



**IPMR de Nevers**  
**Institut Paramédical des Métiers de la Rééducation**  
10 place du Général Pittié 58000 NEVERS  
☎ 09.81.79.27.57 – [www.ipmr-nevers.fr](http://www.ipmr-nevers.fr) – ✉ [secretariat@ipmr-nevers.fr](mailto:secretariat@ipmr-nevers.fr)



# DIPLÔME D'ÉTAT D'ERGOTHÉRAPEUTE

*Arrêté du 5 juillet 2010 modifié*

## Session 1 – Promotion 2020-2023

**L'acceptation des effets de la bipolarité :  
L'influence de l'ergothérapie en milieu  
extra-hospitalier auprès des jeunes adultes**

**Étudiant : GOEPFERT Solène**

**Directeur de mémoire : KATSAROS Irène**

# **NOTE AUX LECTEURS**

Les mémoires des étudiants de l'Institut de Formation en Ergothérapie de Nevers sont des travaux réalisés au cours de l'année de formation, en partenariat avec l'Université de Bourgogne.

Les opinions exprimées n'engagent que les auteurs.

Ces travaux ne peuvent faire l'objet d'une publication, en tout ou partie, sans l'accord de l'auteur, de l'Institut de Formation et de l'Université de Bourgogne.

## **Remerciements**

Je tiens à remercier très sincèrement Irène KATSAROS, ma directrice de mémoire, pour sa disponibilité, sa bienveillance et ses précieux conseils tout au long de ce travail.

Je remercie également l'ensemble de l'équipe pédagogique de l'Institut Paramédical des Métiers de la Rééducation de Nevers pour tous les savoirs qui nous ont été transmis et pour leur accompagnement tout au long de la formation.

Je tiens à remercier les ergothérapeutes qui m'ont offert de leur temps pour participer à ma recherche.

Mes remerciements vont aussi à l'ensemble de mes tutrices de stage qui ont su me faire évoluer au cours de ma formation.

Pour finir, je tiens à remercier très chaleureusement mes parents, mes grands-parents, ma famille et mes amis pour leur présence et leur soutien sans faille durant ces 3 années d'études.

## Sommaire

<b>INTRODUCTION .....</b>	<b>1</b>
<b>1. CADRE PRATIQUE .....</b>	<b>3</b>
1.1 Le trouble bipolaire .....	3
1.1.1 Définition et classification des troubles bipolaires .....	3
1.1.2 Symptômes et signes cliniques .....	5
1.1.3 Diagnostic .....	6
1.1.4 Causes et facteurs .....	6
1.1.5 Traitements .....	7
1.1.6 Les répercussions de la maladie dans la vie quotidienne .....	8
1.1.7 Evolution .....	10
1.2 L'ergothérapie.....	11
1.2.1 Définition .....	11
1.2.2 L'ergothérapie et la prise en soins du trouble bipolaire.....	11
1.3 Problématique pratique .....	13
<b>2. CADRE THEORIQUE .....</b>	<b>14</b>
2.1 Les structures extra-hospitalières en psychiatrie .....	14
2.2 La qualité de vie .....	15
2.3 L'acceptation de la maladie .....	16
2.4 L'équilibre occupationnel .....	17
2.5 Le Modèle de l'Occupation Humaine (MOH) .....	18
2.6 Question de recherche et hypothèses .....	20
<b>3. METHODOLOGIE DE RECHERCHE .....</b>	<b>21</b>
3.1 Choix de la méthode.....	21
3.2 Choix de l'outil .....	22
3.3 Les biais et les limites.....	23
3.4 Choix des participants .....	24

3.4.1	Critères d'inclusion et d'exclusion .....	24
3.4.2	Démarche et recrutement des participants .....	24
3.5	Elaboration de l'outil de recueil de données .....	25
3.6	Pré-test de mes entretiens.....	26
3.6.1	Les objectifs de ce pré-test .....	26
3.6.2	Les modifications apportées .....	26
3.7	Mon outil de recueil de données final .....	27
3.8	Conditions de passation des entretiens.....	29
<b>4.</b>	<b>RESULTATS.....</b>	<b>30</b>
4.1	Présentation des personnes interrogées .....	30
4.2	Analyse longitudinale des résultats .....	31
4.2.1	Entretien avec l'ergothérapeute E1 .....	31
4.2.2	Entretien avec l'ergothérapeute E2.....	32
4.2.3	Entretien avec l'ergothérapeute E3.....	33
4.2.4	Entretien avec l'ergothérapeute E4.....	35
4.3	Analyse transversale des résultats .....	36
4.3.1	Fréquence d'intervention et acceptation du trouble bipolaire chez les 18-35 ans.....	36
4.3.2	Avantages et limites d'une intervention en ergothérapie en milieu extra-hospitalier dans l'acceptation du trouble bipolaire .....	37
4.3.3	Influence de l'utilisation du modèle conceptuel MOH sur l'acceptation des effets de la maladie .....	38
4.3.4	Intervention précoce en ergothérapie auprès de cette population .....	38
4.3.5	L'intérêt de l'alliance de l'entourage à la prise en PES en ergothérapie	39
4.3.6	Informations supplémentaires et influence de l'intervention d'un pair-aidant dans la PES.....	40
<b>5.</b>	<b>DISCUSSION .....</b>	<b>41</b>
5.1	Discussion de la méthode .....	41

5.2	Discussion du contenu .....	42
5.3	Réponses aux hypothèses et à la question de recherche .....	46
5.4	Perspectives et ouvertures .....	48
5.5	Réinvestissement professionnel et apports personnels.....	48
<b>CONCLUSION .....</b>		<b>49</b>
<b>Bibliographie.....</b>		<b>51</b>

#### Liste des figures :

Figure 1 : Le Modèle de l'Occupation Humaine (MOH), adapté et traduit par Marcoux, C. (2017) (44).....	19
--	----

#### Liste des tableaux :

Tableau 1 : Les biais et les limites de l'entretien .....	23
---	----

## **Glossaire**

**OMS** : Organisation Mondiale de la Santé

**CIM** : Classification Internationale des Maladies

**DSM** : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

**ECT** : Electroconvulsivothérapie

**ANFE** : Association Nationale Française des Ergothérapeutes

**CMP** : Centre Médico Psychologique

**CATTP** : Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel

**HDJ** : Hôpital De Jour

**WHOQOL – 100** : World Health Organization Quality of Life-100

**PES** : Prise En Soins

**MOH** : Modèle de l'Occupation Humaine

**ETP** : Education Thérapeutique du Patient

**HAS** : Haute Autorité de Santé

## INTRODUCTION

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), « *Un trouble mental se caractérise par une altération majeure, sur le plan clinique, de l'état cognitif, de la régulation des émotions ou du comportement d'un individu. Il s'accompagne généralement d'un sentiment de détresse ou de déficiences fonctionnelles dans des domaines importants.* » (1). L'OMS nous renseigne également qu'en 2019, environ 970 millions de personnes dans le monde étaient atteintes d'un trouble mental, soit une personne sur huit (1). Depuis 2020 et la pandémie du COVID-19 ces chiffres n'ont fait qu'accroître (1). En France, 20% de la population serait touchée par une maladie psychique (2) et une personne sur quatre y serait confrontée une fois au cours de la vie (3). De plus, une grande partie des personnes atteintes dans le monde n'ont pas la possibilité d'accéder à des soins efficaces (1), rendant la santé mentale une problématique majeure de santé publique (4).

Les personnes atteintes de troubles mentaux sont très souvent victimes de stigmatisations, de discriminations et de rejets dans nos sociétés (4). Les maladies psychiques restent un sujet très souvent tabou. De ce fait, nous pouvons présupposer qu'en conséquence les personnes concernées n'osent pas forcément en parler, peuvent être amenées à s'isoler et n'accèdent donc pas toujours aux soins nécessaires. La notion d'acceptation de la maladie peut s'avérer être un enjeu de taille auprès de ces populations, du fait du bouleversement que peut engendrer l'annonce du diagnostic et ses conséquences au quotidien.

C'est au cours d'un stage au sein d'un service de psychiatrie que j'ai pu être, pour la première fois, confrontée et sensibilisée aux différents troubles mentaux. L'un d'entre eux m'a particulièrement questionnée et interpellée : le trouble bipolaire. J'ai eu la possibilité d'accompagner plusieurs patients atteints de ce trouble et les situations qui se sont présentées à moi m'ont permis de constater les deux phases bien distinctes de la maladie. Une patiente m'a plus particulièrement marquée : âgée d'une soixantaine d'années, elle se trouvait initialement dans la phase dépressive de la maladie. Elle ne semblait pas être consciente de ses troubles, affirmait « porter tout le malheur du monde » et semblait en vouloir aux autres d'être heureux. En l'espace de quelques minutes, elle est entrée dans une phase maniaque, via ce que l'on définit comme un « virage maniaque », au cours d'une séance d'ergothérapie et a

brutalement changé de comportement. Son humeur s'exaltait petit à petit, la patiente devenant logorrhéique et tachypsychique. La séance d'ergothérapie prit fin car la patiente ne parvenait pas à se canaliser et mettait à mal le cadre de séance établi. Cette situation m'a particulièrement bouleversée et interrogée sur le cours de cette maladie. D'autres situations de stage auprès de patients bipolaires m'ont également permis d'observer dans certains cas, l'incompréhension et l'impuissance des proches. Je me suis interrogée sur le poids pesant sur les aidants qui doivent faire face aux changements d'humeur de leurs proches, sur leur réinsertion dans la société et sur le rôle que l'ergothérapeute pouvait jouer. Je me suis aussi questionnée sur la notion de l'acceptation de la maladie chez le patient et le proche, l'annonce du diagnostic pouvant bouleverser tout un quotidien de vie.

Le trouble bipolaire fait partie des problèmes majeurs de santé publique en France (5). Il m'a ainsi semblé très pertinent, pour ma future pratique professionnelle, de me questionner davantage sur cette pathologie et de me documenter plus précisément sur le sujet. De plus, les ergothérapeutes qui travaillent en psychiatrie peuvent y être régulièrement confrontés et rencontrer de nombreuses problématiques en fonction des patients. Enfin, cette pathologie m'a semblé très imprévisible, présentant des enjeux de taille dans le quotidien des patients. De ce fait, j'ai décidé d'orienter mon mémoire d'initiation à la recherche sur l'influence d'une intervention en ergothérapie auprès de personnes atteintes d'un trouble bipolaire.

De cette situation d'appel, j'ai pu faire émerger une question de départ grâce à laquelle j'ai pu approfondir mes recherches.

**Question de départ : Comment l'ergothérapeute peut-il accompagner le patient bipolaire dans son parcours de soin ?**

Pour commencer, j'exposerai mon cadre pratique ainsi que mon cadre théorique, au sein desquels les différents concepts, m'ayant amenée à ma question de recherche, seront définis. Ensuite, je définirai ma méthodologie de recherche et exposerai l'analyse de mes résultats. Enfin, je terminerai par la discussion en lien avec mes résultats de recherche.

## 1. CADRE PRATIQUE

Les concepts clés de mon sujet de recherche qui m'ont permis d'aboutir à une problématique pratique, à savoir le trouble bipolaire et l'ergothérapie, vont à présent être définis. Ces deux concepts sont constitutifs de ma question de départ et permettent de préciser le cadre de cette recherche. Il m'a donc semblé important de les détailler rigoureusement au sein de cette partie.

### 1.1 Le trouble bipolaire

Les deux principales classifications internationales qui permettent de définir à ce jour les troubles mentaux sont la Classification Internationale des Maladies, la CIM, et le Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux en français), le DSM.

La CIM a été publiée par l'OMS. Sa dernière version, la CIM-11, est entrée en vigueur en janvier 2022 (6).

Le DSM a été publié par l'Association Américaine de Psychiatrie. Sa dernière version, le DSM-V, a été publiée en mai 2013 et a été traduite en français en février 2015. Elle fournit une description et les critères nécessaires au diagnostic des troubles mentaux. De plus, elle procure un langage commun à tous les professionnels qui travaillent auprès de personnes atteints de pathologies psychiatriques (7).

Pour la suite de ce mémoire j'ai choisi de me référer au DSM-V, car c'est la classification avec laquelle je me sens le plus à l'aise.

#### 1.1.1 Définition et classification des troubles bipolaires

Le trouble bipolaire est une pathologie psychiatrique entraînant un déséquilibre de l'humeur et pouvant se manifester sous différentes formes. Autrefois appelé « *psychose maniaco-dépressive* » (8), il affectait en 2015 plus de 1% de la population mondiale (9). D'après des données datant d'avril 2022, le trouble bipolaire toucherait 1% à 2,5% de la population française, c'est-à-dire entre 650 000 et 1 650 000 personnes en France, concernerait autant les hommes que les femmes et serait encore sous-diagnostiqué (2,8).

Il se manifeste suivant une alternance entre des périodes d'exaltation de l'humeur (manie) et des périodes d'affaiblissement de l'humeur (dépression) (10). Ces périodes sont entrecoupées par des périodes sans symptômes qui peuvent durer plus ou moins longtemps. Ces états, que vivent les patients bipolaires, peuvent être soit unipolaire (manie ou dépression), soit mixte (signes de manie et de dépression simultanément) (11). Dans ce dernier cas, l'humeur de la personne peut se modifier rapidement passant d'une exaltation et d'une euphorie à de la colère ou des affects tristes (7).

Le DSM-V classe les différentes formes du trouble bipolaire au sein d'une entité appelée « *Troubles bipolaires et apparentés* », appartenant à la catégorie des troubles de l'humeur. On y retrouve « *le trouble bipolaire I, le trouble bipolaire II, le trouble cyclothymique, le trouble bipolaire ou apparenté induit par une substance / un médicament, le trouble bipolaire ou apparenté dû à une autre affection médicale, l'autre trouble bipolaire ou apparenté spécifié, et le trouble bipolaire ou apparenté non spécifié.* » (7).

Le trouble bipolaire de type I correspond aux personnes qui répondent aux critères d'un épisode maniaque au minimum une fois au cours de la vie. D'après le DSM-V, pour répondre au trouble bipolaire de type I, « *les critères d'un épisode maniaque doivent être réunis. L'épisode maniaque peut précéder ou succéder à des épisodes hypomaniaques ou dépressifs caractérisés* »(7).

Le trouble bipolaire de type II correspond, d'après le DSM-V, aux critères suivants : « *il est nécessaire de remplir les critères suivants d'un épisode hypomaniaque actuel ou passé et les critères suivants d'un épisode dépressif caractérisé actuel ou passé* » (7).

Le trouble cyclothymique correspond à une alternance récurrente de périodes de symptômes hypomaniaques et des périodes de symptômes dépressifs durant au minimum deux ans (7). Les symptômes ne correspondent cependant pas au seuil diagnostique d'un épisode maniaque, hypomaniaque ou dépressif caractérisé (12).

Le trouble bipolaire ou apparenté induit par une substance / un médicament correspond à des symptômes de variations de l'humeur (manie, hypomanie ou dépression) suite à la consommation d'une substance spécifique.

Le trouble bipolaire ou apparenté dû à une autre affection médicale correspond, d'après le DSM-V, aux symptômes de variations de l'humeur comme « *conséquence physiologique directe d'une autre affection médicale* » (7).

Enfin, le trouble bipolaire ou apparenté spécifié ou non spécifié correspond, d'après le DSM-V, « à des tableaux cliniques dans lesquels des symptômes caractéristiques d'un trouble bipolaire ou apparenté sont à l'origine d'une détresse cliniquement significative ou d'une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants mais sans répondre entièrement aux critères d'un trouble appartenant à la classe diagnostique des troubles bipolaires et apparentés. » (7). Le médecin choisit alors de préciser ou non la raison pour laquelle les conditions d'un trouble bipolaire ou apparenté ne sont pas rassemblées (7).

Le trouble bipolaire de type III ne fait pas partie des classifications internationales mais a tout de même été défini. D'après un article de Christian Gay, il regroupe « à la fois les troubles dans lesquels le virage maniaque ou hypomaniaque a été pharmacologiquement induit et les formes qui se caractérisent par des épisodes dépressifs récurrents et des antécédents familiaux de troubles bipolaires. »(13).

Pour suivre dans ce mémoire, nous nous baserons plus spécifiquement sur les troubles bipolaires de type I et II, ceux-ci étant les formes les plus courantes de la maladie et les plus exploitées dans la littérature scientifique.

### 1.1.2 Symptômes et signes cliniques

Un épisode maniaque se caractérise par une élévation et une exaltation anormale de l'humeur durant au minimum une semaine (7). Il est possible d'y observer des idées de grandeur, un engagement effréné dans certaines activités ou projets et une réduction du besoin de sommeil. Durant ces périodes, la personne peut être logorrhéique, avoir une importante fuite des idées et une extrême confiance en soi (14). Certaines personnes se montrent parfois, quant à elles, très irritables, avec dans certains cas, un comportement perturbateur ou agressif (11). De l'impulsivité peut également être observée pouvant contribuer davantage au risque de comportements dangereux, voire de suicide (7). Enfin, 75% des personnes doivent également faire face à des symptômes psychotiques productifs (délires, hallucinations, ...) (12).

Un épisode dépressif caractérisé correspond à une humeur dépressive avec une perte d'intérêt ou de plaisir au quotidien (7). Des troubles du sommeil, de la concentration et un ralentissement psychomoteur peuvent être présents (14). La personne ressentirait également un sentiment de dévalorisation ainsi que des idées suicidaires (7). De plus, une incapacité à prendre des décisions ainsi qu'une perte ou

un gain de poids peuvent être observés (11). Les symptômes de l'épisode dépressif caractérisé doivent durer au minimum 2 semaines (7).

L'hypomanie correspond à un état atténué de l'état maniaque (11). Les symptômes et signes cliniques de l'épisode hypomaniaque sont semblables à ceux de l'épisode maniaque mais leur intensité et leur durée (au minimum 4 jours) sont plus faibles (7).

Dans tous les cas, il semble nécessaire que les symptômes et manifestations observés représentent un changement flagrant en comparaison aux fonctionnements et comportements habituels (7).

### 1.1.3 [Diagnostic](#)

Le diagnostic de la maladie repose sur un bilan clinique complet réalisé par le médecin psychiatre afin d'écartier les diagnostics différentiels potentiels et de confirmer celui de trouble bipolaire (8). Des entretiens avec le patient et son entourage sont menés afin de comprendre et d'évaluer les symptômes et d'en observer l'évolution (9).

Les premiers signes de la maladie sont souvent précoces et apparaissent en général à l'adolescence et au début de l'âge adulte, faisant souvent référence à une rébellion ou une détresse, caractéristique de cette période de la vie (11,15). En effet, l'âge moyen du début de la maladie se situe entre 15 et 25 ans (15). Le diagnostic semble donc difficile à être posé et l'est le plus souvent à l'âge adulte (11).

L'âge moyen de survenue des premiers signes d'un trouble bipolaire varie selon le type I ou le type II. D'après le DSM-V, il est de 18 ans pour le trouble bipolaire de type I et de 35 ans pour le trouble bipolaire de type II. Il est cependant possible de voir apparaître des premiers signes du diagnostic de trouble bipolaire de type II dès l'adolescence, qui se caractériseraient davantage par un état dépressif (7).

La durée qui s'établit entre le début des symptômes, le diagnostic et l'instauration d'un traitement adapté est en moyenne de 5 à 10 ans (9,15).

### 1.1.4 [Causes et facteurs](#)

Les origines mêmes de la maladie sont complexes et ne sont à ce jour pas parfaitement établies. En revanche, il existe des facteurs de risques connus qui sembleraient favoriser le déclenchement du trouble bipolaire (8,13).

Dans un premier temps, il existe des facteurs génétiques. En effet, des facteurs familiaux favorisent l'apparition de la maladie. Par exemple, si un membre de la famille, et plus particulièrement un parent, est atteint, le risque de développer un trouble bipolaire est plus important que dans le reste de la population. De plus, des recherches sont en cours et certaines semblent avoir mis en évidence des dysfonctionnements cognitifs et des anomalies génétiques qui pourraient rendre certaines personnes plus vulnérables au déclenchement de la maladie (8,13).

Dans un second temps, il existe également des facteurs psychologiques et environnementaux. Des événements marquants à l'enfance (deuil, carence affective, agression sexuelle) ou des événements difficiles à l'âge adulte (divorce, surmenage, stress répétés, ...) pourraient aussi être à l'origine de l'apparition de la maladie (13).

Le trouble bipolaire peut débuter chez les personnes qui y sont prédisposées sous l'action de divers éléments notamment le stress, l'alcool, le tabac ou la drogue, certains médicaments ou encore l'apparition de certaines maladies (exemple : hyperthyroïdie) (8).

Enfin, il est également possible que la maladie apparaisse chez des sujets sans facteurs favorisants ou éléments déclencheurs (8).

#### 1.1.5 Traitements

Le modèle suivant lequel est traité le trouble bipolaire dans les pays occidentaux repose sur l'alliance de traitements médicamenteux et non médicamenteux.

L'introduction d'un traitement médicamenteux requiert une prescription médicale et repose le plus souvent, dans le cadre du trouble bipolaire, sur des thymorégulateurs qui permettent de réguler et stabiliser l'humeur (8,10). Le lithium est l'un des stabilisateurs de l'humeur le plus utilisé (8). Lors des épisodes maniaques, un antipsychotique peut y être associé dans le but de réduire les manifestations de délires ou d'hallucinations par exemple (8). De plus, des antidépresseurs peuvent être associés à un régulateur de l'humeur (afin d'éviter l'apparition d'un épisode maniaque) au cours des épisodes dépressifs (8). La prise de ces médicaments peut, en revanche, engendrer de nombreux effets indésirables nécessitant une surveillance et un suivi régulier (10).

Il arrive également que dans certains cas, des séances d'électroconvulsivothérapie (ECT) soient proposées aux patients répondant à des critères spécifiques définis.

Cette technique, consistant à envoyer des décharges électriques au niveau du cerveau, a pour but de traiter les épisodes dépressifs graves, résistants aux antidépresseurs et les épisodes maniaques prolongés et sévères. Les avis concernant l'ECT sont à ce jour encore très controversés mais il semblerait que celle-ci se soit montrée efficace, même si les effets observés ne sont que de courte durée (quelques semaines ou mois) (8,11).

Des approches non médicamenteuses sont également utilisées dans le cadre du traitement de la bipolarité. Parmi celles-ci, on y retrouve la psychothérapie qui peut prendre la forme d'une thérapie de soutien, comportementale et cognitive ou encore familiale. On retrouve également la psychoéducation qui a pour objectif d'informer le patient, et dans certains cas ses proches, sur la maladie et apprendre à vivre avec au quotidien (8,10). Enfin, l'ergothérapie fait également partie des approches non médicamenteuses dont peut bénéficier le patient atteint d'un trouble bipolaire (16).

#### 1.1.6 Les répercussions de la maladie dans la vie quotidienne

Le trouble bipolaire entraîne de nombreuses répercussions dans la vie quotidienne, à la fois pour le sujet mais également pour son entourage (11).

L'humeur expansive observée pendant un épisode maniaque peut être perçue comme étant exagérée par les personnes qu'il côtoie dans la vie sociale et professionnelle. La personne maniaque se montre souvent très sociable avec les autres sans prendre en compte son caractère intrusif et dominateur. La surestimation de soi et les idées de grandeur peuvent mener la personne à entreprendre de nombreux projets d'envergure simultanément sans en percevoir les conséquences (7).

La personne peut s'impliquer imprudemment dans certaines actions telles que des dépenses excessives, une conduite dangereuse ou encore une désinhibition sexuelle inhabituelle. De plus, un accroissement des désirs et des comportements sexuels sont fréquents (7).

La fuite des idées et le débit rapide de parole peuvent perturber les relations sociales. En effet, le discours a tendance à être désorganisé, bruyant et difficile à suivre pour les interlocuteurs. Les troubles de la concentration ont souvent pour conséquence une difficulté pour la personne à tenir un discours cohérent ou de respecter un cadre. De plus, il n'est pas rare d'observer une agressivité ou une hostilité

envers autrui en présence de symptômes psychotiques et d'idées délirantes. Une hospitalisation peut donc être requise lorsque les manifestations de la maladie peuvent mettre le sujet ou autrui en danger (7).

Ensuite, le risque de mortalité est important, principalement par le suicide. En effet, les personnes atteintes de troubles bipolaires ont un risque suicidaire 20 fois plus important que la population générale. Tout cela impacte par conséquent la qualité de vie des malades (9). Selon Santé Publique France, « *La présence de ces troubles est avérée dans plus de la moitié des décès par suicide* » (5). Selon l'OMS, le trouble bipolaire est placé au 6<sup>ème</sup> rang mondial des handicaps et les personnes atteintes seraient confrontées à une réduction d'environ 10 ans de l'espérance de vie (17).

La perte d'emploi et l'altération des relations sociales et familiales sont également des conséquences non négligeables de ce trouble (14). De plus, des troubles cognitifs et fonctionnels sont présents dans certains cas (9). Il apparaîtrait aussi que la performance et l'équilibre occupationnel des personnes atteintes d'un trouble bipolaire ne soient pas optimales (18).

Il semblerait également qu'un âge de début précoce serait lié à d'importantes complications dans la vie quotidienne. En effet, il serait régulièrement associé à un risque élevé d'alcoolisme, de symptômes psychotiques, de mauvaise réponse aux traitements de régulation de l'humeur et de conduites suicidaires (13). Lorsque la maladie se manifeste à l'adolescence ou au début de l'âge adulte, les conséquences de la maladie réduisent la possibilité pour la personne atteinte d'acquérir les compétences professionnelles nécessaires pour construire un dossier professionnel stable. Les possibilités d'emploi et l'avenir professionnel en seront donc impactés (19).

Les symptômes de l'hypomanie entraînent quant à eux une altération moins importante du fonctionnement professionnel et social et ont un risque moindre de nécessiter une hospitalisation (14). Cependant, ces symptômes peuvent tout de même nuire à la vie familiale, sociale et professionnelle si la personne n'est pas prise en charge médicalement (20). Les personnes atteintes ne perçoivent pas systématiquement leurs épisodes hypomaniaques comme étant pathologiques ou invalidants. L'entourage peut cependant en être impacté par des comportements plus instables qu'à leur habitude (7).

### 1.1.7 Evolution

Le trouble bipolaire a une évolution variable et au long cours. Le risque de récurrence durant les 5 premiers mois est de 50% et augmente à 80-90% dans les 18 mois lorsque l'observance thérapeutique n'est pas optimale (20). Cette maladie chronique se manifeste majoritairement par des épisodes dépressifs (70% des cas) avec, selon les chiffres de l'assurance maladie en 2021, « un ratio de 2,5 épisodes dépressifs pour un épisode maniaque, hypomaniaque ou mixte » (8). En moyenne, un épisode dure entre 4 et 13 mois et il semblerait que les phases maniaques soient habituellement plus courtes que les phases dépressives (8). De plus, il existe des périodes de rémission entre les différentes phases de la maladie (9).

On parle de « trouble bipolaire à cycles rapides » si la personne atteinte subit quatre épisodes maniaques ou dépressifs, ou plus, en un an (environ 5 à 15% des cas) (8).

Dans certains cas, la maladie suit un rythme saisonnier avec, par exemple, un épisode dépressif l'hiver et un épisode maniaque l'été (8).

Il semblerait qu'au fur et à mesure des années et de l'âge, la fréquence des épisodes augmente (11) et l'intervalle de temps qui les sépare diminue (7).

Les risques de récurrences maniaques avec des caractéristiques psychotiques sont plus importants pour les sujets ayant été confrontés initialement à ces caractéristiques. De plus, un trouble bipolaire de type II serait susceptible d'avoir une évolution plus grave si celui-ci débute à l'enfance ou à l'adolescence (7).

L'évolution de la maladie amène les personnes bipolaires à devoir régulièrement faire face à d'autres comorbidités. Parmi celles-ci, on retrouve fréquemment l'abus d'alcool ou de drogues. Lors de la phase maniaque, elles ont tendance à s'y confronter avec un sentiment de toute puissance et de liberté et lors de la phase dépressive, elles ont tendance à y trouver refuge dans l'espoir d'aller mieux (11). De plus, les personnes bipolaires peuvent également présenter d'autres comorbidités telles que des troubles anxieux par exemple (7) ou encore des troubles des conduites alimentaires et des troubles de la personnalité (13).

Enfin, le suivi de la maladie est une notion très importante et selon l'Association Nationale Française des Ergothérapeutes (ANFE) « *Les troubles psychiques déstructurent le rythme de vie au quotidien et isolent, et les personnes qui en souffrent ont besoin d'un accompagnement adapté et le plus précoce possible.* » (16).

## 1.2 L'ergothérapie

### 1.2.1 Définition

D'après le référentiel national de compétence du diplôme d'Etat d'ergothérapie, « *L'ergothérapeute est un professionnel de santé qui fonde sa pratique sur le lien entre l'activité humaine et la santé. Il intervient en faveur d'une personne ou d'un groupe de personnes dans un environnement médical, professionnel, éducatif et social.* » (21).

Ses interventions peuvent entrer dans le domaine de la rééducation, de la réadaptation, de la prévention, de l'éducation thérapeutique, de la réinsertion et de la réhabilitation psychosociale (21).

Il exerce auprès de personnes en situation de handicap qui connaissent des difficultés dans l'exécution de leurs activités, quel que soit leur âge. Il s'adapte aux besoins et à la demande du patient et intervient également dans le cadre de la préconisation d'aides techniques ou d'aménagements du domicile par exemple (22).

Ses objectifs visent à diminuer et compenser les limitations d'activités, ainsi qu'à maintenir une autonomie et une indépendance au quotidien (21). En effet, selon l'ANFE, « *Spécialiste du rapport entre l'activité (ou occupation en lien avec la terminologie internationale désignant l'ergothérapie) et la santé, il mène des actions d'une part pour prévenir et modifier les activités délétères pour la santé, et d'autre part pour assurer l'accès des individus aux occupations qu'ils veulent ou doivent faire et rendre possible leur accomplissement de façon sécurisée, autonome, indépendante et efficace.* » (22).

### 1.2.2 L'ergothérapie et la prise en soins du trouble bipolaire

Les interventions de l'ergothérapeute auprès des personnes atteintes d'un trouble bipolaire visent à leur permettre d'évoluer dans une vie satisfaisante, construite autour d'activités qui portent sens pour elles et qui leur permettent de maintenir et d'accroître leur participation sociale (16). L'ergothérapeute fait le lien entre la personne, son environnement et ses occupations et construit un plan de soin global s'appuyant sur les besoins et les requêtes du patient. Il intervient à la fois au sein d'une équipe pluridisciplinaire en milieu hospitalier, au cours de l'hospitalisation des patients en

phase aiguë, et dans des structures en milieu extra-hospitalier lorsque le patient est stabilisé (16).

L'ergothérapeute va centrer ses interventions sur l'occupation dans le but d'aider la personne à surmonter les problèmes fonctionnels liés à son trouble et interviendra également dans le processus de réinsertion sociale (20).

Il va aider le patient à identifier ce qui l'empêche de s'impliquer de façon optimale dans ses occupations et qui nuit à sa performance. En effet, la compréhension des facteurs qui perturbent l'accomplissement des occupations de la personne est une première étape indispensable (20). Lors d'une intervention précoce, l'ergothérapeute va pouvoir repérer les premiers signes de diminution de l'engagement de la personne dans ses occupations et va, en coopération avec l'entourage, favoriser la prise de conscience des risques liés aux différentes phases, de manière à repérer les prodromes des épisodes (16).

L'ergothérapeute accompagne alors le patient dans l'élaboration de stratégies lui permettant d'appréhender au mieux ses symptômes et leurs répercussions dans son quotidien. Il guidera le patient dans le but de pouvoir trouver par lui-même ses propres ressources lui permettant de faire face aux conséquences de la maladie (20). Il travaille avec le patient et son entourage afin de déterminer quelles sont les activités qui sont importantes dans sa vie personnelle et familiale et propose un accompagnement pour l'aider à structurer ses habitudes de vie, de manière à retrouver un équilibre occupationnel satisfaisant (23).

L'ergothérapeute va également accompagner le patient sur le versant professionnel afin qu'il puisse s'engager professionnellement de manière optimale et se sentir épanoui (20). Les interventions dans le domaine de la réadaptation professionnelle ont également comme mission d'améliorer le fonctionnement social (24).

Les séances d'ergothérapie peuvent être réalisées en individuel ou en groupe. Lorsqu'une personne en état maniaque se trouve à un stade élevé d'exaltation par exemple, il semblerait plus adapté de mener une séance en individuel, entre le thérapeute et le patient. L'ergothérapeute pourra poser un cadre plus contenant et éviter les sources de stimulations supplémentaires (25). Les séances de groupes peuvent quant à elles se montrer intéressantes dans le cadre des interactions sociales. Le fait de confronter plusieurs personnes atteintes du même trouble peut aboutir à une

amélioration de la confiance en soi et du contrôle de sa vie grâce aux retours d'expériences et aux solutions que chacun peut apporter aux autres (20).

### 1.3 Problématique pratique

Ainsi, les données scientifiques qui viennent d'être exposées peuvent nous amener à nous demander : **En quoi une intervention en ergothérapie en milieu extra-hospitalier peut-elle avoir un impact sur la qualité de vie des jeunes adultes atteints de troubles bipolaires ?**

J'ai choisi de me concentrer sur une population de jeunes adultes, car d'après les études citées précédemment, les premiers signes d'un trouble bipolaire peuvent apparaître au début de l'âge adulte. Je prendrai ainsi en compte les adultes entre 18 ans et 35 ans car d'après la loi du 5 juillet 1974, « *La majorité est fixée à dix-huit ans accomplis* » (26). De plus, il semblerait que le début de l'âge adulte s'étale entre l'âge de 18 ans et de 35 ans (27).

Au vu des conséquences qu'engendrent la maladie au quotidien, des bouleversements qu'elle peut engendrer pour une population jeune et de la durée qui s'établit entre le début des symptômes et la pose du diagnostic, il m'a semblé pertinent de m'interroger sur l'influence de l'intervention en ergothérapie sur la qualité de vie de cette population. En ce sens, le milieu extra-hospitalier est un secteur dans lequel l'ergothérapeute peut intervenir directement sur les aspects de la vie quotidienne, les patients vivant à domicile et étant réinséré dans la société pour la plupart. Ainsi, j'ai décidé d'axer mon questionnement sur l'intervention en milieu extra-hospitalier afin de prendre en compte des patients bipolaires stabilisés, et non en phase aigüe. En effet, la stabilisation de la maladie me semble être une étape primordiale à acquérir avant de pouvoir agir concrètement sur les conséquences de la maladie.

## 2. CADRE THEORIQUE

Le cadre théorique va maintenant me permettre d'exposer les concepts qui découlent de la problématique pratique et qui m'ont permis d'aboutir à une question de recherche.

### 2.1 Les structures extra-hospitalières en psychiatrie

Parmi les structures alternatives qui permettent aux patients atteints de troubles psychiatriques d'accéder à des soins en ambulatoire, on retrouve les Centres Médico Psychologiques (CMP), les Centres d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel (CATTP) et les Hôpitaux De Jour (HDJ) (28).

Les CMP proposent des consultations médico-psychologiques et sociales par une équipe pluridisciplinaire de soignants et de personnels du domaine du social (assistants de service social, etc...) (29). Le patient peut y avoir accès dans le but de consulter une équipe médicale capable de poser un diagnostic si nécessaire ainsi que d'assurer un suivi thérapeutique, des interventions à domicile et une prévention des crises (3). Le CMP peut également orienter au besoin les personnes dans d'autres structures adaptées telles que les CATTP, les HDJ ou une hospitalisation en unité spécialisée de psychiatrie (29).

Les CATTP proposent un accompagnement thérapeutique dans le but de favoriser une autonomie et une indépendance au quotidien, de stimuler les relations sociales, la communication et la confiance en soi. Les activités thérapeutiques menées par une équipe pluridisciplinaire concernent les patients de tout âge qui vivent à domicile et qui ont été adressés par leur médecin psychiatre (30). Celles-ci peuvent avoir lieu sous forme de séances individuelles ou en groupe et sont la plupart du temps ponctuelles et hebdomadaires (31).

Les HDJ proposent une alternative à l'hospitalisation complète aux personnes aptes à vivre à domicile mais nécessitant des soins en journée. Les patients, qui ont été adressés par leur médecin psychiatre, ont accès aux soins qu'ils nécessitent ainsi qu'à des activités thérapeutiques menées par une équipe pluridisciplinaire. Cela permet aux patients de continuer à vivre au sein de leur environnement tout en essayant de prévenir les éventuelles périodes de crises (32). La fréquence des prises

en charge y semblerait généralement plus intensive que dans les CATTP, notamment pour les séances hebdomadaires d'ergothérapie (31).

L'ergothérapeute peut être amené à intervenir auprès de patients atteints d'un trouble bipolaire au sein de ces trois structures. La durée de la prise en charge varie en fonction des patients (31).

## 2.2 [La qualité de vie](#)

D'après l'OMS, la qualité de vie est définie comme étant « *la façon dont les individus perçoivent leur existence compte tenu de la culture et du système de valeurs dans lequel ils vivent et en fonction de leurs buts, de leurs attentes, de leurs normes et de leurs préoccupations. Cette qualité dépend, bien entendu, de la santé physique, de l'état psychologique, du niveau d'indépendance, des rapports sociaux, des facteurs environnementaux et des croyances personnelles.* » (33). Elle reste une notion subjective et exprimée de manière différente suivant les individus. Sa prise en compte par les professionnels de santé semblerait bonifier la qualité des soins de santé (33). De plus, il existe différentes échelles d'évaluation permettant de l'apprécier chez les patients. On retrouve par exemple la World Health Organization Quality of Life-100, WHOQOL-100, une échelle créée par l'OMS composée de 100 questions auxquelles le patient doit répondre. Il doit y évaluer l'intensité avec laquelle il a vécu certaines choses, des sentiments positifs ou négatifs ressentis, au cours des deux dernières semaines (34).

L'annonce du diagnostic en psychiatrie peut être très difficile à vivre pour la personne concernée et son entourage. Celui-ci peut impacter la personne sur la vision qu'elle a de son avenir et constituer un vrai bouleversement de vie. Cela peut faire naître un sentiment de peur et l'impression d'être démunie face à la situation (35). Les patients révèlent que tous les aspects de leur vie se voient impactés de manière significative et qu'ils se voient soumis à l'image négative et aux stigmatisations véhiculées par la société. La qualité de vie des patients bipolaires semble donc impactée et réduite au quotidien par les conséquences de la maladie (9,36).

D'après une étude, il apparaît également que la qualité de vie des conjoints des patients atteints de troubles bipolaires soit très largement impactée (37). En effet, ils sont témoin au quotidien des conséquences de la maladie et doivent gérer les différentes phases par lesquelles passe la personne bipolaire. Cette détérioration de

la qualité de vie du conjoint semble être présente au cours des phases de décompensation ainsi que lors des phases de rémission. Les conjoints doivent faire face à un stress permanent, à la stigmatisation, à un surplus de responsabilités ou encore à de possibles problèmes financiers. L'impulsivité de la personne bipolaire, son agitation, sa désinhibition ou encore le risque suicidaire peuvent entraîner chez le conjoint un sentiment de perte de sécurité. Il semble ainsi essentiel d'inclure le conjoint, ou plus généralement l'entourage proche, dans la prise en soins (PES), de les informer sur la maladie, sur la place qu'ils peuvent prendre et sur la conduite à tenir auprès de la personne bipolaire (37).

### 2.3 L'acceptation de la maladie

La réduction de la qualité de vie ainsi que le choc et le bouleversement que peut créer l'apparition du trouble bipolaire m'a ainsi amené à poursuivre mes recherches sur la question de l'acceptation de la maladie. Ainsi, la notion d'acceptation de la maladie est également une notion subjective que chacun exprime d'une manière différente. D'après le Larousse, l'acceptation signifie « *Action d'accepter, de recevoir, d'agréer quelque chose ; consentement, accord : Donner son acceptation à un projet* » (38). L'acceptation d'une maladie et de ses effets au quotidien semble cependant nécessiter du temps et être un phénomène délicat (39).

L'annonce d'un diagnostic peut s'avérer être un soulagement autant qu'un véritable choc difficile à accepter. Bien souvent, la maladie remet en question tout un parcours de vie heureux au sein duquel la personne s'imaginait. La personne oscille par moment entre des pensées optimistes et pessimistes et une confrontation peut avoir lieu entre la pulsion de vie et la pulsion de mort (39).

L'apparition et la découverte de la maladie peuvent faire naître un sentiment d'injustice chez le patient. Lorsque l'on parle de l'acceptation de la maladie, il ne s'agit alors pas de s'en remettre à la maladie, de lui laisser toute la place et d'accepter cette notion d'injustice. Il s'agirait plutôt de parvenir à mieux l'affronter et la maîtriser, de parvenir à l'allier à son quotidien sans lui laisser trop de place et d'essayer de s'en remettre au nouveau sens qu'elle donne à sa vie (39).

L'acceptation de la maladie s'effectue de manière progressive et passe par plusieurs étapes qui se rapprochent de celles du deuil (35) :

- Le déni : le patient refuse le diagnostic

- La colère : le patient en veut au médecin d'avoir posé ce diagnostic par exemple
- Le marchandage : le patient cherche à avoir d'autres avis et peut faire appel à d'autres techniques (magnétiseur, voyance, etc...)
- La dépression : le patient se démotive et peut sombrer dans une phase dépressive
- L'acceptation : le patient accepte sa situation

Il semblerait par la suite, que lorsque le patient atteint la phase d'acceptation de la maladie, il puisse s'engager plus efficacement dans une alliance thérapeutique (35).

L'acceptation de la maladie peut également être un cheminement à faire pour l'entourage de la personne malade. En effet, l'annonce du diagnostic risque de faire naître un sentiment de culpabilité chez les proches qui peuvent se sentir démunis (35). Le choc de l'annonce peut confronter l'entourage, ainsi que le proche malade, à un inconnu angoissant (39). La recherche de la guérison et l'accompagnement au quotidien deviennent également un enjeu pour l'entourage qui peut voir le proche malade régresser petit à petit (35). Sa présence semble cependant essentielle car c'est souvent grâce à lui que le malade parvient à accepter progressivement sa maladie (39).

Chez les patients atteints de troubles bipolaires, l'acceptation de la maladie semble présenter un défi. Ils expriment dans certains cas le fait que la maladie leur « *gâche la vie* » (36) et ils souhaiteraient réussir à mieux la maîtriser (36). L'acceptation de la maladie et donc l'adhésion aux soins seraient favorisées par un accompagnement thérapeutique et des mesures psycho-éducatives (36).

## 2.4 [L'équilibre occupationnel](#)

Les données scientifiques du cadre pratique ont permis de mettre en avant une atteinte de l'équilibre occupationnel chez les personnes atteintes d'un trouble bipolaire au quotidien. Il m'a donc semblé pertinent de le détailler plus précisément, étant un concept central de la pratique ergothérapeutique.

Le terme de l'« occupation » est très fréquemment utilisé en ergothérapie et représente l'ensemble des actions menées au quotidien par les personnes (40). Les ergothérapeutes centrent leurs interventions sur la personne et ses occupations et

visent à permettre aux patients de pouvoir participer à leurs occupations de manière satisfaisante, influençant leur santé et leur bien-être (40).

De cela découle l'« équilibre occupationnel » qui a été décrit en 2006 par Wilcock comme étant : « *Un équilibre de l'engagement dans l'occupation qui conduit au bien-être. Par exemple, l'équilibre peut se situer entre des occupations physiques, mentales et sociales, entre des occupations choisies et des occupations obligatoires, entre des occupations fatigantes et des occupations reposantes, ou entre faire et être.* » (41). La vision de cet équilibre est subjective, propre à chaque individu et peut être influencée par la culture, les valeurs ou encore les attentes environnementales. Ce concept est lié à la santé et reposerait, selon Wilcock, sur « *les occupations physiques, mentales, sociales et de repos* » (41). Il concorde ainsi, d'après Wagman et al, avec « *la perception individuelle d'avoir la bonne quantité d'occupation et la bonne variation entre les occupations* » (41).

Le trouble bipolaire semblerait pouvoir avoir des répercussions à la fois sur le plan physique, mental, social et de repos. Ainsi, nous pouvons supposer que la personne atteinte d'un trouble bipolaire voit également son équilibre occupationnel impacté, ce qui pourrait faire décroître sa qualité de vie et impacter l'acceptation de sa maladie.

Or, selon Kielhofner, « *l'être humain est un être occupationnel ; l'occupation est essentielle dans l'organisation de la personne. C'est en agissant que les personnes façonnent et construisent ce qu'elles sont.* » (42). Il semble donc essentiel que chacun puisse parvenir à maintenir un équilibre pour se satisfaire au quotidien.

L'ergothérapeute peut utiliser un modèle conceptuel au cours de sa PES afin d'évaluer la personne dans la globalité et de l'aider à prendre conscience de ses forces et de ses difficultés (43). Afin de mettre en évidence le concept d'équilibre occupationnel et les interactions qui se jouent dans la vie de la personne, j'ai choisi de me baser sur le modèle conceptuel MOH (Modèle de l'Occupation Humaine). Ce modèle fournit une vision globale sur le fonctionnement occupationnel d'une personne. J'ai donc trouvé que celui-ci serait le plus approprié dans le cadre du trouble bipolaire et des conséquences de la maladie sur les occupations dans la vie quotidienne.

## 2.5 [Le Modèle de l'Occupation Humaine \(MOH\)](#)

D'après le livre « Les modèles conceptuels en ergothérapie » dirigé par Marie-Chantal Morel-Bracq, le modèle conceptuel est défini comme étant « *une*

*représentation mentale simplifiée d'un processus qui intègre la théorie, les idées philosophiques sous-jacentes, l'épistémologie et la pratique. » (42).*

Le MOH a été élaboré par Gary Kielhofner en 1980 et est présenté suivant sa 4<sup>ème</sup> édition datant de 2008 dans le livre « Les modèles conceptuels ». Centré sur l'occupation et sur la personne, il permet de structurer le recueil de données de la personne de manière holistique à l'aide de données probantes (44). De plus, il permet de mettre en avant les forces et les difficultés de la personne dans son engagement et sa participation aux activités de la vie quotidienne (42).

Le MOH se découpe en quatre sections qui interagissent entre elles (42,44):

- L'Être : qui renvoie à la personne
- L'Agir : qui renvoie à ce que la personne fait
- Le Devenir : qui renvoie à l'adaptation occupationnelle que la personne développe plus ou moins au cours de sa vie en conséquence à l'Agir
- L'Environnement : qui renvoie au contexte dans lequel la personne agit

Un schéma permet de résumer l'ensemble des composantes présentes dans le modèle (Figure 1).

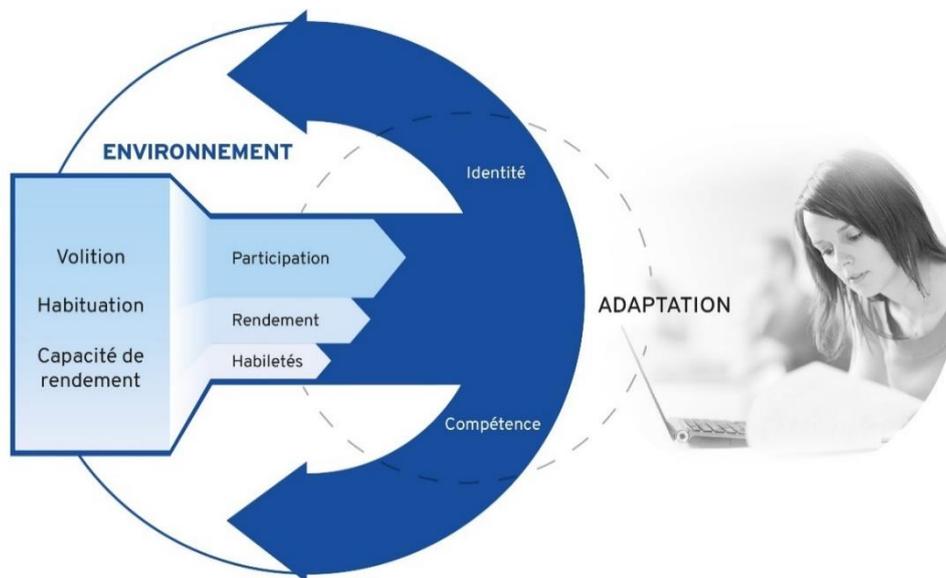


Figure 1 : Le Modèle de l'Occupation Humaine (MOH), adapté et traduit par Marcoux, C. (2017) (44)

La composante liée à la personne (l'Être) regroupe la volition, l'habitude et la capacité de rendement. La volition constitue la motivation de la personne dans ses occupations et dépend à la fois de ses valeurs, ses centres d'intérêts et ses déterminants personnels (ce que la personne pense être capable de faire).

L'habituement renvoie à l'organisation de la personne qui dépend de ses habitudes et de ses rôles (statut social, comportements en lien avec ce statut, ...). Enfin, la capacité de rendement (ou la capacité de performance) se rapporte à ce que le corps de la personne est en capacité de faire en lien avec les composantes objectives physiques et mentales et l'expérience subjective vécue par le corps (42,44).

Le domaine de l'Agir regroupe la participation occupationnelle, le rendement occupationnel (ou performance occupationnelle) et les habilités. La participation occupationnelle renvoie à l'engagement effectif de la personne dans ses occupations. Le rendement ou la performance occupationnelle renvoie à la réalisation des tâches de l'occupation. Enfin, les habilités constituent les actions dirigées vers un but et peuvent être motrices, opératoires, de communication et d'interaction (42,44).

Les composantes du domaine du Devenir de la personne regroupent à la fois son identité occupationnelle, ce qu'elle souhaite devenir, et sa compétence occupationnelle, sa capacité à instaurer une routine d'occupation en cohérence avec son identité occupationnelle. Ces concepts émergent à la fois des composantes de l'Être et de l'Agir et sont en partie influencés par l'environnement. Enfin, l'ensemble va pouvoir permettre à la personne de s'adapter dans ses occupations futures (42,44).

Pour finir, l'environnement regroupe à la fois l'environnement physique et l'environnement social. Il est en interaction avec toutes les composantes de la personne, peut lui offrir des ressources ou des contraintes, et influence sa participation dans les occupations (42,44).

## 2.6 Question de recherche et hypothèses

L'ensemble des mes recherches m'ont donc permis d'affiner ma problématique pratique et de m'amener à la question de recherche suivante :

**Question de recherche : Comment l'intervention en ergothérapie en milieu extra-hospitalier influence-t-elle l'acceptation des effets de la bipolarité chez les jeunes adultes ?**

J'ai ainsi pu formuler des hypothèses en lien avec ma question de recherche qui sont les suivantes :

**Première hypothèse** : L'ergothérapeute en milieu extra-hospitalier peut aider le patient à maintenir un équilibre occupationnel satisfaisant en utilisant le MOH afin de favoriser l'acceptation des effets de la bipolarité.

**Deuxième hypothèse** : L'ergothérapeute en milieu extra-hospitalier peut intervenir précocement pour favoriser une meilleure acceptation des effets de la maladie sur le long terme.

**Troisième hypothèse** : L'ergothérapeute en milieu extra-hospitalier peut allier l'entourage du patient bipolaire à la prise en soins (PES) afin de favoriser l'acceptation des effets de la maladie.

### 3. METHODOLOGIE DE RECHERCHE

Ma recherche repose sur la question suivante : Comment l'intervention en ergothérapie en milieu extra-hospitalier influence-t-elle l'acceptation des effets de la bipolarité chez les jeunes adultes ?

L'objectif principal de ma recherche est d'objectiver comment une intervention menée en ergothérapie en milieu extra-hospitalier chez des jeunes adultes bipolaires peut avoir une influence sur l'acceptation des effets de leur maladie au quotidien.

Mes objectifs secondaires sont d'une part d'accroître ma réflexion professionnelle et de pouvoir acquérir des connaissances supplémentaires pour l'exercice de mon futur métier. D'autre part, ce travail aura également pour objectif de fournir aux ergothérapeutes des outils supplémentaires pour leur pratique professionnelle.

Je vais donc poursuivre ma recherche à l'aide d'une méthode que j'ai choisi au préalable et qui vous sera détaillée ci-dessous. Cela va me permettre de pouvoir répondre à ma question de recherche et de valider ou d'invalider mes hypothèses.

#### 3.1 Choix de la méthode

Lors de la réalisation de mon mémoire, deux méthodes de recherche se sont présentées à moi : la méthode quantitative et la méthode qualitative. La méthode de recherche quantitative consiste à démontrer des faits à l'aide de résultats chiffrés. La méthode de recherche qualitative consiste à comprendre le sens d'un phénomène, d'une pratique à l'aide de données subjectives. Elle repose sur la récolte de données verbales ou manuscrites aboutissant à une démarche interprétative (45,46).

Dans le cadre de ma recherche, j'ai choisi d'utiliser la méthode qualitative. En effet, l'acceptation des effets d'une maladie étant un thème subjectif et propre à chacun, il m'a semblé plus pertinent de recueillir les données de manière qualitative.

Cette recherche repose sur le paradigme phénoménologique. Cela signifie qu'elle va être utilisée pour comprendre le sens d'un phénomène ou d'une pratique en prenant en compte un ensemble de personnes qui y est confronté. Elle va me permettre de recueillir les points de vue et les expériences des personnes qui vivent ce phénomène (47). Ma recherche se rapporte plus spécifiquement à une fonction descriptive et prédictive car celle-ci va permettre de décrire et d'évaluer la chance de succès d'une pratique actuelle.

Cette recherche repose également sur une méthode hypothético-déductive. Elle consiste à formuler des hypothèses qui viendront ensuite à être validées ou invalidées (48). Ma première hypothèse porte sur l'utilisation du modèle conceptuel MOH. Celui-ci pourrait permettre au patient de maintenir un équilibre occupationnel satisfaisant et ainsi de jouer un rôle dans l'acceptation des effets de sa maladie. Ma seconde hypothèse est que l'ergothérapeute en milieu extra-hospitalier puisse intervenir précocement, c'est-à-dire dès les premiers signes de la bipolarité chez les jeunes adultes. Cela permettrait une meilleure PES des effets du trouble au quotidien et de leur acceptation sur le long terme. Enfin, ma troisième hypothèse porte sur l'alliance de l'entourage dans la PES du patient pouvant influencer son acceptation des effets de la bipolarité. L'entourage pourrait également être acteur de la PES, afin de mieux comprendre la maladie dans le but que le proche appréhende plus sereinement les effets de son trouble bipolaire.

### 3.2 Choix de l'outil

L'outil de recherche qu'il m'a semblé le plus pertinent d'utiliser pour mon mémoire est l'entretien. L'entretien permet de récolter des données verbales sur un sujet par l'intermédiaire d'une situation de face à face où l'enquêteur va interroger son interlocuteur (49). Il a pour avantage d'être en contact direct avec une personne pour récolter des informations et comprendre certains comportements et modes de fonctionnement.

Il existe trois types d'entretiens distincts : l'entretien directif, semi-directif et non directif. Pour ce mémoire j'ai décidé de réaliser des entretiens semi-directifs.

En effet, l'entretien semi-directif est composé d'une série de questions à réponses ouvertes qui sont préparées au préalable par l'enquêteur (46). Ce type d'entretien a

pour avantage d'obtenir des réponses larges sur un thème qui peuvent nous amener à des informations nouvelles et des champs nouveaux.

Mon choix s'est porté sur l'entretien de type semi-directif car il m'a semblé plus intéressant de pouvoir échanger directement avec mes interlocuteurs pour comprendre certains phénomènes. De plus, cela va me permettre de recueillir différents points de vue et méthodes de fonctionnement actuels.

### 3.3 Les biais et les limites

Ma recherche est également confrontée à un certain nombre de biais et de limites (Tableau 1).

<b><u>Biais</u></b>	<b><u>Limites</u></b>
- Les facteurs environnementaux : le lieu de l'entretien, les bruits extérieurs, l'heure de l'entretien (...)	- Le nombre potentiellement insuffisant d'ergothérapeutes qui répondent aux critères d'inclusion
- La difficulté à maintenir une neutralité au cours de l'entretien et ainsi influencer les réponses de la personne interrogée	- L'impossibilité de réaliser les entretiens en face à face du fait de la distance : les réaliser par téléphone pouvant perturber la compréhension et la communication entre les interlocuteurs
- Mon statut d'étudiante et mon jeune âge pouvant entraver ma crédibilité auprès des professionnels interrogés	- La difficulté pour l'enquêteur de suivre son objectif de recherche tout au long de l'entretien
- La mauvaise compréhension des questions par la personne interrogée du fait d'une mauvaise formulation ou d'un langage inapproprié	- Le nombre d'entretiens limité du fait de la contrainte temporelle
- La difficulté à rester bienveillante et à l'écoute de la personne interrogée	- Le refus de certains ergothérapeutes d'être enregistrés
- Les facteurs émotionnels et notamment le stress	

Tableau 1 : Les biais et les limites de l'entretien

## 3.4 Choix des participants

### 3.4.1 Critères d'inclusion et d'exclusion

Les critères d'inclusion de ma recherche correspondent aux caractéristiques que les individus devront obligatoirement présenter pour faire partie de ma recherche. Les critères d'exclusion correspondent quant à eux aux indications qui vont exclure des individus de ma recherche.

Le premier critère d'inclusion de ma recherche concerne les ergothérapeutes diplômés, exerçant en France au sein d'une structure extra-hospitalière en psychiatrie (CMP, CATTP ou HDJ). Mon deuxième critère d'inclusion concerne la PES, par ces ergothérapeutes, de patients bipolaires âgés de 18 à 35 ans. J'ai établi ces critères d'inclusion afin d'obtenir les réponses les plus fines et pertinentes possible en fonction de mon sujet de recherche.

Ensuite, j'ai décidé d'exclure de ma recherche les étudiants en ergothérapie et les ergothérapeutes qui n'exercent pas en France. De plus, les ergothérapeutes n'exerçant pas auprès de personnes bipolaires dans une structure extra-hospitalière en psychiatrie et tous les autres professionnels de santé qui travaillent dans ce domaine (médecin psychiatre, psychologue, etc...) seront également exclus.

### 3.4.2 Démarche et recrutement des participants

J'ai effectué ma recherche entre le 6 septembre 2022 et le 2 décembre 2022. Mes prises de contact ont eu lieu entre le 4 octobre 2022 et le 2 décembre 2022.

Afin de trouver des ergothérapeutes répondant à mes critères d'inclusion, j'ai passé 42 appels dans des structures telles que des CMP, des CATTP ou des HDJ. 9 structures n'ont pas répondu à mon appel et 16 structures ne comptaient pas d'ergothérapeutes parmi leur effectif. Parmi les 17 structures restantes, 4 ergothérapeutes m'ont directement donné une réponse négative, car ils ne correspondaient pas à mes critères, et 13 structures m'ont demandé de leur envoyer un mail. A la suite de mes envois, j'ai obtenu 5 réponses : 3 réponses positives et 2 réponses négatives.

J'ai également fait part de ma recherche sur le groupe « Ergo en psy », dédié aux ergothérapeutes qui travaillent en psychiatrie sur un réseau social (Facebook®). J'ai

uniquement reçu 2 réponses négatives, car les ergothérapeutes ne correspondaient pas à mes critères d'inclusion.

Par la suite, j'ai envoyé 7 mails directement à des structures et 1 mail au Groupe de Réflexion En Santé Mentale (GRESM), composé d'ergothérapeutes exerçant en santé mentale. J'ai alors obtenu 3 réponses négatives, car les ergothérapeutes ne correspondaient pas à mes critères d'inclusion, et 2 réponses positives.

Enfin, j'ai choisi d'envoyer un mail à une ergothérapeute que je connaissais déjà, par l'intermédiaire de mes études, pour lui demander de réaliser mon entretien pré-test. Celle-ci a répondu positivement à ma demande.

Ainsi, sur les 13 ergothérapeutes qui ont répondu à mes sollicitations d'entretien, 6 correspondaient à mes critères d'inclusion.

Il m'a semblé pertinent de réaliser 4 entretiens, précédés d'un entretien pré-test. C'est un nombre suffisant permettant de confronter les différentes informations récoltées et un bon compromis compte tenu de la contrainte temporelle de cette recherche pour pouvoir analyser au mieux les données.

Recherchant 5 ergothérapeutes, j'ai choisi de sélectionner l'ergothérapeute que je connaissais déjà pour le pré-test de mes entretiens et les 4 ergothérapeutes qui m'ont répondu en premier pour fixer une date pour les entretiens définitifs.

J'ai fait le choix de sélectionner une ergothérapeute que je connaissais déjà et qui correspondait à mes critères d'inclusion afin de pouvoir être davantage en confiance pour un pré-test. Pour la suite de mes entretiens, j'ai choisi d'interroger des ergothérapeutes que je ne connaissais pas pour éviter les biais supplémentaires. Il m'a semblé le plus pertinent de procéder de cette façon afin de rester la plus neutre possible durant les entretiens.

### 3.5 [Elaboration de l'outil de recueil de données](#)

Afin de mener les entretiens de façon structurée et de la même manière auprès de chaque ergothérapeute, j'ai fait le choix d'établir un guide d'entretien me permettant de me concentrer sur les thématiques essentielles que j'ai choisi d'aborder.

Le premier guide d'entretien que j'ai réalisé et que j'ai utilisé lors de mon entretien pré-test est présenté en annexe (Annexe I). Ce guide comporte 6 questions, 1 question de présentation et 5 questions d'entretien, que j'ai élaborées en fonction des thèmes

développés au sein de mes cadres pratique et théorique. Ces questions sont également en lien avec mes hypothèses de recherche, et ont comme objectif de recueillir le point de vue des ergothérapeutes sur l'influence de leur intervention, en milieu extra-hospitalier auprès des jeunes adultes bipolaires, concernant l'acceptation de leur maladie. Enfin, bien que je n'attendais pas de réponses précises de la part de mes interlocuteurs mais plutôt des réponses spontanées, j'ai tout de même fait le choix de préparer à l'avance des questions de relance pour chacune de mes questions. Celles-ci avaient pour but de me permettre de pouvoir reformuler mes propos ou pouvoir approfondir certains points pertinents pour ma recherche si besoin.

## 3.6 Pré-test de mes entretiens

### 3.6.1 Les objectifs de ce pré-test

Avant de réaliser mes 4 entretiens, il m'a semblé pertinent de réaliser un entretien pré-test auprès d'une ergothérapeute qui correspondait à mes critères d'inclusion. Les informations récoltées lors de ce pré-test ne sont pas incluses dans l'analyse des résultats de mon mémoire. Celui-ci a en effet pour vocation de réaliser un premier entraînement dans les conditions réelles de l'entretien et de pouvoir vérifier la cohérence de mes propos. L'ergothérapeute a ainsi pu me faire un retour quant à la compréhension et la clarté de mes questions, sur la cohérence générale de mon entretien, et sur les conditions de passation.

### 3.6.2 Les modifications apportées

A la suite de ce pré-test, datant du mercredi 26 octobre 2022, et des conseils de l'ergothérapeute interrogée, j'ai pu effectuer plusieurs modifications sur mon guide d'entretien initial.

Tout d'abord, j'y ai ajouté une justification à propos de la tranche d'âge sur laquelle j'ai choisi de m'intéresser en début d'entretien afin de clarifier le contexte et d'en informer mes interlocuteurs. Ensuite, j'ai précisé la fréquence inscrite dans ma question 1 par un indicateur plus précis (combien de fois par semaine) permettant d'avoir un même référentiel pour chaque personne interrogée. Dans le même objectif,

j'ai également précisé le contexte de ma question de relance de la question 2, en le remplaçant par « un autre environnement de soin ». Par la suite, j'ai souhaité rajouter la notion d'équilibre occupationnel dans ma question 3. En effet, cette notion apparaît dans ma première hypothèse et il me semblait pertinent de l'ajouter directement dans ma question afin d'encourager les ergothérapeutes à l'inclure dans leur réponse. Enfin, l'entretien pré-test n'ayant duré qu'une dizaine de minutes, j'ai choisi d'y ajouter une question sur la thématique de l'intervention précoce en ergothérapie auprès de cette population. De ce fait, j'ai pu rajouter, en lien avec cette nouvelle question 4, une autre hypothèse de recherche (la deuxième hypothèse). Pour finir, j'ai choisi de placer cette nouvelle question et ma nouvelle hypothèse entre celles concernant le modèle conceptuel MOH et celles concernant l'alliance de l'entourage à la PES pour que l'ensemble suive une suite logique dans le déroulé de l'entretien.

### 3.7 Mon outil de recueil de données final

Le guide d'entretien final, après modifications, est présenté en annexe (Annexe II). Ce guide comporte à présent 7 questions : 1 question de présentation et 6 questions d'entretien. Comme cité auparavant, les questions ont été élaborées en fonction des thèmes développés au sein de mes cadres pratique et théorique et sont en lien avec mes hypothèses de recherche. Enfin, elles ont comme objectif de recueillir le point de vue des ergothérapeutes sur l'influence de leur intervention en milieu extra-hospitalier auprès des jeunes adultes bipolaires, concernant l'acceptation de leur maladie.

La première question, une question de présentation, ne sera pas traitée au cours de l'analyse des résultats. Elle a pour vocation d'apprendre à connaître son interlocuteur, son parcours professionnel et d'instaurer un climat de confiance. La dernière question a pour objectif de permettre à l'ergothérapeute de rajouter des éléments qui n'auraient pas été évoqués au cours de l'entretien et qui lui semblent pertinents à ajouter au sujet de ce mémoire. Cette dernière question m'a également permis d'ouvrir la discussion sur une notion que j'ai pu retrouver lors de mes recherches concernant la notion d'acceptation de la maladie et la prise en soins en ergothérapie.

Au vu des informations que j'ai pu recueillir lors de mes recherches pour mes cadres pratique et théorique, il m'a semblé pertinent de faire correspondre chacune de mes questions à un thème différent : trouble bipolaire et acceptation de la maladie,

l'intervention en ergothérapie en milieu extra-hospitalier, modèle conceptuel MOH et le concept d'équilibre occupationnel, l'intervention précoce en ergothérapie et l'alliance de l'entourage à la prise en soins en ergothérapie.

Ainsi, les 7 questions de mon guide d'entretiens sont les suivantes :

**Question de présentation :** Pourriez-vous me présenter votre parcours professionnel ?

Thème A : Trouble bipolaire et acceptation de la maladie

**Question 1 :** Combien de fois par semaine accompagnez-vous des patients bipolaires entre 18 et 35 ans ? Que pouvez-vous dire concernant l'acceptation de leur maladie au quotidien ?

- Objectifs :
  - Connaître la fréquence à laquelle les ergothérapeutes en milieu extra-hospitalier prennent en soins des patients bipolaires entre 18 et 35 ans
  - Recueillir des informations concernant l'acceptation de la maladie chez ces patients

Thème B : L'intervention en ergothérapie en milieu extra-hospitalier

**Question 2 :** Selon vous, quels sont les avantages et les limites à intervenir auprès de cette population en milieu extra-hospitalier dans l'acceptation de leur maladie ?

- Objectif : Connaître les avantages et les limites que constitue une intervention en ergothérapie en milieu extra-hospitalier dans l'acceptation de la bipolarité

Thème C : Modèle conceptuel MOH et le concept de l'équilibre occupationnel

**Question 3 :** Utilisez-vous le modèle conceptuel MOH, notamment avec la notion d'équilibre occupationnel ? Que pensez-vous de son utilisation sur l'acceptation des effets de la bipolarité ?

- Objectif : Mettre en exergue l'influence de l'utilisation du modèle conceptuel MOH dans la prise en soins du patient bipolaire et dans l'acceptation de sa maladie

### Thème D : Intervention précoce en ergothérapie

**Question 4 :** Intervenez-vous précocement ou pensez-vous qu'une intervention précoce, dès les premiers signes de la maladie pourrait permettre une meilleure prise en soins des troubles et de leur acceptation ? Pourquoi ?

- Objectif : Connaître l'influence d'une intervention précoce en ergothérapie auprès des patients bipolaires sur l'acceptation de la maladie

### Thème E : Alliance de l'entourage à la prise en soins en ergothérapie

**Question 5 :** Selon-vous, l'alliance de l'entourage à la prise en soins pourrait-elle influencer l'acceptation de la bipolarité du proche au quotidien ?

- Objectif : Repérer l'intérêt de l'alliance de l'entourage à la prise en soins et son influence sur l'acceptation de la maladie chez leur proche

**Question 6 :** Est-ce que vous avez d'autres informations qui vous semblent importantes à rajouter pour ma recherche ?

Ouverture : Que pensez-vous de l'intervention d'un pair-aidant dans la prise en soins concernant l'acceptation de la maladie ?

Ma question d'ouverture était initialement une question de relance, destinée à ouvrir l'entretien si les ergothérapeutes n'avaient rien à rajouter pour ma dernière question. Finalement, j'ai eu l'opportunité de la poser lors de chacun de mes entretiens et elle sera donc analysée par la suite comme question n°6.

## 3.8 Conditions de passation des entretiens

J'ai choisi de réaliser chacun de mes entretiens dans les mêmes conditions afin que je puisse comparer leur analyse par la suite.

Ainsi, j'ai commencé par faire parvenir à chaque ergothérapeute interrogé un formulaire de consentement, précédé d'une notice d'information, présenté en annexe (Annexe III). L'objectif était de recevoir leur autorisation concernant l'enregistrement de l'entretien et l'exploitation des données recueillies de façon anonyme. L'enregistrement des entretiens avait pour objectif de me permettre de retranscrire et d'exploiter au plus juste les données.

Après avoir réceptionné leur formulaire de consentement signé, nous avons convenu d'une date et d'une heure, en fonction de nos disponibilités communes, pour

réaliser l'entretien. Chaque entretien s'est déroulé sous la forme d'un échange téléphonique, que j'ai, pour ma part, réalisé seule et dans une pièce au calme pour éviter les sources de distractions pouvant perturber l'entretien. Enfin, les entretiens ont duré en moyenne 20 minutes et ont été enregistrés à l'aide de l'application « Enregistreur vocal » sur un téléphone portable que j'avais à ma disposition.

J'ai réalisé mon premier entretien le vendredi 18 novembre 2022, le second et le troisième ont eu lieu le vendredi 25 novembre 2022, et le quatrième s'est déroulé le vendredi 2 décembre 2022.

## 4. RESULTATS

Après avoir retranscrit méticuleusement chacun de mes entretiens, j'ai procédé à l'analyse de mes résultats de recherche.

Tout d'abord, une analyse longitudinale a été réalisée. Elle consiste à étudier précisément et indépendamment les réponses des ergothérapeutes à chacune de mes questions. Cela me permettra d'en extraire de façon rigoureuse les grandes thématiques qui en ressortent et de comprendre le point de vue de chaque ergothérapeute.

Ensuite, une analyse transversale a été effectuée. Elle consiste, quant à elle, à comparer les résultats de l'analyse longitudinale entre eux, permettant d'en faire ressortir les points de convergences et de divergences.

Ainsi, dans un premier temps, une présentation des ergothérapeutes interrogées sera exposée. Dans un second temps, les analyses longitudinale (Annexe IV) et transversale (Annexe V) de mes entretiens seront présentées.

### 4.1 Présentation des personnes interrogées

Dans le but de mener à bien ma recherche, j'ai réalisé 4 entretiens auprès d'ergothérapeutes répondant à mes critères d'inclusion. Afin de garantir leur anonymat, je les nommerai respectivement E1, E2, E3 et E4 pour la suite de ce mémoire.

E1 est ergothérapeute diplômée d'Etat depuis 2004. Avant d'occuper son poste actuel d'ergothérapeute, elle a eu l'opportunité d'exercer dans divers domaines : en neurologie, en gériatrie, auprès de personnes atteintes de déficiences visuelles, en libéral et en psychiatrie. Depuis 2012, elle travaille à temps plein dans un HDJ en

psychiatrie auprès d'un public adulte (à partir de 18 ans), avec une journée par semaine dédiée aux jeunes adultes de 18 à 25 ans.

E2 est ergothérapeute diplômée d'Etat depuis 2003. Elle exerce depuis 12 ans en service de psychiatrie à l'hôpital, dans un HDJ et intervient également sur des ateliers réalisés en ambulatoire. De plus, elle s'apprête à débiter une formation en art-thérapie.

E3 a effectué ses études en Suisse et a été diplômée ergothérapeute en 2011. Elle a eu l'occasion d'exercer dans différents domaines, en Suisse et en France : auprès d'un public polyhandicapé, en gériatrie, en psychiatrie et en rééducation fonctionnelle. Depuis 2016, elle occupe un poste en France auprès d'un public adulte en psychiatrie, à la fois dans un HDJ et un CATTP.

E4 est ergothérapeute diplômée d'Etat depuis 2021. Depuis septembre 2021, elle exerce en psychiatrie auprès d'un public adulte, à la fois au sein d'une unité d'admission, d'une unité de long séjour et d'un HDJ.

## 4.2 Analyse longitudinale des résultats

### 4.2.1 Entretien avec l'ergothérapeute E1

Question 1 : E1 accompagne très rarement des patients bipolaires entre 18 et 35 ans et n'évoque qu'une seule patiente, âgée de 28 ans et diagnostiquée bipolaire. L'acceptation de la maladie chez cette patiente ne semblait pas représenter une difficulté en particulier d'après E1.

Question 2 : D'après E1, une limite à intervenir en milieu extra-hospitalier auprès de cette population dans le cadre de l'acceptation de la maladie est que, l'HDJ dans lequel elle exerce, ne propose pas de programme d'Education Thérapeutique du patient (ETP) pour les troubles bipolaires. Un avantage serait que les médecins restent disponibles pour répondre aux questions des patients. E1 relève également le fait que la structure dans laquelle elle exerce n'est pas spécifique aux troubles bipolaires, comme certains centres experts peuvent l'être aujourd'hui. Cela ne permet donc pas forcément au patient de s'identifier à la pathologie et de rencontrer des « pairs ». Cependant, E1 ne pense pas que cela puisse être une limite dans la PES de ces patients.

Question 3 : E1 n'utilise pas le modèle conceptuel MOH dans sa pratique, n'ayant pas été formée. D'après E1, le MOH reste un modèle conceptuel très

intéressant à la pratique ergothérapique en psychiatrie en HDJ et pense qu'un ajustement de l'équilibre occupationnel favoriserait l'acceptation des effets de la maladie.

Question 4 : Selon E1, le processus d'acceptation des troubles débute à la pose du diagnostic. Une intervention précoce reste à tout moment pertinente mais cela dépend du patient, s'il se sent en mesure de recevoir de l'aide et de son adhésion aux soins.

Question 5 : D'après E1, l'alliance de l'entourage à la prise en soins est bénéfique dans le processus d'acceptation de la maladie, notamment en l'informant sur la pathologie de son proche. En tant qu'ergothérapeute, E1 inclut rarement l'entourage à la prise en soins de ces patients mais il peut arriver que cela prenne la forme d'un entretien médical si le patient donne son consentement.

Question 6 : E1 pense que l'intervention d'un pair-aidant dans la prise en soins des patients bipolaires entre 18 et 35 ans reste un bon outil dans le cadre de l'acceptation de la maladie. Cependant, la maladie pouvant s'exprimer de plusieurs manières, la présence d'un pair-aidant ne permet qu'une identification limitée auprès des patients.

#### 4.2.2 Entretien avec l'ergothérapeute E2

Question 1 : E2 accompagne rarement des patients bipolaires entre 18 et 35 ans et n'évoque que deux patients. L'acceptation de la maladie n'est pas une notion qui convient parfaitement à E2 car d'après elle, elle renvoie à l'idée d'être malade à vie. Elle pense que cela devrait davantage renvoyer à une notion de meilleure connaissance de la pathologie. D'après E2, l'acceptation de la maladie chez ces patients reste une notion très difficile, voire inacceptable. Les patients cherchent à comprendre l'origine de leurs troubles et peuvent se sentir exclus et incompris. E2 précise que cette acceptation peut être influencée par la société qui les entoure et par l'impact au quotidien des troubles auprès de cette jeune population.

Question 2 : D'après E2, un avantage à intervenir auprès de cette population en milieu extra-hospitalier dans l'acceptation de leur maladie est que les patients restent dans leur contexte de vie habituel. De plus, la fréquence des interventions est importante. Les interventions en milieu extra-hospitalier permettent également un contact plus direct afin de pouvoir faire du lien avec le quotidien. E2 relève également

comme avantage l'accompagnement sur le long terme permettant un travail sur la maladie et sur son acceptation sur le long cours. Cependant, E2 précise également que cet accompagnement sur le long terme peut être une limite. En effet, dans certains cas, les patients ont besoin de créer une distance avec leur quotidien et le milieu extra-hospitalier devient insuffisant.

Question 3 : E2 ne connaît pas le modèle conceptuel MOH et exerce suivant une orientation qu'elle définit comme « psychanalytique ».

Question 4 : Selon E2, une intervention précoce en ergothérapie serait bénéfique pour l'acceptation de la bipolarité et pour une meilleure connaissance de soi. Cela peut passer par une intervention en CATTP mais aussi lorsque les patients viennent en état de crise de la maladie. E2 précise également que cela reste rare et que cela pourrait prendre la forme d'entretiens avec les médecins afin de pouvoir orienter au mieux et au plus tôt.

Question 5 : E2 exprime le fait que l'alliance de l'entourage à la PES peut favoriser l'acceptation de la maladie chez le proche atteint d'un trouble bipolaire. Cette alliance est en revanche longue et compliquée du fait de l'existence de difficultés familiales dans certains cas. Elle s'effectue souvent par le biais des médecins, permet d'obtenir un point de vue extérieur sur certains aspects de la maladie et peut prendre la forme d'une mise à distance de l'entourage.

Question 6 : E2 connaît peu l'intervention des pair-aidants mais pense que leur présence peut être bénéfique dans l'acceptation des troubles, en permettant aux patients bipolaires une certaine compréhension par une personne qui aurait traversé quelque chose de semblable.

#### 4.2.3 [Entretien avec l'ergothérapeute E3](#)

Question 1 : La fréquence hebdomadaire à laquelle E3 accompagne des patients bipolaires entre 18 et 35 ans est variable, allant de zéro à plusieurs patients par semaine. L'acceptation de la maladie chez cette population dépend des personnes et varie suivant la phase de la maladie dans laquelle les patients se trouvent. En effet, une difficulté d'adhésion aux soins ou encore une aboulie peuvent se manifester et influencer cette acceptation. Enfin, E3 relève que l'acceptation de la maladie reste difficile, celle-ci entraînant un bouleversement majeur et impactant le quotidien de cette population.

Question 2 : E3 explique qu'un avantage à intervenir en milieu extra-hospitalier auprès de cette population dans l'acceptation de la maladie est que celle-ci puisse continuer à vivre normalement. De plus, cela permet aux patients de limiter une certaine dévalorisation, en évitant de les enfermer uniquement dans la maladie. E3 évoque également le fait qu'elle peut intervenir directement sur le quotidien des patients en fonction de leurs besoins. Une limite à une intervention en extra-hospitalier est que, suivant la phase et l'expression de la maladie, cela reste insuffisant. Enfin, d'après E3, dans tous les cas, la motivation du patient reste essentielle pour une intervention en ergothérapie dans ce contexte.

Question 3 : E3 utilise partiellement le modèle conceptuel MOH, notamment la notion d'équilibre occupationnel, mais n'a pas été formée spécifiquement à ce sujet. Selon elle, un ajustement de l'équilibre occupationnel facilite l'acceptation de la maladie en permettant une prise de conscience du patient des effets de sa maladie au quotidien et la mise en place d'ajustements pour y palier.

Question 4 : E3 intervient rarement de façon précoce, dès les premiers signes de la maladie auprès des jeunes adultes atteints de troubles bipolaires, notamment du fait que la structure dans laquelle elle exerce n'est pas spécifique à ce trouble. E3 explique qu'une intervention précoce pourrait cependant être intéressante et favoriserait l'acceptation de la maladie. Un service d'intervention précoce existe déjà mais E3 y déplore l'absence d'ergothérapeute et le manque d'ergothérapeutes en général. Pour parvenir à intervenir précocement, E3 évoque la possibilité de faire intervenir les ergothérapeutes dans l'équipe d'intervention précoce et les équipes mobiles.

Question 5 : Selon E3, l'alliance de l'entourage à la PES est bénéfique dans l'acceptation de la bipolarité chez leur proche au quotidien. Les familles sont en souffrance et il est important de les informer eux aussi correctement sur la pathologie. Cela permet au patient d'améliorer le processus d'acceptation de la maladie et de prévenir les décompensations. Cette alliance est cependant assez rare et compliquée du fait d'un manque de temps.

Question 6 : D'après E3, l'intervention d'un pair-aidant dans la PES concernant l'acceptation de la maladie est bénéfique et le modèle du rétablissement y relate son importance. Outre la présence d'un pair-aidant, les groupes mixtes sont également un vecteur de motivation pour les patients et un facteur pouvant améliorer l'adhésion aux soins et faciliter l'acceptation. Enfin, selon E3, les soins en ergothérapie remboursés

en libéral et la proposition de groupes thérapeutiques hors cadre hospitalier pourraient être des solutions supplémentaires pour favoriser l'acceptation de la maladie chez cette population.

#### 4.2.4 Entretien avec l'ergothérapeute E4

Question 1 : La fréquence hebdomadaire à laquelle E4 accompagne des patients bipolaires entre 18 et 35 ans est variable, à raison d'en moyenne un ou deux patients en HDJ. Selon E4, l'acceptation de la maladie reste également variable suivant les individus. Elle reste compliquée lors de la phase de diagnostic et de l'annonce de la maladie. De plus, les patients ont tendance à avoir de fausses représentations concernant le trouble bipolaire, nécessitant un apprentissage de la maladie. Enfin, E3 relève le fait que, sur le plus long terme, les patients ont une meilleure connaissance de leur maladie.

Question 2 : D'après E4, un avantage à intervenir en milieu extra-hospitalier auprès de cette population dans l'acceptation de leur maladie est de pouvoir agir directement au niveau des activités de la vie quotidienne. De plus, un ETP spécialisé sur le trouble bipolaire peut être réalisé, permettant d'intervenir sur les répercussions de la maladie au quotidien et sur les habilités sociales. L'intervention en milieu extra-hospitalier a également comme avantage pour le patient, dans ce contexte, de pouvoir apprendre à reconnaître les signes d'une rechute en étant accompagné par une équipe pluridisciplinaire. Selon E4, une limite à ce type d'intervention est qu'elle reste insuffisante suivant la phase et l'expression de la maladie.

Question 3 : E4 utilise le modèle conceptuel MOH lorsqu'elle réalise des bilans d'autonomie. Selon E4, un ajustement de l'équilibre occupationnel permet aux patients d'avoir de moindres répercussions de la maladie au quotidien et favorise l'acceptation des effets du trouble bipolaire.

Question 4 : E4 n'intervient pas précocement auprès de cette population mais pense qu'une PES précoce serait bénéfique pour une meilleure acceptation de la maladie. En effet, cela permet de mettre en place une relation de confiance, de rassurer et revaloriser le patient. Agir précocement peut aussi lui permettre de garder le contrôle sur sa maladie et de lui créer une routine. De plus, cela peut donner l'occasion au patient d'apprendre à en reconnaître les signes et d'être en capacité de

demander de l'aide. Enfin, afin de pouvoir intervenir plus précocement, E4 commencerait déjà par réaliser un entretien avec la personne.

Question 5 : Selon E4, l'alliance de l'entourage à la PES est bénéfique concernant l'acceptation de la bipolarité chez le proche. Il convient d'informer l'entourage sur la maladie et de réussir à leur faire accepter car un quiproquo peut souvent s'installer concernant les fausses représentations du trouble bipolaire. Les personnes de l'entourage du patient bipolaire peuvent également être des personnes ressources auprès des soignants. L'alliance de l'entourage à la PES prend souvent la forme d'entretiens avec le médecin mais E4 explique qu'elle peut également directement les appeler ou avoir un entretien avec eux.

Question 6 : Selon E4, l'intervention d'un pair-aidant dans la PES de ces patients est intéressante dans le cadre de l'acceptation de la maladie. Dans sa pratique professionnelle, E4 ne travaille pas avec des pair-aidants. Elle observe cependant que, souvent, les patients qui font face à la même maladie peuvent se donner des conseils entre eux qui sont ensuite généralement très suivis.

### 4.3 Analyse transversale des résultats

#### 4.3.1 Fréquence d'intervention et acceptation du trouble bipolaire chez les 18-35 ans

Concernant l'accompagnement des patients bipolaires entre 18 et 35 ans, E1 et E2 les accompagnent rarement. E3 et E4 en accompagnent de façon variable au sein de leur établissement.

En ce qui concerne l'acceptation de la maladie, les ergothérapeutes interrogées émettent des avis différents. E2, E3 et E4 relèvent le fait que l'acceptation de la maladie et de ses effets au quotidien auprès de cette population reste un processus difficile. E1 n'a quant à elle observé aucune difficulté particulière concernant l'acceptation du trouble bipolaire. E2 ne s'accorde pas sur le terme d'acceptation de la maladie car cela lui renvoie au fait d'être malade à vie.

E2 et E3 s'accordent sur le fait que l'acceptation du trouble bipolaire reste influencée par l'ensemble des impacts au quotidien qu'entraîne la maladie chez cette jeune population. E3 et E4 évoquent que celle-ci dépend également de la phase de la maladie dans laquelle se trouve le patient et de la durée depuis laquelle le diagnostic a été posé.

Les ergothérapeutes interrogées ont aussi pu exprimer certains éléments pouvant impacter l'acceptation du trouble bipolaire. E2 explique que les patients ont tendance à se sentir exclus, incompris et que l'acceptation est soumise à l'influence des autres. De plus, les patients sont en recherche de l'origine et des causes de leur maladie. E3 évoque que le patient se voit confronté à un bouleversement majeur dans son quotidien et que suivant les phases, une difficulté d'adhésion aux soins et une aboulie peuvent freiner l'acceptation de la maladie. Enfin, E4 explique que les patients ont souvent de fausses représentations de la maladie.

Pour finir, E2 et E4 pensent que pour favoriser le processus d'acceptation chez le patient, un apprentissage et une meilleure connaissance de la maladie sont nécessaires.

#### 4.3.2 Avantages et limites d'une intervention en ergothérapie en milieu extra-hospitalier dans l'acceptation du trouble bipolaire

Concernant les avantages à intervenir en milieu extra-hospitalier auprès des jeunes adultes sur l'acceptation du trouble bipolaire, E2, E3 et E4 se rejoignent sur le fait que cela permet aux patients de continuer à mener une vie normale dans leur contexte de vie habituel. E3 et E4 expriment qu'elles vont pouvoir intervenir directement concernant les répercussions de la maladie au quotidien, notamment au niveau des habilités sociales, comme le précise E4 par exemple.

D'après E2, ces interventions ont pour avantage d'être sur le long terme avec un contact plus direct et une fréquence d'accompagnement importante. Cela permet aux patients de pouvoir effectuer un travail sur la maladie et son acceptation sur le long cours. E1 exprime également le fait que les médecins restent disponibles pour les patients et E4 explique que cela relève d'un travail pluridisciplinaire ayant pour objectif que le patient puisse reconnaître les signes d'une rechute. De plus, E3 expose comme avantage le fait qu'une intervention en milieu extra-hospitalier entraîne une moindre dévalorisation pour le patient.

E1 ne réalise pas de programme d'ETP au sein de sa structure contrairement à E4 qui explique pouvoir proposer un programme d'ETP spécialisé au niveau du trouble bipolaire.

En ce qui concerne les limites de l'intervention en milieu extra-hospitalier pour l'acceptation du trouble bipolaire, E2, E3 et E4 s'accordent sur le fait que, suivant la phase et l'expression de la maladie, le milieu extra-hospitalier reste insuffisant. E2

explique que dans certaines situations, les patients ont besoin d'établir une plus grande distance avec leur quotidien. E3 évoque l'importance de la motivation du patient pour conduire une intervention. Enfin, E1 explique que l'établissement au sein duquel elle exerce n'est pas spécialisé au niveau du trouble bipolaire comme certains centres experts peuvent l'être, ce qui limite la possibilité aux patients de pouvoir s'identifier à des pairs.

#### 4.3.3 Influence de l'utilisation du modèle conceptuel MOH sur l'acceptation des effets de la maladie

E1 et E2 n'utilisent pas le modèle conceptuel MOH dans leur pratique : E1 n'y est pas formée et E2 ne le connaissait pas. E3 l'utilise partiellement et a également relevé le manque de formation. Enfin, E4 l'utilise au cours de sa pratique, notamment pour effectuer des bilans d'autonomie.

E3 et E4 évoquent tous deux que l'utilisation du modèle conceptuel MOH permet de mettre en avant la notion d'équilibre occupationnel et s'accordent sur le fait que son ajustement favorise l'acceptation de la bipolarité auprès de cette population. Selon E3, cela permet au patient une prise de conscience des effets de la maladie lui donnant la possibilité ensuite de mettre en place les ajustements nécessaires. D'après E4, l'utilisation de ce modèle et de la notion d'équilibre occupationnel permet au patient d'avoir de moindres répercussions du trouble bipolaire au quotidien. De plus, E1 trouve également que ce modèle est intéressant concernant ces notions et qu'un ajustement de l'équilibre occupationnel pourrait favoriser l'acceptation des effets de la bipolarité.

Enfin, E2 explique exercer suivant une orientation qu'elle définit comme psychanalytique.

#### 4.3.4 Intervention précoce en ergothérapie auprès de cette population

Les 4 ergothérapeutes interrogées pensent qu'une intervention précoce dès les premiers signes de la maladie pourrait permettre une meilleure PES des effets du trouble et de leur acceptation. Selon eux, une intervention précoce serait bénéfique, pertinente et intéressante.

E1 et E4 n'interviennent pas de façon précoce et E2 et E3 interviennent rarement précocement auprès des patients atteints de troubles bipolaires. E3 explique

que la structure dans laquelle elle exerce n'est pas spécifique aux troubles bipolaires et que c'est l'une des raisons pour laquelle cette intervention précoce reste rare.

E1 précise que cela reste dépendant du patient et qu'il semble nécessaire que celui-ci adhère aux soins et qu'il soit prêt à recevoir de l'aide pour pouvoir intervenir précocement.

Concernant la pertinence de l'intervention précoce, E2 pense qu'elle peut permettre au patient d'acquérir une meilleure connaissance de soi et d'être orienté au plus tôt sur ce qui semble le plus adapté pour lui. D'après E3, cela favoriserait l'acceptation de la maladie. Ensuite, E4 pense qu'une intervention de ce type permettrait au patient de créer une relation de confiance avec le thérapeute, de le rassurer et de le revaloriser. De plus, cela donnerait la possibilité au patient d'apprendre à garder le contrôle sur la maladie, à reconnaître les signes et à demander de l'aide.

Pour avoir l'opportunité de pouvoir intervenir plus précocement, les ergothérapeutes interrogées évoquent plusieurs possibilités. E2 pense à la possibilité de faire appel aux professionnels de santé en pleine période de crise, d'orienter directement sur un CATTP ou encore de proposer des rencontres avec les médecins. E3 évoque quant à elle la possibilité de faire intervenir les ergothérapeutes dans les services et équipes d'intervention précoce et dans l'équipe mobile. Enfin, E4 propose le fait d'instaurer des premiers entretiens avec les ergothérapeutes et d'essayer de créer au patient une routine au plus tôt comme façon d'intervenir précocement.

Selon E1, l'étape de la pose du diagnostic est une étape qui semble primordiale pour l'acceptation de la maladie.

Pour finir, un frein à une intervention précoce auprès des patients atteints d'un trouble bipolaire dans le cadre de l'acceptation de la maladie d'après E3 est le manque de temps d'ergothérapeutes dans les structures de soins.

#### 4.3.5 L'intérêt de l'alliance de l'entourage à la prise en PES en ergothérapie

Selon les 4 ergothérapeutes interrogées, l'alliance de l'entourage à la PES serait bénéfique dans le processus d'acceptation de la bipolarité chez leur proche.

E1, E3 et E4 relèvent le fait que cette alliance permet d'informer l'entourage sur la maladie. E4 rajoute que ces échanges permettent d'éviter que des quiproquos ou des fausses représentations de la maladie s'installent. De plus, selon E4, cela permet également à l'entourage d'accepter la maladie. E3 précise que la famille semble être

en souffrance et que cette alliance permettrait de prévenir les décompensations du proche atteint d'un trouble bipolaire. D'après E2, cette alliance est l'opportunité d'avoir un point de vue extérieur de la situation et selon E4, les membres de l'entourage peuvent être des personnes ressources lorsque quelque chose ne va pas.

E1 et E3 expliquent que cette pratique est rare, notamment du fait d'un manque de temps selon E3. De plus, d'après E2, des difficultés familiales peuvent être déjà présentes, rendant cette alliance longue et compliquée. E3 s'accorde également sur le fait que cette alliance est compliquée. E2 précise que cette alliance peut prendre la forme d'une mise à distance de l'entourage dans certaines circonstances.

E1, E2 et E4 expliquent que cette alliance se fait par l'intermédiaire d'entretiens avec les médecins. E4 précise également qu'elle lui arrive d'appeler ou de rencontrer l'entourage directement en entretien.

Enfin, E1 précise que le consentement du patient est nécessaire pour faire intervenir l'entourage dans la PES.

#### 4.3.6 Informations supplémentaires et influence de l'intervention d'un pair-aidant dans la PES

E2 et E3 pensent que l'intervention de pair-aidants dans la PES serait bénéfique concernant l'acceptation de la maladie. E1 précise que leur intervention est un bon outil et E4 la trouve très intéressante. De plus, E3 explique que le bénéfice de cette pratique a été prouvé suivant le modèle du rétablissement.

Cependant, l'intervention de pair-aidants n'est ni systématique, ni reconnue pour le moment. En effet, E2 connaît peu l'intervention des pair-aidants et E4 n'a pas accès à ces professionnels dans sa structure.

Selon E2, la présence d'un pair-aidant permet au patient une compréhension par une personne qui traverserait quelque chose de similaire et d'après E3, cela faciliterait l'acceptation de la maladie.

E3 explique que, hors intervention d'un pair-aidant, les groupes mixtes peuvent aider certains patients à gagner en motivation et à mieux adhérer aux soins. En ce sens, E4 précise que les patients bipolaires peuvent s'aider entre eux, sans forcément avoir le statut de pair-aidant.

Enfin, selon E3, les interventions en ergothérapie en libéral et les groupes thérapeutiques en dehors du cadre hospitalier pourraient être bénéfiques en ce qui concerne l'acceptation de la bipolarité.

## 5. DISCUSSION

La discussion va tout d'abord permettre d'effectuer une analyse réflexive de la méthode mise en place. Une confrontation entre les éléments des cadres pratique et théorique ainsi que les informations concernant la pratique des ergothérapeutes recueillies lors des entretiens sera ensuite présentée. Pour finir, cela me permettra de répondre à la question de recherche, aux hypothèses initialement formulées et d'y exposer un réinvestissement professionnel et personnel.

### 5.1 Discussion de la méthode

Pour commencer, cette partie va me permettre d'effectuer une analyse critique de cette recherche et d'y exposer les limites existantes.

Afin de recueillir le point de vue des ergothérapeutes sur le terrain dans le cadre de ma recherche, j'ai choisi d'effectuer des entretiens semi-directifs, s'inscrivant dans une méthode de recherche qualitative. Cette méthode de recherche m'a semblé la plus judicieuse afin de pouvoir échanger directement avec les ergothérapeutes répondant à mes critères d'inclusion et leur permettre d'exposer leur point de vue librement vis-à-vis des questions que j'ai pu leur poser. L'entretien pré-test que j'ai eu l'opportunité de réaliser m'a permis d'ajuster mon guide d'entretien pour qu'il soit le plus pertinent et clair possible. J'ai également pu m'entraîner en condition réelle afin de pouvoir rester la plus neutre et compréhensible possible pour les entretiens qui ont suivi.

Je me suis cependant rendue compte que la recherche d'ergothérapeutes était une étape longue et rigoureuse. En effet, peu de professionnels répondaient à mes critères d'inclusion et j'ai dû contacter un grand nombre de professionnels et de structures afin de pouvoir réaliser le nombre d'entretiens souhaité. Ainsi, l'utilisation d'autres moyens de recherche, tel que le questionnaire qui s'inscrit également dans une recherche qualitative, aurait été compliqué à mettre en œuvre, celui-ci nécessitant un nombre bien plus élevé de participants.

J'ai fait le choix de réaliser des entretiens téléphoniques plutôt que des entretiens en présentiel afin de pouvoir interroger des ergothérapeutes sur l'ensemble du territoire et d'éviter la contrainte géographique. J'ai également préféré interroger les ergothérapeutes par le biais d'entretiens téléphoniques plutôt que par visioconférence car cela m'a permis d'être plus détendue lors des échanges et de ressentir moins de

stress. En revanche, je n'ai pas pu observer les réactions de mes interlocuteurs et analyser les aspects non-verbaux lors des entretiens.

Ensuite, lorsque j'ai retranscrit les entretiens, j'ai pu m'apercevoir que je n'ai pas toujours posé les questions exactement de la même manière en fonction de mes interlocuteurs. En effet, il m'est arrivé de ne pas formuler les questions tout à fait telles que je les avais préparées sur mon guide d'entretien, en particulier lors des reformulations, ce qui peut donc constituer un biais lors de leur analyse. Cependant le sens et le fond de mes questions restaient les mêmes et les entretiens ont tout de même été réalisés avec rigueur.

Ensuite, j'ai pu être confrontée à quelques difficultés lors de l'analyse des résultats. Je me suis en effet aperçue que cibler les informations importantes dans les réponses de mes interlocuteurs n'était pas une tâche facile. Cela nécessitait le respect d'une neutralité et d'une rigueur de ma part afin que l'analyse reste la plus objective possible. Cependant, il reste une petite part de subjectivité car l'analyse des résultats a été réalisée par une seule personne.

Pour finir, les 4 entretiens que j'ai pu réaliser ne permettent pas d'établir une généralité concernant le sujet de recherche. Comme nous l'indiquent les réponses à la question de présentation, les ergothérapeutes interrogées n'ont pas tous été formées à la même période et dans la même école, et n'ont pas les mêmes parcours et expériences professionnelles. Les profils des ergothérapeutes interrogées sont donc très variés. Il aurait fallu interroger un nombre plus important d'ergothérapeutes afin de pouvoir envisager une généralité. Cependant, les réponses obtenues m'ont tout de même permis de faire du lien avec mes recherches littéraires ainsi que de répondre à ma question de recherche et à mes hypothèses formulées.

## 5.2 Discussion du contenu

A présent, cette partie va permettre de faire du lien entre les informations scientifiques présentes au sein des cadres pratique et théorique et les réponses obtenues lors des entretiens.

Tout d'abord, l'acceptation de la maladie est un processus difficile et complexe comme le relève la majorité des ergothérapeutes interrogées. Cela concorde avec les données précédemment citées au sein du cadre théorique, stipulant que l'acceptation

de la maladie est un processus long et qui représente un défi quotidien chez les personnes bipolaires.

L'acceptation des effets de la bipolarité chez les 18-35 ans semblerait alors soutenue par de multiples éléments et conséquences qu'engendrent la maladie au quotidien. La présence d'un sentiment d'exclusion et la notion de bouleversements majeurs dans la vie de l'individu ont notamment été évoqués lors des entretiens. Les informations scientifiques exposées au sein du cadre pratique révèlent également un impact majeur du trouble bipolaire au quotidien ainsi qu'au niveau des relations sociales. De plus, selon 2 ergothérapeutes interrogées, ce processus serait également variable en fonction de la durée depuis laquelle le patient a pu mettre un nom sur son diagnostic et suivant la phase de la maladie dans laquelle il se trouve. Une bonne connaissance de la pathologie semble être une étape essentielle pour favoriser l'acceptation des troubles.

Ensuite, les données scientifiques nous ont permis de mettre en avant que les conséquences du trouble bipolaire au quotidien impacteraient l'équilibre occupationnel des personnes atteintes. L'ergothérapeute a comme mission de les accompagner afin de les aider à structurer leurs habitudes de vie de manière à retrouver un équilibre occupationnel satisfaisant. L'utilisation d'un modèle conceptuel, tel que le MOH, permet notamment aux ergothérapeutes d'avoir une vision globale de ce concept chez les patients et d'orienter leurs PES pour qu'elles soient les plus adaptées. D'après les entretiens, l'équilibre occupationnel semble être un concept porté fréquemment par les ergothérapeutes en psychiatrie. En revanche, seuls 2 des 4 ergothérapeutes interrogées utilisent le modèle conceptuel MOH dans leur pratique au quotidien. Une ergothérapeute ne l'utilise pas mais en voit l'intérêt clinique et une autre, défendant davantage une mouvance psychanalytique, ne le connaît pas. Les 2 ergothérapeutes qui utilisent ce modèle se rejoignent sur le fait qu'il permet de soulever la notion d'équilibre occupationnel et que son ajustement serait vecteur d'une meilleure acceptation des troubles au quotidien. L'usage du MOH permettrait à la personne atteinte du trouble bipolaire d'avoir une prise de conscience de ses répercussions dans la vie de tous les jours et d'en réduire leurs impacts.

L'intérêt d'un travail en extra-hospitalier est jugé pertinent pour la majorité des ergothérapeutes interrogées, dans le processus d'acceptation du trouble bipolaire chez les 18-35 ans. Ils considèrent, pour la moitié d'entre eux, qu'ils peuvent intervenir directement concernant les répercussions de la maladie dans le quotidien. Ce type

d'intervention permettrait également un accompagnement des personnes à ce sujet sur le long cours. Dans leur quotidien professionnel, les ergothérapeutes notent également des limites à leurs interventions actuelles en milieu extra-hospitalier : la fluctuation des symptômes de la pathologie, la fluctuation dans l'adhésion aux soins, la distance parfois nécessaire avec l'environnement de la personne. Ces limites semblent alors être un frein à l'accompagnement des ergothérapeutes.

De plus, les informations recueillies au cours des entretiens permettent de relever le fait que très peu de patients bipolaires entre 18 et 35 ans bénéficieraient d'une PES en ergothérapie en milieu extra-hospitalier. Un lien pourrait alors se faire avec les recherches scientifiques présentes au sein du cadre théorique selon lesquelles l'âge moyen du début de la maladie se situeraient entre 15 et 25 ans mais que la pose du diagnostic et l'instauration d'un traitement adapté arriveraient 5 à 10 ans plus tard. Cette pose de diagnostic tardive pourrait être une des raisons pour laquelle les ergothérapeutes accompagnent très peu de patients bipolaires dans cette tranche d'âge en milieu extra-hospitalier.

Les données du cadre théorique révèlent également qu'une intervention précoce en ergothérapie dans ce contexte va permettre d'accompagner le patient bipolaire afin de prendre conscience des conséquences du trouble au quotidien et d'en repérer les signes avant-coureurs. En ce sens, les 4 ergothérapeutes interrogées pensent qu'une intervention précoce, dès les premiers signes de la maladie, pourrait permettre une meilleure PES des effets du trouble et de leur acceptation. L'intervention précoce est alors perçue comme bénéfique, pertinente et intéressante. En effet, cette intervention pourrait permettre au patient d'acquérir une meilleure connaissance de son propre fonctionnement, ce qui a été précédemment noté comme une étape primordiale dans l'accompagnement thérapeutique. De plus, ce type d'intervention favoriserait l'acceptation de la maladie, la création d'un lien de confiance et la capacité à reconnaître les symptômes.

Dans les faits, l'intervention précoce ne semble pas mise en place de manière systématique. En effet, le manque de temps, les contraintes liées aux institutions et à l'organisation des soins sont notamment relevés par les ergothérapeutes comme étant des freins à la mise en œuvre d'interventions précoces. Mais les ergothérapeutes définissent des possibilités d'actions : via les réseaux de professionnels, les équipes mobiles ou encore l'inclusion de l'ergothérapeute dans les premiers entretiens au début de la PES.

Pour suivre, les données scientifiques ont démontré que la présence de l'entourage au quotidien et son alliance dans la PES semblent essentielles dans le processus d'acceptation du trouble bipolaire. Cette alliance permettrait notamment de l'informer sur la maladie et sur les conduites qu'il peut adopter auprès du proche atteint d'un trouble bipolaire. Les informations récoltées au cours des entretiens concordent avec ces données scientifiques. En effet, les 4 ergothérapeutes interrogées expriment que l'alliance de l'entourage dans la PES serait bénéfique pour les personnes de 18 à 35 ans atteintes d'un trouble bipolaire dans le processus d'acceptation de la maladie. Plusieurs raisons en ressortent : cela permettrait de favoriser la compréhension, l'acceptation de la pathologie auprès de l'entourage et encore de prévenir les rechutes.

Cependant, l'inclusion des proches à la PES en ergothérapie est relativement rare selon les ergothérapeutes interrogées. Il en ressort également que celle-ci reste compliquée à mettre en œuvre étant donné le manque de temps des ergothérapeutes et la présence de difficultés intra-familiales souvent pré-existantes. 3 ergothérapeutes sur 4 révèlent ainsi que l'alliance se fait davantage par l'intermédiaire des médecins, tandis qu'une autre évoque la possibilité d'un contact ponctuel en ergothérapie.

Ainsi, l'alliance de l'entourage pose de multiples questions, et ne serait pas systématique. A travers leurs discours, les ergothérapeutes considèrent que cette alliance est facilitatrice dans l'acceptation des effets de la maladie, mais n'est pas mise en place à chaque PES.

Durant les entretiens, des ergothérapeutes ont également relevé l'existence de centres experts ou de structures extra-hospitalières spécifiques aux troubles bipolaires ayant comme avantage pour les patients de rencontrer des pairs. La fondation FondaMental, une fondation de coopération scientifique créée en 2007 qui œuvre pour la recherche et la promotion de la santé mentale, est à la tête d'un réseau de 14 centres experts destinés aux troubles bipolaires en France à ce jour (50–52). Ces établissements de soins spécialisés ont notamment pour objectifs d'améliorer le dépistage, le diagnostic de la maladie et la PES des patients atteints d'un trouble bipolaire (51,53,54). Une équipe pluridisciplinaire y est présente et propose aux patients un bilan de santé complet afin d'établir un programme thérapeutique adapté et personnalisé (53). Le but de ces structures est de pouvoir agir sur le délai du diagnostic de ce trouble et de prévenir les complications qui y sont liées à l'aide d'une approche personnalisée (54). Les études ne nous indiquent pas si ces centres experts destinés aux troubles bipolaires disposent d'ergothérapeutes mais ils pourraient

permettre d'orienter les patients vers des structures extra-hospitalières qui en compteraient parmi leur effectif par exemple.

Une ergothérapeute interrogée a aussi évoqué sa participation à un programme d'Education Thérapeutique du Patient (ETP) spécifique au trouble bipolaire. Selon la Haute Autorité de Santé (HAS), l'ETP «  *vise à aider les patients à gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique* » (55). Cette démarche est menée par une équipe pluridisciplinaire et a pour objectif d'aider les patients à développer les compétences nécessaires pour pouvoir vivre au mieux avec leur maladie au quotidien (56). Un centre expert destiné au trouble bipolaire en France a notamment mené une étude sur l'évolution du rapport à la maladie chez le patient et sa famille qui ont participé à un programme d'ETP (56). Il en résulte une meilleure connaissance de la pathologie et une meilleure perception du trouble bipolaire chez les patients et leur famille (56). Tous deux acquièrent un meilleur sentiment de contrôle face à la maladie et le patient serait davantage en accord avec le diagnostic. Enfin, il en ressort également que l'inclusion des familles à un programme d'ETP impacterait favorablement l'évolution de la maladie chez le proche atteint d'un trouble bipolaire (56).

Enfin, il existe également une autre possibilité pour accompagner la personne souffrant de troubles bipolaires dans le processus d'acceptation de la maladie : la pair-aidance. Dans le cadre du trouble bipolaire, un pair-aidant est une personne ayant vécu la maladie et étant formée afin d'accompagner les patients traversant des situations similaires (57). Les bénéfices auprès des patients de l'intervention des pair-aidants en psychiatrie ont déjà pu être prouvés (58). A l'aide de ses propres expériences et de son vécu, celui-ci peut apporter un soutien aux patients et les aider à se réengager dans un projet de vie (57,58). Le pair-aidant peut notamment animer des groupes ou participer à un programme d'ETP en collaboration avec d'autres professionnels de santé par exemple (57,58). Pour finir, leur intervention permettrait aux patients bipolaires une identification, pouvant les encourager à se projeter malgré la maladie et à atteindre une acceptation de leur trouble (57).

### 5.3 Réponses aux hypothèses et à la question de recherche

Pour rappel, ma question de recherche est la suivante : **Comment l'intervention en ergothérapie en milieu extra-hospitalier influence-t-elle l'acceptation des effets de la bipolarité chez les jeunes adultes ?**

Ma première hypothèse est la suivante : **L'ergothérapeute en milieu extra-hospitalier peut aider le patient à maintenir un équilibre occupationnel satisfaisant en utilisant le MOH afin de favoriser l'acceptation des effets de la bipolarité.** Les recherches effectuées et les différents entretiens ont permis de mettre en avant que l'ergothérapeute en milieu extra-hospitalier peut intervenir auprès des personnes bipolaires de 18 à 35 ans afin de les aider à maintenir un équilibre occupationnel satisfaisant. Il a été montré que cela leur permettrait d'accroître l'acceptation des effets du trouble bipolaire au quotidien. Concernant l'utilisation du modèle conceptuel MOH, seule la moitié des ergothérapeutes interrogées l'utilisent en pratique mais 75% s'accordent sur le fait que son utilisation favoriserait le maintien d'un équilibre occupationnel satisfaisant et l'acceptation des effets de la maladie. Par conséquent, ma première hypothèse est validée.

Ma seconde hypothèse est la suivante : **L'ergothérapeute en milieu extra-hospitalier peut intervenir précocement pour favoriser une meilleure acceptation des effets de la maladie sur le long terme.** Concernant cette deuxième hypothèse, les informations recueillies au cours des entretiens et dans les articles se rejoignent à l'unanimité sur la pertinence d'une intervention précoce en milieu extra-hospitalier dans le processus d'acceptation de la maladie. Ce type d'intervention présenterait en effet un intérêt thérapeutique riche chez les personnes atteintes d'un trouble bipolaire. Dans la pratique, les ergothérapeutes semblent intervenir très rarement de manière précoce auprès de cette population. Cette hypothèse est donc validée, mais le questionnement autour des possibilités organisationnelles et la réalisation de ce type d'intervention en pratique restent des limites importantes.

Ma troisième hypothèse est la suivante : **L'ergothérapeute en milieu extra-hospitalier peut allier l'entourage du patient bipolaire à la prise en soins (PES) afin de favoriser l'acceptation des effets de la maladie.** Les données récoltées tout au long de la recherche mettent en avant les bénéfices de l'alliance de l'entourage à la prise en soins en ergothérapie afin de favoriser l'acceptation des effets de la bipolarité chez les 18-35 ans. Cette alliance permet à l'entourage d'être d'autant plus informé sur la pathologie et de participer activement à la prévention des rechutes. Cette hypothèse est validée, malgré le fait qu'elle soit peu mise en pratique par les ergothérapeutes.

Les trois hypothèses ont ainsi pu être validées grâce aux recherches scientifiques et aux informations de terrain recueillies à l'aide des entretiens. Elles me

permettent d'en conclure que l'intervention des ergothérapeutes en milieu extra-hospitalier peut influencer favorablement les effets de la bipolarité chez les 18-35 ans. Cependant, le manque de temps et les contraintes organisationnelles des soins, qui ont très souvent été relevés par les ergothérapeutes, posent des limites quant à la réalisation concrète de ces hypothèses. Ces hypothèses seraient très probablement bénéfiques dans un monde « idéal », mais les contraintes actuelles des ergothérapeutes sur le terrain ne permettraient pas encore à ce-jour de pouvoir les appliquer au quotidien.

#### 5.4 [Perspectives et ouvertures](#)

Pour compléter et affiner cette recherche, il aurait été intéressant que je puisse interroger directement des personnes entre 18-35 ans afin d'obtenir leur ressenti et leur point de vue sur le sujet. J'aurais également pu interroger l'entourage des personnes bipolaires afin de pouvoir apprécier la manière dont ils perçoivent et vivent le quotidien auprès de leur proche. De plus, il aurait également été pertinent de réaliser un questionnaire à destination des personnes de 18-35 ans atteintes de troubles bipolaires et de leur entourage afin de recueillir leur avis sur ce que les ergothérapeutes en milieu extra-hospitalier pourraient mettre en place pour améliorer le processus d'acceptation des troubles.

Enfin, les informations que j'ai pu recueillir grâce aux recherches scientifiques et aux entretiens me permettent d'ouvrir cette étude vers une nouvelle question de recherche :

**Comment les ergothérapeutes peuvent-ils collaborer avec les pair-aidants au sein d'un programme d'ETP destiné aux patients de 18 à 35 ans et à leur entourage afin d'améliorer l'acceptation des effets du trouble bipolaire ?**

#### 5.5 [Réinvestissement professionnel et apports personnels](#)

Ce mémoire d'initiation à la recherche a permis à la fois d'enrichir ma pratique professionnelle, de faire évoluer la pratique des ergothérapeutes et m'a également enrichi sur le plan personnel.

Sur le plan professionnel, ce travail a permis de mettre en lumière plus précisément le rôle que joue l'ergothérapeute dans le processus d'acceptation du trouble bipolaire. Il a permis de mettre en exergue les outils qui sont à sa disposition, tel que le modèle conceptuel MOH, afin d'accompagner au mieux les patients. L'importance de la collaboration de l'ergothérapeute avec l'entourage du patient bipolaire a pu être soulevée ainsi que l'articulation nécessaire entre les différents professionnels afin de proposer une PES complète pouvant permettre une meilleure acceptation des troubles. Les entretiens auprès des professionnels de terrain ont également permis de souligner les limites et les contraintes auxquelles l'ergothérapeute peut être confronté au quotidien dans sa pratique et qui peuvent impacter ses PES.

Sur le versant personnel, ce travail d'initiation à la recherche fut très riche et m'a permis d'enrichir davantage mes connaissances. Tout d'abord, il m'a ouverte à une plus grande prise de conscience du bouleversement que peut constituer l'apparition d'un trouble bipolaire chez les jeunes adultes et de la difficulté d'acceptation que celui-ci peut constituer. Grâce à ce travail, j'ai pu mener à bien une démarche scientifique et me confronter à la réalité des ergothérapeutes sur le terrain. J'ai également pu m'exercer dans la recherche d'informations fiables dans les articles et les sources scientifiques. J'ai pu y développer mon esprit critique ainsi que mes capacités d'analyse et de réflexion. De plus, j'ai pu mettre en application mes compétences rédactionnelles afin de réaliser un écrit clair et pertinent. Ce mémoire m'a confortée davantage dans mon choix de formation, a confirmé mon appétence pour le domaine de la santé mentale et a été l'opportunité pour moi d'acquérir des outils supplémentaires pour ma future pratique professionnelle. Enfin, il a été l'occasion pour moi d'obtenir une nouvelle vision des missions de l'ergothérapeute en milieu extra-hospitalier et m'a permis de prendre du recul face à mes premières expériences professionnelles de stage que j'ai pu vivre.

## CONCLUSION

Pour conclure, le trouble bipolaire est une pathologie psychiatrique entraînant de nombreuses répercussions dans la vie quotidienne (relations sociales altérées, risque de conduites à risque, voire suicidaire, etc...). Les premiers signes du trouble apparaissent généralement à la fin de l'adolescence ou au début de l'âge adulte.

Cependant, la pose du diagnostic et l'instauration d'un traitement adapté serait en moyenne bien plus tardif, soit 5 à 10 ans après les premiers signes. De plus, la qualité de vie des personnes bipolaires semble impactée au quotidien et l'acceptation du trouble est un processus long et très complexe.

L'intention de ce mémoire d'initiation à la recherche était d'objectiver comment l'intervention des ergothérapeutes en milieu extra-hospitalier auprès des jeunes adultes bipolaires entre 18 et 35 ans peut avoir une influence sur l'acceptation des effets de la maladie au quotidien.

Les résultats de cette étude ont permis de valider les hypothèses formulées. En effet, l'ergothérapeute en milieu extra-hospitalier aurait un impact favorable sur l'acceptation des effets de la maladie auprès de cette population. Il dispose notamment du modèle conceptuel MOH. Son utilisation contribuerait à une prise de conscience chez le patient des effets du trouble au quotidien, permettant le maintien d'un équilibre occupationnel satisfaisant. Les ergothérapeutes en milieu extra-hospitalier disposent également de la possibilité d'intervenir précocement, dès les premiers signes de la maladie, et d'inclure l'entourage du patient à la PES. L'ensemble de ces éléments serait ainsi bénéfique dans le processus d'acceptation des troubles chez les 18-35 ans atteints d'un trouble bipolaire.

Ce travail de recherche m'a permis d'accroître mes connaissances quant aux missions des ergothérapeutes dans la PES des personnes atteintes d'un trouble bipolaire. J'ai pu prendre conscience de la complexité que peut représenter l'acceptation d'une pathologie psychiatrique en tant que jeune adulte et des outils dont dispose l'ergothérapeute à ce sujet. De plus, cette étude m'a permis de mener à bien un travail rigoureux de recherche et de faire évoluer la pratique ergothérapique en psychiatrie.

Enfin, à l'issue de ce mémoire d'initiation à la recherche, il serait intéressant de poursuivre et de se questionner sur l'influence d'une collaboration entre les ergothérapeutes et les pair-aidants lors d'un programme d'ETP destiné aux patients atteints d'un trouble bipolaire et à leur entourage. Ainsi, comment les ergothérapeutes peuvent-ils collaborer avec les pair-aidants au sein d'un programme d'ETP destiné aux patients de 18 à 35 ans et à leur entourage afin d'améliorer l'acceptation des effets du trouble bipolaire ?

## Bibliographie

1. Troubles mentaux [Internet]. [cité 12 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
2. Les principaux troubles | Unafam [Internet]. [cité 12 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.unafam.org/troubles-et-handicap-psy/troubles-psychiques/les-principaux-troubles>
3. Les centres médico-psychologiques de psychiatrie générale et leur place dans le parcours du patient [Internet]. [cité 22 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.igas.gouv.fr/spip.php?article814>
4. Santé mentale [Internet]. [cité 25 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/sante-mentale>
5. Article - Bulletin épidémiologique hebdomadaire [Internet]. [cité 17 sept 2022]. Disponible sur: [http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2017/10/2017\\_10\\_1.html](http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2017/10/2017_10_1.html)
6. International Classification of Diseases (ICD) [Internet]. [cité 15 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.who.int/standards/classifications/classification-of-diseases>
7. Crocq MA, Guelfi JD. DSM-5: manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. 5e éd. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2015.
8. Troubles bipolaires | ameli.fr | Assuré [Internet]. [cité 12 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/trouble-bipolaire>
9. Grande I, Berk M, Birmaher B, Vieta E. Bipolar disorder. Lancet. 9 avr 2016;387(10027):1561-72.
10. ALD n° 23 - Troubles bipolaires [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 13 sept 2022]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_849818/fr/ald-n-23-troubles-bipolaires](https://www.has-sante.fr/jcms/c_849818/fr/ald-n-23-troubles-bipolaires)

11. Le trouble bipolaire [Internet]. [cité 13 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.camh.ca/fr/info-sante/index-sur-la-sante-mentale-et-la-dependance/le-trouble-bipolaire>
12. Carvalho AF, Firth J, Vieta E. Bipolar Disorder. *New England Journal of Medicine*. 2 juill 2020;383(1):58-66.
13. Gay C. Hétérogénéité des troubles bipolaires. *Figures de la psychanalyse*. 2013;26(2):109-23.
14. Bipolar Disorder [Internet]. National Institute of Mental Health (NIMH). [cité 10 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/bipolar-disorder>
15. Fiche Mémo. Patient avec un trouble bipolaire : repérage et prise en charge initiale en premier recours. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. déc 2016;174(10):862-70.
16. Contributions aux Assises de la santé mentale et de la psychiatrie des 27 et 28 septembre 2021 - Ministère de la Santé et de la Prévention [Internet]. [cité 18 sept 2022]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/sante-mentale/article/contributions-aux-assises-de-la-sante-mentale-et-de-la-psychiatrie-des-27-et-28>
17. Les troubles bipolaires [Internet]. Fondation FondaMental. 2016 [cité 12 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.fondation-fondamental.org/node/35>
18. Kuznir A, Scott E, Cooke RG, Young LT. Functional Consequences of Bipolar Affective Disorder: An Occupational Therapy Perspective. *Can J Occup Ther*. 1 déc 1996;63(5):313-22.
19. Tse SS, Walsh AES. How does work work for people with bipolar affective disorder? *Occupational Therapy International*. 2001;8(3):210-25.
20. Duncan M, Prowse C. Occupational Therapy with Mood Disorders. In: *Occupational Therapy in Psychiatry and Mental Health* [Internet]. John Wiley &

- Sons, Ltd; 2014 [cité 16 sept 2022]. p. 389-407. Disponible sur: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/9781118913536.ch24>
21. RNCP18363 - DE - Diplôme d'Etat d'ergothérapeute [Internet]. France compétences. [cité 17 sept 2022]. Disponible sur: <http://https%253A%252F%252Fwww.francecompetences.fr%252Frecherche%252F>
  22. Qu'est ce que l'ergothérapie [Internet]. ANFE. [cité 17 sept 2022]. Disponible sur: [https://anfe.fr/qu\\_est\\_ce\\_que\\_l\\_ergotherapie/](https://anfe.fr/qu_est_ce_que_l_ergotherapie/)
  23. L'ergothérapie et la santé mentale [Internet]. [cité 25 sept 2022]. Disponible sur: <https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:HjqX4cGuQnYJ:https://www.caot.ca/document/4105/Mental%2520Health%2520-%2520FS.pdf&cd=2&hl=fr&ct=clnk&gl=fr>
  24. Rocamora-Montenegro M, Compañ-Gabucio LM, Garcia de la Hera M. Occupational therapy interventions for adults with severe mental illness: a scoping review. *BMJ Open*. 28 oct 2021;11(10):e047467.
  25. Pathologies Troubles de l'humeur Troubles bipolaires [Internet]. [cité 18 sept 2022]. Disponible sur: <http://www.ergopsy.com/troubles-bipolaires-a356.html>
  26. Chapitre 1er : Dispositions générales. (Articles 488 à 490-3) - Légifrance [Internet]. [cité 2 oct 2022]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGIARTI000006428073/1974-07-07>
  27. Masson E. De l'adulte jeune à l'adulte d'âge moyen [Internet]. EM-Consulte. [cité 28 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/221283/de-l-adulte-jeune-a-l-adulte-d-age-moyen>
  28. Les Guides Santé mentale en Île-de-France - Psycom - Santé Mentale Info [Internet]. <https://www.psycom.org/>. [cité 25 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.psycom.org/sorienter/les-annuaires-locaux/guides-psycom-idf/>
  29. Savalli J. Centre médico-psychologique (CMP) [Internet]. <https://www.psycom.org/>. [cité 22 sept 2022]. Disponible sur:

<https://www.psycom.org/sorienter/le-dictionnaire-des-lieux/centre-medico-psychologique-cmp/>

30. Savalli J. Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP) [Internet]. <https://www.psycom.org/>. [cité 22 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.psycom.org/sorienter/le-dictionnaire-des-lieux/centre-daccueil-therapeutique-a-temps-partiel-cattp/>
31. Prieto N, Faure P, Torre S, Porteret V, Kovess V. Les structures alternatives en psychiatrie d'Ile-de-France. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. 1 avr 2006;164(3):195-200.
32. Savalli J. Hôpital de jour (HJ) [Internet]. <https://www.psycom.org/>. [cité 22 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.psycom.org/sorienter/le-dictionnaire-des-lieux/hopital-de-jour-hj/>
33. WHO Quality of Life Assessment Group. What quality of life? *World Health Forum* 1996 ; 17(4): 354-356 [Internet]. 1996 [cité 24 sept 2022]; Disponible sur: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/54358>
34. The World Health Organization Quality of Life (WHOQOL) [Internet]. [cité 24 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.who.int/publications-detail-redirect/WHO-HIS-HSI-Rev.2012.03>
35. Galinowski A. L'annonce du diagnostic en psychiatrie. *Laennec*. 2011;59(3):44-58.
36. Guillaume S, Courtet P, Chabannes JP, Meynard JA, Moreau-Mallet V. Prises en charge, besoins et attentes de patients souffrant de troubles bipolaires I (Étude ECHO – France). *L'Encéphale*. 1 sept 2011;37(4):332-8.
37. Ellouze F, Ayedi S, Cherif W, Ben Abla T, M'rad MF. Conjointes et trouble bipolaire. *L'Encéphale*. 1 févr 2011;37(1):41-7.
38. Larousse É. Définitions : acceptation - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 1 oct 2022]. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/acceptation/414>

39. Lanfroy R. L'acceptation de sa maladie : un processus adaptatif ou mortifère ? L'Évolution Psychiatrique. 1 mars 2022;87(1):109-17.
40. Therapists WF of O. Client-centredness in Occupational Therapy [Internet]. WFOT. WFOT; 2022 [cité 25 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.wfot.org/resources/client-centredness-in-occupational-therapy>
41. Wagman P, Håkansson C, Björklund A. Occupational balance as used in occupational therapy: a concept analysis. Scand J Occup Ther. juill 2012;19(4):322-7.
42. Les modèles conceptuels en ergothérapie [Internet]. De Boeck Supérieur. 2022 [cité 25 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.deboecksuperieur.com/ouvrage/9782353273775-les-modeles-conceptuels-en-ergotherapie>
43. Modèles en ergothérapie Modèles en ergo Modèles en ergothérapie [Internet]. [cité 25 sept 2022]. Disponible sur: <http://www.ergopsy.com/modeles-en-ergotherapie-a358.html>
44. Modèle de l'occupation humaine | 5e édition | CRM OH | ULaval [Internet]. Centre de référence du modèle de l'occupation humaine. [cité 25 sept 2022]. Disponible sur: <https://crmoh.ulaval.ca/modele-de-loccupation-humaine/>
45. Claude G. Étude qualitative et quantitative : définitions et différences [Internet]. Scribbr. 2019 [cité 29 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.scribbr.fr/methodologie/etude-qualitative-et-quantitative/>
46. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz AM, Imbert P. Introduction à la recherche qualitative. 19:4.
47. Ntebutse JG, Croyere N. Intérêt et valeur du récit phénoménologique : une logique de découverte. Recherche en soins infirmiers. 2016;124(1):28-38.
48. Claude G. Utiliser la méthode déductive dans un travail de recherche : définition, méthodologie, et exemple [Internet]. Scribbr. 2020 [cité 28 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.scribbr.fr/methodologie/methode-deductive/>

49. Demoncey A. La recherche qualitative : introduction à la méthodologie de l'entretien. *Kinésithérapie, la Revue*. 1 déc 2016;16(180):32-7.
50. Notre organisation [Internet]. Fondation FondaMental. 2016 [cité 9 avr 2023]. Disponible sur: <https://www.fondation-fondamental.org/node/85>
51. Patient avec un trouble bipolaire : repérage et prise en charge initiale en premier recours [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 9 avr 2023]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_1747465/fr/patient-avec-un-trouble-bipolaire-reperage-et-prise-en-charge-initiale-en-premier-recours](https://www.has-sante.fr/jcms/c_1747465/fr/patient-avec-un-trouble-bipolaire-reperage-et-prise-en-charge-initiale-en-premier-recours)
52. Centres Experts : les 4 réseaux [Internet]. Fondation FondaMental. 2016 [cité 9 avr 2023]. Disponible sur: <https://www.fondation-fondamental.org/node/77>
53. L'innovation au sein des Centres Experts [Internet]. Fondation FondaMental. 2016 [cité 9 avr 2023]. Disponible sur: <https://www.fondation-fondamental.org/node/98>
54. Henry C, Etain B, Mathieu F, Raust A, Vibert JF, Scott J, et al. A French network of bipolar expert centres: A model to close the gap between evidence-based medicine and routine practice. *Journal of Affective Disorders*. 1 juin 2011;131(1):358-63.
55. Education thérapeutique du patient (ETP) [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 7 mars 2022]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/jcms/r\\_1496895/fr/education-therapeutique-du-patient-etp](https://www.has-sante.fr/jcms/r_1496895/fr/education-therapeutique-du-patient-etp)
56. M'Bailara K, Minois I, Zanouy L, Josse F, Rouan E, Maïtrot A, et al. L'éducation thérapeutique : un levier pour modifier les perceptions du trouble bipolaire chez les aidants familiaux. *Encephale*. juin 2019;45(3):239-44.
57. Niard C, Maugiron P, Franck N. Le pair-aidant professionnel : un nouvel acteur pour de nouvelles réponses. *Rhizome*. 2020;75-76(1-2):17-26.
58. Bertaud E. Évolution et enjeux à venir de la pair-aidance dans le champ de la psychiatrie en France. *L'Évolution Psychiatrique*. 1 mars 2021;86(1):17-24.

# ANNEXES

## Table des matières des annexes

Annexe I : Guide d'entretien utilisé lors du pré-test .....	I
Annexe II : Guide d'entretien final (après modifications).....	V
Annexe III : Notice d'information et formulaire de consentement.....	X
Annexe IV : Analyse longitudinale .....	XIII
Annexe V : Analyse transversale .....	XLII

## Annexe I : Guide d'entretien utilisé lors du pré-test

Bonjour,

Je suis Solène GOEPFERT, étudiante en 3<sup>ème</sup> année d'ergothérapie à l'Institut de Formation en Ergothérapie de Nevers.

Je tiens dans un premier temps à vous remercier d'avoir répondu positivement à ma demande d'entretien.

Durant cet entretien je vais vous poser 6 questions. Celui-ci durera environ 20 minutes et sera retranscrit de manière anonyme dans mon mémoire.

Pour des raisons pratiques, l'entretien sera enregistré. Cet enregistrement me sera uniquement destiné dans un souci de retranscription et d'exploitation au plus juste des données. M'autorisez-vous à enregistrer cet entretien ?

Pour nous remettre dans le contexte, mon sujet de mémoire porte sur l'acceptation des troubles bipolaires chez les 18-35 ans.

Avez-vous des questions avant de débiter l'entretien ? Etes-vous prêt à commencer ?

Question de présentation : Pourriez-vous me présenter votre parcours professionnel ?

Question 1 :

- A quelle fréquence accompagnez-vous des patients bipolaires entre 18 et 35 ans ? Que pouvez-vous dire concernant l'acceptation de leur maladie ?

(Ex : Une fois par semaine / plus / moins / de manière sporadique ...)

Question 2 :

- Selon vous, quels sont les avantages et les limites à intervenir auprès de cette population en milieu extra-hospitalier dans l'acceptation de leur maladie ?

Question 3 :

- Utilisez-vous le modèle conceptuel MOH ? Si oui, que pensez-vous de son utilisation sur l'acceptation des effets de la bipolarité ?

Question 4 :

- Selon-vous, l'alliance de l'entourage à la prise en soins pourrait-elle influencer l'acceptation de la bipolarité du proche au quotidien ?

Question 5 :

- Est-ce que vous avez d'autres informations qui vous semblent importantes à rajouter pour ma recherche ?

L'entretien est maintenant terminé.

Je vais donc à présent couper l'enregistrement qui était en cours et je vous remercie pour le temps que vous m'avez accordé.

<u>Thèmes abordés</u>	<u>Objectifs</u>	<u>Questions</u>	<u>Questions de relance</u>
Présentation de l'ergothérapeute diplômé d'Etat	Ne sera pas traitée au cours de l'analyse mais permet : <ul style="list-style-type: none"><li>- D'apprendre à connaître son interlocuteur, son parcours et son expérience professionnelle</li><li>- Mettre à l'aise son interlocuteur et instaurer un climat de confiance</li></ul>	<b><u>Question de présentation :</u></b> <b>Pourriez-vous me présenter votre parcours professionnel ?</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Depuis quand êtes-vous ergothérapeute ?</li><li>- Depuis quand travaillez-vous dans le domaine de la santé mentale ?</li><li>- Depuis combien de temps travaillez-vous dans une structure extra-hospitalière ?</li><li>- Pouvez-vous me décrire la structure au sein de laquelle vous exercez ?</li></ul>
Trouble bipolaire et acceptation de la maladie	<ul style="list-style-type: none"><li>- Connaître la fréquence à laquelle les ergothérapeutes en milieu extra-hospitalier prennent en soin des patients bipolaires entre 18 et 35 ans</li><li>- Recueillir des informations concernant l'acceptation de la maladie chez ces patients</li></ul>	<b><u>Question 1 :</u></b> <b>A quelle fréquence accompagnez-vous des patients bipolaires entre 18 et 35 ans ?</b> <b>Que pouvez-vous dire concernant l'acceptation de leur maladie au quotidien ?</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Selon vous, acceptent-ils les effets de leur maladie au quotidien ?</li><li>- Quels seraient les éléments qui facilitent cette acceptation ?</li><li>- Quels seraient les éléments qui freinent cette acceptation ?</li></ul>

<p>Intervention en milieu extra-hospitalier, plus spécifiquement pour l'acceptation de la bipolarité</p>	<p>- Mettre en avant l'importance et les freins que constitue une intervention en ergothérapie en milieu extra-hospitalier pour l'acceptation de la bipolarité</p>	<p><b><u>Question 2 :</u></b> <b>Selon vous, quels sont les avantages et les limites à intervenir auprès de cette population en milieu extra-hospitalier dans l'acceptation de leur maladie ?</b></p>	<p>- Pensez-vous qu'une prise en charge dans un autre contexte serait plus adaptée ?</p>
<p>Modèle conceptuel MOH</p>	<p>- Mettre en exergue l'influence de l'utilisation du MOH dans la prise en soins du patient bipolaire et dans l'acceptation de sa maladie</p>	<p><b><u>Question 3 :</u></b> <b>Utilisez-vous le modèle conceptuel MOH ?</b> <b>Que pensez-vous de son utilisation sur l'acceptation des effets de la bipolarité ?</b>  <b>Si non connaissance du modèle explication de ma part en amont.</b></p>	<p>- Pensez-vous que son utilisation puisse favoriser l'acceptation de la maladie ?</p> <p>- Pensez-vous qu'un ajustement de l'équilibre occupationnel puisse favoriser l'acceptation des effets de la maladie ?</p> <p>- Pourquoi ne l'utilisez-vous pas ? En utilisez-vous un autre à la place ?</p>
<p>Rôle de l'entourage dans la prise en soins</p>	<p>- Repérer l'intérêt de l'alliance de l'entourage à la prise en soins et son influence sur l'acceptation de la maladie chez leur proche</p>	<p><b><u>Question 4 :</u></b> <b>Selon vous, l'alliance de l'entourage à la prise en soins pourrait-elle influencer l'acceptation de la bipolarité du proche au quotidien ?</b></p>	<p>- Comment alliez-vous / incluez-vous l'entourage à la prise en soins ?</p> <p>- Quelles problématiques sont abordées ?</p> <p>- Pensez-vous que cela puisse favoriser l'acceptation des effets de la bipolarité chez leur proche ?</p>

Informations supplémentaires	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Recueillir des éléments qui n'ont pas été évoqués au cours de l'entretien</li> <li>- Ouvrir la discussion</li> </ul>	<p style="text-align: center;"><b><u>Question 5 :</u></b></p> <p style="text-align: center;"><b>Est-ce que vous avez d'autres informations qui vous semblent importantes à rajouter pour ma recherche ?</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Que pensez-vous de l'intervention d'un pair-aidant dans la prise en soins concernant l'acceptation de la maladie ?</li> <li>- Que pensez-vous de l'intervention d'autres types de personnes dans la prise en soins, comme par exemple les pairs-aidants concernant l'acceptation de la maladie ?</li> </ul>
------------------------------	---	---	--

#### Rappel sur le MOH :

Le Modèle de l'Occupation Humaine (MOH) a été élaboré par Gary Kielhofner en 1980. Centré sur l'occupation et sur la personne, il étudie les interactions entre la personne, ses motivations, ses habitudes de vie, ses capacités et son environnement pour mettre en place des activités. Il permet de mettre en avant les forces et les difficultés de la personne dans son engagement et sa participation aux activités de la vie quotidienne. De plus, le MOH permet de mettre en évidence la notion d'équilibre occupationnel comme un concept clé de l'ergothérapie, faisant le lien entre la santé et les occupations.

Le MOH se découpe en quatre sections qui interagissent entre elles :

- L'Être, qui renvoie à la personne
- L'Agir, qui renvoie à ce que la personne fait
- Le Devenir, qui renvoie à l'adaptation occupationnelle que la personne développe plus ou moins au cours de sa vie en conséquence à l'Agir
- L'Environnement, qui renvoie au contexte dans lequel la personne agit

## Annexe II : Guide d'entretien final (après modifications)

Bonjour,

Je suis Solène GOEPFERT, étudiante en 3<sup>ème</sup> année d'ergothérapie à l'Institut de Formation en Ergothérapie de Nevers. Je tiens dans un premier temps à vous remercier d'avoir répondu positivement à ma demande d'entretien.

Durant cet entretien je vais vous poser une question de présentation puis 6 questions. Celui-ci durera environ 20 minutes et sera retranscrit de manière anonyme dans mon mémoire. Pour des raisons pratiques, l'entretien sera enregistré. Cet enregistrement me sera uniquement destiné dans un souci de retranscription et d'exploitation au plus juste des données. M'autorisez-vous à enregistrer cet entretien ?

Pour nous remettre dans le contexte, mon sujet de mémoire porte sur l'acceptation des troubles bipolaires chez les 18-35 ans. J'ai choisi de me concentrer sur cette tranche d'âge car d'après les études, les premiers signes d'un trouble bipolaire peuvent apparaître au début de l'âge adulte, vers la vingtaine. De plus, des études montrent également qu'à partir des premiers symptômes, il peut s'établir 5 à 10 ans jusqu'à ce que le diagnostic soit posé et qu'un traitement adapté soit mis en place.

Avez-vous des questions avant de débuter l'entretien ? Etes-vous prêt à commencer ?

Question de présentation : Pourriez-vous me présenter votre parcours professionnel ?

Question 1 :

- Combien de fois par semaine accompagnez-vous des patients bipolaires entre 18 et 35 ans ? Que pouvez-vous dire concernant l'acceptation de leur maladie ?

(Ex : Une fois par semaine / plus / moins / de manière sporadique ...)

Question 2 :

- Selon vous, quels sont les avantages et les limites à intervenir auprès de cette population en milieu extra-hospitalier dans l'acceptation de leur maladie ?

Question 3 :

- Utilisez-vous le modèle conceptuel MOH, notamment avec la notion d'équilibre occupationnel ? Si oui, que pensez-vous de son utilisation sur l'acceptation des effets de la bipolarité ?

Question 4 : Intervenez-vous précocement ou pensez-vous qu'une intervention précoce, dès les premiers signes de la maladie, pourrait permettre une meilleure prise en soins des troubles et de leur acceptation ? Pourquoi ?

Question 5 :

- Selon-vous, l'alliance de l'entourage à la prise en soins pourrait-elle influencer l'acceptation de la bipolarité du proche au quotidien ?

Question 6 :

- Est-ce que vous avez d'autres informations qui vous semblent importantes à rajouter pour ma recherche ?

L'entretien est maintenant terminé. Je vais donc à présent couper l'enregistrement qui était en cours et je vous remercie pour le temps que vous m'avez accordé.

<u>Thèmes abordés</u>	<u>Objectifs</u>	<u>Questions</u>	<u>Questions de relance</u>
Présentation de l'ergothérapeute diplômé d'Etat	Ne sera pas traitée au cours de l'analyse mais permet : - D'apprendre à connaître son interlocuteur, son parcours et son expérience professionnelle - Mettre à l'aise son interlocuteur et instaurer un climat de confiance	<b><u>Question de présentation :</u></b> <b>Pourriez -vous me présenter votre parcours professionnel ?</b>	- Depuis quand êtes-vous ergothérapeute ? - Depuis quand travaillez-vous dans le domaine de la santé mentale ? - Depuis combien de temps travaillez-vous dans une structure extra-hospitalière ? - Pouvez-vous me décrire la structure au sein de laquelle vous exercez ?
Trouble bipolaire et acceptation de la maladie	- Connaître la fréquence à laquelle les ergothérapeutes en milieu extra-hospitalier prennent en soins des patients bipolaires entre 18 et 35 ans  - Recueillir des informations concernant l'acceptation de la maladie chez ces patients	<b><u>Question 1 :</u></b> <b>Combien de fois par semaine accompagnez-vous des patients bipolaires entre 18 et 35 ans ?</b> <b>Que pouvez-vous dire concernant l'acceptation de leur maladie au quotidien ?</b>	- Selon vous, acceptent-ils les effets de leur maladie au quotidien ?  - Quels seraient les éléments qui facilitent cette acceptation ?  - Quels seraient les éléments qui freinent cette acceptation ?

<p>Intervention en milieu extra – hospitalier, plus spécifiquement pour l'acceptation de la bipolarité</p>	<p>- Mettre en avant l'importance et les freins que constitue une intervention en ergothérapie en milieu extra-hospitalier pour l'acceptation de la bipolarité</p>	<p><b><u>Question 2 :</u></b> <b>Selon vous, quels sont les avantages et les limites à intervenir auprès de cette population en milieu extra-hospitalier dans l'acceptation de leur maladie ?</b></p>	<p>- Pensez-vous qu'une prise en charge dans un autre environnement de soin serait plus adaptée ?</p>
<p>Modèle conceptuel MOH</p>	<p>- Mettre en exergue l'influence de l'utilisation du MOH dans la prise en soins du patient bipolaire et dans l'acceptation de sa maladie</p>	<p><b><u>Question 3 :</u></b> <b>Utilisez-vous le modèle conceptuel MOH, notamment avec la notion d'équilibre occupationnel ? Que pensez-vous de son utilisation sur l'acceptation des effets de la bipolarité ?</b>  <b>Si non connaissance du modèle : explication de ma part en amont.</b></p>	<p>- Pensez-vous que son utilisation puisse favoriser l'acceptation de la maladie ?</p> <p>- Pensez-vous qu'un ajustement de l'équilibre occupationnel puisse favoriser l'acceptation des effets de la maladie ?</p> <p>- Pourquoi ne l'utilisez-vous pas ? En utilisez-vous un autre à la place ?</p>

<p>Intervention précoce en ergothérapie</p>	<p>- Identifier l'influence d'une intervention précoce en ergothérapie auprès des patients bipolaires sur l'acceptation de la maladie</p>	<p><b><u>Question 4 :</u></b></p> <p><b>Intervenez-vous précocement ou pensez-vous qu'une intervention précoce, dès les premiers signes de la maladie, pourrait permettre une meilleure prise en soins des troubles et de leur acceptation ? Pourquoi ?</b></p>	<p>- Qu'avez-vous pu observer quant à l'acceptation de leur maladie ?</p> <p>- Pensez-vous que cela favoriserait une meilleure acceptation des troubles sur le long terme ?</p> <p>- Comment pensez-vous qu'il serait possible d'intervenir plus précocement ?</p>
<p>Rôle de l'entourage dans la prise en soins</p>	<p>- Repérer l'intérêt de l'alliance de l'entourage à la prise en soins et son influence sur l'acceptation de la maladie chez leur proche</p>	<p><b><u>Question 5 :</u></b></p> <p><b>Selon vous, l'alliance de l'entourage à la prise en soins pourrait-elle influencer l'acceptation de la bipolarité du proche au quotidien ?</b></p>	<p>- Comment alliez-vous / incluez-vous l'entourage à la prise en soins ?</p> <p>- Quelles problématiques sont abordées ?</p> <p>- Pensez-vous que cela puisse favoriser l'acceptation des effets de la bipolarité chez leur proche ?</p>
<p>Informations supplémentaires</p>	<p>- Recueillir des éléments qui n'ont pas été évoqués au cours de l'entretien</p> <p>- Ouvrir la discussion</p>	<p><b><u>Question 6 :</u></b></p> <p><b>Est-ce que vous avez d'autres informations qui vous semblent importantes à rajouter pour ma recherche ?</b></p>	<p>Que pensez-vous de l'intervention d'un pair-aidant dans la prise en soins concernant l'acceptation de la maladie ?</p> <p>Que pensez-vous de l'intervention d'autres types de personnes dans la prise en soins, comme par exemple les pairs-aidants, concernant l'acceptation de la maladie ?</p>

## Rappel sur le MOH :

Le Modèle de l'Occupation Humaine (MOH) a été élaboré par Gary Kielhofner en 1980. Centré sur l'occupation et sur la personne, il étudie les interactions entre la personne, ses motivations, ses habitudes de vie, ses capacités et son environnement pour mettre en place des activités.

Le MOH se découpe en quatre sections qui interagissent entre elles :

- L'Être, qui renvoie à la personne
- L'Agir, qui renvoie à ce que la personne fait
- Le Devenir, qui renvoie à l'adaptation occupationnelle que la personne développe plus ou moins au cours de sa vie en conséquence à l'Agir
- L'Environnement, qui renvoie au contexte dans lequel la personne agit

Il permet de mettre en avant les forces et les difficultés de la personne dans son engagement et sa participation aux activités de la vie quotidienne. De plus, le MOH permet de mettre en évidence la notion d'équilibre occupationnel comme un concept clef de l'ergothérapie, faisant le lien entre la santé et les occupations.

## Annexe III : Notice d'information et formulaire de consentement

### **Notice d'information**

Madame, Monsieur,

Dans le cadre de la rédaction de mon mémoire de fin d'études, je vous propose de participer à une recherche, sous la direction encadrée par Mme KATSAROS Irène, fondée sur des entretiens individuels.

Il est nécessaire de lire de manière attentive cette note d'information, qui vous offre toutes les informations nécessaires à la compréhension du déroulement de cette étude. Si, toutefois, vous êtes saisi(e) d'un doute sur tout ou partie de cette notice, je reste à votre entière disposition pour toute explication ou information complémentaire. Cette recherche a pour objectif d'étudier l'influence d'un accompagnement en milieu extra-hospitalier des jeunes adultes atteints de troubles bipolaires en ergothérapie dans le cadre de l'acceptation des effets de leur maladie.

Afin d'élaborer un raisonnement pertinent propre à apporter une réponse à la question posée, il est prévu d'inclure dans cette étude des ergothérapeutes diplômés d'État exerçant en France au sein d'une structure psychiatrique extra-hospitalière (CMP, CATTP ou HDJ). De plus, les ergothérapeutes inclus devront y avoir connu une expérience dans la prise en soins de patients atteints de troubles bipolaires âgés entre 18 et 35 ans.

La méthode mise en œuvre comprend une série d'entretiens semi-dirigés, d'une durée approximative de 20 minutes. La durée prévisionnelle de la recherche est de 9 mois (septembre 2022 – mai 2023). En consentant à participer à cette recherche, vous vous engagez à réaliser un entretien. La date sera arrêtée en fonction de vos disponibilités. Un second entretien peut toutefois vous être proposé ultérieurement afin de préciser certains points.

Les entretiens seront enregistrés par une application sur smartphone sécurisée par un mot de passe, puis retranscrits et enfin analysés sur un ordinateur sécurisé par un mot de passe.

En participant à cette recherche, vous contribuerez à une meilleure appréhension du rôle occupé aujourd'hui par l'ergothérapeute dans la prise en soins des jeunes adultes atteints de troubles bipolaires en milieu extra-hospitalier, propre à optimiser la prise en soins des patients concernés.

Votre participation nécessite toutefois votre disponibilité totale durant la durée de l'entretien. Les données recueillies, conformément aux recommandations de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL), seront traitées exclusivement par mon encadrant et moi-même. Aucune information vous concernant ou données personnelles ne seront divulguées, sous quelque forme que ce soit.

Les résultats de cette recherche pourront être réutilisés dans le cadre d'un autre travail de recherche réalisé par la même équipe, ou une équipe différente.

Par la présente, vous consentez librement et de façon éclairée à participer à ce travail de recherche. Tout au long de celle-ci, vous pouvez demander des informations et des explications concernant le déroulement du protocole mis en œuvre.

Vous pouvez également à tout moment, et ce sans qu'il ne puisse être recherché votre responsabilité, vous retirer du protocole auquel vous avez initialement consenti sans délai de préavis. Dans ce cas, les données collectées jusqu'à votre retrait effectif seront utilisées pour l'analyse des résultats de la recherche.

À l'issue de la recherche, il vous est possible d'obtenir la communication des résultats par demande réalisée par lettre simple ou courriel. Ceux-ci vous seront alors adressés par retour de courrier ou courriel sous quinzaine.

Si vous acceptez de participer à la recherche, il est nécessaire que vous apposiez votre signature précédée de la mention « lu et approuvé » sur le document joint, que vous aurez préalablement daté.

## **Formulaire de consentement**

Je soussigné(e) (nom, prénoms)

.....  
.....

Accepte librement de participer à la recherche intitulée « L'accompagnement en ergothérapie des jeunes adultes atteints de troubles bipolaires en milieu extra-hospitalier dans le cadre de l'acceptation des effets de leur maladie » réalisée par GOEPFERT Solène, dans le cadre de son travail de fin d'études en ergothérapie, sous la direction de Mme KATSAROS Irène, ergothérapeute diplômée d'État.

Par la présente, je confirme :

- Avoir pris connaissance de la note d'information du .././...., figurant à la page 1 du présent document, m'expliquant l'objectif de cette recherche, la façon dont elle va être réalisée et ce que ma participation va impliquer ;
- Avoir en ma possession un exemplaire de la note d'information ;
- Avoir reçu des réponses adaptées aux questions posées ;
- Avoir disposé d'un temps suffisant pour prendre la décision de donner mon consentement libre et éclairé ;
- Avoir compris que ma participation est libre et que je pourrai dès lors interrompre ma participation à tout moment, sans que cela ne puisse donner lieu à une quelconque recherche de responsabilité devant une juridiction ordinale ou judiciaire ;
- Avoir été informé que les données recueillies dans le cadre de la recherche peuvent être réutilisées pour des recherches ultérieures

Date : .....

Signature, précédée de la mention « lu et approuvé »

## Annexe IV : Analyse longitudinale

### Légende :

- ***Le texte inscrit en gras et en italique dans la partie « corpus » correspond à mes propos lors des entretiens.***
- Le texte qui n'est pas inscrit en gras et en italique dans la partie « corpus » correspond aux propos des ergothérapeutes interrogées.

- **Entretien N°1 (E1) :**

Q°1	<b>Combien de fois par semaine accompagnez-vous des patients bipolaires entre 18 et 35 ans ? Que pouvez-vous dire concernant l'acceptation de leur maladie ?</b>
Corpus	« Alors actuellement donc j'ai qu'une seule patiente, euh, qui a 28 ans, qui euh, qui a été diagnostiquée bipolaire. Euh, et concernant l'acceptation de la maladie, euh,(tousse), pff, j'ai, enfin, comment te dire, je ne saurais pas trop quoi en dire, en tout cas euh, en tout cas elle a commencé des soins en hôpital de jour il y a peu de, y a peu de temps. » <b><i>D'accord.</i></b> » « Euh, elle avait surtout un suivi extérieur et puis elle a eu euh des hospitalisations euh, des hospitalisations plutôt, en clinique, en clinique je crois. Donc là c'est un début de soins, euh, en hôpital de jour. Et bon elle a plutôt, je crois pas qu'il y a de problématique particulière, j'ai pas senti de problématique particulière sur l'acceptation, mis à part que, euh, elle a surtout des symptômes négatifs. Donc euh voilà des, manque de motivation, enfin voilà. » <b><i>Oui.</i></b> » « Du coup difficultés à initier des choses chez elle. » <b><i>Ok.</i></b> » « Voilà ça se situe plutôt autour de ça. » <b><i>D'accord.</i></b> »
Codage	« une seule patiente » ; « j'ai pas senti de problématique particulière sur l'acceptation »
Catégorisation	Fréquence d'accompagnement faible – Acceptation de la maladie

Q°2	<b>Selon vous, quels sont les avantages et les limites à intervenir auprès de cette population en milieu extra-hospitalier dans l'acceptation de leur maladie ?</b>
Corpus	« Très précise comme question (rire). » <b><i>(Rire)</i></b> » « Euh, alors peut-être qu'on n'a pas, euh, en hôpital, alors je parle de l'hôpital de jour parce qu'après y a peut-être euh, c'est pas forcément l'extra-hospitalier en général. » <b><i>Oui.</i></b> » « Euh, c'est que nous on n'est pas spécifique, euh, bipolaire quoi. » <b><i>Oui.</i></b> » « Et après, euh, après par contre, euh voilà donc on va pas avoir tout ce qui est éducation thérapeutique, euh, par rapport à la maladie mais par contre les médecins sont disponibles pour répondre aux questions, euh, des patients, ça se passe plutôt dans le cadre d'un

	<p>entretien médical quoi. » « <b>Ok.</b> » « Donc les limites, euh, pff, bah ouais c'est, c'est plutôt que c'est pas spécifique donc si la personne a besoin de s'identifier et de vraiment de comprendre effectivement, et qu'elle s'identifie on va dire à la, à la, à la pathologie et au diagnostic de bipolarité effectivement, elle va pas forcément rencontrer des pairs, euh, elle va pas rencontrer des pairs. » « <b>D'accord, oui.</b> » « Ou en tout cas elle le saura pas quoi. » « <b>Oui.</b> » « Puisque l'établissement n'est pas réservé à, y a des, je sais qu'il y a des hôpitaux de jour maintenant qui sont euh, des centres experts qui sont réservés pour ça donc. » « <b>Oui qui sont plus spécialisés euh, d'accord.</b> » « Mais je pense pas que ça soit une limite d'être, euh, ici et que ça soit pas spécifique. » « <b>D'accord, ok.</b> » « Voilà. Après euh, pour des jeunes ouais, parce que après j'ai en tête des patients plus, plus âgés, par contre, mais qui ont bien plus de 35 ans. » « <b>Oui.</b> » « Qui sont bipolaires, mais ça sort un peu du, du cadre. » « <b>Oui, dans ce cas-là oui effectivement.</b> » « Donc je t'en parle pas (rire). »</p>
Codage	<p>« on est pas spécifique, euh, bipolaire quoi » ; « on va pas avoir tout ce qui est éducation thérapeutique » ; « les médecins sont disponibles pour répondre aux questions » ; « si la personne a besoin de s'identifier et de vraiment de comprendre effectivement, et qu'elle s'identifie on va dire à la, à la, à la pathologie et au diagnostic de bipolarité effectivement, elle va pas forcément rencontrer des pairs » ; « je sais qu'il y a des hôpitaux de jour maintenant qui sont euh, des centres experts qui sont réservés pour ça donc »</p>
Catégorisation	<p>Non spécifique – Identification limitée - Pas d'ETP – Médecins disponibles – Existence centre expert</p>

Q°3	<p><b>Utilisez-vous le modèle conceptuel MOH, notamment avec la notion d'équilibre occupationnel ? Si oui, que pensez-vous de son utilisation sur l'acceptation des effets de la bipolarité ?</b></p>
Corpus	<p>« Oh, olala (rire). Alors, euh, je l'utilise euh, je l'utilise pas spécialement, parce que déjà moi j'ai pas été formée, euh, à ces modèles en fait, je suis trop vieille (rire). » « <b>D'accord (rire).</b> » « Par contre je m'y suis un peu intéressée euh comme ça euh, euh. J'aurais bien aimé être formée mais du coup maintenant c'est que des, des formations collectives. Donc c'est pas possible d'y accéder. Donc, euh, je trouve que c'est un modèle en tout cas très intéressant pour l'activité qu'on a la, la psychiatrie en hôpital de jour euh, l'équilibre occupationnel. » « <b>Oui.</b> » « Ça correspond assez à notre activité. Euh. Par contre, et c'est quoi l'autre, l'autre partie de la question sur l'acceptation de la maladie. » « <b>Oui, pensez-vous que son utilisation, que pensez-vous de son utilisation sur euh l'acceptation des effets de la bipolarité ?</b> » « Alors là j'en ai aucune idée (tousse). Tu vois enfin je, je connais pas suffisamment le modèle du coup pour faire le lien entre l'acceptation et le. » « <b>Oui, d'accord, et pensez-vous qu'un ajustement de l'équilibre</b></p>

	<b>occupationnel puisse favoriser l'acceptation euh justement des effets de la maladie ?</b> » « Euh, oui sûrement, sûrement, oui oui tout à fait. » « <b>D'accord, ok.</b> »
Codage	« je l'utilise pas spécialement » ; « j'ai pas été formée, euh, à ces modèles » ; « je trouve que c'est un modèle intéressant pour l'activité qu'on a la, la psychiatrie en hôpital de jour euh, l'équilibre occupationnel » ; « oui sûrement, sûrement, oui oui tout à fait. »
Catégorisation	Inutilisation – Non formée – Intéressant – Acceptation des effets de la maladie

<b>Q°4</b>	<b>Intervenez-vous précocement ou pensez-vous qu'une intervention précoce, dès les premiers signes de la maladie, pourrait permettre une meilleure prise en soins des troubles et de leur acceptation ? Pourquoi ?</b>
Corpus	« Alors ça c'est très patient dépendant et euh (tousse), les premiers symptômes après faut déjà qu'y ait un diagnostic qui soit posé. » « <b>Oui.</b> » « Parce que euh, je pense que c'est surtout ça en fait. Après la, la, l'acceptation elle arrive à un moment où le diagnostic est posé. Avant de ça, euh, on peut avoir des symptômes et pas forcément être, euh, rangé dans cette case-là quoi. » « <b>Oui.</b> » « Euh, en tout cas euh, ça peut euh, alors vous pouvez me redire la question parce que du coup j'ai. » « <b>Euh, ben est-ce que vous intervenez précocement ou pensez-vous qu'une intervention précoce, pourrait permettre une meilleure prise en soins des troubles et de leur acceptation ?</b> » « Euh, pas forcément, je pense que surtout il faut que le patient soit prêt à, comme dans tous les soins euh psychiques, à, à avoir de l'aide. Mais euh. » « <b>Oui.</b> » « En tout cas euh. Pourquoi pas euh, pourquoi pas mais je pense que ça, ça dépend vraiment des, ça dépend vraiment des cas quoi. » « <b>Oui.</b> » « Faut être, il faut qu'y ait une adhésion aux soins euh, minimum quoi. » « <b>D'accord.</b> » « Pour que, pour que ça puisse être efficace. » « <b>Oui, et bénéfique.</b> » « Euh donc précoce, euh, oui, après euh c'est, ça reste toujours pertinent, mais euh si le patient, euh, adhère aux soins quoi. » « <b>Oui, bien-sûr ok.</b> »
Codage	« c'est très patient dépendant » ; « l'acceptation elle arrive à un moment où le diagnostic est posé » ; « il faut que le patient soit prêt à, comme dans tous les soins psychiques, à, à avoir de l'aide » ; « Euh donc précoce, euh, oui, après euh c'est, ça reste toujours pertinent, mais euh si le patient, euh, adhère aux soins quoi. »
Catégorisation	Patient dépendant – Être prêt à recevoir de l'aide - Diagnostic – Pertinent – Adhésion aux soins

<b>Q°5</b>	<b>Selon-vous, l'alliance de l'entourage à la prise en soins pourrait-elle influencer l'acceptation de la bipolarité du proche au quotidien ?</b>
Corpus	« Euh, oui, oui, tout à fait. Ben après il faut aussi qu'y ait de la (tousse), de l'information, euh, qui soit faite au patient sur sa pathologie et effectivement à ses proches pour que ce soit aidant, mais plus le, plus l'entourage est, plus l'entourage est formé, mieux c'est effectivement. » « <b>Et est-ce que vous incluez l'entourage</b>

	<p><b><i>dans les prises en soins de, de ces patients ?</i></b> » « Non, pas du tout. »  <b><i>« D'accord. Et est-ce qu'il y a une raison particulière ou c'est ... ?</i></b> » « Enfin pas du tout, euh, ça, ça peut arriver que l'entourage soit, enfin qu'on propose au patient de convoquer, euh, quelqu'un de sa famille. » « <b><i>Oui.</i></b> » « Pour, lors d'un entretien médical, c'est possible. Euh c'est pas, euh, c'est pas fréquent mais si besoin, euh, ça, ça se fait, ça peut se faire. Euh, après faut juste que le patient soit d'accord avec ça donc euh. » « <b><i>Oui.</i></b> » « Voilà donc euh, ça dépend de s'il a une problématique, si y a un besoin déjà et puis euh, et puis si le patient est d'accord. » « <b><i>D'accord.</i></b> »</p>
Codage	<p>« faut aussi qu'y ait de la (tousse), de l'information, euh, qui soit faite au patient sur sa pathologie et effectivement à ses proches pour que ça soit aidant » ; « plus l'entourage est formé, mieux c'est effectivement » ; « ça peut arriver que l'entourage soit, enfin qu'on propose au patient de convoquer, euh, quelqu'un de sa famille » ; « Pour, lors d'un entretien médical » ; « c'est pas fréquent mais si besoin, euh, ça, ça se fait » ; « si le patient est d'accord »</p>
Catégorisation	Information - Bénéfique – Entretien médical – Rare – Consentement

Q°6	<p><b>Est-ce que vous avez d'autres informations qui vous semblent importantes à rajouter pour ma recherche ?</b>  <b><u>Question de relance</u> : Que pensez-vous de l'intervention d'autres types de personnes dans la prise en soins, comme par exemple les pair-aidants, concernant l'acceptation de la maladie ?</b></p>
Corp	<p>« Euh, sur l'acceptation de la maladie euh. Ben comme ça je vois pas mais euh (tousse), je pourrai vous en faire part plus tard si jamais ça vient mais là comme ça non. » « <b><i>D'accord, et est-ce que vous pensez que l'intervention d'un pair-aidant, euh, dans la prise en soins euh de, de ces patients-là pourrait avoir une influence sur l'acceptation de la maladie ?</i></b> » « Euh, oui pourquoi pas hein, ça reste toujours euh, ça reste toujours intéressant. Après ce que je trouve par rapport à la bipolarité, c'est qu'en fait y a quand même, euh, plusieurs formes de bipolarité. Donc euh, voilà donc effectivement, euh, si le pair-aidant, euh. Ben l'idée c'est de pouvoir d'identifier, euh, et puis euh. La, la, la question du pair-aidant elle est, enfin le pair-aidant c'est toujours euh, je trouve que c'est un bon outil. Euh, après euh, voilà après il sera pas forcément, enfin dans la bipolarité y en a de tellement de sortes que y a des gens qui font pas forcément de phases maniaques par exemple, euh. » « <b><i>Oui.</i></b> » « Euh voilà, d'autres euh, qui sont quand même euh diagnostiqués bipolaires, donc ça va pas être la même chose que quelqu'un qui a des cycles, la, la fréquence des cycles aussi etc. » « <b><i>Oui, ok.</i></b> » « Donc euh. Ça, ça permettra pas forcément une identification, mais après, euh, la présence d'un pair-aidant pourquoi pas. Après, euh, dans, ici sur notre lieu de travail, comme on n'est pas spécifique, euh, bipolaire, voilà faudrait que ça peut un peu plus, un peu plus large mais euh. » « <b><i>D'accord.</i></b> » « Enfin je, je pense pas que ça serait pertinent d'avoir un pair-aidant qui soit spécialisé dans la bipolarité ici puisque du coup euh, ça correspond qu'à une partie des. » « <b><i>Des patients.</i></b> » « Des personnes qu'on accueille. »</p>

Cod	« le pair-aidant c'est toujours euh, je trouve que c'est un bon outil » ; « enfin dans la bipolarité y en a de tellement de sortes » ; « ça permettra pas forcément une identification »
Caté	Bon outil - Identification limitée

- **Entretien N°2 (E2) :**

Q°1	<b>Combien de fois par semaine accompagnez-vous des patients bipolaires entre 18 et 35 ans ? Que pouvez-vous dire concernant l'acceptation de leur maladie ?</b>
Corpus	« Alors combien de fois par semaine, euh, je pourrai pas trop dire par semaine actuellement, parce que comme je t'avais dit, euh, moi je fais, je crois pas avoir des personnes euh, euh bipolaires et relativement, enfin jeunes actuellement. (Tousse) » « <b>Oui.</b> » « Je faisais plutôt référence à 2 personnes qui ont, enfin, comment, qui ont été diagnostiquées comme cela. Je, je, je pense que j'en accompagne pas mal mais qui sont plus âgées. » « <b>D'accord.</b> » « Voilà donc c'est pour ça, après donc du coup par semaine, enfin disons que je vais revenir alors à quand je les voyais. Donc c'est des personnes que j'ai pu être amené à suivre en hospitalisation complète et en ambulatoire. Euh, je dirais quand je les ai suivies, euh, c'était plutôt sur, euh, un rythme peut-être d'une fois par semaine. Quand il y avait aussi de l'hospitalisation complète ça pouvait être aussi 2 fois par semaine. » « <b>Ok.</b> » « Et après pardon tu as dit, dans ta question il y avait combien de fois par semaine et quelque chose sur. » « <b>Et, oui, et que pouvez-vous dire concernant l'acceptation de leur maladie ?</b> » « D'accord. Alors après, euh, par exemple c'est quelque chose sur lequel, euh, quand je disais je serai pas toujours d'accord, c'est que le mot de l'acceptation de la maladie, euh, ben ça me convient pas trop. Alors, je vais te dire pourquoi, parce que moi derrière l'acceptation de la maladie j'entends aussi, alors il y a l'idée de mieux la connaître, mais pour moi y a beaucoup encore l'idée que on est malade, euh, à vie. Enfin qu'il y a quelque chose où euh, on connaît mieux sa maladie pour vivre avec mais on sera malade à vie, et, euh. » « <b>Oui.</b> » « Et pour moi c'est pas ça du tout, enfin, par les expériences que j'ai eues, alors dans n'importe quel type de pathologie, euh voilà, y a des personnes avec qui j'ai pu avoir, alors euh pas en travaillant toute seule bien-sûr, mais des, des expériences où, où y a quelque chose, la maladie vient dire quelque chose euh, enfin c'est un symptôme de quelque chose, ou c'est la forme prise pour pouvoir arriver à dire quelque chose qu'on arrive pas à dire autrement je dirais. » « <b>Oui.</b> » « C'est un peu, c'est un peu rapide mais pour moi y a de ça et, et du coup, euh, y a quelque chose dans, dans cette, enfin dans la maladie, alors on va dire bipolaire puisque là c'est celle qui t'intéresse, mais. Enfin qui peut évoluer vers aussi, euh, alors la guérison je le pense. » « <b>Uhm (acquiesce).</b> » « Mais en tout cas une moindre importance en tout cas aussi de, de cette maladie donc, euh. Euh, voilà, l'acceptation pour moi

c'est un mot qui est un peu difficile. Après je pense qu'il y a forcément aussi un passage sur une meilleure connaissance, euh des, des symptômes, des signes, de, de ce qui se passe pour euh, pour elle. Je pense qu'il y a des personnes qui sont aussi très en demande de, ben oui de, d'un nom sûrement de maladie, enfin de qu'est ce qui se passe pour moi, enfin est-ce que quelqu'un peut m'expliquer ce qui se passe. » « **Oui, uhm (acquiesce).** » « Euh, je pense que, sur ces registres-là oui, bah du coup dans, en, en, en voyant les personnes, on va dire euh régulièrement en atelier, bah c'est quelque chose dont on peut parler, qu'on peut, comment dire euh, on peut essayer de trouver voilà des, oui voilà des repères, des, je sais pas comment te dire, des, des noms, enfin, des, des sensation en fait qui viennent à ces personnes-là. » « **D'accord.** » « Et, et qui pour elles sont parlantes en fait, voilà, c'est plutôt elles qu'elles vont repérer. Euh, oui ça peut être nous aussi parfois dans, je pense à une dame où (tousse), où euh, où souvent oui voilà, la, la perception de la phase maniaque c'était euh, voilà y avait cet envahissement, enfin y avait, pour moi y avait quelque chose où elle n'arrêtait pas de parler par exemple enfin c'était impossible de, de l'arrêter, enfin, et euh, et pour moi c'était par exemple un signe qu'elle allait moins bien. Voilà, y a des moments où ça pouvait être ça, j'me dis mais oui si moi j'arrive pas à, à placer un mot ou à voilà, sur le, je sais pas, l'heu, l'heure qu'on est ensemble, enfin même si y a quelqu'un d'autre on sent qu'elle peut pas laisser la place où, où dans aussi, euh donc ça aussi, ça c'est des choses dont on peut, euh comment, qu'on peut aussi leur re, re, pointer aussi, enfin voilà, soit sur le moment c'est possible mais des fois (rire). » « **Oui.** » « C'est pas le cas, soit un peu à, un peu à distance quoi, voilà, la séance d'après ça peut être ra, rappeler aussi puisque bien-sûr dans ces moments-là, voilà, on peut sentir une plus grande fragilité. Je sais pas si m'écarte pas un peu de (rire), de ta question ou euh. » « **Bah euh non, enfin globalement (rire) c'est.** » « Ça va, d'accord. » « **C'est ça mais, enfin je, je rajouterais juste, est-ce que selon vous, euh, enfin les, les patients bipolaires de cette tranche d'âge-là, est-ce qu'ils acceptent plutôt bien les effets de leur maladie ou est-ce que c'est plutôt.** » « D'accord. » « **Est-ce que vous trouvez qu'il y a, qu'il y a des freins ou ?** » « Les, les, plutôt bien et tu as dit les effets de leur maladie ? » « **Oui.** » « C'est ça ? D'accord. Euh, enfin, moi je dirais forcément ils l'acceptent pas, enfin je trouve c'est difficile, alors parce que je pense que c'est, peut-être dans cette tranche d'âge-là c'est aussi il y a quelque chose de nouveau. Enfin, qui du coup est je pense forcément aussi, il y a quelque chose d'inacceptable dans ce qu'on vit. J'ai l'impression que souvent les, alors là je pense aussi à des personnes un peu plus âgées, mais, mais ça me fait penser que, enfin, souvent c'est inacceptable, euh, enfin ça vient forcément de l'autre. Enfin voilà y a une recherche de. » « **Oui.** » « Qu'est ce qui a pu arriver et, et qui est fondée aussi hein, parce que je pense qu'y a une grande part qui vient de l'autre aussi, enfin voilà. » « **Oui, oui.** » « L'ensemble des autres, de, que ce soit euh, dans des

rencontres voilà je sais pas familiales, amicales, euh dans le principe de la société, enfin voilà ça vient aussi euh, mettre tout ça en, en branle. Donc je, je trouve hein, dans les souvenirs que j'ai, oui bien-sûr c'est difficilement acceptable. Après, euh, enfin je sais pas comment dire, moi je peux comprendre que ce soit pas acceptable, voilà. » « **Oui, d'accord.** » « J'me dit, je, je suis pas, je suis pas à travailler sur le fait que ça soit acceptable et sur le fait que, alors qu'y ait une part de oui, et, mais qu'y ait ce moment-là où c'est, où ça met en colère, où on rejette quelque chose. Euh voilà, oui, oui je pense que c'est, et surtout les effets en effet, enfin le, ce que ça donne dans la relation aux autres, le fait de se sentir euh, je sais pas si, ça peut être parfois exclu, isolé, pas, pas compris. » « **Oui, uhm (acquiesce).** » « Enfin bien-sûr que, j'allais dire quelque part euh, pour moi en tout cas euh, et dans les, j'essaie de repenser aux 2 dames dont je parlais. Enfin, oui je pense que c'était difficile, enfin. » « **Oui.** » « A accepter, et après c'est, c'est là où je trouve c'est passionnant et difficile c'est qu'on est sur une part euh, accepter en tout cas ce qui se passe pour soi actuellement, c'est-à-dire tout ce qui vient comme euh, comme signes, comme symptômes et aussi euh, travailler au-delà de ça, c'est-à-dire sur ce qui se passe aussi autour, d'où ça peut venir, quels sont les liens qu'ils font. Euh, bah pour travailler aussi sur euh, enfin en effet, d'où ça vient ça et y a pas que, enfin je sais pas comment dire, y a pas que à accepter bien-sûr. » « **Oui.** » « Enfin, disons que le fait de ne pas accepter, j'me dis que ça, c'est que ça, ça revient questionner quelque chose et ça c'est, enfin pour moi c'est génial dans le sens où c'est le, le fondement aussi de requestionner ce qui se passe pour soi, pour les autres, euh voilà comment les autres se positionnent, ce qu'ils viennent majorer. » « **Uhm (acquiesce).** » « Voilà c'est, et les autres c'est (rire), c'est nous aussi hein (rire). » « **Oui.** » « En tant que, que soignant on est bien-sûr euh, voilà parfois euh à côté de la plaque. Alors j'allais dire complètement, pas toujours complètement mais des fois on, on, on sent qu'on répond pas aux besoins du moment enfin, parce qu'on peut pas, parce que, parce que ça, parce que ça nous vient pas, des fois parce qu'on connaît pas très bien la personne aussi, c'est ça qui est pas évident peut être quand les personnes euh, sont jeunes bien-sûr c'est qu'on les découvre aussi. Enfin je trouve que moi, enfin moi ce que j'adore en psychiatrie c'est travailler avec des personnes sur plusieurs années, et c'est sûr que quand on est sur les premiers mois, voire sur les premières années de travail, ben, on n'a pas la même relation, on n'a pas la même connaissance que quand ça fait euh, 5 ans, 6 ans qu'on travaille ensemble. » « **Oui, oui c'est sûr, oui.** » « Après bien-sûr y a un biais aussi des fois à travailler euh, depuis longtemps avec quelqu'un, voilà faut aussi faire attention à oui, ce qu'on connaît d'eux ou ce qu'on croit connaître ou ce qu'on, la place qu'on laisse au changement. Mais, mais y a quand même des fois des, des confiances ou des, j'ai envie de dire des bonnes habitudes qui permettent aussi de, voilà de, comment, de savoir, enfin d'avoir l'impression de savoir un peu mieux comment agir

	avec une personne quoi. » « <b>Oui, oui.</b> » « Enfin je pense que le, y a quelque chose de vraiment difficile euh peut-être euh quand tu parles de la tranche 18 – 35 ans j'ai vraiment, j'me dis des personnes très jeunes en tête, enfin et j'me dis oui forcément y a pleins de choses qui se, euh, qui viennent se, se mettre en, en, comment, qui font choc quoi entre la maladie, le quand, enfin jeune adulte on est plutôt à, à vers quoi on tend, voilà vers. » « <b>Oui, uhm (acquiesce).</b> » « Vers quoi on aspire et du coup ce que ça vient empêcher, je sais pas moi je parle en terme de formation professionnelle de souhait de, de vie de couple. » « <b>Oui, oui oui.</b> » « Enfin voilà tout ça c'est sûr que c'est, enfin c'est sûr je pense que c'est à un moment inacceptable où voilà, y a plutôt ça, voilà bon je redis la même chose ouais, c'est plutôt aussi qu'est-ce qu'on accueille de tout ça aussi quoi. » « <b>Ok, d'accord, très bien merci.</b> »
Codage	« je crois pas avoir des personnes euh, euh bipolaires et relativement, enfin jeunes actuellement » ; « Je faisais plutôt référence à 2 personnes » ; « le mot de l'acceptation de la maladie, euh, ben ça me convient pas trop. » ; « l'idée de mieux la connaître, mais pour moi y a beaucoup encore l'idée que on est malade, euh, à vie » ; « un passage sur une meilleure connaissance, euh des, des symptômes, des signes, de, de ce qui se passe pour euh, pour elle » ; « moi je dirais forcément ils l'acceptent pas » ; « quelque chose d'inacceptable » ; « y a une recherche de » ; « Qu'est ce qui a pu arriver et, et qui est fondée aussi hein, parce que je pense qu'y a une grande part qui vient de l'autre aussi » ; « exclu, isolé, pas compris » ; « y a pleins de choses qui se, euh, qui viennent se, se mettre en, en, comment, qui font choc quoi entre la maladie, le quand, enfin jeune adulte on est plutôt à, à vers quoi on tend, voilà vers » ; « Vers quoi on aspire et du coup ce que ça vient empêcher, je sais pas moi je parle en terme de formation professionnelle de souhait de, de vie de couple »
Catégorisation	Fréquence d'accompagnement faible – Meilleure connaissance – Malade à vie – Inacceptable – Recherche origine – Influence des autres – Exclu – Incompris – Impact au quotidien

<b>Q°2</b>	<b>Selon vous, quels sont les avantages et les limites à intervenir auprès de cette population en milieu extra-hospitalier dans l'acceptation de leur maladie ?</b>
Corpus	« D'accord, alors pardon hein je, je, j'essaie de me refaire la question. Les avantages et les limites à intervenir en extra-hospitalier. » « <b>C'est ça oui, au niveau de l'acceptation de la maladie.</b> » « D'accord. Oulala, vaste question, euh. Alors, je, ce qui me vient dans les avantages ça peut être que les personnes sont un peu plus dans leur, euh, contexte habituel. » « <b>Oui.</b> » « Donc y a quelque chose où on peut parfois faire un peu plus souvent les, bah des vas et vient entre le quotidien, le soin, enfin (tousse). Euh, comment dire, je sais pas trop. Oui quand, enfin pour ça c'est, enfin, c'est quand en extra-hospitalier y a une fréquence quand même assez importante, donc soit, soit plusieurs jours à l'hôpital de jour, soit, enfin minimum une

	<p>fois par semaine en atelier oui voilà. » « <b>Oui.</b> » « Euh ben voilà on peut faire des, ces mouvements entre ben qu'est-ce qui s'est passé pour vous la semaine, qu'est-ce qu'on peut mettre en travail par la création de ça, enfin y a ce contact, je sais pas comment, un peu plus direct. » « <b>D'accord.</b> » « Et puis, enfin je vois ça sur du long terme aussi, enfin et, et après ben ça peut être aussi une limite, c'est-à-dire que je pense parfois quand je vois des personnes en hospitalisation complète, enfin ça crée aussi euh, ben une forme de distance aussi avec ce quotidien qui fait que on peut, je sais pas comment dire, alors souvent les gens vont parler d'un temps de repos, d'un temps de répit, ben d'une bulle parce que des fois y a besoin aussi de, de, de couper quelque chose avec toute cette hyperstimulation du quotidien aussi. » « <b>Uhm (acquiesce), oui.</b> » « Donc, donc parfois ça peut être une limite, enfin on fait un peu, voilà c'est un peu des impressions là euh. Voilà, je sais pas trop, c'est ça disons que un avantage peu aussi être une limite. » « <b>Oui.</b> » « Et une limite peut aussi être un avantage. » « <b>Bien-sûr oui.</b> » « Ça dépend vraiment euh. Je pense qu'à un moment, enfin là je pense à une personne, alors qui est pas aussi jeune mais euh, qui a un trouble bipolaire, enfin, marqué voilà qui est en, parce que en souffrance euh voilà je pense à plusieurs niveaux mais, euh, qui vient en hôpital de jour et c'est sûr qu'à des moments elle était beaucoup trop euh dans une forme d'exaltation et de manie, que en hôpital de jour c'est plus possible. Enfin y a quelque chose qui est plus possible aussi dans, dans l'échange, y a plus une possibilité de revenir chez soi, enfin ça. » « <b>Uhm (acquiesce), oui.</b> » « Enfin ça pour moi c'est une limite. Enfin je pense euh, ça peut être le cas chez des personnes jeunes aussi quoi, oui euh et du coup-là voilà on, bah d'où l'articulation avec l'hospitalisation complète. Voilà je, je pense qu'en tout cas le, l'intérêt que moi je vois en extra-hospitalier c'est, c'est un peu cette plus longue durée, c'est-à-dire que voilà en hospitalisation euh, les personnes vont pas rester des mois, euh voir des années. Enfin que sur l'extra-hospitalier, euh je trouve pour travailler alors sur euh, je suis encore un peu gênée par l'acceptation de la maladie, mais en tout cas sur la maladie, sur ce qui se passe pour eux actuellement et, et qu'est ce qui est possible de faire euh, l'extra-hospitalier on est, on est plus sur du long cours quoi. » « <b>D'accord, ok.</b> » « Voilà. »</p>
Codage	<p>« les avantages ça peut être que les personnes sont un peu plus dans leur, euh, contexte habituel. » ; « en extra-hospitalier y a une fréquence quand même assez importante » ; « y a ce contact, je sais pas comment, un peu plus direct » ; « sur du long terme aussi, enfin et après ben ça peut être aussi une limite » ; « des fois y a besoin aussi de, de, de couper quelque chose avec toute cette hyperstimulation du quotidien aussi » ; « Enfin y a quelque chose qui est plus possible aussi dans, dans l'échange, y a plus une possibilité de revenir chez soi, enfin ça » ; « Enfin ça pour moi c'est une limite » ; « Enfin que sur l'extra-hospitalier, euh je trouve pour travailler alors sur euh, je suis encore un peu gênée par l'acceptation de la maladie, mais en</p>

	tout cas sur la maladie, sur ce qui se passe pour eux actuellement et, et qu'est ce qui est possible de faire euh, l'extra-hospitalier on est, on est plus sur du long cours quoi. »
Catégorisation	Contexte habituel – Fréquence importante – Contact plus direct – Long terme – Distance avec le quotidien – Insuffisant – Travail sur la maladie sur le long court

Q°3	<b>Utilisez-vous le modèle conceptuel MOH, notamment avec la notion d'équilibre occupationnel ? Si oui, que pensez-vous de son utilisation sur l'acceptation des effets de la bipolarité ?</b>
Corpus	<p>« Ok, alors je ne connais pas le modèle conceptuel MOH. » « <b>D'accord.</b> » « C'est, c'est quoi MOH ? » « <b>Alors, MOH c'est le Modèle de l'Occupation Humaine.</b> » « D'accord. » « <b>Il est centré sur l'occupation et sur la personne, il étudie les interactions entre la personne, ses motivations, ses habitudes de vie, ses capacités et son environnement pour mettre en place des activités.</b> » « D'accord. » « <b>Et euh, il se découpe en quatre sections donc euh : l'Être, qui renvoie à la personne, l'Agir, qui renvoie à ce que la personne fait, et le Devenir, qui renvoie à l'adaptation occupationnelle que la personne développe plus ou moins au cours de sa vie.</b> » « D'accord. » « <b>Et euh il, en fait, globalement il permet de mettre en avant les forces et les difficultés de la personne dans son engagement et sa participation aux activités de la vie quotidienne. Et il permet de mettre en évidence la notion d'équilibre occupationnel comme concept clef en fait entre euh, qui fait le lien entre la santé et les occupations.</b> » « Ok, d'accord. Ok, ben je ne le connaissais pas du tout parce que je, enfin je pense même pas, j'ai fait quelques modèles conceptuels, euh, en étant moi-même étudiante mais je. » « <b>D'accord.</b> » « Ou alors j'en ai pas le souvenir hein de celui-ci. » « <b>Ok, pas de soucis.</b> » « Alors après non, moi je l'utilise pas, enfin je, je, y a des notions qui me parle hein dans euh, j'avais, enfin ça me, il m'a fait penser je sais pas si c'est ça mais euh, moi j'avais étudié un modèle qui s'appelait le modèle canadien du rendement occupationnel. » « <b>Oui, le MCREO ?</b> » « Voilà. » « <b>Oui.</b> » « C'est pas très joli mais j'avais trouvé ça intéressant dans, dans comment la personne peut être au centre, enfin c'est ce que j'entends là aussi dans, dans le fait de mettre en, mettre en avant ses forces et difficultés le, le, voilà l'évaluation. Après moi je suis plutôt une orientation euh, euh, psychanalytique. » « <b>Ok.</b> » « Alors je parlerais pas de modèle psychanalytique, enfin je sais que ça existe, mais parce que c'est pas du tout un, un modèle institutionnel, mais dans mon approche, euh, voilà, enfin comme je te disais on travaille beaucoup avec euh, avec une collègue psychologue qui est aussi dans une approche psychanalytique. Alors plutôt jungienne, donc qui sera plutôt aussi sur le, le côté euh, comment, dynamisant euh de, alors, alors ça va être difficile en quelques (rire), en quelques mots, mais quelque chose où y a un inconscient euh, sain, enfin où l'inconscient est sain et</p>

	<p>cette, cette euh, comment euh, le fait de travailler avec l'inconscient, donc avec les rêves, mais aussi avec euh voilà ce qui peut se passer dans le quotidien de surprenant avec les, voilà les images, y a des personnes ce sont des images éveillées bien-sûr avec les hallucinations. » « <b>Oui.</b> » « Enfin voilà, tout ce qui va être euh, production psychique. Euh voilà, va mettre en mouvement quelque chose de la personne assez euh, en profondeur, peut-être aussi un peu contrairement à ce qu'on pense assez, je sais pas si rapidement c'est pas tout à fait le mot, mais des fois y a des, beaucoup de collègues qui peuvent me dire bah concrètement ça donne quoi, mais en fait si pour des personnes ça peut être très très concret de, de, de se voilà, de ressentir les choses différemment et de pouvoir du coup agir différemment aussi euh dans leur contexte, enfin dans leur quotidien mais même à l'hôpital ou tout ça. » « <b>Oui.</b> » « Donc voilà, donc c'est un peu. » « <b>D'accord.</b> » « Je pourrais pas en parler plus oui en tout cas du, alors de, voilà de l'approche que l'on propose ici mais de (rire), du modèle de l'occupation humaine je pourrai pas. » « <b>D'accord, ok pas de soucis.</b> » « Voilà (tousse). »</p>
Codage	« je ne connais pas le modèle conceptuel MOH » ; « Après moi je suis plutôt une orientation euh, psychanalytique »
Catégorisation	Non connaissance MOH – Orientation psychanalytique

<b>Q°4</b>	<b>Intervenez-vous précocement ou pensez-vous qu'une intervention précoce, dès les premiers signes de la maladie, pourrait permettre une meilleure prise en soins des troubles et de leur acceptation ? Pourquoi ?</b>
Corpus	<p>« Euh, alors je pense euh, oui qu'une intervention plus précoce serait, serait bien. Alors moi j'ai pas, j'ai pas trop d'exemple d'accès en ambulatoire par exemple enfin en extra-hospitalier. Je sais pas trop comment ça serait possible plus précocement. Peut-être par, par oui, par du CATTP. Moi ce qui me vient dans le précocement c'est aussi quand les personnes viennent plutôt on va dire en crise, alors que ce soit très déprimées ou très maniaques, enfin. » « <b>Oui.</b> » « En, dans, en hospitalisation où on pense je trouve pas assez souvent à, alors à ergothérapie en général, enfin à la, à l'activité et à la mise en mouvement, par l'activité, par les médiations, comme un soin qui peut se faire précocement. » « <b>D'accord.</b> » « Enfin je vois, par exemple moi je vois des fois en service fermé où j'interviens et où on me dis bah c'est pas le moment, ou c'est trop tôt parce que trop, trop en crise. Et je, et je, je pense qu'on a trop le reflexe du traitement médicamenteux, euh. » « <b>Oui.</b> » « Et, et voir de l'isolement, enfin et que justement je pense que c'est aussi dans ces moments-là quand les personnes disent aussi plein de choses qui semblent euh, je pense le côté maniaque, qui semblent euh n'avoir ni queue ni tête, enfin voilà on entend souvent c'est du coq à l'âne ça veut rien dire. Et moi je suis pas d'accord avec ça, souvent quand on est dans une écoute, alors qui va pas être une écoute logique,</p>

	<p>où on cherche euh voilà, une construction, en effet euh voilà, qu'est-ce que vous avez mangé ce matin où j'en sais rien, voilà pas ça, mais si on peut être dans cette écoute de quels sont les mots qui reviennent, quelles sont les idées, quelles sont les sensations, quels sont. C'est pas, (tousse), c'est pas, pour moi c'est rarement du coq à l'âne, enfin c'est rarement si décousu que ça et. » « <b>Oui.</b> » « Et voilà souvent moi je peux déplorer ça, que ce soit, qu'on dise bah oui on verra après pour les ateliers quoi. Alors après qu'on fasse attention, voilà que ce soit pas forcément du groupe, que ce soit, ça, ça, ça peut être très court mais, mais c'est aussi une première euh, moi je trouve que c'est aussi une première rencontre, des premières rencontres. La matière pose beaucoup de chose aussi, enfin je pense en, là aussi hein je pense beaucoup aux phases maniaques, la matière euh, l'intervention sur la matière va venir vraiment calmer quelque chose, poser quelque chose. » « <b>Oui.</b> » « Et, voilà, après euh, j'imagine qu'en, sur de l'extra-hospitalier ça serait sûrement intéressant aussi mais c'est, euh comment, c'est moins parlant pour moi. Peut-être par le biais de, de premières rencontres des fois avec des médecins, de pouvoir orienter un peu plus rapidement sur euh, j'allais dire sur du CATTP, oui, quelles que soit la médiation en fait, en fonction de la personne je veux dire mais oui peut-être pouvoir, ça pourrait peut-être être intéressant au moins sur euh, je sais pas si là ça serait sur l'acceptation de la maladie mais au moins sur une meilleure connaissance de soi, et sur une meilleure euh, peut-être comment agir quoi. » « <b>Oui, uhm (acquiesce).</b> » « Comment agir ensemble sur quelque chose qui peut déborder quoi. Après, alors, dans le côté déprimé c'est pareil, c'est, je trouve que c'est même des fois un peu plus difficile d'accès, même, même en étant hospitalisé, ben oui ça va nous demander beaucoup d'énergie quoi d'aller chercher euh. Je voulais dire avec la phase maniaque tout est là presque, tout est (rire), tout est à ciel ouvert on va dire. » « <b>Oui.</b> » « Enfin ça, voilà que peut-être dans une période de, de grande dépression ça va être plus à, ça va être à nous d'aller chercher, d'aller proposer. Là aussi j'imagine que, si les personnes traversent ça chez elles, ben on les voit pas quoi. » « <b>Oui.</b> » « Enfin c'est un peu ça aussi la difficulté au début quoi, enfin sur le. Euh voilà (rire), c'est bon (rire). » « <b>D'accord ok oui, super merci.</b> »</p>
Codage	<p>« je pense euh, oui qu'une intervention plus précoce serait, serait bien » ; « Peut-être par, par oui, par du CATTP » ; « quand les personnes viennent plutôt on va dire en crise » ; « on pense je trouve pas assez souvent à, alors à ergothérapie en général, enfin à la, à l'activité et à la mise en mouvement, par l'activité, par les médiations, comme un soins qui peut se faire précocement. » ; « Peut-être par le biais de, de premières rencontres des fois avec des médecins, de pouvoir orienter un peu plus rapidement sur euh, j'allais dire sur du CATTP, oui, quel que soit la médiation en fait, en fonction de la personne » ; « une meilleure connaissance de soi »</p>

Catégorisation	Intervention précoce bénéfique – CATTP – Crise – Rare – Rencontres médecins – Orienter – Connaissance de soi
----------------	--

Q°5	<b>Selon-vous, l’alliance de l’entourage à la prise en soins pourrait-elle influencer l’acceptation de la bipolarité du proche au quotidien ?</b>
Corpus	<p>« Redis-moi juste le premier mot j’ai pas compris, le. » « <b>Selon-vous, l’alliance de l’entourage à la prise en soins.</b> » « L’alliance oui. » « <b>Voilà.</b> » « D’accord. Si ça pourrait améliorer la prise en charge dans le quotidien ? » « <b>Pourrait-elle influencer l’acceptation de la bipolarité du proche au quotidien ?</b> » « Ah d’accord. Euh, oui (rire). Euh oui, l’alliance de l’entourage, oui je pense que ça peut favoriser, alors toujours pareil hein, moi je suis pas, enfin l’acceptation ou le, le travail avec cette maladie et son évolution oui. Après je pense que c’est difficile parce que, sans faire de trop grandes généralités, je pense que souvent, euh la, la, enfin en tout cas dans les exemples que, les deux personnes que moi j’ai en tête, souvent c’est qu’y a une difficulté déjà avec la famille. » « <b>Oui, uhm (acquiesce).</b> »</p> <p>« Et avec la place de la personne dans la famille, donc c’est pas évident cette alliance, enfin je trouve, c’est, ça peut faire partie du travail, c’est très long, enfin ça peut être très long, ça peut être très compliqué. Oui, voilà voilà, oui bien-sûr c’est toujours euh plus facile, après c’est quoi l’alliance enfin, voilà, parce qu’y a des, enfin, si c’est pour stigmatiser la personne dans c’est elle qui est malade euh, ça va pas non plus. Enfin, voilà, parce que c’est aussi un peu ça parfois hein, c’est aussi euh, la personne, alors je trouve que c’est assez marqué pour moi dans les troubles bipolaires mais sûrement pas que, mais c’est, c’est, que ça, je vais le dire c’est pas du tout joliment dit mais ça arrange tout le monde aussi que cette personne, enfin qu’y ait une personne malade et voilà, c’est elle qui est malade, c’est elle qui est à soigner et on touche surtout pas au reste voilà. » « <b>Uhm (acquiesce), oui.</b> » « C’est quand même assez fréquent ça euh. (Tousse). Voilà. » « <b>Et est-ce qu’il vous arrive d’inclure la, l’entourage à la prise en soins ?</b> » « Alors oui ça arrive euh, oui alors souvent c’est pas nous en tant qu’ergothérapeute directement hein, voilà ça va être euh par l’intermédiaire des médecins, des rencontres médiatisées avec les médecins ou des rencontres ben, voilà je redis dans les services ou sur l’extra-hospitalier, les hôpitaux de jour, ça va passer par les infirmiers, le travail de référence de, de quand des fois y a des bilans. Des fois c’est la famille même qui vient bien-sûr euh, enfin solliciter euh, alors voilà encore une fois parfois trop euh, c’est pareil hein, enfin c’est, c’est pas un jugement, enfin voilà l’idée c’est pas être dans ce jugement mais parfois de, ou de manière un peu déplacée ou, donc du coup c’est, la faire intervenir c’est aussi un peu la mettre un tout petit peu à, à distance. »</p> <p>« <b>Oui.</b> » « Pareil c’est pas la repousser mais c’est se dire, oui ben là on prend un relais, vous pouvez lâcher un peu quelque chose vous pouvez euh, voilà envisager les choses différemment. Euh, mais oui oui, elle intervient souvent, voilà c’est</p>

	<p>rarement nous directement. » « <b>D'accord, oui.</b> » « Mais oui, ça peut aussi parfois. » « <b>Ça peut arriver.</b> » « Ça peut arriver. Dans les personnes auxquelles je pense, oui c'est rarement nous directement. Souvent je pense c'est, enfin moi si j'ai pu avoir des personnes au téléphone c'est un peu, un peu temporiser des choses euh, écouter, enfin oui je pense à la maman d'une dame, des fois sur des, alors j'allais dire qui est pas étiquetée trouble bipolaire mais pour moi comme y a un débit hein aussi voilà, c'est pas forcément le, la pathologie, l'important des fois c'est aussi un peu écouter le point de vue simplement, dire aussi ben, voilà entendre aussi comment la personne elle vit la situation. Mais simplement écouter son point de vue, se dire que oui, que se dire que de son point de vue on peut comprendre aussi comment elle agit, enfin voilà. » « <b>Uhm (acquiesce), oui.</b> » « Mais voilà, en tout cas ce qui me vient le plus c'est ça, c'est bien-sûr l'alliance euh aiderait mais, voilà, dans les, les pathologies en général enfin le, la nécessité de, le besoin de la psychiatrie en général enfin, c'est aussi parce que y a, y a quand même une difficulté euh, alors pas que, pas que familiale mais, mais souvent voilà. » « <b>Oui, souvent euh.</b> » « Y a une difficulté à se positionner quand même au sein de la famille ou quelque chose. Et quelque chose qui là est quand même, enfin je reviens à la psychanalyse un peu parce que c'est beaucoup, très inconscient tout ça. Enfin voilà pour, pour chaque personne et du coup c'est important de doucement travailler sur ça aussi. » « <b>Ok, d'accord.</b> »</p>
Codage	<p>« Euh oui, l'alliance de l'entourage, oui je pense que ça peut favoriser » ; « souvent c'est qu'y a une difficulté déjà avec la famille » ; « donc c'est pas évident cette alliance » ; « Ca peut être très long, ça peut être très compliqué » ; « oui alors souvent c'est pas nous en tant qu'ergothérapeute directement hein, voilà ça va être euh par l'intermédiaire des médecins » ; « la faire intervenir c'est aussi un peu la mettre un tout petit peu à, à distance » ; « entendre aussi comment la personne vit la situation »</p>
Catégorisation	<p>Alliance de l'entourage bénéfique - Acceptation de la bipolarité – Difficultés familiales – Long – Compliqué – Intermédiaire des médecins – Mise à distance – Point de vue extérieur</p>

Q°6	<p><b>Est-ce que vous avez d'autres informations qui vous semblent importantes à rajouter pour ma recherche ?</b></p> <p><b><u>Question de relance</u> : Que pensez-vous de l'intervention d'autres types de personnes dans la prise en soins, comme par exemple les pair-aidants, concernant l'acceptation de la maladie ?</b></p>
Corpus	<p>« Euh non, j'ai pas l'impression d'en avoir d'autres. J'étais contente de parler avec toi (rire) aussi autour de cette, voilà de cette recherche et de, enfin de aussi, aborder un peu la manière dont, voilà dont moi je travaille. Enfin quand on parlait des modèles, ou voilà de l'ensemble, enfin je trouve, c'est à la fois passionnant enfin en</p>

	<p>pourrait y passer des heures après (rire). » « <b>Oui, c'est sûr (rire).</b> » « Mais comme ça non, sinon je, non je pense à rien d'autre. » « <b>Et que vous pensez.</b> » « Oui. » « <b>Que pensez-vous de l'intervention d'un pair-aidant dans la prise en soins euh.</b> » « Alors pardon j'ai pas, que pensez de l'intervention ? » « <b>D'un pair-aidant.</b> » « Ah oui, d'accord. » « <b>Dans, dans la prise en soins de ces patients.</b> » « D'accord, un pair-aidant c'est quelqu'un qui aurait euh, traverser aussi des moments comme ça, c'est ça ? » « <b>Exactement, oui, qui serait atteint de la même pathologie et qui interviendrait euh.</b> » « Alors je trouve que c'est passionnant. C'est quelque chose que moi je connais très peu parce que, parce que oui enfin, c'est pas quelque chose qui se connaissait beaucoup je pense, enfin, j'ai en pas beaucoup, pas entendu parler en fait, euh, quand j'ai fait ma formation. » « <b>Oui.</b> » « J'en entends parler un peu plus maintenant. Oui, je trouve que ça peut être oui, c'est toujours euh, je pense que les personnes elles ont besoin aussi souvent de, enfin elles disent souvent que, que y a quelque chose de la compréhension par quelqu'un d'autre qui aurait traversé. Alors euh, on parlait d'exactement la même chose mais quelque chose de similaire ou voilà, où quand on, voilà j'allais dire on a souvent ça euh, voilà cette remarque que quand on n'a pas vécu on peut pas comprendre ou voilà. Je trouve que ça peut être intéressant. Je trouve que là aussi c'est très délicat devant la place de chacun, est-ce que chacun vient y chercher, y trouver, mais je trouve que pour plein de, encore une fois pas que pour les troubles bipolaires je trouve que souvent ça peut vraiment aider euh, vraiment aider oui. »</p>
Codage	« quelque chose que moi je connais très peu » ; « la compréhension par quelqu'un d'autre qui aurait traversé » ; « je trouve que souvent ça peut vraiment aider euh, vraiment aider oui »
Catégorisation	Peu connu - Compréhension - Bénéfique

- **Entretien N°3 (E3) :**

Q°1	<b>Combien de fois par semaine accompagnez-vous des patients bipolaires entre 18 et 35 ans ? Que pouvez-vous dire concernant l'acceptation de leur maladie ?</b>
Corpus	<p>« Alors ça va être très variable en fait parce que, ben j'accueille toutes les pathologies euh psychiatriques. » « <b>Oui.</b> » « Donc y a des périodes où j'en ai, des périodes où j'en ai pas du tout, et en général quand j'en, alors sur l'hôpital de jour, en général je les vois 2 fois par semaine en groupe et de temps en temps une fois plus en entretien. » « <b>Ok.</b> » « Enfin prise en charge individuelle ergo. Et sur le CATTP ça va être variable, euh, suivant les groupes dans lesquels ils vont être, et ça va être globalement entre une et trois fois par semaine en fait. » « <b>Ok.</b> » « Euh, et sur l'acceptation des troubles et ben euh, je trouve que c'est quelque chose qui est vraiment, c'est pas facile, euh, l'acceptation des troubles mais comme globalement chez tous les bipolaires et comme chez tous les sujets jeunes avec, euh, un début de pathologie psychiatrique. Ben parce que, ben euh c'est quand même un gros gros bouleversement. » « <b>Oui.</b> » « Euh chez le, chez les personnes bipolaires euh, ça va vraiment dépendre des personnes. Euh, bah en phase euh, quand ils sont, c'est des personnes en phase maniaque souvent y a quand même difficulté à adhérer aux soins parce que ben en fait ils se sentent très très bien donc ils ne voient pas très bien pourquoi est-ce que on vient les faire chier avec les médicaments et puis. » « <b>Oui.</b> » « Une prise en charge en fait. Et quand ils sont en phase dépressive, et ben euh, c'est pas forcément plus évident parce que oui y a une demande d'aide mais en même temps y a souvent aussi une aboulie, euh vraiment à, une difficulté au niveau euh, au niveau de la volition, au niveau de la capacité à se mettre, à se mettre en mouvement, donc euh c'est euh, c'est pas facile non plus. » « <b>D'accord.</b> » « Euh voilà, mais euh, et puis avec euh toute la problématique derrière de euh, ben voilà c'est des sujets jeunes qui ont commencé une vie euh, ou des études, ou une vie professionnelle et euh, et du coup ben voilà ils, la difficulté aussi d'accepter que euh, la vie change. » « <b>Uhm (acquiesce), d'accord, ok.</b> »</p>
Codage	<p>« Variable » ; « Donc y a des périodes où j'en ai, des périodes où j'en ai pas du tout » ; « c'est pas facile, euh, l'acceptation des troubles » ; « un gros gros bouleversement » ; « ça va vraiment dépendre des personnes » ; « en phase maniaque souvent y a quand même difficulté à adhérer aux soins » ; « en phase dépressive, et ben euh, c'est pas forcément plus évident parce que oui y a une demande d'aide mais en même temps y a souvent aussi une aboulie » ; « avec euh toute la problématique derrière de euh, ben voilà c'est des sujets jeunes qui ont commencé une vie euh, ou des études, ou une vie professionnelle et euh, et du coup ben voilà ils, la difficulté aussi d'accepter que euh, la vie change »</p>

Catégorisation	Fréquence d'accompagnement variable – Acceptation des troubles difficile – Bouleversement majeur – Personne dépendant – Capacité d'acceptation selon la phase - Difficulté d'adhésion aux soins – Aboulie - Impact quotidien
----------------	--

Q°2	<b>Selon vous, quels sont les avantages et les limites à intervenir auprès de cette population en milieu extra-hospitalier dans l'acceptation de leur maladie ?</b>
Corpus	« Euh alors donc moi, quand même souvent ils sont passés par une phase d'intra-hospitalier à un moment hein, c'est rare que ils débarquent tout de suite sur de, de l'extra. » « <b>Oui.</b> » « Euh, l'avantage de euh, continuer du coup une prise en charge en extra-hospitalier ou d'en recommencer une si jamais euh, après une période d'hospit ou une période dehors euh, ils reviennent sur une structure de soin, je trouve que l'avantage ça permet de, de, qu'ils puissent continuer quand même à, à mener une vie la plus normale possible, à continuer à avoir euh des projets, et euh sans trop les psychiatriser entre guillemets non plus. » « <b>Oui, d'accord.</b> » « Je trouve que c'est quelque chose qui est, qui est important non plus de pas leur mettre une grosse étiquette en mode ta vie est foutue. » « <b>Uhm (acquiesce).</b> » « Parce que, parce que c'est quand même souvent ça aussi qui va ressortir et euh, et ça c'est, c'est quelque chose qui est, qui est vraiment compliqué à, à accepter. » « <b>Ok.</b> » « Au niveau des limites, euh bah la limite c'est que quand ils sont phase maniaque, eh bah en fait l'extra-hospitalier ne suffit pas et que il faut une hospitalisation. » « <b>Oui.</b> » « Ça c'est euh, ça c'est vraiment la, la grosse limite, ou alors quand ils sont dans une phase trop dépressive également hein, parce que euh voilà, c'est euh, quand ils sont vraiment en phase aigüe dans un sens ou dans un autre euh, la, le soin en extra est quand même, est quand même une limite. L'avantage aussi de l'extra-hospitalier c'est que ben ça permet de euh, de, de voir avec eux, de discuter sur leur fonctionnement aussi à l'extérieur de, d'essayer de mettre en place des choses, et de voir si euh, si ça fonctionne, si ils adhèrent, si, si ils y voient un sens. » « <b>Ok.</b> » « Vu que c'est pas, dans ce cas là c'est pas des soins sous contraintes donc faut quand même qui ait un minimum de motivation de leur part. » « <b>D'accord.</b> »
Codage	« qu'ils puissent continuer quand même à, à mener une vie la plus normale possible, à continuer à avoir euh des projets, et euh sans trop les psychiatriser entre guillemets non plus. » ; « important non plus de ne pas leur mettre une grosse étiquette en mode ta vie est foutue » ; « l'extra-hospitalier ne suffit pas et que il faut une hospitalisation » ; « discuter sur leur fonctionnement aussi à l'extérieur de, d'essayer de mettre en place des choses, et de voir si euh, si ça fonctionne, si ils adhèrent, si, si ils y voient un sens » ; « un minimum de motivation de leur part »
Catégorisation	Vie normale – Moindre dévalorisation - Insuffisant – Intervention sur le quotidien – Motivation

Q°3	Utilisez-vous le modèle conceptuel MOH, notamment avec la notion d'équilibre occupationnel ? Si oui, que pensez-vous de son utilisation sur l'acceptation des effets de la bipolarité ?
Corpus	<p>« Alors sur les modèles de pratique moi ça va être plus compliqué. On va dire que je pioche certaines, enfin je, je sais que je pioche des choses dans le MOH. Après euh, j'ai pas fait de formation spécifique, euh, donc la formation c'est mes études. »</p> <p>« <b>D'accord.</b> » « C'était quand même bien complet mais j'ai pas fait de formation derrière. » « <b>Oui.</b> » « Euh, j'ai pas franchement le temps de faire des bilans standard, standardisé comme y en a dans le MOH. » « <b>Oui.</b> » « Euh, par contre, au niveau de tout ce qui va être l'équilibre euh, l'équilibre occupationnel, c'est clair que c'est, c'est des, c'est des notions que euh, que j'utilise au quotidien et que je trouve euh, que je trouve importante effectivement de trouver aussi un juste milieu euh, à ce niveau-là quoi. Entre différents aspects de la vie. » « <b>Oui, et est-ce que vous pensez qu'un ajustement de l'équilibre occupationnel puisse favoriser l'acceptation des effets euh, de cette mal, de cette maladie ?</b> » « Alors, oui. Alors sur l'acceptation euh. (Silence). Euh, je dirai oui, je dirai oui parce que dans le sens où on va euh pouvoir euh, discuter avec le patient euh, par rapport à, à euh, les activités qu'il fait, ses projets et tout ça. Euh, aussi du coup en mettant en face, du coup les symptômes, ça permet aussi qu'il se rende compte euh, de, des effets de la maladie sur euh, sur sa vie de tous les jours et du coup euh, de pouvoir derrière essayer de trouver des ajustements. » « <b>D'accord.</b> » « Donc oui, ça peut, ça peut permettre. Après ça, ça, ça permet de, je pense, ça permet effectivement une certaine acceptation et ça permet surtout d'être dans le concret avec lui. » « <b>Oui.</b> » « Et du coup de pouvoir plus facilement euh, aussi d'être dans un, dans un certain ajustement parce que la personne va du coup euh, dire ok ben effectivement là j'me, j'me retrouve là-dedans. » « <b>Oui, ok. D'accord, merci.</b> »</p>
Codage	<p>« je pioche des choses dans le MOH » ; « j'ai pas fait de formation spécifique » ; « l'équilibre occupationnel, c'est clair que c'est, c'est des, c'est des notions que euh, que j'utilise au quotidien » ; « en mettant en face, du coup les symptômes, ça permet aussi qu'il se rende compte euh, de, des effets de la maladie sur euh, sur sa vie de tous les jours et du coup euh, de pouvoir derrière essayer de trouver des ajustements » ; « ça permet de, je pense, ça permet effectivement une certaine acceptation et ça permet surtout d'être dans le concret avec lui »</p>
Catégorisation	<p>Utilisation partielle MOH – Absence formation spécifique – Equilibre occupationnel - Prise de conscience – Ajustement – Acceptation de la maladie</p>

Q°4	Intervenez-vous précocement ou pensez-vous qu'une intervention précoce, dès les premiers signes de la maladie, pourrait permettre une meilleure prise en soins des troubles et de leur acceptation ? Pourquoi ?
Corpus	<p>« Euh est-ce que j'interviens de façon précoce euh. Ça c'est. (Silence). Grande question euh. Euh. (Silence). » « <b>Ou sinon, est-ce que vous pensez qu'une intervention précoce.</b> » « Ouais ouais, je réfléchis juste un petit peu. Euh, alors moi je dirai que je suis pas en première ligne là, là, là où je suis parce que, euh, parce que c'est pas non plus, enfin voilà c'est pas un service spécifique au niveau bipolaire notamment et du coup euh. Voilà j'ai des patients qui, qui sont effectivement envoyés dans les structures où je travaille, jeunes et bipolaires, après c'est, je dirais quand même rarement au moment de la première décompensation. » « <b>D'accord.</b> » « Euh, déjà, euh ça va souvent intervenir un petit peu après quoi. C'est arrivé quand même hein, c'est, c'est arrivé. Je pense que c'est quelque chose qui est quand même super intéressant de pouvoir intervenir au niveau précoce et là sur l'hôpital où je travaille il y a un service qui s'est monté justement sur les interventions précoces, dans lequel y a pas d'ergos parce que bon ben voilà hein, c'est un autre débat. » « <b>Oui (rire).</b> » « Mais tout comme y a pas d'ergos sur les équipes mobiles mais c'est pas grave non plus hein (rire), c'est un, c'est un détail, euh voilà. Mais, euh, clairement, enfin d'une manière générale je pense qu'une intervention précoce est, est quand même hyper intéressante et peut euh, justement beaucoup, beaucoup aider euh, à l'acceptation et euh, je, j'imagine du coup à éviter que les situations personnelles aussi se dégradent. » « <b>D'accord, et comment pensez-vous qu'il serait possible d'intervenir plus précocement du coup ?</b> » « Euh, et ben, je crois, je pense s'il y avait des ergos (rire) sur les euh, euh, sur les, sur les équipes mobiles, sur euh le, l'équipe d'intervention précoce également. Parce qu'il en a une. Euh, je pense que ça serait quand même un plus. Euh, voilà, euh sauf que c'est, c'est difficile en fait de faire passer ça. » « <b>Oui.</b> » « Euh d'une manière générale en fait ça, on manque, on manque de temps d'ergos hein ça c'est pas, je pense c'est pas une surprise. Euh mais euh donc je pense que ça ça pourrait être, ça pourrait être un plus, euh, de pouvoir travailler vraiment, ben justement sur l'équilibre occupationnel, sur les AVQ, sur euh, sur la reconnaissance des symptômes, sur l'expression euh aussi euh des, en activités euh des émotions, du ressenti, des choses comme ça quoi. » « <b>Oui, ok. D'accord.</b> »</p>
Codage	<p>« je suis pas en première ligne là » ; « pas un service spécifique au niveau bipolaire notamment » ; « je dirais quand même rarement au moment de la première décompensation » ; « super intéressant de pouvoir intervenir au niveau précoce » ; « service qui s'est monté justement sur les interventions précoces, dans lequel y a pas d'ergos » ; « beaucoup aider euh, à l'acceptation » ; « sur les équipes mobiles, sur euh le, l'équipe d'intervention précoce également » ; « on manque de temps d'ergos »</p>

Catégorisation	Non précoce – Non spécifique – Rare – Intéressant – Service d'intervention précoce – Acceptation de la maladie - Equipes mobiles – Equipe d'intervention précoce - Manque d'ergothérapeute
----------------	--

Q°5	<b>Selon-vous, l'alliance de l'entourage à la prise en soins pourrait-elle influencer l'acceptation de la bipolarité du proche au quotidien ?</b>
Corpus	« Evidemment. Euh les familles elles sont quand même euh, elles sont perdues en fait. C'est euh, bah ça, ça été bien dit au début où y a euh, quasiment 10 ans entre les premiers symptômes et vraiment un diagnostic. » « <b>Oui.</b> » « Donc euh derrière y a la souffrance du euh, y a la souffrance de la personne concernée mais euh, d'autant plus quand c'est des personnes jeunes y a également la souffrance de l'entourage. Que ce soit les parents, que ce soit les amis, la famille euh au sens large. Et euh, et de toute façon les études le montrent hein, que le fait d'inclure les proches, de pouvoir répondre à leurs questions, ça permet de euh, de, de diminuer vraiment euh, de diminuer les symptômes, de, d'augmenter euh, aussi la, l'acceptation de la maladie et d'éviter des décompensations. Enfin ça, pour ça y a le, y a un programme qui s'est monté sur Lyon qui s'appelle le « bref » et qui euh, et qui a fait des études, enfin qui a fait des études là-dessus et qui a développé un programme à destination des aidants, pas spécifique bipolarité, mais d'une manière générale au niveau de la psychiatrie. » « <b>D'accord.</b> » « Et euh, et clairement les euh, les, les résultats montrent que le fait d'inclure euh, d'inclure les aidants dans euh, dans la prise en soins c'est un plus indéniable. » « <b>Et est-ce que vous incluez l'entourage à la prise en soins ?</b> » « Bah si j'avais du temps oui (rire). Alors non c'est compliqué. Euh moi, personnellement j'ai du, c'est, c'est difficile d'avoir le temps vraiment de, d'avoir un vrai temps qui soit euh, qui soit posé pour inclure l'entourage. Après c'est des choses qui arrivent où ça m'est déjà arrivé d'avoir des entretiens avec la famille, euh, téléphonique ou euh, ou en présentiel, ou d'assister aux entretiens avec, avec le médecin également. » « <b>Ok.</b> » « Et, c'est des choses qui arrivent, mais euh, c'est pas euh, c'est pas du tout systématique. » « <b>D'accord.</b> » « Et là on se reconfronte en fait au, au manque de temps, et voilà. » « <b>Oui, oui oui.</b> » « C'est ça. Mais dans l'idéal oui (rire). » « <b>Ok (rire).</b> »
Codage	« Evidemment » ; « les familles elles sont quand même euh, elles sont perdues en fait. » ; « souffrance de la personne concernée mais euh, d'autant plus quand c'est des personnes jeunes y a également la souffrance de l'entourage » ; « de pouvoir répondre à leurs questions » ; « d'augmenter euh, aussi la, l'acceptation de la maladie et d'éviter des décompensations » ; « le fait d'inclure les aidants dans euh, dans la prise en soins c'est un plus indéniable » ; « Alors non c'est assez compliqué » ; « difficile d'avoir le temps vraiment » ; « Et, c'est des choses qui arrivent, mas euh, c'est pas euh, c'est pas du tout systématique »

Catégorisation	Alliance de l'entourage bénéfique – Famille en souffrance – Information – Acceptation de la maladie – Prévenir les décompensations – Compliqué - Manque de temps - Rare
----------------	---

Q°6	<p><b>Est-ce que vous avez d'autres informations qui vous semblent importantes à rajouter pour ma recherche ?</b></p> <p><b><u>Question de relance</u> : Que pensez-vous de l'intervention d'autres types de personnes dans la prise en soins, comme par exemple les pair-aidants, concernant l'acceptation de la maladie ?</b></p>
Corpus	<p>« Euh, je sais pas, euh. (Silence). » « <b><i>Ou, sinon, est-ce que vous pensez que l'intervention d'un pair-aidant dans la prise en soins, euh, pourrait justement influencer euh l'acceptation de la maladie aussi ?</i></b> » « Euh, oui, clairement oui. Euh, moi j'ai pas, j'ai pas l'opportunité de travailler avec les pair-aidants. Euh, mais euh, mais euh, mais c'est pareil en fait les études le montrent sur le modèle ben du euh, le grand nouveau modèle à la mode du rétablissement euh, clairement c'est un, un point qui euh, qui est important et qui est bien noté. Donc euh, clairement oui je pense que c'est quelque chose qui euh, qui aide. » « <b><i>D'accord, ok.</i></b> » « Euh, et puis d'une manière euh, enfin y a les euh, y a les pair-aidants mais je dirais que euh y a aussi euh le fait de, d'avoir des groupes mixtes, au niveau des âges, au niveau des pathologies, en fait c'est quelque chose aussi qui aide parce que finalement le, le lien entre les personnes va être aussi important. Moi j'ai des groupes du coup avec plusieurs pathologies, avec plusieurs âges, et euh, clairement euh, y a certains groupes où y a des personnes qui restent dans euh, qui sont pas pair-aidants parce que c'est une formation, un DU etc, mais qui ont un rôle de euh, de permettre euh, d'aider à la prise en soins euh, des euh, des personnes à l'entrée des nouvelles personnes dans les groupes. » « <b><i>D'accord.</i></b> » « Et du coup dans le soin. Et en tout cas au niveau du CATTP, parce que l'hôpital de jour c'est un hôpital de jour de crise donc euh, donc c'est du court séjour, mais sur le CATTP c'est plus long et j'ai des personnes qui sont là depuis plusieurs années maintenant, et euh, qui euh, qui facilitent clairement l'entrée euh, l'entrée de nouvelles personnes dans les groupes et du coup aussi l'acceptation euh, d'entrer euh, d'entrée dans du, dans ce, dans ce soin-là. » « <b><i>D'accord, ok.</i></b> » « Voilà, y a, y a vraiment les 2 et c'est vrai que ben les pair-aidants je trouve que c'est super intéressant et je pense aussi que ça apporte autre chose. Mais même finalement les patients euh, le fait d'avoir les patients entre eux, par les discussions, par le fait que du coup quand ils sont plusieurs et ben ça leur permet aussi de se motiver pour tenter d'aller plus, notamment sur l'extérieur. » « <b><i>Oui, uhm (acquiesce).</i></b> » « Euh, c'est quelque chose qui, qui va faciliter euh, aussi euh, là aussi l'adhésion aux soins et le fait de euh, de retrouver une certaine maîtrise de sa vie, et de sortir aussi du soin, de, quelque part. » « <b><i>Oui, oui oui.</i></b> » « En osant aller sur des associations à l'extérieur euh, par exemple. » « <b><i>D'accord, ok.</i></b> » « Et</p>

	ce qui pourrait aider aussi c'est d'avoir euh, de, de l'ergothérapie remboursée en libéral. » « <b>Oui.</b> » « Voilà, oui ça c'est un gros point. » « <b>C'est une problématique euh.</b> » « Euh je pense que, voilà moi je pense que j'ai clairement, j'en ai un paquet qui euh, qui, qui serait très bien aussi dans un cadre euh, hors euh, hors hôpital, parce que un CATTP c'est toujours de l'hôpital. » « <b>Oui.</b> » « Et qui serait euh, tout à fait des bons candidats à pouvoir participer à des euh, à des groupes thérapeutiques en dehors, en dehors d'un cadre hospitalier, tout en étant dans du soin quand même hein. » « <b>Oui.</b> » « Et ça c'est, ça c'est clairement c'est un manque et c'est dommage que, qu'on n'avance quand même pas beaucoup à ce niveau-là. »
Codage	« les études le montrent sur le modèle ben du euh, le grand nouveau modèle à la mode du rétablissement euh, clairement c'est un, un point qui euh, qui est important et qui est bien noté » ; « clairement oui je pense que c'est quelque chose qui euh, qui aide » ; « des groupes mixtes, au niveau des âges, au niveau des pathologies » ; « qui facilitent clairement l'entrée euh, l'entrée de nouvelles personnes dans les groupes et du coup aussi l'acceptation » ; « les patients entre eux, par les discussions, par le fait que du coup quand ils sont plusieurs et ben ça leur permet aussi de se motiver pour tenter d'aller plus, notamment sur l'extérieur » ; « aussi l'adhésion aux soins » ; « l'ergothérapie remboursé en libéral. » ; « groupes thérapeutiques en dehors, en dehors d'un cadre hospitalier »
Catégorisation	Modèle du rétablissement - Intervention pair-aidant bénéfique – Groupes mixtes – Acceptation facilitée – Motivation - Meilleure adhésion aux soins – Ergothérapie en libéral – Groupes thérapeutiques hors hospitalier

• **Entretien N°4 (E4) :**

Q°1	<b>Combien de fois par semaine accompagnez-vous des patients bipolaires entre 18 et 35 ans ? Que pouvez-vous dire concernant l'acceptation de leur maladie ?</b>
Corpus	« Euh, alors je, j'aurais tendance à dire pour le chiffre que ça va dépendre, parce que encore une fois en fait moi ça dépend de mon, de mon secteur d'activité sur le coup. » « <b>Oui.</b> » « En règle générale moi j'en suis que quelques-uns, je dirais peut-être 1 ou 2 sur l'hôpital de jour, ils sont peu nombreux. » « <b>Oui.</b> » « Mais par contre en admission j'en vois assez régulièrement. » « <b>D'accord.</b> » « Donc j'aurais tendance que, j'aurais tendance à dire que ça ça va varier par rapport aux admissions qui vont se faire sur le coup. » « <b>Uhm (acquiesce).</b> » « Je peux avoir par exemple 5 patients bipolaires qui arrivent, comme je peux en avoir euh, je sais pas euh, 1, ou voir même 0 des fois. » « <b>D'accord. Et que pouvez-vous dire concernant l'acceptation de leur maladie ?</b> » « Alors l'acceptation de leur maladie je dirais que ça dépend de leur parcours, où ils en sont. Parce que

	effectivement quand tu vois des jeunes, qui soit sont en train d'être diagnostiqués et on le sait avant eux, ou alors euh juste ils viennent de l'apprendre, là ça va être compliqué. » « <b>D'accord.</b> » « Parce que pour eux, souvent être bipolaire, c'est être lunatique. » « <b>Oui.</b> » « Souvent c'est le petit quiproquo qui est fait, entre le comportement et euh, et en fait le diagnostic. » « <b>Oui.</b> » « Du coup, à ce moment-là en fait on doit vraiment leur faire un apprentissage de la maladie, lui dire que c'est pas lié, enfin ce n'est pas uniquement lié à leur comportement, c'est vraiment un trouble. » « <b>D'accord.</b> » « Après par contre sur euh, sur les populations un peu plus âgées, donc là un petit plus vers la fin de trentaine, c'est des patients qui ont souvent eu un parcours de vie un peu chaotique, on va pas se mentir. » « <b>Uhm (acquiesce).</b> » « Mais par contre qui, comment je vais te dire ça, en fait qui ont subi plusieurs hospitalisations, souvent multiples, mais euh, au final y a eu un bon traitement de mis en place, ils ont à peu près réussi à stabiliser tout ça. Il y a toujours des hauts et des bas mais déjà, mais déjà ils ont une connaissance plus approfondie de leur maladie. » « <b>Ok. D'accord.</b> » « Voilà. » « <b>Ok merci.</b> »
Codage	« ça va dépendre » ; « je dirais peut-être 1 ou 2 sur l'hôpital de jour, ils sont peu nombreux » ; « l'acceptation de leur maladie je dirais que ça dépend de leur parcours » ; « des jeunes, qui soit sont en train d'être diagnostiqués et on le sait avant eux, ou alors euh juste ils viennent de l'apprendre, là ça va être compliqué » ; « Parce que pour eux, souvent être bipolaire, c'est être lunatique » ; « faire un apprentissage de la maladie » ; « Il y a toujours des hauts et des bas déjà, mais déjà ils ont une connaissance plus approfondie de leur maladie »
Catégorisation	Fréquence d'accompagnement variable – Acceptation de la maladie variable – Diagnostic et annonce de la maladie – Compliqué - Fausse représentation – Apprentissage de la maladie – Meilleure connaissance sur le long terme

Q°2	<b>Selon vous, quels sont les avantages et les limites à intervenir auprès de cette population en milieu extra-hospitalier dans l'acceptation de leur maladie ?</b>
Corpus	« Alors, est-ce que tu peux répéter ta questions (rire) ? » « <b>Oui, pas de soucis. Donc quels sont les avantages et les limites à intervenir auprès de cette population en milieu extra-hospitalier au niveau de l'acceptation de leur maladie ?</b> » « Alors, en milieu extra-hospitalier, donc moi encore une fois je suis, j'insiste sur le fait que je sois en hôpital de jour. » « <b>Oui.</b> » « Alors là où ça va être un avantage c'est que justement, moi je peux accentuer sur vraiment les occupations, donc les activités de la vie quotidienne. Euh, je peux vraiment axer là-dessus, donc notamment au niveau de l'ETP. » « <b>Oui.</b> » « On peut faire un ETP, c'est vraiment spécialisé euh, au niveau du trouble bipolaire, et moi je vais un petit peu axer sur les répercussions qu'il y a au quotidien. Donc notamment sur tout ce qui va être liens sociaux, donc euh, avec leurs familles, avec leurs amis, où ça peut être très très compliqué à certains moments pour les bipolaires. » « <b>Oui.</b> » « Euh,

	<p>après c'est aussi un travail pluridisciplinaire hein, pour le coup moi je travaillais beaucoup avec les infirmiers, pour justement essayer au maximum de faire quelque chose d'assez complet. » « <b>Oui.</b> » « Après euh, concernant les limites, euh, mais en fait je, je dirais que ça va dépendre aussi de leur état sur le coup. Il faut savoir, en fait le, le but vraiment en extra-hospitalier, en mais ah, en milieu extra-hospitalier c'est d'apprendre au patient à se connaître et à savoir reconnaître les signes d'une rechute. Vraiment par exemple les moments où il va être « up » ou plutôt où il va être « down ». » « <b>D'accord.</b> » « Et donc dans l'un, dans un cas ou dans l'autre, si vraiment c'est trop extrapolé, il faut qu'il reconnaisse ces signes là et euh, et que lui-même en fait se dise bah là je sens que ça va pas, il faut que j'en parle à l'équipe, voir que je demande une hospitalisation. » « <b>Uhm (acquiesce), d'accord. Ok, donc c'était ma 3<sup>ème</sup> question.</b> »</p>
Codage	<p>« je peux accentuer sur vraiment les occupations, donc les activités de la vie quotidienne » ; « On peut faire un ETP, c'est vraiment spécialisé euh, au niveau du trouble bipolaire, et moi je vais un petit peu axer sur les répercussions qu'il y a au quotidien » ; « liens sociaux, donc euh, avec leurs familles, avec leurs amis, où ça peut être très très compliqué à certains moments pour les bipolaires » ; « c'est aussi un travail pluridisciplinaire » ; « je dirais que ça va dépendre aussi de leur état sur le coup » ; « d'apprendre au patient à se connaître et à savoir reconnaître les signes d'une rechute » ; « si vraiment c'est trop extrapolé, il faut qu'il reconnaisse ces signes là et euh, et que lui-même en fait se dise bah là je sens que ça va pas, il faut que j'en parle à l'équipe, voir que je demande une hospitalisation »</p>
Catégorisation	<p>Activités de la vie quotidienne – ETP spécialisé – Répercussions quotidien – Interventions concernant les habilités sociales - Pluridisciplinarité – Insuffisant - Reconnaître les signes d'une rechute</p>

Q°3	<p><b>Utilisez-vous le modèle conceptuel MOH, notamment avec la notion d'équilibre occupationnel ? Si oui, que pensez-vous de son utilisation sur l'acceptation des effets de la bipolarité ?</b></p>
Corpus	<p>« Alors oui, pour te répondre moi je l'utilise, notamment au niveau du bilan, quand on me demande un bilan d'autonomie. Donc ça ça arrive beaucoup au moment des admissions, quand justement euh, la personne est arrivée en état de crise, qu'elle commence à être stabilisée, on va me demander de faire un bilan où moi je vais inclure le MOH. » « <b>D'accord.</b> » « Donc notamment au niveau de, de tout ce qui est évaluation du MO, du MOH, donc avec l'OSA, avec l'ACIS, avec le MOHOST, enfin vraiment ça va être une batterie euh, que je vais euh, que je vais faire assez régulièrement. » « <b>Ok.</b> » « Donc ça ça va me permettre en fait d'avoir à peu près euh, une image, vraiment une image conceptuelle du profil de la personne. » « <b>D'accord.</b> » « Bien-sûr au niveau occupationnel. Donc ça va me permettre de voir comment elle, elle se voit, et est-ce que c'est cohérent avec la réalité et avec ses</p>

	<p>capacités. » « <b>Oui.</b> » « Et de savoir si euh, par exemple notamment au niveau de son OSA, tu peux voir justement si l'équilibre est euh, est à peu près respecté ou si c'est complètement déséquilibré au niveau de ses occupations et de ses attentes. »</p> <p>« <b>Ok.</b> » « Après, euh, moi j'avoue que je l'utilise vraiment qu'au niveau du bilan, parce que j'ai eu la formation il y a 1 an. » « <b>Uhm (acquiesce).</b> » « Et que pour le moment j'arrive vraiment que à l'utiliser à ce moment-là. » « <b>Oui, d'accord. Et est-ce que, euh, vous pensez qu'un ajustement de l'équilibre occupationnel ça puisse favoriser l'acceptation euh des effets de la maladie ?</b> » « Oui, oui oui. Bah là pour le coup je te dirai même que c'est valable, selon moi, sur euh, tout euh, tous les troubles psy, au sens où euh, en fait les répercussions vont être moindres. Si la personne, même en état de crise ou quand elle sent que ça va un peu moins bien, si elle arrive à garder à peu près un équilibre de vie, notamment au niveau de ses occupations qui est stable. » « <b>Uhm (acquiesce).</b> » « Elle aura moins les impacts négatifs qui vont, qui vont s'accroître. Donc euh par exemple, si je te donne des exemples ça va être euh, de dire bah là euh, au final on sait qu'elle a pas encore besoin d'aides à domicile parce que elle sait encore se gérer toute seule, parce que elle arrive à se faire à manger, parce que elle a des loisirs etc qui la maintiennent dans cet état-là. » « <b>Oui.</b> » « Après euh, si y avait pas ça, et que elle-même se sente complètement dévalorisée par elle-même, là ça deviendrait vraiment très très complexe. » « <b>D'accord. Ok, euh merci.</b> »</p>
Codage	<p>« Alors oui, pour te répondre moi je l'utilise, notamment au niveau du bilan, quand on me demande un bilan d'autonomie » ; « tu peux voir justement si l'équilibre est euh, est à peu près respecté ou si c'est complètement déséquilibré au niveau de ses occupations et de ses attentes » ; « Oui, oui oui. Bah là pour le coup je te dirai même que c'est valable, selon moi, sur euh, tout euh, tous les troubles psy, au sens où euh, en fait les répercussions vont être moindre » ; « si elle arrive à garder à peu près un équilibre de vie, notamment au niveau de ses occupations qui est stable » ; « Elle aura moins les impacts négatifs qui vont, qui vont s'accroître »</p>
Catégorisation	<p>Bilans d'autonomie MOH – Equilibre occupationnel – Moindres répercussions - Acceptation de la maladie</p>

<b>Q°4</b>	<p><b>Intervenez-vous précocement ou pensez-vous qu'une intervention précoce, dès les premiers signes de la maladie, pourrait permettre une meilleure prise en soins des troubles et de leur acceptation ? Pourquoi ?</b></p>
Corpus	<p>« Donc là toujours sur euh, le regard d'ergothérapeute, on est bien d'accord ? »</p> <p>« <b>Oui, toujours encore, et euh, au niveau euh des patients bipolaires de 18 à 35 ans.</b> » « Et du coup, qu'est-ce que tu appelles une intervention précoce ? »</p> <p>« <b>Euh, dès les premiers signes de la maladie en fait.</b> » « D'accord, parce que là pour le coup euh, moi les premiers signes de la maladie sur euh, quasi l'entièreté</p>

	<p>de mes patients, ils se font au moment de l'adolescence, voire de la fin de l'adolescence. » « <b>Oui.</b> » « Donc là du coup ça rentre plus réellement dans ta période à toi. » « <b>D'accord, c'est-à-dire avant 18 ans alors, c'est ça ?</b> » « Ouais, c'est ça. Euh moi du coup je ne peux pas intervenir à ce niveau-là parce que je m'occupe que des adultes. » « <b>Oui.</b> » « Mais par contre, effectivement je pense qu'une prise en charge précoce ne peut être que bénéfique, au sens où déjà tu vas installer une relation de confiance avec la personne. » « <b>Oui.</b> » « Tu vas essayer de la, de la rassurer et de la revaloriser sur ce qu'elle est capable de faire, et sur vraiment le fait de garder le contrôle en fait. » « <b>Oui.</b> » « Parce que ce qui peut être compliqué euh, notamment chez les bipolaires, c'est vraiment bah les périodes euh, bah vraiment les grosses périodes de crises, que ce soit dans un sens ou dans l'autre, donc « up » ou « down », et euh, et en fait c'est vraiment apprendre à se reconnaître et euh, et apprendre à gérer et à, et à dire aux autres quand ça ne va pas. » « <b>Oui.</b> » « Le plus souvent on se laisse emporter par euh, bah entre guillemets par la crise, et à ce moment-là ça peut être euh, ça peut dégringoler extrêmement vite. Alors que si t'es entouré dès les premiers signes, tu sais les repérer, là tu vas pouvoir demander de l'aide et plus facilement euh, ouais plus facilement adapter le traitement en fait. » « <b>D'accord, et comment est-ce que vous pensez qu'il serait possible d'intervenir plus précocement alors ?</b> » « Alors moi j'aurais tendance à dire, déjà le fait de faire un entretien pour euh, pour justement apprendre à connaître la personne. Le lien de confiance est extrêmement important en psychiatrie. » « <b>Oui.</b> » « Donc si t'arrives pas à mettre cette relation de confiance déjà, c'est, ça peut être un, une limite en fait dans ta prise en soins. » « <b>Oui.</b> » « Après, j'aurais, j'aurais tendance à dire aussi essayer au maximum de lui créer une routine, de connaître ses capacités, pour justement essayer au maximum de, de la réassurer au quotidien. Une personne qui va avoir une routine confortable, ça va être une personne qui va pouvoir au maximum se gérer. » « <b>D'accord. Ok, ben merci.</b> »</p>
Codage	<p>« je ne peux pas intervenir à ce niveau-là » ; « je pense qu'une prise en charge précoce ne peut être que bénéfique » ; « tu vas installer une relation de confiance avec la personne » ; « rassurer et de la revaloriser sur ce qu'elle est capable de faire » ; « garder le contrôle en fait » ; « vraiment apprendre à se reconnaître et euh, et apprendre à gérer et à, et à dire aux autres quand ça ne va pas » ; « tu vas pouvoir demander de l'aide et plus facilement, ouais plus facilement adapter le traitement en fait » ; « le fait de faire un entretien pour euh, pour justement apprendre à connaître la personne » ; « essayer au maximum de lui créer une routine »</p>
Catégorisation	<p>Non-intervention - Prise en soins précoce bénéfique – Relation de confiance – Rassurer – Revaloriser – Garder le contrôle – Reconnaître signes – Demande d'aide – Entretien – Routine</p>

Q°5	Selon-vous, l'alliance de l'entourage à la prise en soins pourrait-elle influencer l'acceptation de la bipolarité du proche au quotidien ?
Corpus	<p>« Ah bah là encore euh, complètement. Parce que c'est pareil, souvent le, enfin je te répète un peu ce que je t'ai dit au début mais, le, en fait le quiproquo qui va s'amener très rapidement, ça va être ah bah non mais elle a un caractère euh, complètement euh, complètement débordant euh, un coup ça va un coup ça va pas. » « <b>Oui.</b> » « Or une, une personne bipolaire ce n'est pas du tout ça, c'est vraiment un trouble psy, c'est pas euh, du ressort de la volonté de la personne, et ça demande justement euh, une prise en charge, au contraire d'une personne qui va être simplement lunatique. Et du coup il faut, enfin en plus de faire accepter la maladie à la patiente, tu vas devoir faire accepter la maladie à l'entourage. Donc essayer eux aussi les éduquer. Donc alors eux tu vas pas forcément faire une éducation thérapeutique, mais tu vas faire des gros entretiens notamment avec le médecin. » « <b>D'accord.</b> » « Et euh, là du coup ça va les aider à comprendre un peu les phases de la maladie, parce que ça encore c'est pas inné. Toi tu l'as appris dans tes études mais euh, pour euh, pour une personne lambda ça va pas forcément être euh parlant. » « <b>Oui.</b> » « Du coup, déjà il va y avoir cette euh, cette information là qui va être donnée. Et aussi, ils peuvent être ressources au sens où ils vont comprendre les mécanismes de la personne. Excuse-moi je me mouche (rire). » « <b>Pas de soucis.</b> » « Euh, et euh, oui ils vont comprendre les mécanismes de la personne, et en fait ils vont pouvoir eux aussi euh, te donner des informations quand ça ne va pas. Par exemple la personne va dire bon bah là je sais que je peux appeler l'hôpital de jour parce que vraiment ma fille ça ne, ça ne va plus, là elle est en phase complètement « up », elle est euh, elle est un peu mégalomanie sur les bords, enfin voilà ils vont, ils vont reconnaître les signaux. Et du coup ils vont plus facilement faire le lien avec nous. » « <b>D'accord. Et est-ce que vous incluez euh l'entourage à la prise en soins ?</b> » « Alors, qu'est-ce que tu appelles les inclure ? » « <b>Euh bah (rire), les inclure à la prise en soins en ergothérapie, enfin quelle que soit la manière mais est-ce qu'il vous arrive d'inclure l'entourage, ou de faire appel à l'entourage au cours de la prise en soins ?</b> » « Ah oui, oui oui oui, oui. Oui dans ce sens-là oui euh, alors en gros si tu veux sur tout ce qui est médiation je vais pas les inclure, là-dessus faut être honnête. » « <b>Oui.</b> » « Par contre je vais les inclure au sens où, euh je vais les appeler pour savoir par exemple un peu les habitudes de la personne, je peux avoir un entretien avec eux pour savoir si euh, ça serait possible au niveau de leurs ressources ou quoi d'avoir une aide extérieure. Euh, je vais aussi euh leur parler des projets de vie de la personne, si euh, est-ce que madame machin en a déjà parlé à sa famille de ce, de ce projet-là, voir si vraiment eux ils ont aussi euh, ces mêmes notions ou pas. » « <b>D'accord.</b> » « Et du coup on va essayer au maximum de privilégier, de valoriser les projets euh, de vie de la personne. » « <b>Ok. Ok, ben merci.</b> »</p>

Codage	« Ah bah là encore euh, complètement. » ; « quiproquo qui va s'amener très rapidement, ça va être ah bah non mais elle a un caractère euh, complètement euh, complètement débordant » ; « tu vas devoir faire accepter la maladie à l'entourage » ; « des gros entretien notamment avec le médecin » ; « les aider à comprendre un peu les phases de la maladie » ; « te donner des informations quand ça ne va pas » ; « sur tout ce qui est médiation je vais pas les inclure » ; « je vais les appeler » ; « je peux avoir un entretien avec eux »
Catégorisation	Alliance de l'entourage bénéfique – Quiproquo fausses représentations – Acceptation de la maladie chez l'entourage – Entretien médecin – Informer – Personnes ressources – Appel et entretien

Q°6	<p><b>Est-ce que vous avez d'autres informations qui vous semblent importantes à rajouter pour ma recherche ?</b></p> <p><b><u>Question de relance</u> : Que pensez-vous de l'intervention d'autres types de personnes dans la prise en soins, comme par exemple les pair-aidants, concernant l'acceptation de la maladie ?</b></p>
Corpus	<p>« Alors là comme ça (rire), là comme ça non. Euh, non, non non j'en ai pas mais euh, pour le coup c'est, c'est un sujet intéressant. » « <b>D'accord. Et sinon euh, que pensez-vous de l'intervention d'un pair-aidant dans la prise en soins, concernant l'acceptation de la maladie ?</b> » « (Rire) Alors, désolée c'est parce que j'ai, j'ai eu une formation il y a pas si longtemps que ça, mais est-ce que tu peux me définir pair-aidant ? » « <b>Euh, ben pair-aidant j'entends par là euh, une personne qui est atteinte de la même pathologie ou qui a vécu un petit peu la même chose, qui interviendrait justement auprès des patients euh, à l'hôpital de jour ou euh, peu importe.</b> » « Ouais en fait, alors nous on, on n'a pas, enfin moi dans ma pratique malheureusement je n'ai pas de pair-aidant. Par contre, j'ai euh, des patients qui sont parfois dans les mêmes phases euh, que, que certains. Notamment euh, au niveau de l'hôpital de jour où ils y sont tous à peu près stabilisés, sauf euh, sauf cas de rechute hein bien-sûr. » « <b>Oui.</b> » « Et du coup, eux on peut voir que euh, ils se donnent eux-même des conseils, notamment quand ça va pas. » « <b>D'accord.</b> » « Parce que en fait ils créent du lien eux, honnêtement ça devienne pour certains des amis. Et euh, ils ont tendance à dire ah ben moi je, j'ai connu ça, ce que tu peux faire c'est peut-être en parler à telle ou telle personne ou euh, essayer de faire des choses qui te rassurent etc. Enfin ils, ils essayent de se donner des conseils et souvent c'est, c'est des conseils qui sont bien plus écoutés que ceux que certains professionnels peuvent donner. » « <b>D'accord.</b> » « Donc pour le coup je trouve que c'est hyper intéressant euh, d'avoir euh, alors là tu parles de pair-aidant, mais c'est hyper intéressant d'avoir euh, justement des personnes qui sont stabilisées, et qui peuvent parler de leur maladie. » « <b>Uhm (acquiesce), ok.</b> »</p>

Codage	« malheureusement je n'ai pas de pair-aidant » ; « patients qui sont parfois dans les mêmes phases » ; « eux on peut voir que euh, ils se donnent eux-mêmes des conseils » ; « des conseils qui sont bien plus écoutés que ceux que certains professionnels peuvent donner » ; « hyper intéressant »
Catégorisation	Absence pair-aidant – Autres patients bipolaires – Conseils très écoutés – Intéressant

## Annexe V : Analyse transversale

Question 1 : Combien de fois par semaine accompagnez-vous des patients bipolaires entre 18 et 35 ans ? Que pouvez-vous dire concernant l'acceptation de leur maladie ?				
	E1	E2	E3	E4
Codage	« une seule patiente » ; « j'ai pas senti de problématique particulière sur l'acceptation »	« je crois pas avoir des personnes euh, euh bipolaires et relativement, enfin jeunes actuellement » ; « Je faisais plutôt référence à 2 personnes » ; « le mot de l'acceptation de la maladie, euh, ben ça me convient pas trop. » ; « l'idée de mieux la connaître, mais pour moi y a beaucoup encore l'idée que on est malade, euh, à vie » ; « un passage sur une meilleure connaissance, euh des, des symptômes, des signes, de, de ce qui se passe pour euh, pour elle » ; « moi je dirais forcément ils l'acceptent pas » ; « quelque chose d'inacceptable » ; « y a une recherche de » ; « Qu'est ce qui a pu arriver et, et qui est fondée aussi hein, parce que je pense qu'y a une grande part qui vient de l'autre aussi » ; « exclu, isolé, pas compris » ; « y a pleins de choses qui se, euh, qui viennent se, se	« Variable » ; « Donc y a des périodes où j'en ai, des périodes où j'en ai pas du tout » ; « c'est pas facile, euh, l'acceptation des troubles » ; « un gros gros bouleversement » ; « ça va vraiment dépendre des personnes » ; « en phase maniaque souvent y a quand même difficulté à adhérer aux soins » ; « en phase dépressive, et ben euh, c'est pas forcément plus évident parce que oui y a une demande d'aide mais en même temps y a souvent aussi une aboulie » ; « avec euh toute la problématique derrière de euh, ben voilà c'est des sujets jeunes qui ont commencé une vie euh, ou des études, ou une vie professionnelle et euh, et du coup ben voilà ils, la difficulté aussi d'accepter que euh, la vie change »	« ça va dépendre » ; « je dirais peut-être 1 ou 2 sur l'hôpital de jour, ils sont peu nombreux » ; « l'acceptation de leur maladie je dirais que ça dépend de leur parcours » ; « des jeunes, qui soit sont en train d'être diagnostiqués et on le sait avant eux, ou alors euh juste ils viennent de l'apprendre, là ça va être compliqué » ; « Parce que pour eux, souvent être bipolaire, c'est être lunatique » ; « faire un apprentissage de la maladie » ; « Il y a toujours des hauts et des bas déjà, mais déjà ils ont une connaissance plus approfondie de leur maladie »

		mettre en, en, comment, qui font choc quoi entre la maladie, le quand, enfin jeune adulte on est plutôt à, à vers quoi on tend, voilà vers » ; «Vers quoi on aspire et du coup ce que ça vient empêcher, je sais pas moi je parle en terme de formation professionnelle de souhait de, de vie de couple »		
Catégorisation	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fréquence d'accompagnement faible</li> <li>- Acceptation de la maladie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fréquence d'accompagnement faible</li> <li>- Meilleure connaissance</li> <li>- Malade à vie</li> <li>- Inacceptable</li> <li>- Recherche origine</li> <li>- Influence des autres</li> <li>- Exclu</li> <li>- Incompris</li> <li>- Impact au quotidien</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fréquence d'accompagnement variable</li> <li>- Acceptation des troubles difficile</li> <li>-Bouleversement majeur</li> <li>- Personne dépendant</li> <li>- Capacité d'acceptation selon la phase</li> <li>- Difficulté d'adhésion aux soins</li> <li>- Aboulie</li> <li>- Impact quotidien</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fréquence d'accompagnement variable</li> <li>- Acceptation de la maladie variable</li> <li>- Diagnostic et annonce de la maladie</li> <li>- Compliqué</li> <li>- Fausse représentation</li> <li>- Apprentissage de la maladie</li> <li>- Meilleure connaissance sur le long terme</li> </ul>

<b>Question 2 : Selon vous, quels sont les avantages et les limites à intervenir auprès de cette population en milieu extra-hospitalier dans l'acceptation de leur maladie ?</b>				
	E1	E2	E3	E4
Codage	« on est pas spécifique, euh, bipolaire quoi » ; « on va pas avoir tout ce qui est éducation thérapeutique » ; « les médecins sont disponibles pour répondre aux questions » ; « si la personne a besoin de s'identifier et de vraiment de comprendre effectivement, et qu'elle s'identifie	« les avantages ça peut être que les personnes sont un peu plus dans leur, euh, contexte habituel. » ; « en extra-hospitalier y a une fréquence quand même assez importante » ; « y a ce contact, je sais pas comment, un peu plus direct » ; « sur du long terme aussi,	« qu'ils puissent continuer quand même à, à mener une vie la plus normale possible, à continuer à avoir euh des projets, et euh sans trop les psychiatriser entre guillemets non plus. » ; « important non plus de ne pas leur mettre une grosse étiquette en mode ta vie est foutue » ;	« je peux accentuer sur vraiment les occupations, donc les activités de la vie quotidienne » ; « On peut faire un ETP, c'est vraiment spécialisé euh, au niveau du trouble bipolaire, et moi je vais un petit peu axer sur les répercussions qu'il y a au quotidien » ; « liens sociaux, donc euh, avec leurs familles, avec leurs amis, où ça peut être très très

	<p>on va dire à la, à la, à la pathologie et au diagnostic de bipolarité effectivement, elle va pas forcément rencontrer des pairs » ; « je sais qu'il y a des hôpitaux de jours maintenant qui sont euh, des centres experts qui sont réservés pour ça donc »</p>	<p>enfin et après ben ça peut être aussi une limite » ; « des fois y a besoin aussi de, de, de couper quelque chose avec toute cette hyperstimulation du quotidien aussi » ; « Enfin y a quelque chose qui est plus possible aussi dans, dans l'échange, y a plus une possibilité de revenir chez soi, enfin ça » ; « Enfin ça pour moi c'est une limite » ; « Enfin que sur l'extra-hospitalier, euh je trouve pour travailler alors sur euh, je suis encore un peu gênée par l'acceptation de la maladie, mais en tout cas sur la maladie, sur ce qui se passe pour eux actuellement et, et qu'est ce qui est possible de faire euh, l'extra-hospitalier on est, on est plus sur du long cours quoi. »</p>	<p>« l'extra-hospitalier ne suffit pas et que il faut une hospitalisation » ; « discuter sur leur fonctionnement aussi à l'extérieur de, d'essayer de mettre en place des choses, et de voir si euh, si ça fonctionne, si ils adhèrent, si, si ils y voient un sens » ; « un minimum de motivation de leur part »</p>	<p>compliqué à certains moments pour les bipolaires » ; « c'est aussi un travail pluridisciplinaire » ; « je dirais que ça va dépendre aussi de leur état sur le coup » ; « d'apprendre au patient à se connaître et à savoir reconnaître les signes d'une rechute » ; « si vraiment c'est trop extrapolé, il faut qu'il reconnaisse ces signes là et euh, et que lui-même en fait se dise bah là je sens que ça va pas, il faut que j'en parle à l'équipe, voire que je demande une hospitalisation »</p>
Catégorisation	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Non spécifique</li> <li>- Identification limitée</li> <li>- Pas d'ETP</li> <li>- Médecins disponibles</li> <li>- Existence centre expert</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Contexte habituel</li> <li>- Fréquence importante</li> <li>- Contact plus direct</li> <li>- Long terme</li> <li>- Distance avec le quotidien</li> <li>- Insuffisant</li> <li>- Travail sur la maladie sur le long cours</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Vie normale</li> <li>- Moindre dévalorisation</li> <li>- Insuffisant</li> <li>- Intervention sur le quotidien</li> <li>- Motivation</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Activités de la vie quotidienne</li> <li>- ETP spécialisé</li> <li>- Répercussions quotidien</li> <li>- Interventions concernant les habilités sociales</li> <li>- Pluridisciplinarité</li> <li>- Insuffisant</li> <li>- Reconnaître les signes d'une rechute</li> </ul>

**Question 3 : Utilisez-vous le modèle conceptuel MOH, notamment avec la notion d'équilibre occupationnel ? Si oui, que pensez-vous de son utilisation sur l'acceptation des effets de la bipolarité ?**

	E1	E2	E3	E4
Codage	« je l'utilise pas spécialement » ; « j'ai pas été formé, euh, à ces modèles » ; « je trouve que c'est un modèle intéressant pour l'activité qu'on a la, la psychiatrie en hôpital de jour euh, l'équilibre occupationnel » ; « oui sûrement, sûrement, oui oui tout à fait. »	« je ne connais pas le modèle conceptuel MOH » ; « Après moi je suis plutôt une orientation euh, psychanalytique »	« je pioche des choses dans le MOH » ; « j'ai pas fait de formation spécifique » ; « l'équilibre occupationnel, c'est clair que c'est, c'est des, c'est des notions que euh, que j'utilise au quotidien » ; « en mettant en face, du coup les symptômes, ça permet aussi qu'il se rende compte euh, de, des effets de la maladie sur euh, sur sa vie de tous les jours et du coup euh, de pouvoir derrière essayer de trouver des ajustements » ; « ça permet de, je pense, ça permet effectivement une certaine acceptation et ça permet surtout d'être dans le concret avec lui »	« Alors oui, pour te répondre moi je l'utilise, notamment au niveau du bilan, quand on me demande un bilan d'autonomie » ; « tu peux voir justement si l'équilibre est euh, est à peu près respecté ou si c'est complètement déséquilibré au niveau de ses occupations et de ses attentes » ; « Oui, oui oui. Bah là pour le coup je te dirai même que c'est valable, selon moi, sur euh, tout euh, tous les troubles psy, au sens où euh, en fait les répercussions vont être moindres » ; « si elle arrive à garder à peu près un équilibre de vie, notamment au niveau de ses occupations qui est stable » ; « Elle aura moins les impacts négatifs qui vont, qui vont s'accroître »
Catégorisation	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Inutilisation</li> <li>- Non formé</li> <li>- Intéressant</li> <li>- Acceptation des effets de la maladie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Non connaissance MOH</li> <li>- Orientation psychanalytique</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Utilisation partielle MOH</li> <li>- Absence formation spécifique</li> <li>- Equilibre occupationnel</li> <li>- Prise de conscience</li> <li>- Ajustement</li> <li>- Acceptation de la maladie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bilans d'autonomie MOH</li> <li>- Equilibre occupationnel</li> <li>- Moindres répercussions</li> <li>- Acceptation de la maladie</li> </ul>

**Question 4 : Intervenez-vous précocement ou pensez-vous qu'une intervention précoce, dès les premiers signes de la maladie, pourrait permettre une meilleure prise en soins des troubles et de leur acceptation ? Pourquoi ?**

	E1	E2	E3	E4
Codage	« c'est très patient dépendant » ; « l'acceptation elle arrive à un moment où le diagnostic est posé » ; « il faut que le patient soit prêt à, comme dans tous les soins psychiques, à, à avoir de l'aide » ; « Euh donc précoce, euh, oui, après euh c'est, ça reste toujours pertinent, mais euh si le patient, euh, adhère aux soins quoi. »	« je pense euh, oui qu'une intervention plus précoce serait, serait bien » ; « Peut-être par, par oui, par du CATTP » ; « quand les personnes viennent plutôt on va dire en crise » ; « on pense je trouve pas assez souvent à, alors à ergothérapie en général, enfin à la, à l'activité et à la mise en mouvement, par l'activité, par les médiations, comme un soin qui peut se faire précocement. » ; « Peut-être par le biais de, de premières rencontres des fois avec des médecins, de pouvoir orienter un peu plus rapidement sur euh, j'allais dire sur du CATTP, oui, quelle que soit la médiation en fait, en fonction de la personne » ; « une meilleure connaissance de soi »	« je suis pas en première ligne là » ; « pas un service spécifique au niveau bipolaire notamment » ; « je dirais quand même rarement au moment de la première décompensation » ; « super intéressant de pouvoir intervenir au niveau précoce » ; « service qui s'est monté justement sur les interventions précoces, dans lequel y a pas d'ergos » ; « beaucoup aider euh, à l'acceptation » ; « sur les équipes mobiles, sur euh le, l'équipe d'intervention précoce également » ; « on manque de temps d'ergos »	« je ne peux pas intervenir à ce niveau-là » ; « je pense qu'une prise en charge précoce ne peut être que bénéfique » ; « tu vas installer une relation de confiance avec la personne » ; « rassurer et de la revaloriser sur ce qu'elle est capable de faire » ; « garder le contrôle en fait » ; « vraiment apprendre à se reconnaître et euh, et apprendre à gérer et à, et à dire aux autres quand ça ne va pas » ; « tu vas pouvoir demander de l'aide et plus facilement, ouais plus facilement adapter le traitement en fait » ; « le fait de faire un entretien pour euh, pour justement apprendre à connaître la personne » ; « essayer au maximum de lui créer une routine »
Catégorisation	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Patient dépendant</li> <li>- Être prêt à recevoir de l'aide</li> <li>- Diagnostic</li> <li>- Pertinent</li> <li>- Adhésion aux soins</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Intervention précoce bénéfique</li> <li>- CATTP</li> <li>- Crise</li> <li>- Rare</li> <li>- Rencontres médecins</li> <li>- Orienter</li> <li>- Connaissance de soi</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Non précoce</li> <li>- Non spécifique</li> <li>- Rare</li> <li>- Intéressant</li> <li>- Service d'intervention précoce</li> <li>- Acceptation de la maladie</li> <li>- Equipes mobiles</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Non-intervention</li> <li>- Prise en soins précoce bénéfique</li> <li>- Relation de confiance</li> <li>- Rassurer</li> <li>- Revaloriser</li> <li>- Garder le contrôle</li> <li>- Reconnaître signes</li> <li>- Demande d'aide</li> <li>- Entretien</li> </ul>

			- Equipe d'intervention précoce - Manque d'ergothérapeutes	- Routine
--	--	--	---	-----------

**Question 5 : Selon-vous, l'alliance de l'entourage à la prise en soins pourrait-elle influencer l'acceptation de la bipolarité du proche au quotidien ?**

	E1	E2	E3	E4
Codage	« faut aussi qu'y ait de la (tousse), de l'information, euh, qui soit faite au patient sur sa pathologie et effectivement à ses proches pour que ça soit aidant » ; « plus l'entourage est formé, mieux c'est effectivement » ; « ça peut arriver que l'entourage soit, enfin qu'on propose au patient de convoquer, euh, quelqu'un de sa famille » ; « Pour, lors d'un entretien médical » ; « c'est pas fréquent mais si besoin, euh, ça, ça se fait » ; « si le patient est d'accord »	« Euh oui, l'alliance de l'entourage, oui je pense que ça peut favoriser » ; « souvent c'est qu'y a une difficulté déjà avec la famille » ; « donc c'est pas évident cette alliance » ; « Ca peut être très long, ça peut être très compliqué » ; « oui alors souvent c'est pas nous en tant qu'ergothérapeute directement hein, voilà ça va être euh par l'intermédiaire des médecins » ; « la faire intervenir c'est aussi un peu la mettre un tout petit peu à, à distance » ; « entendre aussi comment la personne vit la situation »	« Evidemment » ; « les familles elles sont quand même euh, elles sont perdues en fait. » ; « souffrance de la personne concernée mais euh, d'autant plus quand c'est des personnes jeunes y a également la souffrance de l'entourage » ; « de pouvoir répondre à leurs questions » ; « d'augmenter euh, aussi la, l'acceptation de la maladie et d'éviter des décompensations » ; « le fait d'inclure les aidants dans euh, dans la prise en soins c'est un plus indéniable » ; « Alors non c'est assez compliqué » ; « difficile d'avoir le temps vraiment » ; « Et, c'est des choses qui arrivent, mas euh, c'est pas euh, c'est pas du tout systématique »	« Ah bah là encore euh, complètement. » ; « quiiproquo qui va s'amener très rapidement, ça va être ah bah non mais elle a un caractère euh, complètement débordant » ; « tu vas devoir faire accepter la maladie à l'entourage » ; « des gros entretien notamment avec le médecin » ; « les aider à comprendre un peu les phases de la maladie » ; « te donner des informations quand ça ne va pas » ; « sur tout ce qui est médiation je vais pas les inclure » ; « je vais les appeler » ; « je peux avoir un entretien avec eux »
Catégorisation	- Information - Bénéfique - Entretien médical - Rare - Consentement	- Alliance de l'entourage bénéfique - Acceptation de la bipolarité - Difficultés familiales	- Alliance de l'entourage bénéfique - Famille en souffrance - Information	- Alliance de l'entourage bénéfique - Quiiproquo fausses représentations - Acceptation de la maladie chez l'entourage

		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Long</li> <li>- Compliqué</li> <li>- Intermédiaire des médecins</li> <li>- Mise à distance</li> <li>- Point de vue extérieur</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Acceptation de la maladie</li> <li>- Prévenir les décompensations</li> <li>- Compliqué</li> <li>- Manque de temps</li> <li>- Rare</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Entretien médecin</li> <li>- Informer</li> <li>- Personnes ressources</li> <li>- Appel et entretien</li> </ul>
--	--	--	---	---

**Question 6 : Est-ce que vous avez d'autres informations qui vous semblent importantes à rajouter pour ma recherche ?**

**Question de relance : Que pensez-vous de l'intervention d'autres types de personnes dans la prise en soins, comme par exemple les pairs-aidants, concernant l'acceptation de la maladie ?**

	E1	E2	E3	E4
Codage	« le pair-aidant c'est toujours euh, je trouve que c'est un bon outil » ; « enfin dans la bipolarité y en a de tellement de sortes » ; « ça permettra pas forcément une identification »	« quelque chose que moi je connais très peu » ; « la compréhension par quelqu'un d'autre qui aurait traversé » ; « je trouve que souvent ça peut vraiment aider euh, vraiment aider oui »	« les études le montrent sur le modèle ben du euh, le grand nouveau modèle à la mode du rétablissement euh, clairement c'est un, un point qui euh, qui est important et qui est bien noté » ; « clairement oui je pense que c'est quelque chose qui euh, qui aide » ; « des groupes mixtes, au niveau des âges, au niveau des pathologies » ; « qui facilitent clairement l'entrée euh, l'entrée de nouvelles personnes dans les groupes et du coup aussi l'acceptation » ; « les patients entre eux, par les discussions, par le fait que du coup quand ils sont plusieurs et ben ça leur permet aussi de se motiver pour tenter d'aller plus, notamment sur l'extérieur » ; « aussi l'adhésion aux	« malheureusement je n'ai pas de pair-aidant » ; « patients qui sont parfois dans les mêmes phases » ; « eux on peut voir que euh, ils se donnent eux-mêmes des conseils » ; « des conseils qui sont bien plus écoutés que ceux que certains professionnels peuvent donner » ; « hyper intéressant »

			soins » ; « l'ergothérapie remboursée en libéral. » ; « groupes thérapeutiques en dehors, en dehors d'un cadre hospitalier »	
Catégorisation	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bon outil</li> <li>- Identification limitée</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Peu connu</li> <li>- Compréhension</li> <li>- Bénéfique</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Modèle du rétablissement</li> <li>- Intervention pair-aidant bénéfique</li> <li>- Groupes mixtes</li> <li>- Acceptation facilitée</li> <li>- Motivation</li> <li>- Meilleure adhésion aux soins</li> <li>- Ergothérapie en libéral</li> <li>- Groupes thérapeutiques hors hospitalier</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Absence pair-aidant</li> <li>- Autres patients bipolaires</li> <li>- Conseils très écoutés</li> <li>- Intéressant</li> </ul>

## Résumé

**Introduction** : Le trouble bipolaire est une pathologie psychiatrique qui impacte le quotidien des personnes atteintes sur différents plans. L'acceptation de la maladie peut s'avérer longue et complexe. Ainsi, l'intention de cette recherche est d'objectiver comment l'intervention des ergothérapeutes en milieu extra-hospitalier auprès des jeunes adultes bipolaires entre 18 et 35 ans peut avoir une influence sur l'acceptation des effets de la maladie.

**Méthode** : Cette étude repose sur une méthode de recherche qualitative, basée sur quatre entretiens semi-directifs. Les ergothérapeutes interrogées exercent dans une structure extra-hospitalière et ont déjà pu accompagner des patients bipolaires entre 18 et 35 ans. Des analyses longitudinale et transversale ont ensuite été effectuées.

**Résultats** : Les résultats montrent que, dans ce milieu, les ergothérapeutes peuvent intervenir directement sur les conséquences de la maladie dans la vie quotidienne et favoriser le maintien d'un équilibre occupationnel satisfaisant. L'inclusion des proches à la prise en soins et une intervention en ergothérapie dès les premiers signes de la maladie seraient bénéfiques.

**Discussion** : L'utilisation du Modèle de l'Occupation Humaine (MOH) contribue à sensibiliser les patients aux effets du trouble dans leur quotidien. De plus, l'intégration d'un pair-aidant à la prise en soins et la participation à un programme d'Education Thérapeutique du Patient (ETP) favoriserait un meilleur contrôle sur la maladie et son acceptation.

**Conclusion** : Cette étude a permis de mettre en évidence l'impact favorable d'une intervention en ergothérapie en milieu extra-hospitalier sur l'acceptation des effets du trouble chez cette population. A ce sujet, nous pouvons poursuivre par nous questionner sur l'influence d'une collaboration entre les ergothérapeutes et les pair-aidants lors d'un programme d'ETP, destiné à cette population et à leur entourage.

**Mots clés** : trouble bipolaire, ergothérapie, acceptation des effets de la maladie, interventions en milieu extra-hospitalier

## **Abstract**

**Introduction:** Bipolar disorder is a psychiatric disease that impacts on the daily lives of those affected. Acceptance of the illness is a process that can be long and complex. The aim of this study is to determine how the intervention of occupational therapists (OT) in a non-hospital health facility with young adults with bipolar disorder between 18 and 35 years old can influence the acceptance of the effects of the illness.

**Method:** This study is based on a qualitative research method, using four semi-structured interviews. The OT interviewed work in a non-hospital facility and have already worked with bipolar patients between the ages of 18 and 35. A longitudinal and a cross-sectional analysis were then carried out.

**Results:** The results showed that, in this professional field, OT can work directly on the consequences of the illness in daily life and help maintain a satisfactory occupational balance. The inclusion of relatives in the care process and occupational therapy intervention from the first signs of the disease would be beneficial.

**Discussion:** The use of the Model of Human Occupation (MOHO) helps to raise patients awareness of the effects of this disorder on their daily lives. In addition, the integration of a peer helper in the care process and participation in a Therapeutic Education Program (TEP) would also allow to gain more control over the disease and its acceptance.

**Conclusion:** This study demonstrated the positive impact of an occupational therapy intervention in a non-hospital health facility on the acceptance of bipolar disorder in this population. In this regard, we could further examine the influence of a collaboration between OT and peer helpers through a TEP program, intended for this population and their entourage.

**Key words:** bipolar disorder, occupational therapy, acceptance of the effects of the illness, non-hospital health facility interventions