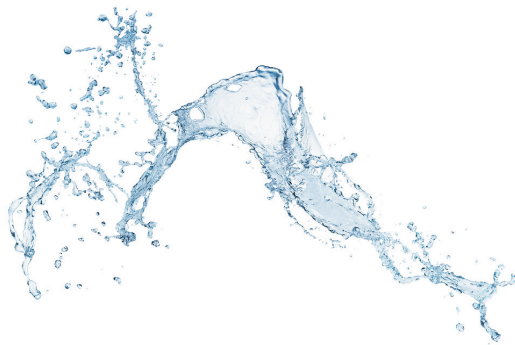


Le modèle Kawa :
Une source d'évaluation dans l'accompagnement de
personnes bipolaires ?



Mémoire d'initiation à la recherche en vue de l'obtention du diplôme d'Etat en
ergothérapie

Sous la direction de Geneviève LEGAULT

Juin 2019

ENGAGEMENT SUR L'HONNEUR

L'arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'Etat d'ergothérapeute précise que l'Unité d'intégration UE 6.5 Semestre 6 intitulée « Evaluation de la pratique professionnelle et recherche » a pour modalité d'évaluation un mémoire d'initiation à la recherche : écrit et argumentation orale.

L'étudiant(e) réalise, après utilisation du traitement de textes, un mémoire d'au moins 40 pages, hors annexes.

Ce mémoire doit permettre à l'étudiant(e) de montrer ses capacités à utiliser des outils d'expertise et de recherche, ainsi que ses capacités à synthétiser et rendre compte des résultats de son travail.

Le mémoire peut être :

- un travail de recherche fondamentale relatif à la pratique de l'ergothérapie.
- un travail de recherche appliquée à partir de l'observation d'un ou plusieurs cas cliniques.

L'étudiant(e) est aidé(e) dans sa recherche et dans son travail d'écriture par un maître de mémoire.

Le sujet et le maître de mémoire sont choisis par l'étudiant(e) en accord avec le directeur de l'institut.

Je soussignée, **BARBE Alice**, étudiant(e) en 3^{ème} année en institut de formation en ergothérapie, m'engage sur l'honneur à mener ce travail écrit dans les règles édictées.

Je reconnais avoir été informé(e) des sanctions et des risques de poursuites pénales qui pourraient être engagées à mon encontre en cas de fraude, et/ou de plagiat avéré.

A Créteil, le 28/05/19

Signature : Alice Barbé

NOTE AUX LECTEURS

« Ce mémoire est réalisé dans le cadre d'une scolarité. Il ne peut faire l'objet d'une publication que sous la responsabilité de son auteur et de l'Institut de Formation concerné. »

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier toutes les personnes qui m'ont accompagnée de près ou de loin dans la production de ce mémoire, et plus particulièrement :

- Ma maître de mémoire, Geneviève Legault, pour son suivi tout au long de ce projet, sa disponibilité, son soutien et ses conseils avisés.
- Les formateurs de l'Institut de Formation en Ergothérapie de Créteil, pour leur accompagnement et leurs précieux conseils.
- Les ergothérapeutes sans qui cette enquête n'aurait pas été possible. Je les remercie pour le temps qu'elles m'ont accordé.
- Les membres de ma famille pour leurs soutiens, leurs relectures et leurs conseils.
- Les personnes de mon groupe de TD pour leur bienveillance et leurs remarques pertinentes.
- Ainsi que tous les amis avec qui j'ai pu discuter de mon travail et qui ont nourris ma réflexion.

« Le but n'est pas le but, c'est la voie »

Lao Tseu

SOMMAIRE

INTRODUCTION	1
LE CADRE CONCEPTUEL	2
A) LA BIPOLARITE	2
I) Critères diagnostics	3
a) d'un épisode maniaque	3
b) d'un épisode hypomaniaque	3
c) d'un épisode dépressif majeur	3
d) l'intervalle libre	4
II) Les types de bipolarité	4
III) Conséquences fonctionnelles	5
Conclusion	5
B) L'ERGOTHERAPIE EN SANTE MENTALE	6
I) Définitions	6
II) L'évolution de l'ergothérapie en santé mentale	7
III) Les nouvelles approches en ergothérapie	8
IV) Le processus de soin en ergothérapie	9
a) La démarche d'intervention	9
b) La formulation des objectifs ergothérapeutiques	10
Conclusion	12
C) L'ACCOMPAGNEMENT EN ERGOTHERAPIE DES PERSONNES BIPOLAIRES	12
I) La collaboration entre le thérapeute et le patient bipolaire	13
a) L'Alliance thérapeutique et la négociation d'objectifs	13
b) L'alliance thérapeutique avec les personnes bipolaires	14
II) Les objectifs ergothérapeutiques	14
III) Les moyens d'intervention	15
Conclusion	16
D) L'EVALUATION ERGOTHERAPIQUE EN SANTE MENTALE	16
I) Définitions	17
II) La démarche d'évaluation	18
III) Questions à se poser avant d'évaluer	19
a) Quoi ?	19
b) Quand ?	19
c) Comment ?	20
d) Pourquoi ?	20
e) Pour qui ?	21

IV) Les principales évaluations	21
V) Les méthodes projectives.....	21
Conclusion	23
E) LE MODELE KAWA	23
I) Le modèle kawa	24
a) Contexte/origine	24
b) Présentation du modèle	24
II) L'auto-évaluation du modèle kawa.....	25
a) Présentation	25
b) Protocole de passation.....	27
III) Un modèle centré sur le client	28
IV) La négociation d'objectifs thérapeutiques.....	28
V) Le modèle Kawa en santé mentale	29
VI) Les critiques actuelles du modèle Kawa	29
Conclusion	30
CONCLUSION DU CADRE THEORIQUE.....	30
LA METHODOLOGIE DE RECHERCHE	33
A) METHODOLOGIE DE L'ENQUÊTE	33
I) Objectifs de l'enquête.....	33
II) Le choix de la population.....	34
III) Choix et construction de l'outil d'investigation	35
a) L'observation.....	35
b) L'entretien	36
B) PRESENTATION DU DEROULE DE L'ETUDE.....	37
I) Présentation du cadre des passations.....	37
II) Présentation des ergothérapeutes	38
III) Présentation des patients.....	38
C) PRESENTATION ET ANALYSE DES RESULTATS DE L'OBSERVATION	39
D) PRESENTATION ET ANALYSE CROISEE DES RESULTATS.....	41
I) Thème : Utilisation de la modalité projective et plan subjectif.....	42
a) Sous thème : Plan symbolique.....	42
b) Sous thème : Auto-analyse du patient.....	44
II) Thème : La collaboration entre patient et thérapeute.....	47
a) Sous thème : Relation et alliance thérapeutique.....	47
b) Sous thème : Négociation d'objectifs.....	49
III) Thème : L'établissement d'objectifs ergothérapeutiques	50
E) DISCUSSION DES RESULTATS	52

I) Utilisation de la modalité projective et plan subjectif.....	52
a) Plan symbolique	52
b) Auto-analyse.....	54
Conclusion	56
II) La collaboration entre patient et thérapeute	56
a) Relation et alliance thérapeutique	56
b) Négociation d'objectifs thérapeutiques.....	57
Conclusion	58
III) L'établissement d'objectifs ergothérapeutiques	58
Conclusion	60
IV) Synthèse.....	60
F) DISCUSSION DES CRITIQUES DE CETTE ENQUÊTE	61
I) Limites.....	61
a) Les limites de l'étude.....	61
b) Les limites de l'enquête.....	62
II) Intérêts et perspectives	62
CONCLUSION.....	63
GLOSSAIRE	65
BIBLIOGRAPHIE.....	69
TABLE DES ANNEXES	I

INTRODUCTION

Dans le cadre de la démarche qualité (application à la mise en œuvre d'un projet d'amélioration des pratiques), on demande de plus en plus aux ergothérapeutes d'effectuer des bilans qui doivent figurer dans le dossier patient.

Or, lors de certains de mes stages en psychiatrie, réaliser des évaluations tel qu'il nous est demandé de le faire pour la compétence une s'est avéré impossible.

Pour mes tuteurs, l'évaluation renvoyait en effet à une notion de standardisation, très délicate dans le domaine plus subjectif du soin psychique. Elle risquait selon eux de mettre à mal la qualité de la relation thérapeutique.

C'est donc en observant les patients dans diverses activités que j'ai pu valider cette compétence : en mêlant médiation et observation.

Or l'évaluation peut être un moyen de dépasser nos simples intuitions individuelles et d'établir des objectifs thérapeutiques.

Cette question m'a donc beaucoup interpellée.

Puis, suite à de nombreuses lectures, un modèle à plusieurs fois retenu mon attention : le modèle Kawa.

Ce modèle propose justement une auto-évaluation du patient qui s'attache à sa subjectivité et à la relation soignant-soigné. Elle utilise de plus un médiateur (le dessin) afin de favoriser l'introspection de la personne. Cet outil m'est donc apparu comme une passerelle entre une médiation projective et un bilan. Ainsi, mon questionnement sur l'évaluation s'est poursuivi, et ce dans le cadre de mon mémoire.

J'avais au départ pour intention de travailler sur l'application du modèle Kawa en santé mentale.

Puis je me suis intéressée plus particulièrement aux personnes bipolaires. En effet, mes rencontres auprès de cette population et le manque d'études concernant l'utilisation du modèle Kawa auprès d'elle m'ont poussée à m'intéresser davantage à ce sujet plus spécifique. De plus, d'après l'OMS, les troubles bipolaires sont classés au 6^e rang mondial des handicaps les plus coûteux et invalidants et concernent 60 millions de personnes dans le monde (2018)¹. Ils ont de lourdes conséquences sur la vie sociale et professionnelle de ces personnes. L'ergothérapeute a donc toute sa place dans la prise en charge de ces patients.

¹ Source : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders> (consulté le 02/02/2019)

Il m'a également semblé que les personnes bipolaires avaient des capacités d'abstraction et de symbolisation nécessaires à l'appréhension de la métaphore utilisée dans le modèle Kawa, contrairement à certaines personnes atteintes de schizophrénie.

Ce mémoire tentera donc d'étudier l'applicabilité du modèle Kawa auprès de personnes bipolaires, notamment dans l'établissement d'objectifs thérapeutiques.

Il s'est donc axé sur la problématique que voici :

En quoi l'utilisation de l'évaluation du modèle Kawa influence-t-elle l'accompagnement du patient bipolaire dans l'établissement d'objectifs ergothérapeutiques ?

Dans un premier temps, je définirai le cadre conceptuel avant d'énoncer mon hypothèse de recherche. La seconde partie portera ensuite sur l'enquête. Au regard de l'hypothèse, je présenterai ici l'analyse des résultats et la discussion de ceux-ci. Je parlerai également des limites et des perspectives de ce travail avant de conclure.

LE CADRE CONCEPTUEL

A) LA BIPOLARITE

D'après la Haute Autorité de Santé (HAS, 2015)², Le **trouble bipolaire** est une maladie psychiatrique grave, inclus dans les Affections de Longue Durée (ALD) n°23.

Il est un trouble de l'humeur caractérisé par des épisodes dépressifs et des épisodes de manie ou d'hypomanie (M. Provencher, J. Goulet, L. Chaloult, 2015). Ceux-ci sont entrecoupés de périodes sans troubles ou intervalles libres (HAS, 2015).

Cette pathologie débute généralement entre 15 et 25 ans et est très difficile à diagnostiquer. Le retard diagnostique s'étend parfois jusqu'à 10 ans (HAS, 2015).

Les troubles associés à la maladie sont des comportements à risque tels que des prises de toxiques, de l'alcoolisme, des troubles cognitifs, ainsi qu'un risque suicidaire important (HAS, 2015).

² source : https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2560925/fr/troubles-bipolaires-diagnostiquer-plus-tot-pour-reduire-le-risque-suicidaire (consulté le 02/02/2019)

D'après l'OMS (2017)³, les troubles bipolaires sont classés au 5^e rang mondial des pathologies les plus préoccupantes du siècle. L'optimisation de leur prise en charge est donc un enjeu de santé publique⁴.

I) Critères diagnostics

a) d'un épisode maniaque

Cet épisode constitue une période distincte d'au moins une semaine (ou toute durée si une hospitalisation est nécessaire) d'humeur anormalement et constamment élevée et d'activités ou d'énergie dirigées vers un but de manière anormale et persistante. On note également une estime de soi exagérée, une diminution du sommeil, une fuite des idées et une grande distractibilité⁵.

Remarque : Un seul épisode maniaque suffit pour diagnostiquer un trouble bipolaire I. (American Psychiatric Association, 2013, p.124)

Au cours d'un épisode maniaque, les personnes ne se rendent souvent pas compte qu'elles sont malades et refusent tout traitement.

b) d'un épisode hypomaniaque

Cet épisode représente une période distincte d'au moins quatre jours consécutifs d'élévation anormale de l'humeur dans lequel un certain nombre de symptômes tels que décrits dans l'épisode maniaque sont présent. Il n'est cependant pas assez sévère pour causer une altération marquée du fonctionnement social ou professionnel ou pour nécessiter une hospitalisation tel que lors d'un épisode de manie (American Psychiatric Association, 2013, p.125).

c) d'un épisode dépressif majeur

³ Rapport 2017 sur l'état de Santé de la France : <http://drees.solidarites-santé.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/recueils-ouvrages-et-rapports/recueils-annuels/l-etat-de-sante-de-la-population/article/l-etat-de-sante-de-la-population-en-France-rapport-2017> (consulté le 02/02/2019)

⁴ D'après l'OMS (1952), la santé publique est « la science et l'art de prévenir les maladies, de prolonger la vie et d'améliorer la santé et la vitalité mentale et physique des individus, par le moyen d'une action collective concertée ».

Il s'agit donc d'objectifs de santé à atteindre pour les politiques de santé publique à la fois au niveau social, politique et économique ainsi qu'à un niveau individuel et collectif.

⁵ Les critères diagnostics ont été détaillés dans l'Annexe I

Les critères diagnostics ont été détaillés en Annexe I. Ils constituent essentiellement en une humeur dépressive, une perte d'intérêt ou de plaisir et un ralentissement psychomoteur.

d) l'intervalle libre

Ces épisodes sont entrecoupés de périodes sans troubles que l'on nomme également périodes intercritiques ou intervalles libres (M. Hanus, O. Louis & F. Ferreri, 2015).

II) Les types de bipolarité

Dans le DSM-V (American Psychiatric Association, 2013, p.123), il existe cinq types de troubles bipolaires : le trouble bipolaire de type I, le trouble bipolaire de type II, le trouble cyclothymique, le trouble bipolaire induit par une affection médicale ou par des substances et le trouble bipolaire autre spécifié.

Les critères du trouble bipolaire I représentent la compréhension moderne du trouble maniaco-dépressif classique ou de la psychose affective décrite au XIXe siècle, ne différant de cette description classique que dans la mesure où ni la psychose ni l'expérience d'un épisode dépressif majeur ne sont indispensables au diagnostic. Elle est déterminée par au moins un épisode maniaque. Cependant, la grande majorité des individus dont les symptômes répondent aux critères d'un épisode maniaque connaissent également des épisodes dépressifs majeurs au cours de leur vie (American Psychiatric Association, 2013, p.125).

Le trouble bipolaire de type II est caractérisé par au moins un épisode de dépression et au moins un épisode d'hypomanie (et non de manie). L'épisode dépressif majeur doit durer au moins deux semaines et l'épisode hypomaniaque, au moins quatre jours.

Les épisodes dépressifs ou les fluctuations hypomaniaques entraînent sur le plan clinique une souffrance significative ou une altération du fonctionnement social et professionnel. Cependant cette exigence ne doit pas être satisfaite pour les épisodes hypomaniaques. Un épisode hypomaniaque entraînant une déficience importante correspond à un épisode maniaque et, par conséquent, à un trouble bipolaire de type I.

Le diagnostic de trouble cyclothymique comporte des épisodes hypomaniaques et dépressifs pendant au moins la moitié du temps sur deux ans (sans manie ni dépression majeure).

Un grand nombre de substances (cocaïne, amphétamine, hallucinogène, alcool...), certains médicaments prescrits (corticostéroïdes, L-Dopa, anxiolytique, sédatif...) et plusieurs problèmes de santé (hyperthyroïdie, sclérose en plaques...) peuvent induire des phénomènes maniaques. Ce fait est reconnu dans les diagnostics de **troubles bipolaires et apparentés induits par des substances/médicaments** et de troubles bipolaires et apparentés dus à une autre affection.

Le trouble bipolaire autre spécifié consiste en des symptômes d'hypomanie, de manie, dépressifs et/ou de dépression majeure sans remplir tous les critères diagnostics à cause d'une durée ou d'un nombre de critères insuffisants.

III) Conséquences fonctionnelles

Bien que de nombreuses personnes atteintes de troubles bipolaires retrouvent pleinement leurs capacités fonctionnelles entre les épisodes, environ 30% présentent une altération sévère de leur fonction professionnelle, ce qui entraîne un statut socioéconomique inférieur malgré des niveaux d'études équivalents par rapport à la population générale. Les personnes atteintes du trouble bipolaire obtiennent de moins bons résultats que les personnes saines aux tests cognitifs. Les déficiences cognitives peuvent contribuer aux difficultés professionnelles et interpersonnelles et persister tout au long de la vie, même pendant les périodes sans troubles. Le chômage prolongé chez les personnes atteintes de trouble bipolaire est associé à davantage d'épisodes de dépression, à une augmentation du taux de trouble panique et à des conduites addictives telles que la consommation d'alcool.

Conclusion

Ainsi, on constate de lourdes conséquences des troubles bipolaires sur la vie sociale et professionnelle de ces personnes en absence de prise en charge adaptée.

Les recommandations de l'OMS concernant la santé cherchent à lier le modèle médical⁶ et le modèle psychosocial⁷. Selon l'OMS, « l'état de fonctionnement et de handicap d'une personne est le résultat de l'interaction dynamique entre son problème de santé et les facteurs contextuels » (2001, p.8). Ainsi, dans cette optique de prise en charge globale,

⁶ Modèle introduit en 1822 par Bayle dans ses « recherches sur les maladies mentales » et qui s'oriente vers la recherche d'un soubassement organique de la maladie mentale

⁷ Ce modèle met l'accent sur le rôle de l'environnement

l'ergothérapeute est à même d'évaluer l'interaction du handicap d'une personne bipolaire avec son contexte de vie et a toute sa place dans l'accompagnement de ces patients.

Mais avant de décrire l'accompagnement en ergothérapie des patients bipolaires, nous ferons d'abord un bref retour sur l'ergothérapie en santé mentale dans la partie suivante.

B) L'ERGOTHERAPIE EN SANTE MENTALE

L'évolution de la psychiatrie, du contexte politique et social en France ont amené des changements dans la pratique et les valeurs de l'ergothérapie. Le passage du travail thérapeutique à l'activité signifiante et significative⁸, l'apparition de termes comme le handicap psychique et l'augmentation d'une rigueur scientifique en ergothérapie ouvrent sur de nouveaux modèles conceptuels et de nouvelles démarches.

Aussi, suite à un questionnement identitaire des ergothérapeutes, le projet d'un livre blanc voit le jour en 2015 au sein de l'Association Nationale Française des Ergothérapeutes (ANFE) afin de défendre et d'appréhender la pratique de l'ergothérapie en psychiatrie. Les informations de cette partie seront essentiellement tirées de ce document.

Dans un premier temps nous présenterons quelques définitions de l'ergothérapie et de la santé mentale, puis nous ferons un bref historique sur l'évolution de l'ergothérapie en psychiatrie avant de présenter les nouvelles approches et le processus de soin en ergothérapie (nous nous concentrerons plus spécifiquement sur l'établissement d'objectifs ergothérapeutiques qui intéresse notre problématique).

I) Définitions

Selon Jean-Michel Caire (2008, p.130), « L'ergothérapie est une thérapie par l'activité. Elle s'adresse à des personnes atteintes de maladies ou de déficiences de nature somatique, psychique ou intellectuelle, à des personnes qui présentent des incapacités ou à des personnes en situation de handicap temporaire ou définitif. Le but de l'ergothérapie est de permettre à ces personnes de maintenir ou développer leur potentiel d'indépendance et d'autonomie personnelle, sociale, scolaire ou professionnelle. L'ergothérapie est une profession de santé qui intervient dans le domaine de la rééducation, de la réadaptation et de l'insertion. Elle se réfère aux sciences humaines, médicales, psychologiques, sociales et techniques ».

⁸ Les activités signifiantes sont des activités qui ont du sens pour la personne, par rapport à son histoire de vie et les activités significatives sont le sens qu'ont ces activités au regard de l'entourage ou de la société (G. Riou, 2016, p. 19).

Ainsi l'ergothérapeute évalue les activités (soins personnels, vie domestique, école, loisirs, travail...) des personnes ainsi que leur environnement (social, matériel...).

C'est ensuite par le biais d'une relation thérapeutique et dans le cadre d'activités adaptées, d'enseignements et d'apprentissages que l'ergothérapie se pratique (ANFE, 2014).

D'après l'OMS, la **santé mentale** est un « état de bien-être qui permet à chacun de réaliser son potentiel, de faire face aux difficultés normales de la vie, de travailler avec succès et de manière productive, et d'être en mesure d'apporter une contribution à la communauté » (OMS, 2014).

On observe donc ici l'importance de la notion d'inclusion et d'intégration socio-professionnelle de la personne.

En France, 12 millions de personnes seraient touchées par les pathologies mentales.

Celles-ci figurent au 3^e rang des maladies les plus fréquentes après le cancer et les maladies cardiovasculaires.

II) L'évolution de l'ergothérapie en santé mentale

Dans les années 1800, PINEL (psychiatre français, 1745-1826) et ESQUIROL (psychiatre français, 1772-1840) prônent la thérapie par le travail. Ce dernier était alors rémunéré par un pécule qui servait à payer l'hospitalisation (G. Riou, 2016).

Le travail s'élargira ensuite aux activités de manière plus globale. On s'intéresse alors à la thérapie des activités quotidiennes, des activités de loisirs, etc...

En 1986, paraît un décret d'actes professionnels pour les ergothérapeutes. Les moyens d'interventions sont alors officiels et référencés dans l'article R4331-1 du Code de la Santé Publique. Ce sont des : « activités d'artisanat, de jeu, d'expression, de la vie quotidienne, de loisir ou de travail » (décret n°86-119).

En 1980, la Classification Internationale des Handicaps reconnaît la notion de handicap comme dépendant de la personne mais aussi de son environnement (Wood, 1988, in G. Riou, 2016). L'ergothérapie s'inspirera de cette conception.

Dans les années 1990, on observe une réduction des temps d'hospitalisation, un changement de conceptions et de classifications des troubles psychiatriques et de leur traitement ainsi qu'un nouveau rapport de la personne aux soins (G. Riou, 2016). La pratique de l'ergothérapie se centre alors d'avantage sur l'univers de sens et sur la participation du patient dans sa prise en charge.

Aussi, la loi du 11 février 2005⁹ portant sur l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées a modifié les modalités de soins psychiatriques définies initialement dans le code de la santé publique et a fait émerger le concept de **handicap psychique** (se distinguant du handicap mental par son origine qui est inconnue). Cette loi aborde également une philosophie donnant de l'importance à l'interaction personne-activité-environnement dans une perspective systémique en accord avec les fondements et les divers modèles conceptuels de l'ergothérapie (M.C Morel-Bracq, 2017).

Depuis la loi du 21 juillet 2009¹⁰ relative à la réforme de l'Hôpital et relative aux Patients, à la Santé et aux Territoires¹¹ (HPST), la psychiatrie¹² s'élargit à la santé mentale¹³, la psychiatrie de secteur au territoire, le sanitaire vers le médico-social et le social.

Aussi, le champ de l'ergothérapie se développe vers des structures extra-hospitalières et médico-sociales et se concentre alors sur la réhabilitation*¹⁴ et la réinsertion socio-professionnelle.

Ainsi, les objectifs d'interventions formalisés tendent vers un retour à un fonctionnement le plus autonome possible pour la personne et vers son investissement dans des activités signifiantes et significatives.

Du point de vue des actions de soins apparaissent la prévention et l'éducation thérapeutique¹⁵ afin d'éviter les rechutes et les hospitalisations (G. Riou, C. de Lépine, C. Poullain, L. Moisan, 2017).

D'un point de vue social, l'on accorde une place très importante au patient : il devient acteur de soin.

III) Les nouvelles approches en ergothérapie

⁹ source : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000809647> (consulté le 02/02/2019)

¹⁰<https://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/financement/financement-des-etablissements-de-sante-10795/financement-des-etablissements-de-sante-glossaire/article/loi-hpst-hopital-patients-sante-territoires>

¹¹ regroupement de plusieurs pôles : ces derniers étant le regroupement de plusieurs secteurs

¹² spécialité de la médecine

¹³ domaine de la santé publique qui s'élargit au champ social et politique

¹⁴ Les termes suivis d'une astérisque ont été définis dans le glossaire

¹⁵ Selon l'OMS (1998), l'éducation thérapeutique du patient vise à l'aider à mieux comprendre sa maladie et ses traitements afin d'acquérir ou maintenir des compétences dont il a besoin pour gérer au mieux sa vie avec cette maladie chronique.

Aussi, on constate le développement de la réhabilitation psychosociale*, de la psychologie cognitive (qui étudie et traite les fonctions psychologiques), de la thérapie systémique (qui étudie les interactions entre le patient et son milieu) et de nombreuses autres approches venant s'ajouter à la formation de base en psychodynamique* des ergothérapeutes.

De plus, des modèles conceptuels spécifiques aux ergothérapeutes voient le jour. On note ainsi l'apparition de modèles centrés sur le client* et l'activité tels que le Modèle de l'Occupation Humaine* (MOH) (Kielhofner, 2002), le Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel* (MCREO) (ACE, 1997, 2002 ; Polatajko et al., 2013), ainsi que le modèle Kawa (M. Iwama, 2006).

L'ergothérapie s'inspire alors de l'approche humaniste* en prenant en compte l'interaction entre personne, activité et environnement afin de personnaliser le processus de soin. Le modèle s'affirmant le plus est le modèle bio-psycho social proposant de prendre en compte les dimensions biologiques psychiques et sociales de la personne.

D'autres part, autonomie, indépendance, réadaptation*, réhabilitation* et insertion s'inscrivent désormais dans les objectifs des ergothérapeutes en psychiatrie (F. Klein, 2014).

IV) Le processus de soin en ergothérapie

Malgré la diversité des approches, des valeurs restent donc néanmoins centrales dans la pratique de l'ergothérapie, parmi lesquelles : l'importance de la relation thérapeutique, la prise en compte des interactions entre personne, activité et environnement, la mise au centre de l'utilisateur dans le système de soin mais aussi le soutien de son potentiel créatif (G. Riou, 2016).

De plus, la démarche de soin suit aujourd'hui une certaine rigueur scientifique, fondée sur les preuves¹⁶.

a) La démarche d'intervention

Au regard de ces différents modèles, ces méthodes d'intervention peuvent alors être très hétéroclites.

¹⁶ La pratique fondée sur les preuves est une approche qui est apparue dans les années 1980 et initiée par le médecin canadien Gordon Guyatt (physicien canadien). Elle s'appuie sur des faits et des données issues de la recherche ou d'une connaissance scientifique reconnue (Meyer, 2011, cité dans [ascodocpsy.org](http://www.ascodocpsy.org)).

Source : http://www.ascodocpsy.org/santepsy/index.php?lvl=notice_display&id=153693 (consulté le 05/01/2019)

Dans cette partie, nous nous reposerons essentiellement sur la démarche décrite dans le livre blanc en santé mentale : « enjeux et perspectives » rédigé par Gaëlle Riou (2016, p.25).

La première étape est constituée d'un recueil de données et d'une évaluation initiale (nous décrirons l'évaluation dans la partie D).

La deuxième étape est le diagnostic ergothérapeutique. Il est une synthèse de la problématique du patient permettant d'orienter les moyens d'intervention de l'ergothérapeute. Il repose sur un modèle conceptuel et des approches théoriques.

La troisième étape est l'établissement d'objectifs ergothérapeutiques que nous décrirons plus loin.

Après avoir décidé des objectifs à court, moyen et long terme, il s'agit de réfléchir au cadre de l'intervention : lieu des séances, temporalité, modalités et moyens. Les moyens d'intervention de l'ergothérapeute sont les médiations thérapeutiques¹⁷ (artisanales, artistiques, sportives...) avec des propriétés structurantes¹⁸, ludiques, expressives¹⁹ ou projectives²⁰ et les mises en situation en situation d'activité de vie quotidienne (G. Riou, 2016, p.29). De plus, l'ergothérapeute intervient également dans le domaine de la prévention et de l'éducation thérapeutique.

A chacune de ces étapes, il s'agit d'assurer la traçabilité des données cliniques et des observations sur le patient. Ceci favorise la formalisation d'un projet d'intervention commun au sein d'une équipe pluriprofessionnelle (V. Terrien et J.-M. Caire, 2017).

b) La formulation des objectifs ergothérapeutiques

La formulation des objectifs d'intervention doit se faire en collaboration avec le patient et l'équipe de soin. Ceux-ci doivent être évalués régulièrement.

D'après Muriel Launois (2015), nos objectifs sont influencés par l'orientation de l'institution et le modèle conceptuel sur lequel nous nous appuyons.

¹⁷ Le médiateur est une matière (argile, peinture...) ou un objet (tissus, livres...) (S. Archambeau, 2010). La médiation thérapeutique use d'un médiateur et est un moyen d'expression de soi qui constitue un véritable soin psychique (Muriel Launois, 2015). Elle est souvent l'apanage des thérapies psychodynamiques. Le cadre et la relation thérapeutique y jouent un grand rôle.

¹⁸ Les médiations structurantes sont des médiations qui demandent davantage de techniques pour créer un objet

¹⁹ La médiation vient ici servir l'expression du patient

²⁰ Les médiations projectives demandent peu de technique et permettent une projection de l'inconscient et de la personnalité de la personne sur l'objet créé

De plus, nous partageons des **objectifs transversaux** avec les autres soignants (tels que la mise en place d'un cadre et d'une relation thérapeutique).

Tout ceci peut donc influencer nos **objectifs spécifiques** : propres à l'ergothérapie. Ainsi ces objectifs peuvent avoir plusieurs dimensions (cognitive et comportementale²¹, psychodynamique*, de réhabilitation psycho-sociale*, centrés sur le client et l'activité*...).

D'un point de vue psychodynamique*, les objectifs viseront d'autant plus l'expression de soi, l'introspection, la symbolisation²² (c'est à dire la capacité à donner du sens) et le renforcement du narcissisme et du sentiment d'existence du patient... Cette approche repose donc sur ses objectifs conscients mais également inconscients.

D'un point de vue cognitivo-comportemental, les objectifs concerneront essentiellement la rééducation des fonctions cognitives, la suppression de comportements et de schémas de pensées pathologiques par renforcement des comportements adaptés afin que le patient puisse s'insérer au mieux dans la société, évoluer et s'adapter dans diverses situations.

D'un point de vue de la réhabilitation psychosociale*, les objectifs seront essentiellement axés sur les habiletés sociales (capacités à être en groupe, capacités d'empathie, de tolérance à autrui...), les comportements et l'intégration sociale (engagement social dans des associations par exemple).

D'autres objectifs peuvent également se centrer sur les activités professionnelles, quotidiennes et de loisirs de la personne (référence aux modèles centrés sur le client et l'occupation*) dans un but d'autonomisation. Ils viseront alors la restauration d'intérêts et d'activités anciennes, la découverte et l'apprentissage de nouvelles occupations ou encore l'intégration socio-professionnelle (en collaboration avec l'assistante sociale).

L'association suisse des ergothérapeutes (ASE) émet des recommandations pour la formulation des objectifs en ergothérapie (E. Rossini, I. Margot & S. Meyer, 2014). D'après elle, ceux-ci doivent être établis avec le client²³, réalisables et centrés sur l'occupation.

Ils doivent répondre aux caractéristiques dites « SMART », à savoir : Spécifique (concret, clair et précis), Mesurable (un indicateur doit pouvoir vérifier qu'il est atteint), Accepté par le client (négocié avec lui), Réaliste (atteignable) et Temporellement défini (pouvant être atteint

²¹ apprentissage du processus comportemental et développement des capacités cognitives

²² Symbolisation : Terme apparu chez Freud en 1913-1917, c'est la capacité à développer des représentations.

C'est un « Mécanisme fondamental de l'expression de l'inconscient consistant à faire correspondre à un objet ou à un élément conscient un autre élément inconscient constituant le sens symbolique du premier élément. » (Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales, 2016 in F. Klein, 2016)

²³ Le terme « client » est celui utilisé dans la plupart de la littérature anglophone. En France, nous usons plutôt du terme de « patient ».

dans un délai indiqué) (Bowman & Mogensen, 2010 in E. Rossini, I. Margot & S. Meyer, 2014).

Conclusion

Ainsi ces objectifs doivent être acceptés et faire sens pour le patient.

Après avoir décrit les troubles bipolaires et le rôle de l'ergothérapeute en santé mentale, nous présenterons maintenant l'accompagnement en ergothérapie des personnes bipolaires, ainsi que des exemples d'objectifs ergothérapeutiques pouvant être adaptés pour ces personnes.

C) L'ACCOMPAGNEMENT EN ERGOTHERAPIE DES PERSONNES BIPOLAIRES

Selon la HAS (2009) concernant la prise en charge des troubles bipolaires, l'accompagnement doit être adapté à chaque personne d'un point de vue biologique, psychologique et social. Elle associe ainsi un traitement médicamenteux, une psychothérapie et des mesures psychosociales (V. Camus, S. Coulomb, P. Courtet, D. Gourion, P.-M Llorca & M. Lukasiewicz, 2013).

Il s'agit de diminuer les symptômes, les comportements à risque ainsi que le risque suicidaire (HAS, 2009). L'objectif est également de sécuriser la personne, son environnement physique et social.

Le traitement vise notamment à :

- stabiliser l'humeur
- favoriser les capacités d'adaptation, l'autonomie et améliorer la qualité de vie de la personne
- maintenir le niveau de fonction socio-professionnel, la vie affective et relationnelle
- prévenir les rechutes
- traiter les troubles associés
- favoriser la conscience des troubles de la personne et l'accompagner dans l'acceptation de sa maladie et du traitement
- protéger la personne des risques suicidaires et des actes irresponsables qu'elle peut commettre (épisode maniaque)

Les traitements médicamenteux sont des régulateurs de l'humeur (lithium, divalproate de sodium, ou valpromide) ainsi que certains neuroleptiques atypiques (zyprexa, risperidal...).

Les psychothérapies sont également un soutien indispensable (psychodynamiques*, cognitivo-comportementales²⁴, familiales²⁵, systémiques²⁶...).

L'éducation thérapeutique permet au patient de mieux connaître sa maladie, prévenir les rechutes et favoriser l'alliance thérapeutique.

Les associations d'usagers, les groupes de paroles ainsi que les Groupes d'entraide mutuelle (GEM) peuvent également apporter un grand soutien²⁷.

L'accompagnement ergothérapeutique s'inscrit dans cette prise en charge pluridisciplinaire, en intra ou en extrahospitalier, en service de psychiatrie, sociaux et médico-sociaux.

D) La collaboration entre le thérapeute et le patient bipolaire

a) L'Alliance thérapeutique et la négociation d'objectifs

L'alliance thérapeutique est un terme que l'on retrouve dans la relation d'aide. Elle tient une place majeure dans l'accompagnement d'un patient avec une affection chronique. Elle implique une relation soignant-soigné fondée sur une confiance mutuelle et une capacité d'écoute réciproque, ainsi qu'un commun accord concernant la négociation d'objectifs thérapeutiques et les moyens pour y parvenir (S.M. Consoli, 2006). Celle-ci est absolument nécessaire pour que le malade soit acteur dans sa prise en charge ce qui favorisera la prévention des complications de sa maladie.

L'alliance thérapeutique est constituée de deux composantes (S.M. Consoli, 2006) :

- La composante générale qui génère pour le patient un sentiment d'être considéré, écouté, compris et soutenu par son thérapeute.
- La composante spécifique pour chaque pathologie et chaque projet thérapeutique individualisé qui se rapporte à la négociation d'objectifs et de moyens thérapeutiques entre le patient et le thérapeute, avec les concessions que cela implique des deux

²⁴ les thérapies cognitivo-comportementales ou TCC sont des thérapies brèves, validées scientifiquement et qui visent à renforcer les comportements adaptés en aidant le patient à identifier les mécanismes (cognitifs et comportementaux) à l'origine de leurs difficultés.

Source : <http://www.psycom.org/Espace-Presses/Sante-mentale-de-A-a-Z/Therapie-cognitivo-comportementale-TCC>

Consulté le 22/05/19)

²⁵ informations sur la maladie à la famille

²⁶ ce modèle prend en compte les interactions entre l'individu et le groupe, le système dans lequel il vit

²⁷ Source : file:///Users/thierry/Downloads/Troubles_bipolaires_maj_04_18-WEB.pdf (consulté le 02/02/2019)

côtés afin de parvenir à un compromis acceptable. Cette composante vise l'autonomie progressive du patient.

Construire une bonne alliance thérapeutique nécessite d'identifier les émotions de son patient et parallèlement d'identifier et de gérer ses propres émotions (S.M. Consoli, 2006).

La collaboration avec le patient nécessite donc une bonne relation qui préside à l'établissement d'objectifs (S. Bruneau, V. Dutuy, F. Chevallier & P. Guillemot, 2007). La collaboration patient-thérapeute dépend également des capacités mentales et des troubles psychiques du patient (délire, déni de la maladie...). Celle-ci est parfois difficile à établir lorsque le patient est en pleine dépression, en état de crise ou lorsqu'il n'y a plus aucun désir chez lui.

b) L'alliance thérapeutique avec les personnes bipolaires

Selon Muriel Launois (2015), l'alliance thérapeutique peut être mise à mal avec les personnes bipolaires pour les raisons suivantes :

- L'inconscience des troubles des personnes en phase maniaque
- Les épisodes maniaques sont souvent très bien vécus et les patients ne souhaitent pas les traiter
- Un désir de mort important pour les personnes en phase dépressive
- Un non désir de guérison lors d'épisodes dépressifs avec délire de culpabilité

Tout ceci montre l'importance de l'établissement d'une bonne alliance thérapeutique afin d'optimiser les soins de la personne bipolaire et éviter que celle-ci ne les mettent en « échec ».

Ainsi le premier entretien est primordial pour établir cette relation. Des grilles d'évaluation et des modèles tel que le modèle Kawa peuvent alors aider à comprendre au mieux les patients et les impliquer dans le soin par la négociation d'objectifs.

II) Les objectifs ergothérapeutiques

Selon Muriel Launois (2015), les objectifs pour les personnes en phase maniaque sont de :

- favoriser l'alliance thérapeutique
- canaliser l'hyperactivité et l'agitation de ces personnes
- leur faire prendre conscience de la maladie

Les objectifs pour les personnes en phase dépressive sont :

- favoriser l'alliance thérapeutique
- sous un angle psychodynamique* : revalorisation de soi, favoriser la créativité
- sous un angle de réhabilitation psychosociale* : restauration des anciens loisirs, découverte d'activités nouvelles

Les objectifs pour les personnes bipolaires sous un angle cognitivo-comportemental sont de maintenir et rééduquer les fonctions cognitives

Il est à noter que ces objectifs sont spécifiques à chacun des patients et qu'ils doivent être signifiants et significatifs pour la personne.

III) Les moyens d'intervention

D'après Muriel Launois (2015) :

Le traitement en ergothérapie des troubles bipolaires comprend :

- des prises en charges individuelles
- des ateliers centrés sur le ressenti et les sensations
- des ateliers favorisant l'expression des patients

Contre-indications :

- Faire ou choisir à la place de la personne (pour les personnes en phase dépressive)
- Eviter les activités stimulant l'excitation psychique (pour les personnes en phases maniaques)

En phase maniaque, Muriel Launois conseille des séances individuelles afin de ne pas favoriser l'excitation psychique de la personne. Celles-ci doivent également être structurées. Il faut éviter la non directivité qui risquerait d'amener la personne dans des projets créatifs et techniques inconsidérés. Le cadre doit être ferme afin de canaliser ces personnes.

En phase dépressive, Muriel Launois conseille des séances courtes, des médiations simples afin d'éviter de mettre la personne en échec. Les séances individuelles seront souvent préférables en début de thérapie, car ces personnes sont fréquemment en retrait, refusant tout contact, ce qui peut être délicat au sein d'un groupe.

D'après Sandra Hale (2016), de plus en plus d'études montrent l'efficacité des interventions individuelles et groupales utilisées par les ergothérapeutes (Miklowitz, 2007 in S. Hale, 2016).

De plus, la réhabilitation psychosociale* centrée sur le client fait partie des compétences de l'ergothérapeute.

La réhabilitation psychosociale* comprend notamment la mise en place de stratégies d'auto-gestion de la maladie. Celles-ci peuvent être des astuces pour bien dormir (diète, balade...), pour éviter les rechutes (prise de conscience des signes annonciateurs), pour se canaliser lors d'épisodes maniaques (lire un article compliqué, trier ses affaires...) etc.

Conclusion

Ainsi une bonne alliance thérapeutique est essentielle pour favoriser l'établissement d'objectifs thérapeutiques en accord avec le patient. Ceci permettra également une meilleure implication de la personne dans le soin.

On observe ici plusieurs approches qui peuvent colorer la pratique des ergothérapeutes auprès de personnes bipolaires. Ils peuvent en effet tout aussi bien mettre en place des ateliers d'expression et de création en ayant une lecture psychanalytique que de proposer des programmes d'éducation thérapeutique ou de participer à des programmes de remédiation cognitive (vise à développer les capacités cognitives). La richesse des pratiques et des approches n'en reste pas moins importante dans le métier, car elle permet de travailler sur plusieurs domaines (psychique, cognitif, social...etc). L'important est que le patient y adhère.

Aujourd'hui, les modèles actuels exigent une rigueur scientifique d'autant plus importante et des procédures d'évaluations deviennent donc de plus en plus indiquées pour optimiser les actions de soins. Nous verrons donc dans cette troisième partie la question de l'évaluation ergothérapeutique en psychiatrie avant de traiter de l'auto-évaluation que propose le modèle Kawa.

D) L'EVALUATION ERGOTHERAPIQUE EN SANTE MENTALE

Ainsi l'on demande de plus en plus aux ergothérapeutes de procéder à des évaluations à retransmettre dans le dossier patient, indispensable à la transmission des informations

relatives à celui-ci entre les professionnels. Celles-ci sont en effet indiquées par les recommandations de bonnes pratiques de la Haute Autorité de Santé (HAS) et s'inscrivent dans le cadre de la démarche qualité.

Elles permettent d'évaluer les pratiques professionnelles, de les améliorer, de recueillir et d'analyser les données du patient pour l'élaboration d'un plan d'intervention personnalisé. De plus, les restrictions budgétaires dans ce domaine amènent de plus en plus l'ergothérapeute à devoir démontrer son efficacité. Celui-ci doit pouvoir justifier ses actes pour recevoir des crédits (Y. Person, 2007).

En revanche, lorsque nous nous appuyons davantage sur un modèle psycho-dynamique, la question de l'évaluation donne lieu à de nombreuses réticences. Elle peut en effet renvoyer à une notion de standardisation²⁸, de normalisation²⁹ et de déshumanisation du sujet, ainsi qu'à une atteinte de la relation thérapeutique (S. Deneque et B. Koch, 2006).

L'évaluation en ergothérapie dans le domaine du soin psychique ne va donc pas de soi pour tous les ergothérapeutes selon leur modèle de référence ou leur façon d'envisager le soin psychique.

La relation thérapeutique et l'alliance thérapeutique ne doivent en effet pas être mises en danger par un bilan (pouvant être stigmatisant et mal vécu pour le patient). Ce dernier doit pouvoir considérer la personne dans sa singularité et son fonctionnement au-delà de ses déficiences (B. Koch, 2016, p.112). Aussi, l'évaluation « ne doit pas sous-entendre autonomiste, indépendantiste mais une possibilité offerte à chacun de devenir sujet et auteur de son projet de vie tout en étant autolimité » (J.-P. Guihard, 2000, p.72). Autrement dit, il ne s'agit pas à tout prix de rendre la personne autonome et de la réinsérer socio-professionnellement, si tel n'est pas son projet, si cela n'a aucun sens pour elle.

I) Définitions

Dans le modèle médical, qui cherche l'objectivation et la quantification, l'évaluation est un outil de mesure permettant de chiffrer des éléments psychopathologiques. Il existe pour ce faire des échelles de mesures qui se doivent d'être à la fois : valides (elles doivent mesurer ce

²⁸ Les évaluations standardisées sont des évaluations qui sont passées de manière identiques pour chacun des patients et qui permettent de relever des résultats qui pourront être associés à une norme (une catégorie d'échantillon représentatif de personnes qui auront eu la même échelle de résultats)

²⁹ Une évaluation normative consiste à comparer une personne évaluée à ses pairs. Les scores sont classés par ordre de grandeur et le classement est comparé à celui des autres.

Source : <http://uis.unesco.org/fr/glossary-term/evaluation-normative> (consulté le 22/05/19)

qu'elles sont censées mesurer), sensibles (elles doivent pouvoir différencier un nombre suffisant de degrés) et fidèles (les résultats doivent être les mêmes entre deux évaluations lorsque l'état du patient n'a pas changé et quelque soit l'évaluateur) (Y. Person, 2007).

Dans le domaine plus subjectif du soin psychique, il est difficile de chiffrer l'intensité des troubles et de mesurer un état psychique, là où la relation thérapeutique et la santé mentale évoluent sans cesse (S. Deneque et B. Koch, 2006). Certaines évaluations sont donc plus qualitatives.

L'évaluation touche à trois grandes sphères : la sphère descriptive, la sphère évaluative et la sphère prédictive (Levingstone, 1995, p. 328, in G. Pepin et S. Tetreault, 1998).

La sphère descriptive permet de connaître la nature du problème, l'anamnèse³⁰ de la maladie et d'identifier les situations de handicap dans la vie quotidienne de la personne. L'ergothérapeute s'intéresse également à la perception subjective que le patient a de sa situation.

La sphère évaluative permet d'observer les habiletés et les déficiences du patient, et de discuter avec lui d'objectifs thérapeutiques afin d'orienter l'intervention vers un but.

Enfin, la sphère prédictive permet à l'ergothérapeute d'informer les autres professionnels de santé et de faire des recommandations. (Levingstone, 1995 in G. Pépin et S. Tetreault, 1998)

Les outils d'évaluation s'inscrivent toujours dans un modèle théorique et usent de concepts appartenant à celui-ci.

Le bilan se fait soit en hétéropassation, soit en autopassation. Sous forme d'auto-évaluation, le patient est amené à aborder et expliquer son propre fonctionnement. On laisse ici plus de place à la subjectivité du sujet.

II) La démarche d'évaluation

L'évaluation s'inscrit dans la première étape du processus d'intervention.

Notons d'abord l'évaluation initiale (demande initiale du patient et/ou de l'institution, recueil de données, évaluations et analyse des résultats) qui va permettre d'établir un diagnostic et

³⁰ L'anamnèse est le recueil de données concernant l'histoire de la personne et de la maladie (Muriel Launois, 2015).

un plan d'intervention ergothérapique et les évaluations périodiques qui permettront d'évaluer les progrès et l'atteinte des objectifs (H. Clément, 1997).

Dans une prise en charge à durée limitée, notons également l'évaluation finale qui permet de faire le point par rapport à la demande initiale et sur le degré de satisfaction du patient. (H. Clément, 1997).

III) Questions à se poser avant d'évaluer

De nombreuses questions doivent être posées avant de proposer une évaluation à un patient, notamment les questions : « quoi » ? « quand » ? « comment » ? « pourquoi » ? et parfois : « pour qui » ? (Muriel Launois, 2015)

a) Quoi ?

Il s'agit ici de se demander : « que va-t-on évaluer ? »

Selon H. Clément (1997, p.222), l'évaluation doit permettre d'observer :

- la condition actuelle de la personne (environnement, symptômes, comportements, réactions émotives, aspects psychodynamiques*)
- le niveau de fonctionnement actuel : gestion du quotidien, activités, niveau d'autonomie, habiletés et déficiences de la personne, le mode de relation à autrui
- l'état fonctionnel antérieur à la maladie ou à l'épisode actuel de la maladie
- les objectifs et les buts prioritaires à définir avec le patient

Il s'agit donc d'évaluer la vie psychique et réelle du patient (S. Deneque et B. Koch, 2006).

Ainsi que ses potentiels et ses motivations, sans pour autant nier ses déficiences (Y. Person, 2007).

On peut également évaluer l'expression de soi du patient (Y. Person, 2007).

b) Quand ?

En psychiatrie, l'établissement d'une relation et d'une alliance thérapeutique rend parfois difficile la proposition d'un bilan dès la première rencontre. En effet, l'entretien formel et le bilan peuvent concentrer le patient sur ses déficiences, le mettre en échec, voire, le persécuter. Il est donc important de réfléchir sur le moment le plus propice pour le patient.

En outre, il faut également qu'il soit dans de bonnes dispositions psychiques (éviter les moments où le patient est trop fatigué, trop médiqué...etc.).

c) Comment ?

Plusieurs méthodes : l'entretien (directif, semi directif, non directif), l'observation, le questionnaire, des grilles d'évaluations... etc.

Plusieurs cadres : Elles peuvent se faire lors de l'observation d'ateliers, lors d'entretiens individuels en face à face, avec un autre thérapeute... ou en groupe. Dans cette dernière entrevue, les échanges peuvent être riches mais confrontent le patient au regard de l'autre. En revanche, celui-ci ne se retrouve pas seul face aux soignants.

Il est également possible de recevoir le patient dans un moment plus informel, afin d'éviter de le mettre mal à l'aise.

Elles ne doivent pas porter atteinte à la relation et à l'alliance thérapeutique.

De plus, la participation du patient rendra le processus thérapeutique d'autant plus efficace (H. Clément, 1997).

Elles doivent enfin être interprofessionnelles afin d'avoir une vision plus précise et plus globale de la situation (Y. Person, 2007). L'évaluation doit avoir un caractère holistique.

d) Pourquoi ?

« Quand la personne en souffrance psychique perd ses repères d'existence, n'arrive plus à se projeter dans un futur proche ni à rendre signifiante sa mise en acte dans la vie, l'ergothérapeute avec une démarche d'évaluation peut être un maillon dans son parcours de soin » (B. Koch, 2016, p.111).

Ainsi, l'évaluation peut permettre de faire un état de la situation du patient et de relancer une dynamique de changement.

Elle favorise également l'articulation des différents professionnels qui accompagnent le patient : il s'agit ici de trouver un langage commun et de donner lieu à une rencontre interprofessionnelle (J.-P. Guihard, 2000).

Enfin, elle permet d'évaluer le patient mais également notre pratique, ce qui peut aider à prouver la validité de notre profession (Muriel Launois, 2015).

e) Pour qui ?

Certains bilans peuvent être imposés par une institution. Ceci pose alors le problème de notre accord vis-à-vis de la passation de celui-ci. Or, la décision de proposer une évaluation devrait nous revenir (Muriel Launois, 2015).

Lorsqu'il s'agit d'évaluer notre pratique afin de la faire reconnaître par la HAS, les tutelles ministérielles, les Agences Régionales de Santé... Ici l'évaluation ne vient pas servir le patient mais défendre l'ergothérapie.

Selon S. Deneque et B. Koch (2006) l'évaluation n'a lieu d'être que si elle permet d'améliorer notre démarche de soin auprès du patient.

Cette question permet donc de ne pas être dupe vis à vis de la personne ou de l'institution à qui cette évaluation sera profitable.

IV) Les principales évaluations

Nous citerons ici quelques évaluations utilisées par les ergothérapeutes en santé mentales, parmi lesquelles :

- L'ELADEB (Echelle Lausannoise d'Auto-Evaluation des Difficultés Et des Besoins), qui est une auto-évaluation utilisée dans le cadre de la réhabilitation psychosociale*. Elle permet de déterminer les difficultés et les besoins d'aide d'un individu dans sa vie quotidienne.
- Le MOHOST (Model Of Human Occupation Screening Tool) est quant à lui un outil d'analyse de la vie occupationnelle du patient, issu du modèle ergothérapeutique MOH*. Il permet de repérer les forces et les faiblesses du sujet.
- La MCRO (La Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel) permet de lister cinq activités significatives pour le patient et d'évaluer son degré de satisfaction concernant la réalisation de ces activités (Association Canadienne des Ergothérapeutes, 1997).
- La batterie Azima (créée en 1959 par des ergothérapeutes) est une évaluation projective qui utilise une médiation expressive. Elle permet d'évaluer l'effet d'un traitement et peut également être utilisée pour son action thérapeutique (en tant que médiation projective).
- Le modèle Kawa est un outil qui tend également à être utilisé de plus en plus en France et en santé mentale. Nous le détaillerons dans la suite de ce mémoire.

V) Les méthodes projectives

L'auto-évaluation du modèle Kawa utilise une méthode projective : la réalisation du dessin d'une rivière, métaphore de la vie du patient. Nous décrivons ici ces évaluations plus spécifiques.

Le terme de « techniques projectives » a été inventé par le psychologue Lawrence K. Frank en 1939. Selon lui, c'est « une méthode d'étude de la personnalité qui confronte le sujet avec une situation à laquelle il répondra suivant le sens que cette situation a pour lui et suivant ce qu'il ressent au cours de cette réponse. Le caractère essentiel d'une technique projective est qu'elle évoque du sujet ce qui est, de différentes manières, l'expression de son monde personnel et des processus de sa personnalité » (J. Delay, P. Pichot, 1984 in A. Vigoureux, 1994, p.275).

L'évaluation projective s'intéresse au mécanisme de projection³¹.

En ergothérapie on s'intéresse également à la relation objectale³² au cours d'une activité (G. Pépin et S. Tetreault, 1998). En effet, au cours de cette activité créatrice, le patient projette une image intérieure de lui-même dans la réalité extérieure (Hammer E.F., 1980 in G. Pépin et S. Tetreault, 1998) et peut associer librement par rapport à l'objet créé/présenté. Ainsi le patient entre à la fois dans un processus de création et de verbalisation, ce qui permet à l'ergothérapeute d'enrichir ses observations (Hemphill Barbara, 1982 in G. Pépin et S. Tetreault, 1998). Il entre dans une forme d'introspection.

Ces méthodes projectives sont utilisées par les ergothérapeutes depuis plusieurs années et ce dans le champ de la santé mentale. Elles figurent donc parmi leurs outils, au côté d'autres évaluations standardisées.

Leur intérêt auprès de diverses populations (personnes atteintes du VIH ou souffrant de cancers, pédiatrie...) a fait l'objet de plusieurs articles récents³³. Ces techniques permettent en effet, à travers la création et l'œuvre produite, d'avoir un accès privilégié à la perception subjective que la personne a de sa situation (le sens qu'elle donne à son problème, à sa maladie, à son handicap...). Elles peuvent ainsi favoriser un lien de confiance privilégié et permettre une approche d'intervention personnalisée, centrée sur la personne.

³¹ La projection est l'attribution au monde extérieur et plus spécialement à autrui de qualités ou de sentiments qui appartiennent en réalité au sujet (SIVADON P., 1973)

³² La relation objectale est un terme utilisé chez Winnicott et qui définit la relation du sujet à ses « objets ». Les objets réels qu'il crée lors de médiations thérapeutiques en ergothérapie viennent représenter son monde interne.

³³ Source : <https://www.anfemigal.fr/formation/EA21-PSY15/Les-methodes-projectives-dans-le-processus-d-evaluation-et-d-intervention-en-ergotherapie.html?PHPSESSID=96ctnfgg97m852h6fv7gun04j1> (consulté le 10/03/2019)

Ainsi les productions réalisées via ces méthodes peuvent être analysées sous l'angle psychodynamique* mais aussi sous l'angle de modèles conceptuels centrés sur l'occupation* (Modèle de l'Occupation Humaine, Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnels), ce qui leur donne une certaine validité. Elles permettent à l'ergothérapeute d'évaluer le fonctionnement global de la personne, les symptômes de sa maladie et d'évaluer ses difficultés occupationnelles³⁴.

Il existe plusieurs méthodes projectives, notamment le collage, la Batterie Azima, la Batterie Meunier et le modèle Kawa.

Le collage consiste à permettre au patient de découper des images de magazines ou de journaux pour exprimer son vécu.

La Batterie Azima décrite plus haut propose cinq activités (dessin libre, peinture digitale...) dans un ordre précis. Celles-ci sont suivies d'un entretien afin que la personne puisse exprimer ses conflits internes, ses mécanismes de défense et son image de lui-même.

La Batterie Meunier est constituée de plusieurs épreuves de dessins. Elle permet d'analyser les relations objectales, le monde pulsionnel et l'image de soi du patient.

Le modèle Kawa sera explicité plus loin.

Conclusion

Pour conclure, nous pouvons donc dire que l'évaluation est une étape importante dans le processus d'intervention de l'ergothérapeute. Elle peut apparaître en début de prise en charge pour évaluer le patient et établir des objectifs, ainsi qu'à diverses reprises au cours du traitement afin d'évaluer les résultats de l'intervention et de pouvoir procéder à des réajustements.

Ces outils d'évaluation sont donc des supports qu'il faut pouvoir utiliser de manière réfléchie afin d'appréhender le patient dans sa globalité (et non de s'axer sur ses déficiences) sans entacher sa subjectivité (il s'agit de pouvoir avoir accès à l'univers de sens du patient et à sa compréhension de sa situation).

Dans la partie qui suit, nous décrirons l'auto-évaluation que propose le modèle Kawa.

E) LE MODELE KAWA

³⁴ Source : <https://www.anfemigal.fr/formation/EA21-PSY15/Les-methodes-projectives-dans-le-processus-d-evaluation-et-d-intervention-en-ergotherapie.html?PHPSESSID=96ctnfgg97m852h6fv7gun04j1> (consulté le 10/03/2019)

I) Le modèle kawa

a) Contexte/origine

Dans les années 2000, Michael K. Iwama et d'autres ergothérapeutes ont créé le modèle Kawa (« rivière ») au Japon. Il répondait à une question essentielle, à savoir : « Quel est le sens de l'ergothérapie au Japon ? ».

Jusqu'alors, la plupart des modèles conceptuels en ergothérapie étaient en effet majoritairement issus des pays occidentaux et emprunts de cette culture.

Une recherche qualitative a donc débuté avec quinze ergothérapeutes japonais travaillant dans différents domaines. Ils se sont réunis autour de groupes de discussion afin d'analyser les modèles et concepts de l'ergothérapie. Le modèle Kawa est issu de ces échanges et a été publié par Michael K. Iwama en 2006.

En se penchant sur le Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel* ou encore le Modèle de l'Occupation Humaine*, Iwama et ses collègues ont eu quelques difficultés de compréhension concernant certains aspects. Ces difficultés étaient selon eux liées à des inadéquations entre la culture occidentale et la leur. Ils en ont conclu que ces modèles ne pouvaient pas être appréhendés par les patients japonais, ce qui risquait d'amener à une mauvaise compréhension de leur vécu. Aussi, selon Wada (2011), la culture influe les perceptions qu'un individu a de sa santé et de son bien-être.

Ils ont alors entrepris de créer un modèle permettant au thérapeute de mettre à distance sa propre culture, afin que le patient puisse décrire sa situation de la manière la plus subjective possible.

Ce modèle est à la fois un modèle et un outil d'évaluation. Lors d'un entretien, il permet à la personne de faire le récit de sa vie à travers la métaphore d'une rivière. Il donne une vision holistique du patient.

b) Présentation du modèle

Ainsi, suite aux groupes de discussion entre M. Iwama et ses collègues, quatre concepts ont été retenus et l'idée de les relier à la métaphore d'une rivière est venue tout naturellement.

Les quatre concepts du modèle et leur symbolique sont :

- Les facteurs environnementaux (physiques ou sociaux), assimilés au lit de la rivière et aux rives
- Les circonstances de la vie et les problèmes, associés aux rochers
- Les déterminants personnels (atouts et handicaps), représentés par les bois flottants. Ils sont représentés libres si ce sont des atouts, et bloquant le courant s'ils représentent des handicaps.
- Le cours de la vie, la santé et l'énergie symbolisés par l'eau³⁵

Ainsi la rivière représente le cours de la vie. Le cycle de la vie est assimilé au cycle de l'eau, ce qui est très proche des croyances shintoïstes.

La santé est représentée par une rivière où l'eau coule sans obstructions (Iwama, 2005).

Le handicap, lui, est figuré par des rochers, un rétrécissement du lit de la rivière, un flux moins important...

II) L'auto-évaluation du modèle kawa

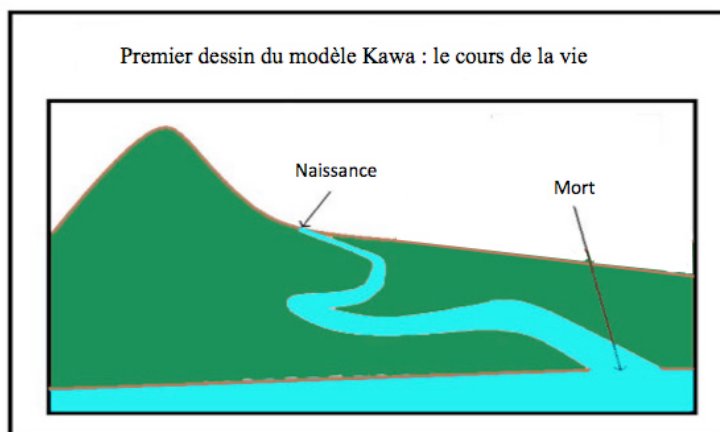
a) Présentation

L'auto-évaluation du modèle Kawa a donc pour but de faciliter l'introspection du patient en utilisant la métaphore de la rivière, afin de discuter avec lui d'objectifs thérapeutiques (J.Y Teoh & M. Iwama, 2015).

Dans cette auto-évaluation, deux dessins sont réalisés par le patient.

Dans le premier, il lui est demandé de symboliser sa vie comme un fleuve, s'écoulant du haut des montagnes (naissance) jusqu'à son embouchure dans l'océan (la mort). Ce dessin représente l'ensemble de la vie du patient, telle qu'il se la représente.

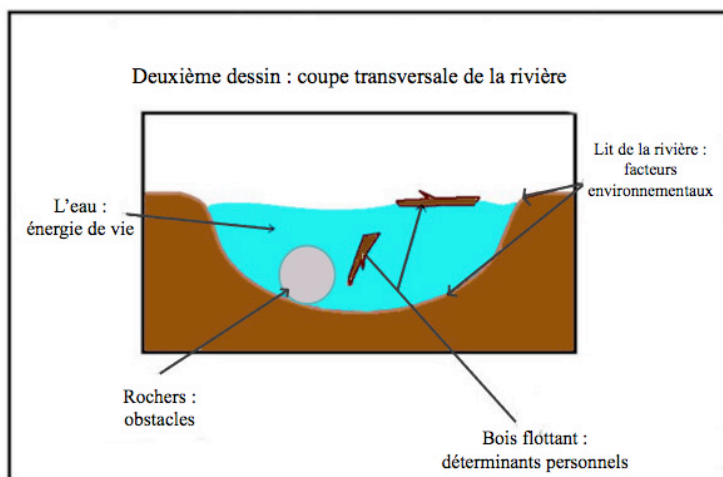
³⁵ se référer au schéma des concepts du modèle en Annexe II



Exemple de premier dessin du modèle Kawa

Le patient se place ensuite sur cette rivière, au moment où il pense se trouver présentement. Cette réalisation permet d'appréhender le contexte de vie de la personne. Elle lui permet de retracer son histoire, d'évoquer des événements de vie marquant. Cette rivière prend en compte le passé, le présent et le futur du patient (J.Y Teoh & M. Iwama, 2015).

Dans le deuxième dessin, il lui est demandé de dessiner l'intérieur de sa rivière, représentant son état dans ce moment présent.



Exemple de deuxième dessin du modèle kawa

Plusieurs éléments viennent alors symboliser les concepts du modèle :

- Les rochers (Iwa en japonais) représentent les obstacles. Ils obstruent plus ou moins le débit de l'eau (et donc de la vie). Ils permettent d'évaluer le ressenti que le patient a de ses problèmes (par exemple une maladie, un échec, une contrainte dans la vie quotidienne, mais aussi ses craintes et ses préoccupations).

- Les bois flottants (Ryuboku en japonais) sont les déterminants personnels du sujet (son caractère, ses valeurs, ses croyances, ses compétences, ses atouts matériels et non matériels, ses handicaps...). Ils peuvent bloquer le flux de l'eau lorsqu'ils se mettent en travers, tout comme ils peuvent faire bouger des obstacles. Ils sont donc soit positifs soit négatifs (J.Y Teoh & M. Iwama, 2015).
- Le lit de la rivière (Kawa no Zoko) et les rives (Torimaki en japonais) représentent les facteurs environnementaux que sont l'environnement familial, les collègues, les amis... Mais aussi l'environnement politique et physique du patient.
- L'eau (Mizu en japonais) représente l'énergie de vie ou le flux de la vie. Elle signifie la vie, l'énergie et la santé de la personne. Son volume, sa forme et son débit montrent une énergie plus ou moins importante du patient.
- Les espaces entre les rochers et les bois flottants sont les Sukima : c'est là où l'énergie de vie coule encore. Plus ils sont rétrécis, plus on observe la contrainte que l'environnement exerce sur le patient.

Néanmoins dans cette auto-évaluation le patient peut user des éléments de la rivière comme bon lui semble. Il ne s'agit pas de le reprendre si les éléments du bois flottant ne correspondent pas aux concepts théoriques mais de s'attacher au sens qu'il leur donne (J.Y Teoh & M. Iwama, 2015).

b) Protocole de passation

La passation se fait en six étapes (J.Y Teoh & M. Iwama, 2015) :

- Dans la première étape, il s'agit de présenter le modèle au patient et d'établir une relation de confiance.
- Le patient dessine ensuite ses 2 schémas (s'il ne peut ou ne souhaite pas dessiner, il est tout à fait possible d'utiliser d'autres supports tel que le collage par exemple).
- Suite à l'élaboration graphique, le patient explique et analyse alors son vécu à travers ses dessins.
- L'ergothérapeute identifie ensuite avec lui les priorités d'intervention : il analyse les espaces libres à dégager, discute avec le patient des problèmes sur lesquels travailler en priorité. Il s'agit de faire une synthèse des problèmes et, selon le concept de résolution de problème, de réfléchir à des pistes d'interventions.
- L'ergothérapeute isole alors les points sur lesquels il peut travailler en ergothérapie, formule avec le patient des objectifs et des moyens d'interventions et l'oriente vers d'autres professionnels pour les points qui dépassent son champ d'application.
- On passe ensuite à l'intervention proprement dite.

- Enfin, on évalue les résultats de l'intervention : Il s'agit pour le patient de refaire un dessin de sa situation actuelle, afin de faire un point sur ses avancées et les ressources qu'il a utilisées.

Ces étapes ne sont néanmoins pas figées : M. Iwama invite au contraire à adapter cette auto-évaluation à la personne (2006).

En effet, il ne parle pas de protocole de passation mais de processus de passation.

III) Un modèle centré sur le client

Selon F. Boillat et L. Margot-Cattin, les valeurs du modèle centré sur le client* se retrouvent aussi dans le modèle Kawa, grâce à la place laissée à la subjectivité du patient et à la souplesse du protocole de passation, permettant de s'adapter à chaque personne (2010).

En outre, par le biais de l'auto-évaluation du modèle Kawa, l'ergothérapeute se place dans une position non hiérarchique où il ne fait qu'accompagner le patient dans sa propre réflexion.

IV) La négociation d'objectifs thérapeutiques

Selon certains auteurs, cette centration sur le client permet l'établissement d'objectifs thérapeutiques en accord avec la personne (Carmody et coll., 2007 ; M. Iwama, 2006).

Le sens donné aux éléments de la rivière ne peut être interprété qu'au travers d'une collaboration et d'un échange entre patient et thérapeute (M.C Morel-Bracq, M. Iwama, 2008). Ainsi, la discussion de ces différents éléments de la métaphore favorise la négociation des objectifs thérapeutiques entre l'ergothérapeute et le patient (Richardson, Jobson et Miles, 2010).

De plus, selon Fieldhouse, dessiner une rivière de la naissance à la mort permet au client de se projeter dans l'avenir, ce qui favorise l'établissement d'objectifs thérapeutiques (2008).

Il s'agit ici de négocier avec la personne des différentes stratégies à mettre en place pour renforcer le courant. Pour ce faire, plusieurs méthodes (Morel-Bracq, M. Iwama, 2008) :

- débloquer les rochers, les réduire
- agrandir le lit de la rivière
- utiliser le bois à la dérive de façon à pousser les obstacles
- ... etc.

Ces objectifs thérapeutiques se concentrent sur « l'ici et maintenant », en accord avec la culture asiatique japonaise. Ils se basent sur une perception subjective que la personne a de sa situation.

V) Le modèle Kawa en santé mentale

Le modèle Kawa est cité dans le livre blanc comme un des modèles permettant d'asseoir plus scientifiquement la pratique de l'ergothérapie en santé mentale (2016).

L'utilisation de son outil d'auto-évaluation a fait l'objet d'études dans plusieurs pays. Les résultats démontrent un véritable intérêt concernant son application en santé mentale : facilité de compréhension, subjectivité, mise en avant des forces et des ressources, intégration de la personne dans son contexte, adaptabilité, dimension ludique : nombre de points positifs sont donc relevés.

Une recherche dans la littérature a permis de relever six études, dont deux que nous décrivons ci-après.

A Londres, Kee Hean Lim (2008 in Morel-Bracq, M. Iwama, 2008) fait sa thèse de doctorat sur l'utilité du modèle Kawa dans l'exploration du parcours de rétablissement d'usagers de services psychiatriques.

Cette auto-évaluation permet selon lui de souligner davantage les forces et les ressources des personnes (au lieu de se concentrer uniquement sur les incapacités). Son travail a mené à l'utilisation de ce modèle avec une patiente dépressive. Il en résulte que cette auto-évaluation a favorisé l'engagement et la participation de cette patiente dans sa prise en charge.

M. Iwama, D. Paxson et d'autres thérapeutes (2012) étudient l'application du modèle Kawa en santé mentale aux Etats-Unis avec deux patients sur une période de six semaines. Cette enquête révèle que malgré des difficultés d'utilisation de ce nouveau modèle pour les thérapeutes, celui-ci a amélioré la collaboration client/thérapeute et a entraîné des résultats positifs sur l'intervention.

VI) Les critiques actuelles du modèle Kawa

Des auteurs relèvent néanmoins des limites dans cet outil.

Selon M.C Morel-Bracq (2017), ce modèle n'est que peu structuré et ne donne aucun guide pour le travail à fournir ensuite. Les stratégies thérapeutiques émergent de ce fait de la collaboration entre le patient et le thérapeute.

Aussi Fieldhouse rapporte que certains cliniciens critiquent la simplicité du modèle en affirmant que ceci ne donne pas une description assez précise de la situation de la personne : certains aspects importants seraient oubliés (Lim, 2009 ; Richardson, Jobson et Miles, 2010). Les écrits de Fieldhouse (2008), Richardson, Jobson et Miles (2010) démontrent que le modèle Kawa est applicable en santé mentale, mais ils doutent qu'il puisse être appréhendé par des patients ayant des difficultés d'abstraction (ils prennent notamment l'exemple des personnes avec une schizophrénie importante qui risquent de ne pas avoir accès à la symbolique de la rivière).

Conclusion

En résumé, de nombreux ergothérapeutes s'entendent pour dire que le modèle Kawa pourrait favoriser une pratique centrée sur le client* (si le client est ouvert à la métaphore de la rivière).

En effet, la modalité projective permet d'illustrer le récit de vie de la personne de la manière la plus subjective possible et le thérapeute se place dans un positionnement égalitaire avec le patient afin d'impliquer activement la personne dans la démarche de soin.

Cette implication permettrait alors de faciliter la négociation d'objectifs thérapeutiques.

Il comporte cependant certaines contraintes dans la mesure où il nécessite des « capacités gestuelles » et une « coordination oculomotrice » ainsi que des capacités d'ordre cognitives comme les praxies, le langage et la résolution de problèmes. Aussi, des capacités d'introspection et d'abstraction sont nécessaires (I. Vallet, 2011, p.19).

Enfin, son abord systémique permet d'illustrer des situations aussi bien somatiques que psychiques, et permet un travail interdisciplinaire.

CONCLUSION DU CADRE THEORIQUE

Ainsi le modèle Kawa est un modèle ergothérapeutique récent élaboré dans une optique de prise en charge globale, prenant en compte la culture du client et ses valeurs. C'est un modèle de pratique gagnant à être reconnu. En effet, il correspond aux recommandations de l'OMS concernant la santé cherchant à lier modèle médical et modèle social (OMS, 2001, p.8).

Ce modèle a été repéré au niveau européen par TUNING (2008) pour faire partie des trois grands modèles d'ergothérapie avec le Modèle Canadien de la Performance Occupationnelle et le Modèle de l'Occupation Humaine*.

Il s'agit d'un modèle de pratique et non d'un instrument de mesure standardisé avec un protocole strict. Cela lui permet de s'adapter à la personne.

Ainsi, la métaphore de la rivière séduit de plus en plus d'ergothérapeutes et M. Iwama (2012) invite d'autres chercheurs à poursuivre ces études auprès de patients en santé mentale dans une variété de contextes, avec des âges et des diagnostics différents et un échantillon plus important afin d'étudier davantage son applicabilité dans ce domaine.

Ce mémoire de recherche s'attachera donc à étudier l'applicabilité du modèle Kawa auprès de personnes bipolaires, en sachant qu'aucune étude n'a encore été réalisée avec cette population.

Après vous avoir présenté ces différents concepts, il me semble nécessaire de vous rappeler la problématique de ce mémoire :

En quoi l'utilisation de **l'évaluation du modèle Kawa** influence-t-elle l'accompagnement du **patient bipolaire** dans l'établissement **d'objectifs ergothérapeutiques** ?

Cette recherche théorique m'a ensuite permis de formuler l'hypothèse que voici :

En favorisant **l'auto-analyse** de la personne bipolaire, la **modalité projective** du modèle Kawa facilite la **négociation d'objectifs ergothérapeutiques**.

LA METHODOLOGIE DE RECHERCHE

A) METHODOLOGIE DE L'ENQUÊTE

Afin de confirmer ou d'invalider mon hypothèse, mon enquête s'est composée de trois observations d'une passation du modèle Kawa d'un ergothérapeute à un patient bipolaire, suivi d'entretiens semi-directif avec ces trois ergothérapeutes.

I) Objectifs de l'enquête

Ces objectifs sont au nombre de trois :

- **Analyser l'influence de la modalité projective du modèle Kawa sur l'auto-analyse que la personne bipolaire a de sa situation lors d'une passation sur une séance**

Critères d'évaluation pour l'observation :

Cet objectif s'attachera à observer la projection du patient sur la métaphore de la rivière (que représentent les rochers, les bois flottants... sur le plan symbolique et comment les symbolise-t-il) et l'influence de cette projection sur son auto-analyse : à savoir la définition que le patient se fait de ses problèmes, ses idées sur les causes, l'analyse de ses forces, ses ressources, ses faiblesses, leur impact sur les problèmes, ainsi que sa projection dans l'avenir (plus ces renseignements seront fournis, plus cela démontrera une influence positive de la modalité projective de ce modèle sur son auto-analyse)³⁶.

Critères pour l'entretien avec l'ergothérapeute :

Il s'agira ici d'analyser le champ lexical de l'ergothérapeute : observer au moins un vocabulaire positif.

- **Observer la collaboration entre le patient et le thérapeute lors de la passation de l'auto-évaluation du modèle Kawa sur une séance**

Cet objectif s'attachera à analyser les échanges entre le patient et l'ergothérapeute (alliance thérapeutique), notamment lors de la négociation d'objectifs et d'observer la fréquence

³⁶ se référer à la grille d'observation en Annexe IV

d'objectifs en accord avec le patient³⁷, ainsi que le témoignage de l'ergothérapeute en entretien.

- **Evaluer l'influence du modèle Kawa pour ce qui est de favoriser l'établissement d'objectifs ergothérapeutiques lors de cette passation**

Celui-ci permettra d'analyser la valeur ergothérapeutique des objectifs au sortir de la passation (en rapport avec la notion d'activité) et du témoignage de l'ergothérapeute.

II) Le choix de la population

Voici les deux populations sélectionnées pour l'observation (des patients et ergothérapeutes) et l'entretien (avec les ergothérapeutes) sous forme de tableau :

Choix de la population	Trois patients	Trois ergothérapeutes
Critères d'inclusion	- patients bipolaires - patients adultes, seniors et personnes âgées	- Détenir le diplôme d'ergothérapeute - exercer en santé mentale - Connaître le modèle Kawa
Critères d'exclusion	- autres pathologies - enfants ou adolescents - patients avec des troubles cognitifs rendant impossible la compréhension de la métaphore	- Difficultés d'expression verbale et orale de la langue française - Les autres corps de métier - Ne pas connaître le modèle Kawa

Pour les patients bipolaires, j'ai décidé de ne pas écarter une phase (maniaque ou dépressive) et je n'ai pas émis de critères concernant le lieu (intra ou extrahospitalier) car il me semble intéressant de voir comment le modèle Kawa peut s'adapter à ces différentes personnes et ces différents contextes.

Pour l'entretien, j'ai choisi d'aller questionner des ergothérapeutes car ils me semblent plus au fait de la démarche de l'ergothérapie, notamment lors de l'établissement d'objectifs ergothérapeutiques.

Pour l'observation de la passation, ceux-ci n'ont pas forcément l'obligation d'avoir déjà utilisé cette auto-évaluation (je viens ici observer les ergothérapeutes passer cette évaluation à des patients, quelque soit leur expérience de celle-ci), mais ceci est un critère obligatoire pour l'entretien (pour répondre à mes questions d'entretien, il est nécessaire aux ergothérapeutes d'avoir déjà fait passer ce modèle, et ce au moins une fois avec le patient bipolaire observé antérieurement).

³⁷ se référer à la grille d'observation en Annexe IV

Pour constituer mon échantillon d'ergothérapeutes, j'ai consulté ma maîtresse de mémoire qui m'a donné les coordonnées d'autres ergothérapeutes. Des échanges de mails et des rencontres m'ont ainsi permis de constituer mon échantillon. Il s'agit donc là d'un mode d'accès indirect par l'entremise d'un tiers. Celui-ci est souvent utilisé lorsque l'on souhaite accéder à une population spécifique et pour appuyer notre demande par celle de quelqu'un de plus proche de la population : ceci peut alors maximiser les chances d'acceptation (A. Blanchet, 1992).

Pour les patients, ce sont les ergothérapeutes qui m'ont mis en contact avec eux.

Aussi, j'ai demandé aux ergothérapeutes si elles ne connaissaient pas d'autres ergothérapeutes ainsi que des patients pour qui il serait intéressant de faire passer cette auto-évaluation. Il s'agit donc d'une méthode de proche en proche qui consiste à demander à un premier interviewé de désigner d'autres personnes (A. Blanchet, 1992).

III) Choix et construction de l'outil d'investigation

a) L'observation

Mon premier outil d'investigation fut l'observation. Elle consiste en une observation désengagée à découvert de deux ergothérapeutes et deux patients bipolaires (mes observations devaient être au nombre de trois, mais l'un des patients a finalement refusé que je sois présente lors de la passation).

J'ai appliqué une observation narrative. Celle-ci est l'élaboration d'un récit qui relève précisément la chronologie et l'enchaînement des événements (A. Blanchet, 2013). Il s'agit de prendre des notes sur les énoncés, les actes, les réactions des personnes, de manière la plus objective possible en évitant toute interprétation explicite lors du relevé (J.P. Roux, 1982). Elle permet ainsi d'avoir une observation flottante, appliquée à un champ large et pouvant rendre compte de la pluralité des événements (A. Blanchet, 2013), mais aussi une observation focalisée sur les comportements relevant d'un champ défini à l'avance (J.P. Roux, 1982)³⁸.

Ceci a permis à mon sens de rendre compte de manière chronologique la succession des phases dans l'auto-évaluation du modèle Kawa (élaboration du premier dessin, du deuxième dessin...) afin d'analyser à posteriori leur impact sur l'établissement d'objectifs ergothérapeutiques. Selon Richardson, Jobson et Miles, c'est la discussion de l'ensemble des éléments (obstacles, facteurs environnementaux, santé...) du dessin de la rivière qui favoriserait la négociation des objectifs entre le thérapeute et le patient (2010). Par cette

³⁸ Voir les grilles d'observation en Annexe IV

observation narrative, je souhaitais également rendre compte de la dynamique des échanges entre le patient et le thérapeute.

J'ai choisi d'observer à découvert car l'observation incognito pose un problème déontologique dans le sens où le participant ne peut délivrer son consentement.

Aussi j'ai choisi une observation désengagée afin de me consacrer totalement au recueil des données et pour avoir un point de vue large sur la situation (S. Paugam, 2012).

La confidentialité des trois thérapeutes et des patients participants a été maintenue en gardant leurs identités anonymes.

b) L'entretien

Les créateurs de l'entretien de recherche sont Roethlisberger et Dickson (1943). Il est « un entretien entre deux personnes, un interviewer et un interviewé, conduit et enregistré par l'interviewer, ce dernier ayant pour objectif de favoriser la production d'un discours linéaire de l'interviewé sur un thème défini dans le cadre de recherche » (A. Blanchet, 2013, p.84). Il suppose une activité d'analyse et d'interprétation de l'ergothérapeute qui permettra à mon sens de compléter l'observation directe réalisée antérieurement.

J'ai choisi un entretien semi directif afin de laisser une liberté d'expression à l'interviewé pour avoir une représentation plus large de la situation tout en pouvant le réorienter sur le sujet (Quivy & van Campenhoudt (2011). Cet outil permet selon moi d'avoir un champ de réponses qualitatives plus élargi qu'un questionnaire, ce qui me semble plus adapté à ce sujet qui touche à la subjectivité (auto-analyse) du patient et à la relation thérapeutique entre soignant-soigné qui ne sont pas des notions quantifiables. Aussi, l'étude quantitative requière un large panel de personnes interrogées, ce qui est impossible dans mon cas : le nombre d'ergothérapeutes utilisant le modèle Kawa en France étant limité.

Le guide d'entretien comprend la formulation d'une consigne et d'axes thématiques (A. Blanchet, 1992).

Une consigne est une question assez large qui rend compte du thème de l'entretien. Voici celle que j'ai formulée : « Qu'est-ce que vous pouvez me dire de cette passation ? ». Cette question permet alors à l'ergothérapeute d'évoquer ce qu'il a retenu de la passation antérieure du modèle Kawa au patient bipolaire en pouvant y inscrire son propre discours.

Les thèmes que j'ai développés sont ensuite au nombre de 4 :

- **Les objectifs globaux et le cadre de référence de l'ergothérapeute**

D'après Muriel Launois (2015) les objectifs thérapeutiques en psychiatrie sont influencés par le cadre de référence de l'ergothérapeute et de la structure. Il m'a semblé donc important de pouvoir rendre compte de cette influence.

- **L'utilisation de la modalité projective**

Ce thème comporte des questions me permettant de recueillir l'avis du thérapeute sur l'apport possible de la modalité projective pour les personnes bipolaires et leur auto-analyse. En effet, selon Iwama ce modèle permet à tout individu de partager sa subjectivité propre (2006).

- **La relation et l'alliance thérapeutique entre le patient et le thérapeute**

Ces questions permettent de rendre compte de la qualité de l'alliance thérapeutique entre le patient et le thérapeute et l'influence de la modalité projective sur cette collaboration (notamment dans la négociation d'objectifs). En effet, toujours d'après Iwama (2005), le modèle Kawa permet une relation non hiérarchique et non directive, ce qui facilite la négociation d'objectifs thérapeutiques.

- **L'établissement d'objectifs ergothérapeutiques**

Ce thème est constitué de questions sur la manière dont l'ergothérapeute définit ce que sont des « objectifs ergothérapeutiques » et l'interroge sur la capacité du modèle Kawa à favoriser ou non l'établissement d'objectifs ergothérapeutiques.

Des questions d'ouvertures ont également été posées afin d'aller un peu plus loin dans ma réflexion sur le modèle (notamment concernant l'impact du modèle Kawa sur l'intervention, ses limites et ses avantages).

Ma grille d'entretien a été testée avec ma maîtresse de mémoire (travaillant en santé mentale et ayant déjà utilisé le modèle Kawa) et avec une psychiatre qui m'a déjà observé faire passer cette auto-évaluation mais qui n'est pas au fait de la démarche de l'ergothérapie.

B) PRESENTATION DU DEROULE DE L'ETUDE

I) Présentation du cadre des passations

	1ere passation	2^e passation	3^e passation
Présentation du lieu	Au centre de jour, dans la salle d'ergothérapie	A l'hôpital psychiatrique, dans la salle d'ergothérapie	A l'hôpital psychiatrique, dans la salle d'ergothérapie
Durée de la passation	45 minutes	1h	1h30

Matériel	Format papier et crayons, stylos, crayons de couleurs, feutres, support visuel pour la coupe transversale de la rivière ³⁹	Format papier crayon, crayons de couleurs	Format papier crayon, crayons de couleurs
Orientation de l'institution	Psychodynamique	Pas d'orientation particulière (utilisation du modèle psychodynamique et réhabilitation psychosociale)	Pas d'orientation particulière

II) Présentation des ergothérapeutes

	1ere passation	2 ^e passation	3 ^e passation
Age	44 ans	25 ans	24 ans
Sexe	Féminin	Féminin	Féminin
Utilisation antérieure du modèle kawa	Trois fois	non	Une fois avec une patiente bipolaire

III) Présentation des patients

Les patients présentés ici sont les patients bipolaires à qui les ergothérapeutes ont fait passer l'auto-évaluation du modèle Kawa. Il est à noter que pour la première passation, le patient n'a pas souhaité que je participe à la séance, mais a accepté que l'ergothérapeute m'en fasse un compte rendu. Les informations de la première passation sont donc issues du compte rendu de l'ergothérapeute.

	1ere passation : Ms L	2 ^e passation : Mme D	3 ^e passation : Ms M
Age	49 ans	58 ans	66 ans
Sexe	Masculin	Féminin	Masculin
Sémiologie actuelle	Humeur dépressive, sentiment d'inutilité et auto-dévalorisation	Désinhibition, accélération psychomotrice, fuite des idées, discours logorrhéique, passage du coq à l'âne et éléments délirants mégalomaniaques	Plus de symptômes maniaques à l'heure actuelle
Diagnostic	Trouble bipolaire de type II	Trouble bipolaire de type I	Trouble bipolaire de type I
Phase actuelle	Episode dépressif	Phase maniaque	Phase d'intervalle libre
Suivi actuel	Suivi au CMP et au centre de jour depuis 2015	La patiente est hospitalisée pour la deuxième fois en soins psychiatriques à la demande d'un tiers (SPDT* ⁴⁰). C'est son mari qui a demandé son hospitalisation.	Est hospitalisé depuis deux mois et est aujourd'hui en soins psychiatriques libres (SPL*). Son hospitalisation touche à sa fin.

³⁹ pour voir ce support, se référer à l'Annexe X

⁴⁰ Pour plus d'informations sur les modalités d'hospitalisation, se référer au glossaire.

Attentes du patient	Rééduquer sa mémoire et retrouver plus d'envies	Sortir. La patiente est très ambivalente vis à vis du soin et ne comprend pas son « enfermement »	Non renseigné
----------------------------	---	--	---------------

C) PRESENTATION ET ANALYSE DES RESULTATS DE L'OBSERVATION

Thème	Sous thème	1ere passation (Monsieur L : Patient en phase dépressive en extrahospitalier)	2eme passation (Madame D : Patient en phase maniaque en intrahospitalier)	3eme passation (Monsieur M : Patient en phase stable en intrahospitalier)
Utilisation de la modalité projective et plan subjectif	Plan symbolique (manière dont le patient symbolise les éléments et ce qu'ils représentent pour lui)	<p>L'environnement positif évoqué n'est plus actuel ou bien est également teinté de négatif.</p> <p>Le patient exprime que l'eau s'écoule moins bien qu'avant.</p> <p>Il dessine avec un stylo bleu.</p>	<p>La patiente ne symbolise pas les concepts du modèle hormis le sable (environnement).</p> <p>Elle découpe sa coupe transversale en une partie positive (avec un « + ») et une partie négative (avec un « - »)</p> <p>La patiente use de quatre feuilles accolées les une aux autres pour dessiner son fleuve.</p> <p>Elle utilise un crayon de couleur pour colorer le sable et utilise pour le reste le crayon de papier.</p> <p>Tous les éléments évoqués par la patiente sont positifs sauf son « enfermement » en psychiatrie.</p> <p>Le mot « papa » est disposé entre la partie positive et la partie négative.</p> <p>Mme D a assimilé son fleuve à la ligne de vie que propose le MOH (courbe de l'humeur en fonction des événements de la vie).</p>	<p>Le patient utilise également des « + » et des « - » pour spécifier le caractère positif ou négatif de ses facteurs environnementaux.</p> <p>Il utilise le crayon de papier.</p> <p>Ms M se trompe de caractéristiques à plusieurs reprises ou est confus pour ce qui est de la manière de symboliser un élément (ne sait par exemple pas s'il doit représenter sa maladie par un rocher, l'eau, les rives ou un bois flottant).</p>

	Auto-analyse	Le patient définit ses problèmes et son idée sur les causes mais ne soulève ni ses forces ni ses ressources. Il n'exprime aucun désir ni projection dans l'avenir	Son seul problème est l'enfermement (son hospitalisation). Elle évoque beaucoup de ses forces et de ses ressources, aucune de ses faiblesses et exprime avoir des « tonnes de projets » d'avenir	Ms M identifie ses problèmes, ses forces, ses ressources, ses faiblesses, ses désirs, ses aspirations et se projette dans l'avenir
La collaboration entre thérapeute et patient	Relation et alliance thérapeutique	La relation n'a pu être observée car je n'étais pas présente lors de la passation.	Thérapeute peu directive (accepte l'absence de symbolisation, n'interromps pas la patiente) Celle-ci adopte une écoute active : se place en position d'écoute et questionne la patiente. La patiente se livre librement (sur des éléments de sa vie), pose des questions, exprime son intérêt pour la métaphore et son affection pour la thérapeute. Thérapeute et patiente souriantes	Thérapeute plus directive que la précédente (reprend le patient lorsqu'un de ses éléments ne correspond pas au concept du modèle, donne des conseils pour les symboliser) Adopte une écoute active Le patient se livre librement, pose des questions, les demandes d'approbations sont fréquentes sur la manière de symboliser les éléments, Il exprime son plaisir d'être en présence du thérapeute. Thérapeute et patient souriants
	Négociation d'objectifs	Des objectifs ont été établis par l'ergothérapeute après la passation et cette dernière souhaite laisser au patient le temps de définir ses objectifs. Les objectifs décrits ci-après sont donc les objectifs établis par l'ergothérapeute	N'a pu être observée car la séance était trop courte et la patiente est sortie peu de temps après de l'hôpital (ainsi cela n'a pu être repris avec elle)	Tous les objectifs ont été établis par le patient et l'ergothérapeute a relevé les objectifs spécifiques à l'ergothérapie
L'établissement d'objectifs ergothérapeutiques	- « voir les choses positives »	- objectif de réassurance et de valorisation - reprendre d'anciennes activités (écouter de la musique, revoir ses amis)	L'ergothérapeute n'a pas pu établir d'objectifs ergothérapeutiques	- Préparer sa retraite
	- objectif de réassurance et de valorisation			- Entrer dans une association
	- reprendre d'anciennes activités (écouter de la musique, revoir ses amis)			- Donner des cours de français à des jeunes étrangers

			- Reprendre le vélo - Jouer aux jeux de cartes
Commentaires des patients sur l'auto-évaluation du modèle kawa en fin de séance	Non renseigné	« ça demande de l'énergie : déjà pour comprendre la métaphore, et puis pour se poser pendant 1h ! » Les ergothérapeutes m'ont également rapportées que la patiente avait dit aux autres patients qu'on lui avait fait passer un test de QI	« C'était trop court » « le premier dessin ça va mais j'ai eu du mal à faire la coupe, à styliser les symboles » « L'ergothérapeute se mélangeait les pinceaux et du coup je ne comprenais pas non plus »

Pour voir les dessins des patients, se référer aux Annexes XI et XII.

Pour voir l'entièreté des résultats de l'observation, se référer aux Annexes V, VI et VII.

D) PRESENTATION ET ANALYSE CROISEE DES RESULTATS

L'analyse s'est effectuée en plusieurs étapes. D'abord, les verbatim ont été retranscrits dans leur totalité. En effet, « pour tester les hypothèses à partir d'entretiens semi-directifs, il est nécessaire de commencer par les retranscrire » (R. Quivy & L. Van Campenhoudt, 2011, p. 199). Ces verbatim constituent les matériaux bruts.

Ceux-ci ne permettent pas de confirmer ou d'infirmer mes hypothèses. Il est alors nécessaire d'« organiser ce matériau d'une manière qui permette son analyse. » (L. Van Campenhoudt & R. Quivy, 2011, p. 199). Pour ce faire, j'ai ainsi procédé à une méthode d'analyse de contenu : « L'analyse de contenu occupe une grande place dans la recherche sociale, notamment parce qu'elle offre la possibilité de traiter de manière méthodique des informations et des témoignages qui présentent un certain degré de profondeur et de complexité, comme par exemple les rapports d'entretiens semi-directifs. » (L. Van Campenhoudt & R. Quivy, 2011, p. 207).

La méthode d'analyse du contenu utilisée pour le traitement de l'entretien et de l'observation est une méthode d'analyse par thématique, découpée en thème et sous-thèmes (R. Quivy et L. Van Campenhoudt, 2011).

La définition des thèmes et la construction de la grille de lecture reposent sur les objectifs de la recherche.

Cette analyse est une analyse croisée des résultats de l'observation et de l'entretien.

L'entièreté des résultats de ceux-ci a été mise en annexes⁴¹.

I) Thème : Utilisation de la modalité projective et plan subjectif

a) Sous thème : Plan symbolique

En ce qui concerne le plan symbolique, (1) les trois ergothérapeutes interrogées expriment que la métaphore peut être difficile à comprendre pour certains patients, notamment pour le deuxième dessin. (2) Elles affirment néanmoins que les personnes bipolaires ont des capacités de symbolisation suffisantes pour qu'elle leur soit accessible. Lors des trois observations, on constate en effet que les patients parviennent à se projeter sur les différents éléments du modèle.

(3) Les trois soignantes expriment également que la modalité projective peut permettre de découvrir la personne.

Selon les patients et leurs épisodes d'humeur respectifs, (4) une ergothérapeute dit que la confrontation à la nouveauté engendrée par la modalité projective a été premièrement angoissante pour le patient en phase dépressive. (5) Une autre des interviewées exprime que le fait d'utiliser la symbolisation par le dessin peut permettre de passer par un langage différent des mots, ce qui peut être cadrant pour les personnes en phase maniaque dont la logorrhée est importante. Deux ergothérapeutes expriment également que le dessin permet de poser les éléments : éléments auxquels le thérapeute pourra se raccrocher pour ramener le patient en phase maniaque dans le cadre de la séance. (6) Néanmoins une des soignante dit également que la métaphore et la symbolique des éléments favorise les associations libres de la patiente en phase maniaque et donc la fuite des idées. Lors de l'observation, on constate effectivement que la patiente utilise quatre feuilles pour représenter son fleuve et que le premier dessin donne lieu à de nombreuses digressions. (7) Enfin, une des ergothérapeutes exprime que ce modèle permet d'observer l'état d'esprit dans lequel le patient est à ce moment-là, ce qui peut varier en fonction de l'humeur des personnes bipolaires : il permet ainsi d'observer les variabilités de l'humeur de ces personnes et leur symptomatologie. Dans

⁴¹ Se référer aux Annexes V, VI et VII pour les résultats de l'observation et à l'annexe IX pour la retranscription d'un des entretiens

l'observation, on voit effectivement que le patient en phase dépressive n'utilise que le stylo et fait très rapidement son dessin, tandis que la patiente en phase maniaque prend beaucoup plus de temps, plus de feuilles et utilise des crayons de couleurs.

(3) Modalité projective et connaissance de la personne

L'une des ergothérapeutes interviewée dit que la modalité projective nous permet de découvrir davantage la personnalité de la personne : *« C'est vrai que du coup on voit qu'il fait attention aux détails et que chaque chose a son importance alors que nous on pourrait pas croire que la personne apporte autant d'attention à des tout tout tout petits détails. Donc c'était intéressant ça permet aussi de découvrir d'autres points de la personnalité de la personne ».*

Deux des soignantes expriment qu'elle permet de mieux connaître la personne vis à vis des événements de sa vie évoqués à travers le cours d'eau. L'une dit : *« Ce qu'elle nous dit du courant de sa vie, ça permet de plus préciser, d'aller un peu plus loin dans la prise en charge de la patiente, de mieux la connaître »*

(4) Patient dépressif et confrontation à la nouveauté de la métaphore

La première ergothérapeute interviewée nous dit que la confrontation à la nouveauté a été angoissante au début pour le patient en phase dépressive : *« il était pas rassuré, donc il a d'abord fallu que je le rassure, déjà qu'il ait pu accepter quelque chose dont il avait... qu'il connaissait pas, parce que déjà on utilise une métaphore donc faut déjà essayer de comprendre cette métaphore, arriver à se prêter au jeu ».*

(5) Modalité projective et cadre pour les personnes en phase maniaque

Deux ergothérapeutes expriment que le dessin peut canaliser les personnes en phase maniaque. L'une d'elle dit : *« le fait de mettre les choses à plat ça peut permettre aussi de canaliser ! ».*

L'autre dit également : *« je pense que ça l'a aidé aussi, le fait de faire une courbe, à se recentrer un petit peu, que par du coup l'illustration, ça c'était quand même plus facile, je pense, avec madame qui était quand même dans une association d'idées importantes, une tachypsychie, et une logorrhée importante ».*

Celle-ci ajoute : *« J pense que c'est un outil cadrant parce qu'on peut se raccrocher aux choses pour remettre la personne dans l'outil et du coup dans l'entretien ».*

(6) Modalité projective et fuite des idées des personnes en phase maniaque

L'ergothérapeute qui a fait passer le modèle Kawa à une patiente bipolaire nous dit : *« que ce soit de façon imagée je trouve que ça amène vers du coup cette expression et du coup ces associations libres qu'elle va nous faire donc c'est pas un cadre comme d'autres évaluations qui sont donc du coup plus cadrantes »*.

Elle conclut néanmoins en disant : *« c'était compliqué quand même (Rires)... Je sais pas si le dessin l'a canalisé où si ça a favorisé les digressions. Ça a mis du temps, après elle a quand même réussi à produire quelque chose, à aller au bout sans trop s'éparpiller et à être totalement dans autre chose parce que même si elle parlait beaucoup c'était souvent en lien avec ce qu'elle nous disait, avec des éléments de sa vie, donc je pense que ça l'a quand même contenu »*.

(7) Modalité projective et observation de l'humeur et de la symptomatologie des patients

L'une des ergothérapeutes ayant fait passer l'auto-évaluation au patient en phase dépressive nous dit que cette modalité nous renseigne sur l'état d'esprit de la personne à l'instant T : *« je pense que ça reflète quand même pas mal l'état d'esprit dans lequel est le patient à ce moment-là »*.

Ce qui peut permettre d'observer des différences selon les phases des personnes bipolaires. Elle nous dit également : *« il a pas utilisé de couleurs du tout, il a quand même été assez rapide dans l'exécution de sa rivière et de la coupe, après si il avait été dans une autre phase, peut-être qu'il aurait mis de la couleur, peut-être qu'il aurait mis plus de temps... »*.

b) Sous thème : Auto-analyse du patient

En ce qui concerne l'auto-analyse, (1) deux ergothérapeutes ont trouvé ce modèle intéressant pour l'histoire de vie du patient que le premier dessin faisait émerger, celui-ci favorisant l'auto-analyse. (2) Selon deux des soignantes, la modalité projective favorise le fait de mettre des mots sur ses difficultés. (3) Les trois interviewées affirment que l'auto-évaluation du modèle Kawa permet de mettre des mots en image et d'avoir ainsi un support visuel, propice à l'analyse. (4) Selon l'une des ergothérapeutes, le dessin de la coupe permet aux patients de se questionner sur l'impact (est-ce plutôt un obstacle ? un facilitateur ?) de chaque élément qu'ils amènent. (5) Celle-ci exprime également que la symbolisation amène une reconnaissance de son inconscient à l'œuvre, ce qui alimente leur perception de leur situation.

En fonction des patients et de leurs épisodes d'humeur respectifs, (6) la soignante ayant fait passer le modèle à une personne en phase dépressive observe que cette dernière n'a pointé que des éléments négatifs (7) ; celle dont la patiente était en phase maniaque a constaté au contraire qu'il ne ressortait dans son auto-évaluation que des éléments positifs. (8) Enfin, l'interviewée dont le patient était en phase d'intervalle libre exprime que cette auto-évaluation a favorisé son auto-analyse. Lors de l'observation, on constate en effet que le patient évoque aussi bien ses forces que ses faiblesses et qu'il semble avoir une analyse plus globale de sa situation.

(1) L'intérêt du premier dessin et de l'histoire de vie du patient

L'intérêt pour le premier dessin est évoqué par deux ergothérapeutes. L'une d'elle dit en effet : *« moi j'ai trouvé ça super intéressant donc déjà première partie, sur sa courbe de vie, son histoire, les différents événements par lesquels elle était passée dans sa vie ».*

L'autre nous dit également : *« Moi je trouve que la première partie est très intéressante parce que du coup ça permet à la personne de se situer dans le temps, peut-être de refaire le point et aussi de se remémorer aussi tout ce qui s'est passé, qu'est ce qui a été important ou pas dans sa vie ».*

(2) Modalité projective et mise en mot sur ses difficultés

L'ergothérapeute ayant fait passer le modèle au patient en phase dépressive nous dit : *« il a pu mettre des mots, ce qui est quand même pas mal »*

Une autre des interviewées nous dit également : *« ça peut ben favoriser le fait de mettre des mots sur ces difficultés là, si c'est des grosses difficultés, des petites, sur comment ils le ressentent ».*

Cette même soignante exprime que le dessin aide à la projection et la mise en mot : *« Nous on le voit en groupe : passer par le dessin des fois ça favorise la projection et du fait d'utiliser un peu le dessin pour parler de soi, moi je trouve que ça marche très bien avec les patients, notamment les patients bipolaires ».*

(3) Modalité projective et mise en image : un support visuel propice à l'analyse

Une des ergothérapeutes compare l'entretien et la passation du modèle Kawa comme suit : *« quand on a un entretien par exemple, c'est par bribes que ça vient les informations. Et là en fait c'est posé sur une seule feuille donc oui je pense que ça a permis de clarifier des choses pour lui ».*

L'ergothérapeute ayant fait passer le modèle Kawa à la patiente en phase maniaque exprime ceci : *« je pense que ça l'a aidé aussi, le fait de faire une courbe, à se recentrer un petit peu, à faire que ce soit un petit peu plus clair pour elle, ou en tout cas, je pense que à un entretien oral si on avait fait la même chose, je pense que ça aurait été très difficile, de vraiment suivre cette chronologie, de suivre les différents événements de sa vie; voilà ça a permis d'analyser un peu tout ça ».*

Elle exprime également : *« on est pas que dans des paroles, on est aussi dans le visuel. Donc voilà je trouve que de façon visuelle, de façon un peu illustrée, ça peut peut-être les aider ».*

La dernière ergothérapeute exprime le même discours : *« Mais après c'est intéressant parce que ça permet quand même de visualiser, de mettre en image des mots et ça permet de mettre en avant certains points ».*

Ainsi les ergothérapeutes soulignent l'aspect visuel qui permet de suivre une chronologie, de se recentrer et de « poser les choses à plat ».

(4) Réflexion sur la place de chaque élément

L'une des ergothérapeutes évoque la réflexion de sa patiente en phase maniaque pour ce qui est de placer ses éléments : *« je trouve qu'avec madame D elle nous avait jamais parlé avant de ce père et de ce père où est ce qu'elle le met : de le placer. Je pense que ça a mis une réflexion de : ben en fait il est aussi bien dans quelque chose de positif mais aussi négatif. Ça a amené quand même une réflexion sur : « ok j'ai envie de parler de ça, mais du coup comment est-ce que je le représente : plutôt comme un facilitateur ? Plutôt comme un obstacle ? » enfin du coup ça les amène à se positionner dans leur représentation ».*

(5) Une reconnaissance de son inconscient à l'œuvre

L'une des ergothérapeutes évoque aussi la projection de l'inconscient que la modalité projective amène, propice à l'auto-analyse des personnes : *« Je pense que ça amène aussi un peu d'inconscient et je pense que ça peut être intéressant de voir un petit peu ça avec eux et qu'ils se disent « ben ouais en fait, je pensais pas que c'était aussi important mais là par ce dessin, je vois que moi je l'ai vraiment mis en valeur » ».*

(6) L'auto-évaluation négative des personnes en phase dépressive

La soignante ayant fait passer le modèle au patient en phase dépressive nous dit : *« les faiblesses il les a pointées, après les ressources en fait il a plus fait allusion à ce qui étaient*

des ressources dans le passé mais... maintenant... en fait il a une tellement mauvaise, une piètre opinion de lui-même que les choses positives il les a pas vues. Pourtant y en a hein mais il les a pas vues ! »

Elle nous dit néanmoins : *« mais je pense qu'à force de discussion, il arrivera à aller les pointer ».*

(7) L'auto-évaluation positive des personnes en phase maniaque

L'ergothérapeute dont la patiente était en phase maniaque nous dit : *« J'ai eu l'impression qu'elle était plus dans un truc d'auto-valorisation. Enfin c'était aussi un moment où je pense que c'était trop dur pour elle de voir les aspects négatifs de sa vie et qu'elle était aussi dans un mouvement de tout valoriser, de tout trouver bien, de tout trouver positif, et que c'était compliqué aussi pour elle de dire des choses négatives ».*

(8) Une bonne auto-analyse pour le patient en phase stable

L'interviewée dont le patient était en phase stable nous dit : *« il a évoqué ses forces, ses faiblesses, et il arrive plutôt bien à avoir du recul là-dessus, à critiquer tout ça donc je pense que oui ça lui a permis de faire le point et de voir peut-être plus ses envies et sur quoi il avait envie de partir ».*

II) Thème : La collaboration entre patient et thérapeute

a) Sous thème : Relation et alliance thérapeutique

En ce qui concerne la relation et l'alliance thérapeutique, (1) l'une des ergothérapeutes nous dit qu'il est nécessaire de connaître la personne et d'avoir établi un lien de confiance avant de faire passer ce modèle à un patient en psychiatrie ; (2) Les trois professionnelles expriment que cette auto-évaluation permet de renforcer la relation et l'alliance thérapeutique car soignant et soigné sont au même niveau, les patients se livrent davantage ce qui permet d'apprendre à les connaître et donc de renforcer le lien et car, en acceptant de se lancer dans l'inconnu, la relation de confiance entre le patient et le thérapeute se renforce.

Lors de la passation, on observe en effet que soignant et thérapeutes sont souriants, ouverts à la plaisanterie et que les patients se livrent sur des sujets personnels (dénotant ainsi une certaine confiance).

Selon les patients et leurs épisodes d'humeur respectifs, (3) L'ergothérapeute dont le patient avait une humeur dépressive exprime qu'il n'était pas rassuré au début et qu'il a fallu le rassurer. (4) L'interviewée qui a fait passer l'auto-évaluation à la patiente en phase maniaque exprime que cela impliquait une grande implication et une grande concentration du thérapeute car les digressions fréquentes de la patiente nécessitait de la ramener chaque fois dans le cadre de la séance.

(1) Nécessité d'avoir établi un lien de confiance avant la passation

En effet, l'une des ergothérapeutes nous dit qu'elle est nécessaire afin que le patient puisse se sentir en confiance : *« Je pense que vu qu'on a quand même créé du lien il se sentait peut-être plus à même de dire certaines choses que si on se connaissait pas du tout et que j'arrivais comme ça ».*

Elle nous dit aussi que ce lien permet de savoir si cette auto-évaluation sera pertinente pour le patient : *« Moi ça m'a aidé le fait que je le connaissais pour faire passer l'évaluation. Faut qu'il y ait cette relation de confiance, qu'on arrive aussi à connaître un peu plus le patient pour voir s'il est aussi accessible à cette métaphore de la rivière, la signification de cette métaphore, ouais voilà il faut déjà connaître un petit peu le patient pour voir si ce serait pertinent de le faire passer avec lui ou pas ».*

(2) L'auto-évaluation favorise une bonne relation et l'alliance thérapeutique

L'une des interviewées nous dit que ce modèle favorise l'alliance car il n'y a pas d'ascendant et que le patient se place en tant que co-acteur : *« c'est un modèle qui met le patient et le thérapeute au même niveau, c'est à dire qu'il n'y a pas d'ascendant. C'est un patient acteur de son soin, enfin disons qu'il est plus forcément patient entre guillemets mais plus client et acteur ».*

Une autre nous dit que cette place est appréciée par les patients, ce qui favorise l'alliance : *« je pense que pour madame D ça la met à une place et qu'elle a quand même apprécié partager ça avec nous et qu'on prenne un petit peu ça avec elle, puis elle nous en a reparlé après, de tous ces événements là donc je pense que ça favorise vraiment cette alliance ! ».*

Elle nous dit également que le fait de mieux connaître les patients suite à cette auto-évaluation renforce le lien : *« puis ça travaille le lien, nous-même on va mieux les connaître et du coup on travaille comme ça le lien, l'alliance thérapeutique avec une meilleure connaissance donc je pense que ça la favorise. Du coup utiliser un peu leur parole ben ça favorise vraiment cette alliance ».*

Une autre ergothérapeute partage cet avis : « *Je pense que ça favorise l'alliance et la relation parce que du coup il dépose quand même des informations assez personnelles, donc je pense que du moment où tu transmets quelque chose surtout... Je pense que ça peut influencer positivement. Oui oui totalement !* ».

b) Sous thème : Négociation d'objectifs

En ce qui concerne la négociation d'objectifs, (1) Les trois ergothérapeutes nous disent que ce modèle la favorise car il laisse la place à la subjectivité du patient, il prend en compte sa parole et son ressenti et l'ergothérapeute est là pour l'accompagner. (2) L'une des ergothérapeutes exprime que la modalité projective est un support à la discussion pour négocier des objectifs. (3) En revanche, l'une des professionnelles nous dit que la négociation d'objectifs est plus pertinente en extrahospitalier qu'en intrahospitalier.

Lors de l'observation on constate que :

- Lors de la première passation, l'ergothérapeute a fixé des objectifs à posteriori et a souhaité laisser du temps au patient pour fixer les siens. La négociation n'a donc pas pu être évaluée.
- Lors de la deuxième passation, les objectifs n'ont pas pu être discutés, notamment car la patiente a pris plus de temps que prévu pour effectuer ses deux dessins et qu'elle est sortie d'hospitalisation avant que les ergothérapeutes aient pu reprendre ces résultats avec elle.
- Pour la troisième, des objectifs ont été fixés par le patient et l'ergothérapeute a relevé ceux qui étaient spécifiques à son domaine. On peut donc dire que la négociation a bien eu lieu.

(1) l'auto-évaluation favorise la négociation d'objectifs

Une interviewée nous dit en effet que ce modèle subjectif permet la concertation : « *En fait les objectifs qu'on se fixe c'est en concertation avec le patient mais c'est pas quelque chose de préétablis, parce que nous c'est assez subjectif comme modèle quand même* ».

Une autre nous dit que leur parole et leur ressenti sont pris en compte : « *on prend leur parole en compte, ce qu'ils nous amènent, les difficultés qu'ils ont, l'importance que ces difficultés ont pour eux, qu'ils ont dans leur vie et par rapport à leur ressenti et du coup on s'appuie vraiment ben sur ça pour fixer nos objectifs donc effectivement je pense que ça favorise l'alliance thérapeutique, ça favorise du coup le fait que la personne elle soit ben elle soit actrice dans sa prise en charge et volontaire, donc ouais je pense que les outils comme ça comme le kawa, permettent de vraiment qu'après on réfléchisse ensemble et qu'on puise ensemble déterminer des objectifs en fonction de ce qu'ils ont dit. Je pense que ça amène vraiment une discussion sur les objectifs* ».

Enfin la dernière nous dit que l'auto-évaluation permet la collaboration dans l'établissement d'objectifs : *« Je pense que cette auto-évaluation est notamment là pour qu'il se confronte à ses difficultés, mais aussi à ses envies et que ce soit lui qui mette en place ses objectifs... Nous on est là juste pour l'accompagner. Donc je dirais que ça favorise la collaboration dans les objectifs ».*

(2) la modalité projective et son apport visuel favorisent la négociation

L'une des ergothérapeutes nous dit en effet : *« Alors après y a peut-être des objectifs qui sont plus difficiles que d'autres à amener pour les patients, ou à accepter mais après du coup on peut en discuter et dire : « attendez là vous m'avez mis un rocher super gros et vous voulez pas qu'on le travaille ? Ben pourquoi ? ».*

(3) La négociation d'objectifs est plus pertinente en extrahospitalier qu'en intrahospitalier

Une interviewée nous dit enfin : *« Je pense en intra c'est peut-être plus un support à la discussion que vraiment un support à mettre des objectifs ».*

III) Thème : L'établissement d'objectifs ergothérapeutiques

En ce qui concerne l'établissement d'objectifs ergothérapeutiques, (1) deux ergothérapeutes expriment que l'établissement d'objectifs ergothérapeutiques dépend de ce que la personne évoque et de la manière dont les thérapeutes l'orientent sur ses activités. En effet, dans l'une des passations on observe que la thérapeute n'a pas évoqué, ni n'a orienté la patiente sur ses activités et que la séance n'a pas abouti sur l'établissement d'objectifs. Dans une autre, on constate que la thérapeute a été plus directive, a évoqué la notion d'activité avec son patient et que des objectifs ont été posés.

Selon les patients et leurs épisodes d'humeur respectifs, (2) la soignante dont le patient était d'humeur dépressive en extrahospitalier évoque les objectifs ergothérapeutiques qui sont ressortis de la séance ; (3) la soignante avec la patiente en phase maniaque explique que l'établissement d'objectifs n'a pu être possible car cela n'a pas permis de faire ressortir ses occupations ; (4) enfin la thérapeute ayant fait passer le modèle au patient stable en intra hospitalier nous dit que cela a pu permettre au patient d'établir des objectifs ergothérapeutiques mais qu'il aurait été plus pertinent de les faire en extrahospitalier.

En conclusion, (5) deux ergothérapeutes expriment que l'établissement d'objectifs est plus pertinent en extrahospitalier qu'en intrahospitalier.

(1) établir des objectifs spécifiques en ergothérapie dépend de ce qu'amène la personne et la façon dont le thérapeute l'oriente

L'une des ergothérapeutes nous dit que c'est à l'ergothérapeute d'amener le patient à parler de ses activités : *« Je pense que ça peut permettre de faire ressortir des objectifs ergos mais c'est dépendant de ce que la personne va ressortir. Enfin si elle c'est pas vraiment des choses concrètes... Après quand on regarde les autres modèles conceptuels c'est des choses qu'on voit facilement dans les catégories les facteurs environnementaux tout ça donc oui mais après à nous de savoir faire ressortir les activités ».*

Une autre ergothérapeute dit également n'avoir pas orienté sur les activités, ce qui pourrait expliquer qu'elle n'ait pas pu établir d'objectifs : *« ouais je pense que ça peut être un modèle qui peut permettre ça : poser des objectifs ergos avec le patient. Si j'avais un peu orienté sur les occupations, sûrement que la coupe serait différente. Je pense que ça dépend de la manière dont j'ai présenté le modèle à la patiente ».*

(2) possibilité d'établir des objectifs ergothérapeutiques avec le patient d'humeur dépressive

L'ergothérapeute ayant travaillé avec ce patient nous transmet les objectifs qu'elle a établis : *« les objectifs ben par exemple par rapport à tout ce qui a été pointé sur ce qui était présent dans le passé : « est ce que vous souhaiteriez les remettre d'actualité toutes ces choses là ? », revoir d'autres amis enfin... parce que la musique il y arrive un peu à réécouter un petit peu de musique avec sa fille enfin voilà arriver à ce que les choses qu'il avait pointées qui lui faisaient du bien, puissent continuer à être positives pour lui ».*

(3) impossibilité d'établir des objectifs ergothérapeutiques avec la patiente en phase maniaque

La soignante dont la patiente était en phase maniaque explique son impossibilité d'établir des objectifs : *« quand moi je suis ressortie de ça ben je me suis dit : mince qu'est-ce que je vais*

travailler en ergo parce qu'elle m'a pas parlé d'occupation en fait ! J'ai rien qui a trait à l'occupation⁴² ! ».

(4) possibilité d'établir des objectifs ergothérapeutiques avec le patient en phase stable

L'ergothérapeute qui a fait la séance avec le patient stabilisé en intrahospitalier exprime que des objectifs ergothérapeutiques ont pu être posés : *« Dans le cas présent oui parce qu'il a quand même parlé de pas mal d'activités que lui il souhaitait reprendre, refaire, du coup on aurait pu l'accompagner là-dedans ».*

(5) pertinence de l'établissement d'objectifs ergothérapeutiques en extrahospitalier

L'ergothérapeute dont la patiente était en phase maniaque nous dit en effet : *« Moi madame D je pense que c'était un peu trop tôt ! Vers la fin de son hospi je pense que ça aurait été intéressant ou par exemple des patients qu'on suit un peu au long terme au CMP au CATTP, qui sont peut-être un peu plus stabilisées parce que c'est vrai que sur l'hospi on est dans une courte durée ».*

Une autre soignante exprime également : *« Je pense comme je disais en extra, ça aurait été plus pertinent pour les objectifs tu vois qu'en intra... C'est plus difficile je trouve ».*

Les objectifs qu'elle a établis avec le patient en intrahospitalier sont selon elle difficile à travailler : *« Pareil, c'est des choses qu'on aurait pas pu faire en intra. C'est des choses qui vraiment sont faisables en extra parce que c'est des choses où il se projetait vraiment dans son quotidien et des choses qu'il est en capacité de faire seul ».*

E) DISCUSSION DES RESULTATS

Pour rappel, l'hypothèse de recherche était :

En favorisant l'**auto-analyse** de la personne bipolaire, la **modalité projective** du modèle Kawa facilite la **négociation d'objectifs ergothérapeutiques**.

D) Utilisation de la modalité projective et plan subjectif

a) Plan symbolique

⁴² la thérapeute évoque ici le terme d'occupation dans le sens des activités professionnelles, quotidiennes et de loisirs de la personne (référence aux modèles centrés sur l'occupation tels que le MOH)

(1) La difficile compréhension de la métaphore

Les ergothérapeutes évoquent que la deuxième coupe peut être difficile à comprendre et expliquent cela de différentes manières : la métaphore parlerait plus ou moins à chacun, il y a trop de concepts et de sous concepts (notamment pour les facteurs personnels), ce qui peut bloquer l'accès au symbolisme et à l'illustration. Les patients se concentreraient sur les mots et non sur le symbolique. Une ergothérapeute dit également que la pluralité de concepts peut devenir une contrainte. A cela, nous pouvons également ajouter que d'après le DSM-V (2015), les épisodes maniaques et dépressifs peuvent avoir des répercussions sur le plan cognitif et donc altérer les capacités nécessaires à la compréhension de la personne.

Deux ergothérapeutes évoquent également qu'il était difficile pour elles de faire passer le modèle Kawa pour la première fois et qu'étant donné qu'elles n'arrivaient pas forcément à le comprendre, il était également difficile d'accompagner le patient vers cette compréhension et vers l'illustration. L'un des patients exprime d'ailleurs que l'ergothérapeute n'avait pas été suffisamment claire dans son explication, ce qui l'avait pénalisé dans sa compréhension. Dans une étude de Donald Paxton et M. Iwama (2012), on retrouve également cet inconfort éprouvé par les thérapeutes lors de leur première passation. Ceci est dû selon eux à un sentiment d'imprévisibilité, le fait d'utiliser un nouvel outil, une nouvelle façon d'entrer en relation beaucoup moins cadrée et cette façon inhabituelle de penser métaphoriquement.

Dans leur article (2010), F. Boillat et L. Margot-Cattin relèvent certaines critiques concernant l'application du modèle Kawa dans une culture occidentale. Selon Turpin et Iwama, celui-ci serait applicable dans diverses cultures et dans différents contextes cliniques (2011). Néanmoins, cette étude montre une difficulté de compréhension pour les ergothérapeutes concernant la symbolique de certains éléments du modèle. En effet, la métaphore de la rivière est bien présente dans toutes les cultures, mais la signification du bois flottant n'a pas été très bien saisie par les ergothérapeutes interrogés (et donc par les patients auxquels ils ont fait passer cette auto-évaluation). On observe que le bois flottant représente à la fois des facteurs négatifs et des facteurs positifs. Ce point n'est pas aisé à comprendre dans notre culture occidentale judéo-chrétienne où l'on constate une nette séparation entre le bien et le mal. Dans ce mémoire de recherche, nous constatons par exemple que dans deux des dessins observés lors de passations, les facteurs positifs et les facteurs négatifs ont été symbolisés par un « + » et par un « - ».

On peut donc supposer que, tout comme il n'est pas évident pour les japonais d'appliquer les modèles occidentaux à leur pratique, il peut ne pas non plus être évident pour les occidentaux de s'approprier ce modèle japonais.

Dans l'observation des passations on note également que des éléments du patient peuvent se retrouver dans plusieurs catégories et que cela amène des hésitations (un patient écrit « naïveté » pour déterminant personnel mais aussi comme obstacle ; « maladie » pour déterminant personnel, santé, obstacle et facteur environnemental.

Il est également à noter que pour les deux ergothérapeutes qui ont trouvé des difficultés de compréhension chez leurs patients, aucun support visuel n'avait été donné pour expliquer la deuxième coupe (afin de laisser toute la place à la subjectivité du patient), ce qui peut être un facteur rendant la compréhension plus difficile.

(3) Modalité projective et connaissance de la personne

Les ergothérapeutes expriment que cette modalité nous permet d'apprendre à connaître la personne. Ceci est repris par d'autres auteurs affirmant qu'elle favorise la compréhension que les ergothérapeutes ont de la vie de leurs clients et de leurs besoins (Carmody et coll., 2007 ; Richardson, Jobson et Miles, 2010).

En effet, la médiation projective de cette auto-évaluation permet au patient d'entrer à la fois dans un processus de création et de verbalisation, ce qui permet à l'ergothérapeute d'enrichir ses observations (Hemphill Barbara, 1982, p.401 in G. Pépin et S. Tetreault, 1998).

D'après M. Iwama et KH Lim (2013), permettre au client de raconter son histoire avec ses propres mots devrait constituer la base du processus en ergothérapie.

Ce modèle a été créé afin de s'adapter davantage à celui-ci, sans lui imposer des concepts.

Aussi nous pouvons ajouter que dans beaucoup de cultures, les pays perçoivent la rivière comme une représentation du temps. C'est une référence très enracinée chez l'être humain, quelque soit son pays et quelque soit son âge. Ainsi, cela aide la personne à se projeter sur ce dessin.

On observe en effet que les trois dessins sont tous très différents. L'une des patientes symbolise son fleuve en le faisant monter ou descendre selon les humeurs qu'elle a parcourues durant ces périodes ; un patient symbolise ses événements marquants par des bifurcations de son cours d'eau...

Ainsi on peut dire que le modèle laisse place à la subjectivité et a permis aux patients d'y inscrire leur subjectivité propre.

b) Auto-analyse

(1) L'auto-évaluation négative des personnes en phase dépressive

Le fait que le patient dépressif n'évoque que des éléments négatifs est sûrement dû aux caractéristiques de l'épisode dépressif (sentiment d'inutilité, auto-dévalorisation...). La maladie a en effet un impact sur l'estime de soi, les relations, la capacité à se projeter dans l'avenir (J.-P Chabannes, S. Guillaume, J.-A Menard & V. Moreau-mallet, 2011).

Que les éléments positifs évoqués ne fassent partie que de son passé fait également partie du tableau clinique : les symptômes provoquent en effet une souffrance cliniquement significative avec altération du fonctionnement social et professionnel.

En revanche, l'ergothérapeute nous dit que ce patient a pu mettre des mots. En effet, cette technique projective favorise l'expression (B. Chouvier, 2006 in S. Archambeau, 2010).

Ainsi l'on peut dire que la modalité projective a tout de même une influence positive sur l'auto-analyse du patient en phase dépressive.

(2) L'auto-évaluation positive des personnes en phase maniaque

Le fait que la patiente en phase maniaque n'évoque que des éléments positifs est possiblement dû aux critères diagnostiques de l'épisode maniaque (estime de soi exagérée et mégalomanie (American Psychiatric Association, 2013). Ceci peut alors mener à une fausseté du jugement qui peut contribuer à une mauvaise analyse.

L'ergothérapeute nous dit également que la patiente avait tenu à savoir si les informations tirées de cette passation seraient ensuite retransmises au médecin. En sachant que cette patiente souhaitait sortir, on peut donc supposer que montrer une image positive d'elle-même pouvait lui sembler être un moyen de sortir au plus vite. Le fait d'être hospitalisé sous contrainte peut donc fausser les résultats lors de l'évaluation : les patients souhaitant la fin de leur hospitalisation pourraient souhaiter montrer qu'ils sont « guéris ».

De plus, l'ergothérapeute me dit par la suite que la patiente avait évoqué cette passation aux autres patients en disant que nous lui avions fait passer un « test de QI⁴³ ».

Ceci peut être dû au fait que j'ai été observatrice lors de la séance, soulignant de ce fait le caractère évaluatif de cette passation.

(3) Le déni des troubles des personnes en phase maniaque

⁴³ Quotient Intellectuel

Dans l'observation, on constate que le seul obstacle que la patiente évoque est l'enfermement en psychiatrie. Ainsi les causes de cet enfermement sont discréditées, rendant impossible une réflexion sur la raison de ses troubles et sur ses problèmes. Dans la littérature, on lit également qu'au cours d'un épisode maniaque, les personnes ne se rendent souvent pas compte qu'elles sont malades et refusent tout traitement (American Psychiatric Association, 2013).

Ainsi l'on peut dire que la modalité projective n'a pas une influence positive sur l'auto-analyse de la patiente en phase maniaque.

(9) Une bonne auto-analyse pour le patient en phase stable

Le patient en phase stable a pu analyser sa situation de manière plus globale. Dans les écrits, M. Iwama et D. Paxson (2012) montrent que le modèle Kawa a permis aux clients d'identifier leurs propres croyances et leurs valeurs à travers la construction de leur rivière métaphorique. On peut émettre l'hypothèse que le patient en phase stable obtient une analyse plus fine car il était en période d'absence de symptômes, mais on peut également dire qu'il est plus âgé et qu'il se connaissait donc peut être davantage, ceci rendant l'auto-analyse plus aisée. Ainsi, des facteurs contextuels sont à prendre en compte pour tous ces patients.

Conclusion

On peut donc dire que la modalité projective du modèle Kawa a une influence positive sur l'auto-analyse du patient en phase dépressive et le patient en phase stable, mais pas sur la patiente en phase maniaque en raison du déni de ses troubles.

II) La collaboration entre patient et thérapeute

a) Relation et alliance thérapeutique

(1) Nécessité d'avoir établi un lien de confiance avant la passation

Les trois ergothérapeutes affirment en effet qu'elles partageaient une bonne relation et une bonne alliance avec ces patients avant de passer cette auto-évaluation. C'est également parce qu'elles les connaissaient qu'elles ont pensé que ce modèle serait pertinent pour eux.

Dans une étude, F. Boillat et L. Margot-Cattin (2010) soulignent l'importance de bien connaître le patient avant de faire passer cette auto-évaluation. En effet, les ergothérapeutes participants à cette étude ont préféré faire passer le test à des patients avec qui ils entretenaient une relation de confiance et une bonne alliance thérapeutique. Morel-Bracq & Iwama (2008) soulignaient déjà l'importance d'une confiance entre le thérapeute et le patient. Cette relation peut donc nécessiter de se construire dans le temps, ce qui pose des difficultés pour ce qui est de proposer l'auto-évaluation du modèle Kawa comme évaluation initiale. La problématisation et le projet d'intervention risquent en réalité d'être déjà posés avant que l'on puisse utiliser cet outil. En effet, il est difficile pour un patient de se dévoiler dès le premier jour de traitement (F. Boillat, Margot-Cattin, 2010).

(2) L'auto-évaluation favorise une bonne relation et l'alliance thérapeutique

Les trois ergothérapeutes affirment que ce modèle a favorisé l'alliance thérapeutique avec leurs patients bipolaires.

Selon Delong (2004 in M. Iwama, D. Paxson, 2012), l'un des points forts de l'utilisation de métaphores est qu'elle peut aider à créer et à lier des relations sociales. Ceci s'observe également dans cette étude.

(3) La nécessité d'une attitude de réassurance de la part du thérapeute pour un patient en phase dépressive

Que le patient dépressif ne soit pas rassuré est sûrement dû à des comorbidités associées à sa maladie telles que la détresse anxieuse (American Psychiatric Association, 2013).

Ceci peut également être dû à la situation d'évaluation. Il a en effet souhaité savoir ce que l'ergothérapeute ferait des résultats.

Aussi, étant donné que j'avais demandé à venir pour observer la séance, ceci a également pu l'angoisser.

b) Négociation d'objectifs thérapeutiques

L'ergothérapeute lors de la première passation avec le patient en phase dépressive (en extrahospitalier) n'avait pas le souhait de négocier des objectifs avec lui tout de suite après la passation mais d'utiliser cette auto-évaluation pour l'amener progressivement à en trouver par lui-même. Au regard de l'orientation de son institution (psychodynamique), on peut se questionner sur le positionnement de l'ergothérapeute. Celle-ci laisse en effet la liberté au

patient de se fixer des objectifs, sans le guider par ailleurs. Cette non-directivité se retrouve en effet dans l'approche psychodynamique.

Ainsi, je ne peux qu'émettre des hypothèses. Dans le compte rendu, on constate que le patient n'a évoqué aucun désir et qu'il ne s'est pas projeté dans l'avenir. Au vu de son épisode dépressif, je me demande si sa « diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour toutes, ou pour une grande partie des activités » (American Psychiatric Association, 2013, p.125) n'entachera pas sa capacité à se fixer des objectifs.

La soignante dont la patiente était en phase maniaque explique son impossibilité de négocier des objectifs car madame D est sortie plus tôt que prévu de l'hôpital. Ainsi la négociation n'a pas pu se faire.

Au vu de son déni des troubles, je me questionne également sur la possibilité de négocier des objectifs avec cette patiente. En effet, d'après C. De Harne et M. Brousseau (2017), l'approche centrée sur le client ne peut convenir à des patients qui refusent de s'impliquer dans leur soin.

Lors de la troisième passation, tous les objectifs ont été établis par le patient et l'ergothérapeute a soulevé les objectifs qui relevaient de l'ergothérapie. Ainsi une négociation a pu se faire.

Conclusion

Dans l'ensemble les ergothérapeutes sont néanmoins d'accord pour dire que cela favorise la négociation d'objectifs car la modalité projective permet au patient d'inscrire son discours subjectif : on prend sa parole, son ressenti en compte. Ceci favoriserait l'alliance thérapeutique et donc la discussion et la collaboration dans l'établissement d'objectifs thérapeutiques. Ceci avait déjà été souligné par Richardson, Jobson et Miles (2010).

On peut néanmoins se questionner sur la possibilité de négocier des objectifs avec des patients en phase dépressive et en phase maniaque.

III) L'établissement d'objectifs ergothérapeutiques

L'ergothérapeute qui n'a pas pu établir des objectifs ergothérapeutiques avec sa patiente en phase maniaque explique que l'auto-évaluation n'a pas permis de faire ressortir les problèmes

occupationnels de la patiente, que la séance était trop courte pour en établir et qu'elle n'a pas pu reprendre cela avec elle à postériori.

Dans l'observation on note également que la thérapeute est peu directive : elle ne reprend pas la patiente lorsqu'elle ne symbolise pas les éléments, n'évoque pas l'activité.

On peut également dire que l'on ne retrouve pas explicitement le terme d'occupation dans le modèle. On observe que l'activité ne fait pas partie des éléments de la rivière : celle-ci peut s'intégrer aussi bien dans l'eau que dans les rochers et les bois flottants.

Il s'agit d'un modèle systémique qui s'attache davantage à l'harmonie entre la nature et la société qu'à l'activité elle-même (M.C Morel-Bracq, 2017).

Dans un article publié en 2010, F. Boillat et L. Margot-Cattin constatent dans leur étude que le concept d'activité si important dans la pratique centrée sur le client n'apparaît à aucun moment dans le modèle Kawa. Celui-ci n'aborde pas des aspects techniques de l'ergothérapie. Il permet seulement de favoriser l'introspection de la personne (Morel-Bracq & Iwama, 2008) afin qu'elle exprime son vécu de sa situation (Margot-Cattin, 2008).

Enfin, dans son article de 2011, M. Wada critique le manque d'instructions claires sur la façon de présenter l'occupation. Celle-ci peut en effet être présentée sous forme de rocher, d'eau, de bois flottant ou d'espace, ce qui peut semer la confusion, gêner l'évaluation et les résultats dans la pratique.

De plus, étant donné que c'est la personne elle-même qui dessine sa rivière et qui dirige sa séance, ceci peut parfois éloigner son discours des objectifs que l'on peut négocier en ergothérapie (M.C Morel-Bracq, 2017).

Enfin, on peut dire que le manque de problèmes occupationnels⁴⁴ peut aussi être dû à la symptomatologie maniaque de la patiente, jugeant sa situation comme entièrement positive et où il était difficile de relever des axes d'interventions (dans quelque domaine que ce soit).

Lors de la troisième passation avec le patient en phase stable, la possibilité d'établir des objectifs ergothérapeutiques peut venir du fait que la soignante a défini l'eau comme étant « la santé et l'activité » lors de son explication du modèle. Ainsi elle a orienté le patient sur ses activités. De plus, j'ai constaté qu'elle était plus directive que la thérapeute précédente : lorsque le patient se trompait de catégorie elle corrigeait par exemple le patient.

Ceci peut également venir du fait que le patient est en phase stable, ce qui lui permet d'avoir une analyse objective de sa situation et de ses problèmes.

⁴⁴ c'est à dire les problèmes qu'elle rencontre lors de la réalisation de ses activités (quotidiennes, de loisir, professionnelle etc...)

Selon cette même ergothérapeute, ce modèle serait plus indiqué en extrahospitalier. En effet, on peut dire que le temps d'hospitalisation correspond à une période de crise pour le patient, où les symptômes sont très importants. Il s'agit essentiellement d'instaurer un traitement au plus vite afin de stabiliser les troubles (G. Riou, 2016). Des mises en situations et des évaluations dans l'environnement du patient peuvent être nécessaires pour préparer à la sortie de l'hôpital mais on constate que les objectifs évoqués dans l'observation concernent davantage le quotidien de la personne. On peut donc dire que ceux-ci pourraient nécessiter un suivi au plus long cours, afin de réinsérer la personne dans son environnement. Les temps de réadaptation* et de réhabilitation* se placent ici davantage dans des structures extrahospitalières (G. Riou, 2016).

Conclusion

Ainsi, on peut dire que l'influence du modèle Kawa pour ce qui est de favoriser la négociation d'objectifs ergothérapeutiques trouve tout son sens pour des personnes en phase stable en extrahospitalier.

La question reste ouverte pour les personnes en phase dépressive en extra-hospitalier. On peut émettre l'hypothèse qu'une seconde séance dédiée à la négociation d'objectifs aurait pu aboutir à l'établissement d'objectifs ergothérapeutiques pour le patient en phase dépressive (et peut-être pour la patiente en phase maniaque).

IV) Synthèse

Ainsi pour les personnes en phase maniaque, le fait d'utiliser un support visuel peut être cadrant et propice à l'analyse (nécessitant tout de même un temps de réalisation plus long car le premier dessin représentant l'ensemble de la vie du patient et les divers symboles peuvent favoriser les digressions). Néanmoins, étant donné leur symptomatologie maniaque on peut dire que leur jugement est faussé, ce qui entrave leurs capacités d'auto-analyse.

Ces patients n'émettront possiblement ni problèmes ni besoins, rendant ainsi illégitime la proposition de soins. La possibilité de négociation sera ainsi restreinte. Elle sera également plus difficile en raison de l'agitation psychomotrice, la fuite des idées des patients en phase maniaque, nécessitant pour le thérapeute de ramener aussi souvent que possible ces patients dans le cadre de la séance.

Enfin, cette fausseté du jugement pourra rendre impossible l'établissement d'objectifs spécifiquement ergothérapeutiques puisque tout ce qui sera amené par le patient sera positif (à

cela on ajoute que dans le modèle Kawa ne figure pas explicitement le terme d'activité, ce qui nécessite un positionnement plus directif du thérapeute afin d'amener le patient sur le sujet). De plus, la réalité du milieu intrahospitalier, le manque de lits, la sortie rapide des patients, les entrées et sorties fréquentes dans ce service ne favorisent pas la mise en place d'objectifs (car faire cette évaluation nécessite du temps et une seconde séance aurait été ici souhaitable) pertinents (car les objectifs qui en découlent s'axent davantage sur l'environnement et le quotidien de la personne, ce qui nécessite un suivi plus long).

Pour les personnes en phase dépressive, le fait d'utiliser un support visuel peut permettre de favoriser la mise en mot parfois difficile lors de ces épisodes. Le jugement est également faussé donc les patients risquent de ne pointer que des éléments négatifs. C'est alors au thérapeute d'évoquer ce qui peut être positif.

Etant donné que ces patients ont une perception négative de leurs situations, ceci peut les amener à pointer beaucoup d'obstacles, ce qui permettra sans doute plus facilement d'en faire ressortir des objectifs ergothérapeutiques que pour les patients en phase maniaque.

Les objectifs sont néanmoins plus difficiles à définir pour ces patients qui ont des difficultés à se projeter dans l'avenir, ce qui peut nécessiter de proposer cette auto-évaluation sur plusieurs séances et d'étayer le patient dans la verbalisation d'objectifs. Enfin, l'inconnu amené par cette auto-évaluation inhabituelle nécessite que le thérapeute rassure le patient, et nécessite d'autant plus qu'un lien de confiance ait été établi avant la passation.

Pour les personnes en phase stable, les résultats sont positifs, mais l'intérêt des objectifs ergothérapeutiques porte davantage sur une prise en charge en extrahospitalier.

Ainsi, l'hypothèse n'est que partiellement validée.

F) DISCUSSION DES CRITIQUES DE CETTE ENQUÊTE

D) Limites

a) Les limites de l'étude

On note qu'il y a peu de recherches sur le modèle Kawa en santé mentale et aucune sur l'application du modèle Kawa auprès de patients bipolaires. Ceci m'a toutefois encouragée à aller sur le terrain pour réaliser cette enquête.

b) Les limites de l'enquête

- Avec du recul, il me semble qu'il aurait été plus judicieux de comparer l'utilisation du modèle Kawa avec une autre auto-évaluation (telle que la MCRO par exemple), afin de pouvoir comparer l'influence de ces deux outils.

- Répondre à mes objectifs sur une passation d'une seule séance m'a pénalisé. Je me suis aperçue que l'auto-évaluation du modèle Kawa pouvait nécessiter beaucoup plus de temps pour les patients. En effet, revenir sur cette évaluation avec la personne en phase maniaque et la personne en phase dépressive aurait peut-être permis de négocier des objectifs ergothérapeutiques avec eux dans un second temps.

- Un patient n'était pas consentant pour que j'observe la séance (le patient dépressif), je n'ai donc pu évaluer la collaboration et la négociation d'objectifs qu'au travers du témoignage de l'ergothérapeute.

- Au sortir de ce travail, il me semble également qu'il serait maintenant utile d'observer des patients uniquement en intra ou uniquement en extra-hospitalier car ceux-ci ne connaissent pas les même problématiques (les uns sont en situation de crise, tandis que les autres sont ancrés dans leurs quotidiens) et ceci génère beaucoup de variables dans cette enquête.

- De plus, je me demande si je n'aurais pas dû imposer une façon unique de faire passer le modèle kawa (avec ou sans support visuel) afin d'éviter des biais lors de la passation (bien qu'il soit intéressant d'observer comment ce modèle peut s'adapter à chaque personnes).

- En outre, deux ergothérapeutes connaissaient bien ce modèle mais ne l'avaient jamais fait passer et ont exprimé avoir eu des difficultés pour le présenter correctement aux patients. L'un de ceux-ci exprime aussi que le fait que la thérapeute ne maîtrisait pas bien le modèle l'a pénalisé.

Il me semble donc que j'aurais dû leur proposer de me le faire passer avant (afin de leur donner une « formation » plus poussée et permettre une meilleure appropriation de l'outil).

- On peut également dire que cette étude s'est composée d'un nombre restreint de participants et n'est donc aucunement généralisable.

- Enfin, le fait d'être observatrice a influencé la passation : le patient dépressif a été angoissé de ma présence et la patiente maniaque a pensé qu'il s'agissait d'un test de QI.

II) Intérêts et perspectives

Malgré ces nombreuses limites, cette initiation à la recherche m'a beaucoup intéressée. Elle m'a permis d'acquérir une méthodologie d'enquête et a développé mes capacités d'analyse.

De plus, ce mémoire de recherche m'a amenée à me questionner sur ma pratique future, notamment concernant l'usage de l'évaluation en psychiatrie.

Il m'a permis de m'imprégner davantage de la philosophie de l'ergothérapie actuelle et de découvrir différents modèles conceptuels. Ceci m'a ainsi aidé à concevoir différents angles de vue pour comprendre au mieux les patients dans leur globalité. J'ai également pu réfléchir aux forces mais aussi aux limites de ces modèles.

Le modèle Kawa étant un outil n'ayant pas de protocole précis, il m'a permis de réfléchir à la manière de m'approprier ses concepts et de pouvoir l'adapter à chaque personne.

Il a également contribué à me questionner sur le positionnement du thérapeute : entre respect de l'intimité du patient et écoute de sa propre expertise et de sa subjectivité.

Ce travail théorique m'a permis de retracer l'histoire de l'ergothérapie en psychiatrie, de découvrir différents moyens d'interventions et de penser les objectifs ergothérapeutiques selon différentes orientations (psychanalytique, cognitivo-comportementale...).

Enfin, il m'a amené à remettre ces questionnements dans un contexte macroscopique de santé publique.

En tant que future professionnelle, je me sens davantage sensibilisée au contexte politique et social de soin actuel et je me sens plus au fait de la démarche de l'ergothérapeute en psychiatrie. Ainsi, je souhaite pouvoir utiliser tous ces enseignements dans le domaine du soin psychique.

CONCLUSION

L'évaluation ergothérapeutique est un sujet d'actualité qui soulève nombre de questionnements. Selon une enquête auprès de plusieurs ergothérapeutes sur la question de l'évaluation (Y. Person, 2017), ceux-ci disent qu'elle « ne peut se substituer à l'analyse subjective que l'on se construit à la rencontre du patient ». Il en ressort que l'évaluation doit pouvoir respecter la subjectivité du patient et la qualité de la relation thérapeutique, ce qui est délicat avec une évaluation standardisée, soumise à un protocole strict. Ainsi il me semble que le modèle Kawa est un outil ayant l'ambition de répondre à ces exigences.

J'ai choisi dans cette étude d'analyser son application auprès de personnes bipolaires au travers d'observations et d'entretiens avec les ergothérapeutes. L'enquête révèle que la modalité projective est accessible pour ces patients et facilite leur auto-analyse. Néanmoins, étant donné la symptomatologie de ceux-ci (déli des troubles pour la personne en phase

maniaque, perte de désir pour le patient en phase dépressive), la négociation d'objectifs risque d'être compromise (le risque étant que l'une refuse le soin et que l'autre ne témoigne d'aucune aspiration). Ceci nécessite donc un temps supplémentaire et une adaptation de son positionnement de soignant.

Enfin, l'établissement d'objectifs ergothérapeutiques est rendu difficile par le manque de concept d'activité dans ce modèle et nécessite que le thérapeute puisse orienter le patient sur ce sujet.

Aussi, le témoignage des ergothérapeutes et les observations montrent que cet outil d'auto-évaluation est plus pertinent avec des patients en phase stable en extrahospitalier.

L'hypothèse est donc partiellement validée.

Cette recherche m'a permis de me questionner sur ma pratique future et sur les limites de cet outil. Dans l'un des entretiens, l'une des ergothérapeutes exprime que le modèle Kawa peut convenir à des personnes bipolaires, tout comme il pourrait convenir à n'importe quel autre profil : l'important étant que la personne soit sensible à la métaphore de la rivière.

Ainsi le modèle Kawa n'est pertinent que si la métaphore parle à la personne et l'on pourrait se demander s'il ne serait pas intéressant de l'adapter d'autant plus à la subjectivité de chacun : par le biais d'autres métaphores par exemple. En effet, la métaphore de la rivière peut contraindre le patient, dans la mesure où celui-ci ne parviendrait pas à identifier sa vie au cours d'une rivière. La modalité projective est ici restreinte. Ce point est également évoqué par d'autres auteurs (F. Boillat, L. Margot-Cattin, 2010 ; M. Launois, 2015). Pour eux, il serait intéressant d'élaborer d'autres métaphores ou de laisser le client élaborer sa propre métaphore.

Ainsi il semble que le modèle Kawa laisse nombre de réflexions pour ce qui est de l'adapter à chaque personne.

GLOSSAIRE

* Le **modèle psychodynamique** est issu de la psychanalyse théorisée par FREUD, ce modèle repose sur la reconnaissance du désir, de l'inconscient, du transfert⁴⁵ et du contre-transfert⁴⁶ comme étant des notions fondamentales (F. Klein, 2014, p.27).

Il s'agit alors d'identifier les mécanismes de défenses et l'expression des conflits inconscients du patient ainsi que notre propre contre-transfert à l'œuvre dans la relation.

Ce dernier peut également être un outil pour comprendre ce qui s'y joue.

Ainsi, en s'inspirant de ce modèle, l'ergothérapeute favorise l'expression des conflits internes du patient, prend en compte l'histoire de la maladie et de la personne et s'appuie sur ses processus de mentalisation⁴⁷, de symbolisation⁴⁸ (F. Klein, 2014, p.32) et de sublimation⁴⁹.

Le subjectif y tient ici une place très importante, ainsi que la qualité de la relation thérapeutique (F. Klein, 2014).

* La **réhabilitation psychosociale** repose sur le modèle médical et sur le modèle psychosocial Il s'agit d'une démarche d'orientation cognitivo-comportementale qui considère la vie comme parsemée d'obstacles et de défis à relever (Y. Person, 2016). Le patient amène une situation problématique, celle-ci est discutée avec le thérapeute afin de formuler des objectifs d'intervention et des solutions sont proposées afin de résoudre cette difficulté. On procède ensuite à une évaluation des résultats de l'intervention. La réhabilitation intervient après l'hospitalisation et prône le retour à un niveau optimal de fonctionnement autonome (Y. Person, 2016). Le « rétablissement » est un terme anglo-saxon qui prône la reprise du pouvoir d'action (empowerment) et la défense des droits du patient. Il vise son accompagnement vers une plus grande satisfaction de sa qualité de vie et tend vers son autonomie (C. Holué, 2013).

⁴⁵ Le transfert est un concept amené par Freud (dans « psychanalyse et médecine », 1925, p.193), qui désigne le déplacement de représentations « subjectives » sur un individu. Il est important d'étudier ce transfert, afin d'analyser les conflits et vécus relationnels de l'enfance avec le patient.

⁴⁶ Le contre-transfert est l'ensemble des réactions inconscientes de l'analyste vis-à-vis du patient et qui peuvent interférer avec son interprétation. Il nécessite donc d'être analysé également.

⁴⁷ Selon l'encyclopédie Universalis : « En psychologie, prise de conscience et analyse de ses propres conflits psychique »

⁴⁸ Terme apparu chez Freud en 1913-1917, c'est la capacité à développer des représentations.

⁴⁹ D'après le dictionnaire de la psychanalyse (Elisabeth Roudinesco et Michel Plon, 1997, p. 1019) : « Sigmund Freud a conceptualisé le terme en 1905 pour rendre compte d'un type particulier d'activité humaine (création littéraire, artistique, intellectuelle) sans rapport apparent avec la sexualité mais tirant sa force de la pulsion sexuelle. »

Il s'agit donc pour l'ergothérapeute d'évaluer la situation et de favoriser la transition du patient (par l'insertion ou la réinsertion socioprofessionnelle) afin qu'elle retrouve un rôle social valorisant (Y. Person, 2016).

La personne doit ainsi définir ses objectifs sur un programme d'un ou de deux ans et sa motivation sera très importante dans son inscription dans son processus de changement.

Exemples d'actions en réhabilitation psychosociale (A. de LUSSAC, 2016, p.261) :

- éducation thérapeutique psycho-éducative
- remédiation cognitive (vise à développer les capacités cognitives)
- mise en situation (d'activités quotidiennes)

* Le **modèle centré sur le client** est apparu dans les années 1980 au Canada. Il se fonde sur l'approche humaniste de Carl Rogers dans les années 40 et a été théorisé par Duncan (2006). On le retrouve également dans le modèle humaniste dans les écrits de Morel-Bracq (2004).

Carl Rogers s'est intéressé à la relation entre le psychologue et son client⁵⁰. Pour lui, le thérapeute doit avoir une attitude authentique, de non-jugement et d'empathie.

L'authenticité du thérapeute est sa capacité à se montrer « vrai » dans la relation, autrement dit à ne pas jouer un rôle (S. Meyer, 2010, p.115).

L'empathie est la capacité de compréhension du thérapeute concernant les sentiments et les difficultés du client (S. Meyer, 2010, p.115).

Enfin, le non-jugement est l'accueil inconditionnel de ce qu'amène le client en thérapie (S. Meyer, 2010, p.115).

Ce dernier est jugé capable de savoir ce qui est bon pour lui et son avis est donc primordial dans la démarche de soin. Aussi, la thérapie fonctionne de manière non directive (S. Meyer, 2010, p.115).

Dans la pratique centrée sur le client en ergothérapie, la compréhension que le patient a de sa situation est tout aussi importante. Elle promeut ainsi une collaboration entre le soignant et le soigné afin de convenir avec le client des objectifs, des moyens d'intervention, de favoriser sa participation et d'instaurer une prise en charge individualisée.

* Les **modèles centrés sur l'occupation** viennent d'outre atlantique. Ils s'inspirent de la pratique centrée sur le client. Ce sont le MOH (modèle de l'occupation humaine) et le MCREO (modèle canadien du rendement et de l'engagement occupationnel).

Ils accordent une grande importance à la motivation, la participation et l'engagement des patients dans des activités qui sont pour eux signifiantes.

⁵⁰ Le terme « client » est celui utilisé dans la plupart de la littérature anglophone. En France, nous usons plutôt du terme de « patient ».

De plus, on note la notion de « rendement occupationnel », décrite comme la « capacité d'une personne de choisir, d'organiser et de s'adonner à des occupations significatives qui lui procurent de la satisfaction » (Association Canadienne des Ergothérapeutes, 1997, p.34, in G. Riou, 2016, p.25).

Le **MOH** a été créé par G. Kielhofner (ergothérapeute) pour s'appliquer en santé mentale. Il prône la thérapie par l'activité davantage que comme un moyen d'expression (Muriel Launois, 2015). L'homme est considéré comme existant à travers ses occupations. Celles-ci ne sont pas seulement occupationnelles. Elles sont des activités signifiantes pour la personne dans les domaines de la vie quotidienne, de la productivité et/ou des loisirs.

Ainsi, le MOH utilise de nombreux outils d'évaluation afin de définir un profil occupationnel de la personne.

Le **MCREO** (créé par l'Association Canadienne des Ergothérapeutes (ACE), 1997), quant à lui, s'appuie sur le modèle humaniste dans le sens où il s'attache à favoriser l'engagement de la personne dans sa prise en charge. Il tient compte de la subjectivité de la personne.

* Le **temps d'hospitalisation** correspond à une période de crise pour le patient, où les symptômes sont si importants qu'ils nécessitent une hospitalisation afin de stabiliser les troubles.

L'ergothérapeute intervient ici pour instaurer une alliance thérapeutique avec le patient, favoriser son engagement dans sa thérapie et lui faire prendre conscience de sa maladie. Il s'agit également de favoriser l'expression du patient et de lui redonner la capacité de choisir et d'agir.

De plus, des mises en situations et des évaluations dans l'environnement du patient peuvent être nécessaires pour préparer à la sortie de l'hôpital.

* Suite à cette période de crise, le **temps de la réadaptation** permet à la personne de se réinsérer dans son environnement, d'adapter cet environnement ou bien de réviser ses projets de vie en l'accompagnant dans le développement de ses capacités cognitives, émotionnelles, relationnelles et physiques afin de l'amener vers le maximum d'autonomie possible.

On se place ici dans des structures extra-hospitalières (Centre de jour, Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel (CATTP)...).

L'ergothérapeute intervient pour aider le patient à favoriser ses capacités d'adaptation à la maladie et de prévenir les rechutes par l'intermédiaire de programmes d'éducation thérapeutiques.

* Le **temps de la réhabilitation** intervient essentiellement dans des structures sociales et médico-sociales telles que les Services d'Accompagnement à la Vie Sociale (SAVS) et les

Services d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés (SAMSAH) afin d'assurer la continuité de soins dans le projet d'accompagnement individualisé du patient.

L'ergothérapeute met ici en œuvre le plan de compensation et accompagne la personne dans son insertion socio-professionnelle ou dans ses projets d'activités et participe également au soutien des aidants.

Il s'agit pour les ergothérapeutes de maintenir la participation et l'engagement de la personne dans ses activités, dans son domicile, son emploi (protégé (type ESAT⁵¹), ordinaire ou adapté (type ITEP⁵²), sa gestion du quotidien, ses loisirs...

* Les soins psychiatriques avec consentement du patient (**soins libres**) sont une des modalités d'hospitalisation où le patient est libre de choisir son médecin, l'établissement et la fin de ses soins⁵³.

Les soins psychiatriques sans consentement sont indiqués lorsque la personne présente des troubles mentaux, qu'elle est dans l'impossibilité de consentir aux soins et qu'elle nécessite des soins immédiats. Ils sont au nombre de trois :

- les soins psychiatriques à la demande d'un tiers (**SPDT**) où le patient est hospitalisé sur demande d'un de ses proches
- les soins psychiatriques en cas de péril imminent sans tiers (**SPI**) où le patient est hospitalisé sur la demande du directeur de l'établissement
- les soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat (**SDRE**) où le patient est hospitalisé suite à un trouble de l'ordre public ou des actes hétéroagressifs

⁵¹ ESAT : Etablissement et Service d'Aide par le Travail

⁵² ITEP : Institut Thérapeutique Educatif et Pédagogique

⁵³ Source : [file:///Users/thierry/Downloads/Modalit%C3%A9s_de_soins_psychiatriques-12-16-Web%20\(3\).pdf](file:///Users/thierry/Downloads/Modalit%C3%A9s_de_soins_psychiatriques-12-16-Web%20(3).pdf)
(consulté le 22/05/19)

BIBLIOGRAPHIE

Association, A. P. (2013). *DSM-V, Manuel diagnostic et statistique des troubles mentaux*. Paris : Masson.

Blanchet, A. Ghiglione, R. Massonnat, J. Trognon, A. (2013). *Les techniques d'enquête en sciences sociales*. DUNOD.

Blanchet, A. Gotman, A. (1992). *L'enquête et ses méthodes : l'entretien*. Paris : Nathan Université.

Boillat F, Margot-Cattin L. (2010). *Utilisation du modèle Kawa dans une optique de mise en place du plan de traitement dans une région rurale de la suisse* in *Expériences en Ergothérapie* (23^e série, p.42).

Brun, A. Chouvier, B. Roussillon, R. (2019). *Manuel des médiations thérapeutiques*. 2^e ed Dunod.

Bruneau, S. DUTUY, V. Chevallier, F. Eldert, G. Guillemot, P. Morel, M.CH. (2007). *Le développement du potentiel thérapeutique de l'activité* in *Expériences en ergothérapie* (13^e ed).

Chabannes, J.-P. Courtet, P. Guillaume, S. Meynard, J.-A. Olie, E., *Les besoins et les attentes des patients bipolaires*, *Santé Mentale* n°167, 2012, p.42.

Christophe, F. (2019). *Les méthodes projectives dans le processus d'évaluation et d'intervention en ergothérapie*, disponible en ligne : <https://www.anfemigal.fr/formation/EA21-PSY15/Les-methodes-projectives-dans-le-processus-d-evaluation-et-d-intervention-en-ergotherapie.html?PHPSESSID=96ctnfgg97m852h6fv7gun04j1> (consulté le 10/03/2019)

Clément, H. (1997). *Pertinence de l'évaluation ergothérapique en psychiatrie* in *Expériences en Ergothérapie* (10^e série, p.221).

Consoli, S.M. (2006). *Alliance thérapeutique*, disponible en ligne : <https://www.em-consulte.com/en/article/77251> (consulté le 03/02/2019)

De Lepine, C. (1999). *Le droit d'expression des patients* in Expériences en Ergothérapie (12^e série, p.204).

Deneque, S. Koch, B. (2006). *Recherche sur l'évaluation en psychiatrie* in Expériences en Ergothérapie (19^e série, p.109).

Fieldhouse, J. (2008). Using the Kawa Model in practice and in *education*. *Mental Health Occupational Therapy*, 13(3), p. 101-106.

Guihard, J.-P. (2000). *L'évaluation en ergothérapie* in Expériences en Ergothérapie (13^e série, p.70).

Guillaume, S. Courtet, P. Chabannes, J.-P. Meynarde, J.-A. Moreau-Mallet, V. (2011). Prises en charge, besoins et attentes de patients souffrant de troubles bipolaires I (Étude ECHO — France). *L'encéphale*, (37), 332—338.

Hale, S. (2016). Être à l'écoute des clients : stratégies d'autogestion pour mieux vivre avec un trouble bipolaire. *Actualités ergothérapeutiques*, volume 13.5.

Hanus, M. Louis, O. (mis à jour par Ferreri, F.) (2015). *Psychiatrie pour l'étudiant*. Maloine.

HAS (2009), *Les troubles bipolaires*, disponible en ligne : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/200909/ald_23_lap_troubles_bipolaires_web.pdf (consulté le 03/02/2019)

HAS (2014), *troubles bipolaires : repérage et diagnostic en premier recours*, disponible sur internet : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-06/troubles_bipolaires_reperage_et_diagnostic_en_premier_recours_note_de_cadrage_2014-06-13_10-53-16_714.pdf (consulté le 03/02/2019)

HAS (2015), *Troubles bipolaires : diagnostiquer plus tôt pour réduire le risque suicidaire*, disponible en ligne : https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2560925/fr/troubles-bipolaires-diagnostiquer-plus-tot-pour-reduire-le-risque-suicidaire (consulté le 02/02/2019)

- Hernandez, H. (2016). *De la souffrance psychique à la réadaptation*. Paris : Solal (2^e éd.).
- Ingrind, G. (2012). *L'utilisation du modèle kawa en santé mentale : la perception de trois ergothérapeutes-experts*. (Mémoire de diplôme d'état en ergothérapie, Université du Québec).
- Iwama M. (2005). *The kawa (River) Model : Client centred rehabilitation in cultural context, in Rehabilitation : The use of théories and models in practice*, p 147-168.
- Iwama M.K, Baum C, Christiansen C. (2006). *The Kawa Model*, Philadelphia. Elsevier.
- Katsaros, I. Poullain, C. Riou, G. (2016). *Ergothérapie en santé mentale : enjeux et perspectives*, ANFE.
- Kielhofner, G. (2006). *MOHOST Outil d'évaluation de la participation occupationnelle*. deboeck supérieur.
- Klein, F. (2014). *Etre ergothérapeute en psychiatrie*. Toulouse : Eres.
- Koch, B. (2016). *Dans le champ de la clinique : apport d'une démarche évaluative en santé mentale* in *Expérience en ergothérapie* (2^e édition, p.111).
- Law M., Baptiste S., Carswell A., mc coll M.A., Polatajko H., Pollock N. (2014). *La Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel. CAOT Publications ACE*. 5^{ème} édition. p.50.
- L'état de santé de la population en France - Rapport 2017, disponible en ligne : <http://drees.solidarites-santé.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/recueils-ouvrages-et-rapports/recueils-annuels/l-etat-de-sante-de-la-population/article/l-etat-de-sante-de-la-population-en-France-rapport-2017> (consulté le 02/02/2019)
- Lim KH, Iwama M. Edwards A. Duncan, S. (2013). The kawa (River) Model, in *Foundations for Practice in Occupational Therapy*, Elsevier Churchill Livingstone, p.117-139.
- Llorca, P.-M. Camus, V. Courtet, P. Gouriond, D. Lukasiewicz, M. Coulomb, S. (2013). Caractéristiques et modalités de prise en charge des patients présentant un trouble bipolaire en France : enquête MONTRA. *L'encéphale*, (39), 212—223.

Loi n°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées :

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000809647>

(consulté le 02/02/2019)

Ministère des solidarités et de la santé (2017), *La loi HPST* : <https://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/financement/financement-des-etablissements-de-sante-10795/financement-des-etablissements-de-sante-glossaire/article/loi-hpst-hopital-patients-sante-territoires> (consulté le 03/02/2019)

Morel-Bracq, M.-C. (2004). *Approche des modèles conceptuels en Ergothérapie*, Paris. ANFE.

Morel-Bracq, M.-C. (2017). *Les modèles conceptuels en ergothérapie : introduction aux concepts fondamentaux*. 2^e édition deboeck supérieur.

Morel-Bracq, M.C., IWAMA M.K. (2008). *Un nouveau modèle en ergothérapie : le modèle kawa (rivière)* in *Expériences en Ergothérapie* (21^e série, p23-30).

Muriel Launois (2015), *dispositif spécifique des troubles bipolaires*, disponible en ligne : <http://www.ergopsy.com/dispositif-specifique-troubles-bi-polaires-i163.html> (consulté le 03/02/2019)

Muriel Launois (2015), *Les bilans en ergothérapie*, disponible sur le site ergopsy : <http://www.ergopsy.com/evaluer-les-ressources-a859.htm> (consulté le 16/12/2018)

Muriel Launois (2015), *Les troubles bipolaires*, disponible sur le site ergopsy : <http://www.ergopsy.com/troubles-bipolaires-a356.html> (consulté le 18/01/2018)

Muriel Launois (2015), *Nos objectifs en ergothérapie*, disponible en ligne : <http://www.ergopsy.com/en-ergotherapie-a746.html> (consulté le 31/01/2019)

Muriel Launois (2015), *Objectifs troubles bipolaires*, disponible en ligne : <http://www.ergopsy.com/objectifs-troubles-bipolaires-i164.html> (consulté le 03/02/2019)

Ngô, T. L., Provencher, M. D., Goulet, J., Chaloult, L. (2015). *Guide de pratique pour le diagnostic et le traitement du trouble bipolaire*.

OMS (2001), *Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la Santé*, Genève.

OMS (2014), *La santé mentale*, définition disponible en ligne : https://www.who.int/features/factfiles/mental_health/fr/ (consulté le 03/02/2019)

OMS (2018), *Troubles mentaux*, définition disponible en ligne : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders> (consulté le 02/02/2019)

Meyer, S. (2007). *Démarches et raisonnements en ergothérapie*. Lausanne : EESP.

Paugam, S. (2012). *L'enquête sociologique*. Paris cedex 14, France: Presses Universitaires de France. DOI:10.3917/puf.paug.2012.01.

Paxson, D. Winston, K. Tobey, T. Johnston, S. & Iwama, M. (2012). The Kawa Model : Therapists' Experiences in *Mental Health Practice, Occupational Therapy in Mental Health*, 28:4, 340-355, DOI: 10.1080/0164212X.2012.708586

Pepin, G, Tetreault, S. (1998). *Méthodes d'évaluation en ergothérapie psychiatrique : deux histoires de cas in Expériences en Ergothérapie* (11^e série, p.191).

Person, Y. (2007). *Évaluez, évaluez... il en restera toujours quelque chose. Libre pensée sur l'évaluation ergothérapique en psychiatrie* in *Expériences en ergothérapie* (21^e série, p.277).

Psychom. (2018). *Les troubles bipolaires*, disponible en ligne : file:///Users/thierry/Downloads/Troubles_bipolaires_maj_04_18-WEB.pdf (consulté le 02/02/2019)

Psychom (2018), *Thérapie cognitivo-comportementale*, définition disponible en ligne : <http://www.psychom.org/Espace-Presses/Sante-mentale-de-A-a-Z/Therapie-cognitivo-comportementale-TCC> (Consulté le 22/05/19)

Richardson, P., Jobson, B., et Miles, S. (2010). *Using the Kawa model : a practice report. Mental Health Occupational Therapy*, p.82-85.

Riou, G. De Lépine, C. Poullain, C. Moisan, L. (2016). *Le livre blanc sur l'ergothérapie en santé mentale : histoire d'un projet un peu fou* (31^e série, p.433).

Rossini, E., Meyer, S. & Margot, I. (2014). *Recommandations pour la formulation des objectifs en ergothérapie*. Berne : Association suisse des ergothérapeutes (ASE).

Roux, J-P. (1982). Une technique d'observation et d'analyse des interactions maître-élève. *Revue française de pédagogie*, (59), 30-45.

Site de l'ANFE (association nationale française des ergothérapeutes) : <http://www.anfe.fr> (consulté le 03/01/2019)

Site du modèle Kawa : <http://www.kawamodel.com/> (consulté le 18/10/2018)

Teoh, J.Y. & Iwama, M.K. (2015). *The Kawa Model Made Easy : a guide to applying the Kawa Model in occupational therapy practice* (2nd edition).

Terrien, V. Caire, J.M. (2017). *Enquête nationale sur le référentiel d'activités* in *Expériences en Ergothérapie* (31^e série, p.34).

Townsend E., Polatajko, H. (2013). *Habiliter à l'occupation. Faire avancer la perspective ergothérapique de la santé, du bien-être et de la justice par l'occupation. CAOT Publication ACE*. 2^{ème} édition. p.494.

TUNING (2008). *Reference points for the design and delivery of degree programmes. Occupational Therapy*, Bilbao, Publicaciones de la Universidad de Deusto.

Turpin, M. et Iwama, M.K. (2011). *Using Occupational Therapy Models in Practice*. Edinburgh; New York, Churchill Livingstone/Elsevier.

Vallet, I. (2011) *Le modèle Kawa, son expérimentation : une espace d'échanges entre l'ergothérapeute et la personne âgée*. (Mémoire de diplôme d'état en ergothérapie, Université de Lyon).

UNESCO, *L'évaluation normative*, définition disponible sur internet :
<http://uis.unesco.org/fr/glossary-term/evaluation-normative> (consulté le 22/05/19)

Van Campenhoudt, L., & Quivy, R. (2013). *Manuel de recherche en sciences sociales*. Paris : Dunod.

Vigoureux, A. (1994). *Exploitation de techniques projectives en ergothérapie psychiatrique* in *Expériences en ergothérapie* (7^e série, p.272).

Wada, M. (2011). Strengthening the Kawa Model: Japanese Perspectives on Person, Occupation, and Environment. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 78(4), 230–236.

TABLE DES ANNEXES

Annexe I : Critères diagnostics des troubles bipolaires.....	II
Annexe II : Schéma des concepts du modèle Kawa.....	V
Annexe III : Grille d'entretien.....	VI
Annexe IV : Grilles d'observation vierges.....	VIII
Annexe V : Grille d'observation de monsieur L.....	XI
Annexe VI : Grille d'observation de madame D.....	XII
Annexe VII : Grille d'observation de monsieur M.....	XIII
Annexe VIII : Grille d'analyse de l'entretien vierge.....	XV
Annexe IX : Retranscription d'un entretien.....	XVI
Annexe X : Supports de présentation du modèle Kawa de l'ergothérapeute (première passation).....	XXIII
Annexe XI : Reconstitution des dessins de madame D.....	XXIV
Annexe XII : Dessins de monsieur M.....	XXV
Annexe XIII : Formulaire de consentement.....	XXVII

Annexe I : Critères diagnostics des troubles bipolaires

I) Critères diagnostics d'un épisode maniaque

(American Psychiatric Association, 2013, p.124)

A. Une période distincte d'au moins une semaine (ou toute autre durée si une hospitalisation est nécessaire) d'exaltation de l'humeur, expansive ou irritable et d'activités ou d'énergie dirigées vers un but de manière anormale et persistante et présente la majeure partie de la journée, presque tous les jours.

B. Au cours de cette période, trois (ou plus) des symptômes suivants sont présents de manière significative et représentent un changement notable par rapport au comportement habituel :

1. estime de soi exagérée et mégalomanie
2. diminution du besoin de sommeil (par exemple, le patient se sent reposé après seulement 3 heures de sommeil)
3. plus grande loquacité que d'ordinaire ou désir continu de parler
4. fuite des idées ou expérience subjective que les pensées s'emballent
5. distractibilité rapportée ou observée (c'est-à-dire que l'attention est trop facilement attirée par des stimuli externes sans importance)
6. Augmentation de l'activité dirigée vers un but (sociale, professionnelle, scolaire ou sexuelle) ou agitation psychomotrice (avec des activités qui ne sont pas orientées vers un but)
7. Participation excessive à des activités avec des conséquences dommageables (achats inconsidérés, indiscretions sexuelles, investissements commerciaux insensés...).

C. le trouble de l'humeur est suffisamment sévère pour causer une altération marquée du fonctionnement social ou professionnel ou pour nécessiter une hospitalisation (afin d'éviter des dommages pour soi-même et autrui), ou bien il y a présence de caractéristiques psychotiques (idées délirantes, hallucinations...).

D. l'épisode n'est pas imputable aux effets physiologiques directs d'une substance (par exemple, une drogue consommée avec abus, un médicament ou un autre traitement) ou à une autre affection médicale.

Remarque : Un seul épisode maniaque suffit pour diagnostiquer un trouble bipolaire I.

II) Critères diagnostics d'un épisode hypomaniaque

A. Une période distincte d'au moins 4 jours consécutifs, d'humeur anormalement et constamment élevée, expansive ou irritable et d'activités ou d'énergie dirigées vers un but de manière anormale et persistante et présente la majeure partie de la journée, presque tous les jours.

B. Au cours de cette période, les symptômes suivants ont persisté, représentent un changement notable par rapport au comportement habituel et ont été présents de manière significative :

1. estime de soi exagérée ou mégalomanie
2. diminution du besoin de sommeil
3. plus grande loquacité que d'ordinaire ou désir continu de parler
4. fuite des idées ou expérience subjective que les pensées s'emballent
5. distractibilité rapportée ou observée
6. Augmentation de l'activité orientée vers un but ou agitation psychomotrice sans but
7. Participation excessive à des activités aux conséquences néfastes.

(American psychiatric association, 2013, p.125)

C. L'épisode est associé à un changement non équivoque dans le fonctionnement qui n'est pas caractéristique de l'individu hors période symptomatique.

D. La perturbation de l'humeur et le changement de fonctionnement du sujet sont observables et manifestes pour les autres personnes.

E. L'épisode n'est pas assez sévère pour causer une altération marquée du fonctionnement social ou professionnel ou pour nécessiter une hospitalisation. S'il existe des caractéristiques psychotiques, l'épisode est par définition maniaque (et non hypomaniaque).

F. L'épisode n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance

III) Critères diagnostics d'un épisode dépressif majeur

A. Cinq (ou plus) des symptômes suivants ont été présents durant la même période de 2 semaines et représentent un changement du sujet par rapport à son fonctionnement antérieur :

au moins un de ces symptômes est soit (1) une humeur dépressive, soit (2) une perte d'intérêt ou de plaisir.

Remarque : ne pas inclure les symptômes qui sont attribuables à une autre cause médicale.

1. Humeur dépressive présente la majeure partie de la journée, presque tous les jours, signalée par la personne ou par d'autres de son entourage.

2. diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour toutes, ou pour une grande partie des activités de la journée

3. Perte de poids importante en l'absence de régime ou de gain de poids, ou diminution ou augmentation de l'appétit presque tous les jours.

4. Insomnie ou hypersomnie presque tous les jours.

5. Agitation ou ralentissement psychomoteur presque tous les jours (signalée par le patient et observable par d'autres).

6. Fatigue ou épuisement presque tous les jours.

7. Sentiment d'inutilité ou de culpabilité excessive ou inappropriée (ce qui peut être délirant) presque tous les jours.

8. Diminution de la capacité de penser, de se concentrer ou indécision presque tous les jours (signalée par le patient et/ou par les autres).

9. Pensées de mort récurrentes (pas seulement la peur de mourir), idées suicidaires récurrentes sans plan spécifique, tentative de suicide ou plan établi pour se suicider.

B. Les symptômes provoquent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel, scolaire... etc.

C. L'épisode n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance ou d'une autre affection médicale.

D. L'apparition de l'épisode dépressif majeur n'est pas imputable à un trouble schizoaffectif, une schizophrénie, un trouble schizophréniforme, un trouble délirant, ou un autre trouble du spectre schizophrénique et un autre trouble psychotique.

Remarque : Les épisodes dépressifs majeurs sont fréquents dans le trouble bipolaire I mais ne sont pas suffisant pour le diagnostiquer.

Remarque : pour distinguer le chagrin d'un épisode dépressif majeur, il est utile de considérer que, dans le deuil, l'affect prédominant est le sentiment de vide et de perte, tandis que dans le syndrome dépressif majeur, l'humeur dépressive est persistante et amène une incapacité à éprouver le bonheur ou le plaisir.

Annexe II : Schéma des concepts du modèle Kawa

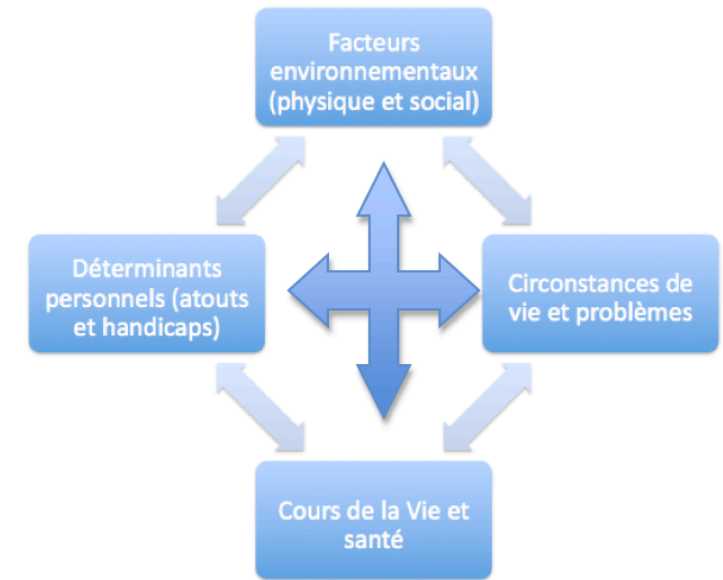


Schéma des concepts du modèle Kawa

Annexe III : Grille d'entretien

« Bonjour, je m'appelle Alice Barbé, je suis étudiante à l'Institut de Formation en Ergothérapie de Créteil. Actuellement en dernière année, je suis amenée à rédiger un mémoire de fin d'études.

Le sujet que je souhaite traiter porte sur le modèle Kawa. Je souhaiterais explorer son utilisation et son applicabilité auprès de personnes bipolaires.

A travers cet entretien, j'aimerais donc que vous puissiez témoigner de votre expérience sur la passation de ce modèle avec votre patient.

Cet entretien sera enregistré, il durera entre 30 et 45 minutes.

Sachez que nos échanges seront retranscrits en respectant votre anonymat, ainsi que celui du patient et que vous pourrez choisir de les interrompre à tout moment.

Acceptez-vous de démarrer l'entretien dans ces conditions et avez-vous des questions ou des remarques avant que nous débutions ? »

Consigne initiale : « Qu'est-ce que vous pouvez me dire de cette passation ? »

Tableau des thèmes et des questions par thème :

Thèmes	Questions
Les objectifs institutionnels :	Quelle est l'orientation de l'institution dans laquelle vous travaillez ?
Les objectifs transversaux :	Quels sont les objectifs que vous partagez avec vos collègues concernant ce patient ?
Les objectifs de l'ergothérapeute :	Quels sont vos objectifs généraux avec ce patient ? Pourquoi souhaitez-vous faire passer le modèle Kawa à ce moment-là avec ce patient ?
Le modèle conceptuel/approche à laquelle se réfère l'ergothérapeute :	Avez-vous un modèle/ une approche de référence ?
Utilisation et applicabilité du modèle Kawa auprès des personnes bipolaires	Quelle est votre opinion par rapport à l'utilisation du modèle Kawa auprès de ce patient ? Auprès de patients bipolaires de manière générale ?
Utilisation de la modalité projective :	Quelle est votre opinion concernant l'utilisation de la modalité projective du modèle Kawa auprès de ce patient ? Auprès de patients bipolaires ? Quelle est l'influence de la modalité projective de ce modèle en ce qui concerne l'auto-analyse de ces personnes ?
La relation et l'alliance thérapeutique entre le patient et le thérapeute	Comment définiriez vous la relation et l'alliance thérapeutique ? Quels en sont les éléments essentiels ? Pensez-vous partager une bonne relation, une bonne alliance thérapeutique avec ce patient ? Qu'avez-vous observé de cette relation et de cette alliance lors de cette passation du modèle kawa ? Le modèle Kawa influence-t-il la relation et l'alliance thérapeutique entre patient et thérapeute ? Si oui : comment ? Si non : pourquoi ?

	<p>Les objectifs que vous avez formulés étaient-ils en accord avec le patient ?</p> <p>Avez vous des exemples ?</p> <p>Comment décriez vous la collaboration entre le patient et le thérapeute lors de la négociation d'objectifs thérapeutiques avec les patients bipolaires dans l'auto-évaluation du modèle Kawa ?</p>
La formulation d'objectifs ergothérapeutiques	<p>Comment définiriez vous le terme d'objectif ergothérapeutique ?</p> <p>Avez vous des exemples ?</p> <p>Selon vous, l'auto-évaluation du modèle Kawa influence-t-elle l'élaboration d'objectifs ergothérapeutiques avec des patients bipolaires ?</p> <p>Si oui, comment ?</p> <p>Si non, pourquoi ?</p>
Questions d'ouverture	<p>Selon vous, quelle est l'influence de cette auto-évaluation sur l'intervention ?</p> <p>Avez vous des exemples ?</p> <p>Selon vous, quels sont les avantages et les limites du modèle Kawa ?</p>

Clôture de l'entretien :

« Nous avons parlé de plusieurs éléments. Pensez-vous avoir omis quelque chose d'important ? »

« Je vous remercie pour le temps et la confiance que vous avez bien voulu m'accorder »

Annexe IV : Grilles d'observation vierges

Afin de structurer mes observations et d'éviter certains biais de mémoire, quatre grilles d'observation ont été créées pour être remplies tout de suite après l'observation.

Thème : utilisation de la modalité projective/ plan subjectif	Sous thème	Observations : contexte d'apparition, description « énoncé »
Plan symbolique : projection sur le modèle (signification que le patient donne aux divers éléments et manière dont il le symbolise)	Projection sur les bois flottants : Les rochers : Les rives : L'eau : Autres :	
Auto-analyse	Définition de ses problèmes : Idées sur les causes : De ses forces : Ses ressources : Ses faiblesses : Leur impact sur les problèmes : Expression de ses désirs : Ses aspirations : Projection dans l'avenir :	

Thème collaboration du thérapeute	Comportements	Énoncé et contexte d'apparition
Fournis des informations	Expliquer le sens du modèle, support visu Explique les causes Les conséquences attendues	
Adaptations du thérapeute	Adaptations du modèle : change le protocole pour l'adapter au patient (invitation à utiliser un autre médiateur que le dessin, dessine à la place... etc) Acceptation de représentations différentes (qui ne collent pas au modèle) de symbolique différentes...	
Stimulations	Comportementales : Directives : consignes orientation de l'action/réorientation Non directives : encouragement verbal, non verbal techniques de relance (écho...) invitation à prendre une position active suggérer de donner des exemples...	
Attitude d'écoute	Empathie verbale ou non verbale (expression du	

	visage, comportement physique) Reconnaissance des indices non-verbaux du patient Résume Clarifie utilise le reflet	
Interactions comportementales	Message gestuel : mimique, corporel... Regard	
Interactions affectives	Positives Négatives	
Distance relationnelle	Corporelle Verbale	
Analyse du thérapeute	Identification des problèmes	
Demande l'accord du patient	Suite à son interprétation Suite à la formulation des objectifs	
Autres		

Thème collaboration du patient	Comportements	Contexte d'apparition/énoncés
Interactions comportementales	Message gestuel : mimique, corporel... Regard	
Suivi des consignes	Oui Non	
Demande d'informations	Pose des questions	
Demande d'approbation		
Demande de soutien	Recherche de guidage par des questions	
Interactions affectives	Positives négatives	
Mécanismes de défenses	Déni Rejet : coupe la parole, refuse de suivre la consigne Evitement (ignore)	
Distance relationnelle	Corporelle, verbale...	
Autres		

Thème : négociation des objectifs ergothérapeutiques	Accord du patient	Pas d'accord	Plus ou moins	Observations

Ainsi qu'une fiche de renseignement des patients et des ergothérapeutes à remplir à l'avance pour décrire le contexte et pour analyser certains possibles biais :

Date :

Présentation du lieu :

Position dans l'espace des personnes :

Durée de la passation :

Présentation du patient :

Age :

Sexe :

Date du diagnostic :

Contexte d'arrivée :

Sémiologie :

Diagnostic et phase actuelle :

Attentes :

Présentation de l'ergothérapeute :

Age :

Sexe :

Année d'obtention du diplôme :

Nombres d'années de pratiques en santé mentale :

Utilisation antérieure du modèle Kawa :

Utilisation du modèle avec des personnes bipolaires :

Annexe V : Grille d'observation de monsieur L

Catégorie : Auto-analyse de la personnes bipolaire	Sous-catégorie	Observations : contexte d'apparition, description, « énoncé »
Plan symbolique : projection sur le modèle (signification que le patient donne aux divers éléments)	Projection sur les bois flottants :	Les rendez-vous au centre de jour l'aident, La marche à pieds dans paris, La méditation le soir
	Les rochers	Mal-être, regrets, remords Situation financière
	Les rives	Ses amis étaient positifs mais dans le passé (ne les voit plus) Sort souvent avec son frère mais a peur d'être un fardeau pour lui Sa fille le soutient mais il se fait du souci par rapport à ce qu'elle peut penser de lui dans son état La musique par le passé mais n'en écoute plus
	L'eau	S'écoule moins bien qu'avant
	Autres :	
Auto-analyse	Définition de ses problèmes :	Mal être, regrets, remords, situation financière
	Idée sur les causes	Angoisses par rapport à son diagnostique, deuil des choses qu'il faisait avant et qu'il n'arrive plus à faire
	De ses forces	
	Ses ressources	
	Ses faiblesses	
	Leur impact sur les problèmes	
	Expression de ses désirs	
	Ses aspirations	
Projection dans l'avenir		

Catégorie : établissement des objectifs ergothérapeutiques	Accord du patient	Pas d'accord	Plus ou moins	Observations
« voir les choses positives »	X			Tous ces objectifs ont été établis par l'ergothérapeute
Objectif de réassurance	X			
Reprendre d'anciennes activités (écouter de la musique, revoir ses amis)			X	Le patient tente d'écouter de la musique avec sa fille mais n'ose pas recontacter ses amis

Annexe VI : Grille d'observation de madame D

Catégorie : Auto-analyse de la personnes bipolaire	Sous-catégorie	Observations : contexte d'apparition, description, « énoncé »
Plan symbolique : projection sur le modèle (signification que le patient donne aux divers éléments)	Projection sur les bois flottants :	En positif : Caractère : battante, volontaire Croyances : Bouddhiste Devise : « Aides toi et le ciel t'aidera » Valeurs : famille, partage, amitié, paix En négatif : ?
	Les rochers	L'enfermement en psychiatrie
	Les rives	Ses collègues qu'elle ne voit plus mais qu'elle aime dans les éléments positifs Met son mari dans le positif mais après hésitation... Ses amis dans le positif La famille dans le positif mais le père entre positif et négatif Les enfants Son psychiatre (en positif)
	L'eau	
	Autres :	
Auto-analyse	Définition de ses problèmes :	Son enfermement
	Idée sur les causes	- Une dispute entre son mari et son père qui a causé une « fracture psychiatrique » - Le fait d'être fille unique - c'est de la faute de son mari si elle a été hospitalisée selon elle
	De ses forces	
	Ses ressources	
	Ses faiblesses	
	Leur impact sur les problèmes	
	Expression de ses désirs	
	Ses aspirations	
Projection dans l'avenir	« 2019 c'est mon année, et j'ai des tonnes de projets... » « j'aimerais monter une société pour gérer mes biens au Portugal »	

Aucun objectif n'a été établi

Commentaire de la patiente :

« ça demande de l'énergie, déjà pour comprendre la métaphore, et puis pour se poser pendant 1h ! »

Annexe VII : Grille d'observation de monsieur M

Catégorie : Auto-analyse de la personnes bipolaire	Sous-catégorie	Observations : contexte d'apparition, description, « énoncé »
Plan symbolique : projection sur le modèle (signification que le patient donne aux divers éléments)	Projection sur les bois flottants :	Caractéristiques : Naïf, bon cœur, serviable
	Les rochers	Maladie Fiançailles pendant la crise maniaque Carte vitale perdue Découvert bancaire Plus de portable Le fait d'être enfermé, les heures strictes en psychiatrie Activités qu'il faisait avant et qu'il ne peut plus faire aujourd'hui ou qu'il aimerait faire : course à pied, vélo L'approche de la retraite
	Les rives	En positif Famille : ++++ très importante Travail : +++ côté sociétal, ça le structure Amis : ++
	L'eau	La maladie
	Autres :	
Auto-analyse	Définition de ses problèmes :	La maladie, ses fiançailles qui n'ont pas été acceptées par sa fille, le manque de sommeil
	Idée sur les causes	
	De ses forces	Serviable, bon cœur
	Ses ressources	Le travail le structure
	Ses faiblesses	Naïf
	Leur impact sur les problèmes	
	Expression de ses désirs	oui
	Ses aspirations	oui
Projection dans l'avenir	« Peut-être que j'irai chez Emmaüs pour la retraite : la retraite faut la préparer »	

Catégorie : établissement des objectifs ergothérapeutiques	Accord du patient	Pas d'accord	Plus ou moins	Observations
Préparer sa retraite	X			Tous ces objectifs ont été établis par le patient
Entrer dans une association	X			
Se tourner vers les enfants, donner des cours de français à des jeunes étrangers	X			
Reprendre le vélo	X			
Jouer aux jeux de cartes	X			

Commentaire du patient :

« Trop court, le premier dessin ça va mais on a du mal à faire la coupe, à symboliser et à styliser les symboles »

« L'ergothérapeute se mélangeait les pinceaux et du coup je ne comprenais pas non plus »

Annexe VIII : Grille d'analyse de l'entretien vierge

Thème	Sous thème	Analyse	Enoncé
Plan subjectif/ utilisation de la modalité projective	Plan symbolique	Ergo 1	
		Ergo 2	
		Ergo 3	
	Auto-analyse	Ergo 1	
		Ergo 2	
		Ergo3	
Collaboration entre le patient et le thérapeute	Définition de l'alliance et de la relation	Ergo 1	
		Ergo 2	
		Ergo 3	
	Relation et alliance thérapeutique avec le patient	Ergo 1	
		Ergo 2	
		Ergo 3	
	Relation et alliance thérapeutique lors de la passation	Ergo 1	
		Ergo 2	
		Ergo 3	
	Observations générales sur l'influence du modèle sur l'alliance et la relation	Ergo 1	
		Ergo 2	
		Ergo 3	
Négociation d'objectifs thérapeutiques	Ergo 1		
	Ergo 2		
	Ergo 3		
L'établissement d'objectifs ergothérapeutiques	Définition du terme objectif ergothérapeutique	Ergo 1	
		Ergo 2	
		Ergo 3	
	Influence du modèle sur l'élaboration d'objectifs ergothérapeutiques	Ergo 1	
		Ergo 2	
		Ergo 3	
L'impact sur l'intervention	Une meilleure participation/engagement du patient	Ergo 1	
		Ergo 2	
		Ergo 3	
Critiques	Avantages	Ergo 1	
		Ergo 2	
		Ergo 3	
	Inconvénients/limites	Ergo 1	
		Ergo 2	
		Ergo 3	
Autres thèmes	Complémentarité avec d'autres modèles	Ergo 1	
		Ergo 2	
		Ergo 3	
	Intérêt pour d'autres pathologies	Ergo 1	
		Ergo 2	
		Ergo 3	

Annexe IX : Retranscription d'un entretien

Donc du coup je commence par me présenter : je m'appelle Alice Barbé, je suis étudiante en ergothérapie à l'institut de Créteil et je suis amenée à faire un mémoire de fin d'étude qui traite de l'utilisation et de l'applicabilité du modèle Kawa auprès de patients bipolaires et donc dans cet entretien en fait je vais recueillir ton témoignage de la passation qui a eu lieu vendredi pour avoir ton avis. Ce sera un entretien qui bien sûr respectera ton anonymat, celui aussi du patient et que tu pourras interrompre à tout moment si tu en ressens le besoin.

Il durera à peu près entre 30 et 45 minutes et voilà. Donc est ce que tu acceptes de démarrer dans ces conditions, est ce que tu as des questions au préalable ?

Hm... Pas de questions et j'accepte (Rires)

(Rires) Ok. Ba d'abord, pour commencer, qu'est ce que tu peux me dire de la passation qui a eu lieu vendredi ?

Ben ça été un petit peu difficile hm... parce que il était pas rassuré, donc il a d'abord fallut que je le rassure, par rapport au contenu de ce qu'on allait faire et l'incidence aussi et puis ce que j'allais faire aussi après du résultat. Et enfin moi je lui ai dit qu'on serait amené à refaire la rivière certainement dans quelques temps pour voir un petit peu si y avait eu des changements, des améliorations des... oui des changements au niveau de sa vie.

Ok

Et pour poser un peu le contexte, quelle est l'orientation de la structure dans laquelle tu travailles ?

Ben en fait là disons que l'hôpital de jour fonctionne plus selon le modèle psychodynamique, après moi j'utilise en plus d'autres modèles puisque j'utilise aussi des techniques de TCC par exemple, j'essaye aussi d'intégrer des petites choses par rapport au MOH, parce que j'ai suivi une petite formation et enfin disons que y a plusieurs modèles que j peux utiliser. Et sinon, ici c'est plus le modèle psychodynamique.

D'accord.

Et quels sont les objectifs communs que vous partagez entre les différents professionnels pour ce patient ?

Alors ce qu'il y a c'est qu'avec ce patient là, sur la structure de l'hôpital de jour y a que moi qui le voit... et puis dans le pôle y a juste son psychiatre qui le voit sinon c'est un psychologue qui vient de l'extérieur... Et donc là c'est plus « redonner confiance ». Voilà...

Ok d'accord

Et du coup ça correspond à tes objectifs à toi aussi ?

Hm hm !

Ok. Et pourquoi est ce que du coup tu voulais le faire avec ce patient là et à ce moment là ?

Hm... parce qu'en fait disons qu'on arrivait aussi au bout de quelque chose : la remédiation cognitive. On avait peut être encore d'autres questions qui restaient, mais c'était aussi pour pouvoir mettre les choses plus à plat, parce que le fait de voir comme ça sur un dessin où y avait tous les éléments qui étaient mis à plat, ben ça pouvait aussi donner à la personne une autre vision. Donc c'était plus par rapport à ça.

Ouais d'accord.

Oui donc tu me parlais un peu des autres modèles que tu utilisais... Et heu quelle est ton opinion par rapport à l'utilisation de ce modèle auprès de ce patient ?

Hm... Intéressant même s'il était pas très rassuré au départ, hm... il a pu mettre des mots, ce qui est quand même pas mal et ben on verra par la suite ce que ça peut donner mais en tout cas la passation était intéressante et j'pense que ça peut donner quelque chose.

Et qu'est ce que tu en penses mais pour les patients bipolaires de manière générale ?

Hm ! Heu... Ben ça dépend aussi de comment est ce qu'ils sont, est ce que si y a disons au niveau de la thymie, si y a des grands écarts entre les moments de dépression ou les moments de manie, ça peut aussi leur permettre de se poser à un moment donné, et peut être de mieux visualiser où ils en sont.

D'accord. Pour les deux phases ?

Ben je pense pour les deux phases oui

Ok. Et quelle est ton opinion concernant l'utilisation de la modalité projective du dessin pour ces patients bipolaires : pour celui là mais aussi pour les patients bipolaires ?

Ben disons que lui il était plus sur une phase dépressive donc le fait qu'il ait utilisé juste une couleur, qu'il ait été assez rapide, ouais il a pas utilisé de couleurs du tout, il a quand même été assez rapide dans l'exécution de sa rivière et de la coupe, après si il avait été dans une autre phase, peut être qu'il aurait mis de la couleur, peut être qu'il aurait mis plus de temps... Peut être que ça aurait pris plus de temps enfin... Voilà je pense que ça reflète quand même pas mal l'état d'esprit dans lequel est le patient à ce moment là.

Ok et qu'est ce que tu penses justement de cette modalité projective mais concernant l'auto-analyse que peut avoir la personne bipolaire ?

Ben après je sais pas ce qu'il a pu voir ce patient, quand il a fait sa rivière mais heu... En tout cas il a pu mettre à plat des choses (Rires). Parce que quand on a un entretien par exemple, c'est par bribes que ça vient les informations. Et là en fait c'est posé sur une seule feuille. Donc heu oui j'pense que ça a permis de clarifier des choses pour lui.

Et est ce que tu as vu que ça a permis de mettre en avant non seulement des forces mais aussi des ressources ou alors des faiblesses, du point de vue de son analyse ?

Heu... oui les faiblesses il les a pointées, après les ressources en fait il a plus fait allusion à ce qui étaient des ressources dans le passé mais... maintenant heu... en fait il a une tellement mauvaise, une piètre opinion de lui même que les choses positives il les a pas vues. Pourtant y en a hein mais il les a pas vues ! Après voilà lui il a pas pointée les choses positives mais je pense qu'à force de discussion, heu il arrivera à aller les pointer... Donc y a quand même quelque chose enfin... ça permet quand même de voir la personne dans son ensemble, mais... enfin suivant le patient, suivant la personne ça peut être plus ou moins difficile.

D'accord. Et alors sinon, comment est ce que tu définirais une bonne relation et aussi une bonne alliance thérapeutique ?

Hm. Ben ça passe par une relation de confiance qui prend du temps, ça dépend aussi de la manière dont on accueille le patient déjà même dès le premier entretien heu... qu'on lui accorde de l'importance, qu'on l'écoute (rires) et puis qu'on aille dans les objectifs qu'on a

pu établir avec la personne, parce que si elle adhère pas à ce qu'on veut faire avec lui ça marchera pas de tout de façon enfin cette alliance elle doit être là !

Ok. Et est ce que tu penses que au préalable tu avais une bonne relation, une bonne alliance thérapeutique avec ce patient ?

Ah je pense que oui ! oui oui parce que... ben ça fait depuis un peu plus d'un an que je le vois maintenant 2 fois par semaines et oui je pense qu'il m'a identifiée comme quelqu'un à qui il peut dire des choses et ba nos entretiens ça lui apporte quelque chose je pense !

Et qu'est ce que tu as observé de cette relation et de cette alliance mais cette fois lors de cette passation du modèle kawa ?

Heu... ben donc déjà j'ai dû l'appeler avant pour qu'il accepte de passer ce test, il a été réticent, t'as bien vu que le jour de la passation même heu... voilà il en avait presque pas dormi et puis il a changé d'avis à la dernière minute en disant que lui il avait pas du tout envie, mais pour autant il a quand même voulu passer ce test avec moi.

Ouais. Tu penses que c'était pour quoi qu'il a été réticent ? C'était plutôt vis à vis de ma présence ou plutôt par rapport au modèle ?

Ouais je pense que c'était plutôt par rapport à ta présence. Ouais parce que voilà j pense que ça a été difficile pour lui de se livrer, il m'a dit aussi quand il avait été au CAP par exemple, que lors des entretiens y avait le médecin, mais y avait aussi une infirmière, d'ailleurs il a pas su dire que c'était une infirmière il a dit juste « une autre personne ». Puis moi je lui ai parlé du secret médical mais aussi du secret partagé. C'est à dire que l'infirmière était aussi dans le secret. Fin qu'elle avait pas le droit de divulguer les choses et heu... ben je pense que ça l'a rassuré mais voilà... Quand il s'adresse à quelqu'un, voilà c'est une relation de confiance qu'il établie et qu'il y ait une autre personne qui soit là en plus, c'est très déstabilisant !

Hm ouais bien sûr c'est compréhensible (Rires)

Oui (Rires)

Quel lien tu fais avec cette relation et cette alliance avec la médiation projective de ce modèle là ?

Quel lien ? Heu... Ben je sais pas trop mais en tout cas... Ba déjà qu'il ait pu accepter quelque chose dont il avait... Qu'il connaissait pas, parce que déjà on utilise une métaphore donc faut déjà essayer de comprendre cette métaphore, arriver à se prêter au jeu, oui je pense que la confiance qui s'établie ben ça a pu se faire aussi par rapport à ça ! Par rapport à cette confiance

Ok. Et qu'est ce que tu as pensé de la collaboration entre toi et ce patient lors de la négociation d'objectifs thérapeutiques ?

Hm. Ben alors la négociation d'objectifs je viens de le faire, c'était pas lors de la passation, mais heu... Disons que quand on décidait de choses à la fin de certaines séances quand je le voyais à la séance d'après c'était pas forcément fait, mais y avait eu quand même d'autres avancées.... Donc pas forcément les objectifs qu'on s'était fixés, mais d'autres objectifs qui étaient aussi importants pour lui et qu'il avait quand même réussi à mettre en place pour arriver à progresser. Donc maintenant si c'était pas forcément les objectifs de départ c'était des objectifs qui allaient dans le même sens.

Du coup toi tu as utilisé ce modèle pour aussi faire des objectifs ou est ce que c'était plutôt pour faire un état des lieux ou... ?

Ben là c'est plus pour un état des lieux je pense... Et puis peut être que dans deux semaines lui même aura envie de travailler d'autres objectifs par rapport à ce qui a été fait là.

Ok.

Et hm... Après si on avance après cette passation, en quoi ça pourra influencer l'intervention ensuite ?

Hm... Ce sera peut être plus facile de visualiser les choses avec ça par exemple. De revenir peut être plus facilement sur des points qui ont été mis en avant sur la rivière.

D'accord.

Et ouais je reviens juste quand même sur les objectifs, qu'est ce que tu penses que cette évaluation pourrait apporter ou pas vis à vis de l'établissement d'objectifs ?

Hm... Ben par exemple par rapport à tout ce qui a été pointé sur ce qui était présent dans le passé : « est ce que vous souhaiteriez les remettre d'actualité ? toutes ces choses là ? » Heu... peut être revoir d'autres amis fin... parce que la musique il y arrive un petit peu à réécouter

un petit peu de la musique avec sa fille fin voilà arriver à ce que les choses qu'il avait pointées qui lui faisaient du bien, puissent continuer à... à être positives pour lui.

D'accord, et avec les patients bipolaires de manière générale ?

Ba ceux qui sont plus dans une phase dépressive, arriver à les remotiver avec pleins de choses et ceux qui sont sur d'autres phases, le fait de mettre les choses à plat ça peut permettre aussi de canaliser !

D'accord. Et heu... du coup pour toi quels sont les avantages et les inconvénients de ce modèle ?

Ben l'avantage c'est qu'on peut mettre les choses à plat, le fait aussi qu'on puisse visualiser, donner une image, après ça peut être difficile à comprendre pour certains... Par rapport à cette métaphore là... En fait les objectifs qu'on se fixe c'est en concertation avec le patient mais c'est pas quelque chose de préétabli, c'est pas forcément... c'est aussi quelque chose, parce que nous c'est assez subjectif comme modèle quand même.

Ok. Ba du coup ouais toi tu as déjà combiné ce modèle avec d'autres, avec quel autres modèles tu trouves qu'il est intéressant justement de le combiner ?

Ben avec des éléments du MOH parce que ce que je t'avais montré la courbe de vie par exemple, ça c'est utilisé avec le MOH. Parce que tu sais dans le MOH y a pleins de choses mais c'est dans une des choses qui sont rattachées au MOH. Heu... Ben ouais c'est une autre manière de voir.

Dans mes souvenirs c'était aussi une courbe qui était rattachée à l'état émotionnel ou...

Oui ouais ouais ! Et puis justement, ce serait aussi intéressant pour quelqu'un de bipolaire de le rattacher aussi à l'état émotionnel !

Et heu... je l'avais aussi utilisé dans le cadre de la réhabilitation psychosociale parce qu'on faisait, après que le patient ait vu le psychologue, en fait on faisait un entretien infirmier ergo pour déterminer quels étaient les objectifs fixés par le patient, où est ce qu'il voulait aller en fait dans cette prise en charge là, et donc on utilisait... Disons que c'était des fiches un peu comme Eladeb, j'sais pas si tu connais, voilà c'était des fiches sur différentes sphères de la vie quotidienne, et en fait avec le modèle kawa, ça permettait aussi de mettre à plat et d'avoir tous ces éléments sur une feuille et... C'était pas mal aussi !

Donc un outil qui ressemblait un peu à l'Eladeb, mixé avec ce... Ok. Ok et heu pour toi quand est ce qu'il est bon de le faire passer ce modèle ?

Ben peut être pas d'emblée parce que justement il faut qu'il y ait cette relation de confiance, qu'on arrive aussi à connaître un peu plus le patient pour voir s'il est aussi accessible à cette métaphore de la rivière, la signification de cette métaphore, ouais voilà il faut déjà connaître un petit peu le patient pour voir si ce serait pertinent de le faire passer avec lui ou pas

Hm

Et ouais une dernière question : avec quel autre type de population tu verrais bien aussi passer ce modèle ?

Adulte ou ? par rapport à la pathologie ?

Par rapport à la pathologie, par rapport à l'âge...

Hm hm. Heu... ben moi je l'ai fait passer à des patients schizophrènes, d'autres troubles psychotiques, donc à ce patient bipolaire, heu... après je travaille pas avec les enfants donc je ne sais pas mais le fait aussi que ce soit imagé, que ce soit un dessin, qu'on puisse le colorier ça peut être aussi intéressant avec les enfants (Rires)

Hm. Ok. Ben on a parlé donc de plusieurs éléments de ce modèle, est ce que tu penses que tu aurais omis quelque chose d'important ? Est ce que tu voudrais ajouter quelque chose ?

Ben pas vraiment après c'est un modèle que j'ai trouvé intéressant et c'est pour ça que j'ai eu envie de l'utiliser et comme ils disent dans ce livre de Morel-Bracq que c'est un modèle qui met le patient et le thérapeute au même niveau, c'est à dire qu'il n'y a pas d'ascendant et ça aussi ça va avec la philosophie de la réhabilitation psychosociale où ben justement c'est un patient acteur de son soin, fin disons qu'il est plus forcément patient entre guillemets mais plus client et acteur et donc ça va avec cette mouvance là aussi ! Voilà.

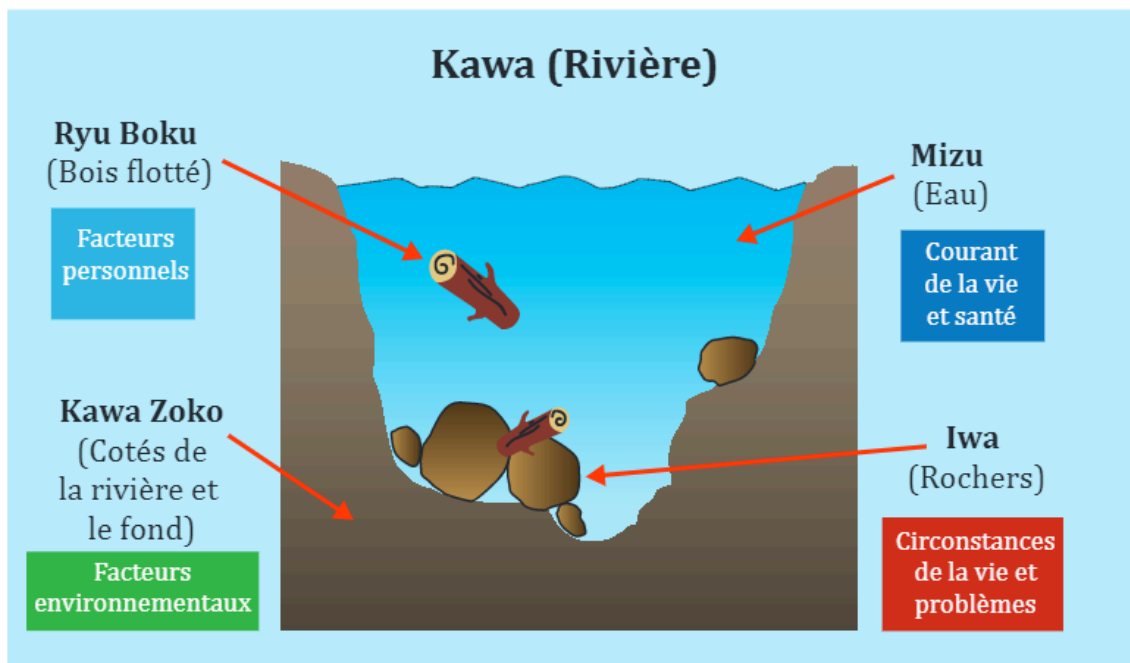
Ok. D'accord. Ben en tout cas merci pour le temps et la confiance que tu m'as accordé.

Ben de rien !

Annexe X : Supports de présentation du modèle Kawa de l'ergothérapeute (première passation)

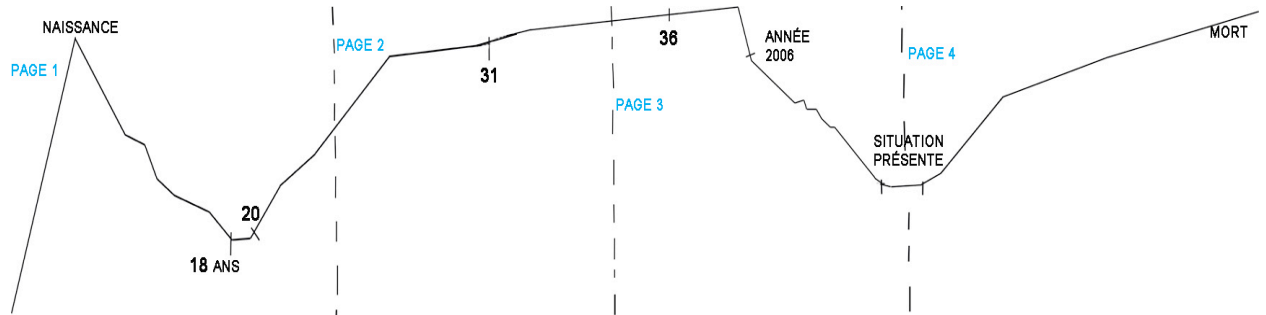


Support pour le premier dessin

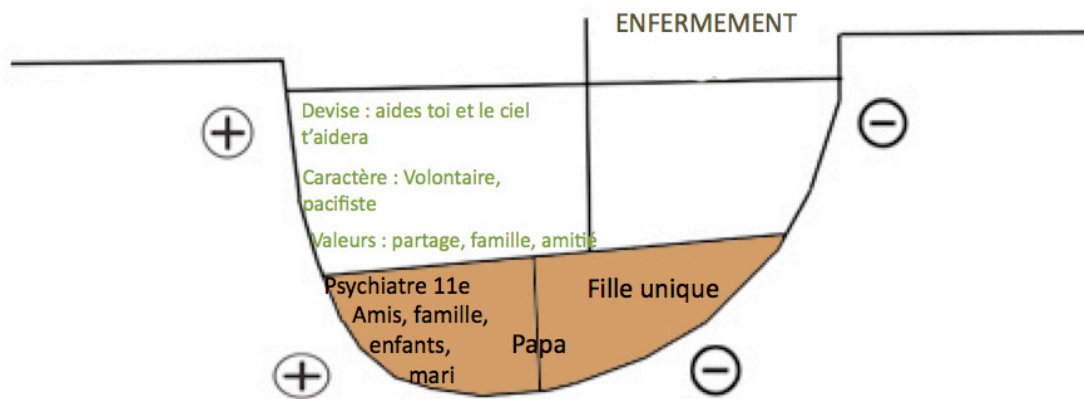


Support pour le deuxième dessin

Annexe XI : Reconstitution des dessins de madame D



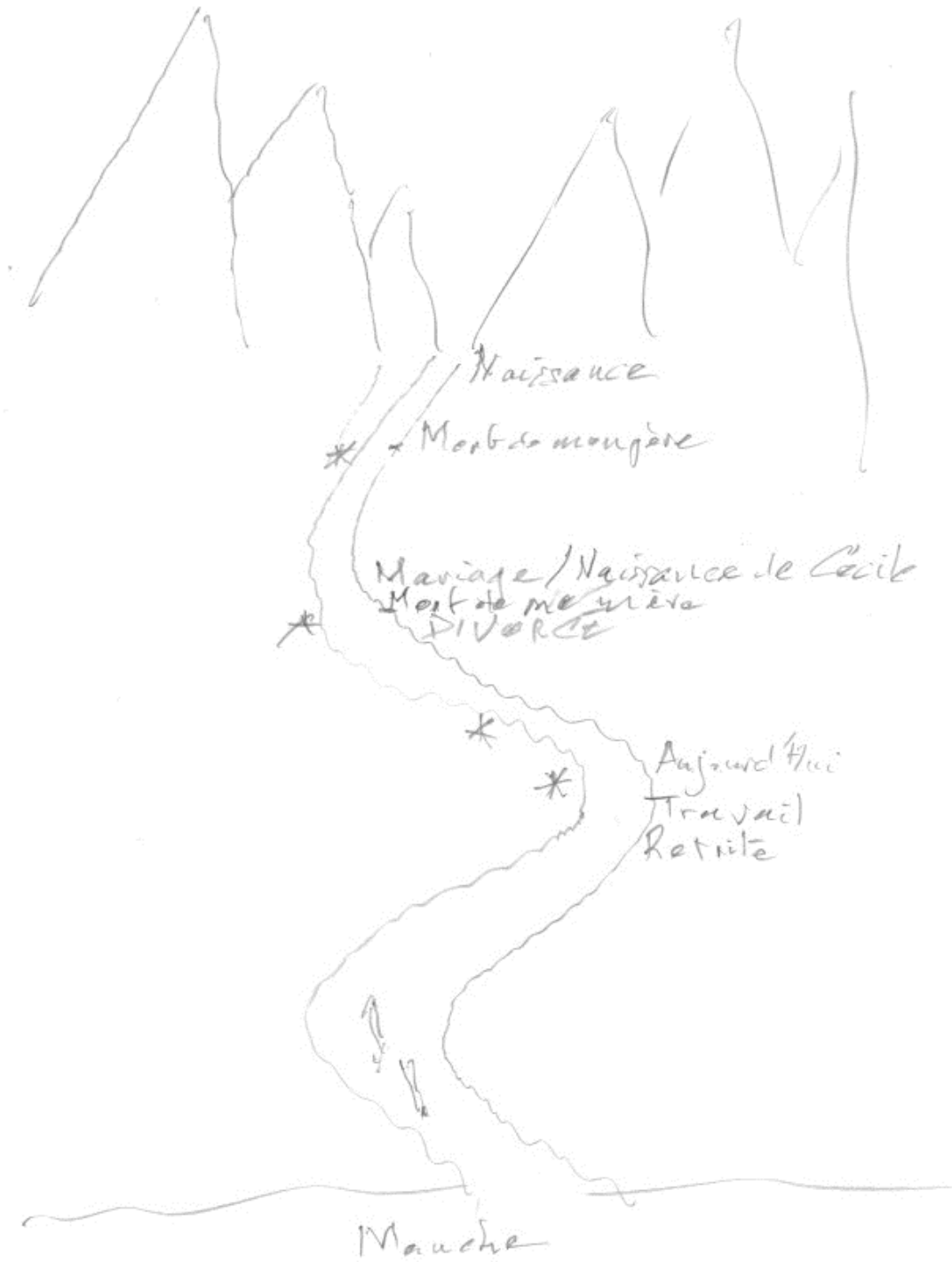
Reconstitution du premier dessin



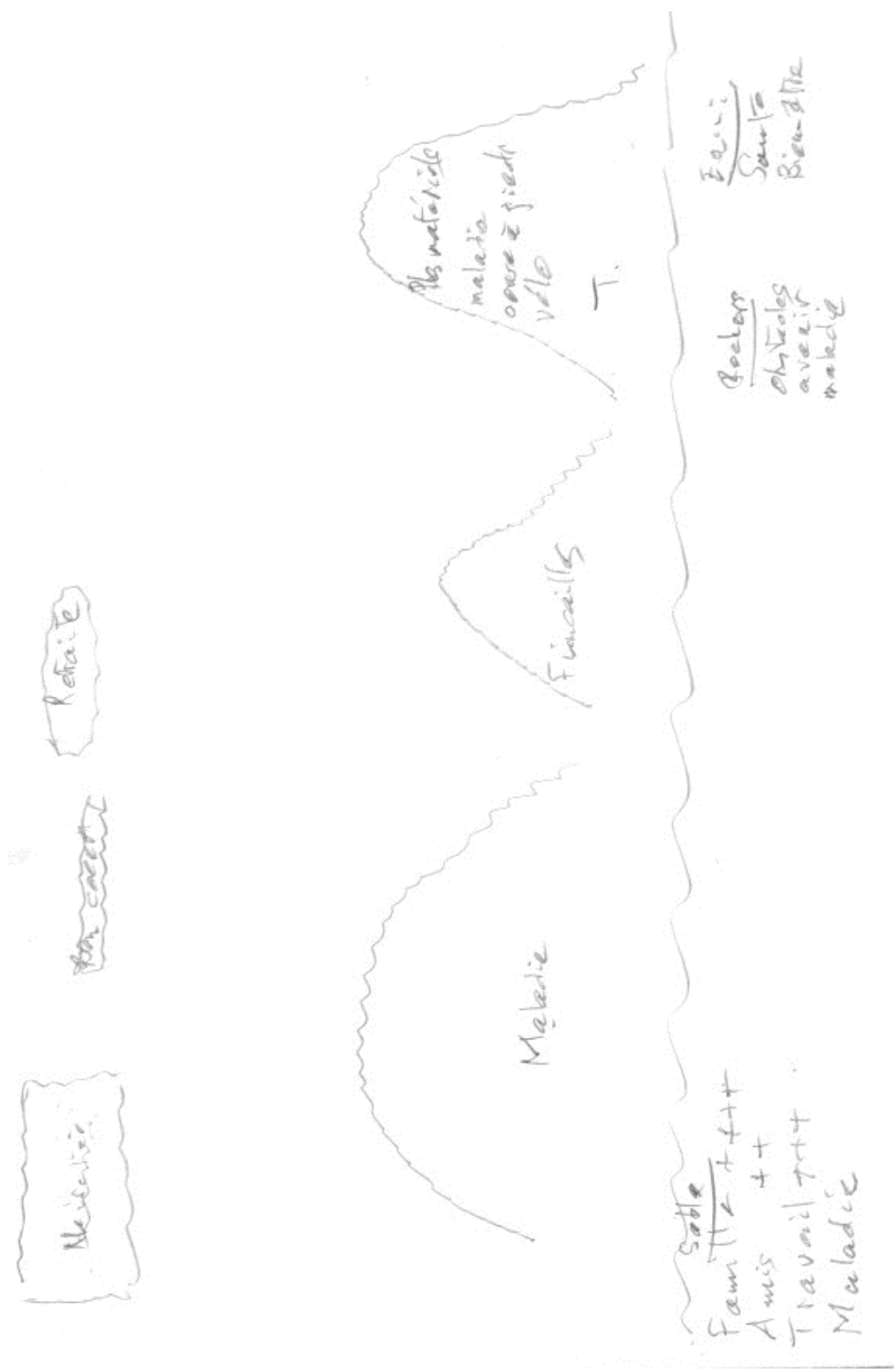
Obstacles
 Déterminants personnels
 Environnement

Reconstitution du deuxième dessin

Annexe XII : Dessins de monsieur M



Premier dessin



Deuxième dessin (coupe transversale)

Annexe XIII : Formulaire de consentement

Je, soussigné _____ déclare accepter, librement, et de façon éclairée, de participer comme sujet à cette étude.

Promoteur : Institut de Formation en Ergothérapie de Créteil, 80 Avenue du Général de Gaulle, 94000 Créteil

Investigateur : Alice Barbé, Licence 3

Engagement de l'investigateur principal : en tant qu'investigateur principal, il s'engage à mener cette recherche selon les dispositions éthiques et déontologiques, à protéger l'intégrité physique, psychologique et sociale des personnes tout au long de la recherche et à assurer la confidentialité des informations recueillies. Il s'engage également à fournir aux participants tout le soutien permettant d'atténuer les effets négatifs pouvant découler de la participation à cette recherche.

Liberté du participant : le consentement pour poursuivre la recherche peut être retiré à tout moment sans donner de raison et sans encourir aucune responsabilité ni conséquence.

Information du participant : le participant a la possibilité d'obtenir des informations supplémentaires concernant cette étude auprès de l'investigateur principal, et ce dans les limites des contraintes du plan de recherche.

Confidentialité des informations : toutes les informations concernant les participants seront conservées de façon anonyme et confidentielle. La transmission des informations concernant le participant pour l'expertise ou pour la publication scientifique sera elle aussi anonyme.

Déontologie et éthique : le promoteur et l'investigateur principal s'engagent à préserver absolument la confidentialité et le secret professionnel pour toutes les informations concernant le participant.

Fait à _____ le _____

Signatures :

Le participant

L'investigateur

RESUME

Mots clefs : Modèle Kawa, auto-évaluation, troubles bipolaires, objectifs ergothérapeutiques, négociation

Dans le cadre de la démarche qualité, l'évaluation est de plus en plus indiquée pour retranscrire les données dans le dossier du patient. Ce mémoire de recherche s'intéresse à l'auto-évaluation que propose le modèle Kawa et cherche à évaluer l'influence de ce modèle dans l'accompagnement des personnes bipolaires pour établir des objectifs ergothérapeutiques.

Pour mener à bien cette recherche, j'ai observé trois passations de cette évaluation par un ergothérapeute à un patient bipolaire. J'ai ensuite réalisé des entretiens avec les ergothérapeutes afin de recueillir leur témoignage.

Cette étude montre que les objectifs ergothérapeutiques peuvent être négociés avec la personne en phase dépressive et la personne stabilisée en extrahospitalier. Les résultats sont négatifs pour la personne en phase maniaque en intrahospitalier, en partie à cause du déni de ses troubles et son accélération psychomotrice.

Il s'avère donc que le modèle Kawa est un outil plus pertinent pour établir des objectifs ergothérapeutiques en extrahospitalier (car axés sur le quotidien). De plus, les personnes doivent avoir des capacités d'auto-analyse suffisantes que le déni des troubles rend difficile. Ainsi, l'alliance thérapeutique risque d'être compromise.

ABSTRACT

Key words : Kawa model, self-evaluation, bipolar disorder, occupational therapy goals, negotiation

As part of the quality approach, evaluation is more and more indicated to record data in the patient's file. This research focuses on self-evaluation, using the Kawa model and assesses the influence of this model in accompanying people with bipolar disorder to establish occupational therapy goals.

To carry out this research, I observed three evaluations made with this model by an occupational therapist of a patient with bipolar disorder, and then I conducted interviews with occupational therapists to collect their testimony.

This study shows that occupational therapy goals can be negotiated for person with depressive episodes and stabilized persons outside the hospital. The results are negative for inpatients with manic episodes, partly because of their denial of their disorder and psychomotor acceleration.

It turns out that the Kawa model is a more relevant tool for setting goals with people outside the hospital (because focused on daily life). Moreover, the person must have sufficient self-analysis capacities, made difficult by disorder denial. So, therapeutic alliance risks being compromised in this population.