

**Travail de Bachelor**

**Familles et patients face à l'état maniaque dans les troubles  
bipolaires**

Les stratégies infirmières dans l'intégration de la famille pour prévenir les  
récidives

Revue de la littérature

Réalisé par : Studer Laetitia

Promotion : Bachelor 17

Sous la direction de : Eyholzer Sebastien

Lieu et date : Sion, le 6 juillet 2020

## Résumé

Contexte : classés dans les dix pathologies les plus invalidantes, les troubles bipolaires nécessitent une prise en charge conséquente. Ils touchent 80'000 personnes en Suisse et affectent la dynamique familiale. Ils ont des conséquences désastreuses sur la vie sociale et familiale. Le soutien familial est reconnu comme étant un facteur protecteur dans la prévention des rechutes.

But : l'objectif principal est d'exposer les différentes stratégies que les infirmières pourraient mettre en place ou améliorer, auprès des patients et des familles, pour diminuer le risque de rechute.

Méthode : la collecte s'est réalisée sur trois bases de données (CINHAL, PubMed, Embase). Neuf études primaires ont été retenues (sept qualitatives, deux quantitatives) datant de 2015 et 2020. Les critères d'inclusion ciblaient la population entre 30 et 50 ans, ayant une famille, souffrant du trouble bipolaire de type I et d'épisode maniaque.

Résultats : le patient et sa famille ont besoin d'identifier et de reconnaître les signes et symptômes annonciateurs d'un épisode maniaque. Une communication simple utilisant des exemples pratiques est attendue. Les familles ont besoin d'être impliquées et écoutées durant l'hospitalisation afin d'acquérir des techniques et compétences dans la communication. Des programmes intégrant les familles se sont avérés favorables.

Conclusion : la recherche des forces familiales est essentielle. Le rythme nuit/jour et la prise des médicaments est indispensable pour les patients bipolaires. Des progrès dans l'implication des familles peuvent être réalisés. De futures recherches doivent démontrer l'efficacité de ses interventions dans la baisse du nombre d'épisodes maniaques.

Mots clés : troubles bipolaires, manie, familles, stratégies infirmières, récides

## **Remerciements**

Je souhaite remercier Mr Sebastien Eyholzer, directeur de ma revue de la littérature pour son investissement, sa disponibilité, ses nombreux conseils ainsi que son soutien tout au long de l'élaboration de ce travail

Je remercie également toutes les personnes qui ont investi du temps dans la relecture de ce travail.

Pour finir, mes remerciements vont également à ma famille, amis et entourage pour le soutien et les encouragements qu'ils m'ont apportés lors de la rédaction de ce travail de Bachelor.

## Déclaration

Cette revue de la littérature a été réalisée dans le cadre de la formation Bachelor of Science HES-SO en Soins infirmiers à la Haute Ecole de Santé Valais Wallis (HEdS).

L'utilisation des résultats ainsi que les propositions pour la pratique et la recherche n'engagent que la responsabilité de son auteure et nullement les membres du jury ou la HES.

De plus l'auteure certifie avoir réalisé seule cette revue de la littérature.

L'auteure déclare également ne pas avoir plagié ou utilisé d'autres sources que celles indiquées dans la bibliographie et référencées selon les normes APA 6.0.

Lieu et date : Sion, le 6 juillet 2020

Studer Laetitia

Signature

## Table des matières

<b>1</b>	<b>Introduction.....</b>	<b>1</b>
1.1	La recherche en soins infirmiers .....	1
1.2	Problématique .....	2
1.3	Question de recherche et objectifs.....	4
<b>2</b>	<b>Cadre théorique .....</b>	<b>5</b>
2.1	L'humeur .....	5
2.2	Troubles de l'humeur .....	5
2.3	Les troubles bipolaires.....	6
2.3.1	Episode maniaque et trouble bipolaire de type I : critères de classification .	7
2.3.2	Etiologie.....	8
2.3.3	Manifestations de la manie .....	9
2.4	Traitements des troubles bipolaires .....	10
2.5	L'hospitalisation .....	11
2.6	Rôle infirmier et alliance thérapeutique .....	12
2.7	Famille et proche .....	13
2.8	Soins fondés sur les forces.....	14
<b>3</b>	<b>Méthode.....</b>	<b>17</b>
3.1	Devis de recherche.....	17
3.2	Collecte des données .....	17
3.3	Sélection des données .....	19
3.4	Considérations éthiques .....	20
3.5	Analyse des données .....	20
<b>4</b>	<b>Résultats .....</b>	<b>23</b>
4.1	Description de l'étude 1 .....	23
4.1.1	Validité méthodologique .....	24
4.1.2	Pertinence clinique et utilité pour la pratique professionnelle .....	24
4.2	Description de l'étude 2 .....	25
4.2.1	Validité méthodologique .....	26
4.2.2	Pertinence clinique et utilité pour la pratique professionnelle .....	26
4.3	Description de l'étude 3 .....	27
4.3.1	Validité méthodologique .....	28
4.3.2	Pertinence clinique et utilité pour la pratique professionnelle .....	28

4.4	Description de l'étude 4 .....	29
4.4.1	Validité méthodologique .....	30
4.4.2	Pertinence clinique et utilité pour la pratique professionnelle .....	30
4.5	Description de l'étude 5 .....	31
4.5.1	Validité méthodologique .....	32
4.5.2	Pertinence clinique et utilité pour la pratique professionnelle .....	32
4.6	Description de l'étude 6 .....	33
4.6.1	Validité méthodologique .....	34
4.6.2	Pertinence clinique et utilité pour la pratique professionnelle .....	34
4.7	Description de l'étude 7 .....	35
4.7.1	Validité méthodologique .....	36
4.7.2	Pertinence clinique et utilité pour la pratique professionnelle .....	36
4.8	Description de l'étude 8 .....	37
4.8.1	Validité méthodologique .....	38
4.8.2	Pertinence clinique et utilité pour la pratique professionnelle .....	38
4.9	Description de l'étude 9 .....	39
4.9.1	Validité méthodologique .....	40
4.9.2	Pertinence clinique et utilité pour la pratique professionnelle .....	40
4.10	Synthèse des principaux résultats .....	42
<b>5</b>	<b>Discussion .....</b>	<b>43</b>
5.1	Discussion des résultats .....	43
5.2	Discussion de la qualité et de la crédibilité des évidences .....	45
5.3	Limites et critiques de la revue de la littérature .....	46
<b>6</b>	<b>Conclusion .....</b>	<b>48</b>
6.1	Propositions pour la pratique .....	48
6.2	Propositions pour la formation .....	49
6.3	Propositions pour la recherche .....	50
<b>7</b>	<b>Références bibliographiques.....</b>	<b>51</b>
<b>8</b>	<b>Annexes .....</b>	<b>I</b>
	Annexe I : processus en spirale .....	I
	Annexe II : tableau des concepts .....	II
	Annexe III : équations de recherches .....	III
	Annexe IV: PRISMA 2009 Flow Diagram .....	IX

Annexe V : pyramide de preuve .....	X
Annexe VI : tableaux de recension des études.....	XI
Annexe VII : glossaire méthodologique .....	XX

### Liste des abréviations

ASFF	Approche de soins fondés sur les forces
BFCC	Bref programme de soins centrés sur la famille
HAS	Haute autorité de santé
MeSH	Medical Subjects Headings
OMS	Organisation mondiale de de la santé



## **1 Introduction**

Les troubles bipolaires représentent un enjeu de santé majeur en Suisse (Fondation fondamental Suisse, 2017). Ils sont considérés comme des pathologies hétérogènes et multifactorielles. Avec le temps, les troubles évoluent vers un handicap sévère s'associant à d'autres pathologies psychiatriques et somatiques si les stratégies thérapeutiques ne sont pas personnalisées et adaptées précocement. (Fondation fondamental Suisse, 2017)

Selon la Haute autorité de santé (HAS) (2015), entre le début de la maladie et l'instauration d'un traitement adéquat, il peut s'écouler 10 ans. Il est important pour le diagnostic de prendre en considération le caractère épisodique et la rupture avec le fonctionnement psychique.

La stabilisation des phases aiguës n'indique pas une guérison définitive. Les traitements et les thérapies instaurés servent à atténuer les dommages de chaque crise et à réduire les récidives. (Bureau et al., 2013, p. 116)

### **1.1 La recherche en soins infirmiers**

Selon Kozier (2012, p. 27), la pratique infirmière a dû évoluer et s'adapter aux différents progrès scientifiques, aux changements culturels mais également à l'avancement des technologies. La pratique s'est vue transformée en vue de la diversité des prestations et de la complexité des approches thérapeutiques. Les actions reposent davantage sur un savoir empirique.

La réalisation d'un travail de recherche favorise l'esprit critique, la formulation de questions et la participation à des activités intellectuelles dans le but d'en tirer des résultats pouvant servir à améliorer les pratiques cliniques (Fortin & Gagnon, 2016).

La recherche en soins infirmiers permet l'autonomisation de la profession et contribue à améliorer le niveau de santé des patients en proposant de nouvelles stratégies dans la prise en charge (Kozier et al., 2012).

## 1.2 Problématique

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS) (2019), les troubles bipolaires, figurant parmi les troubles mentaux, touchent 60 millions de personnes dans le monde. A l'échelle mondiale, la prévalence des troubles bipolaires, 1 à 2% de la population, se trouve ainsi fortement élevée (Santos & Charnay, 2017).

Selon une étude réalisée dans 11 pays d'Amérique, d'Europe, d'Asie et d'Afrique, une moyenne de prévalence de 1,2% a été estimée, allant de 0,1% au Nigeria à 3,3% aux Etats-Unis (Merikangas et al., 2011). L'étude affirme également que les troubles bipolaires ont des répercussions sur d'autres troubles mentaux, plus spécifiquement ceux liés aux substances (alcools, drogues, médicaments...).

En France, les troubles bipolaires touchent environ 1,3 millions de personne soit 1 à 2,5% de la population. Ces troubles apparaissent entre 15 et 25 ans majoritairement et durent toute la vie. C'est une maladie mentale chronique qui affecte la vie quotidienne. (Fondation Fondamental, 2016)

En 2012, au Québec, sur une période calculée de 12 mois, 1,1% de la population âgée de plus de 15 ans et plus ont souffert de troubles bipolaires (Santé et Services sociaux Québec, 2018). En effet, l'apparition des troubles se fait généralement à l'adolescence ou à l'âge adulte (Jann, 2014).

En Suisse, cette maladie qui se manifeste par des variations de l'humeur, touche 80'000 personnes (Fondation fondamental Suisse, 2017). Les troubles bipolaires sont pénalisés par le retard et la durée du diagnostic. En effet, selon Buhler (2019), ils sont encore sous-diagnostiqués dans les pays d'Europe. Il faut au moins 10 ans et quatre à cinq avis médicaux avant que les troubles ne soient correctement identifiés.

Les troubles bipolaires, dont on trouve leurs premières descriptions dans l'antiquité, sont une perturbation de l'humeur récurrente. C'est une affection fréquente dans le monde entier. Ils se manifestent sous de formes variées et trompeuses (type I et type II). Considérés comme la 6ème cause de handicap dans le monde, ils sont source des problèmes psychologiques et socioprofessionnels délétères. Majoritairement, les troubles se manifestent par l'apparition d'épisodes maniaques et dépressifs. (Mirabel-Sarron, Leygnac-Solignac, & Rouillon, 2015) La première étape de la reconnaissance des troubles reste l'examen des antécédents, des signes de manie ou d'hypomanie lors de l'analyse des symptômes (Jann, 2014).

L'euphorie et la tristesse sont des phénomènes extrêmes de la maladie mentale mais restent néanmoins des expériences émotionnelles de la vie humaine. Dans les troubles bipolaires, qu'il s'agisse de la manie ou de la dépression, ces émotions submergent les patients et leurs capacités d'action. Lorsque l'euphorie fait perdre le contact avec la réalité, elle se transforme en manie et devient incapacitante. C'est une phase aiguë de la maladie. (Bureau et al., 2013, p. 97) Les sphères professionnelles, relationnelles ou psychosociales vont être affectées par la manie due à l'expression d'une humeur irritable élevée (Zinder-Jeheber & Martin, 2016, p. 13).

La prise en charge thérapeutique, au-delà d'un traitement de la phase aiguë, est de prévenir la récive. Elle offre au patient de retrouver une qualité de vie optimale. (Mirabel-Sarron et al., 2015)

Le plus souvent, les hospitalisations en milieux psychiatrique se font librement. C'est-à-dire que le patient est capable de discernement et consentant aux soins. Un membre de la famille peut faire une demande si la pathologie psychiatrique rend le patient incapable de discernement et quand des soins s'imposent. Dans les troubles bipolaires et plus particulièrement dans la manie, le patient perd souvent sa capacité de discernement à cause des symptômes (qui seront repris plus loin) et des effets secondaires médicamenteux. L'équipe infirmière est un maillon important dans la chaine de la prise en charge. (Prudhomme, Jeanmougin, & Duffet, 2009)

Le rôle infirmier en psychiatrie est de soutenir le patient pour passer de son état de malade (souffrance, fragilité, dépendance) à un état d'autonomie et de consolidation (Merkling, 2017, p. 87). Il laisse place à l'autonomie dans les actions et à la prise d'initiative, ce qui demande au patient d'exploiter ses propres ressources (Merkling, 2017, p. 87). La majorité des traitements consiste à atténuer les dommages et prévenir la répétition des crises et de ce fait, d'éviter de nouvelles hospitalisations (Bureau et al., 2013, p. 116).

Pour aider le patient bipolaire, le soutien de sa famille est important. Le dynamisme familial et leurs attitudes peuvent jouer un rôle crucial. Les interventions proposées aux familles doivent comprendre un apprentissage de la maladie. (Townsend & Clavet, 2010, p. 443) Des études ont révélé qu'une psychoéducation familiale pouvait considérablement réduire le nombre de rechutes (Miklowitz et al 2003 comme cité par Townsend & Clavet, 2010, p. 443).

Un travail quant à la prévention de la rechute lors de crises bipolaires à répétition est primordial. Du moment que le patient bipolaire a pris conscience de sa maladie et pris connaissance de son fonctionnement il doit s'observer et reconnaître les signes de

rechutes. Le soutien de la famille est un facteur protecteur dans le risque de rechute. (Zinder-Jeheber & Martin, 2016)

### **1.3 Question de recherche et objectifs**

Cette revue de la littérature s'intéresse de connaître les stratégies à apporter aux familles des patients atteints de manie dans le contexte de troubles bipolaires. L'infirmière, actrice principale de la prise en charge en hospitalisation, étant auprès du patient 24h/24H, pourra alors informer et soutenir les proches du patient malade. Ces différentes actions amèneront à prévenir le risque de récides des phases maniaques.

De ce fait, la question de cette revue s'intitule :

*Quelles stratégies l'infirmière en milieu hospitalier peut-elle proposer aux patients atteints de troubles bipolaires et à leurs familles, pour diminuer le risque de récide d'une phase maniaque ?*

Dans ce travail, la population concernée sera composée d'hommes et de femmes, entre 30 et 50 ans, ayant construit une famille. Par conséquent, tout l'entourage familial sera touché par chaque hospitalisation. Selon la Revue médicale Suisse (2004), les membres de la famille sont les premiers acteurs intervenant dans la prise en charge des rechutes des troubles.

Les objectifs de cette revue sont les suivants :

- Cibler les principales actions que les familles pourraient effectuer auprès du patient malade
- Faire émerger la place de l'infirmière dans la prise en charge du patient et sa famille
- Identifier des stratégies et des pistes d'amélioration de la prévention des rechutes
- Concevoir de nouvelles interventions pratiques dans les établissements de soins

## **2 Cadre théorique**

Dans cette section « cadre théorique » \*, différents concepts\* seront abordés afin de favoriser la compréhension de la thématique traitée dans cette revue de la littérature. Ils permettront une meilleure analyse de la question de recherche et d'une meilleure interprétation des résultats trouvés. Les troubles bipolaires (classification et types) et tout particulièrement le type I, la manie (symptômes, traitements), la prise en charge infirmière et l'alliance thérapeutique seront ainsi décrits.

### **2.1 L'humeur**

L'humeur est à proprement définie comme étant un état d'âme agréable ou désagréable (Bourgeois, 2006). Son étymologie latine « umor » désigne un liquide, une substance sécrétée par un organe vivant, humain ou animal. Elle oscille entre deux extrêmes, le pôle du plaisir et celui de la douleur. (Bourgeois, 2006)

Allant de la joie à la tristesse, elle s'étend sur une grande palette d'états affectifs et se définit alors comme une émotion durable et une disposition affective fondamentale. Elle est considérée normale lorsque qu'elle se trouve en concordance avec le contexte environnemental et l'événement vécu. (Guichard & Excoffier, 2018, p. 35) Chez des sujets indemnes de troubles, les changements resteront limités dans leur durée, leur amplitude lors de bonnes ou mauvaises nouvelles. La frontière entre une humeur pathologique et normale n'est pas évidente. (Guichard & Excoffier, 2018, p. 35,36)

### **2.2 Troubles de l'humeur**

Selon l'étude de Houinato et al. (2014), les troubles de l'humeur occupent une place importante dans la catégories des troubles mentaux. Lors d'une atteinte d'un trouble de l'humeur, les émotions négatives sont ressenties pendant plus longtemps que la majorité des individus et plus intensément. Cette perte de maîtrise des émotions extrêmes nuit à la santé physique, mentale et peut rendre difficile de remplir des obligations familiales, sociales et professionnelles. (Gouvernement du Québec, 2020)

Les troubles de l'humeur se divisent en deux grands groupes : les troubles dépressifs et les troubles bipolaires. Leurs perturbations se caractérisent par un syndrome maniaque ou par un syndrome dépressif. Il existe aussi d'autres troubles de l'humeur liés à une substance, à une affection médicale ou à une dépression. Cette revue de la littérature développera les troubles bipolaires et plus particulièrement la phase maniaque. (Townsend & Clavet, 2010,

p. 418) De plus, les troubles de l'humeur sont des états émotifs qui durent et qui peuvent causer une souffrance intolérable (Bureau et al., 2013, p. 96).

### **2.3 Les troubles bipolaires**

Décrits depuis l'antiquité et anciennement appelés « psychose maniaco-dépressive », les troubles bipolaires n'ont cessés d'évoluer au cours du temps (Lalonde & Pinard, 2016, p. 373). C'est au 19<sup>ème</sup> siècle que l'on a considéré l'alternance d'épisodes maniaques et dépressifs comme une seule et même maladie mentale. C'est au psychiatre allemand, Emil Kraepelin que revient la plus grande avancée dans la classification de la maladie. (Lalonde & Pinard, 2016, p. 373) Il différencie la folie maniaco-dépressive qui englobe les troubles bipolaires de la démence précoce qui deviendra la schizophrénie.

Depuis 1980, la définition des troubles bipolaires a beaucoup été critiquée par des auteurs, mais son évolution se fait vers un élargissement du concept en distinguant le trouble unipolaire (dépressif) des troubles bipolaires (maniaco-dépressif) (Lalonde & Pinard, 2016, p. 373). C'est une maladie récidivante qui implique de nombreuses conséquences sur divers plans de la vie du malade. En plus de toucher la vie privée, professionnelle et sociale, les troubles provoquent une grande souffrance et détresse au sein des membres de la famille. (Revue d'information sociale, 2013)

Il existe trois axes dans les troubles bipolaires qui se classent par ordre de gravité allant de la cyclothymie, au trouble de type I et type II (Bureau et al., 2013, p. 102). Cette revue s'intéresse alors au trouble bipolaire de type I qui alterne épisodes maniaques et dépressifs majeurs et plus particulièrement l'épisode maniaque.

C'est à l'âge adulte, entre 18 et 24 que le premier épisode survient le plus souvent. Il est possible que les troubles se manifestent dès l'enfance ou plus tard dans la vie. (Guichard & Excoffier, 2018, p. 13) Ils affectent autant les femmes que les hommes et évoluent chroniquement et progressivement (Guichard & Excoffier, 2018, p. 13,14).

Les troubles anxieux, les troubles de la personnalité, les troubles de l'hyperactivité avec déficit de l'attention et la toxicomanie sont souvent associés aux troubles bipolaires (National Institute for Health and Care Excellence, 2019).

Selon le livre de classification internationale des troubles mentaux et troubles du comportement CIM-10 (OMS, 1994, p. 72) , les troubles de l'humeur sont classés en différentes rubriques : épisode maniaque, trouble affectif bipolaire, épisode dépressif simple ou récurrent, troubles de l'humeur persistants, autres troubles et ceux sans précision.

Dans le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux DSM-5, ils sont classés dans la section « troubles bipolaires et apparentés » où le trouble bipolaire de type I, de type II et le trouble cyclothymique, ceux liés à des substances, affections médicales ou autres (spécifique ou non spécifique) sont expliqués. (Crocq & Guelfi, 2016, p. 145)

Tous les critères proposés ont un but commun : adoption d'un même langage même s'ils présentent des terminologies différentes concernant les troubles bipolaires. Le CIM-10 utilise le terme « trouble affectif bipolaire » et le DSM-5 « troubles bipolaires ». La grande différence se trouve sur la fréquence des manifestations des épisodes pour diagnostiquer les troubles. Le CIM-10 se base sur deux épisodes face à un seul pour le DSM-5. (Zinder-Jeheber & Martin, 2016)

Pour être diagnostiqué dans la catégorie de type I, il faut que la survenance soit de l'épisode dépressif ou soit de l'épisode maniaque ne puisse être mieux expliquée par un autre trouble psychotique spécifique (Crocq & Guelfi, 2016, p. 148). Bien que les patients aient des épisodes dépressifs, ils ne sont pas obligatoires dans les critères.

### **2.3.1 Episode maniaque et trouble bipolaire de type I : critères de classification**

C'est dans le trouble bipolaire de type I que l'épisode maniaque intervient. Un épisode maniaque est une période délimitée, durant laquelle l'humeur est particulièrement élevée. Pendant une période d'au moins 1 semaine, presque tous les jours, la personne sera irritable de façon anormale, avec une augmentation de l'activité et un niveau d'énergie anormal. (Crocq & Guelfi, 2016, p. 149,150)

L'épisode maniaque peut précéder ou succéder à des épisodes hypomaniaques ou dépressifs (Crocq & Guelfi, 2016, p. 145). Voici les critères de l'épisode maniaque dans le trouble bipolaire de type I (Crocq & Guelfi, 2016, p. 146) :

- A. Une période qui se doit d'être délimitée durant laquelle l'humeur est élevée de façon persistante et anormale, avec une augmentation de l'activité vers un but précis, durant presque tous les jours, pendant au moins une semaine ou d'une durée indéterminée si une hospitalisation s'avère nécessaire
- B. Au cours de cette période d'augmentation de l'énergie et de perturbation de l'humeur, au moins 3 symptômes suivants sont présents avec une forte intensité et montrant des changements de comportement :
  - a. Augmentation de l'estime de soi ou folie des grandeurs

- b. Réduction du besoin de sommeil
  - c. Plus grande communicabilité ou désir constant de parler
  - d. Fuites d'idées et sensation des pensées défilantes
  - e. Distractibilité
  - f. Augmentation d'une activité menée vers un but précis
  - g. Engagements excessifs dans des activités à potentiel élevé de conséquences dommageables
- C. La perturbation de l'humeur est qualifiée d'assez grave pour entraîner des perturbations dans l'exercice social, professionnel ou pour nécessiter une hospitalisation pour éviter des conséquences sur l'entourage car des symptômes psychotiques sont présents
- D. L'épisode n'est pas défini par l'effet de substances prises ou par une autre affection médicale

### **2.3.2 Etiologie**

Les causes des troubles bipolaires et leur identification constituent un défi de taille (Lalonde & Pinard, 2016, p. 374). Plusieurs facteurs ont été identifiés dont les facteurs génétiques/biologiques, biochimiques, et psychosociaux (Lalonde & Pinard, 2016, p. 374; Townsend & Clavet, 2010, p. 440).

Concernant les facteurs génétiques, une étude menée auprès des jumeaux a révélé que si l'un des jumeaux monozygotes est atteint de troubles bipolaires, le deuxième 60-80% de risque de l'avoir aussi (Harvard Medical School, 2001 comme cité par Townsend & Clavet, 2010, p. 440). D'autres études menées auprès des familles démontrent que si l'un des parents est atteint de troubles bipolaires, il y a 28% de risque que son enfant en souffre. Ce risque double si les deux parents sont malades. (Dubovsky, Davies et Dubovsky, 2003, comme cité par Townsend & Clavet, 2010, p. 440) Ces chiffres prouvent que les gènes ont un rôle important. La découverte de marqueurs biologiques permettrait d'identifier les personnes à risques.

Lors des phases du troubles (manie ou dépression), il est mis en évidence que les taux de certaines substances chimiques varient. Par exemple, lors de la manie, la noradrénaline et



la dopamine sont en excès. L'hypothèse qu'il existe un dérèglement des systèmes monoaminergiques dans la physiopathologie des troubles bipolaires est émise (Goodwin et Jamison, 2007 comme cité par Lalonde & Pinard, 2016, p. 375). Des anomalies dans le fonctionnement de la membrane cellulaire pourraient être la cause du taux intracellulaire accru de sodium et de calcium. (Lalonde & Pinard, 2016; Townsend & Clavet, 2010)

Un événement de vie peut contribuer au déclenchement d'un épisode maniaque. Les données concernant ces facteurs sont limitées mais concernent le plus souvent des événements stressants subi dans l'enfance (abus de tous ordres/ négligences). (Lalonde & Pinard, 2016, p. 376)

### **2.3.3 Manifestations de la manie**

Dans la période de phase maniaque, nommée la manie, plusieurs signes d'humeur seront significatifs. La personne atteinte sera submergée par les événements avec une humeur extrêmement active, très irritable et d'euphorie. Le comportement d'une personne dans un épisode maniaque sera différent d'une personne jugée à comportement normal. Des individus étant très énergiques de nature peuvent présenter ce type de manifestations dans leur quotidien mais ils réussissent à maintenir le contrôle sur leurs comportements, au contraire des personnes atteintes des troubles qui ne les maîtrisent plus. (Le bipolaire, 2017)

De plus, la manie est parfois décrite comme étant un orgasme constant. Ce qui signifie que la personne atteinte ressent un plaisir vif à effectuer toutes les activités dans laquelle elle s'engage, recherchant ses limites constamment. Plans grandioses, comportements sexuels exagérés, débit de parole accéléré, idées fuyantes font également partie des manifestations typiques. (Bureau et al., 2013, p. 100)

Les principales dimensions sont de l'énergie excessive et un grand gain de confiance en soi. À force, les personnes s'épuiseront et peuvent risquer de sombrer dans l'autre pôle : la dépression (Benny et al., 2016, p. 134,135).

La manie peut également être présentée sous deux formes différentes. Dans la manie aiguë, les symptômes se caractérisent par l'euphorie et l'allégresse. La personne semble constamment de bonne humeur mais elle peut se montre rapidement colérique et irritable. La manie délirante est une forme grave de manie et se présente par une obnubilation de la conscience, qui correspond à une amplification des symptômes de la manie aiguë. Elle peut être accompagnée de confusion, d'hallucinations, de désorientation, de persécution jusqu'à de la stupéfaction. (Townsend & Clavet, 2010, p. 444,445)

## 2.4 Traitements des troubles bipolaires

Le traitement, qu'il soit pharmacologique ou non, tend à prévenir les complications de la maladie (Zinder-Jeheber & Martin, 2016, p. 36). La médication est la base du traitement continu et soutenu des troubles bipolaires. Le lithium, thymorégulateur ou stabilisateur de l'humeur est le médicament le plus ancien. C'est une substance alcaline qui se retrouve dans le corps humain, dans certaines plantes et minéraux. (Evans & Wasmer Andrews, 2012, p. 83) Actuellement, le lithium est toujours prescrit mais d'autres traitements s'y sont joints : stabilisateurs de l'humeur, antidépresseurs et antipsychotiques (Evans & Wasmer Andrews, 2012; Zinder-Jeheber & Martin, 2016).

Le traitement s'adapte à la phase que vit le patient (dépression ou manie) (Benny et al., 2016, p. 157). Certains neuroleptiques atypiques (EX : Seroquel, Zyprexa), les sels de lithium et certains anticonvulsivants sont utilisés lors des épisodes maniaques.

Dans un épisode de manie, il est souvent prescrit des antipsychotiques atypiques pour une action rapide et sédatrice et une facilité d'utilisation (Lalonde & Pinard, 2016, p. 387). Les stabilisateurs de l'humeur et les antipsychotiques sont les plus utilisés dans la manie (Santé Romande, 2012).

Selon Zinder-Jeheber et Martin (2016, p. 37,38), les anxiolytiques, antipsychotiques et neuroleptiques classiques sont nécessaires lors d'épisodes maniaques, associés aux stabilisateurs d'humeur. Ils ont comme but de diminuer les comportements à risques, de retrouver une tranquillité, de réduire l'agitation psychique et motrice, de diminuer les hallucinations et délires ainsi que de rétablir le rythme du sommeil. Ces médicaments ont de nombreux effets secondaires dont une prise de poids, une bouche sèche, des troubles digestifs et du sommeil et de la fatigue. (Zinder-Jeheber & Martin, 2016, p. 38)

Parmi les traitements non-pharmacologiques, trois formes de thérapies sont distinguées : psychothérapie, psychoéducation et interventions sociales. Les psychothérapies (cognitivo-comportementales ou interpersonnelles) servent à améliorer la stabilité de l'humeur, à prévenir les rechutes surtout dans l'état dépressif. Ces thérapies sont limitées dans le temps. (Lalonde & Pinard, 2016, p. 389)

La psychoéducation, plus adaptée auprès des patients dans la gestion de leurs troubles, est une attitude pédagogique et emphatique mais également une manière d'intervenir. Elle cherche à donner aux patients la co-responsabilité de son rétablissement par une bonne connaissance des différentes facettes de leurs maladies. (Lalonde & Pinard, 2016, p. 389).

De plus, le fait de réaliser les sessions de psychoéducation en groupe permet aux patients et à sa famille de partager leurs expériences et d'avoir des discussions au sujet des renseignements fournis par les cliniciens animateurs de ces groupes (Lalonde & Pinard, 2016, p. 390).

Sur du long terme, il faut offrir aux patients une intervention psychologique structurée, sous forme individuelle, de groupe ou familiale. Elles sont organisées dans l'unique but de prévenir la rechute ou si le patient présente des symptômes persistants. (National Institute for Health and Care Excellence, 2019)

## **2.5 L'hospitalisation**

Il est essentiel, avant d'envisager une quelconque hospitalisation, de rechercher le consentement du patient sauf en cas d'altération de sa capacité de discernement. Si ce n'est pas le cas, elle peut être envisagée à la demande d'un tiers quand les soins s'imposent du fait de sa pathologie psychiatrique. (Lalonde & Pinard, 2016, p. 15) En comparaison avec les autres pays, la Suisse a l'un des plus hauts pourcentage de placements forcés dans les établissements psychiatriques (Association humanrights, 2017).

Selon le code civil Suisse, une personne peut être placée lorsque l'assistance nécessaire et le traitement ne peuvent être fournis d'une autre manière. Le patient ou l'un de ses proches peuvent demander la libération à tout moment et la décision doit être prise sans délai. Le patient peut être retenu pendant trois jours. (Confédération Suisse, 2020) En Valais, la notion de « placement à des fins d'assistance » est considérée comme une mesure de protection différente de la curatelle. Contre son gré, ce placement cherche à protéger la personne et de lui fournir les soins dont elle a besoin afin de retrouver son autonomie (Canton du Valais, 2020). Le placement est ordonné en raison d'un trouble psychique pour lequel des traitements et une assistance nécessaire doivent obligatoirement être prodigués dans un établissement psychiatrique. Il est ordonné pour une durée indéterminée et ne peut dépasser les six semaines. (Canton du Valais, 2020)

L'hospitalisation libre, considérée comme le mode habituel, signifie que le patient est consentant et signe lui-même sa demande d'admission. Lors d'une hospitalisation à la demande d'un tiers, le consentement est rendu impossible en fonctions des troubles mentaux . (Prudhomme et al., 2009, p. 16,17)

L'hospitalisation libre est privilégiée car la non-reconnaissance de la pathologie du maladie ainsi que la gravité des symptômes peuvent amener à des soins sous contraintes (HAS, 2015). La HAS (2015) envisage d'hospitaliser les patients s'ils présentent les critères

suivants : un isolement social et familial, un épuisement des proches, un risque suicidaire élevé, un épisode maniaque, une agitation violente, des troubles du comportement majeurs.

Aujourd'hui, l'hospitalisation psychiatrique révèle deux fonctions assez similaires des asiles de l'époque de Louis XIV. : la protection du malade et le maintien de la sécurité publique. Lors du séjour hospitalier, de nombreux enjeux éthiques sont présents. Le patient, vulnérable, doit voir sa responsabilité individuelle respectée et il faut éviter de l'infantiliser. (Benny et al., 2016, p. 433)

## **2.6 Rôle infirmier et alliance thérapeutique**

Le rôle de l'infirmière en psychiatrie n'est ni un modèle impératif ni un modèle exclusif mais repose sur des initiatives et de l'autonomie (Merkling, 2017, p. 87,88). Les soins destinés aux personnes atteintes de troubles psychiatriques tels que les troubles bipolaires sont avant tout des soins globaux et non uniquement relationnels (Prudhomme et al., 2009, p. 29). Afin de diminuer la souffrance psychique de la personne et de rétablir l'intégrité physique, les soins infirmiers aideraient la personne malade à comprendre les difficultés qu'elle rencontre et lui donnent des moyens de vivre avec (Prudhomme et al., 2009, p. 29).

Il est important de retenir que les soins en psychiatrie ne sont pas tournés vers un symptôme, une maladie mais vers une personne en situation de crise, en détresse psychologique. Il est du rôle du soignant de récolter une multitude d'informations afin d'enrichir la connaissance de la personne avec tact, finesse et respect. (Prudhomme et al., 2009, p. 31)

Pour des soins efficaces, la confiance en soi de l'infirmière doit résulter de son savoir professionnel acquis, de son expérience et de sa capacité à intégrer le tout avec la famille et le patient. La confiance doit être réciproque. (Townsend & Clavet, 2010, p. 114)

Hildegard Peplau, théoricienne en soins infirmiers, explique qu'il est essentiel que l'infirmière en santé mentale ait des connaissances fondamentales dans les techniques de thérapies de conseil (Peplau, H.E., 1962 comme cité par Townsend & Clavet, 2010, p. 112). Elle va acquérir des compétences au fil d'un apprentissage supervisé qui lui permettra d'offrir des thérapies aux patients et à sa famille.

Avant tout, l'infirmière doit créer une alliance thérapeutique en faisant connaissance avec le patient selon les quatre dimensions (bio-psycho-socio-spirituelle) (Townsend & Clavet, 2010, p. 114). Elle se construit entre deux personnes en partageant des sentiments basés sur l'acceptation de l'autre, la chaleur, la gentillesse, la rigueur, la conscience

professionnelle, l'absence de jugement moral, des intérêts communs partagés et surtout de la confiance. Pour créer ce lien, il est recommandé de parler de sujets autres que la santé et la maladie. (Townsend & Clavet, 2010, p. 114) L'alliance thérapeutique demande à l'infirmière de mettre en évidence certains attributs : la confiance, l'engagement, la négociation et l'accompagnement (Argenty, 2016, p. 41).

Lors d'épisodes maniaques, l'infirmière doit se comporter de façon ferme et chaleureuse avec le patient. Des limites doivent être pourtant posées, dues à son comportement excessif mais elles peuvent entraîner de l'irritabilité, de la colère voir même de l'agressivité. Il faut savoir poser ces limites de façon non-agressive et progressivement. L'infirmière doit s'assurer discrètement et de façon régulière que le patient adopte un comportement adapté auprès des autres patients. Afin de contribuer au bien-être du patient, elle doit s'assurer des besoins physiques : alimentation, sommeil et repos. En l'aidant dans cette recherche du mieux-être, une alliance pourra se créer. (Townsend & Clavet, 2010, p. 453)

## **2.7 Famille et proche**

Le Conseil International des Infirmières décrit la famille comme étant « une unité sociale composée de membres liés par le sang, la parenté, les relations légales ou sentimentales » (International Council of Nurses, 2006, p. 9).

La famille peut être aussi considérée comme étant un groupe de personnes unies par différents liens : sentiment d'appartenance à un groupe, liens affectifs profonds, désir vif de participer à la vie de chacun des membres (Wright, L.M., Watson, W.L., et Bell, J.M., 1996 cité par Townsend & Clavet, 2010, p. 173).

Il est conseillé que les proches, membres de la famille, soient intégrés dans la prise en charge et associés au soutien social, parce que le patient sera amené à rejoindre le domicile, la plupart du temps, après l'hospitalisation (Prudhomme et al., 2009, p. 37). Les soignants chercheront à faire connaissance avec la famille et à établir une relation de confiance. La famille se retrouve souvent avec un sentiment de culpabilité et de la souffrance d'avoir hospitalisé le proche en psychiatrie. Il est préférable que la famille soit soutenue par le soignant et celui-ci devra s'efforcer de garder une position neutre lors de conflits. Dès le début de l'hospitalisation, la famille sera intégrée autant que possible dans le projet thérapeutique afin que toutes les informations puissent lui être transmises. (Prudhomme et al., 2009, p. 37)

Lors de l'hospitalisation, la famille pourra être invitée, elle aussi, à participer à des séances de psychoéducation. Lors de celle-ci, elle va pouvoir acquérir davantage de connaissances

sur la pathologie, afin d'accompagner le patient dans la gestion de ses symptômes. A travers cette approche, le personnel soignant cherche à amener la famille, découragée et révoltée, à une position de collaboration active. (Guichard & Excoffier, 2018, p. 317) Ainsi, en reconnaissant l'apparition de certains signes et caractères excessifs du comportement de son proche, la famille tentera de lui faire comprendre qu'il se trouve potentiellement dans une phase rechute, et tentera de lui en faire prendre conscience (Guichard & Excoffier, 2018, p. 318).

La famille, à condition qu'elle vive dans le même domicile et qu'elle soit en mesure de repérer les signes annonciateurs d'une récidive, est mieux placée que quiconque pour observer l'humeur ainsi que le comportement du patient. Un entourage averti et informé pourra repérer d'éventuels signes annonciateurs d'une récidive. Il faudra alerter le patient si celui-ci ne prend pas conscience de ce qui est en train d'arriver. (Guichard & Excoffier, 2018, p. 30)

Le traitement psychopharmacologique est la première méthode pour stabiliser un patient en case de crise aiguë. En intégrant la famille dans les interventions, elle pourra aider à reconnaître les symptômes et événements déclencheurs et comprendre la vulnérabilité du patient lors de la crise. L'attitude de la famille, ainsi que sa dynamique peuvent jouer un rôle crucial dans le rétablissement. (Townsend & Clavet, 2010, p. 443)

## **2.8 Soins fondés sur les forces**

Cette approche de soins holistiques fondés sur les forces (ASFF), se concentre sur ce qui fonctionne bien, sur les ressources dont le patient dispose. C'est une reconceptualisation du terme « caring », c'est-à-dire des soins donnés à un être humain dans une vision holistique. L'infirmière, en sollicitant la famille, aide le patient à composer avec la situation, à permettre de continuer de s'épanouir, de se transformer et à de développer. Pour cela, elle doit cibler la personne dans son humanité et intégrité en s'intéressant au patient selon quatre dimensions : biologique, psychologique, sociale et spirituelle. (Gottlieb & Gottlieb, 2014, p. 2)

Afin de les accompagner au mieux dans cette approche, l'infirmière et les autres professionnels de la santé se doivent d'avoir une bonne connaissance du patient et de sa famille en évaluant également le contexte dans lequel ils évoluent et en apprenant à connaître leur histoire. L'ASFF vise à mettre en relation quatre approches : le mouvement d'autonomisation, les soins centrés sur la personne, le partenariat de collaboration et la promotion et prévention de la santé. Ces approches qui placent la personne au tout premier

rang et qui répondent à ses besoins cherchent à créer un système de soins de santé plus humain. (Gottlieb & Gottlieb, 2014, p. 17,25)

Quand les infirmières visent sur les forces des patients, elles créent des conditions favorables qui soutiennent la santé intrinsèque et ses processus naturels de guérison (Gottlieb & Gottlieb, 2014, p. 31). Un modèle a été créé pour guider cette pratique par Gottlieb (2014). Il contient 4 phases : explorer et faire connaissance, focaliser, exécuter et réviser. Dans chaque phase, chacun des partenaires (infirmière, patient, famille) assume une activité majeure et un rôle précis (Annexe I).

Dans la première étape, on cherchera à explorer les préoccupations de la personne, à apprendre à la connaître, elle et sa famille (Gottlieb & Gottlieb, 2014, p. 353). L'infirmière réalise une collecte de données à la découverte des faiblesses et des déficits, mais également des forces qui peuvent aider le patient à composer avec sa situation. Chaque famille a des forces dans certains domaines et il incombe à l'infirmière de les découvrir, de les observer. En réalisant un génogramme par exemple, elle pourra déceler les forces individuelles et familiales. Le soutien est un facteur déterminant de la guérison et une ressource cruciale pour les patients. (Gottlieb & Gottlieb, 2014, p. 364,370)

Lors de la deuxième étape, il s'agira de focaliser, c'est-à-dire que le patient et l'infirmière devront établir des priorités et fixer des objectifs. Cette étape se fera en prenant en compte les forces nécessaires au patient pour atteindre son but précis. Lorsque le patient et l'infirmière se sont mis d'accord sur les buts à atteindre et les forces recommandées et que le patient est prêt, alors ils peuvent aborder la troisième étape qui est l'exécution. (Gottlieb & Gottlieb, 2014, p. 375 à 379)

Lors de celle-ci, le patient va apprendre à composer avec son problème. C'est l'étape de la mise en œuvre du plan d'action, préparé lors de la deuxième étape. Le patient sera amené à acquérir de nouvelles habiletés, à chercher des informations et ainsi avoir de nouvelles capacités. Il est nécessaire que le patient et sa famille se trouve dans un environnement empathique, protecteur, stimulant et chaleureux. Trois choses seront nécessaires à l'intérieur même de l'étape : étudier les autres solutions possibles, élaborer un plan d'action provisoire et formuler un plan d'action conjoint. (Gottlieb & Gottlieb, 2014, p. 379 à 381)

Ce processus en spirale exige que le patient, sa famille ainsi que le personnel infirmier prennent du recul pour analyser et déterminer l'état de la situation. Il s'agit de la dernière étape, celle de la révision. Ils prennent ensemble du temps pour revoir ce qui s'est passé, de visualiser les objectifs et buts à accomplir et ceux réalisés. L'infirmière reste attentive à tout signe d'épuisement venant de la famille ou du patient. Finalement, l'infirmière doit jouer

un rôle d'autorégulation. Elle propose aux familles et aux patients une pause quand cela est nécessaire. Elle favorise des mesures de confort qui servent à reconstituer l'énergie, force précieuse. (Gottlieb & Gottlieb, 2014, p. 381 à 383)

Il faut retenir que l'ASFF s'accomplit lorsque la relation infirmière, patient et famille est une relation de collaboration. Il faut savoir que les quatre phases peuvent se dérouler pendant une seule et même rencontre des partenaires. Chaque interaction d'une personne avec sa famille donne l'occasion d'en apprendre davantage sur les forces existantes. Il est essentiel que l'infirmière développe des compétences personnelles d'investigations cliniques, critiques et de récolte de données pour découvrir les forces du patient et de sa famille. (Gottlieb & Gottlieb, 2014, p. 384)



### **3 Méthode**

#### **3.1 Devis de recherche**

Un paradigme\* est défini comme étant une conception du monde qui détermine les buts à atteindre et la façon d'appréhender les phénomènes. Les chercheurs s'appuient sur ce modèle de référence fondamental afin de conduire la recherche selon leur orientation philosophique. (Fortin & Gagnon, 2016, p. 25)

Selon Fortin et Gagnon (2016), il existe plusieurs paradigmes : le paradigme interprétatif/constructivisme\* dans la recherche qualitative et le paradigme positivisme/post-positivisme\* dans la recherche quantitative et également le paradigme mixte/pragmatique qui reprend les deux. L'interprétatif est inductif et suppose que toute connaissance est subjective, socialement construite. La généralisation\* n'est donc pas envisagée. Le positivisme sert à faire des prédictions et à suggérer qu'il existe une vérité et une connaissance objective sur le monde où l'on cherche à élaborer et vérifier des hypothèses\*. (Fortin & Gagnon, 2016, p. 27,28)

En utilisant majoritairement le paradigme interprétatif/constructivisme, cela a permis de se préoccuper des stratégies infirmières, des besoins des familles et des patients, des forces familiales nécessaires. Dans cette revue de la littérature, neuf études ont été analysées, dont six sont disciplinaires. Ensemble elles permettront de mettre en avant les stratégies nécessaires et essentielles que peuvent fournir les infirmières aux patients et à leur famille pour diminuer le risque de récidive dans l'épisode maniaque des troubles bipolaires.

#### **3.2 Collecte des données**

Les recherches sur les bases de données\* ont été réalisées en deux temps. Une première analyse a été faite de mars à avril 2019 afin d'approfondir le thème de la revue de littérature pour repérer la disponibilité des études sur la question. La deuxième recherche était de manière plus approfondie et détaillée afin de choisir les articles de décembre 2019 à avril 2020. Les recherches ont été filtrées grâce aux années de publications se situant : de 2014 à 2020 ou durant les cinq dernières années. Trois bases de données\* ont été consultées soit Pubmed, CINAHL\* et Embase. Les mots français ont été traduits par les différents Thésaurus des bases de données : Medical Subjects Headings (MeSH) pour Pubmed, Emtree pour Embase, Cinahl Headings pour CINAHL.

Diverses combinaisons d'opérateurs booléens\* « AND » et « OR » ainsi que de mots clés ont permis de cibler la recherche et de la rendre plus efficiente (Annexe II). Les mots clés

en français sont : trouble bipolaire, stratégies infirmières, famille du patient, récides et hospitalisation. Ils ont été traduits en anglais : bipolar disorder, nursing intervention, family, recurrence et hospitalization (Annexe II). Le nombre d'études a été limité avec l'utilisation d'un certain nombre de filtres tels que : une des auteures est une infirmière, 2014-2020, âge 19 ans et + ou 19 ans à 44 ans, « revue et Clinical Trial ».

Parmi le nombre d'études trouvées, seulement neuf ont été sélectionnées pour l'analyse. Dans les tableaux suivants se trouvent des exemples de recherches effectuées (Annexe III).

Tableau 1 : équations de recherche CINAHL

Equations de recherche	Etudes trouvées	Etudes retenues
Family relationships AND bipolar disorder AND nurse	8	1
(MH "bipolar disorder") AND ((nurs* OR (MH "nursing interventions")) AND (MH "family"))=	501	4
...		

Tableau 2 : équations de recherche Medline (Pubmed)

Equations de recherche	Etudes trouvées	Etudes retenues
(nurse[Affiliation]) AND bipolar disorder[MeSH Terms]	16	3
(psychiatric nursing[MeSH Terms]) AND family[MeSH Terms]	670	3
...		

Tableau 3 : équation de recherche Embase

Equations de recherche	Etudes trouvées	Etudes retenues

('nursing'/exp OR strateg*:ab,ti OR practic:ab,ti OR car*:ab,ti OR nurs*:ab,ti OR intervention:ab,ti OR infirmier:ab,ti OR soin:ab,ti) AND ('family'/exp OR family:ab,ti OR relative*:ab,ti OR entourage:ab,ti OR proche*:ab,ti) AND 'bipolar disorder'/exp AND 'hospital care'/exp	138	3
('bipolar disorder'/exp OR 'bipolar disorder') AND ('family'/exp OR 'family' OR 'family relation'/exp OR 'family relation') AND ('nursing'/exp OR 'nursing' OR nurs*:ab,ti)=	271	7
...		

Deux études ont été repérées en dehors des équations de recherche. Elles ont été trouvées par le biais de méta-analyse et par hasard, ce qu'on nomme du cross-référencing.

### 3.3 Sélection des données

Afin de trouver des études pertinentes qui répondent à la question de recherche, des critères d'inclusion\* et d'exclusion\* ont été formulés.

Pour être incluses, il fallait que des participants soient atteints du trouble bipolaire de type I, ayant eu un épisode maniaque ou qu'ils fassent parti de l'entourage proche du patient, vivant avec celui-ci, ou qu'ils soient des professionnels reconnus de la santé s'occupant des sujets malades. Les patients devaient être âgées de 30 à 50 ans et ayant une famille, hommes ou femmes. Les études devaient être publiés entre 2014 et 2020 et une majorité devait être disciplinaire. Elles devaient concerner le retour d'expériences de patients ainsi que de familles sur l'hospitalisation, les interventions reçues et leurs attentes. Les études devaient être de source primaire\*.

Les critères d'exclusion étaient des sources secondaires\* et des études plus anciennes que 2014. Ont été ainsi exclues : les revues systématiques de la littérature, les méta-analyses, et les méta-synthèses.

La pyramide des preuves de la HAS (2013) a permis d'évaluer le niveau de preuve\* scientifique des études (Annexe V).

### **3.4 Considérations éthiques**

Toutes les études ont été approuvées par un comité d'éthique de recherche\*. Toutes les études ont exigé un consentement\* éclairé, écrit et signé des participants à l'exception de celle de Nascimento Keyla Cristina et al. (2016). Toutes les études ont respecté la confidentialité des données.

### **3.5 Analyse des données**

Les neuf études ont premièrement été résumées dans un tableau de recension (Annexe VI). Elles ont ensuite été analysées individuellement pour leur validité\* méthodologique, leur pertinence clinique et l'utilité des résultats pour la pratique infirmière. Cette méthode a été réalisée dans le but de répondre à la question de recherche de cette revue de la littérature. Et finalement, les principaux résultats seront synthétisés.

Tableau 4 : liste des articles retenus

N°	Auteurs	Titre	Année de publication	Base de données	Niv. de preuve
1	Daggenvoorde, T., Geerling, B., & Goossens, P. J. J.	A qualitative study of nursing care for hospitalized patients with acute mania.	2015	Pubmed	IV
2	Van den Heuvel, S. C. G. H., Goossens, P. J. J., Terlouw, C., Van Achterberg, T., & Schoonhoven, L.	Identifying and describing patients' learning experiences towards self-management of bipolar disorders : A phenomenological study.	2015	Pubmed	IV
3	Testerink, A. e., Lankeren, J. e., Daggenvoorde, T. h., Poslawsky, I. e., & Goossens, P. J. J.	Caregivers experiences of nursing care for relatives hospitalized during manic episode : A phenomenological study.	2019	CINHAL	IV
4	Nascimento, K. C., Kolhs, M., Mella, S., Berra, E., Olschowsky, A., & Guimarães, A. N.	The Family Challenge in for People Care Suffering from Mental Disorder.	2016	CINHAL	IV
5	Lankeren, J. E., Testerink, A. E., Daggenvoorde, T. H., Poslawsky, I. E., & Goossens, P. J. J.	Patient experiences with nursing care during hospitalization on a closed ward due to a manic episode : A qualitative study.	2020	CINHAL	IV
6	Lee, H.-J., Lin, E. C.-L., Chen, M.-B., Su, T.-P., & Chiang, L.-C.	Randomized, controlled trial of a brief family-centred care programme for hospitalized patients with bipolar disorder and their family caregivers.	2018	Pubmed et Embase	II

7	Chatzidamianos, G., Lobban, F., & Jones, S.	A qualitative analysis of relatives', health professionals' and service users' views on the involvement in care of relatives in Bipolar Disorder.	2015	Pubmed et Embase	IV
8	Baruch, E., Pistrang, N., & Barker, C.	« Between a rock and a hard place': Family members » experiences of supporting a relative with bipolar disorder.	2018	CINHAL et Embase (Cross-referancing)	IV
9	Dunne, L., Perich, T., & Meade, T.	The Relationship Between Social Support and Personal Recovery in Bipolar Disorder.	2019	CINHAL, Pubmed et Embase (Cross-referancing)	IV

## 4 Résultats

### 4.1 Description de l'étude 1

Daggenvoorde, T., Geerling, B., & Goossens, P. J. J. (2015). A qualitative study of nursing care for hospitalized patients with acute mania. *Archives of Psychiatric Nursing*, 29(3), 186-191. doi: 10.1016/j.apnu.2015.02.003

Cette étude qualitative\* descriptive\* basée sur une analyse de contenu\* a été réalisée aux Pays-Bas dans six services hospitaliers de quatre organisations de santé mentale différentes. Une première partie de l'étude s'est déroulée de décembre 2011 à mai 2013 puis une seconde en septembre/octobre 2013. L'objectif principal était d'explorer les problèmes pertinents et les résultats souhaités évoqués par les patients souffrants de manie aiguë, ainsi que les interventions infirmières qui y sont associées. L'échantillonnage\* non-probabiliste\* a été effectué par convenance\* via les responsables de six unités qui ont informé leur équipe. Les participants étaient volontaires. L'échantillon\* se composait de 22 infirmiers dont 12 femmes, tous ayant été formés dans le domaine de la psychiatrie. Les critères d'inclusion étaient de jouer un rôle actif dans la formulation des plans de soins et d'être impliqués dans les soins quotidiens aux patients. Le premier auteur de l'étude a réalisé des entretiens individuels semi-structurés avec une liste de sujets tirés d'une autre étude. Ces entretiens ont été enregistrés en audio puis retranscrits. Trois réunions de groupes avec 13 participants ont fait suite afin d'approfondir la compréhension des éléments retenus. Ces réunions, qui ont fait l'objet d'un enregistrement audio, ont été dirigées par le premier auteur et le troisième écrivait les réponses sur un tableau de conférence. Concernant l'analyse des entretiens, la première a été effectuée par les trois auteurs afin de comparer les codages\* et les divergences éventuelles. Deux des auteurs ont codés le reste des entretiens. Une liste hiérarchisée des résultats a été établie. Les enregistrements audios ont été mis sur support papier et résumés par le premier et troisième auteur. Un journal de bord a également été tenu tout au long du processus de recherche.

Cinq sous-thèmes ont été retenus dans chaque sujet abordé. Les principaux résultats sont qu'il est important de fixer des limites, d'adopter une communication de soutien et d'adapter le rythme jour/nuit. Les patients bipolaires dans un état maniaque aigu nécessitent des soins intensifs importants. Les résultats apportent une confirmation des stratégies et des interventions des infirmières. L'étude a permis de mettre en avant l'importance de comprendre le patient individuel et de déterminer ses besoins. De plus, il est nécessaire d'avoir des connaissances spécifiques complètes en psychiatrie

#### **4.1.1 Validité méthodologique**

Les entretiens individuels semi-structurés, ainsi que les réunions de groupes avec discussion, sont en accord avec la démarche qualitative. L'étude mentionne que des auteurs ont réalisé la collecte\* ou l'analyse des données. La crédibilité\* de l'étude est soutenue également par la triangulation\* car elle a été menée par une équipe de chercheurs (les trois auteurs), qu'une vérification des membres a été effectuée et également que tout a été retranscrit. Les auteurs ont également trouvé des consensus.

Un des points forts de cette étude est que tous les soignants étaient très expérimentés dans le domaine des troubles psychiatriques, qu'ils venaient de différentes institutions réparties sur l'ensemble des Pays-Bas. Les trois grands sujets abordés (problèmes des patients, résultats souhaités et interventions infirmières) sont décrits séparément et ne respectent pas les choix méthodiques désirés par les chercheurs.

Les chercheurs n'ont pas questionné les patients ce qui aurait amené des éléments plus pertinents et précis. Les infirmières ont pu faire preuve de jugement et de généralités dans les réponses.

La transférabilité\* de l'étude a été respectée car les techniques proposées concernant la collecte et l'analyse ont été semblables. Les membres ont pu vérifier l'exactitude des données retranscrites et en demander des modifications ce qui valide la confirmabilité\* de l'étude.

#### **4.1.2 Pertinence clinique et utilité pour la pratique professionnelle**

Dans la littérature, une seule ancienne étude qualitative (Hummelvoll & Severinsson, 2002) a été réalisée concernant les soins aux atteints de trouble maniaque précisément. La littérature n'est pas exhaustive à ce sujet et encore moins concernant les familles ce qui réduit la pertinence clinique.

Toutes les interventions décrites offrent aux infirmières des stratégies et des pistes de compréhension auprès des patients, mais également auprès des familles. Par exemple : le manque de compréhension de la maladie, l'agressivité verbale reviennent fréquemment et sont des sujets que les infirmières pourraient aborder avec les familles. Pour l'applicabilité des résultats, les Pays-Bas sont un pays européen avec un système semblable au nôtre avec des formations de niveau tertiaire et des soins médicaux accessibles à tous. Les résultats peuvent être transposés dans notre contexte helvétique donc en Valais.



## 4.2 Description de l'étude 2

Van den Heuvel, S. C. G. H., Goossens, P. J. J., Terlouw, C., Van Achterberg, T., & Schoonhoven, L. (2015). Identifying and describing patients' learning experiences towards self-management of bipolar disorders : A phenomenological study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 22(10), 801-810. doi: 10.1111/jpm.12243

Cette étude qualitative de type phénoménologique descriptive\* de contenu a été réalisée dans trois cliniques de soins communautaires spécialisées pour les patients atteints de troubles bipolaires, des Pays-Bas, de janvier 2012 à avril 2013. Elle avait comme objectif de décrire et catégoriser les expériences d'apprentissage des patients dans l'autogestion des troubles, afin de les concevoir pour de futures interventions d'éducation. L'échantillonnage non-probabiliste s'est effectué par choix raisonné\* auprès des infirmières des cliniques afin de trouver des patients qui entrent dans les critères d'inclusion (diagnostic bipolaire I et II, compréhension de la langue, état d'euthymie). Un échantillon composé de 16 patients donc huit hommes a été sélectionné. Les données ont été récoltées à l'aide d'entretiens approfondis, en face à face, enregistrés, puis transcrits. Un journal de bord comprenant les notes d'observation, théories et d'analyse a été établi tout au long de l'étude. Les données ont été analysées en six étapes par plusieurs chercheurs. Les données recueillies ont été validées par les patients avant d'être insérées dans un logiciel d'analyse. Cinq catégories\* d'expériences personnelles sont ressorties : reconnaître la maladie, traitement de la charge d'information, gestion de la maladie, réflexion sur la vie avec celle-ci et l'autogestion des symptômes.

Les témoignages des patients révèlent qu'ils ont commencé à gérer leur maladie une fois apprise à identifier. Les patients devraient utiliser des instruments tels que des tableaux de bords et des plans de prévention des rechutes au quotidien. Les patients préfèrent utiliser leurs proches ou un réseau social, afin de reconnaître les signes d'alerte. Les résultats indiquent que les patients reconnaissent que leurs capacités à faire face dans les épisodes aigus sont limitées. Grâce à la confiance mutuelle envers leurs proches, ils les autorisent à prendre les devants si nécessaire. Les patients ont également beaucoup de peine à donner du sens au diagnostic de la maladie, ainsi le concept d'autogestion doit se faire sur la base de leurs propres expériences. Les chercheurs constatent que les malades préfèrent les petites informations et les exemples simples. Selon leurs apprentissages, la reconnaissance précoce des symptômes est un facteur important pour l'autogestion de la maladie. Néanmoins, la préoccupation constante des troubles conduit à une peur constante de la récurrence et entrave le développement de l'autogestion.

#### **4.2.1 Validité méthodologique**

L'échantillonnage non-probabiliste a été effectué par choix raisonné en répondant aux critères d'inclusion. Cette manière exclut le danger de recruter un échantillon homogène qui pourraient donner des versions unilatérales de l'autogestion des troubles bipolaires mais cette méthode restreint la transférabilité des résultats. Les patients étaient guidés lorsqu'ils racontaient des faits dépassants le cadre de l'étude. Cette méthode d'entretien inductive a été utilisée afin qu'aucun sujet ne soit remplacé ou que les données soient saturées\*. Mais cela limite la reproductibilité de l'étude. En liant leurs résultats à des études antérieures, l'étude a pu fournir des informations qui sont transférables à des situations similaires.

Toutes les données ont été enregistrées et retranscrites. Afin de garantir l'authenticité de ces données, des citations des patients sont exposées dans l'étude, ce qui soutient la crédibilité. Trois des auteurs ont lu et transcrit les entretiens afin que de les faire confirmer par les patients. Certaines données ont été sélectionnées aléatoirement afin d'en faire un debriefing pour augmenter la fiabilité\* des interprétations. Celles-ci ont été discutées entre trois chercheurs afin d'éviter tout biais\* d'évaluation\*. Cette description dense et détaillée des données ainsi que le journal de bord réalisé, soutiennent la transférabilité des données.

#### **4.2.2 Pertinence clinique et utilité pour la pratique professionnelle**

Les patients ont constaté qu'ils sont redevenus autonomes dans la gestion de leurs troubles en fixant des limites claires avec leur réseau social : faire par eux-mêmes et définir l'intervention de leur réseau. Deux études confirment que l'établissement de limites, la mobilisation des ressources sociales et l'intégration des troubles dans le « concept de soi » sont des conditions indispensables pour faire régner l'ordre dans cette période désordonnée (Inder et al., 2008; Kralik, Koch, Price, & Howard, 2004). Il faudrait maintenir des discussions ouvertes avec les patients dans une confiance mutuelle afin d'améliorer l'autogestion des troubles. Pour les patients de cette étude, l'apprentissage et la reconnaissance des signes d'alertes par l'entourage étaient plus appréciables que l'utilisation d'instruments et d'outils personnels. Leur période d'hospitalisation a été mal vécue et confirme la volonté d'éviter une récurrence. Lors des crises aiguës, les informations données par les infirmières semblaient mieux comprises lorsqu'elles étaient en petite quantité illustrées d'exemples/visualisations expliquant les choses abstraites. L'applicabilité des résultats se voit possible car les Pays-Bas ont un système de soins semblable à la Suisse. Les résultats peuvent ainsi être transposés dans le système helvétique.

### 4.3 Description de l'étude 3

Testerink, A. e., Lankeren, J. e., Daggenvoorde, T. h., Poslawsky, I. e., & Goossens, P. J. J. (2019). Caregivers experiences of nursing care for relatives hospitalized during manic episode : A phenomenological study. *Perspectives in Psychiatric Care*, 55(1), 23-29. doi: 10.1111/ppc.12275

Cette étude qualitative phénoménologique multicentrique a été choisie afin de décrire et d'avoir un aperçu sur les expériences des proches. Elles concernaient les stratégies infirmières reçues lorsqu'un membre de la famille (patient) est hospitalisé pour une crise aiguë dans les troubles bipolaires. La collecte de données a été réalisée de février 2016 à mai 2016 dans trois organisations de santé mentale dans l'ensemble des Pays-Bas. L'échantillonnage non-probabiliste a été réalisé par choix raisonné et par convenance. Les proches devaient avoir la volonté de participer après avoir été présélectionnés par les cliniciens des établissements ou via un forum internet. L'échantillon comportait neuf proches, dont sept étaient les conjoints des patients. Ils devaient correspondre aux critères d'inclusion suivants : être le co-soignant du patient, lire, parler et comprendre le néerlandais mais aussi avoir plus de 18 ans. La collecte de données s'est réalisée à l'aide d'entretiens approfondis, ouverts, grâce à une liste de sujets préétablis et pertinents. Ils commençaient tous par une question identique. Ils ont été enregistrés avant d'être transcrits. La méthode de Stevick-Colaizzi-Keen en six étapes ainsi que le logiciel NVivo 11.24 ont été utilisés pour l'analyse des données. Après chaque étape du processus de codage, un débriefing a été réalisé par l'ensemble des chercheurs afin de trouver des consensus. Le processus de collecte et d'analyse s'est poursuivi jusqu'à saturation des données.

Les résultats de l'étude mettent en évidence que les expériences des proches dépendent de la nature de la relation qu'ils ont avec le patient. Les réponses s'articulent autour de trois grands thèmes : les soins infirmiers généraux, les attitudes des infirmières et l'implication des proches. Les deux sujets les plus abordés concernent les médicaments et la fixation de limites. Les proches souhaitent une plus grande attention et compassion des infirmières vis-à-vis des patients. Ils désirent également être davantage informés et impliqués, à des degrés divers, dans le traitement (médicamenteux ou non) du patient durant son hospitalisation. De plus, même après l'hospitalisation, les proches gardent contact avec l'infirmière responsable du patient afin de continuer à lui poser des questions. L'étude a finalement souligné qu'un manque de communication avec les proches réduit le triangle de soins qu'il faudrait avoir selon la ligne néerlandaise des troubles bipolaires (Kupka et al., 2015).

#### **4.3.1 Validité méthodologique**

Deux critères d'exclusion pour l'échantillon ont été imposés afin de réduire la possibilité de biais dans les informations reçues : proche d'un patient ayant été hospitalisé les cinq dernières années ou avoir travaillé en tant que professionnel les dix dernières années. Néanmoins, il existe vraisemblablement un biais de sélection\* si les cliniciens ont recommandé uniquement les proches correspondants à l'étude ou de ceux qui étaient déjà impliqués dans le traitement de leur parent. Ce biais a essayé d'être réduit en utilisant une deuxième méthode de sélections de participants via un forum internet.

L'authenticité des résultats a été respectée et démontrée en incluant textuellement les citations des participants. Ils ont également eu l'occasion de relire le compte rendu et de le valider à l'aide d'un questionnaire, seulement un proche a désiré le faire. La participation de la totalité des participants dans la relecture aurait renforcé la crédibilité des résultats.

La fiabilité de l'étude s'est vue favorisée car le premier et dernier auteur ont discutés autour des différents résultats des entretiens jusqu'à l'obtention d'un consensus. L'emploi des critères de Lincoln et Guba<sup>26</sup> a soutenu l'amélioration de la fiabilité et de la validité de l'étude.

Bien que les participants aient été recrutés dans différentes organisations des Pays-Bas et que les données aient été saturées, la transférabilité des résultats reste douteuse. Aucun conflit d'intérêt réel ou potentiel n'a été signalé par les auteurs. Il n'y a pas eu d'objection à la conduite de l'étude.

#### **4.3.2 Pertinence clinique et utilité pour la pratique professionnelle**

En matière d'implication pour la pratique, les infirmières en santé mentale doivent écouter les expériences des proches, avant de prodiguer des conseils. De ce fait, elles doivent se renseigner quant aux attentes que les proches ont concernant les soins infirmiers. Les proches attendent davantage d'informations et de communication sur les soins prodigués ainsi que sur l'état de santé du patient. Il est nécessaire de sensibiliser les infirmières à faire participer les proches, afin qu'elles répondent aussi à leurs besoins.

L'élément essentiel : le triangle des soins entre patient, proche et corps infirmiers, sera ainsi favorisé. Des questions se posent encore sur la manière dont les proches pourraient être impliqués dans le traitement. C'est une pratique fortement utilisable par les infirmières formées également au niveau tertiaire dans les différents établissements en santé mentale en Suisse ou Valais.

#### 4.4 Description de l'étude 4

Nascimento, K. C., Kolhs, M., Mella, S., Berra, E., Olschowsky, A., & Guimarães, A. N. (2016). The Family Challenge in for People Care Suffering from Mental Disorder. *Journal of Nursing UFPE / Revista de Enfermagem UFPE*, 10(3), 940-948. doi: 10.5205/reuol.8702-76273-4-SM.1003201601

Cette étude qualitative de design exploratoire descriptif d'analyse de contenu a été réalisée dans un centre de soin psychosocial dans une ville de l'ouest de Santa Catarina (Etat brésilien). Elle s'est déroulée durant l'année 2013. Elle tentait d'identifier les défis que les familles rencontrent en vivant avec un proche atteint de troubles mentaux. L'échantillonnage non-probabiliste s'est effectué par convenance se basant sur divers critères d'inclusion : avoir plus de 18 ans, être le soignant familial d'un patient traité intensivement pour son trouble (schizophrénie, troubles bipolaires et dépression), avoir la capacité de verbalisation pour répondre aux questions posées. Un échantillon de 19 familles a été sélectionné avec une prédominance significative de 63% de femmes. Des entretiens ont été réalisés auprès des proches afin de collecter les données. Des questions sur leurs caractéristiques (sexe, âge, éducation, état civil, lien avec le patient) ont été posées suivi de questions semi-structurées formulées afin de répondre au but de la recherche. L'analyse des données a été effectuée selon un schéma thématique : ordonnance des données, classification et analyse finale.

Quatre grands thèmes ont émergé lors de celle-ci : la charge émotionnelle, l'impact que la maladie provoque sur les familles, les actions de la famille dans les soins durant une crise et les difficultés que les familles rencontrent. La plupart des familles interrogées ont signaler que la relation avec la personne soignante pouvait être instable. L'étude souligne qu'il est favorable pour le rétablissement du patient de vivre avec un proche qui s'occupe de lui.

De ce fait, il est nécessaire que les familles soient entendues, qu'elles puissent partager leurs expériences avec le personnel infirmier ainsi que les stratégies qu'elles ont essayées d'adopter. Lors des crises, de nombreuses familles ne savent pas comment agir par manque de connaissances dans les manières d'intervenir et de prendre en charge la crise.

#### **4.4.1 Validité méthodologique**

Dans cette étude, les auteurs n'ont mentionné aucune limite ni point fort. Les informations quant à sa validité sont très restreintes ce qui indique déjà une mauvaise fiabilité. La confirmabilité de l'étude ainsi que sa crédibilité sont mises en doute. Il peut se trouver des biais de confusion\* dans cette étude en ayant analysé pareillement les proches des patients atteints de troubles différents.

Néanmoins, l'étude a reçu la confirmation du comité d'éthique de la recherche. Des critères d'inclusion ont été établis avant la collecte de données. Les participants ont été répertoriés à l'aide de lettres et numéros afin de garder leur anonymat. La fiabilité de l'étude se voit plus ou moins maintenue grâce aux procès-verbaux des dires des proches interrogés. Cette étude se réfère également à de nombreuses autres études afin d'appuyer sa validité.

#### **4.4.2 Pertinence clinique et utilité pour la pratique professionnelle**

Les résultats de l'étude ont été confrontés aux résultats d'autres études réalisées également dans d'autres Etats brésiliens. Une étude souligne le fait que les services de santé devraient davantage se pencher sur la prise en charge des personnes en détresse psychologiques et de leur famille en travaillant sur le maintien de la santé grâce à l'information thérapeutique et l'orientation des familles dans les stratégies (Jorge, Ramirez, Lopes, Queiroz, & Bastos, 2008).

Cette étude est réalisée au Brésil où les formations infirmières sont universitaires. La transférabilité des pratiques en Suisse se voit possible étant donné que les études sont plus ou moins équivalentes. Cependant, il est possible que la matière soit plus poussée en université qu'en haute école spécialisée. Les compétences en soins spécifiques et intensifs auprès des patients atteints de trouble mentaux sont probablement plus élevées au Brésil qu'en Suisse. Néanmoins, les remarques des familles brésiliennes interrogées sont à intégrer dans l'amélioration des soins helvétiques.

#### 4.5 Description de l'étude 5

Lankeren, J. E., Testerink, A. E., Daggenvoorde, T. H., Poslawsky, I. E., & Goossens, P. J. J. (2020). Patient experiences with nursing care during hospitalization on a closed ward due to a manic episode : A qualitative study. *Perspectives in Psychiatric Care*, 56(1), 37-45. doi: 10.1111/ppc.12370

Cette étude qualitative multicentrique d'analyse de contenu a été réalisée aux Pays-Bas de mars à avril 2016. Elle s'est déroulée auprès des patients venant de trois organisations de santé mentale, à domicile ou directement sur place. Elle avait comme objectif de décrire les expériences vécues des patients lors de l'hospitalisation pour manie en matière de soins infirmiers reçus. L'échantillonnage non-probabilité a été réalisé par convenance et par participation volontaire selon des critères d'inclusion précis : avoir plus de 18 ans, être diagnostiqué bipolaire de type I selon le DSM-5, avoir été hospitalisé pour épisode maniaque aigu durant l'année écoulée, comprendre/parle/lire le néerlandais et être dans un état euthymique au moment des entretiens. L'échantillon se compose de 12 patients âgés de 26 à 55 ans, dont 7 femmes. Des entretiens ouverts et basés sur des thèmes, d'une durée entre 32 et 66 minutes, ont été réalisés par le premier auteur. Ils commençaient tous par la même question. Un carnet d'entretien a été tenu afin d'y noter les observations non-verbales et les réflexions. L'analyse s'est déroulée après la transcription et la lecture des entretiens dans leur totalité. Elle a suivi la manière Stevick-Colaizzi-Keen en utilisant un logiciel afin de coder les données, facilitant le résumé des résultats.

Cinq thèmes de discussion sont ressortis des données : caractéristiques des services de soins, caractéristiques infirmières, aspects du traitement forcé, aspects de l'administration et du séjour ainsi que les caractéristiques des interventions infirmières. Le sujet principal prédominant est le sentiment de sécurité dont ont besoin les patients afin de favoriser leur rétablissement. En améliorant leur communication et leurs façons d'interagir avec les patients, les infirmières peuvent faciliter ce sentiment jugé essentiel. Il est impératif que les infirmières communiquent calmement et clairement lors des différentes actions : prise des traitements, gestion de la colère, explication de la maladie. Les démarches des infirmières expérimentées, jugées plus flexibles vis-à-vis des jeunes diplômées, sont davantage appréciées par les patients. Ils ont besoin également que le personnel de soin soit facilement reconnaissable et identifiable. Les patients sont en manque d'informations quant à l'évolution de la maladie et leurs objectifs de traitement.

#### **4.5.1 Validité méthodologique**

Concernant la validité interne\*, un biais de sélection a pu se produire. Les cliniciens, chargés d'informer les patients, ont pu proposer une participation à l'étude uniquement aux patients capables de réfléchir à leurs expériences et de les partager. De plus, les patients interrogés faisaient partie d'un groupe de personnes motivées pour leur traitement et donc en contact direct avec les cliniciens.

La crédibilité et la fiabilité de l'étude ont été maximisées grâce à l'implication de plusieurs auteurs dans la collecte et analyse des données. Ils ont également trouvé des consensus. Une brochure d'information a spécialement été conçue pour les participants. Ils ont pu de ce fait être informés sur toutes les directives et s'ils voulaient arrêter l'étude. La fiabilité est également maintenue grâce aux traces écrites des participants, inscrites dans l'étude. Tous les patients ont été invités à confirmer leurs dires afin de maximiser la crédibilité : un seul s'est manifesté.

Pour augmenter la confirmabilité des résultats et conclusion, deux auteurs ont codés les trois premiers interviews, puis ont trouvé un consensus avant qu'un des auteurs finisse l'analyse.

#### **4.5.2 Pertinence clinique et utilité pour la pratique professionnelle**

La transposition des résultats des Pays-Bas se verrait difficile même s'il existe beaucoup de consensus à l'intérieur même du pays mais il faudrait que cela soit étudié dans d'autres cultures. Les résultats qui affirment que la communication claire et calme est un outil important pour les infirmières sont confirmés par une autre étude récente (Daggenvoorde, Geerling, & Goossens, 2015). Les stratégies infirmières décrites semblent appréciées en hospitalisation fermée pour phase maniaque. Les stratégies pourraient être transférées au système de santé suisse. Cependant, il n'existe pas de structures fermées en Valais.

Les compétences infirmières demandées par les patients sont des choses que n'importe quelle école apprend à ses étudiantes : le respect, se faire connaître par son nom et sa fonction. Il est important dans une équipe d'équilibrer les expériences infirmières des expérimentées et des nouvelles diplômées. Les patients jugent les vieilles infirmières expérimentées plus flexibles. Dans cette continuité, il faudrait que les plus jeunes infirmières reçoivent des formations et des supervisions. C'est une chose qui est transférable dans nos établissements de soins suisses et valaisans.



#### 4.6 Description de l'étude 6

Lee, H.-J., Lin, E. C.-L., Chen, M.-B., Su, T.-P., & Chiang, L.-C. (2018). Randomized, controlled trial of a brief family-centred care programme for hospitalized patients with bipolar disorder and their family caregivers. *International Journal of Mental Health Nursing*, 27(1), 61-71. doi: 10.1111/inm.12294

Cette étude quantitative\* expérimentale\* de type essai randomisé et contrôlé s'inscrit dans le paradigme post-positivisme. Elle a été réalisée dans un centre médical du nord du Taïwan auprès de patients souffrant du trouble bipolaire et leurs aidants familiaux. Il s'agissait de comparer les effets d'un bref programme de soins centrés sur la famille (BFCC) avec le traitement habituel reçu (TAU). Le BFCC s'est basé sur le modèle d'intervention familiale de Calgary. Son objectif visait à mesurer de manière répétée les résultats primaires de la fonction familiale et les résultats secondaires de l'état de santé perçu des et de la charge des aidants familiaux. L'échantillonnage probabiliste\* aléatoire a été effectué de manière randomisée simple\* par l'auteur principal. L'échantillon comportait soixante patients ont été assignés de manière aléatoire aux différents groupes mais seulement 17 dyades (patients/aidant familial) dans le groupe BFCC et 20 dans le groupe TAU ont été analysées. Les patients devaient répondre à différents critères : diagnostiqués selon le DSM, avoir des scores représentatifs sur les échelles de la manie et de la dépression. Les aidants familiaux étaient admis s'ils jouaient un rôle important dans la vie du patient, avaient plus de 18 ans et comprenant les chinois ou taïwanais.

Il n'y avait pas de différences démographiques ou cliniques entre les différentes dyades des groupes ( $P=0,053$ ). Grâce à l'échelle chinoise de la fonction familiale, l'étude démontre que les patients du groupe BFCC ont fait de plus grands progrès que ceux du groupe TAU. Il n'existe pas de différences entre les groupes concernant l'inventaire de la charge des aidants. Concernant les réhospitalisations, aucune différence significative n'a été prononcée après 1 an de suivi : 25% dans le groupe BFCC et 50% dans le groupe TAU ( $p=0,502$ ). Les résultats de cette présente étude confirment la faisabilité du BFCC pour les patients bipolaires hospitalisés et son utilisation spécifique pour la fonction famille. Les interventions du BFCC ont permis aux dyades à mieux communiquer, à développer des compétences en résolution de problèmes. Ce sont les infirmières qui passent le plus de temps avec les patients et qui peuvent comprendre les relations entre les patients et leurs aidants familiaux. Elles doivent donc être conscientes des conflits familiaux lorsqu'elles mènent le BFCC. Pour les aidants, ce programme pourrait profiter aux aidants familiaux dans la société chinoise, améliorer la qualité des soins et le fonctionnement de la famille.

#### **4.6.1 Validité méthodologique**

Concernant la validité interne, les patients étaient éligibles et ont été assignés de manières aléatoires dans les différents groupes. Ceci assure une répartition homogène et évite un biais d'attribution\*. La taille modeste de l'échantillon (27 dyades analysées) rend difficile la généralisation et limite la puissance statistique de l'étude. Treize dyades ont refusé de participer, sept ont été exclues et quatre ont interrompu la démarche. Un biais de sélection a été entraîné car le BFCC a été mis en place lors de l'hospitalisation des patients et que les dyades ont dû accepter de travailler ensemble. Les réponses des participants auraient pu être biaisées car ils n'ont pas été aveuglés sur leurs groupes d'interventions.

Les auteurs n'ont réalisé aucune évaluation de suivi et n'ont pas évalués si l'un des effets du BFCC était durable. Les courts séjours hospitaliers des patients (3 semaines) et les interventions du BFCC ont sûrement été trop brefs. Les différents symptômes cliniques ont été évalués à l'aide d'outils ayant une bonne fiabilité et validité : échelle de dépression de Hamilton, échelle de manie de Young, échelle de Lickert.

#### **4.6.2 Pertinence clinique et utilité pour la pratique professionnelle**

Malgré la faisabilité de l'utilisation du BFCC pour les patients bipolaires ainsi que l'effet positif qu'il procure sur le fonctionnement des familles, il faudrait envisager d'autres essais avec des échantillons plus grands afin de garantir une meilleure généralisation. La période de suivi des patients était trop courte et il faudrait d'avantage évaluer tous les symptômes des patients afin qu'ils puissent être capables de suivre jusqu'au bout le programme. De nombreuses études intégrées démontrent que la fonction familiale a un effet critique sur l'efficacité des traitements axés sur la famille. Mais peu d'études ont évalué la fonction familiale en tant que simple indicateur de résultats. Le BFCC de cet essai a pu cibler les besoins transitoires spécifiques de la famille pendant l'hospitalisation de son membre familial malade.

Concernant la transférabilité, cette étude a été menée à Taïwan, Etat souverain de l'Asie de l'est ayant une culture éloignée de celle de la Suisse. Il n'y a pas les mêmes traditions autour de la famille. Les études infirmières à Taïwan sont universitaires. En Suisse, les études sont également de niveau tertiaire mais elles se déroulent dans les Hautes Ecoles Spécialisées. Il faudrait envisager une étude semblable dans les institutions de Suisse ou d'Europe car la culture est loin de la nôtre.

#### 4.7 Description de l'étude 7

Chatzidamianos, G., Lobban, F., & Jones, S. (2015). A qualitative analysis of relatives', health professionals' and service users' views on the involvement in care of relatives in Bipolar Disorder. *BMC Psychiatry*, 15, 228. doi: 10.1186/s12888-015-0611-x

Cette étude qualitative descriptive de type analyse de contenu a été réalisée dans le nord-ouest de l'Angleterre. Elle avait comme objectif d'identifier les obstacles et facteurs facilitant l'implication des parents dans le traitement des troubles bipolaires selon trois points de vue : les patients, les parents et les professionnels de la santé (psychologue, psychothérapeute). L'échantillonnage non-probabiliste s'est effectué par convenance de manière volontaire via une campagne de recrutement dans les médias électroniques, par imprimés ainsi que dans la publicité. L'échantillon se compose finalement de 35 participants (11 patients, 12 parents, 12 professionnels) répondant à des critères d'inclusion précis. Pour les patients, il s'agissait d'être âgé de 18 à 65 ans, répondre au diagnostic des troubles bipolaires selon le DSM-5, de comprendre et parler l'anglais. Les parents devaient avoir un contact régulier avec le malade (3x/semaine), avoir un rôle de soutien émotionnel ou pratique dans la vie de celui-ci (famille, ami, partenaire du service de soin), avoir plus de 18 ans ainsi que comprendre, écrire et parler l'anglais. Les professionnels devaient être employés par le National Health System du Royaume-Uni ou par d'autres services statutaires qui s'occupent de patients atteints de troubles ainsi que de leurs proches. Ils pouvaient être de toutes origines professionnelles. Des entretiens semi-structurés suivant un guide thématique de 45 à 60 minutes ont été menés par le premier auteur à l'université de Lancaster ou dans des sites choisis par les participants. Ils ont été enregistrés puis transcrits par un transcripteur professionnel. L'analyse a débuté par une relecture et une identification des idées et de thèmes récurrents. Des extraits d'entretien ont été travaillés en groupe avec la littérature existante. Un logiciel a été utilisé afin de faciliter l'analyse.

La majorité des résultats affirme qu'il existe des difficultés d'implication pour les proches des patients bipolaires. Néanmoins, il existe des possibilités d'implication mais celles-ci sont limitées et difficilement accessibles. L'accès aux sources de soutien pour les proches est influencé par trois facteurs : les visions du monde préexistantes, la qualité des relations et de la communication, des obstacles structurels. L'implication des proches peut être perçue comme n'ayant aucun rapport avec la pratique. Les patients soulignent que l'implication des proches est fondamentale. Celle-ci est facilitée si toutes les parties (patients, parents, professionnels) s'engagent activement dans les efforts pour apprendre à mettre en place des stratégies communes.

#### **4.7.1 Validité méthodologique**

La validité interne est soutenue grâce à la retranscription des dires des participants. Les thèmes principaux retenus par le premier auteur ont été discutés avec les membres de l'équipe pour trouver un consensus final mais il n'y a pas assez eu de triangulation des auteurs dans la collecte et l'analyse de données. Aucun des auteurs n'a joué de double rôle auprès des participants. Bien que l'échantillon soit de grande taille, il faut traiter les résultats avec prudence s'il l'on veut faire une transférabilité car ils reflètent uniquement la culture professionnelle britannique. Bien que l'échantillon fût relativement représentatif, il se pourrait que les résultats ne puissent s'appliquer aux familles britanniques d'origine ethnique non-caucasiennes ou à celles qui sont porteuses d'un héritage culturel issu de diverses circonstances historiques ou de l'immigration. La fiabilité et la confirmabilité se seraient vues soutenues davantage avec un journal de bord, des notes réflexives et une vérification des transcriptions par les participants.

Il peut y avoir un biais de sélection des participants car un seul auteur était chargé d'exclure ceux ne répondant pas aux critères. L'outil d'analyse de données est bien défini et expliqué. Les participants avaient des convictions religieuses différentes ce qui aurait pu influencer les points de vue selon la variété de la pratique religieuse. Il existe un possible biais d'évaluation car la compréhension préalable de l'implication des proches par les auteurs aurait pu influencer l'élaboration du guide thématique et les résultats identifiés.

#### **4.7.2 Pertinence clinique et utilité pour la pratique professionnelle**

Les résultats ont été confrontés à d'autres études et montrent des similitudes. La transférabilité est uniquement possible aux pays qui auraient un système de santé similaire à celui du Royaume-Uni, notamment en ce qui concerne l'accès aux services et leurs fournitures. L'étude serait difficilement transférable au contexte suisse par son échantillon non-probabiliste et de sa taille limitée sauf en y adaptant certaines idées. Il faudrait s'assurer que les directives cliniques suisses acceptent et soutiennent la participation des proches à s'intéresser aux obstacles structurels de nos établissements psychiatriques plus particulièrement afin de pouvoir planifier des interactions.

De plus, nous ne savons pas si ses patients ont été hospitalisés dans un service de soin ou s'ils bénéficient uniquement de services psychiatriques. Les données sont floues pour transférer les résultats au niveau des structures de soin comprenant des infirmières en Suisse et en Valais. L'étude ne prend pas assez en compte le côté bio-psycho-social et spirituel du patient. De plus, cette étude n'inclut pas d'infirmières.

#### 4.8 Description de l'étude 8

Baruch, E., Pistrang, N., & Barker, C. (2018). « Between a rock and a hard place' : Family members » experiences of supporting a relative with bipolar disorder. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 53(10), 1123-1131. doi: 10.1007/s00127-018-1560-8

Cette étude qualitative phénoménologique a été réalisée par trois auteurs venant d'une université à Londres, ayant des formation cliniques et universitaires en psychologie. Elle avait comme but d'explorer les défis liés au soutien d'un parent souffrant de troubles bipolaires et la manière dont les membres de la famille tentent de relever le défi. Les auteurs ont également exploré les facteurs qui aident ou entravent leurs efforts ainsi que les expériences de soutien des professionnels de la santé. L'échantillonnage non probabiliste est effectué par convenance puis s'est terminé par choix raisonné afin d'avoir un plus grand nombre d'hommes et de personnes issues de minorités ethniques. C'est 18 membres de familles qui constituaient l'échantillon final dont 14 femmes. Les participants ont été recrutés par le biais d'organisation bénévoles de santé mentale et de soin, du site web de l'université de Londres et du bouche à oreille. Il fallait répondre à des critères d'inclusion précis : être membre de la famille d'une personne bipolaire, être âgé de 18 ans ou plus, apporter un soutien substantiel au malade, ne connaissant pas de crise actuelle. La collecte de données a été menée par le premier auteur à l'aide d'entretiens semi-structurés qui ont été enregistrés et transcrits. L'analyse des données s'est déroulée en six étapes en utilisant un logiciel.

Les résultats démontrent que les membres des familles font face à de nombreux défis, liés à la nature de la maladie, aux réactions, à leurs tentatives d'aide et aux limites de soutien professionnel. Six thèmes se dégagent alors de l'analyse. Les proches ressentent de l'incertitude par manque d'informations et d'explications concernant les troubles bipolaires. En raison de la nature cyclique du trouble et de la gravité des changements d'humeurs, les participants expriment une instabilité et imprévisibilité des symptômes et surtout des rechutes. Une tension se crée autour de cette peur. Il est souvent difficile de communiquer lors des épisodes maniaques mais parfois il suffit simplement d'être là. Lorsque les participants font des suggestions à leurs proches malades, celui-ci devient vite irritable ou agressif surtout lors d'épisodes maniaques. Les proches ont l'impression d'eux-mêmes exacerber le comportement du proche. Il faut éviter que les choses dégénèrent, en parler ouvertement et surtout déceler les signes avant-coureurs de la crise. La moitié des participants ont estimé que les professionnels de la santé n'encourageaient pas leurs implications envers le malade ou pouvaient même être indifférents à leurs préoccupations.

#### **4.8.1 Validité méthodologique**

Lors de l'échantillonnage par convenance, les auteurs ont décidé de finaliser celui-ci par choix raisonné afin qu'un plus grand nombre d'hommes et de personnes issues de minorités ethniques soient recrutés afin de le rendre plus riche et d'avoir une meilleure diversité des expériences. Le calendrier d'entretien a été créé pour élaborer l'étude qui a été testé avec les trois participants puis affiné. L'outil de collecte de données a donc été testé au préalable. Concernant l'analyse des données, aucune information n'a été mentionnée concernant la triangulation de celles-ci. Nous ne savons pas si des consensus ont été trouvés entre les trois auteurs.

Afin de soutenir la crédibilité, le codage des transcriptions sélectionnées a été examiné par les co-auteurs et les interprétations ont été discutées. Concernant la confirmabilité des résultats, les participants ont été invités à faire des commentaires sur l'exactitude et l'exhaustivité de leur interview (11 ont donné leur avis, un seul a voulu le modifier légèrement).

Une auteure avait une expérience personnelle de soutien aux membres de sa famille. Elle avait des idées préconçues. Elle a souhaité mettre ses hypothèses de côté en utilisant un journal de recherche et a réfléchi avec les co-auteurs à la manière dont celles-ci pourraient influencer la collecte et l'analyse de données. Ses actes soulignent la crédibilité et la fiabilité de l'étude. Un biais de sélection a pu être fait car on a écarté de nombreux membres de la famille qui ne se considéraient pas comme étant un soutien important.

#### **4.8.2 Pertinence clinique et utilité pour la pratique professionnelle**

La transférabilité des résultats se voit limitée par la taille et les caractéristiques de l'échantillon. Une sous-représentation des hommes et des personnes d'origines ethniques minoritaires empêche une transférabilité. Conformément aux autres études, les membres de la famille soulignent que leurs efforts pour prévenir les rechutes pouvaient être vécus comme critiques ou intrusifs (Doherty & MacGeorge, 2013; Peters, Pontin, Lobban, & Morriss, 2011). Il est alors important que le personnel soignant puisse offrir des stratégies et que les membres de la famille se sentent utiles en proposant leur aide. Le contenu de cette étude est très pertinent et permet de ressortir des stratégies pour les membres de la famille auprès de leurs proches bipolaires.

Les études en soins infirmiers à Londres se font en niveau universitaire, niveau semblable à celui de la Suisse. Les actions réalisées par le personnel soignant et souhaitées par les familles sont transférables au contexte de la Suisse et du Valais.

#### 4.9 Description de l'étude 9

Dunne, L., Perich, T., & Meade, T. (2019). The Relationship Between Social Support and Personal Recovery in Bipolar Disorder. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 42(1), 100-103. doi: 10.1037/prj0000319

Cette étude quantitative descriptive transversale a été réalisée par trois auteures travaillant à l'Université de Western Sydney, en Australie. Elle avait comme objectif de déterminer si les récents symptômes de l'humeur sont associés à la guérison et au soutien social des amis, de la famille et des partenaires. Elle a donc examiné la relation entre les symptômes de l'humeur rapportés par les participants, le soutien social et le rétablissement personnel. L'échantillonnage non-probabiliste a été effectué par convenance en recrutant des participants par le biais d'un réseau social (Facebook) en ciblant des personnes ayant des intérêts en matière de santé mentale. L'échantillon se compose de 309 participants. L'âge moyen était de 38,78 ans (écart-type\* = 10,70, fourchette allant de 18 à 67 ans). Afin d'être inclus dans l'étude, il fallait avoir plus de 18 ans, avoir un diagnostic de troubles bipolaires et avoir la capacité de lire l'anglais afin de pouvoir donner un consentement éclairé. Dans un premier temps, les participants ont rempli un questionnaire démographique. Ensuite, les symptômes du mois précédents ont été évalués à l'aide de différents éléments : le Social Adjustment Scale-Self-Report (évaluation du fonctionnement social sur 54 points), le Questionnaire sur le rétablissement des bipolaires (BRQ) (évaluation du sentiment d'agence et d'identité personnelle dans le cadre du rétablissement et de l'engagement comme processus continu sur 36 points). Le BRQ a été évalué sur une échelle où le score le plus élevé indiquait un degré plus élevé de rétablissement (1 = pas d'accord et 4 = tout à fait d'accord). Des analyses de variance à sens unique dite ANOVA\* ont été réalisées sur les scores du BRQ. Les différentes variables\* concernant les contacts sociaux ont été évalués à l'aide du Khi deux ( $\chi^2$ ) \*. Les ajustements de Bonferroni\* ont ensuite été réalisés.

Sur les 309 participants, 171 ont dit avoir un trouble bipolaire de type II, 116 un trouble de type I et 23 souffraient d'autres troubles ou étaient incertains. Sur l'ensemble de l'échantillon, le score moyen du BRQ était de 99,33 (écart-type 12,81). Les données démographiques, analysées avec ANOVA et Khi-deux, ne montrent pas de résultats significatifs à part que les scores du BRQ étaient plus élevés lorsque les participants avaient un emploi ou avaient un diplôme supérieur. Après l'ajustement de Bonferroni, il a été démontré que ceux qui ont eu des contacts avec des amis au cours des deux dernières semaines ont obtenu un score du BRQ plus haut ( $p < 0,001$ ). Les personnes qui ont eu contact avec la famille au cours des deux dernières semaines ont également eu un score du BRQ plus haut. Aucun résultat significatif n'a été trouvé sur les participants ayant un contact avec un partenaire amoureux.

Une meilleure récupération personnelle a été associée aux contacts familiaux et avec plus d'un ami au cours des deux dernières semaines. En revanche, la présence d'une hypo/manie a été associée à une rééducation des contacts familiaux.

#### **4.9.1 Validité méthodologique**

Concernant la validité interne de l'étude, la méthode d'échantillonnage, réalisée sur Facebook n'est pas très fiable car elle n'a pas été faite dans un milieu hospitalier. En effet, les participants ont eux-mêmes informés qu'ils étaient bipolaires. Il peut s'y trouver un biais de sélection. Malgré la grande taille de l'échantillon, aucune randomisation n'a été effectuée et il n'est pas représentatif de la population\* australienne. Dans l'étude, les variables analysées sont bien définies ce qui assure la transférabilité de l'étude. Des tests paramétriques\* (ANOVA) et non-paramétriques\* (Khi deux) ont été utilisés. Les tests paramétriques ont la particularité d'être plus puissants. Les auteures ont voulu éviter des erreurs de type I\* en utilisant le test d'ajustement de Bonferroni. La majorité des résultats n'apporte aucune signification ce qui ne permet pas de transférer et de généraliser les résultats. Elle peut également être restreinte car les conditions du déroulement de l'étude ne sont pas représentatives du milieu hospitalier. L'importante limite de l'étude est l'utilisation de symptômes de l'humeur autodéclarés par les participants. Une sous-représentation des hommes et une absence de corroboration du diagnostic des troubles par le biais d'entretiens sont également des limites. Les symptômes ont simplement été pistés par questionnaires en ligne. Il peut également se trouver un biais de confusion car aucun groupe contrôle\* n'a été suivi.

Aucune information n'est mentionnée quant à la participation des auteures et si des consensus ont été trouvés. Cette étude est peu fiable en vue de la qualité interne et externe\* de l'étude. Les résultats amènent des conclusions larges avec des résultats non-significatifs. Ils ne font que confirmer qu'il est important d'avoir des contacts familiaux. La validé et fiabilité ne sont pas démontrées dans cette étude.

#### **4.9.2 Pertinence clinique et utilité pour la pratique professionnelle**

Dans la partie « discussions », les résultats n'ont pas été confrontés à ceux d'autres études. Elle a été réalisée de manière très abrégée. Elle confirme que les contacts sociaux ont un impact sur le rétablissement personnel, ce qui est déjà connu dans les troubles bipolaires. On pourrait envisager de transférer les résultats en analysant des personnes hospitalisées, diagnostiquées par un médecin selon le DSM-5. En absence de validité et fiabilité, les résultats sont difficilement généralisables.



Pour l'utilité dans la pratique professionnelle, cette étude peut appuyer et soutenir le fait qu'il est important d'inclure la famille dans le rétablissement des patients atteints de troubles bipolaire. De plus, l'étude est réalisée selon un point de vue universitaire par des doctoresses et professeures en psychologie.

#### **4.10 Synthèse des principaux résultats**

En questionnant des patients, l'étude de Dunne et al. (2019) conclut que des contacts familiaux réguliers sont associés à un score de récupération plus élevé. De plus, une réduction des contacts familiaux est reliée à des récents symptômes d'hypo/manie. En effet, les proches d'une autre étude témoignent qu'ils éprouvent des difficultés quant à leur implication dans le traitement. Ils manquent de connaissances des troubles et soulignent que l'établissement de soins ne les intègre pas suffisamment. (Baruch, Pistrang, & Barker, 2018)

Les infirmiers interrogés de l'étude de Daggenvoorde et al. (2015) soulignent que les principaux problèmes que rencontrent les patients sont le manque de compréhension et d'informations, des difficultés relationnelles ainsi que la perturbation de leur rythme jour/nuit. Les infirmières suggèrent l'instauration de limites, un soutien dans l'autogestion, une psychoéducation intégrant les proches et une adoption de communication de soutien. En effet, les proches de l'étude de Chatzidamianos et al. (2015) rencontrent des difficultés dans l'implication et souhaiteraient une meilleure communication.

Dans l'étude de Van den Heuvel et al. (2015), les patients rapportent avoir besoin d'une confiance mutuelle avec leur réseau social afin de faire face à l'épisode aigu. Ils préfèrent recevoir de la part des soignants de petites informations basées sur des exemples pratiques. La reconnaissance des signes et des symptômes est un facteur clé pour l'autogestion de la maladie. Elle serait possible en instaurant des limites et en mobilisant les ressources familiales. Lankeren et al. (2020) informent que les patients ont besoin d'une communication claire et calme qui pourra les persuader à prendre leurs traitements et calmer leurs excès de colère. Les patients témoignent qu'ils préfèrent se confier à des infirmières plus expérimentées et nominatives.

Testerink et al. (2019) et Nascimento et al. (2016) ont interrogé des familles de patients bipolaires. Elles soulignent leur fort besoin de pouvoir s'exprimer et communiquer avec le personnel et le fait d'être informées et intégrées à part entière dans la prise en charge de leurs proches. Les familles subissent également du stress et une détresse psychologique qu'il ne faut pas minimiser. Les études proposent de faire connaissance de l'entourage complet, ce qui favorisera l'intégration de la famille.

L'essai contrôlé randomisé de Lee et al. (2018) démontre qu'un BFCC centré sur la famille durant les hospitalisations a amélioré la fonction familiale ce qui permet de diminuer le taux de récide, d'adopter une meilleure communication et gestion de conflits.

## **5 Discussion**

La question de recherche est de découvrir quelles sont les stratégies, en milieu hospitalier, que l'infirmière peut proposer aux patients bipolaires et à leurs familles pour diminuer le risque de récive d'un épisode maniaque. En effet, lors de manie, les patients deviennent facilement colériques et irritables. Les familles culpabilisent et sont souvent démunies face à ces comportements. Les infirmières, au chevet du patient 24h/24h, devraient être en possession de techniques de communication et créer une alliance avec le patient. De ce fait, cette revue a pour but de faire émerger la place de l'infirmière, de soutenir et défendre la prise en charge des patients et de leurs familles et d'identifier des stratégies ainsi que des pistes d'amélioration concernant la prévention des rechutes. Une réponse partielle a pu être trouvée en analysant neuf études scientifiques. En effet, ces procédés favoriseraient les liens familiaux, le soutien dans l'autogestion des troubles.

### **5.1 Discussion des résultats**

Plusieurs constats et stratégies ont été mis en évidence dans cette revue. Premièrement, les patients interrogés dans les différents articles ont besoin d'un soutien social important lors d'épisodes maniaques. Les familles, quant à elles, ont besoin de recevoir des informations, d'avoir un contact régulier avec le personnel infirmier et d'être impliquées dans le suivi du proche. Certains membres de ces familles ont même témoigné de se sentir parfois délaissées et incomprises par le personnel de soins.

De plus, certains proches ont exprimé ne pas savoir agir correctement lors de crise aigüe. Vu les manifestations conséquentes de la manie, il n'est pas impossible que la crise affecte la dynamique de la famille et son état émotionnel. En effet, la dynamique familiale a son propre rôle dans la prise en charge des patients bipolaires (Townsend & Clavet, 2010). Plusieurs études affirment la nécessité que la famille soit incluse à part entière par des infirmières ouvertes aux partages et qui prennent le temps de connaître la famille dans son intégralité.

Une étude a analysé un bref programme de soins centrés sur la famille et il semblerait qu'il procure des effets positifs sur les familles et leurs fonctions (Lee et al., 2018). En réalisant des séances familiales, ce programme a permis aux familles de gérer leurs conflits en les aidant à communiquer entre elles. Comme le mentionne l'étude de Nascimento et al. (2016), il est primordial de faire connaissance de la famille en employant par exemple le modèle de soins fondés sur les forces.

Toutes les études intégrant l'avis des familles confirment qu'elles ont besoin d'être écoutées. Grâce à la première phase du processus en spirale dans le modèle des forces, l'infirmière explorera et fera connaissance de la famille dans sa totalité. Pour cela, l'infirmière établira une confiance essentielle pour la suite afin de fixer des objectifs et de les exécuter en la réunissant au complet.

Une revue systématique de la littérature de Reiares et al. (2016) s'est intéressée au rôle des interventions familiales dans les troubles bipolaires. Les résultats ont démontré des significations entre l'environnement familial et les variables cliniques de gravité. Ils mettent alors en évidence l'importance du travail familial. Par conséquent, l'intégration de la famille dans la prise en charge est essentielle à la prévention des rechutes.

Plusieurs études relèvent des avantages d'une intervention familiale basée sur l'évolution de la maladie et le bien-être des aidants (Baruch et al., 2018; Chatzidamianos et al., 2015; Lee et al., 2018; Nascimento et al., 2016). La thérapie psychoéducatrice est une technique d'intervention qui vise à donner au patient la coresponsabilité de son propre rétablissement par une grande connaissance de la maladie (Lalonde & Pinard, 2016, p. 389). La psychoéducation consiste également à fournir des informations sur la maladie aux familles. Une revue systémique confirme qu'il existe des preuves suggestives qu'en faisant de la psychoéducation cela préviendrait les rechutes des troubles bipolaires et plus particulièrement lors des rechutes maniaques (Bond & Anderson, 2015). Il semble que l'instauration de cette technique dans la prise en charge des patients soit indispensable.

De plus, la psychoéducation familiale apprend au patient des habitudes de vie plus saines comme un rythme jour/nuit. Elle apprend également des mesures de prévention des rechutes (ex : reconnaissance précoce des symptômes). (Lalonde & Pinard, 2016, p. 389) C'est en effet ce qu'ont mentionné les infirmières dans l'étude de Daggenvoorde et al. (2015). L'établissement d'un rythme jour/nuit est considéré comme un soin intensif aux patients hospitalisés pour manie. Effectivement, lors des épisodes maniaques, il y a une baisse des besoins de sommeil. Le patient se lève et erre dans la maison en cherchant constamment quelque chose à faire. (Townsend & Clavet, 2010, p. 442, 443) Il semblerait qu'en agissant sur cette régulation, les patients auraient un meilleur rythme et diminueraient le risque de rechute.

Que cela soit du point de vue des soignants, des familles mais également des patients, la communication a été discutée dans presque toutes les études sauf celle de Dunne et al. (2019). Il semblerait que la communication entre les professionnels et les patients et leurs familles ne soit pas à la hauteur des attentes. Lors d'un épisode maniaque, le patient

éprouve des symptômes tels que l'agressivité, l'euphorie, la colère et l'impatience. Il aura tendance à commenter tout ce qu'il se passe autour de lui et sa pensée sera difficile à suivre dû à la fuite de ses idées (Lalonde & Pinard, 2016, p. 376, 377). De ce fait, il est compréhensible que les familles rencontrent des difficultés à entrer en communication avec leur proche, pouvant parfois même se faire rejeter (Baruch et al., 2018; Chatzidamianos et al., 2015). Par conséquent, des techniques de communication devraient être apprises aux patients et à leurs familles car il semblerait qu'une communication plus claire, plus calme et de soutien soient des interventions importantes (Daggenvoorde et al., 2015; Reinares et al., 2016).

Des familles peuvent ressentir un épuisement pendant l'épisode maniaque, ce qui souligne le besoin de repos après celui-ci (Nascimento et al., 2016; Testerink et al., 2019). Des entretiens familiaux durant l'hospitalisation peuvent donner l'opportunité à l'infirmière d'observer les signes d'épuisement et ainsi éviter que les membres des familles développent eux-aussi des pathologies comme la dépression par exemple. Dans la dernière étape du processus en spirale, l'infirmière doit impérativement être attentive aux signes d'épuisement venant du patient mais également de sa famille (Gottlieb & Gottlieb, 2014). En conséquent, des entretiens familiaux semblent être un bon moyen de recherche de ces signes durant la totalité de l'hospitalisation mais également lors du retour à domicile.

## **5.2 Discussion de la qualité et de la crédibilité des évidences**

Toutes les études analysées sont récentes, allant de 2015 à 2020. Elles ont toutes été approuvées par un comité d'éthique et tous les participants étaient des volontaires. Aucune des études n'a été effectuée en Suisse. Trois études ont été réalisées au Brésil, à Taïwan et en Australie. Les conditions de travail pourraient différer de celles pratiquées en Suisse dû à leurs évolutions dans un système socio-économique différent du nôtre.

Les sujets principaux de toutes les études répondent partiellement à la question de recherche et proposent des stratégies du point de vue infirmier mais également en considérant les attentes des familles et des patients. L'étude de Dunne et al. (2019) de design quantitatif associe des contacts familiaux à une meilleure récupération des troubles bipolaires malgré de nombreux résultats non-significatifs durant l'analyse des résultats.

La majorité des études sélectionnées ont un design qualitatif ce qui signifie qu'elles correspondent au niveau de preuve IV de la pyramide des preuves de la HAS. Effectivement, la faible quantité de participants dans les échantillonnages non-probabilistes peut réduire leurs représentativités. Un nombre de personnes plus conséquent dans les

échantillons aurait pu améliorer la qualité en recueillant une plus grande quantité d'informations. En effet, le nombre de participants dans une étude qualitative n'est pas décidé à l'avance comme dans la recherche quantitative, car la taille de l'échantillon dépend des données recueillies.

De plus, les sept recherches qualitatives sont effectuées à l'aide d'entretiens enregistrés et retranscrits dans leurs totalités. Plusieurs études ont utilisé la triangulation des auteurs et des outils logistiques afin d'analyser les résultats. Ces procédures, qui déterminent la crédibilité de la recherche, favorisent la transférabilité des résultats à des contextes similaires. Néanmoins, la généralisation de ceux-ci n'est pas envisageable.

Deux études ont un design quantitatif. L'étude de Dunne et al. (2019) est une étude descriptive transversale et a recourt à un échantillonnage non-probabiliste également. Malgré une taille d'échantillon conséquente, sa représentativité est mise en doute car il existe une sous-représentation des hommes et que les participants s'autodéclarent bipolaires. Une étude longitudinale avec un échantillonnage probabiliste pourrait faire monter le niveau de preuve de cette étude qui mettrait en évidence davantage de résultats significatifs. Au contraire, l'étude quantitative de Lee et al. (2018) a un niveau de preuve plus élevé car elle a effectué un échantillonnage probabiliste par randomisation simple des participants dans les groupes malgré un échantillon modeste.

Afin que la représentativité soit totalement relative et vérifiable, il faudrait que toutes les variables soient identiques ce qui est impossible. Si on vérifiait une représentativité, il faudrait alors qu'elle se fasse dans un contexte et une temporalité très précise. Finalement toutes les populations cibles ont été constituées à l'aide de critères d'inclusion et d'exclusion.

### **5.3 Limites et critiques de la revue de la littérature**

Les critères d'inclusion ont été plus ou moins respectés. L'étude de (Nascimento et al., 2016) s'intéressait également aux patients atteints de schizophrénie et troubles dépressifs. Seules trois études ont ciblé uniquement l'épisode maniaque (Daggenvoorde et al., 2015; Lankeren et al., 2020; Van den Heuvel et al., 2015). Les autres patients sont atteints de troubles bipolaires I ou II ou même de schizophrénie. Les membres des familles interrogés ne vivaient pas forcément dans le même foyer que le parent malade.

Aucune des études n'a été réalisée en Suisse (Pays-Bas, Brésil, Royaume-Uni, Taïwan, Australie). De ce fait, la prise en charge infirmière peut varier d'un pays à l'autre et d'un

hôpital à l'autre. La généralisation peut paraître peu probable à condition de l'adapter aux services suisses.

Cette revue de la littérature s'est basée uniquement sur des articles récents. En effet, tous les articles plus anciens que 2014 ont été systématiquement exclus des recherches. Cette méthode aurait pu exclure des articles intéressants pour répondre à la problématique. Mais au contraire, elle a permis d'énoncer des résultats actuels. L'analyse de neuf articles a permis de récolter différentes stratégies. Les idées se sont retrouvées dans plusieurs études et ont confirmé leurs résultats les unes entre elles.

Trois bases de données ont été consultées (PubMed, CINAHL, Embase). Ce travail aurait pu être enrichi en recherchant des articles dans des bases de données spécialisées en psychiatrie comme PubPsych ou SantéPsy.

La variété des équations de recherche, l'assemblage de cinq concepts et l'utilisation d'opérateurs booléens a permis de trouver une grande quantité d'études à ce sujet. En effet, les troubles bipolaires sont un thème d'actualité. Uniquement les études les plus pertinentes et celles rentrant dans la thématique traitée ont été analysées en profondeur.

Les objectifs de la présente revue de la littérature ont été partiellement atteints. Cette revue offre à tous les acteurs (patients, familles et personnel infirmier) des pistes de compréhensions multiples et variées dans la gestion des troubles bipolaires afin d'éviter des rechutes.

## 6 Conclusion

La prise en charge thérapeutique permet de diminuer les rechutes. En effet, du moment que le patient a reconnu sa maladie, il doit pouvoir reconnaître les signes annonciateurs. Les familles sont reconnues comme un facteur protecteur dans la rechute et sont les premiers intervenants dans la prise en charge de celle-ci. De ce fait, grâce à l'analyse d'études scientifiques variées, cette revue de la littérature propose et confirme quelques pistes d'amélioration dans la prise en charge des rechutes. Elle démontre également la place importante qu'à l'infirmière.

### 6.1 Propositions pour la pratique

Pour conclure, diverses interventions semblent indispensables lors de l'hospitalisation d'un patient bipolaire de type I ayant une phase maniaque. Premièrement, l'intégration de la famille dans la prise en charge, jugée parfois trop médiocre, pourrait être améliorée et leur permettrait à eux aussi une meilleure compréhension de la maladie. Elle se sentirait plus confiante pour faire face aux futurs symptômes annonciateurs de crises. De ce fait, dès l'hospitalisation du patient, une anamnèse complète de la famille devrait obligatoirement être effectuée. Le modèle de soins centrés sur les forces serait un bon outil de travail pour les infirmières (Gottlieb & Gottlieb, 2014). Grâce à celui-ci, elles évalueraient le degré d'épuisement de la famille, souvent en détresse durant ces épisodes (Nascimento et al., 2016).

Il existe en Valais une association d'entraide psychiatrique pour les proches de personnes souffrant de troubles psychiques mais également pour les malades. Elle offre différentes prestations comme : conseil et orientation, action de prévention, promotion de la santé. Il existe un groupe pour les proches de la personne qui vient d'être hospitalisée. (Association Valaisanne d'entraide psychiatrique, 2017) L'association Synaps Espoir, également valaisanne, est dédiée aux proches de personnes souffrant de schizophrénie ou de troubles bipolaires. Cette association se base sur des partages et des échanges afin de se débarrasser de la culpabilité, d'apprendre à mieux vivre avec le proche et de mieux l'accompagner. (Synaps espoir, 2020) Dans la pratique, les infirmières pourraient faciliter l'accès à ces groupes aux patients et à leurs familles. Pour cela, les infirmières doivent connaître les associations et des brochures doivent être mises à disposition.

Il est impératif que la famille soit intégrée d'office dans le suivi des patients bipolaires. Les professionnels de la santé devraient s'intéresser aux liens familiaux, aux limites et également aux forces du patient et de son entourage. Tous les hôpitaux suisses ont le



devoir de respecter le secret médical. Il faudrait encourager les patients afin qu'ils autorisent que leurs familles fassent partie intégrante de la prise en charge et qu'elle puisse être au courant de toutes les informations. Les participants d'une étude ont confirmé être parfois exclus de la prise en charge dû au souci de confidentialité (Chatzidamianos et al., 2015). Il faudrait trouver un consensus dès le début de l'hospitalisation afin que les membres des familles fassent partie à part entière du suivi et que des entretiens soient programmés d'office. Un consentement écrit pourrait être instauré en psychiatrie qui autoriserait la divulgation de la totalité des informations aux membres de sa famille. Cette idée serait toujours dans un but de pouvoir apprendre davantage sur la maladie et de prévenir les rechutes.

Concernant la communication, il semblerait que les familles ne se sentent pas assez écoutées. Quant aux patients, ils ont besoin d'une communication calme et ouverte et une meilleure flexibilité. De ce fait, le renforcement des compétences dans la communication interfamiliale pourrait être proposée dans les établissements psychiatriques en Suisse et en Valais. Il faudrait que les familles et les patients trouvent leurs propres stratégies qui leurs conviennent. Elles pourraient être apprises à l'aide de jeux de rôles, de vidéos, de manière ludique, ce qui permettrait de faciliter l'implication des participants.

## **6.2 Propositions pour la formation**

Selon l'OMS (2019), les troubles mentaux continuent de croître et d'avoir une forte incidence sur la santé. Bien que les troubles bipolaires fassent partie des thématiques de santé actuelles, ils ne sont pas pris en considération autant que l'obésité, les cancers ou les maladies cardiovasculaires par exemple.

Dans le cursus de formation Bachelor en soins infirmiers, différents cours sont dispensés sur la santé mentale, les traitements médicamenteux et la prise en charge. Différents outils sont abordés tels que l'entretien motivationnel et la balance décisionnelle. Ils permettent aux étudiants de se sensibiliser aux pathologies dans une approche biologique, psychologique, sociale et spirituelle. Des cours plus approfondis sur la psychoéducation familiale ou la prise en charge de ces personnes pourraient être instaurés. Sur le terrain, il faudrait que toutes les infirmières psychiatriques se forment dans cette thérapie aux effets favorables, prévenant les rechutes.

Lankeren et al. (2020) soulèvent le fait que les infirmières expérimentées sont préférées aux jeunes diplômées dû à leur flexibilité. En fonction des besoins importants de personnel en Suisse, il n'est pas possible d'engager uniquement des infirmières expérimentées. De

ce fait, il faudrait, à l'intérieur même des établissements, envisager des entretiens entre les professionnels afin d'échanger sur les façons et les stratégies d'interventions auprès de ces patients et leurs familles. Afin de palier à ses différences, des interventions régulières sur la thématique des patients bipolaires pourraient être instaurées. Cela permettrait aux infirmières d'échanger sur les bonnes pratiques avec cette population et permettrait aux jeunes diplômées d'apprendre de nouvelles techniques, moins scolaires comme disent les patients (Lankeren et al., 2020).

En Valais, à la Haute Ecole de Santé de Sion, il existe un Certificats postgrades (CAS) en psychiatrie. Les comportements psychopathologiques ainsi que les causes et les interventions adéquates en situation de crise y sont travaillées de manière plus approfondie. Il paraît nécessaire d'encourager des formations continues qui proposent des interventions spécifiques et adaptées pour la population souffrant de troubles bipolaires.

### **6.3 Propositions pour la recherche**

Premièrement, il serait primordial d'effectuer des recherches sur le territoire Suisse afin de pouvoir appliquer les différentes stratégies découvertes à notre contexte de soins. Les études réalisées au Brésil, à Taïwan et en Australie ne reflètent pas la situation socio-économique et culturelle de la Suisse.

Les études sélectionnées ont des tailles d'échantillon faibles. Il est donc nécessaire, afin de permettre une généralisation, d'effectuer des recherches quantitatives et qualitatives sur les mêmes sujets à plus grande échelle. Une étude quantitative portant sur l'efficacité des stratégies et des interventions actuelles mises en place dans les établissements suisses permettraient de justifier si les interventions doivent être améliorées et dans quel domaine précisément.

Le niveau de preuve IV de la majorité des études est de faible puissance scientifique, surtout celles se rapportant aux approches interprétatives des études qualitatives. Néanmoins, elles relatent qu'il existe des problèmes concernant cette thématique. Par la suite, il serait intéressant de compléter les futures recherches par des méta-analyses ou des revues systémiques de la littérature qui permettraient d'améliorer la validité interne. Une association avec des chercheurs pourrait être intéressante pour des futures recherches.

## 7 Références bibliographiques

- Alain Baccini. (2010). La procédure GLM de SAS, les commandes means et lsmeans, la méthode de Bonferroni et les graphiques d'interactions. Consulté à l'adresse <http://www.math.univ-toulouse.fr/~baccini/zpedago/bonfer.pdf>
- Almont, T. (2011). *Les Biais en Épidémiologie*. Consulté à l'adresse <http://www.theral.fr/resources/ThErAL-Train/Les-biais.pdf>
- Argenty, J. (2016). *Précis de soins relationnels*. France: LAMARRE.
- Association humanrights. (2017). Les placements forcés à l'hôpital psychiatrique du point de vue des droits fondamentaux. Consulté à l'adresse <https://www.humanrights.ch/fr/droits-humains-suisse/interieure/poursuite/detention/placements-forces-hopital-psychiatrique-droits-fondamentaux>
- Association Valaisanne d'entraide psychiatrique. (2017). Actualité. Consulté à l'adresse AVEP website: <https://www.avep-vs.ch>
- Baruch, E., Pistrang, N., & Barker, C. (2018). « Between a rock and a hard place' : Family members » experiences of supporting a relative with bipolar disorder. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 53(10), 1123-1131. doi: 10.1007/s00127-018-1560-8
- Benny, M., Huot, A., Lalonde, J.-A., Landry-Cuerrier, J., Marinier, L., & Sergerie, M.-A. (2016). *Santé mentale et psychopathologie : Une approche biopsychosociale : conforme au DSM-5 (2ème)*. Québec: Modulo.
- Bond, K., & Anderson, I. M. (2015). Psychoeducation for relapse prevention in bipolar disorder : A systematic review of efficacy in randomized controlled trials. *Bipolar Disorders*, 17(4), 349-362. doi: 10.1111/bdi.12287
- Bourgeois, M.-L. (2006). *Les troubles de l'humeur*. Consulté à l'adresse <https://www.cairn.info/les-troubles-de-l-humeur--9782130559481-page-7.htm>

- Buhler, F. (2019). *Les grands écrivains bipolaires : Art et santé mentale - tome 1*. Saint-Denis: Publibook.
- Bureau, S., Drolet, S., Huot, A., Lalonde, J.-A., Landry-Cuerrier, J., & Sergerie, M.-A. (2013). *Santé mentale et psychopathologie : Une approche biopsychosociale*. Montréal: Modulo.
- Canton du Valais. (2020). Placement à des fins d'assistance. Consulté à l'adresse <https://www.vs.ch/web/sjsj/placement-a-des-fins-d-assistance>
- Chatzidamianos, G., Lobban, F., & Jones, S. (2015). A qualitative analysis of relatives', health professionals' and service users' views on the involvement in care of relatives in Bipolar Disorder. *BMC Psychiatry*, 15, 228. doi: 10.1186/s12888-015-0611-x
- Confédération Suisse. (2020). Code civil suisse : Droit des personnes. Consulté à l'adresse <https://www.admin.ch/opc/fr/classified-compilation/19070042/index.html#a426>
- Crocq, M.-A., & Guelfi, J. D. (2016). *DSM-5 ® : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (5e éd). Paris: Elsevier Masson.
- Daggenvoorde, T., Geerling, B., & Goossens, P. J. J. (2015). A qualitative study of nursing care for hospitalized patients with acute mania. *Archives of Psychiatric Nursing*, 29(3), 186-191. doi: 10.1016/j.apnu.2015.02.003
- Doherty, E. F., & MacGeorge, E. L. (2013). Perceptions of Supportive Behavior by Young Adults With Bipolar Disorder. *Qualitative Health Research*, 23(3), 361-374. doi: 10.1177/1049732312468508
- Dunne, L., Perich, T., & Meade, T. (2019). The Relationship Between Social Support and Personal Recovery in Bipolar Disorder. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 42(1), 100-103. doi: 10.1037/prj0000319
- Evans, D. L., & Wasmer Andrews, L. (2012). *Dépression et trouble bipolaire chez l'adolescent : Conseils pratiques pour le quotidien*. Bruxelles: De Boeck.

- Fondation Fondamental. (2016). Les troubles bipolaires, complexes et diagnostiqués trop tardivement. Consulté à l'adresse Fondation FondaMental website: <file:///C:/Users/laeti/Zotero/storage/LATZ12J5/les-troubles-bipolaires.html>
- Fondation fondamentale Suisse. (2017). Les troubles bipolaires. Consulté à l'adresse Fondation Fondamental Suisse website: <https://fondamental-suisse.org/la-recherche/focus-pathologies/les-troubles-bipolaires/>
- Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche : Méthodes quantitatives et qualitatives* (3e éd). Québec: Chenelière Education.
- Gottlieb, L., & Gottlieb, B. (2014). *Les soins infirmiers fondés sur les forces : La santé et la guérison de la personne et de la famille*. Québec: De Boeck.
- Gouvernement du Québec. (2020). Troubles de l'humeur. Consulté à l'adresse <https://www.quebec.ca/sante/problemes-de-sante/sante-mentale-maladie-mentale/troubles-humeur/>
- Guichard, J.-P., & Excoffier, A. (2018). *Faire face au trouble bipolaire : Guide à l'usage du patient et de ses aidants*. Paris: Ellipses.
- Haute Autorité de Santé. (2013). Grade des recommandations [Illustration]. In *Niveau de preuve et gradation des recommandations de bonne pratique : État des lieux* (p. 8). Consulté à l'adresse [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-06/etat\\_des\\_lieux\\_niveau\\_preuve\\_gradation.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-06/etat_des_lieux_niveau_preuve_gradation.pdf)
- Haute autorité de santé. (2015). Patient avec un trouble bipolaire : Repérage et prise en charge initiale en premier recours. Consulté à l'adresse Haute Autorité de Santé website: [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_1747465/fr/patient-avec-un-trouble-bipolaire-reperage-et-prise-en-charge-initiale-en-premier-recours](https://www.has-sante.fr/jcms/c_1747465/fr/patient-avec-un-trouble-bipolaire-reperage-et-prise-en-charge-initiale-en-premier-recours)
- Houinato, D., Kpadonou Fiossi, E., Hounyo, F., Amonles, Y., Avahoui, V., Ezin Hounge, J., & Agossou, T. (2014). Prévalence et facteurs associés aux troubles de l'humeur. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, 62, S226. doi: 10.1016/j.respe.2014.06.177

- Hummelvoll, J. K., & Severinsson, E. (2002). Nursing staffs' perceptions of persons suffering from mania in acute psychiatric care. *Journal of Advanced Nursing*, 38(4), 416-424. doi: 10.1046/j.1365-2648.2002.02199.x
- Inder, M. L., Crowe, M. T., Moor, S., Luty, S. E., Carter, J. D., & Joyce, P. R. (2008). « I actually don't know who I am » : The impact of bipolar disorder on the development of self. *Psychiatry*, 71(2), 123-133. doi: 10.1521/psyc.2008.71.2.123
- International Council of Nurses (Éd.). (2006). *Code déontologique du CII pour la profession infirmière*. Genève, Suisse: Conseil international des infirmières.
- Jann, M. W. (2014). Diagnosis and Treatment of Bipolar Disorders in Adults : A Review of the Evidence on Pharmacologic Treatments. *American Health & Drug Benefits*, 7(9), 489-498. doi: 25610528
- Jorge, M. S. B., Ramirez, A. R. A., Lopes, C. H. A. F., Queiroz, M. V. O., & Bastos, V. B. (2008). Representações sociais das famílias e dos usuários sobre participação de pessoas com transtorno mental. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 42(1), 135-142. doi: 10.1590/S0080-62342008000100018
- Kozier, B. B., Berman, A., Snyder, S., Bourassa, R., Erb, G., Fernandes, M., & Bourassa, R. (2012). *Soins infirmiers : Théorie et pratique*. Montréal: ERPI.
- Kralik, D., Koch, T., Price, K., & Howard, N. (2004). Chronic illness self-management : Taking action to create order. *Journal of Clinical Nursing*, 13(2), 259-267. doi: 10.1046/j.1365-2702.2003.00826.x
- Kupka, R. W., Goossens, P., Bendegem, M. van, Daemen, P., Daggenvoorde, T., Daniels, M., ... Trimbos-instituut (Utrecht). (2015). *Multidisciplinaire richtlijn bipolaire stoornissen*. Consulté à l'adresse [file:///C:/Users/laeti/Downloads/Richtlijn%20bipolaire%20stoornissen%20\(2015\)%20\(4\).pdf](file:///C:/Users/laeti/Downloads/Richtlijn%20bipolaire%20stoornissen%20(2015)%20(4).pdf)
- Lalonde, P., & Pinard, G.-F. (2016). *Psychiatrie clinique : Approche bio-psycho-sociale. Tome 1* (4e éd). Québec: Chenelière Education.

- Lankeren, J. E., Testerink, A. E., Daggenvoorde, T. H., Poslawsky, I. E., & Goossens, P. J. J. (2020). Patient experiences with nursing care during hospitalization on a closed ward due to a manic episode : A qualitative study. *Perspectives in Psychiatric Care*, 56(1), 37-45. doi: 10.1111/ppc.12370
- Le bipolaire. (2017). Bipolaire en phase maniaque : Définition et prévention de cette période. Consulté à l'adresse Le Bipolaire website:  
<https://www.lebipolaire.com/bipolaire-phase-maniaque-definition-prevention-de-cette-periode/>
- Lee, H.-J., Lin, E. C.-L., Chen, M.-B., Su, T.-P., & Chiang, L.-C. (2018). Randomized, controlled trial of a brief family-centred care programme for hospitalized patients with bipolar disorder and their family caregivers. *International Journal of Mental Health Nursing*, 27(1), 61-71. doi: 10.1111/inm.12294
- Lire, écrire, publier et communiquer des articles médicaux. (2020). Critique les résultats d'une étude—LEPCAM. Consulté à l'adresse <https://lepcam.fr/index.php/les-etapes/critique/>
- Merikangas, K. R., Jin, R., He, J.-P., Kessler, R. C., Lee, S., Sampson, N. A., ... Zarkov, Z. (2011). Prevalence and Correlates of Bipolar Spectrum Disorder in the World Mental Health Survey Initiative. *Archives of general psychiatry*, 68(3), 241-251. doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2011.12
- Merkling, J. (2017). *L'infirmier en santé mentale : Identité, rôle, savoirs et pratiques*. Paris: Seli Arslan.
- Mirabel-Sarron, C., Leygnac-Solignac, I., & Rouillon, F. (2015). *Les troubles bipolaires : De la cyclothymie au syndrome maniaco-dépressif*. Paris: Dunod.
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D. G., & PRISMA Group. (2009). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses : The PRISMA statement. *PLoS Medicine*, 6(7), e1000097. doi: 10.1371/journal.pmed.1000097
- Nascimento, K. C., Kolhs, M., Mella, S., Berra, E., Olschowsky, A., & Guimarães, A. N. (2016). The Family Challenge in for People Care Suffering from Mental Disorder.

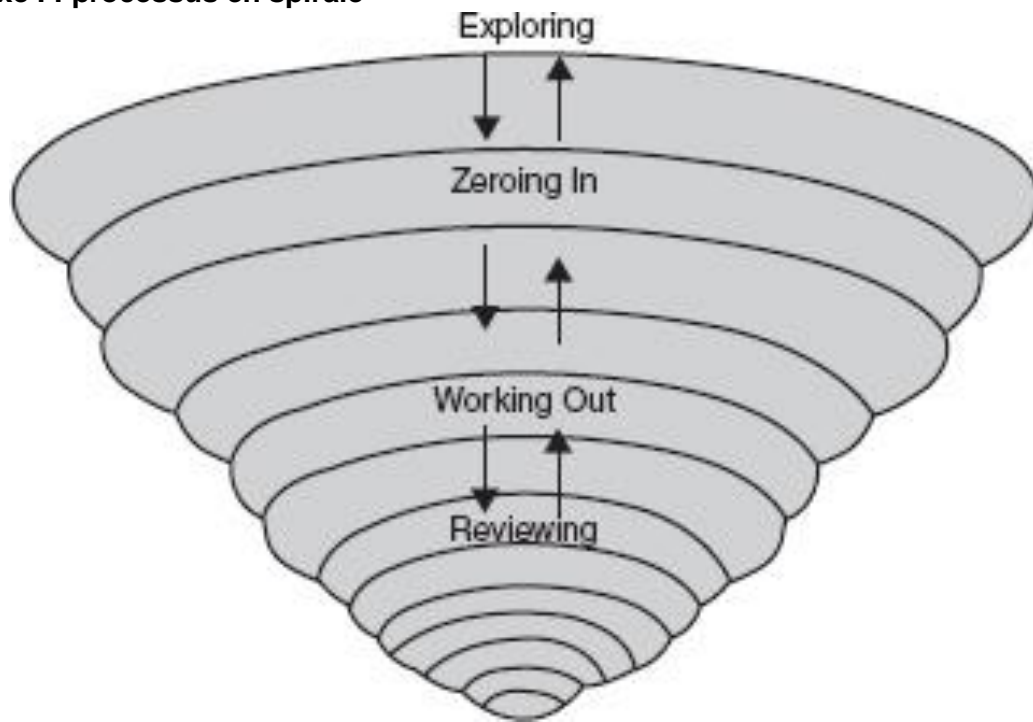
- Journal of Nursing UFPE / Revista de Enfermagem UFPE*, 10(3), 940-948. doi: 10.5205/reuol.8702-76273-4-SM.1003201601
- National Institute for Health and Care Excellence. (2019). *Bipolar disorder : Assessment and management*. Consulté à l'adresse <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK547001/>
- Netgen. (2004). Psychoéducation des proches de patients bipolaires : Impact sur les patients. Rationnel, développements et perspectives. Consulté à l'adresse Revue Médicale Suisse website: <https://www.revmed.ch/RMS/2004/RMS-2496/24022>
- Ninot, G. (2013). Définir la notion de groupe contrôle. Consulté à l'adresse Blog en santé website: <http://blogensante.fr/2013/09/10/definir-la-notion-de-groupe-controle/>
- Organisation mondiale de la santé. (1994). *Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement : Critères diagnostiques pour la recherche*. Paris: Masson.
- Organisation mondiale de la santé. (2019). Troubles mentaux. Consulté à l'adresse <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
- Peters, S., Pontin, E., Lobban, F., & Morriss, R. (2011). Involving relatives in relapse prevention for bipolar disorder : A multi-perspective qualitative study of value and barriers. *BMC Psychiatry*, 11(1), 172. doi: 10.1186/1471-244X-11-172
- Prudhomme, C., Jeanmougin, C., & Duffet, B. (2009). *Psychiatrie : Soins infirmiers aux personnes atteintes d'affections psychiatriques*. Paris: Maloine.
- Reinares, M., Bonnín, C. M., Hidalgo-Mazzei, D., Colom, F., Solé, B., Jiménez, E., ... Vieta, E. (2016). Family functioning in bipolar disorder : Characteristics, congruity between patients and relatives, and clinical correlates. *Psychiatry Research*, 245, 66-73. doi: 10.1016/j.psychres.2016.08.010
- Revue d'information sociale. (2013). Aider les proches de patients bipolaires. Consulté à l'adresse <https://www.reiso.org/articles/themes/soins/215-aider-les-proches-de-patients-bipolaires>



- Santé et Services sociaux Québec. (2018). Statistiques de santé et de bien être selon le sexe : Dépression majeure, trouble bipolaire et trouble de l'humeur -. Consulté à l'adresse <https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/statistiques-donnees-sante-bien-etre/statistiques-de-sante-et-de-bien-etre-selon-le-sexe-volet-national/depression-majeure-manie-et-trouble-de-l-humeur/>
- Santé Romande. (2012). Trouble bipolaire. Consulté à l'adresse <https://www.santeromande.ch/Structure/F03.600.150.150.html>
- Santos, R., & Charnay, P. (2017). Trouble bipolaire : Nouvelles pistes diagnostiques et thérapeutiques fondées sur la reprogrammation cellulaire. *médecine/sciences*, 33(12), 1048-1050. doi: 10.1051/medsci/20173312010
- Synaps espoir. (2020). Accueil. Consulté à l'adresse Synapsespoir website: <https://synapsespoir.ch/>
- Testerink, A. e., Lankeren, J. e., Daggenvoorde, T. h., Poslawsky, I. e., & Goossens, P. J. J. (2019). Caregivers experiences of nursing care for relatives hospitalized during manic episode : A phenomenological study. *Perspectives in Psychiatric Care*, 55(1), 23-29. doi: 10.1111/ppc.12275
- Townsend, M. C., & Clavet, H. (2010). *Soins infirmiers : Psychiatrie et santé mentale*. Saint-Laurent, Québec: ERPI.
- Van den Heuvel, S. C. G. H., Goossens, P. J. J., Terlouw, C., Van Achterberg, T., & Schoonhoven, L. (2015). Identifying and describing patients' learning experiences towards self-management of bipolar disorders : A phenomenological study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 22(10), 801-810. doi: 10.1111/jpm.12243
- Zinder-Jeheber, A., & Martin, I. (2016). *Comprendre la maladie et trouver de l'aide*. Consulté à l'adresse [https://www.promentesana.org/wp-content/uploads/2020/04/PMS\\_Bro\\_2016\\_web.pdf](https://www.promentesana.org/wp-content/uploads/2020/04/PMS_Bro_2016_web.pdf)

## 8 Annexes

### Annexe I : processus en spirale



Exploring	Explorer
Zeroing In	Focaliser
Working Out	Exécuter
Reviewing	Réviser

(Gottlieb & Gottlieb, 2014, p. 354)

## Annexe II : tableau des concepts

Concepts retenus	Stratégies infirmières	Troubles bipolaires (phase maniaque)	Famille du patient	Récidives	Hospitalisation
Mots clés en français	-Prise en charge infirmier-ère -Stratégies -Interventions -Soins	-Bipolaire -Phase maniaque -Manie -Maniaco-dépressif -Trouble de l'humeur	-Entourage -Proches -Famille -Conjoint -Parenté	-Rechute -Crise -Phase aiguë -Récidive	-Hôpital psychiatrique -Clinique
Mots clé en anglais	-Practices -Strategies -Care -Intervention -Nurs*	-Bipolar -Mood disorder -Mania -Manic -Manic-depressive	-Family -Relatives -Entourage	-Recurrence -Recidivism -Relapse	-Hospitalization -psychiatric -Hospital*
MeSH	("Psychiatric nursing"[Mesh])	-Bipolar disorder -Mood disorders ("Bipolar Disorder"[Mesh]) OR "Mood Disorders"[Mesh]	-Family -"Family"[Mesh]	-recurrence - "Recurrence"[Mesh]	-Hospital -"Hospitals"[Mesh]
Cinahl headings	-(MH "Nursing Interventions")	-(MH "Bipolar Disorder")	-(MH "Family") -(MH "Extended Family")	-(MH "Recurrence")	-(MH "Hospitals")
Entree	-'nursing'/exp	-'bipolar disorder'/exp -'bipolar mania'/exp	-'family'/exp	-'recurrent disease'/exp	-'hospital'/exp

## Annexe III : équations de recherches

Équations de recherches PubMed :

Concepts /recherches	Équations de recherche/ filtres	Résultats (Retenus)
Stratégies infirmières	("Psychiatric Nursing"[Mesh]) OR strateg*[Title/Abstract] OR practic*[Title/Abstract] OR car*[Title/Abstract] OR nurs*[Title/Abstract] OR intervention[Title/Abstract] OR infirmier*[Title/Abstract] OR soin*[Title/Abstract]	2'876'258
Troubles bipolaires	("bipolar disorder"[Mesh] OR "Mood disorders"[Mesh]) OR bipolar[Title/Abstract] OR mood disorder[Title/Abstract] OR mani*[Title/Abstract]	769'096
Familles	"Family"[Mesh] OR family[Title/Abstract] OR relativ*[Title/Abstract] OR entourage[Title/Abstract] OR proche*[Title/Abstract]	2'339'258
Récidives	"recurrence"[Mesh] OR recurrence[Title/Abstract] OR recidivism[Title/Abstract] OR relapse[Title/Abstract] OR rechute[Title/Abstract]	512'219
Hospitalisation	"hospitals"[Mesh] OR hospitalization[Title/Abstract] OR psychiatric[Title/Abstract] OR hospital*[Title/Abstract] OR "hôpital psychiatrique"[Title/Abstract] OR clinique*[Title/Abstract]	1'517'053
Total	((("Psychiatric Nursing"[Mesh]) OR strateg*[Title/Abstract] OR practic*[Title/Abstract] OR car*[Title/Abstract] OR nurs*[Title/Abstract] OR intervention[Title/Abstract] OR infirmier*[Title/Abstract] OR soin*[Title/Abstract] ) AND ((("bipolar disorder"[Mesh] OR "Mood disorders"[Mesh]) OR bipolar[Title/Abstract] OR mood disorder[Title/Abstract] OR mani*[Title/Abstract]) AND ("Family"[Mesh] OR family[Title/Abstract] OR relativ*[Title/Abstract] OR entourage[Title/Abstract] OR proche*[Title/Abstract]) AND ("recurrence"[Mesh] OR recurrence[Title/Abstract] OR recidivism[Title/Abstract] OR relapse[Title/Abstract] OR rechute[Title/Abstract]) AND ("hospitals"[Mesh] OR hospitalization[Title/Abstract] OR psychiatric[Title/Abstract] OR hospital*[Title/Abstract] OR "hôpital psychiatrique"[Title/Abstract] OR clinique*[Title/Abstract]))→ 127 résultats → Avec filtre 5 ans = 30 → Age + 19 ans = 7	7 (0)
Recherche 1	("bipolar disorder"[Mesh]) AND ("psychiatric nursing"[Mesh]) AND ("family"[Mesh]) = 8 → Dans les 5 ans= 0	0
Recherche 2	("bipolar disorder"[Mesh]) AND ("family"[Mesh]) = 1'700 → 5 ans = 285 → Age +19 ans = 213	16(1)

	→Revue et Clinical trial = <b>16</b> Family-Focused Therapy for Bipolar Disorder: Reflections on 30 Years of Research. 2016	
<b>Recherche 3</b>	<b>(psychiatric nursing[MeSH Terms]) AND family[MeSH Terms] = 670</b> → 5 ans = <b>39</b> → Age + 19 ans = <b>20</b> Psychiatric Nursing Care in a General Hospital: Perceptions and Expectations of the Family/Caregiver. 2018 .How Do Family Strengths-Oriented Therapeutic Conversations (FAM-SOTC) Advance Psychiatric Nursing Practice? 2018 Predictors and enablers of mental health nurses' family-focused practice. 2018	20 ( 3)
<b>Recherche 4</b>	<b>bipolar disorder AND nursing AND family = 186</b> →5 ans = <b>64</b> → Age + 19 ans = <b>36</b> Family Functionality and Coping Attitudes of Patients with Bipolar Disorder. 2015 Randomized, controlled trial of a brief family-centred care programme for hospitalized patients with bipolar disorder and their family caregivers. 2018 A qualitative analysis of relatives', health professionals' and service users' views on the involvement in care of relatives in Bipolar Disorder. 2015 Understanding the role of m-health to improve well-being in spouses of patients with bipolar disorder. 2015	36( 4)
<b>Recherche 5</b>	<b>nursing care AND bipolar disorder AND family = 150</b> → 5 ans = <b>53</b> →Age + 19 ans = <b>30</b> Randomized, controlled trial of a brief family-centred care programme for hospitalized patients with bipolar disorder and their family caregivers. 2016 . A qualitative analysis of relatives', health professionals' and service users' views on the involvement in care of relatives in Bipolar Disorder. 2015 Informal Caregivers' Learning Experiences With Self-Management Support of Individuals Living With Bipolar Disorder: A Phenomenological Study. 2018	30 ( 3)
<b>Recherche 6</b>	<b>recurrence AND bipolar disorder AND nursing care= 28</b> →Filtre 5 ans= <b>12</b> →Age + 19 ans = <b>8</b> Effectiveness of individual psychoeducation on recurrence in bipolar disorder; a controlled study. 2015 Identifying and describing patients' learning experiences towards self-management of bipolar disorders: a phenomenological study. 2015	8 ( 2)

<b>Recherche 7</b>	<p><b>(nurse[Affiliation]) AND bipolar disorder[MeSH Terms]= 16</b></p> <p>→Filtre des 5 ans= 11</p> <p>→Age + 19 ans = 7</p> <p>A qualitative study of nursing care for hospitalized patients with acute mania. 2015</p> <p>Informal Caregivers' Learning Experiences With Self-Management Support of Individuals Living With Bipolar Disorder: A Phenomenological Study. 2018</p> <p>Identifying and describing patients' learning experiences towards self-management of bipolar disorders: a phenomenological study.</p>	7(3)
<b>Recherche 8</b>	<p><b>bipolar disorder"[mesh] AND "family"[mesh] AND ( nurs* OR "nursing care" OR nurse)= 895592</b></p> <p>→filtre 5 ans = <b>184'147</b></p> <p>→Age + 19 ans = <b>65'949</b></p> <p>Stopper la recherche car était ciblé que sur les infirmières et plus les troubles bipolaires</p>	65'949 (0)

Équations de recherche CINHAL :

Concepts (recherches)	Équations de recherches/ filtres	Résultats (retenus)
<b>Stratégies infirmières</b>	(MH"Nursing Interventions") OR TI strateg* OR AB strategy* OR TI practic* OR AB practic* OR TI car* OR AB car* OR TI nurs* OR AB nurs* OR TI intervention OR AB intervention OR TI infirmier* OR AB infirmier* OR TI soin* OR AB soin*	2,477,023
<b>Troubles bipolaires</b>	(MH "Bipolar Disorder") OR TI bipolar OR AB bipolar OR TI" mood disorder" OR AB "mood disorder" OR TI mani* OR AB mani*	108,214
<b>Famille</b>	(MH "Family") OR (MH "Extended family") OR TI family OR AB family OR TI relative* OR AB relative* OR TI entourage OR AB entourage OR TU proche* OR AB proche*	460,958
<b>Récidives</b>	(MH "Recurrence") OR TI recurrence OR AB recurrence OR TI recidivism OR AB recidivism OR TI relapse OR AB relapse OR TI rechute OR AB rechute OR TI "phase aiguë" OR AB "phase aiguë"	108,649
<b>Hospitalisation</b>	(MH "hospitals) OR TI hospitalization OR AB hospitalization OR TI psychiatric OR AB psychiatric OR TI hospital* OR AB hospital* OR TI "hôpital psychiatrique" OR AB "hôpital psychiatrique" OR TI Clinique* OR AB Clinique*	3,134
<b>Total</b>	((MH"Nursing Interventions") OR TI strateg* OR AB strategy* OR TI practic* OR AB practice* OR TI car* OR AB car* OR TI nurs* OR AB nurs* OR TI intervention OR AB intervention OR TI infirmier* OR AB infirmier* OR TI soin* OR AB soin*) AND ((MH "Bipolar Disorder") OR TI bipolar OR AB bipolar OR TI" mood disorder" OR AB "mood disorder" OR TI mani* OR AB mani*) AND ((MH "Family") OR (MH "Extended family") OR TI family OR AB family OR TI relative* OR AB relative* OR TI entourage OR AB entourage OR TU proche* OR AB proche*) AND ((MH	0

	<p>"Recurrence") OR TI recurrence OR AB recurrence OR TI recidivism OR AB recidivism OR TI relapse OR AB relapse OR TI rechute OR AB rechute OR TI "phase aiguë" OR AB "phase aiguë") AND ((MH "hospitals) OR TI hospitalization OR AB hospitalization OR TI psychiatric OR AB psychiatric OR TI hospital* OR AB hospital* OR TI "hôpital psychiatrique" OR AB "hôpital psychiatrique" OR TI Clinique* OR AB Clinique*)</p> <p><b>Note:</b> Your initial search query did not yield any results. However, using SmartText Searching, results were found based on your keywords.</p>	
<b>Recherche 1</b>	<p>MH"nursing interventions" AND MH"bipolar disorder" AND MH"family" = 631</p> <p>→ Filtre années 2014-2020 = 310</p> <p>→First auto ris a nurse= 5</p>	5(0)
<b>Recherche 2</b>	<p>(MH "bipolar disorder") AND (( nurs* OR (MH "nursing interventions)) AND (MH "family"))= 501</p> <p>→ Avec filtre année 2014-2020=120</p> <p>→ Age 19 à 44 ans = 36</p> <p>Caregivers experiences of nursing care for relatives hospitalized during manic episode: A phenomenological study. 2019</p> <p>Patient experiences with nursing care during hospitalization on a closed ward due to a manic episode: A qualitative study. 2020</p> <p>THE FAMILY CHALLENGE IN FOR PEOPLE CARE SUFFERING FROM MENTAL DISORDER 2016</p> <p>Cognitive behavioural family intervention for people diagnosed with severe mental illness and their families: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. 2019</p>	36 ( 4)
<b>Recherche 3</b>	<p>((MH"Nursing Interventions") OR TI strateg* OR AB strategy* OR TI practic* OR AB practic* OR TI car* OR AB car* OR TI nurs* OR AB nurs* OR TI intervention OR AB intervention OR TI infirmier* OR AB infirmier* OR TI soin* OR AB soin*) AND ((MH "Bipolar Disorder") OR TI bipolar OR AB bipolar OR TI " mood disorder" OR AB "mood disorder" OR TI mani* OR AB mani*) AND ((MH "Family") OR (MH "Extended family") OR TI family OR AB family OR TI relative* OR AB relative* OR TI entourage OR AB entourage OR TU proche* OR AB proche*)= 5'817</p> <p>→filtre année 2014-2020 = 2'602</p> <p>→first auto ris a nurse = 34</p> <p>THE FAMILY CHALLENGE IN FOR PEOPLE CARE SUFFERING FROM MENTAL DISORDER. 2016</p>	34 ( 1)
<b>Recherche 4</b>	<p>Nursing education AND family AND bipolar disorder= 34</p> <p>→ filtre année 2014-2020= 7</p> <p>Interventions delivered by nurses in adult outpatient psychiatric care: An integrative review. 2019</p>	7( 1)
<b>Recherche 5</b>	<p>Family relationships AND bipolar disorder AND nurse = 8</p> <p>→filter année 2014-2020 = 3</p>	3( 1)

	Nurses' Experience of Maintaining Their Therapeutic Relationship With Outpatients With Bipolar Disorder and Their Caregivers During Different Stages of a Manic Episode: A Qualitative Study.	
--	---	--

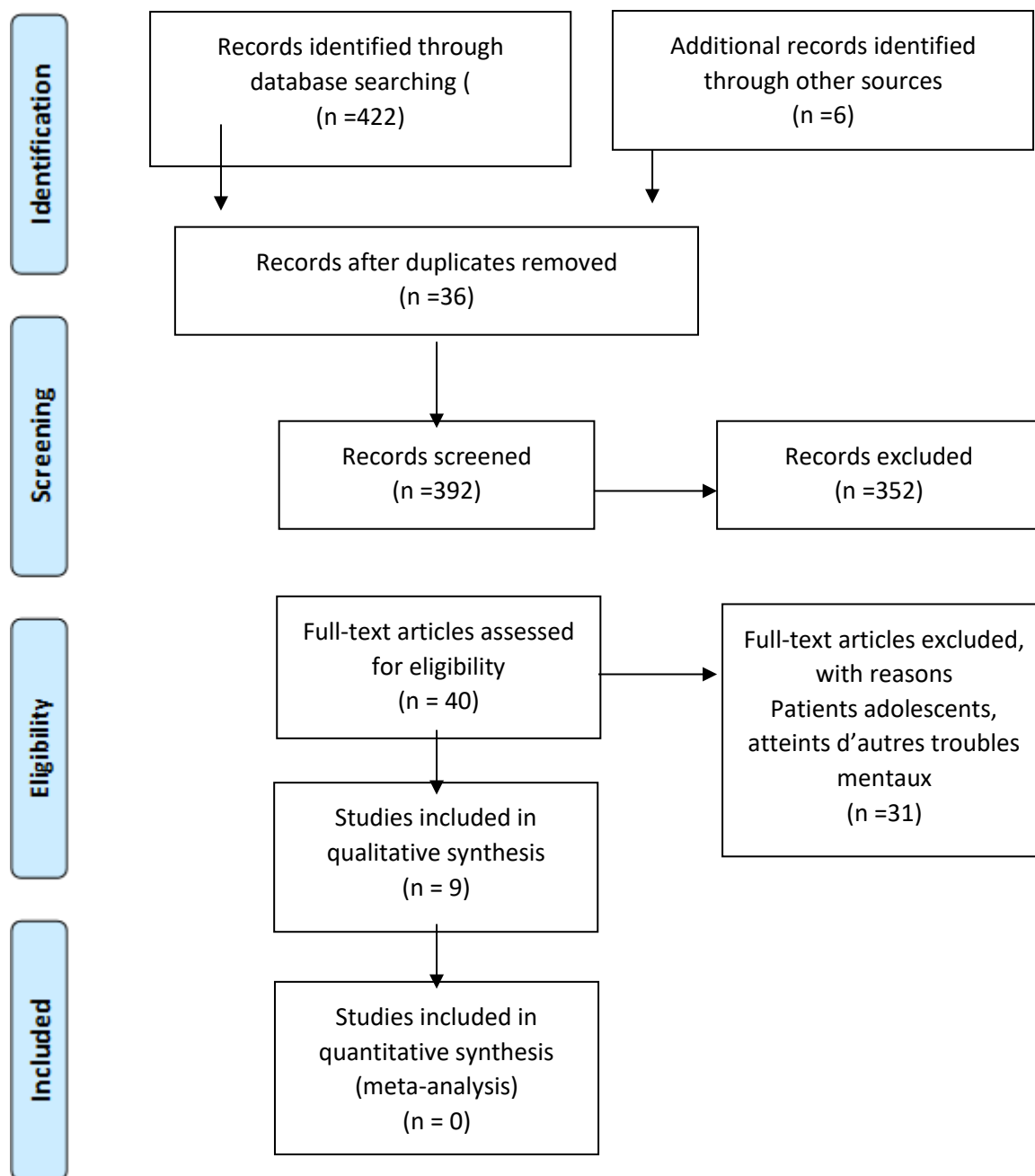
## Équations de recherche Embase :

Concepts (recherches)	Équations de recherches/filtres	Résultats (retenus)
<b>Stratégies infirmières</b>	'nursing'/exp OR strateg*:ab,ti OR practic:ab,ti OR car*:ab,ti OR nurs*:ab,ti OR intervention:ab,ti OR infirmier:ab,ti OR soin:ab,ti	9,137,762
<b>Troubles bipolaires</b>	'bipolar disorder'/exp OR 'bipolar mania'/exp OR bipolar:ab,ti OR "mood disorder":ab,ti OR mani:ab,ti	120,551
<b>Famille</b>	'family'/exp OR family:ab,ti OR relative*:ab,ti OR entourage:ab,ti OR proche*:ab,ti	2,934,276
<b>Récidives</b>	'recurrent disease'/exp OR recurrence:ab,ti OR recidivism:ab,ti OR relapse:ab,ti OR rechute:ab,ti OR "phase aiguë":ab,ti	721,159
<b>Hospitalisation</b>	'hospital'/exp OR hospitalization:ab,ti OR psychiatric:ab,ti OR hospital:ab,ti OR hôpital psychiatrique:ab,ti OR Clinique:ab,ti	2,298
<b>Recherche 1</b>	('nursing'/exp OR strateg*:ab,ti OR practic:ab,ti OR car*:ab,ti OR nurs*:ab,ti OR intervention:ab,ti OR infirmier:ab,ti OR soin:ab,ti) AND ('bipolar disorder'/exp OR 'bipolar mania'/exp OR bipolar:ab,ti OR "mood disorder":ab,ti OR mani:ab,ti) AND ('family'/exp OR family:ab,ti OR relative*:ab,ti OR entourage:ab,ti OR proche*:ab,ti) AND ('recurrent disease'/exp OR recurrence:ab,ti OR recidivism:ab,ti OR relapse:ab,ti OR rechute:ab,ti OR "phase aiguë":ab,ti) AND ('hospital'/exp OR hospitalization:ab,ti OR psychiatric:ab,ti OR hospital:ab,ti OR hôpital psychiatrique:ab,ti OR Clinique:ab,ti)	0
<b>Recherche 2</b>	'bipolar disorder':ti OR nurse:ti AND 'family relation'= 66 →Filtre année 2014-2020= 21 Family functioning in bipolar disorder: Characteristics, congruity between patients and relatives, and clinical correlates 2016 Family Functionality and Coping Attitudes of Patients with Bipolar Disorder 2015 A qualitative analysis of relatives', health professionals' and service users' views on the involvement in care of relatives in Bipolar Disorder 2015 Associations between family cohesion, adaptability, and functioning of patients with bipolar disorder with clinical syndromes in Hebei, China 2019	21( 4)
<b>Recherche 3</b>	('nursing'/exp OR strateg*:ab,ti OR practic:ab,ti OR car*:ab,ti OR nurs*:ab,ti OR intervention:ab,ti OR infirmier:ab,ti OR soin:ab,ti) AND ('family'/exp OR family:ab,ti OR relative*:ab,ti OR entourage:ab,ti OR proche*:ab,ti) AND 'bipolar disorder'/exp AND 'hospital care'/exp = 138 →Filtre année 2014-2020 = 56 Patients with bipolar disorder and their families: The contribution of psychoeducation to the management of bipolar disorder 2017	56( 3)



	<p>Psychoeducation and bipolar disorders 2015</p> <p>Impaired family functioning in psychosis and its relevance to relapse: a two-year follow-up study 2015</p>	
<b>Recherche 4</b>	<p>('bipolar disorder'/exp OR 'bipolar disorder') AND ('family'/exp OR 'family' OR 'family relation'/exp OR 'family relation') AND ('nursing'/exp OR 'nursing' OR nurs*:ab,ti)= 271</p> <p>→Filtre année 2014-2020 = 109</p> <p>Living with bipolar disorder in Chile: A qualitative study 2019</p> <p>Interventions delivered by nurses in adult outpatient psychiatric care: An integrative review 2019</p> <p>Family Functionality and Coping Attitudes of Patients with Bipolar Disorder 2015</p> <p>Spouses and partners of individuals with bipolar disorder - What kind of specific support do they want? 2018</p> <p>Psychoeducation in bipolar disorder: A case study 2018</p> <p>The effectiveness of psycho-educational intervention on the burden of family caregivers of patients with bipolar disorder 2019</p> <p>Randomized, controlled trial of a brief family-centred care programme for hospitalized patients with bipolar disorder and their family caregivers 2018</p>	109 ( 7))
<b>Recherche 5</b>	<p>mania:ab,ti AND 'bipolar disorder':ab,ti AND 'nursing intervention':ab,ti AND 'spouses of patients':ab,ti</p>	0
<b>Recherche 6</b>	<p>'bipolar disorder':ab,ti AND nursing:ab,ti AND family:ab,ti= 23</p> <p>→Filtre année 2014-2020= 5</p> <p>Interventions delivered by nurses in adult outpatient psychiatric care: An integrative review 2019</p>	5(1)
<b>Recherche 7</b>	<p>nurs*:ff AND 'bipolar disorder':ab,ti AND family:ab,ti= 41</p> <p>→Filtre année 2014-2020= 22</p> <p>The effectiveness of psycho-educational intervention on the burden of family caregivers of patients with bipolar disorder 2019</p> <p>Randomized, controlled trial of a brief family-centred care programme for hospitalized patients with bipolar disorder and their family caregivers 2018</p> <p>Psychoeducation in bipolar disorder: A case study 2018</p> <p>Family Functionality and Coping Attitudes of Patients with Bipolar Disorder 2015</p>	22 (4)

#### Annexe IV: PRISMA 2009 Flow Diagram



(Moher, Liberati, Tetzlaff, Altman, & PRISMA Group, 2009)

## Annexe V : pyramide de preuve

Grade des recommandations	Niveau de preuve scientifique fourni par la littérature
A Preuve scientifique établie	Niveau 1 - essais comparatifs randomisés de forte puissance ; - méta-analyse d'essais comparatifs randomisés ; - analyse de décision fondée sur des études bien menées.
B Présomption scientifique	Niveau 2 - essais comparatifs randomisés de faible puissance ; - études comparatives non randomisées bien menées ; - études de cohortes.
C Faible niveau de preuve scientifique	Niveau 3 - études cas-témoins. Niveau 4 - études comparatives comportant des biais importants ; - études rétrospectives ; - séries de cas ; - études épidémiologiques descriptives (transversale, longitudinale).

(Haute Autorité de Santé, 2013)

## Annexe VI : tableaux de recension des études

Daggenvoorde, T., Geerling, B., & Goossens, P. J. J. (2015). A qualitative study of nursing care for hospitalized patients with acute mania. Archives of Psychiatric Nursing, 29(3), 186-191. doi: 10.1016/j.apnu.2015.02.003

Design	Échantillon	But, objectifs	Cadre de référence	Méthode de collecte des données	Méthodes d'analyse	Résultats
Etude qualitative descriptive avec analyse de contenu	N= 22 infirmiers dont 10 hommes  Age : 23 à 53 ans  Avec une moyenne de six ans et demi d'expérience dans le domaine de la psychiatrie  <b>Echantillonnage</b>  Non-probabiliste par convenance	Explorer les problèmes pertinents évoqués par des patients, les résultats souhaités des patients et les interventions infirmières en questionnant les infirmiers.  <b>Question de recherche</b>  Trois questions ont été posées : « quels sont les problèmes que les infirmiers identifient pour que les patients hospitalisés en état d'humeur maniaque et quels sont les signes et symptômes spécifiques à ce problème ? », « quels sont les résultats souhaités pour les soins aux patients hospitalisés dans un état d'humeur maniaque ? », « quelles sont les interventions utilisées par le personnel infirmier lors des soins aux patients hospitalisés dans un état maniaque ? ».  <b>Hypothèses</b>  Non spécifiées dans l'étude  <b>Variables</b>  Problèmes identifiés, résultats souhaités, interventions utilisées	Le trouble bipolaire  Traitements des troubles bipolaires  Soins aux patients atteints de troubles bipolaires  Interventions infirmières  Hospitalisation des patients souffrant de manie aiguë	Entre décembre 2011 et mai 2013, des entretiens individuels semi-structurés ont été faits auprès des 22 participants par le 1 <sup>er</sup> auteur en employant une liste de sujets dérivés d'une autre étude sur les soins effectués.  Ses entretiens ont été enregistrés en audio et transcrits mot pour mot.  Trois réunions de groupe de discussion comprenant 13 participants ont été organisées et enregistrées par audio en septembre/octobre 2013 pour approfondir ce qui a été trouvé en partageant des réflexions.  <b>Ethique</b>  Pas été nécessaire d'obtenir l'approbation officielle du Comité central néerlandais mais les comités de recherche scientifique des organisations de santé mentale participant ont donné leur approbation. Tous les participants ont signé un formulaire de consentement avant le début de l'étude.	Les transcriptions des entretiens individuels ont été lues et relues. Les parties : problèmes des patients, résultats souhaités et interventions infirmières ont été codés. Le premier entretien a été codé par les 3 auteurs puis les 21 autres ont été faits par 2 auteurs. Les cassettes audios des réunions de groupe de discussion ont été écoutées par le 1 <sup>er</sup> auteur. Puis la déclaration des données a été vérifiée et résumée par le 1 <sup>er</sup> et 3 <sup>ème</sup> auteur. Les auteurs ont tenu un journal de bord tout au long de l'étude sur toutes les réflexions, idées et points de vue abordés au cours du processus de recherche.  <b>Logiciels</b>  Pas de logiciel	Les principaux éléments retenus concernant les problèmes des patients sont : rythme jour-nuit, agression verbale, problèmes relationnels, aucune connaissance de la maladie.  Pour les résultats souhaités pour les patients : fonctionnement stable, meilleure connaissance de la maladie, rythme jour-nuit stable.  Pour les interventions infirmières : fixation de limites, administration des médicaments, communication de soutien, structuration du rythme jour-nuit, ...  <b>Conclusions</b>  Les patients hospitalisés dans un état maniaque aigu ont besoin de soins intensifs. Fixer des limites afin de réduire l'agitation, motiver le patient à prendre ses médicaments, établir un rythme jour-nuit et apporter une communication de soutien sont des interventions infirmières importantes aux soins infirmiers. Les soins doivent être adaptés aux besoins spécifiques du patient tout en restant flexibles.  <b>Limites de l'étude</b>  Tous les participants ont été formés et socialisés aux Pays-Bas. Pas certains que les résultats puissent être généralisés dans d'autres pays. Les problèmes des patients, les résultats souhaités et les interventions infirmières sont décrits séparément, en fonction du choix méthodologique.

Van den Heuvel, S. C. G. H., Goossens, P. J. J., Terlouw, C., Van Achterberg, T., & Schoonhoven, L. (2015). Identifying and describing patients' learning experiences towards self-management of bipolar disorders : A phenomenological study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 22(10), 801-810. doi: [10.1111/jpm.12243](https://doi.org/10.1111/jpm.12243)

Design	Échantillon	But, objectifs	Cadre de référence	Méthode de collecte des données	Méthodes d'analyse	Résultats
Etude qualitative de type phénoménologique descriptive de contenu	N= 16 patients utilisateurs de services en matière d'autogestion du trouble bipolaire Sexe : 8 hommes Age : de 23 à 66 ans	Décrire, identifier et catégoriser les expériences d'apprentissage des utilisateurs de services en matière d'autogestion des troubles bipolaires en expliquant leur efficacité afin de concevoir de futures interventions à l'éducation et autogestion	Le trouble bipolaire  Le traitement  L'autogestion d'une maladie	La collecte était de type inductif. Les patients ont été interrogés à l'aide d'entretiens approfondis allant de 45 à 115 minutes.  Les interviews ont été enregistrées et retranscrites. Les entretiens étaient guidés grâce à une liste de thèmes préétablis tels que : signification de l'autogestion, expériences d'apprentissage, responsabilités familiales, influence du réseau social, ...  Un journal de bord a été tenu comprenant des notes d'observation, de théorie et d'analyse qui a servi d'interpréter les données.	Elle s'est déroulée en six étapes.  La 1 et 2 consistaient à exclure les idées subjectives des chercheurs : lecture, transcriptions, compte rendu et vérification des entretiens ainsi que validation par les participants.  Dans la 3, 4, 5 les concepts émergents ont été introduits dans un logiciel. Certains ont été étiquetés à la main. Certains résultats ont été discutés entre trois analystes. Des fragments de texte ont également été introduits dans le logiciel et étiquetés.  Dans la dernière étape, les étiquettes de fragments de texte ont été catégorisées afin d'obtenir une description approfondie.	Les utilisateurs reconnaissent que leurs capacités à faire face au trouble sont limitées pendant un épisode aigu. La confiance mutuelle est importante et elle autorise leur réseau à prendre le devant si nécessaire. Ce soutien social peut apporter une « tranquillité d'esprit ». Il est difficile pour les utilisateurs de donner du sens au diagnostic de troubles bipolaires et que le concept de l'autogestion a dû être élaboré sur base des leurs propres expériences.  Les utilisateurs préfèrent les petites informations et les exemples pratiques. La reconnaissance précoce des symptômes est un facteur clé pour l'autogestion de la maladie. Selon les utilisateurs, il est plus facile d'identifier les symptômes liés à l'activité que ceux liés aux fluctuations émotionnelles.
Niveau de preuve IV	Echantillonnage  Non-probabiliste par choix raisonné	Question de recherche		Ethique		Conclusions
Paradigme	Critères d'inclusion et d'exclusion  Inclusion : diagnostic de troubles bipolaires type I ou II, comprendre et parler le néerlandais, état euthymique au moment de l'entretien (évalués sur une échelle de méthode Life Chart)	Que se cache-t-il derrière les différents taux de réussite de l'éducation des patients bipolaires ?  Hypothèses  Non-mentionnées dans l'étude  Variables  Non-mentionné		Conformément aux règlements du Comité central de la recherche sur les humains, tous les conseils d'administration des instituts participant ont accordé l'approbation.  Tous les participants ont été informés par écrit et ont signé un formulaire de consentement éclairé. Toutes les données ont été traitées de manière confidentielle et anonyme.		L'établissement de limites, la mobilisation des ressources sociales et l'intégration du trouble bipolaire, dans le concept du « soi », sont des concepts clés.  L'autogestion du trouble bipolaire est un processus dans lequel les utilisateurs apprennent à reconnaître et à réagir aux conséquences qui découlent de leurs propres actions dans les situations quotidiennes. Un réseau social qui fonctionne comme un environnement de secours, où les patients surmontent la peur de la récurrence en explorant leur limite est une condition importante pour cette autogestion du trouble. La confiance mutuelle et une communication ouverte sont des attitudes clés.  Limites de l'étude  Le fait d'employer une méthode phénoménologique avec des entretiens ouverts, une liste de sujets et une analyse inductive limite la reproductibilité de l'étude. Leur choix de faire une sélection ciblée des utilisateurs (échantillon pas homogène) réduit la transférabilité des conclusions.

Testerink, A. e., Lankeren, J. e., Daggenvoorde, T. h., Poslawsky, I. e., & Goossens, P. J. J. (2019). Caregivers experiences of nursing care for relatives hospitalized during manic episode : A phenomenological study. *Perspectives in Psychiatric Care*, 55(1), 23-29. doi:

[10.1111/ppc.12275](https://doi.org/10.1111/ppc.12275)

Design	Échantillon	But, objectifs	Cadre de référence	Méthode de collecte des données	Méthodes d'analyse	Résultats
Étude qualitative de type phénoménologique multicentrique	N : neuf proches (Conjoints, sœurs, amis) Sexe : cinq hommes et Age : 28 à 62 ans <b>Echantillonnage</b> Non-probabiliste par choix raisonné et par convenance (recrutement par les cliniciennes des établissements qui ont fait des suggestions puis les proches ont été appelés par les chercheurs + sur un forum internet concernant les patients et leurs proches où ils ont été invités à y participer) <b>Critères d'inclusion et d'exclusion</b> Inclusion : être les soignants (aidants naturels) de patients atteints de troubles bipolaires qui ont été hospitalisés dans un service fermé au cours de la dernière année pour épisode maniaque, lire/ parler/ comprendre le néerlandais et avoir + de 18 ans. Exclusion : avoir été hospitalisé dans un service de psychiatrie les cinq dernières années, avoir travaillé en tant que professionnel de la santé dans un service de psychiatrie les dix dernières années.	Obtenir un aperçu et décrire les expériences des aidants naturels en ce qui concerne les soins infirmiers prodigués à leurs proches lors d'une hospitalisation pour manie. <b>Question de recherche</b> Non-mentionnée <b>Hypothèses</b> Non-mentionnées <b>Variables</b> Patients atteints de troubles Soins infirmiers perçus par les proches	Troubles bipolaires La manie Le traitement Les soignants informels	Les données ont été recueillies à l'aide d'entretiens ouverts, basés sur une liste de sujets. Ils commençaient tous par la même question puis étaient suivis par des questions en fonction des informations fournies par les proches. La liste de sujets concernait les résultats sur les patients, l'information, la participation et le fardeau des proches. Toutes les interviews ont été enregistrées et transcrites textuellement. Un journal de bord a été tenu tout au long de l'étude. <b>Ethique</b> Un formulaire de consentement éclairé a été signé par les proches des patients. Les données ont été collectées conformément aux principes de la Déclaration d'Helsinki et de la réglementation néerlandaise en matière d'examen médical-éthique.	L'analyse a été réalisée en six étapes selon la méthode Stevick-Colaizzi-Keen. La 1 <sup>ère</sup> consistait à établir des crochets en tenant un journal réfléchi. Dans la 2 <sup>ème</sup> on cherchait à extraire les déclarations significatives des transcriptions des entretiens. La 3 <sup>ème</sup> se chargeait de réaliser des unités significatives. Les trois dernières consistaient à faire une description textuelle des faits (ce que les participants ont vécu), de la structure (analyse de cette description) puis à en extraire l'essence en faisant un condensé. <b>Logiciels</b> NVivo 11.24	Les expériences s'articulent autour de trois thèmes. 1. Les soins infirmiers eux-mêmes : ils sont appréciés et respectés par les proches, les infirmières fournissent les médicaments et fixent les limites aux patients, importance du rôle de dissuasion quant à la sortie, parfois il y a un manque de limitation des stimuli dans le service. 2. L'attitudes des infirmières : elle dépend fortement de la communication employée, un manque de compassion pour le patient est ressenti. 3. L'implication du proche : besoin d'une phase de repos après l'épisode aigu, ont besoin de plus de communication, besoin d'être impliqués dans le traitement du patient. <b>Conclusions</b> Les besoins principaux des proches sont le besoin de communiquer, d'être informés mais aussi d'être impliqués dans le suivi des soins infirmiers du patient lors d'hospitalisation pour manie. Certains proches avaient peu d'expérience. Les conjoints des patients étaient plus positifs quant à l'attitude des infirmières et l'implication qu'ils avaient dans le traitement et des décisions. Les autres participants se sentent parfois plutôt délaissés par les soins infirmiers. <b>Limites de l'étude</b> Lors du contrôle des participants afin de renforcer la crédibilité de l'étude, un seul des participants a répondu présent. Cela montre que le contrôle des membres est faible et apporte peu d'utilité. Des biais de sélection des participants ont pu être faits (huit sélectionnés de cette manière). Les auteurs ne signalent aucun conflit d'intérêt réel ou potentiel.

Nascimento, K. C., Kolhs, M., Mella, S., Berra, E., Olschowsky, A., & Guimarães, A. N. (2016). The Family Challenge in for People Care Suffering from Mental Disorder. *Journal of Nursing UFPE / Revista de Enfermagem UFPE*, 10(3), 940-948. doi: [10.5205/reuol.8702-76273-4-SM.1003201601](https://doi.org/10.5205/reuol.8702-76273-4-SM.1003201601)

Design	Échantillon	But, objectifs	Cadre de référence	Méthode de collecte des données	Méthodes d'analyse	Résultats
Étude qualitative exploratoire descriptive d'analyse de contenu	N : 19 familles de patients schizophrènes, bipolaires ou dépressifs.  Sexe : 63% de femmes  Age : 42% 41 à 60 ans ; 37% 21 à 40 ans ; 16% 61 à 80 ans et 5% plus de 80 ans	Identifier les difficultés rencontrées par les familles vivant avec des personnes souffrant de troubles mentaux	Réforme psychiatrique brésilienne  La famille  Traitement des troubles mentaux	19 familles ont été interrogées à l'aide d'entretiens. Des informations concernant les caractéristiques des familles ont d'abord été recueillies. Des questions semi-structurées en fonction de l'objectif de recherche ont été posées.	L'analyse s'est déroulée dans une approche thématique de contenu. Les données ont été ordonnées, puis classées afin d'être analysées. Elles ont été lues et relues afin d'avoir une meilleure vue d'ensemble de ce qui a été dit. En classant les données, cela a permis de ressortir leur pertinence.	Quatre thèmes abordés par les familles sont ressortis.
Niveau de preuve IV	Echantillonnage  Non-probabiliste par convenance	Question de recherche  « Quels sont les défis auxquels sont confrontées les familles vivant avec des personnes souffrant de troubles mentaux ? »	Stratégies de prévention et de promotion la santé	Ethique  L'étude a reçu l'approbation du comité d'éthique de l'Université de l'Etat de Santa Catarina.	Les données ont finalement été synthétisées et interprétées afin d'en faire ressortir quatre grands thèmes principaux.	1.La charge émotionnelle pour la famille : vivre avec un proche malade est épuisant, il faut savoir gérer et comprendre des symptômes compliqués, l'interaction avec un proche malade est une tâche difficile et malgré ceci, ils expriment le souhait de leur apporter la paix et la sécurité.  2.Impact que la maladie provoque chez les soignants familiaux : du stress, fatigue, ressentent et se familiarisent avec la détresse psychologique du patient, parfois se sentent impatients à cause des comportements instables et des charges émotionnelles, les infirmières doivent recevoir la famille, écouter leurs suggestions afin d'envisager la meilleure prise en charge et traitement  3.Les actions de la famille dans les soins en cas de crise : ils rappellent le service de santé ou emmènent directement le patient à l'hôpital, beaucoup ne connaissent pas les signes et symptômes, emploient des médicaments pour réduire les symptômes apparents (agitation), le dialogue est un moyen important  4.Difficultés de la famille à gérer ce trouble : le plus difficile c'est l'agressivité et la désobéissance des malades lors de crise, le rejet des médicaments est retenu à de nombreuses reprises ce qui implique des rechutes, il y aurait moins de difficultés pour les familles si le patient adhère au traitement médicamenteux mais également non-médicamenteux.
Paradigme Interprétatif / Constructivisme	Critères d'inclusion et d'exclusion  Inclusion : avoir plus de 18 ans, capacité de verbalisation oral pour répondre aux questions de l'entretien, être le soignant familial du patient souffrant de troubles mentaux	Hypothèses  Non-mentionnées  Variables  Patients atteints de maladies mentales  Charge sur les familles			Logiciels  Non-mentionnés	Conclusions  Les aidants familiaux dans les familles sont souvent des femmes. On démontre que les familles contribuent à la vie quotidienne du patient en vivant avec. Ils ont une grande importance dans le rétablissement et dans la stabilisation de la maladie. La maladie peut affecter la famille et son état émotionnel. Lors des crises, de nombreuses familles ne savent pas comment agir. Il est montré nécessaire que la famille soit incluse par les professionnels du domaine de la santé mentale, en étant ouvert et en faisant connaissance de la famille complète du patient.  Limites de l'étude  Non-mentionnées



Lankeren, J. E., Testerink, A. E., Daggenvoorde, T. H., Poslawsky, I. E., & Goossens, P. J. J. (2020). Patient experiences with nursing care during hospitalization on a closed ward due to a manic episode : A qualitative study. *Perspectives in Psychiatric Care*, 56(1), 37-45. doi: [10.1111/ppc.12370](https://doi.org/10.1111/ppc.12370)

Design	Échantillon	But, objectifs	Cadre de référence	Méthode de collecte des données	Méthodes d'analyse	Résultats
Étude qualitative descriptive multicentrique basée sur une analyse de contenu	N : 12 patients Sexe : 7 femmes Age : 26 à 54 ans  <b>Echantillonnage</b> Non-probabiliste par convenance (participation volontaire des patients)  <b>Critères d'inclusion et d'exclusion</b> Inclusion : bipolaires de type I selon DSM-5, âgé de 18 ans ou plus, capacité de lire, comprendre et parler le néerlandais, hospitalisation aiguë pour épisode maniaque au cours de l'année, état euthymique au moment de l'entretien jugé selon des échelles.	Décrire les expériences des patients atteints de manie aiguë dans le trouble bipolaire de type I hospitalisés dans un service fermé avec les soins infirmiers prodigués  <b>Question de recherche</b> « Comment avez-vous vécu les soins infirmiers pendant votre séjour en service de soins fermé alors que vous souffriez de manie ? »  <b>Hypothèses</b> Non-mentionnées  <b>Variables</b> Soins infirmiers prodigués et expériences des patients	Troubles bipolaires  Épisode maniaque  Le traitement  Hospitalisation  Rôle des infirmières  Isolement	Des données démographiques sur les patients ont été fournies avant le début de chaque entretien ouvert. Ils se basaient sur une liste de sujets comprenant : information, communication, interaction, humiliation, fixation de limites, motivation à prendre le traitement, rythme jour/nuit, contact avec les aidants naturels. Un carnet d'entretien a également été tenu par le 1 <sup>er</sup> auteur afin d'y noter les informations non-verbales ainsi que des réflexions. Toutes les interviews ont été enregistrées puis transcrites mot à mot par le 1 <sup>er</sup> auteur.  <b>Ethique</b> Étude menée conformément aux principes éthiques de la recherche médicale sur les sujets humains d'Helsinki. Les comités de recherche scientifique de toutes les organisations participantes ont donné leur approbation. Tous les patients ont signé un consentement éclairé.	Afin d'obtenir une impression générale des résultats, la transcription écrite des résultats et le journal ont été relus à de nombreuses reprises. Les analyses ont suivi la méthode d'analyse modifiée de Stevick-Colaizzi-Keen. Deux enquêteurs ont codé les trois premiers entretiens afin de trouver un consensus. Le 1 <sup>er</sup> auteur a ensuite fini cette démarche, a réalisé une description des résultats puis a discuté avec son superviseur.  <b>Logiciels</b> NVivo1129	Cinq thèmes de discussion sont ressortis. Le résultat principal de l'étude démontre qu'un sentiment de sécurité pour ces patients est vital (se sentent plus à l'aise ce qui favorise leur rétablissement). Ce sentiment est facilité en fonction de la communication, l'interaction et la manière d'effectuer les interventions. Une communication claire et calme est impérative. Elle pourra aider à gérer les excès de colère, ou de les persuader à prendre leur traitement. Les patients ont tous été traités avec respect par les infirmières et préfèrent les infirmières expérimentées qui sont plus flexibles. Ils aiment qu'elles portent un badge afin de favoriser la confiance. Les patients qui ont besoin d'isolement au sein de l'établissement psychiatrique fermé se souviennent pas de la majeure partie de cette période, vécue comme un traumatisme. Les patients dans les unités de soins intensifs vivent de meilleures expériences que dans les isolements.  <b>Conclusions</b> Les infirmières façonnent les expériences des patients. Le sentiment de sécurité et la sécurité en elle-même sont essentiels pour le rétablissement de l'épisode maniaque. Ils se sentent respectés et la communication calme et claire les rassure. Les patients ont besoin d'une structure de la journée plus claire et d'approches infirmières plus adaptées et souples. Afin d'améliorer ceci, les attentes des infirmières quant aux objectifs de traitement et comportement soient communiqués plus explicitement aux patients .  <b>Limites de l'étude</b> Cette étude se base uniquement sur des patients atteints de troubles mentaux alors qu'elle compare ses résultats à d'autres études où les patients présentent divers diagnostics. Un biais de sélection a pu se produire si les cliniciens n'ont proposé que des participants tout à fait capables de réfléchir à leurs expériences et de les partager. Seuls les patients étant motivés dans leur traitement ont contacté de manière volontaire les cliniciens. Seulement un seul participant a voulu vérifier les données transcrites, de ce fait celle-ci n'a aucune valeur.



Lee, H.-J., Lin, E. C.-L., Chen, M.-B., Su, T.-P., & Chiang, L.-C. (2018). Randomized, controlled trial of a brief family-centred care programme for hospitalized patients with bipolar disorder and their family caregivers. *International Journal of Mental Health Nursing*, 27(1), 61-71. doi: 10.1111/inm.12294

Design	Échantillon	But, objectifs	Cadre de référence	Méthode de collecte des données	Méthodes d'analyse	Résultats
Étude quantitative expérimentale de type essai contrôlé randomisé	<p>N : 60 patients ont été randomisés mais seulement 27 dyades (patient / aidant familial) répartis dans les 2 groupes (BFCC / TAU) ont été analysés. La moitié des patients étaient des hommes mariés, au chômage ou scolarisés, ayant étant diagnostiqués il y a plus de 5 ans et ayant déjà été hospitalisés</p> <p>Age : 21 à 40 ans pour les patients, 41 à 65 ans pour les aidants</p> <p><b>Echantillonnage</b></p> <p>Probabiliste par randomisation simple par le biais d'un processus généré par ordinateur et les participants n'ont pas été informés de leur statut d'attribution</p> <p><b>Critères d'inclusion et d'exclusion</b></p> <p>Inclusion : les patients devaient répondre aux critères du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM,) , au critères de trouble bipolaire de type I et II de l'Américain Psychiatric Association (4<sup>ème</sup> édition), être capables d'intervision, avoir un score inférieur à 17 sur l'échelle de dépression de Hamilton(HDRS) et un score inférieur à 38 sur l'échelle de la manie de Young (YMRS). Les aidants familiaux qui ont joué un rôle dans la vie du patient, + de 18 ans, vécus avec le patient pendant + de 6 mois et qui ont été capables de répondre aux questionnaires en chinois ou taïwanais</p> <p><b>Paradigme</b></p> <p>Post-positivisme</p> <p>Exclusion : patients qui ont vécu seuls ou avec leurs familles pendant moins de 6 mois, s'ils ont été diagnostiqués en même temps qu'une déficience intellectuelle, s'ils ont été nouvellement diagnostiqués ou s'ils ne parlent pas chinois. Les aidants familiaux qui souffrent d'une maladie mentale grave ou d'une déficience intellectuelle.</p>	<p>Mesurer de manière répétée les résultats primaires de la fonction familiale et les résultats secondaires de l'état de santé perçu et de la charge des aidants familiaux.</p> <p><b>Question de recherche</b></p> <p>Non mentionnée</p> <p><b>Hypothèses</b></p> <p>Le bref programme de soins centrés sur la famille (BFCC) des dyades familiales pour les patients atteints de troubles bipolaires améliorerait la fonction familiale</p> <p><b>Variables</b></p> <p>D : scores de base et post-traitement</p> <p>I : le groupe</p>	<p>Troubl e sbipol aires</p> <p>Les aidant s familia ux</p> <p>Phase s de soins</p> <p>Psych oéduc ation familia le</p> <p>Modèl e d'inter ventio n familia le de Calgar y</p>	<p>Des évaluations des bases de données sociodémographiques ont été faites comprenant : âge, sexe, éducation, état civil et emploi. Les symptômes cliniques des patients ont été évalués à l'aide des échelles YMRS et HDRS. Tous les indicateurs (fonction familiale, perception de l'état de santé des aidants et leurs charges) ont été évalués à l'aide des questionnaires. Les dyades ont participé aux différentes séances des groupes. Lors des séances BFCC, le thérapeute a effectué un brainstorming coopératif. Toutes les données ont été récoltées à l'aide de l'échelle des fonctions familiales, d'un questionnaire de santé chinois-12, d'un inventaire de la charge des aides.</p> <p><b>Ethique</b></p> <p>Les considérations éthiques ainsi que le protocole de protection des droits de l'homme ont été approuvées par le comité d'examen institutionnel du lieu de recherche avant le recrutement des participants. Une lettre expliquant les détails a été envoyée aux aidants familiaux avec des informations pour le patient. Les participants ont également signé une lettre de mission</p>	<p>Les différences entre les deux groupes ont été évaluées à l'aide du test v2. Les différences dans les scores du questionnaire chinois sur la santé (CHQ-12), de l'inventaire de la charge des aidants (CBI), de l'échelle des fonctions familiales (FFS) ont été évaluées à l'aide d'analyses de régression linéaire généralisées à un modèle mixte. Le test « effet de temps » a permis de déterminer si les deux groupes ont connu une amélioration dans le niveau de base et celui du post-traitement.</p> <p><b>Logiciels</b></p> <p>SPSS 17.0 pour Windows</p>	<p>Les patients du groupe BFCC ont fait des progrès plus importants que ceux du groupe TAU. L'intervention du BFCC a amélioré la fonction familiale mais n'a pas eu d'incidence sur l'état de santé perçu par les aidants et sur leurs charges. Ces brèves interventions ont permis aux aidants à communiquer et gérer les conflits.</p> <p><b>Conclusions</b></p> <p>Confirmation de la faisabilité de l'utilisation du BFCC pour les patients atteints de troubles bipolaires et leurs aidants durant l'hospitalisation dans un établissement de soins aigus. Confirmation de l'effet positif sur le fonctionnement de la famille.</p> <p><b>Limites de l'étude</b></p> <p>La taille de l'échantillon était modeste ce qui a limité la puissance statistique de l'étude. Biais de sélection car le BFCC a été mis en place lorsque les patients étaient hospitalisés et que les dyades familiales ont dû accepter de travailler ensemble. Aucune évaluation de suivi n'a été effectuée. Le BFCC a été comparé au programme TAU sans tenir compte des facteurs non-spécifiques liés à l'intervention.</p>

Chatzidamianos, G., Lobban, F., & Jones, S. (2015). A qualitative analysis of relatives', health professionals' and service users' views on the involvement in care of relatives in Bipolar Disorder. *BMC Psychiatry*, 15, 228. doi: [10.1186/s12888-015-0611-x](https://doi.org/10.1186/s12888-015-0611-x)

Design	Échantillon	But, objectifs	Cadre de référence	Méthode de collecte des données	Méthodes d'analyse	Résultats
Etude qualitative descriptive de type analyse de contenu	N : 35 participants dont 11 utilisateurs des services (US), 13 parents et 12 professionnels de la santé (HP)  Age : moyenne de 47 ans pour les US, moyenne de 60 ans pour les parents et 43 ans pour les HP	Explorer et identifier les obstacles et facteurs qui facilitent l'implication des parents dans le traitement du trouble bipolaire, vécu par les patients, parents et personnels de la santé	Trouble bipolaire  Effet du trouble sur les proches  Triangle of Care  Approches axées sur la famille  L'analyse cadre	Tous les participants ont fourni des informations démographiques.  Des entretiens semi-structurés approfondis de 45 à 60 minutes ont été menés par le 1 <sup>er</sup> auteur. Ils étaient basés sur un guide thématique (disponible sur demande) concernant les thèmes : définition de l'implication d'un proche en santé mentale, point de vue quant à celle-ci, obstacles et facteurs facilitant l'implication dans les troubles bipolaires, le soutien nécessaire si les proches devaient être impliqués. Lors des entretiens, le chercheur a préféré utiliser des questions ouvertes afin de mieux comprendre le vécu des expériences. Tous les entretiens ont été enregistrés sur bande audio puis transcrits par un professionnel.	Cinq étapes de l'analyse cadre ont été suivies : familiarisation, identification d'un cadre thématique, indexation, cartographie et interprétation. Le 1 <sup>er</sup> auteur s'est chargé de lire les transcriptions, d'écouter les bandes audios, identifier les idées et thèmes récurrents ainsi que de développer un cadre thématique préliminaire. Les thèmes ont été discutés avec les autres chercheurs afin de trouver un consensus. Des extraits d'entretiens ont été interprétés en tenant compte de la littérature existante. L'analyse a été facilitée grâce à l'emploi d'un logiciel capable d'analyser des choses cachées dans les données.	L'étude a confirmé que les proches avaient des difficultés à s'impliquer dans le traitement des troubles bipolaires. Néanmoins, il existe des possibilités de soutien à cette implication mais la possibilité de participer au traitement reste limitée et difficilement accessible. L'accessibilité et l'accès aux sources de soutien étaient compromises à causes de : la vision du monde préexistant, qualité des relations et communication, obstacles structurels. Les participants relèvent que le manque de compétences, de confiance en soi et des attitudes négatives sont des obstacles majeurs au développement de partenariats avec les proches. L'utilisation ou l'abus de la confidentialité serait un obstacle à la communication entre les professionnels de la santé et les proches. Il semblerait qu'il existe un manque de soutien venant des décideurs politiques et une mauvaise gestion des dirigeants quant à l'implication des proches en santé mentale (manque de temps, problèmes d'investissement financiers).
Niveau de preuve IV	<b>Echantillonnage</b>  Non-probabiliste par convenance, sur participation volontaire en répondant à une campagne de recrutement dans les médias électroniques et imprimés dans la publicité	<b>Question de recherche</b>  « Quels sont les obstacles et les facteurs qui facilitent la participation des proches dans le trouble bipolaire ? »		<b>Ethique</b>  Les méthodes respectaient la Déclaration d'Helsinki. L'Université de Lancaster a parrainé la recherche. Le Comité d'éthique de la recherche du Yorkshire and the Humber National Health System et la R&D du Cumbria Partnership Foundation Trust ont donné un avis favorable pour la recherche. Les participants ont signé un consentement écrit.		
Paradigme	<b>Critères d'inclusion et d'exclusion</b>  Inclusion pour les US : être âgé de 18 à 65 ans et répondre aux critères de diagnostic du trouble bipolaire I ou II selon DSM-5, comprendre, lire et écrire l'anglais,  Inclusion pour les parents : minimum 3 contacts / semaines, rôle de soutien émotionnel et/ou pratique (être de la famille ou ami ou partenaire), être âgé de plus de 18 ans, comprendre, écrire et lire l'anglais	<b>Hypothèses</b>  Non-mentionnées				<b>Conclusions</b>  L'implication des proches doit être une chose prioritaire de tous les niveaux de la prestation de soins de santé selon eux. Au contraire, les professionnels devraient décider quand et comment certains proches pourraient être impliqués. L'implication des proches entraîne des avantages évidents pour les patients.
Interprétatif / Constructivisme		<b>Variables</b>  Traitement du trouble bipolaire et Implication des parents			<b>Logiciels</b>  ATLAS. ti	<b>Limites de l'étude</b>  L'exigence d'un des critères d'inclusion (que les proches aient 3 contacts / semaine pourrait exclure beaucoup de familles et empêcher une généralisation des résultats.

Baruch, E., Pistrang, N., & Barker, C. (2018). « Between a rock and a hard place' : Family members » experiences of supporting a relative with bipolar disorder. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 53(10), 1123-1131. doi: 10.1007/s00127-018-1560-8

Design	Échantillon	But, objectifs	Cadre de référence	Méthode de collecte des données	Méthodes d'analyse	Résultats
<p>Etude qualitative phénoménologique</p> <p>Niveau de preuve IV</p> <p>Paradigme Interprétatif / constructivisme</p>	<p>N : 18 membres de familles</p> <p>Age : moyenne de 48 ans et Sexe : 14 femmes</p> <p><b>Echantillonnage</b></p> <p>Non-probabiliste par convenance puis par choix raisonné afin qu'il soit plus riche. Réalisé par le biais d'organisations bénévoles de santé et de soins, du site web de l'université et du bouche à oreille.</p> <p><b>Critères d'inclusion et d'exclusion</b></p> <p>I : membre de la famille d'une personne ayant des troubles (parents, enfants adultes, partenaires/conjoints/ frères/sœurs), âgé de 18 ans ou plus, amener un important soutien substantiel, ne connaissant pas de crise actuelle.</p>	<p>Explorer les défis liés au soutien d'un parent bipolaire et la manière dont les membres de la famille ont tenté de relever ces défis.</p> <p><b>Question de recherche</b></p> <p>« Quelles difficultés les membres de la famille rencontrent-ils pour soutenir un parent atteint de troubles bipolaires, et comment tentent-ils de les gérer ? »</p> <p><b>Hypothèses</b></p> <p>Non-mentionnées</p> <p><b>Variables</b></p> <p>Les membres de la famille qui soutiennent un parent atteint des troubles bipolaires.</p> <p>Les défis liés au soutien et les facteurs qui ont aidé ou entravé les efforts fournis par les membres de la famille.</p>	<p>National Institute for Health and Care Excellence (NICE) sur les troubles bipolaires</p> <p>Les troubles bipolaires</p> <p>Risque de rechute</p> <p>Prise en charge des troubles</p> <p>Gestion de l'épisode maniaque</p> <p>Rôle des membres de la famille</p> <p>Méthode d'analyse cadre</p> <p>L'approche Frame-work</p>	<p>Elle a été réalisée par 1 seul auteur. Un calendrier d'entretiens a été élaboré pour l'étude. Le programme se basait sur différents thèmes : informations générales sur le parent, manière dont le proche a tenté de le soutenir et les défis associés, l'impact de ce soutien sur son parent, manière dont il a géré les difficultés associées au soutien, les expériences de soutien des professionnels de la santé. Le 1er auteur a mené des entretiens semi-structurés au domicile des participants, à l'université ou dans des organisations bénévoles. Ils duraient entre 60 et 194 minutes. Ils ont été enregistrés, transcrits en gardant l'anonymat des participants, grâce à l'aide des assistants de recherche bénévoles.</p> <p><b>Ethique</b></p> <p>L'étude a été approuvée par le comité d'éthique de l'université et a respecté les normes éthiques établies dans la Déclaration d'Helsinki. Tous les participants ont donné un consentement éclairé.</p>	<p>Les transcriptions ont été analysées selon l'approche Frame-work.</p> <p>L'analyse a respecté un cadre recommandé pour la recherche sur les soins de santé. Sept étapes ont constitué le déroulement de l'analyse : familiarisation des données, élaboration de codes avec idées clés, organisation des codes dans un cadre avec des catégories, application du cadre aux transcriptions, compilation de tableaux résumant les extraits des données, synthèses des codes et compilation de tableaux des citations afin de vérifier les données.</p> <p><b>Logiciels</b></p> <p>NVivo</p>	<p>Les participants ont fait face à de nombreux défis afin de soutenir leurs parents. Six thèmes se sont dégagés.</p> <p>1 : Ne pas savoir : sentiment d'incertitude, manque d'informations et d'explications. 2 : C'est hors de mon contrôle : tensions, imprévisibilité en raison des sauts d'humeur, peur de la manie, peur des comportements à risque. 3 : « Marcher sur des coquilles d'œufs » : les tentatives d'aides exacerbent le patient, inquiets de dire de mauvaises choses, les suggestions provoquent irritabilité et colère, le malade n'accepte pas. 4 : Prendre en compte les signes : détecter les signes avant-coureurs avant aggravation, communication familiale aidée par les soignants. 5 : Temps de crise : dur de soutenir, adoption de comportements à risque, agressivité, l'aide amène conflits et violences, décision d'hospitaliser est difficile, les familles souhaitent une meilleure communication. 6 : Je dois faire entendre ma voix : pas assez d'encouragements venant des professionnels, ils apprécient de parler avec quelqu'un qui connaît bien le patient.</p> <p><b>Conclusions</b></p> <p>Les membres des familles ont ressenti un fort sentiment d'instabilité et manque de contrôle lors des changements d'humeur. Ils ont peur de la rechute et révèlent une anxiété accrue lors d'épisodes maniaques (imprévisibilité du comportement de leurs proches) et lors d'épisodes dépressifs (risque suicidaire). La communication lors de manie et l'aide lors de dépression étaient difficiles mais l'encouragement était jugé utile. Il est important de détecter les signes avant-coureurs d'une rechute, surtout pour la manie. Cette étude souligne la capacité des membres de la famille à travailler avec le malade pour gérer les difficultés mais insistent sur la nécessité des professionnels de la santé pour améliorer la communication.</p> <p><b>Limites de l'étude</b></p> <p>La transférabilité est limitée par la taille de l'échantillon et ses caractéristiques : les origines ethniques minoritaires et les hommes sont sous-représentés. Les participants proviennent en grande partie d'organisations bénévoles. On a surement exclu des frères et sœurs car ils ne se considéraient pas comme apportant un soutien important au malade.</p>

Dunne, L., Perich, T., & Meade, T. (2019). The Relationship Between Social Support and Personal Recovery in Bipolar Disorder. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 42(1), 100-103. doi: [10.1037/prj0000319](https://doi.org/10.1037/prj0000319)

Design	Échantillon	But, objectifs	Cadre de référence	Méthode de collecte des données	Méthodes d'analyse	Résultats
Étude quantitative descriptive transversale	N : 309 participants Sexe : 268 femmes  Diagnostic : 116 de type I, 171 de type II et 23 incertains ou autres troubles  Age : moyenne de 38,78 ans (écart-type de 10,70 et fourchette 18-67 ans)	Déterminer si les symptômes récents de l'humeur sont associés à la guérison et au soutien social des amis, de la famille et des partenaires.  <b>Question de recherche</b>  Non-mentionnée	Rétablissement personnel  Fonctionnement social  Soutien social  Social Adjustment Scale-Self-Report (SAS-SR) de Weissman (1999)  Questionnaire sur le rétablissement des bipolaires (BRQ)	Elles ont été recueillies via un réseau social. Un questionnaire démographique a été rempli afin d'avoir des données sur l'âge, le sexe, l'état civil, orientation sexuelle, pays de résidence, niveau d'éducation et la situation professionnelle.  Les symptômes (humeur basse ou humeur positive/ irritable) du mois précédent ont été évalués. Le SAS-SR, un outil de mesure qui comporte 54 points évaluant le fonctionnement social a été utilisé. Seuls certains éléments ont été utilisés tels que : nombre d'amis ayant eu un contact au cours des 2 dernières semaines, ou avec parents, fratrie, et enfant ne vivant pas à la maison, état civil. Le BRQ, se mesurant sur 36 points, évaluant le sentiment d'agence et d'identité personnel dans le cadre du rétablissement et l'engagement comme un processus continue a été utilisé. Il comprend différents items qui ont été évalués grâce à une échelle (1= pas du tout d'accord et 4 = tout à fait d'accord)	Les scores du BRQ ont subi une série d'analyses de variance à sens unique (ANOVA). Les variables dichotomiques (contacts avec amis, famille et partenaires romantiques ont été analysées à l'aide du Khi deux. Des comparaisons ont été faites à l'aide des ajustements de Bonferroni (valeur p ajusté de .017).  Des ANOVA unidirectionnelles avec des contrastes post hoc ont été effectuées. La taille de l'échantillon a été utilisée à l'aide d'un logiciel statistique.  <b>Logiciels</b>  G X Power	Le score moyen du BRQ était de 99,33 (écart type 12,81 et fourchette 56-138). Les participants ayant déclarés avoir eu des symptômes de dépression ou hypo/manie au cours du dernier mois ont eu des scores plus faibles à ce test. Les symptômes de la manie n'ont pas eu d'impact avec les contacts amicaux, donc on suggère qu'uniquement les contacts familiaux peuvent affecter le rétablissement.  Démographie : les scores du BRQ étaient plus élevés chez ceux qui avaient un emploi ou avaient un diplôme ou formation.  Amis : les participants ayant eu des contacts amicaux au cours des deux dernières semaines ont obtenu des scores du BRQ plus élevés. Il n'y a pas de différences significatives entre le fait de voir un ami et de ne pas en voir. Le Khi deux n'apporte pas de résultats significatifs.  Famille : Les participants ayant eu contact avec la famille au cours des deux dernières semaines ont eu un score BRQ plus haut. Les symptômes de manie étaient moindre si les participants avaient eu des contacts familiaux.  Relation romantique : aucun résultat significatif se rapportant aux symptômes  <b>Conclusions</b>  Des contacts familiaux aux cours des deux dernières semaines ont été associés à des scores de récupération plus élevés. Une meilleure récupération personnelle pour les malades est associée aux contacts familiaux et avec plus d'un ami au cours des deux dernières semaines. La présence d'une hypo/manie est associée à une réduction des contacts familiaux.  <b>Limites de l'étude</b>  Il existe une sous-représentation des hommes et une absence de corroboration du diagnostic des troubles bipolaires par le biais d'un entretien structuré. L'utilisation des symptômes autodéclarés est une limitation.

## **Annexe VII : glossaire méthodologique**

**Analyse de contenu** : « technique d'analyse qualitative utilisée pour traiter les données textuelles » (Fortin & Gagnon, 2016, p. 497)

**Analyse de variance (ANOVA)** : « test statistique paramétrique destiné à déterminer les différences entre trois groupes ou plus en comparant la variation intragroupe avec la variation intergroupe » (Fortin & Gagnon, 2016, p. 497)

**Base de données** : « système organisé permettant de repérer des références à des documents, le plus souvent des articles périodiques » (Fortin & Gagnon, 2016, p. 497)

**Biais d'attribution** : « est dû à des différences entre les groupes initiaux et les groupes finaux, liés à des sorties d'essai ou des interruption de traitement » (Almont, 2011)

**Biais d'évaluation** : « biais survenant quand des facteurs subjectifs externes influencent l'évaluation du critère de jugement ou de l'exposition » (Lire, écrire, publier et communiquer des articles médicaux, 2020)

**Biais de confusion** : « il est lié à une erreur d'appréciation de l'association entre les effets du facteur étudié et la maladie » (Almont, 2011)

**Biais de sélection** : « erreur systématique induite dans une étude à cause des méthodes adoptées pour choisir les participants à l'étude » (Almont, 2011)

**Biais** : « toute influence ou action pouvant fausser les résultats d'une étude » (Fortin & Gagnon, 2016, p. 497)

**Cadre théorique** : « brève explication fondée sur une ou plusieurs théories existantes se rapportant au problème de recherche » (Fortin & Gagnon, 2016, p. 497)

**Catégorie** : « regroupement de codes apparentés » (Fortin & Gagnon, 2016, p. 497)

**CINHAL** : « base de données qui répertorie des périodiques traitant des sciences infirmières et des sciences connexes de la santé » (Fortin & Gagnon, 2016, p. 497)

**Codage** : « procédé qui consiste à convertir en nombre ou en symbole l'information incluse dans un instrument de collecte des données afin d'en faciliter le traitement » (Fortin & Gagnon, 2016, p. 497)

**Collecte des données** : « processus qui consiste à recueillir des données auprès des participants choisis pour faire partie de l'étude » (Fortin & Gagnon, 2016, p. 498)

**Concept** : « abstraction, image mentale que l'on se fait de la réalité » (Fortin & Gagnon, 2016, p. 498)

**Confirmabilité** : « critère servant à évaluer l'intégralité d'une étude qualitative en se reportant à l'objectivité ou à la neutralité des données et de leur interprétation » (Fortin & Gagnon, 2016, p. 498)

**Consentement** : « acquiescement donné volontairement par une personne pour participer à une étude. Pour être valable, le consentement doit être libre, éclairé et continu. » (Fortin & Gagnon, 2016, p. 498)

**Correction de Bonferroni** : « elle consiste à majorer le risque réel pour l'ensemble des tests (impossible à déterminer) par le niveau de test choisi (en général 5%), en divisant pour cela le niveau de chacun des tests effectués par le nombre total de tests » (Alain Baccini, 2010)

**Crédibilité** : « critère servant à évaluer dans quelle mesure la description du phénomène vécu par les participants reflète la réalité interprétée » (Fortin & Gagnon, 2016, p. 498)

**Critères de sélection (inclusion et exclusion)** : « listes des caractéristiques essentielles pour faire partie de la population cible. Ils incluent les critères d'inclusion et d'exclusion » (Fortin & Gagnon, 2016, p. 498)

**Devis d'étude transversale** : « étude dans laquelle les données sont recueillies à un moment précis dans le temps en vue de décrire la fréquence d'apparition d'un événement et de ses facteurs associés » (Fortin & Gagnon, 2016, p. 498)

**Devis expérimentaux** : « devis qui fournissent le plus grand contrôle possible permettant d'examiner des relations de causalité entre des variables » (Fortin & Gagnon, 2016, p. 499)

**Ecart-type** : « mesure de dispersion évaluée à partir d'un échantillon et correspondant à la racine carrée de la variance. Il tient compte de la distance de chacun des scores d'une distribution par rapport à une moyenne du groupe » (Fortin & Gagnon, 2016, p. 499)

**Echantillon** : « sous-groupe d'une population choisie pour participer à une étude » (Fortin & Gagnon, 2016, p. 499).

**Echantillonnage aléatoire simple (randomisation) :** « méthode d'échantillonnage probabiliste qui donne à chaque élément de la population une probabilité égale d'être inclus dans l'échantillon » (Fortin & Gagnon, 2016, p. 499)

**Echantillonnage non-probabiliste :** « choix d'un échantillon sans recourir à une sélection aléatoire » (Fortin & Gagnon, 2016, p. 499)

**Echantillonnage par choix raisonné (intentionnel) :** « méthode d'échantillonnage qui consiste à sélectionner certaines personnes en fonction de caractéristiques typiques de la population de l'étude » (Fortin & Gagnon, 2016, p. 499)

**Echantillonnage par convenance (accidentel) :** « méthode d'échantillonnage non-probabiliste qui consiste à choisir des personnes selon leur accessibilité dans un lieu déterminé et à un moment précis » (Fortin & Gagnon, 2016, p. 499)

**Echantillonnage probabiliste :** « choix d'un échantillon à l'aide de techniques aléatoires afin que chaque élément de la population ait une chance égale d'être choisi pour faire partie de l'étude » (Fortin & Gagnon, 2016, p. 500)

**Échantillonnage :** « processus au cours duquel on sélectionne un groupe de personnes ou une portion de la population pour représenter la population » (Fortin & Gagnon, 2016, p. 499)

**Erreur de type I :** « erreur commise quand on rejette l'hypothèse nulle alors qu'elle est vraie. le risque de commettre cette erreur est appelé alpha » (Fortin & Gagnon, 2016, p. 500)

**Etude descriptive qualitative :** « type de recherche servant à décrire des phénomènes sans faire appel à une méthodologie qualitative particulière » (Fortin & Gagnon, 2016, p. 500)

**Fiabilité :** « critère servant à évaluer l'intégrité des données d'études qualitatives en ce qui a trait à leur stabilité dans le temps et dans différentes conditions » (Fortin & Gagnon, 2016, p. 501)

**Généralisabilité :** « degré selon lequel les conclusions d'une étude quantitative dont les éléments ont été sélectionnés aléatoirement dans une population de référence peuvent être généralisées à l'ensemble de cette population » (Fortin & Gagnon, 2016, p. 501)

**Groupe contrôle** : « groupe de participants qui ne va pas tester l'innovation thérapeutique ou en prévention santé. Ces personnes vont prendre un placebo ou suivre le traitement standard » (Ninot, 2013)

**Hypothèse** : « affirmation d'une relation anticipée entre deux variables et qui doit être démontrée par des résultats » (Fortin & Gagnon, 2016, p. 501)

**Méta-analyse** : « démarche statistique qui consiste à combiner les résultats d'une série d'études sur le même sujet dans le but d'en tirer des conclusions sur l'efficacité d'interventions » (Fortin & Gagnon, 2016, p. 502)

**Méta-synthèse** : « démarche rigoureuse qui englobe les résultats d'une série d'études qualitatives afin d'accroître la transférabilité des résultats vers la pratique » (Fortin & Gagnon, 2016, p. 502)

**Opérateur booléen** : « termes qui servent à unir des mots clés dans un repérage documentaire » (Fortin & Gagnon, 2016, p. 502)

**Paradigme interprétatif/constructivisme** : « paradigme qui se fonde sur le postulat que la réalité est socialement construite à partir de perceptions individuelles susceptibles de changer avec le temps » (Fortin & Gagnon, 2016, p. 502)

**Paradigme post-positivisme** : « vision de la science qui, contrairement au positivisme, reconnaît que toutes les observations sont faillibles et susceptibles d'erreurs » (Fortin & Gagnon, 2016, p. 502)

**Paradigme** : « conception du monde, système de représentation de valeurs et de normes qui impriment une direction particulière à la pensée et à l'action » (Fortin & Gagnon, 2016, p. 502)

**Population** : « ensemble d'éléments (personne, objets, spécimens) qui présentent des caractéristiques communes » (Fortin & Gagnon, 2016, p. 502)

**Recherche phénoménologique** : « recherche qui étudie la signification d'expériences telles qu'elles sont vécues par les personnes » (Fortin & Gagnon, 2016, p. 503)

**Recherche qualitative** : « recherche qui met l'accent sur la compréhension et qui repose sur l'interprétation des phénomènes à partir des significations fournies par les participants » (Fortin & Gagnon, 2016, p. 503)



**Recherche quantitative** : « recherche qui met l'accent sur la description, l'explication, la prédication et le contrôle et qui repose sur la mesure de phénomènes et l'analyse de données numériques » (Fortin & Gagnon, 2016, p. 503)

**Saturation des données** : « moment dans la collecte des données où le chercheur conclut qu'une nouvelle information n'ajoutera rien de plus à la compréhension du phénomène à l'étude » (Fortin & Gagnon, 2016, p. 504)

**Source primaire** : « description d'une recherche originale rédigée par l'auteur lui-même » (Fortin & Gagnon, 2016, p. 504)

**Source secondaire** : « texte interprété et rédigé par un autre chercheur que l'auteur d'un document original. Ce type de source synthétise, résume et commente ce dernier. » (Fortin & Gagnon, 2016, p. 504)

**Test du Khi-deux ( $\chi^2$ )** : « test inférentiel non-paramétrique qui exprime l'importance de l'écart entre les fréquences observées et les fréquences théoriques. On l'utilise entre autres pour effectuer un test d'hypothèse concernant le lien entre deux variables qualitatives » (Fortin & Gagnon, 2016, p. 504)

**Test statistique non-paramétrique** : « procédure statistique inférentielle utilisée pour des données nominales et ordinales, et dont la distribution normale ne repose pas sur des postulats rigoureux » (Fortin & Gagnon, 2016, p. 504)

**Test statistique paramétrique** : « procédure statistique servant à faire l'estimation des paramètres de la population et à vérifier des hypothèses en tenant compte des postulats sur la distribution des variables » (Fortin & Gagnon, 2016, p. 504)

**Transférabilité** : « critère servant à évaluer l'application éventuelle des conclusions issues d'études qualitatives à d'autres contextes ou groupes. Elle s'apparente à la généralisation » (Fortin & Gagnon, 2016, p. 505)

**Triangulation** : « stratégie de mise en comparaison de plusieurs méthodes de collecte et d'interprétation de données permettant de tirer des conclusions valables à propos d'un même phénomène » (Fortin & Gagnon, 2016, p. 505)

**Validité** : « capacité d'un instrument à mesurer ce qu'il est censé mesurer » (Fortin & Gagnon, 2016, p. 505)

**Validité externe** : « caractère d'une étude qui permet de généraliser les résultats à d'autres populations et contextes que ceux étudiés » (Fortin & Gagnon, 2016, p. 505)

**Validité interne** « caractère d'une étude expérimentale dans laquelle la variable indépendante est la seule cause du changement touchant la variable dépendante » (Fortin & Gagnon, 2016, p. 505)

**Variable** : « caractéristique ou propriété qui peut prendre diverses valeurs » (Fortin & Gagnon, 2016, p. 505)