils favorisent le changement du comportement des participants. Lors des rencontres, les patients apportent leur journal de bord de médication, ce qui démontre aussi leur motivation. De plus, les scores MIR augmentent significativement, entre le premier (24.7) et le troisième test (28.7) réalisés ($p = 0.004$). En parallèle, les scores SEAMS augmentent significativement aussi, avec un premier test à 26.8 et un troisième à 33.4 ($p = 0.001$). Les réponses données concernant le nombre de médicaments pris correspondent à celles identifiées à l'aide du TLFB, ce qui augmente la validité interne de l'étude. Les patients disent se sentir acteurs de leur traitement et se montrent satisfaits de cette intervention. Suite à la participation au programme, une meilleure communication du patient envers le soignant est rapportée. Ces résultats trouvés sont en accord avec les conclusions des études précédentes.

Malgré l'efficacité du programme auprès des personnes souffrant de troubles bipolaires, des limites sont identifiées dans l'élaboration de cette étude. La taille de l'échantillon est réduite, ce qui diminue la généralisation des résultats. L'étude ne fait pas appel à un groupe contrôle et les possibles facteurs confondants ne sont pas contrôlés. Des données concernant la date de diagnostic de trouble bipolaire sont manquantes. De plus, les informations récoltées sont fournies par les participants eux-mêmes, ce qui ne les rend pas totalement objectives.

The Efficacy of Psycho-Educational Group Program on Medication Adherence and Global Functioning of Patients with Bipolar Disorder Type I (Bahredar, Asgharnejad Farid, Ghanizadeh, & Birashk, 2014)

But de l'étude	Participants	Collecte des données	Interventions	Résultats
Evaluer l'effet d'un programme de psychoéducation sur l'adhésion médicamenteuse et le fonctionnement global	Patients atteints de troubles bipolaires (n=45) suivis en ambulatoire	Evaluation avec l'échelle MARS (adhésion médicamenteuse) et l'échelle GAF (fonctionnement global) avant l'intervention, à trois et à six mois	Programme de psychoéducation	Augmentation significative de l'adhésion thérapeutique Augmentation significative du fonctionnement global

Cette étude expérimentale vise à évaluer l'efficacité d'un programme de psychoéducation auprès de patients atteints de trouble bipolaire en Iran. Les critères d'inclusion et d'exclusion sont objectivés par les échelles de dépression, HAMD (Hamilton Rating Scale for Depression), et de manie YMRS (Young Mania Rating Scale), ayant un haut niveau de validité. Les participants sélectionnés sont répartis dans trois groupes: pharmacothérapie et programme de psychoéducation (n=15), groupe contrôle (reçoit seulement de la pharmacothérapie) (n=15) et groupe placebo (pharmacothérapie et soutien psychologique par un psychiatre durant cinq semaines) (n=15). L'intervention à l'étude consiste en une série de séances abordant la maladie, ses causes, ses symptômes, son évolution, ou encore son traitement médicamenteux et psychosocial.

La variable indépendante est la psychoéducation et les variables dépendantes sont l'adhésion médicamenteuse et le fonctionnement global. Ces derniers sont évalués avec les échelles MARS et GAF (Global Assessment of Functioning).

Le score d'adhésion médicamenteuse du groupe à l'étude augmente de manière significative, passant de 6,27 avant l'intervention à 7,92 six mois après la fin de l'intervention. En revanche, ce même score diminue de 6,27 à 4,33 dans le groupe contrôle et de 6,47 à 4,36 dans le groupe placebo. Ainsi, une amélioration significative est démontrée dans le groupe intervention en comparaison au groupe contrôle ($p=0.016$) et en comparaison au groupe placebo ($p=0.001$). En parallèle, le score de fonctionnement global des participants ayant reçu la psychoéducation est significativement plus élevé que dans les deux autres groupes, passant de 56,6 à 64,17. Dans le groupe contrôle, ce score chute de deux points, de 56,27 à 54,17. Dans le groupe placebo, ce score passe de 56,67 à 56. La différence entre les scores des trois groupes est statistiquement significative ($p=0.0001$). Outre l'augmentation de l'adhésion, la

psychoéducation contribue également à avoir davantage contrôle sur ses peurs et sur la stigmatisation de leur maladie. Au vu de ces résultats, il est donc important que le patient prenne conscience de l'importance d'identifier les causes d'apparition de la maladie, les symptômes qui en découlent ainsi que les facteurs d'une mauvaise adhésion. Cela contribue à l'augmentation de la confiance en soi, du sentiment d'efficacité personnelle et à la réduction de son anxiété et de celle de sa famille.

Des limites sont relevées par les auteurs, comme la petite taille de l'échantillon de l'étude, ce qui limite la généralisation des résultats. De plus, la distance entre l'intervention et l'évaluation est trop courte pour que cette dernière reflète pertinemment la situation des participants. L'adhésion est un processus complexe et les changements visibles peuvent prendre du temps à se concrétiser (Bahredar et al., 2014). Les auteurs ne commentent que brièvement leurs résultats, ce qui peut constituer une limite supplémentaire à cette étude.

Collaborative care for patients with bipolar disorder: randomised controlled trial (van der Voort et al., 2015)

But de l'étude	Participants	Collecte de données	Interventions	Résultats
Évaluer l'efficacité d'un programme de soins collaboratifs sur l'adhésion médicamenteuse	Patients atteints de troubles bipolaires (n=138) en suivi ambulatoire	Utilisation d'échelles d'évaluation de la maladie et des symptômes - Life Chart Method (LCM), Quick Inventory for Depressive Symptomatology (QIDS) et Altman Self-Rating Mania (ASRM) Evaluation de l'adhésion médicamenteuse avec Drugs Attitude Inventory (DAI)	Programme constitué de plusieurs thérapies en collaboration avec le patient	Pas d'influence significative sur l'adhésion thérapeutique Diminution significative des symptômes dépressifs

Cette étude contrôlée randomisée a pour but d'étudier l'efficacité d'un programme de soins collaboratifs sur les symptômes de la dépression en particulier, ainsi que sur ceux de la manie et sur l'adhésion médicamenteuse. Il s'agit d'une étude quantitative expérimentale élaborée en Hollande, auprès de personnes souffrant de troubles bipolaires, suivies en ambulatoire. Des équipes de soins psychiatriques sont sollicitées à participer à l'étude, après avoir évalué la qualité de leur prise en charge. Les patients et les soignants se divisent en deux groupes, un groupe contrôle et un groupe intervention. Les professionnels de la santé participant au programme sont formés préalablement, tandis que ceux du groupe contrôle ne le sont pas.

Il s'agit d'un programme de collaboration entre le soignant et le soigné qui comprend la constitution de l'équipe de prise en soins, l'élaboration d'un plan de traitement, des séances de psychoéducation, de la thérapie centrée sur la résolution de problème (basée sur la thérapie cognitivo-comportementale), l'objectivation de l'humeur, la reconnaissance des symptômes prodromiques et la pharmacothérapie avec une attention à l'adhésion thérapeutique. Cette collaboration entre le patient et l'équipe de soins favorise l'autonomie des participants pour la gestion de leur trouble bipolaire. La recherche réalisée au sujet des soins de collaboration débute avec une évaluation de l'évolution de la pathologie, ainsi que des épisodes de rechute des six derniers mois. L'échelle LCM est utilisée lors d'un entretien téléphonique pour faire cette évaluation. Ensuite, les symptômes dépressifs sont analysés selon le QIDS et les symptômes maniaques selon ASRM. L'adhésion thérapeutique, quant à elle, est objectivée à l'aide de l'échelle DAI-10. Ces outils de mesure, validés scientifiquement, sont appliqués par les chercheurs et/ou

les assistants de recherche. Les infirmières du groupe recevant le programme de soins collaboratifs remplissent un document sur les interventions mises en œuvre.

Suite à l'analyse des données, celles-ci sont comparées dans les deux groupes, soit celui recevant le traitement habituel et celui bénéficiant du programme. Un des buts de l'étude est d'évaluer l'efficacité de cette intervention sur l'adhésion thérapeutique. Cependant, les auteurs arrivent à la conclusion qu'il n'y a pas de différence significative avec ce programme de soins de collaboration ($p=0.8$). Toutefois, la psychoéducation, l'utilisation du plan de traitement et la résolution de problème ont un résultat très satisfaisant pour les participants dans la globalité de la maladie.

Finalement, des limites sont mises en évidence par les auteurs de cette recherche, notamment la présence majoritairement de symptômes dépressifs chez les patients du groupe intervention, ce qui peut réduire leur implication dans le programme. De plus, les entretiens réalisés auprès des participants peuvent ne pas être complètement objectifs, malgré leur structuration fixe, car ils ne sont pas menés à l'aveugle. Cette étude se porte principalement sur la diminution des symptômes dépressifs, donnant peu d'informations sur l'adhésion à la médication.

Six-month outcomes of customized adherence enhancement (CAE) therapy in bipolar disorder (Sajatovic et al., 2012)

But de l'étude	Participants	Collecte de données	Interventions	Résultats
Analyser l'effet d'une thérapie psychosociale personnalisée sur l'adhésion à la médication	Patients atteints de troubles bipolaires (n=43) en suivi ambulatoire	Adhésion médicamenteuse évaluée par le Tablets Routine Questionnaire (TRQ) et le comptage de comprimés Attitudes liées à l'adhésion mesurées par le DAI et le Morisky Scale Fonctionnement global objectivé avec GAF	Quatre thérapies combinées et adaptées à chaque personne	Augmentation significative de l'adhésion, des symptômes de la maladie et du fonctionnement global après six mois

Cette étude prospective, réalisée à Cleveland (Etats-Unis), analyse l'effet d'une thérapie psychosociale personnalisée sur l'adhésion thérapeutique ainsi que sur les symptômes de la maladie et le fonctionnement global. La population est constituée de 96 patients bénéficiant d'un suivi ambulatoire. Les participants présentent une faible adhésion à la médication et sont diagnostiqués de troubles bipolaires depuis deux ans au minimum. Pour que l'échantillon de l'étude soit réaliste, les personnes ne voulant pas participer ou ayant un risque de suicide élevé sont exclues. Au final, 32 patients suivent toutes les étapes de l'intervention.

Cette thérapie personnalisée se focalise sur l'augmentation de l'adhésion thérapeutique, comportant quatre thérapies combinées et adaptées à chaque personne. Il y a la psychoéducation, Modified Motivational Enhancement Therapy (MET), l'apprentissage de techniques pour mieux communiquer avec les soignants et les habitudes liées à la médication. 21 participants reçoivent les quatre modules de la thérapie, 19 en reçoivent trois, deux bénéficient de deux modules et une personne d'un seul. L'adhésion médicamenteuse est évaluée par le TRQ et le comptage de comprimés. Les attitudes liées à l'adhésion sont mesurées par le DAI (avec dix vrais ou faux) et le Morisky Scale (échelle d'auto-évaluation de l'adhésion). Ces outils sont valides, en accord avec des études antérieures. Les outils HAM-D et YMRS sont utilisés pour quantifier les symptômes, de même que la Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS). Le Clinical Global Impression for Bipolar Disorder (CGI-BP) évalue la sévérité de la maladie et le GAF est utilisé pour objectiver le fonctionnement global.

D'après les analyses statistiques, les scores TRQ, DAI et Morisky Scale montrent une nette augmentation de l'adhésion aux suivis de trois et de six mois, ainsi que le comptage des comprimés. Au

début de l'étude, le TRQ indique un taux d'oubli de comprimés dans la semaine précédente de 48% et de 51,4% dans le mois. Après trois mois d'intervention, le score baisse à 24% pour la dernière semaine et à 21,4% pour l'oubli des comprimés dans le dernier mois ($p=0.02$). A six mois, ce taux s'élève à 25,2% pour les oublis de la dernière semaine et se maintient à 21,3% concernant le mois précédent ($p<0.001$). Cependant, ce comptage est difficile car peu de personnes participent lors des évaluations. Les scores concernant les symptômes de la maladie, le cours de la maladie et le fonctionnement global ne montrent pas d'augmentation significative à trois mois. Cependant, leur amélioration est statistiquement significative à six mois, avec une diminution des scores BPRS, YMRS, HAM-D et CGI et une augmentation du GAF. Les auteurs suggèrent que cette amélioration est due à une meilleure adhésion. Les participants rapportent une nette satisfaction concernant la mise en place de l'intervention à l'étude (87,5%) et une prise de conscience sur les bénéfices perçus (81,3%), qui surpassent les barrières. 96,9% des participants ayant terminé l'étude considèrent que ce programme répond aux divers problématiques qu'ils rencontrent.

Les auteurs relèvent deux limites de leur étude. Tous les résultats obtenus, y compris l'adhésion, peuvent être influencés par d'autres traitements prodigués dans la clinique. Ces éléments pouvant influencer les résultats de l'étude ne sont pas contrôlés. La durée de l'intervention ne permet pas une évaluation de son effet sur l'adhésion à long terme. De plus, il n'y a pas d'estimation des coûts du programme et une compensation financière est prévue pour chaque participant (Sajatovic et al., 2012), ce qui peut les influencer à participer à l'étude, sans une réelle motivation intrinsèque.

4.2. Synthèse des résultats

Suite à la présentation de chaque étude, les résultats sont organisés d'après la théorie intermédiaire de Nola Pender. Celle-ci, telle que décrite dans le cadre théorique, regroupe trois concepts principaux: les caractéristiques et les expériences individuelles, les comportements spécifiques, la cognition et les sentiments et le résultat du comportement.

Le premier concept n'est pas suffisamment décrit dans les sept études. Ainsi, cette synthèse porte sur le deuxième et le troisième concept.

4.2.1. Comportements spécifiques, cognition et sentiments

Ce concept englobe les diverses réflexions, sentiments et perceptions de la personne face au changement. Ce sont les comportements nécessaires pour la favorisation de la santé.

❖ PERCEPTION DES BÉNÉFICES DE L'ACTION

Pender et al. (2011) considèrent que les personnes s'engagent à adopter des comportements à partir desquels ils prévoient en tirer des avantages qui soient personnellement valorisés. En effet, la prise de conscience des conséquences positives d'une meilleure adhésion au traitement est essentielle.

Ces bénéfices sont démontrés dans cinq articles sur sept. Proudfoot et al. (2012) (1) relèvent notamment que le soutien et l'information donnés par les pairs permettent aux participants de percevoir les bénéfices concernant l'adhésion médicamenteuse. Trois études évaluant l'effet de la psychoéducation soulèvent, entre autres, une meilleure perception des bénéfices identifiés par les participants (Eker & Harkin, 2012 (2) ; D'Souza et al., 2010 (3) ; Bahredar et al., 2014 (5)). Cette intervention vise à ce que les avantages surpassent les barrières, à l'image de ce qui a été objectivé par 86,7% des participants dans l'étude (2). L'article (3) rejoint les résultats antérieurs, en faisant intervenir un proche lors du programme. De plus, l'étude met en évidence l'impact de cette adhésion sur le risque de rechute, qui était significativement plus bas dans le groupe intervention. En parallèle, dans l'étude sur l'entretien motivationnel (McKenzie & Chang, 2015 (4)), les participants donnent davantage de sens à la prise médicamenteuse, ils disent se sentir acteurs de leur traitement et se montrent satisfaits de cette intervention. Par ailleurs, 96,9% des patients ayant bénéficié d'une thérapie individualisée (Sajatovic et al., 2012 (7)) considèrent que ce programme répond aux diverses problématiques rencontrées dans la maladie bipolaire. Ceci appuie la perception des bénéfices de l'action, étant donné qu'une de ces problématiques concerne l'adhésion médicamenteuse.

❖ PERCEPTION DES OBSTACLES À L'ACTION

Pender et al. (2011) soulignent que les obstacles perçus peuvent limiter l'engagement à l'action ainsi que le comportement réel.

En effet, la plupart des études démontre que les peurs concernant la maladie (1, 2) et/ou les effets secondaires des médicaments (1, 4) peuvent engendrer un blocage au changement. Toutefois, ces obstacles peuvent être identifiés, apprivoisés et surmontés, notamment avec l'accompagnement et l'éducation thérapeutique de la part des professionnels de la santé (1, 2, 3, 4, 5, van der Voort et al., 2015 (6), 7). A travers un soutien adéquat et de l'information fournie par les pairs (1), un entretien motivationnel (4), de la psychoéducation (2, 3, 5) et de la thérapie personnalisée (7), des réponses sont apportées à des peurs infondées basées sur la méconnaissance.

❖ PERCEPTION DE L'EFFICACITÉ PERSONNELLE

La compétence perçue ou l'auto-efficacité pour exécuter un comportement donné augmente, selon Pender et al. (2011), la probabilité de l'engagement à l'action et le bénéfice réel du comportement.

Différentes études évaluent aussi le sentiment d'auto-efficacité, la motivation et la confiance des participants. Les résultats montrent, en effet, une augmentation significative de l'efficacité personnelle perçue, ainsi que de la confiance en soi et en ses aptitudes (1, 3, 4, 5). Ainsi, dans l'étude (1), l'augmentation de l'auto-efficacité des patients est mise en évidence à travers le soutien par les pairs. Ces derniers démontrent aux participants qu'il est possible d'adopter des stratégies de traitement et un comportement favorables à l'adhésion. Deux des études menées sur la psychoéducation soulignent également que cette perception engendre une réduction de l'anxiété du patient et de sa famille (3, 5). Par ailleurs, l'identification précoce des symptômes de la maladie, avec le soutien d'un proche, permet une augmentation de la confiance en soi dans l'exécution des comportements de santé (3).

❖ AFFECTS, SENTIMENTS RELIÉS À L'ACTION

Selon Pender et al. (2011), lorsque les émotions positives ou les sentiments sont associés à un comportement, la probabilité de s'engager dans une action est augmentée.

Cette influence importante des émotions et des sentiments sur le comportement d'adhésion est relevée dans les résultats de cinq des sept articles à l'étude (1, 3, 4, 5, 7). En ayant le soutien de leurs pairs, les participants sentent que leurs réactions émotionnelles sont validées et partagées. Ainsi, ils se sentent davantage compris, ce qui constitue par conséquent une plus value au niveau du vécu émotionnel de la maladie (1). Il en est de même pour l'étude de l'entretien motivationnel (4) qui induit la survenue d'émotions positives favorables à un changement, notamment par l'augmentation de la satisfaction chez les participants. La psychoéducation contribue également à avoir davantage contrôle sur ses peurs, ses préoccupations et sur la stigmatisation de la maladie (5). De plus, les états subjectifs des sentiments positifs qui se produisent pendant un comportement à la santé ont une influence sur les symptômes de la maladie, l'évolution et le fonctionnement global (7).

❖ INFLUENCES INTERPERSONNELLES

Pender et al. (2011) indiquent que les personnes sont plus susceptibles de s'engager dans des comportements favorables à la santé lorsque d'autres personnes significatives pour eux s'engagent en leur fournissant une assistance et un soutien. La théoricienne rajoute que les familles, les pairs et les soignants sont d'importantes sources d'influence interpersonnelle qui peuvent augmenter ou diminuer l'engagement dans la promotion de la santé.

Cette influence de l'entourage est observée dans quatre articles, où la participation des pairs et de la famille est soulignée, mais également celle du groupe et des professionnels de la santé. En effet, les patients atteints de trouble bipolaire rapportent un sens de normalisation dans la société grâce à l'accompagnement effectué par leurs pairs (1). De plus, les interactions avec les soignants sont aussi améliorées, ce qui influence positivement l'adhésion médicamenteuse (1, 4). Par ailleurs, la famille aide les patients dans la prévention des rechutes et dans la gestion de la maladie, y compris par la prise de leur médication (3, 4). Finalement, le groupe a aussi un impact sur les patients lors des séances de psychoéducation vu qu'ils se sentent moins seuls dans la démarche de changement (2).

❖ INFLUENCES SITUATIONNELLES

Selon Pender et al. (2011), les influences situationnelles du cadre de vie ou de l'environnement peuvent augmenter ou diminuer l'engagement ou la participation à un comportement favorisant la santé.

Toutes les études sont conduites auprès de personnes atteintes de troubles bipolaires ayant un suivi ambulatoire. Ainsi, toutes les interventions à l'étude se réalisent dans un contexte ambulatoire et encadré par des professionnels (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7). En effet, la participation aux différentes études implique le respect de certaines normes et la compatibilité du cadre de vie des patients. L'environnement dans lequel ils se trouvent, le fait d'être en groupe et avec une équipe interprofessionnelle amène à des comportements de changement à la santé. De plus, dans les études (2, 3, 4, 5, 7), une amélioration de la prise médicamenteuse des participants est rapportée grâce à l'intervention et à la manière dont elle est conduite (jeux de rôles, collaboration, discussions, présentations). En ce qui concerne l'étude qualitative (1), les participants nomment la mise à disposition des pairs et des équipes et la communication par mail comme une situation favorable à une meilleure adhésion au traitement. Ils y rajoutent le lien facilité avec le système de santé.

4.2.2. Résultat du comportement

Ce dernier concept du *Health Promotion Model* regroupe les exigences immédiates et préférentielles au changement, l'engagement dans un plan d'action et, finalement, les comportements favorables à la santé.

❖ EXIGENCES IMMÉDIATES ET PRÉFÉRENTIELLES

Le premier point touche au bas niveau de contrôle concernant les comportements de santé qui exigent une action immédiate, alors que les préférences personnelles exercent un contrôle élevé sur les actions. Cela signifie, selon Pender et al. (2011), que:

l'engagement dans un plan d'action est moins susceptible d'entraîner le comportement souhaité lorsque les actions, pendant lesquelles les individus ont peu de contrôle, nécessitent une attention immédiate et/ou lorsque d'autres actions sont plus attrayantes et donc préférées sur le comportement cible. (p.49)

Dans les différentes études, ce paramètre n'est pas abordé donc il n'est pas analysé.

❖ ENGAGEMENT DANS UN PLAN D'ACTION

D'après Pender et al. (2011), plus il y a une intention dans les engagements à un plan d'action spécifique, plus les comportements favorables à la santé sont susceptibles de se maintenir dans le temps.

En effet, les études démontrent un engagement de la part des participants. Celui-ci évoque l'intention d'un individu à effectuer un changement en vertu de sa propre santé, y compris par l'identification de stratégies favorables à ce changement. Dans toutes les études, l'engagement dans un plan d'action est identifié à travers l'investissement des participants: la remise en question, la conviction de l'importance de l'adhésion à la médication, ainsi que le respect des séances et la participation aux diverses interventions proposées. La sollicitude aux personnes significatives (1, 3, 4), la recherche d'informations (1, 2, 4, 5, 7), l'envie de connaître davantage leur maladie, de favoriser leur propre prise en soins et de trouver des stratégies pour faire face aux impacts négatifs de la maladie (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7) mettent en avant l'intention des patients à effectuer un changement. Toutefois, dans l'étude (7) les participants ne s'engagent pas complètement pour le comptage des médicaments, ce qui rend cette évaluation difficile. Dans l'article (1), les patients envoient des mails aux pairs et expriment un besoin de stratégies pratiques pour les aider à faire face aux symptômes et aux effets secondaires des médicaments. Concernant les interventions utilisées lors de l'étude (2), la participation active aux jeux de rôles, aux discussions et aux présentations confirme l'engagement des patients atteints de troubles bipolaires. L'étude (4) soutient ce résultat, vu que les participants apportent leur journal de bord de médication, les scores MIR sont significativement augmentés (plus d'importance au changement), qu'ils se sentent davantage acteurs de leur traitement et se montrent satisfaits de l'intervention. De plus, dans l'étude (6), les personnes atteintes de la maladie s'engagent dans les soins de collaboration, en élaborant

un plan de traitement avec les professionnels de la santé et en prenant partie de la résolution de problème. En revanche, ils n'identifient pas de stratégies efficaces pour le changement à la santé.

❖ COMPORTEMENTS FAVORABLES À LA SANTÉ

Pender et al. (2011) affirment que les personnes peuvent modifier les perceptions, influencer également sur l'environnement interpersonnel et physique pour créer des incitations à des actions de santé.

Six études sur sept amènent des comportements favorables à la santé, soit une préparation à l'action, le point final du comportement désiré. Cela peut être illustré par une amélioration significative de l'adhésion thérapeutique à travers des programmes de psychoéducation (2, 3, 5), de soutien par les pairs (1), d'entretien motivationnel (4) et de thérapie psychosociale personnalisée (7). La seule étude n'engendrant pas de comportement favorable à l'adhésion médicamenteuse se penche sur les soins collaboratifs (6). Ceux-ci ont un effet positif essentiellement sur la qualité de vie des participants, à travers la diminution significative des symptômes dépressifs. En effet, l'article (1) rapporte une amélioration de l'adhésion médicamenteuse par le soutien des pairs. Une plus grande confiance des patients envers l'équipe interprofessionnelle et la prise de conscience de l'importance de la médication montrent le changement des perceptions envers l'action de santé. Les résultats indiquent également que le soutien par les pairs aide au niveau émotionnel et du vécu quotidien de la maladie bipolaire. Les trois études évaluant l'efficacité de la psychoéducation (2, 3, 5) objectivent l'amélioration de l'adhésion médicamenteuse à travers des échelles scientifiques. Ainsi, le comportement favorable à la santé est clairement favorisé par la psychoéducation et explicite par un taux d'adhésion supérieur dans les trois études. Dans l'article (2), 86,7% des participants ont une prise médicamenteuse adéquate après six mois. Dans l'étude (3), 15/27 participants du groupe intervention sont adhérents, après douze semaines, en comparaison avec 5/31 du groupe contrôle. Le taux d'adhésion de l'article (5) passe de 6,27 à 7,92 à six mois. De plus, cette étude s'intéresse aussi au fonctionnement global, qui est significativement plus élevé suite à l'intervention. Ceci prouve que l'environnement interpersonnel et physique peut favoriser l'action de santé, que le fonctionnement global impacte sur la prise du traitement. L'article qui aborde l'entretien motivationnel (4) montre également des résultats positifs sur l'adhésion, à travers la diminution significative du score MARS ($p < 0.01$) et l'augmentation de TLFB. La motivation, la confiance en soi et la satisfaction sont aussi améliorés, ce qui favorise la préparation à l'action. L'étude sur la thérapie individualisée (7) renforce les résultats précédents car l'adhésion est nettement améliorée, objectivée par le comptage des comprimés et par les échelles. Le comportement favorable à la santé est aussi objectivé par les différentes échelles et le fonctionnement global pris en considération, en sachant qu'il est intimement lié à l'adhésion médicamenteuse.

5. DISCUSSION

Ce dernier chapitre vise à répondre à la question de recherche, ainsi qu'à évaluer la validité de ce travail et à proposer des recommandations pour la pratique infirmière et pour les futures recherches.

Le *Health Promotion Model* a été d'une grande utilité lors de la structuration et de la comparaison des résultats car celui-ci permet la mise en avant des différents facteurs pouvant influencer l'adhésion médicamenteuse. Ces facteurs, rentrant en jeu lors d'un processus de changement de comportement, sont interdépendants comme décrit dans la problématique. Que ce soit par l'environnement, le soutien des proches, les émotions, le sentiment d'auto-efficacité ou par la motivation personnelle, les patients sont incités à adopter des comportements bénéfiques ou non pour leur santé. Notamment chez les personnes souffrant de troubles bipolaires, l'adhésion au traitement varie selon tous ces facteurs. Dans la problématique, ceux-ci sont représentés par l'âge, le niveau de formation, l'entourage, les expériences passées, l'aspect chronique de la maladie et les émotions. Cela montre que la place du professionnel de la santé et l'alliance thérapeutique créée avec le patient sont un point clé dans le processus de changement à l'adhésion médicamenteuse.

En effet, toute intervention psychosociale facilite la communication entre le patient et le soignant, faisant ressortir les inquiétudes, les capacités et la motivation du patient. Cela reflète une prise de conscience concernant le trouble bipolaire et sa prise en soins. Ainsi, le modèle de Pender fait émerger les résultats positifs des diverses interventions à l'étude. Six articles sur sept démontrent une amélioration de l'adhésion médicamenteuse, grâce aux bénéfices perçus par les participants qui sont supérieurs aux obstacles. D'autant plus que la perception d'auto-efficacité est accrue et que les affects sont positifs suite aux études réalisées. L'influence des pairs, des proches, de la famille, des professionnels, de la société et des normes favorise ces résultats. Cela permet donc un engagement dans un plan d'action, mais aussi le changement des comportements à la santé.

En réponse à la question de recherche, il est possible de constater que les interventions psychosociales, notamment la psychoéducation, l'entretien motivationnel et la thérapie personnalisée ont une influence positive sur l'adhésion thérapeutique, ainsi que sur la qualité de vie des personnes souffrant de troubles bipolaires. Cependant, les soins collaboratifs ne démontrent pas d'amélioration sur leur prise de traitement.

La théorie de Pender permet également de légitimer le rôle infirmier dans le milieu de la psychiatrie et donc dans les interventions psychosociales, souvent considérées comme étant de la compétence des psychiatres. En effet, le concept d'éducation thérapeutique, décrit auparavant, appartient au rôle infirmier autonome. Ce dernier comprend l'accompagnement au changement et le soutien global apporté à la personne souffrant de troubles bipolaires, tout en prenant son aspect chronique.

En revanche, ce modèle théorique sur la promotion de la santé a été revu en 1996. Sachant que le monde des soins a évolué au long de ces derniers 20 ans, il se peut que la validité de cette théorie ait diminuée. En effet, son modèle a une structure complexe et tous les concepts sont interreliés, ce qui a rendu difficile la séparation de chacun de ces concepts. En outre, il met l'accent sur l'individu, alors que dans le processus d'adhésion médicamenteuse la communauté ou la famille sont des ressources importantes. Dans les diverses études, les résultats d'adhésion sont favorables car il s'agit d'une intervention spécifique, avec un suivi régulier et un cadre imposé. Cependant, dans la réalité, ces patients sont influencés par leur entourage, par la société, souvent perçue comme stigmatisante, et par tout événement de la vie, comme le stress, les problèmes quotidiens ou le travail. Il semble que Pender minimise les normes sociales auxquelles les individus souffrant d'un trouble doivent faire face, ainsi que les difficultés à suivre régulièrement un traitement d'un malade chronique. La place accordée à l'entourage et aux professionnels de la santé est aussi sous-estimée, étant donné qu'un seul sous-concept porte sur les influences interpersonnelles et que leur soutien est fondamental dans la promotion de l'adhésion.

Comme exposé dans la problématique, les patients ont souvent besoin de thérapies complémentaires qui accompagnent la médication. Ceci est également démontré dans les études, vu que celles-ci proposent des programmes de soutien psychologique et social. Il est possible que l'accompagnement par un proche ou un professionnel et la mise en place régulière d'objectifs soient les facteurs principaux d'amélioration de l'adhésion. De plus, l'effet de groupe des études peut motiver les participants entre eux. Ainsi, il est difficile de savoir si l'intervention permet réellement une meilleure adhésion ou si c'est plutôt les contacts et les relations créées lors des programmes. Finalement, l'adhésion ne peut être améliorée que s'il y a une motivation intrinsèque du patient, même si les soignants peuvent aider à la faire émerger. Cette motivation devrait être revue avant toute participation à l'étude, de sorte à exclure des intérêts financiers de la part des participants vu que certaines études sont rémunérées. Par ailleurs, les coûts liés à ces interventions psychosociales demandent un niveau financier adéquat des patients. Hormis le contexte de l'étude, ceci pourrait limiter l'accessibilité de ce type de programmes.

Plusieurs limites méthodologiques peuvent être relevées. Premièrement, la majorité des études est composée de petits échantillons. Ensuite, ce travail est focalisé sur des articles des dix dernières années, malgré l'évolution constante de la prise en soins en psychiatrie. Certaines données peuvent être dépassées, diminuant la validité de cette revue. De plus, la récolte de données est souvent réalisée par des échelles d'auto-évaluation, ce qui peut constituer une certaine subjectivité. Il est difficile de comparer les résultats obtenus, vu que les scores de ces outils varient selon la perception de chaque individu. Peu de moyens objectifs sont mis en place afin de contrôler l'adhésion médicamenteuse des patients en ambulatoire. Toutefois, la participation des proches ou les contrôles biologiques pourraient y remédier, en sachant que ces derniers seraient une contrainte supplémentaire. De plus, les interventions à l'étude et l'évaluation de leur efficacité sur l'adhésion sont réalisées à court terme, ne donnant pas une

vision réaliste de l'amélioration de la prise de traitement. Finalement, les articles incluant le rôle infirmier autonome dans ces programmes sont peu nombreux dans les bases de données.

En parallèle, les critères d'inclusion et d'exclusion spécifiques permettent de cerner précisément la population et le contexte, ce qui amène à une synthèse des résultats homogène et cohérente. Cependant, ils limitent la généralisation des résultats. Tout d'abord, la population à l'étude est constituée uniquement d'adultes ayant des troubles bipolaires en période euthymique. Les résultats ne peuvent donc pas s'élargir à une population âgée ou à des adolescents, ni étant en phase maniaque et/ou dépressive. Cette recherche aurait également pu être plus large, en prenant en considération la pathologie bipolaire dans sa globalité, y compris en période de crise. Par ailleurs, l'influence des interventions psychosociales sur l'adhésion thérapeutique a été rapidement identifiée lors de l'élaboration du travail. Il aurait donc été pertinent d'approfondir les recherches ou d'axer sur d'autres interventions moins habituelles.

En contrepartie, ces interventions psychosociales pourraient s'élargir à toute maladie chronique, qui rencontre des problématiques similaires au sujet de l'adhésion thérapeutique. Toutefois, dans un milieu somatique, l'ensemble de ces interventions est difficilement réalisable en raison de la surcharge de travail et des situations de soins complexes. Les études choisies ont été conduites dans plusieurs pays, soit l'Australie, les États-Unis, l'Iran, la Turquie, la Hollande, ce qui permet d'extrapoler davantage les résultats obtenus.

En ce qui concerne les recommandations pour la pratique infirmière, il semble important d'appliquer plus fréquemment ces interventions psychosociales à l'étude, au cours du suivi de la maladie. Parallèlement, les articles analysés incitent la participation des patients dans ce type de programme grâce au soutien des infirmiers(-ères) en psychiatrie. Ces derniers peuvent appliquer ces interventions dans leur pratique, mettant en avant leur rôle de prévention et de promotion de la santé. Sachant que la prise en soins ambulatoire est de plus en plus fréquente dans le domaine psychiatrique, ce rôle est d'autant plus primordial. Le contexte de soins de la Suisse peut intégrer ces programmes, étant donné que des formations spécialisées existent et plusieurs thérapies et unités ambulatoires sont accessibles.

Pour en savoir plus, il aurait été nécessaire de poursuivre les recherches, notamment sur l'application de ces interventions en dehors d'une période euthymique, lorsque les symptômes sont plus marqués et influencent davantage le fonctionnement global. L'évaluation post-intervention des taux d'adhésion médicamenteuse sur le long terme pourrait également être étudiée, comme recommandé par certains auteurs des études analysées. Malgré une éventuelle augmentation des coûts, celle-ci permettrait d'obtenir davantage d'information sur la durabilité du changement. Enfin, il serait pertinent d'évaluer l'influence, à long terme, de programmes en ligne (Lauder et al., 2015) et/ou d'un suivi téléphonique (Berry, Lobban, Emsley, & Bucci, 2016), de thérapies centrées sur le sport (Zschucke, Gaudlitz, &

Ströhle, 2013), les troubles du sommeil (Harvey, Kaplan, & Soehner, 2015), l'art thérapie ou la zoothérapie sur la prise de traitement. L'étude de l'effet de ces interventions combinées à la pharmacothérapie serait d'autant plus intéressante.

6. CONCLUSION

La complexité de l'adhésion thérapeutique chez les patients souffrant de troubles bipolaires invite à l'adoption d'une approche globale. Leurs comportements et leurs attitudes reflètent l'aspect unique de chaque humain, réagissant différemment aux soins qui lui sont fournis et aux interventions proposées. A ce niveau-là, l'infirmier(-ère) et l'équipe interdisciplinaire jouent un rôle important dans le processus de changement de comportement. Ils doivent guider la personne vers les soins les plus appropriés et tenir compte des caractéristiques et du vécu de chacun. Ces aspects sont considérés dans les articles analysés et influencent l'adhésion thérapeutique. En mettant à l'étude des approches psychosociales, ces articles démontrent leur impact sur l'adhésion au traitement et sur la qualité de vie des patients. Par ailleurs, l'aspect souvent stigmatisant de l'hospitalisation et de la société incite les personnes à expérimenter de nouvelles stratégies. Bien que l'adhésion thérapeutique fasse l'objet de recherches scientifiques constantes, celles-ci doivent encore être approfondies afin que les prestations deviennent les plus efficaces et individualisées possibles.

A l'issue de ce travail, un développement de l'esprit méthodologique, critique et de synthèse concernant la recherche scientifique a pu être constaté. L'élaboration de ce dossier introduit le concept d'EBN dans la formation en soins infirmiers. Celui-ci a une importance majeure dans la pratique quotidienne car il influence grandement la qualité des soins fournis, la satisfaction professionnelle des soignants et l'empowerment, ainsi que la sécurité des patients et des professionnels. Cette démarche scientifique favorise également le positionnement professionnel, en mettant à disposition des outils EBN qui contribuent à une meilleure performance et à une globalité de la prise en charge. Les résultats de la recherche permettent d'argumenter et de donner du sens à la pratique, mais aussi de défendre la profession infirmière. En tant que futurs soignants, il est important de rester attentif aux éléments influençant le comportement des patients et de créer une alliance thérapeutique. Leur vécu, leurs représentations et les facteurs psychosociaux sont des indices à investiguer surtout dans les pathologies chroniques, où le traitement se prolonge. L'actualisation constante et la diffusion des connaissances ainsi que la pérennisation des bonnes pratiques font partie du devoir de tout soignant. La sécurité et le bien-être global de la personne doivent être des préoccupations constantes.

En conclusion, l'approche psychosociale intervient dans l'augmentation de l'adhésion thérapeutique, n'étant certainement pas la seule approche efficace. L'adhésion est un concept multifactoriel, au sein duquel des nombreuses thérapies pourraient être étudiées, à savoir physiques, spirituelles ou autres. L'inclusion de telles interventions dans un milieu psychiatrique, où les taux d'adhésion sont faibles, serait une variante intéressante à développer.

LISTE DE RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5^{ème} éd.). Washington, DC : Auteur.
- Bahredar, M. J., Asgharnejad Farid, A. A., Ghanizadeh, A., & Birashk, B. (2014). The Efficacy of Psycho-Educational Group Program on Medication Adherence and Global Functioning of Patients with Bipolar Disorder Type I. *International Journal of Community Based Nursing and Midwifery*, 2(1), 12–19.
- Berry, N., Lobban, F., Emsley, R., & Bucci, S. (2016). Acceptability of Interventions Delivered Online and Through Mobile Phones for People Who Experience Severe Mental Health Problems: A Systematic Review. *Journal of medical internet research*, 18(5), e121. doi: 10.2196/jmir.5250
- Bourgeois, M.-L., Gay, C., Henry, C., & Masson, M. (2014). *Les troubles bipolaires*. Paris, France: Lavoisier.
- Bürli, C., Amstad, F., Schmucki, M. D., & Schibli, D. (2015). *Santé psychique en Suisse*. Repéré à <http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/14149/14714/index.html?lang=de>
- Carbou, N., Gueudry, V., Legendre, B., Le Villain, P., & Niel, M-C. (2005). Référentiel des soins infirmiers en santé mentale. Repéré à <http://serpsy.org/index.html>
- Corruble, E., & Hardy, P. (2003). Observance du traitement en psychiatrie. *Encyclopédie Medico-Chirurgicale*, Paris, France: Éditions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS.
- Depp, C. A., Moore, D. J., Patterson, T. L., Lebowitz, B. D., & Jeste, D. V. (2008). Psychosocial interventions and medication adherence in bipolar disorder. *Dialogues in clinical neuroscience*, 10(2), 239-250.
- 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, 272–276. doi:10.1016/j.jad.2009.03.018
- Eker, F., & Harkin, S. (2012). Effectiveness of six-week psychoeducation program on adherence of patients with bipolar affective disorder. *Journal of Affective Disorders*, 138(3), 409-416. doi: 10.1016/j.jad.2012.01.004
- Frydman, Y. (2013). *La Chronicité en psychiatrie*. Repéré à <http://psychiatrie.crupa.asso.fr>
- Guelfi, J.-D., & Caria, A. (2015). *Troubles Bipolaires* [Brochure]. Paris, France : Psycom.

- Harvey, A. G., Kaplan, K. A., & Soehner, A. (2015). Interventions for Sleep Disturbance in Bipolar Disorder. *Sleep Medicine Clinics*, 10(1), 101–105. doi.org/10.1016/j.jsmc.2014.11.005
- Hasler, G., Preisig, M., Müller, T., Holsboer-Trachsler, E., Conus, P., Aubry, M-J., & Greil, W. (2011). Recommandations thérapeutiques relatives aux troubles bipolaires. *Swiss Medical Forum*, 11(18), 308-313.
- Journées nationales de psychothérapie institutionnelle, Delion, P., & Association culturelle en santé mentale (Angers). (2004). *La chronicité en psychiatrie aujourd'hui: historicité et institution*. Ramonville Saint-Agne, France : Erès.
- Khazaal, Y., Preisig, M., & Zullino, D. F. (2006). Psychoéducation et traitement cognitifs et comportementaux de trouble bipolaire. *Santé Mentale au Québec*, 31(1), 125-143. doi: 10.7202/013689ar
- Laakso, L. J. (2012). Motivational interviewing: addressing ambivalence to improve medication adherence in patients with bipolar disorder. *Issues in Mental Health Nursing*, 33(1), 8-14. doi: 10.3109/01612840.2011.618238
- Lahera, G., Benito, A., Montes, J. M., Fernández-Liria, A., Olbert, C. M., & Penn, D. L. (2013). Social cognition and interaction training (SCIT) for outpatients with bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*, 146(1), 132-136. doi: 10.1016/j.jad.2012.06.032
- Lamouroux, A., Magnan, A., & Vervloet, D. (2005). Compliance, observance ou adhésion thérapeutique : de quoi parlons-nous ? *Revue des maladies respiratoires*, 22(1), 31-34. doi : RMR-02-2005-22-1-0761-8425-101019-200512218
- Lauder, S., Chester, A., Castle, D., Dodd, S., Gliddon, E., Berk, L., Chamberlain, J., Klein, B., Gilbert, M., Austin, D. W., & Berk, M. (2015). A randomized head to head trial of MoodSwings.net.au: An internet based self-help program for bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*, 171, 13–21. doi:10.1016/j.jad.2014.08.008
- Leclerc, E., Mansur, R. B., & Brietzke, E. (2013). Determinants of adherence to treatment in bipolar disorder: a comprehensive review. *Journal of Affective Disorders*, 149(1-3), 247-252. doi: 10.1016/j.jad.2013.01.036
- McKenzie, K., & Chang, Y-P. (2015). The effect of Nurse-Led Motivational Interviewing on Medication in Patients with Bipolar Disorder. *Perspectives in Psychiatric Care*, 51(1), 36-44. doi: 10.1111/ppc.12060

- Narasimhan, M., Hardeman, S., & Johnson, A-M. (2011). Nonadherence in mood disorders: A formidable challenge in clinical practice. *Asian Journal of Psychiatry*, 4(1), 22-25. doi:10.1016/j.ajp.2010.10.005
- Office fédéral de la statistique. (2014). *Communiqué de presse*. Repéré à <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/14/22/press.html?pressID=9820>
- Organisation Mondiale de la Santé (2008). *Maladies chroniques*. Repéré à <http://www.who.int/fr/>
- Organisation Mondiale de la Santé (2013). The Ottawa Charter for Health Promotion. Repéré à <http://www.who.int/en/>
- Pender, N., Murdaugh, C., & Parsons, M. A. (Ed.). (2011). *Health Promotion in Nursing Practise* (6^{ème} éd.). Upper Saddle River, NJ : Pearson.
- Proudfoot, J. G., Jayawant, A., Whitton, A. E., Parker, G., Manicavasagar, V., Smith, M., & Nicholas, J. (2012). Mechanisms underpinning effective peer support : a qualitative analysis of interactions between expert peers and patients newly diagnosed with bipolar disorder. *BMC Psychiatry*, 12(196), 1-11. doi:10.1186/1471-244X-12-196
- Sajatovic, M., Levin, J., Tatsuoka, C., Micula-Gondek, W., Fuentes-Casiano, E., Bialko, C. S., & Cassidy, K. A. (2012). Six-month outcomes of customized adherence enhancement (CAE) therapy in bipolar disorder. *Bipolar Disorders*, 14(3), 291–300. doi.org/10.1111/j.1399-5618.2012.01010.x
- Schneider MP., Herzig L., Hampai D. H., & Bugnon O. (2013). Adhésion thérapeutique du patient chronique: des concepts a la prise en charge ambulatoire. *Revue médicale suisse*, 9(386), 1032-1036.
- Townsend, M. (2010). *Soins Infirmiers : psychiatrie et santé mentale* (2^{ème} éd., pp. 440-461). Saint-Laurent, Québec : Editions du Renouveau Pédagogique.
- Uchino, B. (2006). Social Support and Health: A Review of Physiological Processes Potentially Underlying Links to Disease Outcomes. *Journal of Behavioral Medicine*, 29 (4), 377-387. doi: 10.1007/s10865-006-9056-5
- van der Voort, T. Y. G., van Meijel, B., Goossens, P. J. J., Hoogendoorn, A. W., Draisma, S., Beekman, A., & Kupka, R. W. (2015). Collaborative care for patients with bipolar disorder: Randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, 206(5), 593-400. doi: 10.1192/bjp.bp.114.152520

Vargas-Huicochea, I., Huicochea, L., Berlanga, C., & Fresan, A. (2014). Taking or not taking medications: psychiatric treatment perceptions in patients diagnosed with bipolar disorder. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*, 39(6), 673-679. doi: 10.1111/jcpt.12210

Zschucke, E., Gaudlitz, K., & Ströhle, A. (2013). Exercise and Physical Activity in Mental Disorders: Clinical and Experimental Evidence. *Journal of Preventive Medicine and Public Health*, 46(1), S12–S21. <http://doi.org/10.3961/jpmph.2013.46.S.S12>