



**Outil MCRO et diagnostic
éducatif :**

**Accompagnement des patients
bipolaires, dans un programme
d'éducation thérapeutique**

Mémoire d'initiation à la recherche

ANNEXE X
CHARTRE ANTI-PLAGIAT



Charte anti-plagiat de la Direction régionale et départementale de la Jeunesse, des sports et de la Cohésion sociale de Normandie

La Direction Régionale et Départementale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion sociale délivre sous l'autorité du Préfet de région les diplômes de travail social et professions de santé non médicales et sous l'autorité du Ministre chargé des sports les diplômes de champ du sport et de l'animation. Elle est également garante de la qualité des enseignements délivrés dans les dispositifs de formation préparant à l'obtention des diplômes des champs de travail social, de l'animation et du sport. C'est dans le but de garantir la valeur des diplômes qu'elle délivre et la qualité des dispositifs de formation qu'elle évalue que les directives suivantes sont formulées à l'endroit des étudiants et stagiaires en formation.

Article 1 :

« Le plagiat consiste à recopier dans tout travail, écrit ou oral, des formulations, phrases, passages, images, en les faisant passer pour siens. Le plagiat est réalisé de la part de l'auteur du travail (devenu le plagiaire) par l'omission de la référence correcte aux textes ou aux idées d'autrui et à leur source ».

Article 2 :

Tout étudiant, tout stagiaire s'engage à encadrer par des guillemets tout texte ou partie de texte emprunté(e) ; et à faire figurer explicitement dans l'ensemble de ses travaux les références des sources de cet emprunt. Ce rétrocitement doit permettre au lecteur et correcteur de vérifier l'exactitude des informations rapportées par consultation des sources utilisées.

Article 3 :

Le plagiaire s'expose aux procédures disciplinaires prévues au règlement de fonctionnement de l'établissement de formation. En application du Code de l'éducation¹ et du Code pénal², il s'expose également aux peines pécuniaires et peines pénales que la DRDJSCS est en droit d'engager. Cette exposition vaut également pour tout complice du délit.

Article 4 :

Tout étudiant et stagiaire s'engage à faire figurer et à signer sur chacun de ses travaux, deuxième de couverture, cette charte dûment signée qui vaut engagement :

Je soussigné-e GIRARD Adèle

atteste avoir pris connaissance de la charte anti plagiat édictée par la DRDJSCS de Normandie et de m'y être conformé-e.

Et certifie que le mentor/tuteur présenté était le fruit de mon travail personnel, je veillerai à ce qu'il ne puisse être cité sans respect des principes de cette charte

Fait à Evreux Le 14/05/2019 signature

¹ Site Université de Genève <http://www.unige.ch/unibiblio/theses/enseignements/PLAGIAT-19092011.pdf>
² Article L.331-5 du Code de l'éducation : « les fautes commises dans les concours et les concours publics qui ont pour objet l'acquisition d'un diplôme délivré par l'Etat sont réprimées dans les conditions fixées par la loi du 23 décembre 1901 réprimant les fautes dans les concours et concours publics ».

³ Articles 121-6 et 121-7 du Code pénal.
27 octobre 2017 édité : Université Normandie II - 61, rue André Gessis - 14179 ROLLE Cedex 1 - Tél. 02 32 18 15 20 - Fax 02 32 18 15 26
www.normandie2.com

Remerciements

Je tiens à remercier l'ensemble des personnes qui m'ont accompagnée durant ce travail d'initiation à la recherche. A commencer par :

Ma maître de mémoire, Caroline Blasquez pour sa disponibilité, son investissement et ses aides précieuses.

L'ensemble des professionnels qui m'ont accordé de leur temps pour répondre à mes questions.

L'équipe pédagogique pour leur soutien, et leurs conseils prodigués.

Et aussi ma famille et mes amis, pour m'avoir encouragée, et réconfortée dans les moments plus difficiles.

Sommaire

Introduction	1
1. Cadre contextuel.....	2
1.1 Emergence du sujet.....	2
1.2 Question de départ	3
2. Cadre Conceptuel.....	4
2.1 Troubles Bipolaires:.....	4
a) Symptomatologie.....	4
b) Rémission et Intervalle libre	5
2.2 Mesures psychoéducatives	6
a) Psychoéducation et éducation thérapeutique	6
b) L'éducation thérapeutique	6
c) Le diagnostic éducatif	9
2.3 L'ergothérapie.....	11
a) Qu'est ce que l'ergothérapie	11
b) Les modèles conceptuels en ergothérapie	13
2.4 L'occupation.....	15
a) Qu'est ce que l'occupation	15
b) Assertions.....	15
2.5 Le MCREO	16
a) Définition	16
b) La Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel:	19
2.6 La pratique centrée sur le patient.....	22
3. Question de recherche et hypothèse.....	23
4. Phase expérimentale	25
4.1 Méthodologie de recherche	25
a) Outil de recherche	26
b) Population étudiée	27
4.2 Élaboration du protocole.....	30
a) Recrutement des participants.....	30
b) Choix et justifications des évaluations	31
c) Déroulement de l'étude	33
d) La méthode de collecte et l'analyse des données envisagées	38
5 Discussion	39
5.1 Les biais de l'étude	39
5.2 Les limites.....	39
5.3 Les apports de l'étude sur le plan personnel et professionnel	40
5.4 Les perspectives envisagées	41
Conclusion	42
Bibliographie	
Annexes	

Introduction

Le trouble bipolaire est une maladie chronique et récidivante. Elle oscille entre des phases aiguës et des périodes de rémission, ce qui en fait toute sa complexité. Cependant, en phase euthymique la crainte de la rechute est une peur récurrente pour les patients.

Face à ce constat, des mesures psychoéducatives comme l'éducation thérapeutique ont fait leurs preuves. En effet, en intégrant un programme d'éducation thérapeutique, le patient acquiert des compétences lui permettant de vivre de manière optimale avec sa maladie et de limiter les rechutes.

Cependant, en France peu d'ergothérapeutes animent des programmes d'éducation thérapeutique pour cette population.

L'objectif de cette étude est de montrer le rôle que pourrait apporter un ergothérapeute en intégrant un programme. Plus spécifiquement, ce travail vise à vérifier l'intérêt d'utiliser un outil en ergothérapie : la Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel lors du premier entretien avec le patient, avant son intégration dans le programme.

Pour comprendre mon cheminement, j'évoquerai dans un premier temps la situation qui a initié mon questionnement, puis je décrirai mes mots clés en y apportant des connaissances théoriques issues de mes différentes recherches.

A partir de ma question de recherche, je tenterai d'y répondre en vous présentant le protocole que j'ai élaboré.

Comme toute étude, nous ne pouvons ignorer ses biais et ses limites; c'est pourquoi je tâcherai de les identifier.

Enfin, je terminerai en vous exposant les perspectives envisagées et les apports de l'étude sur le plan personnel et professionnel.

1. Cadre contextuel

1.1 Emergence du sujet

Lors de mon stage à l'hôpital Saint Maurice, une ergothérapeute m'a fait part des craintes de deux patientes bipolaires au sujet de leur appréhension face à une nouvelle rechute. L'une d'entre elle était traumatisée par sa dernière hospitalisation et considérait la rechute comme quelque chose d'inéluctable, ce qui l'empêchait de se projeter.

Pour soulager les craintes de ces patientes, les thérapeutes du centre de jour leur ont proposé de rédiger leurs directives anticipées lors d'un entretien individuel avec un médecin, un infirmier et une ergothérapeute.

D'après MAITRE, E (2018), les directives anticipées en psychiatrie sont un ensemble d'instructions écrites par les patients. L'objectif est alors de permettre à un patient d'exprimer à l'avance ses volontés concernant sa prise en charge future s'il devait traverser une nouvelle décompensation et se trouver dans l'incapacité de donner son consentement.

Ces directives sont des mesures de psychoéducation car c'est un moyen d'évoquer la maladie (vécu du patient, connaissance de la maladie et du traitement...) en faisant coexister le savoir théorique des soignants et le savoir expérientiel du patient.

Ce stage a soulevé la problématique du risque de récurrence chez les patients bipolaires et la peur de la rechute.

En effet, les troubles bipolaires sont reconnus comme étant une maladie chronique et récidivante. Selon GAY, C (2015), les patients bipolaires sont davantage sensibles aux situations de stress, aux perturbations familiales et socioprofessionnelles et aux changements des cycles circadiens.

De plus, la non observance médicamenteuse et la persistance de symptômes résiduels sont des facteurs de risque de récurrences (AZORIN, J.M, 2012).

C'est ainsi que je me suis intéressée aux risques de rechute chez les patients bipolaires en phase inter critique et aux moyens thérapeutiques mis en place pour y faire face.

En réalisant mes recherches à ce sujet, j'ai constaté que les mesures psychoéducatives (l'éducation thérapeutique et la psychoéducation) en complément des traitements médicamenteux avaient des résultats probants par rapport au risque de récurrence. En effet, d'après GAY, C (2015), l'utilisation de la psychoéducation dans les troubles de l'humeur a permis de diminuer le nombre de récurrences et la durée d'hospitalisation, en améliorant l'observance médicamenteuse, en sensibilisant le patient à identifier ses prodromes, et en agissant sur ses facteurs prédictifs.

1.2 Question de départ

Selon BONSACK, C, REXHAJ, S. & FAVROD, J (2015) la psychoéducation et l'éducation thérapeutique peuvent être utilisées par tout professionnel de santé ou non pour faire ressortir les ressources des patients. Ainsi, je pense que chaque professionnel a une approche différente de la psychoéducation et de l'éducation thérapeutique.

Je me suis donc demandée : quel serait la plus-value de l'ergothérapeute à intégrer un programme d'éducation thérapeutique ?

En ergothérapie, les modèles conceptuels accompagnent et défendent leur pratique professionnelle (MOREL-BRACQ, M-C, 2017).

C'est pourquoi j'ai décidé de m'appuyer sur un modèle pour faire valoir le rôle de l'ergothérapie au sein des mesures psychoéducatives.

Le Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel (MCREO) est un des modèles généraux en ergothérapie qui sert de guide pour la pratique professionnelle (MOREL-BRACQ, M-C, 2017). Ainsi, Je me suis demandée :

Comment le Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel pourrait être utilisé dans un programme de psychoéducation et de l'éducation thérapeutique destinés à des patients bipolaires appréhendant la rechute ?

2. Cadre Conceptuel

2.1 Troubles Bipolaires

a) Symptomatologie

D'après le Dr GEOFFROY, P-A (2014), le trouble bipolaire fait partie des maladies psychiatriques. Il se caractérise par une modification pathologique de l'humeur et de l'énergie, avec une alternance d'épisodes maniaques et dépressifs.

Il existe deux sous types de cette maladie : le trouble bipolaire de type I, alternant phase maniaque et épisode dépressif caractérisé, et le trouble bipolaire de type II, alternant des épisodes hypomaniaques et des phases dépressives caractérisées.

L'épisode maniaque est caractérisé par une augmentation pathologique de l'humeur et de l'énergie pendant au moins une semaine selon le DSM5 (Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux) (annexe III).

Cette période est caractérisée par des troubles psychoaffectifs se manifestant par une perturbation de l'humeur (sentiment de bien-être, euphorie, joie...), par une psychologie maniaque (augmentation de l'estime de soi, sentiment de toute puissance, idée de grandeur...) et par une labilité émotionnelle. De plus, pendant cet épisode, les sujets présentent une agitation psychomotrice : une agitation de la pensée (tachypsychie, des pensées diffuses...) et une agitation motrice (hyperactivité, logorrhée, tachypnée...).

D'autres troubles peuvent y être associés (troubles instinctuels, perturbations des cycles circadiens, troubles cognitifs...).

Le syndrome hypomaniaque présente les mêmes symptômes que l'épisode maniaque mais la sévérité des troubles est moins importante et la durée de cette période est courte (4 jours maximum).

L'épisode dépressif est un syndrome caractérisé par des troubles psychoaffectifs comprenant : une perturbation de l'humeur (hypothymie douloureuse), une perturbation des émotions (anhédonie, anesthésie affective, angoisse et anxiété), une altération du contenu de la pensée (dévalorisation de soi, incurabilité et culpabilité) et des idées suicidaires. De plus, comme pour l'épisode

maniaque, en phase dépressive les patients présentent des troubles psychomoteurs se manifestant par un ralentissement psychique (bradypsychie, rumination...), un ralentissement moteur (bradykinésie, hypomimie, aprosodie, clinophilie, incurie, apragmatisme et aboulie) et des troubles instinctuels.

Le trouble bipolaire est reconnu comme étant une maladie chronique et récidivante. En effet, cette maladie oscille entre des épisodes aigus et des phases nommées « *intervalle libre* » par BONIN, B. & TROJAK, B (2009) qui l'associent à la période de rémission.

b) Rémission et Intervalle libre

Cependant, selon le DSMIV, cette période n'est pas forcément caractérisée par l'absence de symptômes. BONIN, B. & TROJAK, B (2009) distinguent la rémission partielle de la rémission totale. La rémission correspond au processus de réduction symptomatique et amélioration fonctionnelle (retour à une autonomie) pouvant aller jusqu'à l'absence totale de signes de la maladie. Si cet arrêt se prolonge sur une durée de deux mois minimum après un épisode thymique, nous pouvons parler de rémission totale. Cependant, lors de rémission partielle, des symptômes inter-critiques sont présents entre les épisodes. AZORIN, J.M (2012) définit ces symptômes comme étant « *l'ensemble des symptômes susceptibles d'être présents entre deux épisodes de l'affection et qui ne répondent pas aux critères diagnostiques d'un épisode.* ». Ces derniers comprennent les symptômes résiduels (troubles thymiques, troubles cognitifs) les prodromes et les comorbidités psychiatriques et addictives. Ces éléments sont source de rechute et ont des répercussions sur le quotidien de la personne.

Les mesures psychoéducatives évitent à la fois la recrudescence des symptômes et vise la rémission fonctionnelle de la personne. En effet, ces actions favorisent le retour à l'autonomie de la personne dans son quotidien (GAY, C, 2015).

Mais comment peut-on définir les mesures psycho-éducatives ?

Et qu'est-ce qui différencie la psychoéducation de l'éducation thérapeutique ?

Nous allons à présent essayer de répondre à ces questions.

2.2 Mesures psychoéducatives

a) Psychoéducation et éducation thérapeutique du patient

La psychoéducation et l'éducation thérapeutique du patient sont des mesures psychoéducatives. Selon GAY, C (2015) « *Il existe fréquemment une confusion entre les définitions de l'éducation thérapeutique et de la psychoéducation (...) il n'existe pas de définition consensuelle de la psychoéducation* ».

Dans le cadre des mesures psychoéducatives, les programmes visent à accompagner le patient à développer des capacités nécessaires à la gestion de sa maladie et à « *devenir expert de sa maladie* » (GAY, C, 2015).

Le patient développe donc un pouvoir sur sa maladie. Cette notion de pouvoir fait référence à la notion d'*empowerment*. SAUCOURT, G (2017) définit l'*empowerment* comme faisant « *référence au niveau de choix, de décision, d'influence et de contrôle que les usagers des services de santé peuvent exercer sur les événements de leur vie* ». Cet *empowerment* garantit le fonctionnement optimal de la personne dans son quotidien et l'aide à surmonter l'impact de ses troubles.

A la différence de la psychoéducation, le programme de l'éducation thérapeutique est un programme qui doit être validé par l'ARS (Agence Régionale de Santé) et animé par des professionnels ayant une formation de minimum 40h.

b) L'Education Thérapeutique du Patient (ETP)

- **Définition**

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), l'éducation thérapeutique est un programme intégré au soin, validé, personnalisé, et centré sur le patient. Il est destiné à tout patient volontaire ayant une maladie chronique, à n'importe quel stade de sa maladie. GAY, C (2015) rajoute que l'éducation thérapeutique « *comprend des activités organisées de sensibilisation, d'information, d'apprentissage et d'accompagnement psychosocial* ».

- **Déroulement d'un programme**

Un programme d'éducation thérapeutique se crée, à partir d'une problématique récurrente, sur une population ciblée. Cette problématique est soulevée soit par le corps médical, soit par un groupe de patient. Elle peut également provenir d'une demande de l'Agence Régionale de Santé (ARS).

La situation d'appel permet de donner du sens à l'élaboration de ce programme et définit sa finalité.

A partir de la problématique soulevée, les thérapeutes se regroupent pour rédiger le programme et le valider auprès de l'ARS.

Une fois le programme validé, il peut être présenté au patient lors du diagnostic éducatif.

En effet, l'éducation thérapeutique se déroule en plusieurs étapes. Elle débute tout d'abord par un entretien initial avec le patient (le diagnostic éducatif). La synthèse de cet entretien sert d'assise pour négocier les compétences nécessaires au patient.

Une compétence se définit comme étant un ensemble de savoir, savoir faire et savoir être.

Il existe deux types de compétences : des compétences d'auto-soins et des compétences d'adaptation.

Les compétences d'auto-soins sont l'ensemble des savoirs et savoir faire nécessaires à la personne pour qu'elle puisse gérer son traitement de manière autonome en fonction de son état de santé.

Les compétences d'adaptation regroupent l'ensemble des capacités (gestion du stress et des émotions, habiletés sociales et raisonnement critique) nécessaires à la personne pour qu'elle puisse surmonter ses difficultés au quotidien. (IVERNOIS, J.-F., GAGNAYRE, R., & ALL, 2011).

En fonction des compétences établies, thérapeute et patient sélectionnent les ateliers du programme utiles au patient pour acquérir ces compétences. Le programme sera ainsi personnalisé. Une fois inscrit, le patient pourra alors participer aux ateliers.

Durant le programme, différents temps d'évaluation seront déterminés pour faire le point sur l'évolution du patient en terme de compétences acquises et réajuster le programme si besoin. Le programme s'achève obligatoirement par un diagnostic éducatif final. (HAS, 2007)

- **Objectifs**

Le but de l'éducation thérapeutique est que le patient acquiert des compétences d'auto soins et d'adaptation qui lui seront nécessaires pour gérer sa maladie de manière autonome. De ce fait, l'élaboration des compétences constitue le point de départ dans la démarche éducative. En effet, ces dernières vont servir d'assise pour adapter le programme au réel besoin du patient et donner du sens à la prise en charge.

Pour donner du sens à la prise en charge, IVERNOIS et COLL (2002) prétendent que les compétences doivent répondre à plusieurs critères. Elles doivent être « *pertinentes (elles doivent permettre de répondre aux besoins du patient), réalistes (rattachées à son contexte de vie pour être transférables dans son quotidien) et mesurables* ».

Pour répondre à ces critères, le thérapeute doit recueillir les informations concernant le patient. Cette étape correspond au diagnostic éducatif dans le cadre de l'éducation thérapeutique.

Après avoir défini le déroulement de l'éducation thérapeutique, je développerai ensuite la phase de diagnostic éducatif.

c) Le diagnostic éducatif

- **La définition**

Le diagnostic éducatif correspond à une phase de rencontre avec le patient. Elle a pour but de le connaître, afin d'évaluer ses problématiques et son éligibilité à s'inscrire au programme.

SANDRIN-BERTHON, B (2010) le définissent comme étant « *la première étape de la démarche d'éducation qui permet d'appréhender différents aspects de la personnalité du patient, d'identifier ses besoins, d'évaluer ses potentialités, de prendre en compte ses demandes dans le but de proposer un programme d'éducation personnalisé* ».

- **Les Valeurs**

Le diagnostic éducatif permet d'instaurer une alliance entre thérapeute et patient qui est la base de toute démarche thérapeutique. La compréhension mutuelle entre thérapeute et patient est une des conditions nécessaire à la mise en place de cette relation de confiance. En effet, le thérapeute au travers du diagnostic éducatif doit identifier la situation du patient, pour lui proposer un programme adapté. Inversement, le patient doit comprendre les attentes du professionnel. Pour ce faire, c'est aussi le rôle du professionnel d'expliquer le but de cet accompagnement. Ces explications favorisent ainsi l'adhésion du patient à la prise en charge (IGUENANE, J & GAGNAYRE, R, 2004).

En effet, TRAYNARD, P.-Y (2010) déclare « *Le patient est le sujet de l'évaluation et intervient dans la démarche* ». Le patient est au centre de l'évaluation, il est positionné comme expert de sa maladie et partenaire du soignant. Au travers de l'entretien, le thérapeute recueille le point de vue du patient sur sa situation et s'intéresse à ses savoirs expérientiels, à l'expression de ses besoins, attentes et projets. L'ensemble des dimensions de la personne évoquées lors de cette étape, permet au thérapeute d'avoir une représentation globale de la personne et de comprendre la manière dont elle vit avec sa maladie au quotidien.

Toutefois, le thérapeute doit veiller à ne pas déformer les propos du patient car selon IGUENANE, J & GAGNAYRE, R (2004) « *le diagnostic éducatif reste la propriété du*

patient ». La base de cette relation permet la co-construction d'un programme adapté aux besoins du patient (IGUENANE, J, & GAGNAYRE, R, 2004).

- **La structure d'un diagnostic éducatif**

D'après le modèle d'IVERNOIS et de GAGNAYRE, (SPLF, 2002) l'entretien se construit autour de cinq questions reprenant les différentes dimensions de la personne (dimension biomédicale, cognitive, socioprofessionnelle, psychoaffective et ses projets).

- La dimension biomédicale « *qu'a t-il ?* » retrace l'histoire de la maladie, s'intéresse aux données médicales et évalue les répercussions sur la vie quotidienne du patient.
- La dimension cognitive « *que sait-il sur sa maladie, et que croit-il ?* » permet d'explorer les connaissances déjà acquises du patient sur sa maladie (symptômes, mécanisme, identification des prodromes, connaissance et gestion du traitement...). Le thérapeute s'interroge également sur les représentations qu'il se fait de sa pathologie.
- A travers la question « *que fait-il ?* » le thérapeute s'intéresse à la dimension socioprofessionnelle de la personne et à ses activités quotidiennes ; Il évalue sa capacité à s'adapter aux répercussions de ses troubles dans sa vie quotidienne.
- La dimension psychoaffective « *qui est-il ?* » permet d'identifier la phase d'acceptation du patient par rapport à sa maladie, de déterminer ses réactions face à une situation de stress et de repérer les stratégies mises en place. Il convient aussi d'évaluer les ressources humaines de la personne et sa capacité de résilience. A travers ces questions, le patient prend conscience de ses ressources ou de certains facteurs limitant ou facilitant l'apprentissage.
- Enfin, « *quel est son projet ?* » l'entretien s'appuie sur le projet du patient pour rechercher sa motivation, et ainsi favoriser son adhésion au programme.

Les renseignements recueillis sur l'ensemble des dimensions de la personne sont ensuite résumés sous forme de synthèse dans laquelle est mis en avant le projet du patient (ce qui donne du sens à l'intervention), la définition de ses besoins, ses

connaissances actuelles en terme de savoir, savoir faire, et savoir être et les facteurs facilitant ou limitant l'apprentissage (TRAYNARD, P.-Y, 2010).

Les éléments mis en avant dans la synthèse du diagnostic éducatif vont servir de base pour établir avec le patient ses compétences (en terme de savoir, savoir faire et savoir être). Le projet du patient et la finalité du programme (chaque programme est élaboré en partant d'une problématique) orientent l'identification des compétences du patient. Ces compétences sont rédigées dans un contrat éducatif. Elles sont alors hiérarchisées en fonction des priorités du patient et de la complexité de chaque compétence (SPLF, 2002).

Ensuite, c'est du rôle du soignant de proposer des moyens pour y parvenir, en lui présentant le thème de chaque atelier. A partir des ateliers cités et des compétences à acquérir, thérapeute et patient planifient les séances qui lui permettront d'y répondre (SANDRIN-BERTHON, B, 2010).

L'éducation thérapeutique étant proposée à des patients ayant une maladie chronique, les différents domaines évoqués lors du diagnostic éducatif évoluent.

Ainsi, selon SANDRIN-BERTHON, B (2010) il convient de réévaluer régulièrement les résultats du diagnostic éducatif afin d'adapter le programme aux besoins du patient.

L'éducation thérapeutique visant à promouvoir l'autonomie de la personne, l'ergothérapeute a tout à fait sa place au sein de ce programme

Nous allons à présent présenter le rôle de l'ergothérapeute.

2.3 L'ergothérapie

a) Qu'est ce que l'ergothérapie ?

L'ergothérapeute est un professionnel de santé qui a pour objectif de favoriser l'autonomie de la personne dans ses activités quotidiennes.

D'après l'Association Nationale Française des Ergothérapeutes « *L'objectif de l'ergothérapie est de maintenir, de restaurer et de permettre les activités humaines de manière sécurisée, autonome et efficace* » (ANFE).

Depuis sa création, la profession s'appuie sur des croyances spécifiques à l'ergothérapie appelées paradigmes. Ils servent de base pour élaborer les modèles conceptuels. Ces derniers servent de lignes conductrices dans la démarche d'intervention en ergothérapie. Ainsi, toute démarche d'intervention repose sur une croyance commune, permettant de rendre la pratique cohérente.

Depuis la genèse de l'ergothérapie au 20ème siècle, cette discipline s'est enrichie grâce à l'évolution des paradigmes.

En effet, l'ergothérapie a été créée à partir d'une première croyance : l'activité pouvait être utilisée comme moyen thérapeutique.

A partir de cette première croyance, un deuxième paradigme a émergé sur l'importance d'agir sur le déficit afin de réduire la situation de handicap. Actuellement, avec l'apparition du troisième paradigme, l'approche centrée sur la personne et sur ses occupations remplace l'approche pathos-centrée (MOREL-BRACQ, M-C, 2017).

Désormais, les ergothérapeutes ont une vision systémique du handicap. Ils s'intéressent à l'ensemble des éléments influençant la situation d'handicap. C'est à dire la personne, ses occupations et son environnement. L'objectif de l'ergothérapeute est, entre autres de maintenir la personne dans son milieu de vie. Pour ce faire, il s'intéresse à ses rôles sociaux et à l'ensemble des occupations qu'elle aime ou doit réaliser

La démarche tend vers une pratique centrée sur la personne et ses occupations. Selon Sorita,E (2017) « *l'approche de l'ergothérapeute est alors de type top-down. Elle s'appuie sur les besoins et les désirs exprimés par le client* ».

En effet, les difficultés soulevées par la personne deviennent le point de départ de l'intervention et orientent les objectifs de la prise en charge.

L'ergothérapeute accompagne le patient à développer les capacités nécessaires pour réaliser ses occupations et agit sur les éléments de l'environnement faisant obstacle. Ainsi, l'ergothérapeute garantit le fonctionnement optimal de la personne dans son milieu de vie (CRIQUILLON-RUIZ, J. & MOREL-BRACQ, M-C, 2016).

Désormais, l'ergothérapie tend vers une pratique soutenue par la Fédération Mondiale des ergothérapeutes « L'ergothérapie est une profession de la santé

centrée sur le client qui s'intéresse à la promotion de la santé et au bien-être à travers l'occupation.» (World Federation of Occupational Therapists : WFOT).

Comme nous l'avons vu précédemment, la pratique en ergothérapie est centrée sur la personne et ses occupations. Mais comment respecter cette approche ?

De nombreux modèles existent avec leurs propres outils d'évaluation, apportant une ligne conductrice aux professionnels pour garantir une démarche centrée sur la personne.

b) Les modèles conceptuels en ergothérapie

Les modèles donnent une méthodologie de travail, et permettent ainsi de guider la pratique professionnelle. En se référant à un modèle, les thérapeutes justifient leur démarche d'intervention (MEYER, S 2007).

MOREL-BRACQ, M-C (2017) définit un modèle conceptuel comme « *une représentation mentale simplifiée d'un processus qui intègre la théorie, les idées philosophiques sous-jacentes, l'épistémologie et la pratique* ».

En effet, chaque modèle se construit à partir d'une hypothèse de départ et d'un cadre théorique que MOREL-BRACQ, M-C (2017) nomme « *cadre de référence* ».

Selon ce même auteur, chaque modèle a sa finalité. Par exemple, lorsque CAIRE, J-M et ROUAULT, L (2017) présentent le modèle MCREO (Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel) ils identifient deux buts.

D'une part, ce modèle permet de défendre et d'expliquer le rôle de l'ergothérapie et d'autre part, il a été conçu dans un but de promouvoir une démarche en ergothérapie centrée sur la personne et ses occupations.

Comme nous le verrons par la suite, plusieurs modèles en ergothérapie sont centrés sur les occupations de la personne. Parmi ces modèles, chacun aborde l'occupation d'un point de vue différent. De ce fait, ils ont chacun leurs propres critères d'évaluation (MEYER, S, 2007). Par exemple, en utilisant le modèle MCREO, les ergothérapeutes s'intéressent plus particulièrement à l'engagement, au rendement de la personne dans ses occupations et à la satisfaction qu'elle trouve à l'égard de son rendement. Nous développerons plus en détails les termes spécifiques de ce modèle dans une prochaine partie.

Dans le cadre du modèle MCREO, le rendement occupationnel et la satisfaction quant à ce résultat sont les deux critères d'évaluation du modèle. Ces critères sont évalués par la Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel (MCRO), qui est un outil rattaché au modèle MCREO (CAIRE, J-M et ROUAULT, L, 2017).

A travers l'exemple de la MCREO, nous pouvons comprendre que chaque modèle a des buts recherchés. Ces finalités servent de fil conducteur dans la démarche d'intervention en ergothérapie. De plus, chaque modèle définit des critères d'évaluations qui sont mesurés grâce à des outils qui leur sont spécifiques. Ainsi, les résultats obtenus servent de référence pour évaluer la progression du patient tout au long de l'intervention.

De plus, à partir de ces mesures, des objectifs ergothérapeutiques en découlent. De ce fait, selon le modèle utilisé, les objectifs sont différents, et ainsi l'orientation de la prise en charge dépend du modèle utilisé (MEYER, S, 2007).

Il existe différents types de modèles : des modèles généraux, utilisables pour n'importe quelle population et des modèles spécifiques ciblant une population spécifique.

Parmi ces deux types de modèles, certains sont utilisés par plusieurs professionnels du secteur médical et paramédical et d'autres sont élaborés par des ergothérapeutes (MOREL-BRACQ, M-C, 2017).

Parmi les modèles généraux en ergothérapie, nous pouvons citer : le modèle MOH (Modèle de l'Occupation Humaine) élaboré par KIELHOFNER, G le modèle Kawa élaboré par IWAMA, M le modèle PEOP (Personne-Environnement-Occupation-Performance) élaboré par MARGOT-CATTIN, I et le modèle MCREO élaboré à partir des travaux de REILLY, M. Pour la suite, nous nous intéresserons plus particulièrement au modèle MCREO.

Comme nous avons pu le démontrer avec l'apparition du nouveau paradigme en ergothérapie et l'approche « *top down* », la pratique en ergothérapie est centrée sur les occupations de la personne. Ces dernières sont devenues un objectif thérapeutique et servent de base pour établir un plan d'intervention.

Quel est le sens donné à l'occupation par les ergothérapeutes ?

Nous allons tenter, à présent, de répondre à cette question.

2.4 L'occupation

a) Qu'est ce que l'occupation

L'occupation est l'élément central de la pratique en ergothérapie. Cependant, la définition de ce terme dans le langage commun est différente de celle donnée par les professionnels. De plus, la distinction entre activité et occupation est souvent peu claire. Afin de mieux comprendre les modèles généraux en ergothérapie et plus particulièrement le modèle MCREO que nous avons retenu, nous allons définir l'occupation en se référant à la définition donnée par l'Association Canadienne des Ergothérapeutes (ACE).

L'ACE définit l'occupation comme « *l'ensemble des activités et des tâches de la vie quotidienne auxquelles les individus et les différentes cultures donnent un nom, une structure, une valeur et une signification* » (ACE, 1997). Elle regroupe l'ensemble des activités dans lesquelles la personne s'engage au quotidien, c'est à dire les activités de repos, de soins personnels, de productivité et de loisirs.

En ergothérapie de nombreuses croyances se sont développées sur l'occupation. Nous allons à présent les décrire, afin de justifier l'utilisation de modèles spécifiques en ergothérapie.

b) Assertions

D'après L'ACE, les occupations représentent une part importante dans la vie de tout individu.

En effet, les êtres humains sont avant tout des êtres occupationnels. Les occupations remplissent leur quotidien et sont donc définies comme un besoin fondamental. En ce sens, elles contribuent au maintien de la santé et du bien-être. Elles ont donc un potentiel thérapeutique (POLATAJKO, H, DAVIS, J, et All, 2013).

Les activités sont omniprésentes dans la vie des individus ; elles rythment leurs journées et apportent un sens à leur vie. Effectivement, chaque personne choisit ses occupations selon le sens qu'elle leur donne et le but qu'elle recherche à travers une activité. Ainsi, l'engagement dans une occupation est propre à chaque personne, et conditionne son degré d'investissement dans l'activité (SORITA, E, 2017).

De plus, l'engagement dans une activité est contextualisé. En effet, l'environnement à la fois humain et matériel conditionne la participation de la personne à ses activités. En réalisant une activité, la personne est en lien avec son environnement et notamment son environnement humain. Ainsi, l'activité permet de créer un lien social et lui confère un rôle social. (POLATAJKO, H, DAVIS, J, et All, 2013).

Dans une première partie, nous avons mis en avant que l'éducation thérapeutique vise à promouvoir les capacités d'adaptation de la personne, afin de garantir son fonctionnement optimal dans son milieu de vie.

A partir des définitions données de l'ergothérapie, le rôle de ce professionnel correspond aux buts recherchés des démarches psychoéducatives.

De plus, nous venons de démontrer qu'en ergothérapie, les occupations sont un besoin fondamental pour les êtres humains. Elles permettent de maintenir un lien et un rôle social et ainsi donnent un sens à la vie de l'individu. Nous comprenons donc l'intérêt de placer l'occupation au centre de l'intervention thérapeutique.

En s'appuyant sur un modèle général en ergothérapie, comment ce professionnel peut-il mettre sa spécificité au sein du diagnostic éducatif ?

Nous allons ainsi tenter de répondre à cette question en sélectionnant comme modèle le Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel (MCREO).

2.5 Le MCREO

a) Sa définition

Le Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel est un modèle faisant partie des modèles généraux en ergothérapie. En effet, il peut être utilisé auprès de différents publics, notamment en santé (CAIRE, J-M et ROUAULT, L, 2017). C'est un modèle humaniste centré sur le patient et ses occupations.

Comme les autres modèles généraux en ergothérapie, il s'appuie sur l'approche centrée sur la personne théorisée par Carl Rogers. Autrement dit, il place le patient en tant que collaborateur du thérapeute ; cela sous entend de faciliter l'expression du patient afin de recueillir des informations sur ses besoins, ses projets, ses croyances et d'identifier ses priorités d'action. Comme les autres modèles, il est centré sur les

occupations de la personne. En ce sens, il se décentre de la pathologie pour avoir une vision globale de la situation de la personne (CRIQUILLON-RUIZ, J. & MOREL-BRACQ, M-C, 2016).

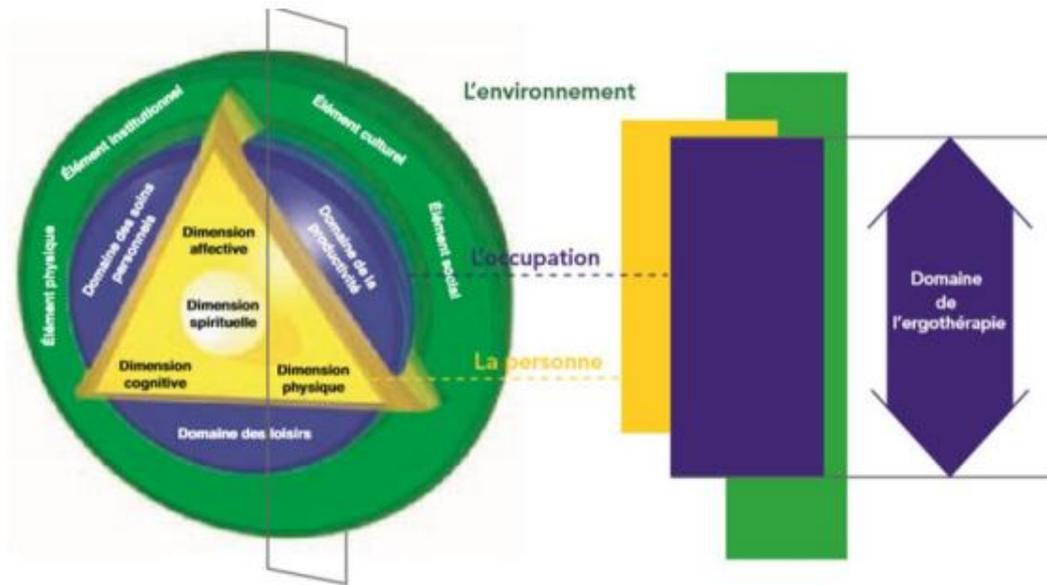
En ergothérapie, les occupations représentent une part importante dans la vie des individus. A travers le Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel, les thérapeutes recherchent une démarche visant à faciliter l'engagement de la personne dans ses occupations.

L'engagement est un terme large qui va au-delà du simple fait d'effectuer une occupation. Il comprend tout le processus qui amène la personne à y participer (POLATAJKO,H, DAVIS,J, et All, 2013).

En se référant au modèle MCREO, les ergothérapeutes s'intéressent aux difficultés occupationnelles exprimées par la personne en terme de rendement. POLATAJKO,H, DAVIS,J, et All, (2013) définissent ce terme comme étant « *l'exécution même ou la poursuite d'une occupation* ». Cependant, en se référant à ce modèle, les thérapeutes vont au delà des résultats du rendement de la personne. En effet, ils associent ces résultats au degré d'importance et à la satisfaction que la personne accorde à ce résultat.

En s'appuyant sur ce modèle, les occupations permettent à l'individu d'investir son environnement. A l'inverse, l'environnement est indispensable pour les réaliser. Ainsi la personne, son environnement et ses occupations, sont trois éléments reliés entre eux et qui s'influencent. Pour rappel, ce modèle est centré sur les occupations, il cible ainsi tous les éléments interagissant avec elles. En ce sens, il cadre la démarche en ergothérapie (POLATAJKO,H, DAVIS,J, et All, 2013).

Schéma 1 : La représentation schématique du Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel par TOWNSEND et POLATAJKO (2013, p.27)



D'après ce modèle, la personne est considérée comme un individu singulier. C'est pourquoi le MCREO s'intéresse aux quatre éléments qui le composent (spirituel, affectif, cognitif et physique). Le MCREO étant fondé sur une approche centrée sur la personne, la composante spirituelle en est l'élément majeur. En effet, cette dernière reflète le fond même de la personne, détermine ses valeurs et contribue à son auto-détermination (WONG, S. R., & FISHER, G, 2015).

De plus, chaque individu vit dans un environnement physique et social rattaché à une culture et à des règles institutionnelles. Ces éléments influencent plus ou moins directement les occupations de la personne sur son rendement occupationnel (POLATAJKO, H, DAVIS,J, et All, 2013).

Les occupations de la personne étant la préoccupation majeure du modèle, le modèle les regroupe en trois catégories : soins personnels, productivité, loisirs.

Pour chaque catégorie, il recueille à travers son outil d'évaluation (Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel) les difficultés occupationnelles mentionnées par la personne, l'importance qu'elle y accorde et le degré de satisfaction à l'égard de son rendement.

Après avoir expliqué le MCREO, nous allons à présent décrire son outil d'évaluation : la Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel.

b) La Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel (MCRO)

- **Présentation de l'outil**

D'après les auteurs : MARY LAW, SUE BAPTISTE et All (2014), la mesure canadienne du rendement occupationnel (MCRO) est un outil utilisé dans le cadre du Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel (MCREO).

Ce modèle faisant partie des modèles holistiques, l'outil MCRO évalue la personne dans sa globalité. En effet, l'outil est ciblé sur les difficultés occupationnelles de la personne en terme de rendement. Or le rendement est influencé par les composantes de la personne et de son environnement ; la MCRO s'intéresse ainsi indirectement à ces deux éléments.

En effet, en utilisant la MCRO, le patient s'appuie sur son expérience pour identifier parmi l'ensemble de ses occupations, celles qui lui posent problème.

Ensuite à partir de ses difficultés, il les priorise et les évalue en terme de rendement occupationnel. Une difficulté en terme de rendement occupationnel est définie comme étant une occupation que la personne n'est pas capable de réaliser ou qu'elle réalise mais pas de façon satisfaisante.

L'engagement de la personne dans une activité est influencé par le sens qu'elle y attribue. De plus, chaque personne a un rôle déterminé selon sa situation socioprofessionnelle et familiale.

Ainsi, la MCRO permet de se rendre compte des attentes de la personne. En effet, le fait de prioriser les difficultés et de les coter en terme de satisfaction, donne une indication sur le niveau d'exigence que la personne accorde à ses difficultés.

Les résultats de la MCRO vont permettre d'établir, de prioriser et de hiérarchiser des objectifs ergothérapeutiques. Ainsi, le plan d'intervention est centré sur les attentes de la personne.

Comme tout outil validé, la passation de cette mesure doit être respectée.

- **Passation: (annexe I)**

La MCRO se réalise en cinq étapes sous forme d'entretien semi structuré :

Tout d'abord elle débute par l'identification des problèmes.

- 1ère étape : identification des problèmes

Lors de cette étape, le patient détermine les activités problématiques en terme de rendement occupationnel c'est-à-dire : « *une occupation qu'une personne veut réaliser, doit réaliser ou devrait réaliser mais n'arrive pas à réaliser ou ne réalise pas à sa propre satisfaction.* » (MARY LAW, SUE BAPTISTE et All, 2014).

Pour ce faire, l'ergothérapeute recueille l'ensemble des activités de la personne au travers d'une journée type. A partir des activités mentionnées, il la questionne sur celles qui sont problématiques pour elle.

Dans le formulaire de la MCRO, les occupations sont divisées en trois domaines (soins personnels, productivité et loisirs).

L'ergothérapeute inscrit les activités problématiques au niveau du domaine occupationnel correspondant à l'activité. Cette organisation permet de cibler les domaines problématiques pour la personne.

Après avoir soulevé les difficultés, il est important d'évaluer leur importance. C'est tout l'intérêt de la seconde étape.

- 2ème étape : identification de l'importance des problèmes

En face de chaque difficulté relevée, le patient cote sur une échelle de 1 à 10 l'importance qu'il attribue à chacune d'entre elles. Son évaluation repose sur l'intérêt qu'il accorde à l'activité, à ses rôles et aux attentes de son environnement.

Ces résultats, vont ensuite être confirmés lors de l'étape suivante.

- 3ème étape : Sélection de cinq difficultés

Le thérapeute demande au patient de sélectionner cinq difficultés majeures à traiter.

Ces deux étapes amènent le patient à prioriser ses difficultés. Ces dernières vont servir de base pour cibler et hiérarchiser, dans un second temps, des objectifs thérapeutiques afin de planifier l'intervention de la prise en charge.

Les difficultés retenues vont ensuite être cotées par la personne en terme de rendement et de satisfaction, lors de la 4ème étape.

- 4ème étape : coter le rendement et la satisfaction

Pour chaque difficulté sélectionnée, le patient cote son degré de rendement sur une échelle à dix échelons. Le rendement correspond à la capacité estimée par la personne à réaliser ses activités (le niveau 1 étant le score le plus bas).

A partir du résultat précédent, il cote son niveau de satisfaction sur une échelle de 1 à 10. Autrement dit, le patient estime son contentement quant au résultat précédent par rapport à ses attentes personnelles et/ ou attentes de l'environnement.

La dernière étape correspond à la réévaluation des objectifs.

- 5ème étape : la réévaluation

L'ergothérapeute et le patient définissent ensemble la date judicieuse pour réévaluer les difficultés.

Lors de cette étape, le patient réévalue les cinq problèmes identifiés lors du premier entretien. Il cote de nouveau le degré de rendement pour chaque problème et sa satisfaction à l'égard de ce résultat. A ce moment, thérapeute et patient constatent l'évolution des résultats depuis le premier entretien et conviennent du devenir de la prise en charge.

Si les résultats ne sont pas satisfaisants pour le patient, la thérapie peut être poursuivie.

Si le niveau de rendement est satisfaisant pour le patient, deux cas de figure se posent :

- L'arrêt de la prise en charge
- Ou la poursuite de la thérapie en redéfinissant des objectifs à partir des difficultés moins importantes soulevées lors du premier entretien.

Le modèle MCREO et l'éducation thérapeutique s'appuient sur une pratique centrée sur le patient. Comment définir cette pratique ? Quelles sont les valeurs qu'elle défend ?

Nous allons à présent tenter de la définir.

2.6 La pratique centrée sur le patient

La pratique centrée sur le patient est une pratique développée par Carl Rogers.

Le modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel et l'éducation thérapeutique respectent les concepts de cette pratique (LAGGER,G, GIORDAN,A et ALL, 2008).

Nous allons à présent développer ces concepts.

Cette pratique émet l'hypothèse que chaque personne a des potentialités pour évoluer, mais pour qu'elles puissent s'exprimer, le cadre thérapeutique doit être sécurisant et bienveillant.

Dans ce cadre, le patient est considéré comme acteur de sa prise en charge. Le rôle du thérapeute est de l'accompagner à exploiter ses ressources pour qu'il puisse gérer sa maladie de manière autonome.

Pour mettre à profit ses potentialités, le patient a besoin d'un cadre rassurant qui passe par l'établissement d'une relation de confiance entre lui et son thérapeute. Pour instaurer ce climat bienveillant, Rogers ROGERS, C (1962) estime que le thérapeute doit avoir trois attitudes: « *l'authenticité, le regard positif inconditionnel et l'empathie* ».

En effet, selon ROGERS, C (2003) lors de la relation thérapeutique, le thérapeute doit rester authentique, c'est à dire, il devra rester lui même en acceptant ce qu'il ressent lors de l'échange avec le patient. MEYER, S (2007) définit ce concept comme étant: « *la capacité du thérapeute à laisser ses vrais sentiments s'exprimer dans la relation* ».

Lors d'une relation thérapeutique, l'authenticité est recherchée de la part du thérapeute (comme développé ci dessus), mais aussi de la part du patient. C'est au rôle du thérapeute de faciliter cette authenticité. Pour la garantir, il convient de la part

du soignant d'avoir une posture positive, c'est à dire accepter les dires du patient sans jugement, et lui montrer qu'il y porte un réel intérêt. Si nous reprenons les termes définis par ROGERS, C (2003) cette attitude correspond « *au regard positif inconditionnel* ».

Ce même auteur, accorde une place importante à l'empathie. En effet, selon lui ce concept fait partie des attitudes de l'approche centrée sur la personne.

Cette posture empathique permet d'essayer de comprendre la situation du patient et les sentiments qui en découlent. Le thérapeute se met à la place du patient afin d'évaluer la situation du point de vue de la personne.

Pour garantir cette attitude empathique, le thérapeute doit faire preuve d'écoute active ; autrement dit, être disponible pour lui, l'écouter attentivement et s'assurer d'avoir bien compris ses propos en les reformulant.

Ainsi ces attitudes de respect, de soutien de compréhension et d'authenticité de la part du thérapeute permettent de mettre en place une relation de confiance tout au long de l'accompagnement du patient.

3. Question de recherche et hypothèse

Nous avons vu précédemment que le diagnostic éducatif et l'outil MCRO partagent les mêmes valeurs. En effet, ils s'appuient sur une approche centrée sur la personne, dans laquelle le patient a une place d'acteur et est reconnu comme étant partenaire du soignant.

D'un côté, l'éducation thérapeutique vise à développer les compétences nécessaires pour le patient, afin qu'il puisse gérer sa maladie de façon autonome.

Le diagnostic éducatif est la première étape du programme permettant d'identifier les connaissances du patient sur sa maladie, ses besoins et son projet afin de définir et prioriser des compétences nécessaires à acquérir. Les compétences sont l'ensemble des actions que le patient doit être en capacité de réaliser à la fin du programme pour vivre avec sa maladie de façon optimale.

De ce fait, les compétences sont l'élément central de l'éducation thérapeutique. Elles doivent être pertinentes, réalistes et mesurables pour inscrire le patient dans les différents ateliers du programme permettant d'y répondre.

Nous entendons par pertinence, la concordance entre les besoins exprimés et les compétences établies.

Ce critère permet d'établir des compétences en cohérence avec les besoins exprimés. Le but étant de proposer un programme personnalisé et ayant du sens pour le patient.

D'un autre côté, parmi les croyances promulguées par les ergothérapeutes, la personne a besoin de s'engager dans des occupations. Par conséquent, en tant qu'ergothérapeute il est essentiel de s'intéresser aux répercussions des troubles dans les activités de la personne.

Le modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel, place l'occupation au centre de l'intervention thérapeutique. La MCRO est un outil de ce modèle. Au travers de l'outil MCRO, le patient identifie ses difficultés occupationnelles, les sélectionne et les cote en terme de rendement et de satisfaction. Ces résultats servent de bases pour définir des objectifs ergothérapeutiques spécifiques à la personne.

Ainsi, nous pouvons nous poser la question de l'intérêt de l'utilisation de la MCRO dans le cadre du diagnostic éducatif.

Cette interrogation, nous amène à la question suivante :

En quoi la Mesure Canadienne Rendement Occupationnel pourrait-elle aider à établir des compétences pertinentes dans le cadre du diagnostic éducatif pour inscrire des patients bipolaires dans un programme d'éducation thérapeutique personnalisé ?

Au vu des réflexions faites précédemment nous pouvons soumettre l'hypothèse suivante :

La hiérarchisation des difficultés de la personne par la MCRO permet d'établir des compétences pertinentes afin de planifier un programme personnalisé pour les patients bipolaires.

4. Phase expérimentale

4.1 Méthodologie de recherche

Au vu des similarités précédemment exposées entre la MCRO et le diagnostic éducatif, il me semblait intéressant de travailler sur l'utilisation de cet outil lors de l'entretien initial avec le patient.

En effet, nous avons vu précédemment que la synthèse du diagnostic éducatif permettait de définir les compétences à acquérir pour le patient à partir des éléments importants de l'entretien. Or la MCRO permet de cibler les problématiques prioritaires de la personne puis de fixer les objectifs qui en découlent. Au travers d'une méthode expérimentale hypothético-déductive, je cherche ainsi à vérifier que les objectifs thérapeutiques issus des résultats de la MCRO permettent d'établir des compétences pertinentes pour inscrire les patients bipolaires dans un programme personnalisé. Afin de répondre à ce questionnement un protocole sera élaboré (annexe VII).

Les compétences sont toujours négociées lors de la synthèse, donc l'outil MCRO sera exploité dans le protocole lors de cette étape.

Afin de valider ou invalider mon hypothèse, l'ergothérapeute procède à une méthode comparative. L'essai thérapeutique comparatif s'applique sur deux groupes de patients : un groupe témoin (constitué de patients participants à un diagnostic éducatif sans l'utilisation de l'outil MCRO) et un groupe expérimental (constitué de patients participants à un diagnostic éducatif avec l'utilisation de la MCRO).

Pour constituer ces groupes, la méthode par randomisation sera utilisée. Cette méthode vise à répartir les candidats de manière aléatoire et non prévisible, afin de garantir l'homogénéité des groupes ainsi constitués et limiter les biais de sélection (CHEVRET, S, 2003).

Ainsi, l'application de ce protocole se place lors du diagnostic éducatif avec le patient.

Il se déroule dans un centre expert pour les troubles bipolaires. Le protocole sera réalisé par un ergothérapeute du centre expert, formé à l'ETP (éducation thérapeutique du patient) et utilisant la MCRO.

J'ai choisi ce cadre de pratique pour différentes raisons. Tout d'abord, un programme d'éducation thérapeutique spécifique à cette population a déjà été créé et validé auprès de l'Agence Régionale de la Santé (ARS). De plus, ces centres experts sont reconnus et bénéficient d'une bonne visibilité auprès des médecins psychiatres libéraux. Ce critère facilite le recrutement de la population.

J'ai préféré faire appel à un ergothérapeute d'un centre expert pour faciliter la poursuite de la prise en charge. En effet, le professionnel pourra ensuite animer le programme. De plus cet ergothérapeute, connaît déjà le programme d'éducation thérapeutique mis en place dans la structure. Ainsi, ca sera plus facile pour lui de mener le diagnostic éducatif.

Enfin, ils sont composés d'une équipe pluridisciplinaire experte dans les troubles bipolaires.

a) Outil de recherche

D'après mes différentes lectures et les entretiens exploratoires que j'ai pu réaliser, peu de programmes d'éducation thérapeutique destinés aux patients bipolaires existent et peu d'ergothérapeutes les animent. D'après mes recherches, l'utilisation de la MCRO au sein du diagnostic éducatif n'est pas une pratique courante.

Pour résoudre ma problématique, face à la rareté de ces pratiques, j'ai donc décidé d'élaborer un protocole.

BOSSALI, F , NDZIESSI, G et All, (2015) définissent le protocole de recherche comme étant « *un document rédigé par le chercheur où il décrit les différentes phases d'une étude de recherche (...). Ainsi, le protocole de recherche est un engagement, un cahier des charges, une convention, un guide qui dicte les règles de conduite du chercheur pendant tout le processus du travail de recherche* ».

Pour mener à bien mon projet, je me suis basée sur les concepts développés dans mon cadre conceptuel, en y apportant des connaissances expérimentales via des entretiens exploratoires (annexe II).

En effet, j'ai échangé avec des professionnels qui travaillent dans l'accompagnement des patients bipolaires.

J'ai tout d'abord contacté les centres experts de France par mail. Parmi ceux contactés, j'ai pu correspondre par téléphone avec des paramédicaux (infirmières et psychologues) de deux centres qui animent des programmes d'éducation thérapeutique, mais qui n'utilisent pas la MCRO. Nous avons pu échanger tout au long de la création de ce protocole pour y apporter des précisions. J'ai aussi communiqué par mail avec une formatrice en ETP animant des programmes pour une autre pathologie.

En parallèle, il me semblait aussi important d'interroger des ergothérapeutes pratiquant la MCRO. Pour ce faire, j'ai fait diffuser un mail à des ergothérapeutes au Canada (par l'intermédiaire d'une amie), mais cette démarche n'a malheureusement pas abouti. Cependant, j'ai pu être en lien avec un ergothérapeute en France utilisant la MCRO dans sa pratique professionnelle. Celui-ci m'a accompagnée tout au long de l'élaboration du protocole.

Au travers de ces entretiens, j'ai pu concrètement savoir comment dans leur pratique ils établissent les compétences avec leurs patients pour répondre à mon questionnement. De plus, ma problématique mentionne l'outil MCRO. Pour introduire cet outil dans le protocole, j'avais besoin de répondre aux trois questions suivantes :

A quel moment introduisons nous la MCRO au sein du diagnostic éducatif ?
Comment l'introduisons-nous ? Et de quelle manière, établissons-nous les compétences du patient à partir des résultats de la MCRO ?

Ainsi pour réaliser mon protocole, je me suis appuyée sur mes différentes lectures que j'ai pu corréler et compléter par les connaissances issues des entretiens. Néanmoins, ce protocole n'a pas été testé.

b) Population étudiée

Ce protocole s'adresse à des personnes souffrant de troubles bipolaires. Le diagnostic doit être au préalable posé par leur médecin psychiatre (selon les critères du DSM5) (annexe III). Ce diagnostic permet d'exclure les affections médicales générales et certaines maladies psychiatriques, dont les symptômes pourraient être apparentés à ceux des troubles bipolaires.

Cette pathologie se déclare majoritairement après la puberté, j'ai donc choisi de cibler une population ayant plus de 18 ans (GEOFFROY, P-A, 2014).

De plus, nous avons vu précédemment que l'éducation thérapeutique s'inscrit dans le cadre de la réhabilitation psychosociale qui ne peut avoir lieu qu'après l'épisode aiguë ; le but étant d'aider la personne à retrouver un fonctionnement optimal.

De ce fait, les patients doivent être en phase euthymique. Les échelles de dépression de Hamilton (annexe IV) et de manie de Young (annexe V) permettent de vérifier ce critère (BANAYAN, M, PAPETTI, F et ALL, 2007). Ces résultats seront étudiés en corrélation avec l'observation clinique faites lors de l'entretien médical.

Par ailleurs, l'insight doit être évalué lors de l'entretien médical initial. Ce terme est un concept multidimensionnel, faisant référence à la conscience de la maladie. Il renvoie à différentes notions : « *la conscience d'être malade, la conscience des différents symptômes, la conscience de nécessité d'un traitement, la conscience des conséquences (en particulier psychosociales), et l'attribution causale.* » (GAY, C. & MARGERIE, J.-J, 2009).

L'étude réalisée par BANAYAN, M, PAPETTI, F et ALL (2007), prouve que le niveau d'insight est meilleur pour les patients en phase euthymique qu'en phase aiguë. Cependant, les symptômes résiduels en phase euthymique peuvent altérer le niveau d'insight. Or, ce niveau « *influence l'adhésion du patient à la prise en charge et à la relation thérapeutique* » (GAY, C. & MARGERIE, J.-J, 2009). C'est pourquoi, ce même auteur estime que cette mesure doit être automatiquement prise en compte avant toute démarche thérapeutique.

De plus, l'évaluation de l'insight permet au professionnel de se faire une idée de la représentation qu'a le patient de sa maladie. En effet, c'est une dimension recherchée lors du diagnostic éducatif. Pour l'ensemble de ces raisons, il est important d'évaluer l'insight lors de l'entretien médical.

Il existe différents outils pour mesurer l'insight. J'ai décidé de retenir l'échelle MDIS (Mood Disorder Insight Scale) (annexe VI). C'est un outil d'autoévaluation utilisé pour mesurer l'insight chez les patients bipolaires. Il évalue le niveau de sensibilité à la maladie, la conscience des symptômes et des troubles ainsi que la nécessité de prendre un traitement. Ce test a été traduit en français. Il comprend 8 items. Si le score est en dessous de 7 alors l'insight est faible, un score entre 7 et 9 correspond à un insight moyen, et à partir de 9 l'insight du patient est considéré comme bon sachant que le score maximum est de 12 (VAZMALAEI, H. A., JOLFAEI, A. G., &

ALL , 2012). Ainsi les patients de l'étude doivent avoir un insight au moins supérieur à 7. Cependant, les résultats sont nuancés et corrélés par l'observation clinique lors de l'échange avec le psychiatre.

Le diagnostic éducatif repose sur un échange entre le patient et le thérapeute. Il est donc préférable que les participants comprennent et parlent le français pour une meilleure compréhension mutuelle et pour éviter les biais.

Enfin, le diagnostic éducatif, comme la MCRO repose sur une démarche participative ou le patient est acteur et partenaire du soignant. De ce fait, le consentement du patient doit être recueilli avant l'étude (annexe 4).

CRITERE D INCLUSION		
Age	Adultes à partir de 18 ans	
sexe	Hommes et Femmes	
Diagnostic et stade de la maladie	Diagnostiqué comme ayant un trouble bipolaire selon le DSM,	Bilan du psychiatre
Stade de la maladie	En phase euthymique	Echelles De dépression de Hamilton Et de manie de Young Corrélées avec L'observation clinique du psychiatre
Niveau insight	Conscient de ses difficultés et d'avoir besoin d'une prise en charge	Mood Disorder Insight Scale Avec un score supérieur à 7, corrélé Avec L'observation clinique Du psychiatre
Langages et communication	Parler et comprendre le français	
Consentement	Recueillir l'accord des participants	Feuille de consentement

CRITERES D EXCLUSION		
Age	Enfants	
Diagnostiques différentiels	-Infections médicales générales pouvant être apparentées à des symptômes du trouble bipolaire -Diagnostiques différentiels psychiatriques du trouble bipolaire: Trouble dépressif unipolaire TDAH (Trouble Déficitaire de l'Attention avec ou sans Hyperactivité) Trouble de la personnalité Schizophrénie Trouble obsessionnel compulsif État anxieux Troubles délirants persistants	Bilan du psychiatre
Stade de la maladie	en phase aigue	
Insight	score inférieur à 7	MDIS corrélé Avec l'observation clinique du psychiatre

4.2 Élaboration du protocole

a) Recrutement des participants

Comme dit précédemment, j'ai fait le choix de réaliser ce protocole dans un centre expert, avec comme animateur un ergothérapeute ayant la formation ETP et pratiquant la MCRO. Afin que l'application de ce protocole respecte ce cadre, je me renseignerai au préalable sur les structures existantes et sur les équipes les

composants. Puis une fois informée sur les structures potentielles, je leur enverrai une lettre (annexe 1). Cette dernière a pour but de leur présenter l'étude et son objectif, puis de recueillir leur accord pour pouvoir l'appliquer.

Après avoir reçu leur accord, les patients ciblés seront recrutés via leur médecin psychiatre, car ces professionnels posent un diagnostic. Ils pourront donc nous adresser une population respectant les critères du diagnostic.

De plus, avec le temps une relation de confiance s'est établie entre le médecin psychiatre et le patient. Ainsi ce sont des acteurs susceptibles de proposer un programme d'éducation thérapeutique à leur patient.

Selon mes entretiens et mes lectures, un entretien médical n'est pas systématiquement proposé avant le diagnostic éducatif. Cependant, j'ai jugé préférable de le proposer. En effet, cet entretien vise à évaluer les critères de diagnostic, de stabilité et d'insight pour évaluer l'éligibilité du patient à participer au programme. D'après mes recherches, cet entretien peut être réalisé auprès de médecins psychiatres libéraux ou de médecins de la structure dans lequel se déroule le programme. Étant donné que j'ai choisi de recruter les participants via les médecins psychiatres libéraux, l'entretien médical sera réalisé par ces professionnels.

Cependant pour que les médecins psychiatres soient informés de l'étude et des critères de sélections, un courrier leur sera envoyé (annexe 2).

Une fois que les psychiatres auront proposé l'étude à certains de leurs patients, l'ergothérapeute réalisera une liste de patients intéressés.

Dix patients participeront à l'étude. Ce nombre de patient me semble être idéal pour un groupe participant à l'éducation thérapeutique.

A partir des personnes recrutées, l'ergothérapeute procédera à la constitution de deux groupes de manière aléatoire.

b) Choix et justifications des évaluations

Pour rappel, l'objectif de cette étude est de vérifier que l'outil MCRO permet d'établir des compétences pertinentes.

Autrement dit, je cherche à évaluer la pertinence des compétences établies par la MCRO à l'issu du diagnostic éducatif. Pour répondre à ma problématique, à la fin de l'entretien je recueille le point de vue des patients, via un auto-questionnaire qui leur sera transmis (annexe 3). Au vu de la place accordée au patient, il me semble plus pertinent de prendre leur avis. En effet, rappelons que le rôle des professionnels lors du diagnostic éducatif est d'accompagner les patients à négocier des compétences qui leur soient utiles d'acquérir. Cependant, le critère de pertinence est un critère subjectif, et le diagnostic éducatif reste la propriété du patient.

Inversement, j'ai choisi de ne pas interroger l'ergothérapeute de l'étude pour répondre à ma problématique, car ils ont un point de vue divergent sur l'outil MCRO. A mon sens, leur avis sur l'outil influencerait leur réponse et présenterait un biais pour l'étude.

Comme outil, j'ai opté pour le questionnaire plutôt que l'entretien, car celui-ci permet de collecter les données rapidement. De plus, étant donné que mon protocole se base déjà sur un entretien, en repasser un pour collecter les données serait redondant et fastidieux pour les patients.

Concernant les questions posées, j'ai choisi d'utiliser des questions fermées en utilisant l'échelle d'attitude. Cette méthode permet de recueillir des informations précises, tout en pouvant nuancer les propos. Cette méthode, n'est pas chronophage pour le patient.

Par ailleurs, l'auto-questionnaire est identique pour les deux groupes pour comparer les résultats.

Les questions posées visent à vérifier que la hiérarchisation des difficultés des patients aide à l'établissement de compétences pertinentes. En effet, nous savons que la MCRO permet de hiérarchiser les difficultés des patients. Or dans le groupe témoin les difficultés majeures de la personne sont mises en avant lors de la synthèse du diagnostic éducatif, mais elles ne sont pas hiérarchisées. Ensuite, aucune étude n'a vérifié que la MCRO pouvait établir des compétences pertinentes. Donc ma troisième question permet d'y répondre.

La dernière question est une question laissant la possibilité aux patients de s'exprimer, afin de connaître leur justification.

c) Déroulement de l'étude

J'ai élaboré le déroulement de ma séance à partir de mes différentes lectures et des données du terrain que j'ai pu recueillir.

Le déroulement du protocole est le même pour les deux groupes, la seule étape qui varie est la synthèse du diagnostic éducatif.

Après avoir défini le cadre de l'expérimentation, nous reviendrons plus en détail sur son déroulement.

- **Cadre de l'entretien**

L'entretien se déroule dans un centre expert pour patient bipolaire, dans une salle fermée, calme et lumineuse et durerait environ 1h30.

Il se déroule avec un ergothérapeute ayant reçu la formation de l'éducation thérapeutique de 40 heures minimum. Il est important que ce professionnel utilise déjà la MCRO dans sa pratique. Le thérapeute serait ainsi à l'aise avec cet outil, ce qui éviterait les erreurs de passation, et limiterait les biais de l'étude.

Un seul ergothérapeute réalise l'ensemble des entretiens. J'ai fait ce choix car, malgré le respect des consignes du protocole, la personnalité de chaque thérapeute entre en jeu dans l'entretien. Dans ce cadre, l'attitude du thérapeute serait la même pour tous les participants, et ne représenterait pas une variable supplémentaire pour l'étude.

Enfin, l'entretien serait mené en individuel pour respecter la confidentialité, faciliter la relation de confiance et ainsi favoriser le dévoilement de la personne lors de l'entretien.

- **Attitudes professionnelles**

Comme développé dans la partie théorique, la Mesure Canadienne du Rendement et de l'Engagement Occupationnel et l'éducation thérapeutique défendent les valeurs promulguées dans l'approche centrée sur la personne développée par Car Rogers.

Ainsi, il convient de respecter ces concepts lors de la séance.

Rappelons que selon Carl Rogers, pour favoriser le développement des ressources de la personne, le thérapeute doit être garant d'un cadre sécurisant et bienveillant. Pour ce faire, il doit adopter trois attitudes :

Premièrement, il doit être authentique.

Deuxièmement, il écoute le patient, sans porter de jugement, en l'encourageant à s'exprimer de manière authentique, en le valorisant dans sa démarche et en portant un réel intérêt à ses propos.

Troisièmement, le thérapeute adopte une attitude empathique qui demande une écoute active et la recherche d'une bonne compréhension par les techniques de reformulation et de résumé afin de ne pas déformer les propos du patient.

Rappelons que le diagnostic éducatif reste la propriété du patient. Il convient donc de ne pas déformer ses propos, afin de proposer des objectifs répondant à ses besoins.

- **Description des étapes :**

Cette étude se déroulerait en cinq étapes :

1ère étape : Introduction de l'entretien

L'entretien débute par une mise en confiance du patient, afin de mettre en place une relation thérapeutique.

Pendant cette première étape, le thérapeute se présente en expliquant son rôle, l'étude et son objectif.

Ensuite, le thérapeute questionne le patient sur le motif de sa présence, et sur les connaissances qu'il a de l'éducation thérapeutique.

A partir des réponses données par le patient, le thérapeute les complète en précisant le but de ce programme et les différentes étapes de la démarche éducative.

Ensuite, il s'attarde plus en détail sur le diagnostic éducatif car c'est le sujet de l'étude.

A ce moment, il présente l'intérêt, la finalité et le déroulement de cet entretien initial.

Pour le groupe expérimental, l'outil MCRO sera présenté à l'issue de l'explication du diagnostic éducatif.

Ce temps de présentation s'achève par le recueil du consentement du patient via le formulaire de consentement (annexe 4). En effet, en connaissant l'étude, le patient peut formuler son choix d'y participer en toute connaissance de cause.

Cette première étape, permet d'expliquer l'objet de l'étude. Le thérapeute se doit de la rendre interactive, afin que le patient s'y sente inclus. Cette démarche permet d'aider le patient à faire le lien entre son motif de prise en charge et le programme qui lui est proposé.

Le but de ce premier temps est de favoriser son adhésion, mettre en place une relation de confiance pour faciliter les échanges avec le patient.

2ème étape : recueil d'informations

L'étape précédente a été une amorce pour élaborer une relation de confiance entre thérapeute et patient. A présent, le thérapeute recueille des informations personnelles sur la personne.

Par un entretien semi directif, le thérapeute réalise une première investigation sur les différentes dimensions de la personne (qu'est-ce qu'il a ? qui est-il ? Que sait-il ? Quels sont ses projets ?).

Après le recueil d'informations, selon les groupes de patients, le déroulement de la synthèse des informations est différent.

3ème étape: synthèse de l'entretien

Cette étape permet de revenir sur les trois éléments importants du diagnostic éducatif qui sont : le projet du patient, les facteurs facilitant ou limitant l'apprentissage, et ses besoins afin d'établir des compétences qui soient pertinentes.

Selon les groupes (groupe témoin et groupe expérimental) l'outil utilisé est différent.

- **Pour le groupe expérimental (annexe I)**

Après l'investigation des différentes dimensions de la personne, le thérapeute introduit la Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel. Cette dernière est utilisée comme outil de synthèse des problématiques prioritaires de la personne. En effet, cette mesure est reconnue pour repérer les répercussions des troubles dans l'ensemble des domaines occupationnels de la personne.

Avant d'introduire l'outil MCRO, le soignant doit le présenter, expliquer son intérêt, ce qu'il mesure, et les différentes étapes de la passation. Cet outil utilise des termes spécifiques (rendement, occupation) et avant de commencer la passation, il est important de les définir. En comprenant l'outil et sa finalité, la personne peut plus facilement y adhérer et le remplir en toute connaissance de cause.

La MCRO se déroule en quatre étapes, ainsi le déroulement de l'entretien doit les respecter.

- 1er temps : identification des problèmes

Le thérapeute débute la passation en demandant à la personne de lui décrire sa journée type avec les activités qu'il réalise, voudrait ou devrait réaliser afin de décrire son profil occupationnel. Puis il lui demande d'identifier ses activités significatives, sa situation socioprofessionnelle et ses loisirs.

Ensuite, à partir des informations recueillies, il demande à la personne d'inscrire celles qui lui posent problème dans chacun des domaines occupationnels (soins personnels, loisirs, productivité) correspondant à l'activité citée.

- 2ème temps : importance de chaque problème retenu

En inscrivant les activités problématiques, le thérapeute demande au patient de coter sur une échelle de 1 à 10 le niveau d'importance qu'il accorde à la difficulté. Les résultats donnent une première indication sur les priorités du patient et sur les activités qui sont importantes pour lui.

- 3ème temps : sélection de cinq problèmes

Puis pour confirmer les résultats précédents, le thérapeute demande au patient de sélectionner cinq difficultés parmi celles qu'il a jugées importantes. Le thérapeute se focalise ensuite sur les cinq difficultés retenues.

- 4ème temps : évaluation du rendement et de la satisfaction des problèmes sélectionnés

Enfin le thérapeute demande à la personne de coter pour chaque difficulté sélectionnée son niveau de rendement et niveau de satisfaction à l'égard de son rendement.

Selon les rôles de la personne, ses activités significatives, la personne n'aura pas la même exigence pour évaluer son niveau de rendement et de satisfaction pour chacune des difficultés repérées.

Ainsi, au travers de cette étape, le thérapeute peut identifier les exigences de la personne dans ses activités importantes.

Les résultats de la MCRO aboutissent à cinq difficultés occupationnelles prioritaires. Ces dernières vont servir de base pour établir des objectifs.

- **Pour le groupe témoin**

Selon les différents entretiens exploratoires menés, la synthèse se réalise de différentes manières. En effet, certains professionnels prennent le référentiel des compétences du programme comme support d'entretien. Plus précisément, ils évoquent les différentes dimensions de la personne lors de l'entretien en échangeant autour de ce référentiel. Au fur et à mesure de l'entretien, ils sélectionnent les compétences nécessaires pour le patient.

Pour d'autres professionnels, les différentes étapes du diagnostic éducatif sont plus formelles. Après avoir recueilli les informations à partir de la grille d'entretien, le thérapeute reformule et résume les éléments ressortant de l'échange avec le patient.

La deuxième version, est davantage en adéquation avec mes différentes lectures et respecte les différentes étapes du diagnostic éducatif. Ainsi, j'ai décidé de retenir cette procédure comme synthèse d'entretien pour le groupe témoin.

4ème étape: établissement des objectifs thérapeutiques

- **Pour le groupe expérimental**

A partir des résultats de la MCRO, le patient exprime ce qu'il veut travailler en priorité. Les souhaits du patient sont traduits avec lui en objectifs.

- **Pour le groupe témoin**

A partir des éléments mis en avant lors de la synthèse, thérapeute et patient établissent ensemble des objectifs spécifiques aux patients.

5ème étape : établissement des compétences et inscription du patient dans le programme pour les deux groupes

Lors de la création du programme, les thérapeutes ont établi une liste de compétences à laquelle les différents ateliers du programme permettent de répondre.

Thérapeute et patient vont sélectionner, parmi l'ensemble des compétences prédéfinies, celles répondant aux objectifs fixés lors de l'étape précédente.

En parallèle, le thérapeute présente au patient les différents ateliers en lien avec les compétences sélectionnées.

Cette étape permet à la personne de faire du lien entre ses difficultés, les compétences qu'elle a sélectionnées et les ateliers qui lui sont proposés permettant de les acquérir.

Cela permet de lui proposer des solutions face à ses difficultés.

Ainsi, la personne peut sélectionner les différents ateliers en lien avec les compétences qu'elle souhaite acquérir. Enfin, ce temps permet de donner du sens aux différents ateliers et au programme en général.

Ce protocole se clôture en demandant à la personne si elle a des choses à rajouter, et en la remerciant de sa participation.

A l'issu de l'entretien, le thérapeute transmet au patient un auto-questionnaire.

d) La méthode de collecte et l'analyse des données envisagées

Comme mentionné précédemment, je recherche à travers ce protocole à évaluer la pertinence des compétences établies via la MCRO.

Pour ce faire, je compte recueillir le point de vue de l'ensemble des participants (les patients du groupe témoin et les patients du groupe expérimental) via un auto-questionnaire (annexe 3). Après avoir récolté les réponses des patients, j'envisage de comparer les données des deux groupes et de les analyser statistiquement.

5 Discussion

5.1 Les biais de l'étude

La création de ce protocole, comprend quelques biais qui influencent les résultats de l'étude. En effet, cette expérimentation reste hypothétique, il est donc intéressant de les relever.

Premièrement, j'ai pris à partie d'interroger les patients pour les raisons expliquées précédemment. Cependant cette position peut représenter un biais pour l'étude. En effet, le vocabulaire employé dans le protocole peut sembler complexe et être un frein à la compréhension lors du diagnostic éducatif. Si les mots utilisés sont mal compris, (notamment le terme de compétences), les résultats du questionnaire seront faussés.

Deuxièmement, mon protocole se base sur un entretien. Ce dernier repose sur un échange entre deux personnes, ainsi le facteur humain entre en jeu dans la relation avec le patient. Effectivement, le transfert, contre transfert, l'attitude et la personnalité du thérapeute sont des éléments qui influencent le rapport entre les deux personnes. Dans ce cas, la personne se dévoilera plus ou moins. Or les compétences sont établies avec la participation du patient.

De plus, le fait de choisir un ergothérapeute pratiquant la MCRO influence indirectement l'avis des participants du groupe expérimental. En effet, son point de vue peut se ressentir lorsqu'il le présentera.

Enfin, l'évaluation de la pertinence d'une compétence reste une variable subjective.

5.2 Les limites

Mon protocole présente quelques limites.

Tout d'abord, peu d'ergothérapeutes pratiquent la MCRO et l'éducation thérapeutique pour la pathologie ciblée. J'ai donc été amené à contacter d'autres professionnels pour élaborer mon protocole. De ce fait, j'avais peu de références sur lesquelles je pouvais m'appuyer pour introduire la MCRO au sein du diagnostic éducatif de manière cohérente.

De plus, je me suis rendue compte de la disparité des pratiques du diagnostic éducatif entre les différentes structures. En effet, pour certains établissements, j'ai pu remarquer la différence entre la pratique et la théorie. Cet écart m'a obligée à trouver un consensus entre ces disparités pour élaborer mon protocole.

Ensuite, j'ai fait le choix de n'avoir qu'un seul thérapeute réalisant le protocole, afin de limiter les biais. Cependant, au vu du nombre de participants, la passation du protocole pour l'ensemble des groupes reste fastidieuse pour l'ergothérapeute.

En même temps, la taille du groupe constitue une des limites de mon étude. En effet, les résultats ne peuvent être généralisés sur un nombre de participants limités.

A ma connaissance, il n'existe pas d'ergothérapeutes dans les centres experts bipolaires. Pour rappel, j'avais prévu de réaliser mon protocole dans une de ces structures. De plus, l'outil MCRO est encore peu utilisé dans la pratique. De ce fait, il est compliqué de trouver un professionnel respectant mes critères et pouvant l'animer. Ainsi en respectant les critères définis, mon protocole reste difficile actuellement à mettre en place.

Enfin mon protocole reste hypothétique, ce qui constitue une des limites.

5.3 Les apports de l'étude sur le plan personnel et professionnel

Ce travail de recherche théorique et sur le terrain m'a permis d'enrichir mes savoirs sur le trouble bipolaire et sur un type d'accompagnement proposé notamment pour cette population. En développant mes connaissances sur l'outil MCRO, j'ai pu proposer une approche centrée sur la personne, qui correspond à l'idée que je souhaite adopter dans mon futur métier. Cette approche du patient donne du sens à ma future pratique.

Outre, le développement de ces compétences, ce travail m'a permis de travailler mes capacités de synthèse, de hiérarchisation et de lien entre mes idées. Ce travail de rédaction me sera toujours nécessaire lors de ma future pratique professionnelle.

Pour faire évoluer notre pratique et promouvoir l'ergothérapie, nous sommes amenés à construire des projets. Ce travail fut un bon exercice.

L'élaboration du protocole m'a amenée à échanger avec différents professionnels ce qui rend ce travail enrichissant.

Enfin, cette étude a aussi contribué à développer mes contacts qui pourraient m'être utiles dans ma future pratique professionnelle. En effet, je n'exclue pas de travailler dans le domaine de la santé mentale une fois diplômée.

5.4 Les perspectives envisagées

Pour poursuivre ce travail, il serait intéressant de faire expérimenter ce protocole par un ergothérapeute. Cette expérimentation permettrait d'une part de répondre à ma problématique et d'autre part de le faire évoluer si besoin. En le réalisant, nous pourrions constater d'autres biais et limites.

Pour aller plus loin, la MCRO pourrait être réutilisée lors d'un second temps d'évaluation avec le patient (entretien intermédiaire et final) pour constater son évolution en termes de rendement et réajuster les objectifs. Ce processus permettrait de réadapter le programme au besoin du patient.

Conclusion

Nous avons mis en avant la problématique de rechute chez les patients bipolaires. Actuellement, des mesures psychoéducatives sont mises en place pour tenter notamment de réduire ces risques et ainsi favoriser les capacités de la personne à gérer sa maladie.

Le rôle de l'ergothérapeute se retrouve dans cette démarche. En effet, quand on comprend l'intérêt que portent les ergothérapeutes à l'occupation, nous comprenons que la place de l'ergothérapeute au sein de l'éducation thérapeutique est intéressante et complémentaire des autres professionnels.

Pour garantir une démarche centrée sur la personne, j'ai choisi un modèle spécifique en ergothérapie : le Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel (MCREO). Ce modèle a son propre outil la Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel (MCRO).

L'objet de l'étude visait à vérifier l'intérêt d'utiliser cet outil au sein du diagnostic éducatif.

La problématique était : En quoi la Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel pourrait-elle aider à établir des compétences pertinentes dans le cadre du diagnostic éducatif pour inscrire des patients bipolaires dans un programme d'éducation thérapeutique personnalisé ?

Pour répondre à ce questionnement un protocole a été élaboré. Ce dernier visait à décrire une séance de diagnostic éducatif sur deux groupes de patients (groupe témoin et groupe expérimental). L'intérêt de cette étude était d'expliquer comment et quand introduire l'outil lors du diagnostic éducatif, pour valider ou rejeter l'hypothèse.

Cependant, ce protocole n'a pas été expérimenté, nous ne pouvons donc répondre à la question de recherche.

Bibliographies

- ANFE. Définition [en ligne].

Disponible sur : <http://www.anfe.fr/l-ergotherapie/la-profession> (consulté le 7/05/2019)

- Azorin J.-M (2012). Trouble bipolaire : la pathologie intercritique. *L'encéphale*, 38(4), S147-S150.
- Banayan, M., Papetti, F., Palazzolo, J., Pringuey, D. & Darcourt, G. (2007). Conscience du trouble chez les sujets bipolaires euthymiques : étude transversale comparative réalisée sur 60 patients. *Annales médico-psychologiques*, 165(4), 247-253.
- Bonin, B. & Trojak, B. (2009). Intervalle libre et/ou rémission. *L'Encéphale*, 35(S5), S172-S177. [https://doi.org/10.1016/S0013-7006\(09\)72524-2](https://doi.org/10.1016/S0013-7006(09)72524-2)
- Bonsack, C., Rexhaj, S. & Favrod, J. (2015). Psychoéducation : définition, historique, intérêt et limites. *Annales médico-psychologiques*, 173(1), 79-84. Consulté à l'adresse <https://www.em-consulte.com/en/article/957994>
- Bossali, F., Ndziessi, G., Paraiso, M., Noël, Marius, O., Edgard, Napo, K., François, Houinato, D., ... Itoua, N., Assori. (2015). Le protocole de recherche : étape indispensable du processus de recherche garantissant la validité des résultats. *HEGEL*, 5(1), 23-28. <https://doi.org/10.4267/2042/56336>
- Chesworth, C., Duffy, R., Hodnett, J., & Knight, A. (2002). Measuring Clinical Effectiveness in Mental Health: is the Canadian Occupational Performance an appropriate Measure? *British Journal of Occupational Therapy*, 65(1), 30-34. <https://doi.org/10.1177/030802260206500106>
- Chevret, S. (2003). Pourquoi et comment randomiser un essai thérapeutique ? *Revue des maladies respiratoires*, 20(5), 753-756.
- Criquillon-Ruiz, J. & Morel-Bracq, M-C. (2016). Pour une démarche d'évaluation centrée sur le client et sur l'occupation. *Ergothérapies*, 63, 23-34.

- Dr Geoffroy, P-A. (2014). Troubles de l'humeur. ECN-referentiel-de-psychiatrie Psychiatrie de l'adulte. Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. Addictologie (Presses universitaires François-Rabelais, p187-218) France.
- Gay, C. (2015). Psychoéducation et troubles bipolaires. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 173(5), 424-432.
<https://doi.org/10.1016/j.amp.2014.12.008>
- Gay, C. & Margerie, J.-J. (2009). La conscience du trouble. *L'encéphale*, S5, S160-S163. <https://studylibfr.com/doc/2552026/la-conscience-du-trouble>
- HAS (2007). Éducation thérapeutique du patient - Comment élaborer un programme spécifique d'une maladie chronique ? Consulté à l'adresse https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/etp_-_comment_elaborer_un_programme_-_recommandations_juin_2007.pdf
- HAS (2007). Éducation thérapeutique du patient - Comment la proposer et la réaliser ? Consulté à l'adresse https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/etp_-_comment_la_proposer_et_la_realiser_-_recommandations_juin_2007.pdf
- HAS (2007). Guide méthodologique : Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chronique. Consulté à l'adresse https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/etp_-_guide_version_finale_2_pdf.pdf
- IFEF (2003). L'approche Centrée sur la Personne (ACP) et Expérientielle. Consulté 7/05/2019, à l'adresse <http://www.ifef.org/approche-centree-sur-la-personne>
- Iguenane, J., & Gagnayre, R. (2004). L'éducation thérapeutique du patient le diagnostic éducatif. *Kinésithérapie, les cahiers*, n°29-30, 58-64.
- Ivernois, J.-F., Gagnayre, R., & les membres du groupe de travail de l'IPCEM. (2011). Compétences d'adaptation à la maladie du patient : une proposition. *Education Thérapeutique du Patient - Therapeutic Patient Education*, 3(2), S201-S205. <https://doi.org/10.1051/tpe/20111103>

- Lagger, G., Giordan, A., Chambouleyron, M., Lasserre-Moutet, A. & Golay, A. (2008). Éducation thérapeutique, 2^{ème} partie : mise en pratique des modèles en 5 dimensions. *Médecine*, 4(6), 269-273.
- Law, M., Baptiste, S., Carswell, A., McColl, M-A., Polatajko, H.J., Pollock, N. (2014). MCRO MCRO La Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel. (CAOT Publication ACE, cinquième édition). Ottawa.
- Maître, E. (2018). Les directives anticipées psychiatriques (DAP) : propositions pour un modèle en France. *Annales médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 176(4), 387-390. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2018.02.008>
- Meyer, S. (2007). Démarches et raisonnements en ergothérapie (éesp) SUISSE.
- Morel-Bracq, M-C. (2017). Les modèles conceptuels en ergothérapie introduction aux concepts fondamentaux (De Boeck Supérieur, 2^{ème} édition, p1-11, p51-52, p85-97, p141-143) France.
- Polatajko, H.J., Davis, J., Stewart, D., Cantin, N., Amoroso, B., Purdie, L., Zimmerman, D. (2013). Préciser le domaine primordial d'intérêt : l'occupation comme centralité. Habilitier à l'occupation faire avancer la perspective ergothérapique, de la santé, du bien être et de la justice par l'occupation. (CAOT Publication ACE, deuxième édition, p15-39). Ottawa.
- Rogers, C. (2010). Les caractéristiques de l'approche centrée sur la personne. *Revue francophone internationale de l'Approche Centrée sur la personne*, n°22. Consulté 7/05/2019, à l'adresse <http://www.acp-pr.org/caracteristiques.html>
- Sandrin-Berthon, B. (2010). Diagnostic éducatif ou bilan éducatif partagé ? *Médecine des maladies métaboliques*, 4(1), 38-43.
- Saucourt, G. (2017). La réhabilitation psychosociale : espoir d'une vie meilleure. GRIEPS. Consulté 7/05/2019, à l'adresse <https://www.grieps.fr/actualites-la-rehabilitation-psychosociale-espoir-d-une-vie-meilleure-300>
- SPLF, (2002). Les étapes de la démarche éducative. *Revue des maladies respiratoires*, 19(2-C2), 2S59-2S75. doi : MR-04-2002-19-2-C2-0761-8425-101019-ART13

- Sturman, E.D. & Sproule, B. A. (2003). Toward the development of a Mood Disorders Insight Scale: modification of Birchwood's Psychosis Insight Scale. *Journal of Affective Disorders*, 77(1), 21-30. [https://doi.org/10.1016/S0165-0327\(02\)00102-7](https://doi.org/10.1016/S0165-0327(02)00102-7)
- Traynard, P.-Y. (2010). Le diagnostic éducatif. Une bonne idée pour évoluer. *Médecine des maladies métaboliques*, 4(1), 31-37.
- Vazmalaei, H. A., Jolfaei, A. G., & Shabani, A. (2012). Mood disorders insight scale: Validation of Persian version. *Journal of Research in Medical Sciences: The Official Journal of Isfahan University of Medical Sciences*, 17(2), 186-189.
- Willard, D. & Gargot, T. (2018). Psychoéducation et éducation thérapeutique du patient en Psychiatrie. *Thérapies - Education thérapeutique (ETP) - Soins, accompagnements et entraide - Psycom*. Consulté 7/05/2019, à l'adresse <http://www.psycom.org/Soins-accompagnements-et-entraide/Therapies-Education-therapeutique-ETP/Psychoeducation-et-education-therapeutique-du-patient-en-Psychiatrie>
- Wong, S. R., & Fisher, G. (2015). Comparing and Using Occupation-Focused Models. *Occupational Therapy In Health Care*, 29(3), 297-315. <https://doi.org/10.3109/07380577.2015.1010130>

ANNEXES

Annexe I : Grille de passation de la MCRO.....	1
Annexe II : Grille d'entretien exploratoire	4
Annexe III : Critère du DSM-5	6
Annexe IV : Échelle de dépression d'Hamilton.....	7
Annexe V : Échelle de Young.....	15
Annexe VI : MDIS	17
Annexe VII : Le protocole.....	20

Annexe I : Grille de passation de la MCRO

LA MESURE CANADIENNE DU RENDEMENT OCCUPATIONNEL

DEUXIÈME ÉDITION

Auteurs :

Mary Law, Sue Baptiste, Anne Carswell,
Mary Ann McColl, Helene Polatajko, Nancy Pollock

La mesure canadienne du rendement occupationnel (MCRO) est une mesure individualisée conçue à l'intention des ergothérapeutes pour déceler les changements qui se produisent sur une période donnée et tels que perçus par les individus eux-mêmes concernant leurs problèmes de rendement occupationnel.

Nom du client :		
Âge :	Sexe :	ID# :
Répondant (si autre que le client) :		
Date de l'évaluation :	Date prévue de la réévaluation :	Date de la réévaluation :
Thérapeute :		
Établissement/organisme :		
Programme :		
Publié par CECOT Publications ACE	• M. Law, S. Baptiste, A. Carswell, M.A. McColl, H. Polatajko, N. Pollock	

ÉTAPE 1 : IDENTIFICATION DES PROBLÈMES DE RENDEMENT OCCUPATIONNEL	ÉTAPE 2 : ÉVALUATION DE L'IMPORTANCE
<p>Pour déterminer les problèmes, les préoccupations et les questions de rendement occupationnel, faites l'entrevue du client par des questions sur ses activités quotidiennes concernant ses soins personnels, sa productivité et ses loisirs. Demandez au client de décrire les activités quotidiennes qu'il veut réaliser, celles qu'il doit réaliser ou qu'il devrait réaliser en l'encourageant à penser à une journée type. Demandez ensuite au client, lesquelles de ces activités il n'arrive pas à réaliser actuellement à sa propre satisfaction. Consigner ces activités qui posent problème dans les étapes 1A, 1B, ou 1C.</p>	<p>À l'aide des fiches de cotation fournies, demandez au client de coter, sur une échelle de 1 à 10, l'importance qu'il accorde à chaque activité. Inscrivez les cotes dans les cases correspondantes comprises dans les étapes 1A, 1B ou 1C.</p>
<p>ÉTAPE 1 A : Soins personnels</p> <p>Soins personnels (Ex : habilage, bain, alimentation, hygiène)</p> <p>Mobilité fonctionnelle (ex : transfert à l'intérieur, à l'extérieur)</p> <p>Vie communautaire (ex : transport, amplettes, finances)</p>	<p>IMPORTANCE</p> <p><input type="text"/></p>
<p>1B : Productivité</p> <p>Travail rémunéré/non rémunéré (Ex trouver ou garder un emploi, bénévolat)</p> <p>Gestion domestique (ex : ménage, lessive, préparation des repas)</p> <p>Jeux/travail scolaire (ex : habiletés de jeu, devoirs scolaires)</p>	<p><input type="text"/></p>

1C : LOISIRS		IMPORTANCE
Loisirs tranquilles	_____	<input type="text"/>
(ex : passe temps, artisanat,	_____	<input type="text"/>
lecture)	_____	<input type="text"/>
Loisirs actifs	_____	<input type="text"/>
(ex : sports, séries, voyages	_____	<input type="text"/>
	_____	<input type="text"/>
Socialisation (ex: visites	_____	<input type="text"/>
appels téléphoniques, soirées,	_____	<input type="text"/>
correspondance)	_____	<input type="text"/>

ÉTAPES 3 & 4 : COTATION - ÉVALUATION INITIALE ET RÉÉVALUATION

Confirmer avec le client les 5 problèmes les plus importants et inscrire les ci-dessous. À l'aide des fiches de cotation, demandez au client de coter chaque problème en fonction de son rendement et de sa satisfaction, calculer ensuite les scores totaux. Les scores totaux sont calculés en additionnant ensemble les scores de tous les problèmes du rendement ou de la satisfaction, divisés ensuite par le nombre de problèmes. Au moment de la réévaluation, le client cote à nouveau chaque problème en fonction du rendement et de la satisfaction. Calculez les nouveaux scores et changez le score.

Évaluation initiale :			Réévaluation :	
PROBLÈMES DE RENDEMENT	RENDEMENT 1	SATISFACTION 1	RENDEMENT 2	SATISFACTION 2
OCCUPATIONNEL :				
1. _____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2. _____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3. _____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4. _____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5. _____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

COTATION :		RENDEMENT	SATISFACTION	RENDEMENT	SATISFACTION
Scores totaux du rendement ou de la satisfaction		SCORE 1	SCORE 1	SCORE 2	SCORE 2
Score Total =		0	0	0	0
# de Problèmes		5	5	5	5
=		<input type="text" value="0,00"/>	<input type="text" value="0,00"/>	<input type="text" value="0,00"/>	<input type="text" value="0,00"/>

CHANGEMENT DANS LE RENDEMENT = cote de rendement 2 — cote de rendement 1 =

CHANGEMENT DANS LA SATISFACTION = cote de satisfaction 2 — cote de satisfaction 1 =

Annexe II : Grille d'entretien exploratoire

- 1) Quelle est la population cible de votre programme ?
- 2) Comment avez-vous fait connaître votre programme ?
- 3) Qui vous envoie les patients ?
- 4) Quelles sont les critères d'inclusion et d'exclusion de cette population ?
Et pourquoi ?
- 5) Quelle est la durée d'un diagnostic éducatif ?
- 6) Prévoyez-vous plusieurs entrevues pour faire passer cet entretien ?
Si oui combien ?
- 7) Lors du diagnostic éducatif pour un patient, êtes-vous avec un autre professionnel ?
Si oui, quel professionnel ? Et pourquoi ce professionnel ?
- 8) Comment présentez-vous la séance au patient ?
- 9) Quelles sont les informations que vous explorez sur le patient lors du diagnostic éducatif ?
- 10) Comment s'organise la séance ?
- 11) Quel outil d'évaluation utilisez-vous ?
- 12) Quelles sont les étapes pour passer du recueil d'information auprès du patient à la négociation de ses compétences ?
- 13) Établissez-vous des objectifs qui serviront d'assise pour élaborer les compétences ?

14) Comment à partir des besoins des patients et de leurs projets, priorisez-vous et hiérarchisez-vous ses compétences ?

15) Qui fixe les compétences à acquérir ?

16) Comment procédez-vous pour inscrire le patient aux différents ateliers ?

17) Élaborez-vous un contrat éducatif avec le patient ?

Annexe III : Critère du DSM-5

- Dr Geoffroy, P-A. (2014). Troubles de l'humeur. ECN-referentiel-de-psychiatrie Psychiatrie de l'adulte. Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. Addictologie (Presses universitaires François-Rabelais, p191 et 209) France.

DSM-5

Épisode maniaque

- A. Une période nettement délimitée durant laquelle l'humeur est élevée, expansive ou irritable de façon anormale et persistante ; et une augmentation de l'énergie ou de l'activité orientée vers un but de manière anormale et persistante, pendant au moins une semaine et présent la plupart du temps, presque tous les jours (ou toute autre durée si une hospitalisation est nécessaire).
- B. Au cours de cette période de perturbation de l'humeur et d'augmentation de l'énergie ou de l'activité, 3 (ou plus) des symptômes suivants (4 si l'humeur est seulement irritable) ont persisté avec une intensité suffisante et représentent un changement marqué des conduites habituelles :
1. augmentation de l'estime de soi ou idées de grandeur.
 2. réduction du besoin de sommeil (par ex., le sujet se sent reposé après 3 heures de sommeil).
 3. plus grande communicabilité que d'habitude ou désir de parler constamment.
 4. fuite des idées ou sensations subjectives que les pensées défilent.
 5. distractibilité (par ex., l'attention est trop facilement attirée par des stimuli extérieurs sans importance ou insignifiants), rapportée ou observée.
 6. augmentation de l'activité orientée vers un but (social, professionnel, scolaire ou sexuel) ou agitation psychomotrice (i.e. activité non-orientée vers un but ou sans but).
 7. engagement excessif dans des activités agréables mais à potentiel élevé de conséquences dommageables.
- C. Les perturbations de l'humeur sont suffisamment sévères pour entraîner une altération marquée du fonctionnement ou des activités sociales ou professionnelles, ou nécessiter une hospitalisation pour prévenir un danger pour soi ou les autres, ou s'il existe des caractéristiques psychotiques.
- D. L'épisode ne doit pas être attribuable aux effets physiologiques directs d'une substance ou d'une affection médicale générale.

DSM-5

Définition de l'épisode dépressif caractérisé

A. Au moins 5 des symptômes suivants doivent avoir été présents pendant une même période d'une durée de **2 semaines** et avoir représenté un **changement par rapport à l'état antérieur** ; au moins un des symptômes est soit (1) une humeur dépressive, soit (2) une perte d'intérêt ou de plaisir.

NB : Ne pas inclure des symptômes qui sont manifestement imputables à une affection générale.

1. **Humeur dépressive** présente pratiquement toute la journée, presque tous les jours, signalée par le sujet (sentiment de tristesse ou vide) ou observée par les autres (pleurs).

* NB : éventuellement irritable chez l'enfant et l'adolescent.

2. **Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir** pour toutes ou presque toutes les activités pratiquement toute la journée, presque tous les jours.

3. **Perte ou gain de poids significatif** (5 %) en l'absence de régime, ou **diminution ou augmentation de l'appétit** tous les jours.

* NB : Chez l'enfant, prendre en compte l'absence de l'augmentation de poids attendue.

4. **Insomnie ou hypersomnie** presque tous les jours.

5. **Agitation ou ralentissement psychomoteur** presque tous les jours.

6. **Fatigue ou perte d'énergie** tous les jours.

7. **Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive** ou inappropriée (qui peut être délirante) presque tous les jours (pas seulement se faire grief ou se sentir coupable d'être malade).

8. **Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision** presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres).

9. Pensées de mort récurrentes (pas seulement une peur de mourir), **idées suicidaires** récurrentes sans plan précis ou tentative de suicide ou plan précis pour se suicider.

B. Les symptômes incluent une **détresse cliniquement significative** ou une **altération du fonctionnement social, professionnel** ou dans d'autres domaines importants.

C. Les symptômes ne sont **pas imputables aux effets physiologiques directs d'une substance** ou **d'une affection médicale générale**.

D. L'épisode ne répond pas aux critères du trouble schizoaffectif et ne se superpose pas à une schizophrénie, à un trouble schizophréniforme, à un trouble délirant ou à une autre trouble psychotique.

E. Il n'y a jamais eu d'épisode maniaque ou hypomaniaque.

Annexe IV : Échelle de dépression d'Hamilton

(GUELFI, J.D, 2010). Échelle de dépression de Hamilton.pdf. Consulté à l'adresse <http://www.departement-information-medicale.com/wp-content/uploads/2010/09/EHELLE-DE-DEPRESSION-DE-HAMILTON.pdf>

ECHELLE DE DEPRESSION DE HAMILTON

HAMD-21

Traduction française révisée par J.D. GUELFI



NOM: _____
PRENOM: _____
SEXE: AGE: ____ DATE: _____
EXAMINATEUR: _____

INSTRUCTIONS

Pour chacun des 21 items choisir la définition qui caractérise le mieux le malade et écrire dans la case la note correspondante

1 Humeur dépressive :
(tristesse, sentiment d'être sans espoir, impuissant, auto-dépréciation).

0. Absent.

1. Ces états affectifs ne sont signalés que si l'on interroge le sujet.
2. Ces états affectifs sont signalés verbalement spontanément.
3. Le sujet communique ces états affectifs non verbalement ; par ex. par son expression faciale, son attitude, sa voix et sa tendance à pleurer.
4. Le sujet ne communique PRATIQUEMENT QUE ces états affectifs dans ses communications spontanées verbales et non verbales.

2 Sentiments de culpabilité :

0. Absent.

1. S'adresse des reproches à lui-même, a l'impression qu'il a causé un

préjudice à des gens.

2. Idées de culpabilité ou ruminations sur des erreurs passées ou sur des actions condamnables.

3. La maladie actuelle est une punition. Idées délirantes de culpabilité.

4. Entend des voix qui l'accusent ou le dénoncent et/ou a des hallucinations visuelles menaçantes.

3 Suicide :



0. Absent.

1. A l'impression que la vie ne vaut pas la peine d'être vécue.

2. Souhaite être mort ou équivalent : toute pensée de mort possible dirigée contre lui-même.

3. Idées ou geste de suicide.

4. Tentatives de suicide (coter 4 toute tentative sérieuse).

4 Insomnie du début de la nuit :



0. Pas de difficulté à s'endormir.

1. Se plaint de difficultés éventuelles à s'endormir ; par ex. de mettre plus d'une demi-heure.

2. Se plaint d'avoir chaque soir des difficultés à s'endormir.

5 Insomnie du milieu de la nuit :



0. Pas de difficulté.

1. Le malade se plaint d'être agité et troublé pendant la nuit.

2. Il se réveille pendant la nuit (coter 2 toutes les fois où le malade se lève du lit sauf si c'est pour uriner).

6 Insomnie du matin :



0. Pas de difficulté.

1. Se réveille de très bonne heure le matin mais se rendort.

2. Incapable de se rendormir s'il se lève.

7 Travail et activités :



0. Pas de difficulté.

1. Pensées et sentiments d'incapacité, fatigue ou faiblesse se rapportant à des activités professionnelles ou de détente.

2. Perte d'intérêt pour les activités professionnelles ou de détente - ou bien décrite directement par le malade, ou indirectement par son apathie, son indécision et ses hésitations (il a l'impression qu'il doit se forcer pour travailler ou pour avoir une activité quelconque).

3. Diminution du temps d'activité ou diminution de la productivité. A l'hôpital : coter 3 si le malade ne passe pas au moins 3 heures par jour à des activités - aides aux infirmières ou thérapie occupationnelle (à l'exclusion des tâches de routine de la salle).

4. A arrêté son travail en raison de sa maladie actuelle. A l'hôpital, coter 4 si le malade n'a aucune autre activité que les tâches de routine de salle, ou s'il est incapable d'exécuter ces tâches de routine sans être aidé.

8 Ralentissement :



(lenteur de la pensée et du langage ; baisse de la faculté de concentration ; baisse de l'activité motrice).

0. Langage et pensée normaux.

1. Léger ralentissement à l'entretien.

2. Ralentissement manifeste à l'entretien.

3. Entretien difficile.

4. Stupeur.

9 Agitation :



0. Aucune.

1. Crispations, secousses musculaires.

2. Joue avec ses mains, ses cheveux, etc.

3. Bouge, ne peut rester assis tranquille.

4. Se tord les mains, ronges ses ongles, arrache ses cheveux, se mord les lèvres.

10 Anxiété psychique :



0. Aucun trouble.

1. Tension subjective et irritabilité.

2. Se fait du souci à propos de problèmes mineurs.

3. Attitude inquiète, apparente dans l'expression faciale et le langage.

4. Peurs exprimées sans qu'on pose de questions.

11 Anxiété somatique :



Concomitants physiques de l'anxiété tels que :

Gastro-intestinaux (bouche sèche, troubles digestifs, diarrhée, coliques, éructations),

Cardiovasculaires (palpitations, céphalées),

Respiratoires (hyperventilation, soupirs),

Pollakiurie

Transpiration

0. Absente.

1. Discrète.

2. Moyenne.
3. Grave.
4. Frappant le sujet d'incapacité fonctionnelle.

12 Symptômes somatiques gastro-intestinaux :

0. Aucun.

1. Perte d'appétit, mais mange sans y être poussé par les infirmières.
Sentiment de lourdeur abdominale.

2. A des difficultés à manger en l'absence d'incitations du personnel.
Demande ou a besoin de laxatifs, de médicaments intestinaux ou gastriques.

13 Symptômes somatiques généraux :

0. Aucun.

1. Lourdeur dans les membres, dans le dos ou la tête. Douleurs dans le dos,
céphalées, douleurs musculaires. Perte d'énergie et fatigabilité.

2. Coter 2 au cas où n'importe quel symptôme est net.

14 Symptômes génitaux : symptômes tels que : perte de libido, troubles menstruels.

0. Absents.

1. Légers.

2. Graves.

15 Hypochondrie :

0. Absente.

1. Attention concentrée sur son propre corps.
2. Préoccupations sur sa santé.
3. Plaintes fréquentes, demandes d'aide, etc.
4. Idées délirantes hypochondriques.

16 Perte de poids : (coter soit A, soit B)

A. (D'après les dires du malade).

0. Pas de perte de poids.
1. Perte de poids probable liée à la maladie actuelle.
2. Perte de poids certaine (suivant ce que dit le sujet).

B. (Appréciation par pesées hebdomadaires par le personnel soignant lorsque des modifications actuelles de poids sont évaluées).

0. Moins de 500 g de perte de poids par semaine.
1. Plus de 500 g de perte de poids par semaine.
2. Plus de 1 Kg de perte de poids par semaine.

17 Prise de conscience :

0. Reconnaît qu'il est déprimé et malade.
1. Reconnaît qu'il est malade, mais l'attribue à la nourriture, au climat, au surmenage, à un virus, à un besoin de repos, ect.
2. Nie qu'il est malade.

Total des 17 premiers items

18 Variations dans la journée :



A. Noter si les symptômes sont plus marqués dans la matinée ou la soirée. S'il N'Y A PAS de variations diurnes, indiquer : aucune.

...Aucune ; ...Plus marqués le matin ; ...Plus marqués l'après-midi.

B. Quand il y a variation diurne, indiquer la sévérité de la variation. Indiquer "Aucune" s'il n'y a pas de variation.

0. Aucune.

1. Légère.

2. Importante.

Inscrire dans la case la note de l'item 18 B.

19 Dépersonnalisation et déréalisation :



(par ex. sentiment que le monde n'est pas réel ; idées de négation).

0. Absente.

1. Légère.

2. Moyenne.

3. Grave.

4. Entraînant une incapacité fonctionnelle.

20 Symptômes délirants : (persécutifs)



0. Aucun.

1. Soupçonneux.

2. Idées de référence.

3. Idées délirantes de référence et de persécution.

21 Symptômes obsessionnels et compulsifs :



0. Absents.

1. Légers.

2. Graves.



Annexe V : Échelle de Young

(Young, R.C, Biggs, J.T, Ziegler, V.E & Meyer, D.A. (1978). Echelle d'évaluation de la manie de Young (YMRS). *Br. J. Psychiatry*, 133, 429-435)

ÉCHELLE D'ÉVALUATION DE LA MANIE DE YOUNG (YMRS)

INSTRUCTIONS POUR LA COTATION DES ITEMS

Chaque item vise à évaluer la gravité d'une anomalie particulière chez le patient. Lorsque plusieurs descriptions sont proposées pour un degré donné de gravité, il suffit qu'une seule soit présente pour que le score soit attribué. Les descriptions sont proposées à titre indicatif. On peut ne pas en tenir compte si cela s'avérait nécessaire pour indiquer la gravité, mais ce devrait être l'exception plutôt que la règle. Il est possible d'attribuer une cote intermédiaire entre les valeurs proposées (points entiers ou demi-points), et cette démarche est même conseillée une fois que l'évaluateur a acquis suffisamment d'expérience avec l'échelle. Cela est particulièrement utile lorsque la gravité d'un item chez un patient n'évolue pas selon les descriptions.

Choisir **un** des énoncés présentés ci-dessous en inscrivant le chiffre correspondant dans la case adjacente.

1. HUMEUR EUPHORIQUE

- 0 - Absente
- 1 - Légèrement ou peut-être accrue à l'interrogatoire
- 2 - Nette exaltation subjective; optimiste, assuré, de bonne humeur; humeur appropriée au contenu
- 3 - Humeur exaltée, non appropriée au contenu; humeur joyeuse
- 4 - Euphorique; rire inapproprié; chanté

2. ACCROISSEMENT DE L'ACTIVITÉ MOTRICE

- 0 - Absent
- 1 - Augmentation subjective
- 2 - Animé; augmentation des gestes
- 3 - Énergie excessive; parfois hyperactif; agité (peut être calmé)
- 4 - Excitation motrice; hyperactivité permanente (ne peut être calmé)

3. INTÉRÊT POUR LA SEXUALITÉ

- 0 - Normal; non augmenté
- 1 - Légèrement ou peut-être augmenté
- 2 - Nette augmentation subjective à l'interrogatoire
- 3 - Contenu sexuel spontané; élabore sur des sujets sexuels; se déclare hypersexualisé
- 4 - Gestes sexuels explicites (envers des patients, le personnel, l'évaluateur)

4. SOMMEIL

- 0 - Ne signale aucune diminution du sommeil
- 1 - Dort jusqu'à une heure de moins que la normale
- 2 - Dort plus d'une heure de moins que la normale
- 3 - Signale un besoin réduit de sommeil
- 4 - Nie avoir besoin de sommeil

5. IRRITABILITÉ

- 0 - Absente
- 2 - Subjectivement augmentée
- 4 - Parfois irritable pendant l'entrevue; épisodes récents de colère ou de nuisance dans le service
- 6 - Fréquemment irritable pendant l'entrevue; brusque, cassant pendant toute l'entrevue
- 8 - Hostile, non coopératif; entrevue impossible

DISCOURS (Débit et quantité)

- 0 - Aucune augmentation
 - 2 - D'humeur bavarde
 - 4 - Hausse occasionnelle du débit ou de la quantité, parfois verbeux
 - 6 - Pousse; débit et quantité systématiquement accrus; difficile à interrompre
 - 8 - Pressé; impossible à interrompre, discours ininterrompu
-

7. TROUBLE DU LANGAGE OU DE LA PENSÉE

- 0 - Absent
 - 1 - Pensées diffuses; légère distractibilité; vivacité d'esprit
 - 2 - Facilement distrait; perd le fil de ses idées; change souvent de sujet; pensées qui défilent
 - 3 - Fuite des idées; pensée tangentielle; difficile à suivre; rimes, écholalie
 - 4 - Incohérent; communication impossible
-

8. CONTENU

- 0 - Normal
 - 2 - Plans discutables, nouveaux intérêts
 - 4 - Projets spéciaux; excessivement religieux
 - 6 - Idées de grandeur ou paranoïa; idées de persécution
 - 8 - Délire; hallucinations
-

9. COMPORTEMENT PERTURBATEUR OU AGRESSIF

- 0 - Absent; coopère
 - 2 - Sarcastique; parfois virulent, réservé
 - 4 - Exigeant; fait des menaces dans le service
 - 6 - Menace l'évaluateur; crie; entrevue difficile
 - 8 - Violent; destructeur; entrevue impossible
-

10. APPARENCE

- 0 - Tenue et apparence appropriées
 - 1 - Légèrement débraillé
 - 2 - Toilette laissant à désirer; modérément débraillé; tenue trop recherchée
 - 3 - Débraillé; partiellement habillé; maquillage voyant
 - 4 - Tenue tout à fait débraillée; décorations; accoutrement bizarre
-

11. LUCIDITÉ

- 0 - Présente; reconnaît sa maladie; reconnaît la nécessité d'un traitement
- 1 - Reconnait qu'il peut être malade
- 2 - Reconnait le changement de comportement, mais nie la maladie
- 3 - Reconnait qu'il y a peut-être un changement de comportement, mais nie la maladie
- 4 - Nie tout changement de comportement

**Annexe VI : échelle évaluation de l'insight :
Mood Disorder Insight Scale (MDIS)**

((MORIANO, C, 2014, p.202). *Cognitions sociales dans les troubles bipolaires avec comorbidité addictive*. (Thèse de doctorat en médecine, Université de Nice Sophia Antipolis, Nice). Repéré à l'adresse <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01067229/document>).

Annexe 4 - Mood Disorder Insight Scale (MDIS) - Sturman 2003

MDIS Echelle d'évaluation de l'insight dans les troubles de l'humeur

	D'accord	Ne sait pas	Pas d'accord
1. Je me sens bien mentalement.	-	-	□ 2
1a. Si D'accord ou Ne sait pas : je me suis toujours senti bien mentalement.	□ 0	□ 0,5	□ 2
2. Je présente des symptômes ou des problèmes en rapport avec l'humeur.	□ 2	-	-
2a. Si Pas d'accord ou Ne sait pas : j'ai présenté des symptômes ou des problèmes en rapport avec l'humeur.	□ 2	□ 0,5	□ 0 passer à 5
3. Certains de mes symptômes ou problèmes liés à l'humeur sont en rapport avec la façon dont mon cerveau fonctionne.	□ 2	□ 1	□ 0
4. Mes symptômes ou problèmes d'humeur sont dus à un trouble de la santé mentale.	□ 2	□ 1	□ 0
5. Avez-vous déjà vécu des expériences inhabituelles ? (par ex. entendre des voix, hallucinations, idées délirantes, idées de persécution, de grandeur) Si NON, passez 5a.	- si confirmé, ne pas coter 5a - si non confirmé par médecin, coter 0 à 5a		
5a. Si OUI : Les situations inhabituelles que je vis, ou que j'ai vécues sont dues à un trouble de la santé mentale.	□ 2	□ 1	□ 0
6. J'ai besoin d'être suivi par un psychiatre (ou un généraliste) pour mes troubles de l'humeur.	□ 2	-	-
6a. Si Pas d'accord ou Ne sait pas : Il y a eu une période où j'avais besoin d'être suivi par un psychiatre (ou un généraliste) pour mes troubles de l'humeur.	□ 1	□ 0,5	□ 0

	D'accord	Ne sait pas	Pas d'accord
7. J'ai besoin d'un traitement médicamenteux pour m'aider (pour mon trouble de l'humeur).	<input type="checkbox"/> 2	-	-
7a. Si Pas d'accord ou Ne sait pas : Il y a eu une période où j'avais besoin d'un traitement médicamenteux pour m'aider (pour mon trouble de l'humeur).	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0,5	<input type="checkbox"/> 0
8. Avez-vous déjà été hospitalisé (pour ces symptômes ou problèmes liés à l'humeur) ?			
NON-passez 8a			
8a. Si OUI : Mon hospitalisation est/était nécessaire.	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0

Sous-groupes	Items n°	Score maxi du sous-groupe
Prise de conscience des symptômes	1, 2	4
Attribution	3, 4, (5a)	4 (ou 6 ajusté à 4)
Nécessité du traitement	6, 7, (8a)	4 (ou 6 ajusté à 4)
TOTAL sur 12		
(les items entre parenthèses indiquent qu'ils ne sont pas applicables à tous les patients)		

Annexe VII : Le protocole

*Guide de passation pour utiliser la
MCRO au sein du diagnostic éducatif,
pour des patients bipolaires*

Sommaire

1. Les participants de l'étude	22
2. Recrutement de la population	23
3. Déroulement de l'étude.....	23
1 ^{ère} Étape : Introduction de l'entretien.....	24
2 ^{ème} Étape : Recueil d'informations	28
3 ^{ème} Étape : Synthèse de l'entretien	30
4 ^{ème} Étape : Élaboration des objectifs	31
5 ^{ème} Étape : Élaboration des compétences et inscription du patient au programme pour les deux groupes	32
6 ^{ème} Étape : Clôture de l'entretien pour les deux groupes	32
Annexes	

1. Les participants de l'étude

Dix personnes seront recrutées pour participer à l'expérimentation. La population ciblée concerne des personnes adultes (âgée de plus de 18 ans) diagnostiquées comme ayant un trouble bipolaire en phase euthymique, avec un niveau insight supérieur à 7.

CRITERE D INCLUSION		
Age	Adultes à partir de 18 ans	
sexe	Hommes et Femmes	
Diagnostic et stade de la maladie	Diagnostiqué comme ayant un trouble bipolaire selon le DSMV ,	Bilan du psychiatre
Stade de la maladie	En phase euthymique	Echelles De dépression de Hamilton Et de manie de Young Corrélées avec L'observation clinique du psychiatre
Niveau insight	Conscient de ses difficultés et d'avoir besoin d'une prise en charge	Mood Disorder Insight Scale Avec un score supérieur à 7, corrélé Avec L'observation clinique Du psychiatre
Langages et communication	Parler et comprendre le français	
Consentement	Recueillir l'accord des participants	Feuille de consentement

CRITERES D EXCLUSION		
Age	Enfants	
Diagnostics différentiels	-Infections médicales générales pouvant être apparentées à des symptômes du trouble bipolaire -Diagnostics différentiels psychiatriques du trouble bipolaire: Trouble dépressif unipolaire TDAH (Trouble Déficient de l'Attention avec ou sans Hyperactivité) Trouble de la personnalité Schizophrénie Trouble obsessionnel compulsif État anxieux Troubles délirants persistants	Bilan du psychiatre
Stade de la maladie	en phase aigue	
Insight	score inférieur à 7	MDIS corrélé Avec l'observation clinique du psychiatre

2. Recrutement de la population

La présentation et l'objectif de l'étude sont envoyés aux médecins psychiatres du secteur par courrier (annexe 2).

Après avoir reçu l'intitulé de l'étude, les psychiatres sélectionnent parmi leur patientèle, les personnes faisant partie des critères d'inclusion du protocole.

Ensuite, ils leur proposent un rendez-vous afin de réaliser l'entretien médical initial.

La liste des personnes intéressées est adressée à l'ergothérapeute qui pourra procéder à la constitution des groupes témoins et expérimentaux.

3. Déroulement de l'étude

Cadre de l'étude :

- Lieu : dans un centre expert. Dans une salle calme et lumineuse
- Durée : 1h30 pour le groupe expérimental et 1h05 pour le groupe témoin.
- Nombre de personne : entretien en individuel
- Nombre d'animateur : un ergothérapeute d'un centre expert ayant reçu la formation ETP de 40h minimum et utilisant la MCRO dans sa pratique.
- Nombre de séance : 1 seul entretien

Principe d'accompagnement du thérapeute :

- Se montrer authentique
- Être empathique
- Respecter les principes de l'écoute active
- Poser un regard positif inconditionnel
- Avoir une attitude bienveillante et rassurante
- Faciliter l'expression du patient
- Placer le patient en tant qu'acteur
- Adapter le discours au patient
- Expliquer au patient la démarche et l'outil utilisés en s'assurant de sa bonne compréhension

La structure de l'entretien :

- Introduction de l'entretien
- Recueil d'information du patient
- Synthèse de l'entretien
- Établissement des objectifs thérapeutiques
- Établissement des compétences et inscription du patient dans le programme
- Clôture de l'entretien

1^{ère} Étape : Introduction de l'entretien

- Durée : 5 minutes

a) Présentation du thérapeute :

« Bonjour, je m'appelle ... je suis ergothérapeute.

Pouvez-vous me donner votre nom ?

Connaissez-vous l'ergothérapie ?

L'ergothérapeute est un professionnel de santé qui vise à favoriser votre autonomie dans votre quotidien.

Vous avez accepté la proposition de votre médecin psychiatre de participer à une expérimentation que je vous détaillerai par la suite ».

b) Présentation de l'étude :

« J'expérimente un protocole élaboré par une étudiante en 3^{ème} année d'ergothérapie dans le cadre d'un travail de fin d'étude.

Vous avez été sélectionné pour participer à cette étude. Elle s'inscrit dans le cadre d'un programme d'éducation thérapeutique destiné aux patients présentant des troubles bipolaires. »

c) Explication des termes de l'étude :

« Tout d'abord connaissez-vous l'éducation thérapeutique ?

Nous vous proposons un programme qui s'inscrit dans le cadre de l'éducation thérapeutique. Comme tout programme d'éducation thérapeutique, celui que nous vous proposons, est un accompagnement psychoéducatif vous permettant d'acquérir des compétences. Ces dernières sont un ensemble de savoir, savoir faire et savoir être nécessaire pour vous donner toutes les clés dont vous avez besoin afin que vous puissiez surmonter votre maladie au quotidien.

L'éducation thérapeutique est sous forme de programme structuré en différentes séances.

La participation au programme débute par un entretien (appelé diagnostic éducatif) afin de recueillir des informations vous concernant : vos représentations et connaissances de votre maladie, les répercussions qu'elle entraîne dans votre quotidien et les moyens que vous mettez en place pour la gérer au quotidien.

La synthèse de cet entretien permet d'aboutir à la négociation des compétences qui vous seront nécessaires pour que vous puissiez vous inscrire dans les différents ateliers du programme ».

- **Pour le groupe expérimental, explication de la MCRO :**

« En ergothérapie nous avons un outil qui peut être utilisé en amont des séances, afin d'identifier puis mesurer les difficultés que vous rencontrez dans vos activités quotidiennes.

Cet outil nous aide, d'une part à connaître les difficultés que vous jugez importantes à traiter, et d'autre part à établir ensemble des objectifs thérapeutiques pour y répondre ».

d) Explication du but et de l'objectif de l'étude :

- **Pour le groupe expérimental :**

« Je cherche à travers cette étude, à mesurer l'intérêt d'utiliser la MCRO dans la synthèse du diagnostic éducatif.

Plus spécifiquement, j'évalue si l'utilisation de la MCRO vous aide à établir des compétences au plus proche de vos besoins, à partir des objectifs thérapeutiques que nous aurions définis ensemble. Le but étant que le programme vous soit personnalisé ».

- **Pour le groupe témoin :**

« Au travers cette étude, nous cherchons à évaluer si la synthèse de l'entretien vous aide à établir des compétences au plus proche de vos besoins. Le but étant que le programme soit personnalisé ».

e) Explication de la structure de l'entretien :

- **Pour le groupe expérimental :**

« L'entretien sera divisé en différents temps : Nous le débuterons par un échange pour connaître les connaissances que vous avez de votre maladie, la représentation que vous vous en faites, la manière dont vous la gérez. Nous nous intéresserons aussi à vos besoins et attentes particulières.

Ensuite je vous présenterai plus en détail l'outil MCRO lors de la synthèse de cet entretien.

Enfin, à partir des objectifs définis, nous négocierons ensemble des compétences.

En parallèle, je vous présenterai les différents ateliers qui vous permettront d'y répondre, pour que vous puissiez ensuite vous y inscrire.

A la fin, je vous donnerai un questionnaire à me remettre ».

- **Pour le groupe témoin :**

« L'entretien sera divisé en différents temps : Nous le débuterons par un échange pour connaître les connaissances que vous avez de votre maladie, la représentation que vous vous en faites, la manière dont vous la gérez. Nous nous intéresserons aussi à vos besoins et attentes particulières.

Ensuite, à partir des éléments de la synthèse de l'entretien, nous négocierons ensemble des compétences.

En parallèle, je vous présenterai les différents ateliers qui vous permettront d'y répondre, pour que vous puissiez ensuite vous y inscrire.

A la fin, je vous donnerai un questionnaire à me remettre ».

f) Formulaire de consentement :

« Votre participation à cette expérimentation est libre, vous avez le droit de refuser ou d'interrompre l'étude à tout moment. Toutes les données recueillies sont anonymes, qu'il s'agisse du contenu de l'entretien ou des réponses au questionnaire à l'issue de l'étude.

Si vous souhaitez participer à cette expérimentation, nous vous demandons de bien remplir et signer le formulaire de consentement » (annexe 4).

2^{ème} Étape : Recueil d'informations

- Durée : 45 min

- (Qu'est-ce qu'il a ?)
 - Votre psychiatre vous a t'il présenté le programme ?
 - Comment définiriez-vous votre relation avec votre psychiatre ?
 - Depuis quand êtes-vous diagnostiqué?
 - Depuis quand êtes-vous suivi ?
 - A quand remonte votre premier épisode ?
 - A quand remonte le dernier épisode thymique ?
 - Quel a été l'élément déclencheur ?
 - Combien avez-vous eu d'épisodes thymiques dans les 6 derniers mois ?
 - Parmi ces épisodes, combien ont nécessité une hospitalisation ?
 - Combien de temps a duré l'hospitalisation ?

- (Que sait-il ?)
 - Qu'est-ce que pour vous le trouble bipolaire ?
 - Quels sont les traitements que vous prenez en ce moment ?
 - Comprenez-vous l'intérêt de prendre votre traitement ?
 - Ressentez-vous des effets secondaires à votre traitement ?

- (Qui est-elle ?)
 - Comment vous sentez vous aujourd'hui ?
 - Y a-t-il des choses qui vous préoccupent ?

- Qu'est-ce qui vous préoccupe ?
- Avez-vous vécu des événements difficiles et comment vous les avez surmontés ?
- Quelle est votre situation familiale ?
- Quelles sont vos relations avec votre entourage ?
- Comment votre entourage réagit-il face à votre maladie ?
- Vos relations avec vos proches ont-elles changé depuis l'annonce du diagnostic ?
- Qu'en est-il de vos relations amicales ? Ont-elles changé depuis l'annonce du diagnostic ?
- (Que fait-il ?)
 - Travaillez-vous ?
 - Quelle formation avez-vous ?
 - Quels sont vos loisirs ?
 - Quelles sont les tâches que vous réalisez au quotidien ?
 - Quelles sont les répercussions de vos troubles dans vos activités de vie quotidienne ?
 - Comment gérez-vous votre maladie au quotidien ?
- (Quels sont ses projets ?)
 - Qu'attendez-vous de ce programme ?
 - Quels sont vos projets ?
 - Avez-vous des souhaits particuliers ?

3^{ème} Étape : Synthèse de l'entretien

- **Pour le groupe expérimental :**

- *Durée : 30 minutes*

« Je vous présente l'outil MCRO, comme je vous l'ai présenté tout à l'heure ; il me permet de faire une synthèse des difficultés que vous rencontrez dans vos activités de la vie quotidienne. Il se réalise en plusieurs étapes, tout d'abord... »

Première étape de la passation de la MCRO: identification des difficultés occupationnelles de la personne

« Parmi l'ensemble de vos activités, quelles sont celles qui vous posent problème. On entend par activités problématiques, celles que vous devez ou aimez réaliser, mais que vous ne parvenez pas à réaliser ou pas de manière satisfaisante ».

Deuxième étape de la passation de la MCRO : Cotation des difficultés en terme d'importance

« Sur une échelle de 1 à 10, dans quelle mesure est-il important pour vous d'être capable d'exécuter cette activité ? (1 correspond à pas important du tout et 10 extrêmement important) » (MARY LAW, SUE BAPTISTE et All, 2014).

Troisième étape de la passation de la MCRO : Priorisation des difficultés

« Parmi les difficultés que vous m'aviez citées, pouvez-vous en sélectionner cinq qui, selon vous sont les plus urgentes à traiter ».

Quatrième étape : cotation des difficultés sélectionnées en terme de rendement et de satisfaction

« Si on reprend votre première difficulté sélectionnée, sur une échelle de 1 à 10 Comment coteriez-vous la façon dont vous accomplissez cette activité actuellement ? (1 correspond à incapable d'exécuter l'activité et 10 à capable d'exécuter parfaitement l'activité) » (MARY LAW, SUE BAPTISTE et All, 2014).

« Dans quelle mesure êtes-vous satisfait de la façon dont vous exécutez cette activité actuellement ? (1 pas satisfait du tout et 10 extrêmement satisfait) » (MARY LAW, SUE BAPTISTE et All, 2014).

- **Pour le groupe témoin:**

- Durée : 5 minutes

« Si je reprends ce que vous m'avez-dit... »

4^{ème} Étape : Élaboration des objectifs

- Durée : 5 minutes

- **Pour le groupe expérimental :**

« Ce qui ressort des résultats de la MCRO c'est que vous exprimez des difficultés dans tel domaine....pour telle activité... vous ne vous sentez pas performant et vous aimeriez vous améliorer. Par rapport à ce que vous me dites vous aimeriez travailler... »

- **Pour le groupe témoin :**

« Vous aimeriez... » (verbe action).

5^{ème} Étape : Élaboration des compétences et inscription du patient au programme pour les deux groupes

- durée : 5 minutes

« Notre programme présente un atelier... il permet d'acquérir tel compétence, par rapport à ce que vous me dites, cela peut être intéressant que vous y participiez... Qu'en pensez-vous ? »

6^{ème} Étape : Clôture de l'entretien pour les deux groupes

- durée :1 minute

« Avez-vous d'autre chose à ajouter ?

Avez-vous des questions ?

Merci pour votre participation, je vous laisse le questionnaire à remplir et à me transmettre ».

Annexes du protocole

Annexe 1: Lettre dédiée à l'ergothérapeute du centre expert.....	34
Annexe 2 : Lettre à l'intention des médecins psychiatres libéraux.....	35
Annexe 3 : Auto-questionnaire transmis aux patients	36
Annexe 4 : Formulaire du consentement des patients	37

Annexe 1: Lettre dédiée à l'ergothérapeute du centre expert

Madame, Monsieur,

Je suis actuellement en troisième année d'école d'ergothérapie et réalise un mémoire de fin d'étude sur l'éducation thérapeutique chez les patients diagnostiqués bipolaires.

L'étude se limite à la phase du diagnostic éducatif du patient en phase euthymique. L'objectif de l'étude est de vérifier l'intérêt de l'outil MCRO lors du diagnostic éducatif, afin d'élaborer avec le patient des compétences pertinentes. Le but étant que le patient intègre un programme personnalisé.

Pour répondre à ma problématique, j'ai créé un protocole. J'aimerais vous rencontrer pour vous le présenter afin que vous puissiez réaliser la passation.

J'ai choisi de me rapprocher d'un centre expert bipolaire pour mettre en œuvre le protocole, car vous animez des programmes d'éducation thérapeutique pour cette population. De plus, je fais appel à vos connaissances sur l'outil MCRO pour appliquer cette expérimentation.

En espérant, que cette étude vous intéresse, je me tiens à votre disposition pour vous présenter plus en détail ce guide de passation.

Je vous laisse mes coordonnées pour me contacter XXXXXXXX

Veillez agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes salutations distinguées.

Annexe 2 : Lettre à l'intention des médecins psychiatres libéraux

Madame, Monsieur,

Dans le cadre d'un travail de fin d'étude en ergothérapie, j'ai fait appel à l'ergothérapeute du centre expert X. Ce professionnel réalisera une expérimentation à partir d'un protocole que j'ai créé. Cette étude se place dans le cadre de l'éducation thérapeutique pour les patients bipolaires.

Cette expérimentation se limite à la phase du diagnostic éducatif du patient. A cette étape de l'entretien initial avec le patient, l'expérimentation vise à évaluer l'intérêt d'utiliser un outil développé en ergothérapie : la MCRO (Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel). Cet outil permet de cibler les difficultés que la personne rencontre dans l'ensemble de ses activités.

Pour réaliser cette étude, dix personnes souffrant de troubles bipolaires et ayant un diagnostic de posé seront recrutées. De plus, il est important que ces patients soient en phase en euthymique pour participer à l'étude.

L'expérimentation se réalise dans le centre expert x, sur une séance de 1h30 environ.

Je m'appuie sur votre rôle pour que vous puissiez proposer ce projet aux patients concernés.

Bien évidemment, les participants seront libres d'assister ou non à l'expérimentation.

Je reste à votre disposition pour plus d'informations et pour me communiquer la liste des patients intéressés par cette étude.

Vous pouvez me contacter au XXXXXXXX

Veuillez agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes salutations distinguées.

Annexe 3 : Auto-questionnaire transmis aux patients

	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Pas d'avis	Plutôt en désaccord	Tout à fait en désaccord
La synthèse a permis de hiérarchiser mes difficultés					
Qu'est-ce qui vous a aidé à les hiérarchiser ?					
Mes objectifs répondent à mes besoins prioritaires.					
Les compétences établies sont en adéquations avec mes objectifs définis à l'issue de la synthèse					
Les compétences établies sont en corrélation avec mes besoins prioritaires					
Si oui pourquoi ?					

Annexe 4 : Formulaire du consentement des patients

Nom du participant :

Prénom du participant :

Présentation du projet :

Actuellement des programmes en éducation thérapeutique existent pour les patients bipolaires. Cependant peu de thérapeutes utilisent la MCRO (mesure canadienne du rendement occupationnel) lors du premier entretien avec la personne. Or, cet outil permet de recueillir ses problématiques principales.

Ainsi, cette étude vise à évaluer l'intérêt de l'utiliser lors de l'entrevue initiale avec la personne.

Droit à la confidentialité :

Si vous participez à cette expérimentation, vous assisterez au diagnostic éducatif.

Ce dernier dure environ 1h30. A son issue un questionnaire vous sera transmis afin de recueillir votre opinion.

Les données recueillies issues du questionnaire, seront anonymisées. Elles seront exploitées uniquement dans le cadre de l'étude, pour répondre à la problématique de départ et resteront confidentielles.

Droits de se retirer de l'étude :

La participation à cette expérimentation est libre, vous avez le droit de refuser ou d'interrompre l'étude à tout moment.

Consentement à la participation :

Après avoir reçu les informations orales et écrites, vous certifiez pouvoir réaliser un choix éclairé concernant votre participation à cette étude.

Par conséquent, je soussigné(e), avoir lu et compris les informations nécessaires à mon choix éclairé, et accepte de participer à cette étude.

Fait le,

Signature du participant

signature de l'ergothérapeute

Outil MCRO et diagnostic éducatif : Accompagnement des patients bipolaires, dans un programme d'éducation thérapeutique

Girard Adèle

La crainte d'une nouvelle rechute chez des patients bipolaires est une problématique récurrente. Les programmes d'éducation thérapeutique permettent d'acquérir des compétences spécifiques. Ces dernières sont des clés permettant d'éviter la rechute. Elles sont élaborées lors du diagnostic éducatif (entretien initial) avec le patient. Pour mettre en avant la plus-value de l'ergothérapie au sein du diagnostic éducatif, l'outil MCRO peut être pertinent. L'étude vise alors à vérifier l'intérêt d'utiliser cette mesure au sein du diagnostic éducatif, afin d'élaborer des compétences pertinentes. Pour répondre à cette problématique, nous avons élaboré un protocole auprès de dix patients bipolaires, répartis en deux groupes. La passation de ce protocole permettra de répondre à cette question et de promouvoir l'ergothérapie. Mots clés: Ergothérapeute, MCRO, Education Thérapeutique, Diagnostic Educatif, Troubles Bipolaires, Compétences.

MCRO tool and educational diagnosis :Accompaniment of bipolar patients in a therapeutic education program

Abstract: The fear about a new relapse with the bipolar patient is a recurrent problem. The therapeutic education programs allow to acquire specific skills. These are solutions which allow to avoid the relapse. They are implemented during the educational diagnosis (initial interview) with the patient. To highlight the occupational therapist added value in the educational diagnosis, the MCRO tool can be pertinent. Consequently, the study aim to confirm the interest to use this means in the educational diagnosis, in order to devise relevant skills. To answer this problematic, to create a protocol with ten bipolar patients, divided into two groups. The execution of this procedure will allow to answer this question and to promote the occupational therapist. Keywords : Occupational Therapist, MCRO, Therapeutic Education, Educational Diagnosis, Bipolar Disorder, Skills.