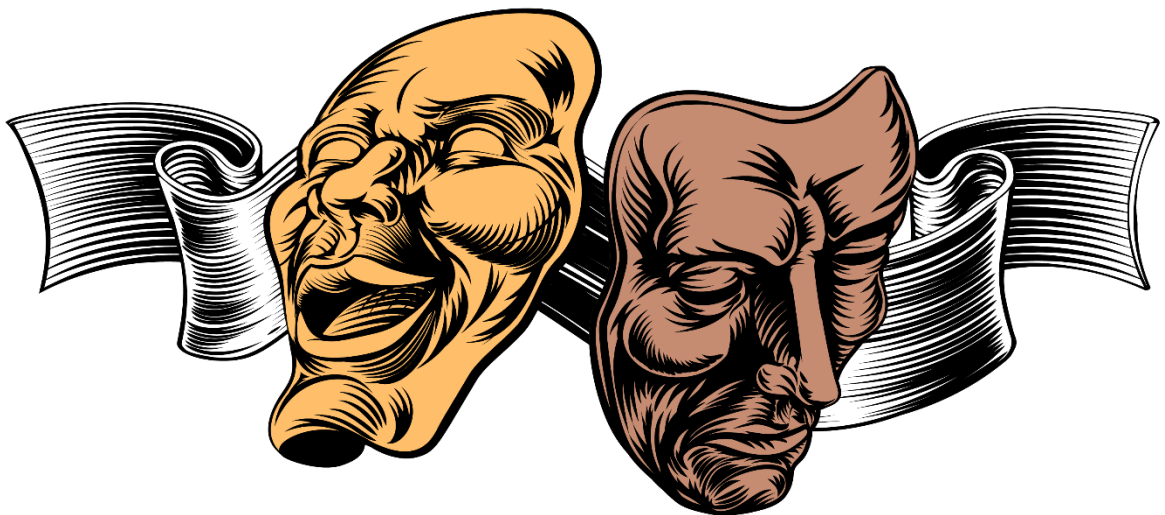


Institut de Formation en Ergothérapie La Musse



STRATEGIE D'AUTOGESTION POUR LES PATIENTS BIPOLAIRES
EN PHASE DEPRESSIVE : VERS LE MAINTIEN DE L'IDENTITE
OCCUPATIONNELLE



Mémoire d'initiation à la recherche

GARBE Alexandra
Promotion 2018-2021

PRIGENT Audrey
Maître de mémoire



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

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

Article 1 :

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

Article 2 :

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

Article 3 :

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

Article 4 :

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

Je soussigné-e GARBE Alexandra

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

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

Fait à Arreux

Le 4 Mai 2021 signature

ⁱ Site Université de Genève <http://www.unige.ch/ses/telecharger/unige/directive-PLAGIAT-19092011.pdf>

ⁱⁱ Article L331-3 du Code de l'éducation : « les fraudes commises dans les examens et les concours publics qui ont pour objet l'acquisition d'un diplôme délivré par l'Etat sont réprimées dans les conditions fixées par la loi du 23 décembre 1901 réprimant les fraudes dans les examens et concours publics ».

ⁱⁱⁱ Articles 121-6 et 121-7 du Code pénal.

REMERCIEMENTS

Avant de débiter ce travail d'initiation à la recherche, je tenais à remercier toutes les personnes qui ont contribué à son élaboration.

Je tiens à remercier ma maîtresse de mémoire, Mme PRIGENT Audrey pour son accompagnement tout au long de cette dernière année. Ses encouragements, ses précieux conseils, sa disponibilité et son soutien m'ont permis de concrétiser ce projet.

J'adresse également ma reconnaissance et mes remerciements à l'ensemble de l'équipe pédagogique de l'Institut de Formation La Musse pour leurs enseignements et leur investissement durant ses 3 années de formation mais également pour avoir su trouver les mots pour me reconforter lors des moments de doute.

Je souhaite remercier l'ensemble des professionnels rencontrés durant ma formation pour leurs conseils avisés, leur partage d'expérience et surtout la confiance accordée lors de mes stages.

Une pensée émue également à mes camarades de promotion, et, plus particulièrement à mon binôme, Hélène, qui a été pour moi un pilier dans cette « aventure ».

Enfin, des remerciements plus particuliers à mon compagnon, Julien et ma fille, Lilou pour leur soutien inconditionnel, leur patience, leur présence et surtout leur tolérance face à mes sautes d'humeurs et mon indisponibilité durant cette longue période.

Merci à ma famille et amis, qui ont cru en moi et m'ont encouragée. Enfin, un dernier remerciement destiné à Thomas pour m'avoir permis d'illustrer ma première de couverture.

*« L'identité n'est pas donnée une fois pour toutes, elle se construit et se transforme
tout au long de l'existence. »*

Amin MAALOUF, Les identités meurtrières, 1998

Table des matières

1. INTRODUCTION.....	1
2. CADRE CONCEPTUEL	3
2.1 Le trouble bipolaire : une maladie psychique invalidante au quotidien	3
2.1.1 Le trouble bipolaire, c'est quoi ?.....	3
2.1.2 Epidémiologie de la pathologie	4
2.1.3 Comment reconnaître et diagnostiquer un trouble bipolaire ?.....	4
2.1.4 Quelles sont les répercussions sur la vie quotidienne ?.....	5
2.2 L'ergothérapie : un domaine centré sur le patient et les occupations	6
2.2.1 L'ergothérapie en santé mentale.....	7
2.2.2 Comment intervient l'ergothérapeute auprès de patients bipolaires ?	9
2.2.3 Qu'est-ce que l'horaire occupationnel ?	11
2.3 Le Modèle de l'Occupation Humaine : un modèle centré sur les occupations .	12
2.3.1 Définition	12
2.3.2 L'Être.....	14
2.3.3 L'agir	16
2.3.4 Le devenir : Les conséquences de l'agir	17
2.3.5 L'environnement.....	18
2.3.6 Quels sont les outils d'évaluation en lien avec le MOH ?.....	19
2.4 Question de recherche et hypothèses	21
3 PHASE EXPERIMENTALE	21
3.1 Méthodologie de recherche	21
3.1.1 Quels sont les objectifs et les buts de l'étude ?.....	21
3.1.2 Retombées attendues	22
3.1.3 Comment est réalisée la recherche ?.....	22
3.1.4 Considération éthique	24
3.1.5 Population concernée par l'étude.....	24
3.1.6 Comment est élaboré un protocole ?	26

3.2 L'élaboration du protocole.....	29
3.2.1 Le recrutement des participants	29
3.2.2 Quelles sont évaluations utilisées et pourquoi ?	30
3.2.3 Déroulement de l'étude	31
3.2.4 Méthode de collecte et analyse des données envisagées	34
4 DISCUSSION	34
4.1 Les biais de l'étude	34
4.2 Les limites de l'études.....	35
4.3 Quels sont les apports de l'études sur le plan personnel et professionnel ?....	36
4.4 Les perspectives envisagées.....	37
CONCLUSION	39
Liste des références	
ANNEXES	

Liste des abréviations

- ✚ ANFE : Association Nationale des Ergothérapeutes Français
- ✚ ANSM : Agence National de Sécurité du Médicament et des produits de santé
- ✚ CPP : Comités de Protection des Personnes
- ✚ CRMOH : Centre de Référence Francophone du Modèle de l'Occupation Humaine
- ✚ DSM-V : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux
- ✚ HAS : Haute Autorité de Santé
- ✚ IMRAD : Introduction, Matériel et méthode, Résultat, And, Discussion
- ✚ MOH : Modèle de l'Occupation Humaine
- ✚ OMS : Organisation Mondiale de la Santé
- ✚ OPHI-II: Occupational Performance History-II
- ✚ OSA: Occupational Self-Assessment
- ✚ PMD: Psychose Maniaco-Dépressive
- ✚ RFRE : Revue Francophone de Recherche en Ergothérapie
- ✚ SIFEF : Syndicat des Instituts de Formation en Ergothérapie Français

1. INTRODUCTION

La réflexion quant à la recherche de mon sujet de mémoire émane de différents questionnements. Effectivement, lors de la première année d'étude en ergothérapie, nous avons évoqué les différents lieux dans lesquels un ergothérapeute peut exercer sa pratique. Je fus interpellée par les structures de santé mentale. D'une part, par le fait que j'ignorais qu'un ergothérapeute puisse intervenir auprès de patients atteints de troubles psychiatriques. D'autres part, par le fait que cela m'intriguait. Le domaine de la santé mentale est complexe et peut effrayer les personnes qui y sont extérieures. Le stage effectué en deuxième année a conforté mon choix d'exercer auprès de cette population. L'aspect relationnel avec cette population est intéressant et enrichissant. En effet, en fonction du trouble de la personne, du stade dans lequel elle se trouve (stabilisé ou non), le contact, c'est-à-dire l'approche, le dialogue sera différent et à adapter.

De plus, j'ai eu parmi mes connaissances une personne atteinte de troubles bipolaires. Je constatais, au travers les échanges avec une personne de sa famille, qu'elle évoluait différemment en fonction des différentes phases qu'elle traversait. Ses occupations et son rythme de vie étaient perturbés. Ne connaissant que très peu cette pathologie, son comportement m'interloquait. Comment cette personne pouvait s'épanouir et évoluer sans avoir de stabilité ? L'apprentissage reçu de cette pathologie m'a permis de comprendre certains de ses comportements, notamment lors des différents épisodes (maniaque et dépressif).

Lors de la manie, le patient est euphorique, ses comportements sont poussés à l'extrême, tandis que durant la dépression, le patient ressent une profonde tristesse, perd tout intérêt pour quelconques activités. Ces symptômes engendrent des répercussions dans le fonctionnement de la vie de la personne. Les activités de vie quotidienne, les occupations sont impactées. Le bien-être l'est également. L'identité de la personne, qu'elle soit personnelle ou occupationnelle se trouve modifiée.

L'identité est une notion complexe à définir. Étymologiquement, le terme « identité » veut dire « idem », « le même » en latin. Pourtant force est de constater, que la notion d'identité veut dire également tout le contraire. En effet, chaque individu est différent, par ses caractéristiques et toutes les autres composantes qui font de lui un être unique. Et, c'est aussi grâce à cette notion d'identité, de singularité que l'on peut

différencier un individu d'un autre. L'identité évolue au fil des expériences que vit un individu lors de son parcours de vie.

Castra montre dans son article intitulé « Identité », que « *le travail identitaire s'effectue de manière continue tout au long de la trajectoire individuelle et dépend à la fois du contexte et des ressources qui peuvent être mobilisées* » (Castra, 2012).

D'un point de vue ergothérapeutique, l'identité dite « occupationnelle » est, elle aussi impactée lors des changements de phases du trouble bipolaire. Cette notion d'identité est quant à elle, définie par Kielhofner comme étant la représentation de la personne « *sur l'être qu'elle est, et celui qu'elle veut devenir, à partir de l'histoire de sa participation occupationnelle* » (MOHOST p27,2017). Il caractérise la participation occupationnelle comme faisant référence à l'engagement au sens large qu'un individu peut avoir dans les activités mais également que cela « *correspond au fait de faire quelque chose ayant une signification personnelle et sociale* » (MOHOST, p 26, 2017).

Comme évoqué précédemment, les occupations sont impactées durant un trouble bipolaire et plus particulièrement lors de la phase dépressive. Effectivement, le niveau occupationnel est modifié ; nous parlerons préférablement d'une interruption à défaut d'une rupture. Cela s'explique par le fait qu'une rupture est considérée comme une cessation définitive de quelque chose. Or, une interruption est considérée comme une mise en suspens, un intervalle, et donc une action temporaire (Nicolas, 2013). L'interruption occupationnelle que vit une personne engendre une diminution de plaisir et donc de bien-être. Il est important de pouvoir maintenir un niveau d'occupation afin de diminuer les répercussions qu'entraîne cette pathologie.

En quoi l'ergothérapeute peut-il favoriser la consolidation de l'identité occupationnelle des personnes atteintes de bipolarité lors de la phase dépressive ?

De manière à trouver réponse à cette question, une bibliographie sera élaborée afin de recueillir un maximum d'informations au travers la littérature. En premier lieu apparaîtra le cadre conceptuel afin de présenter les concepts clés de ce mémoire. Cette première partie s'achèvera avec l'énoncer de la question de recherche et de son hypothèse. En second lieu, le dispositif méthodologique et expérimental sera exposé afin de faire valoir la démarche de recherche adoptée, de présenter son élaboration et de conclure sur le sujet.

2. CADRE CONCEPTUEL

2.1 Le trouble bipolaire : une maladie psychique invalidante au quotidien

2.1.1 Le trouble bipolaire, c'est quoi ?

Le trouble bipolaire qui, jusqu'au début des années 90 était appelé « psychose maniaco-dépressive (PMD) » est une pathologie psychiatrique chronique. D'après le Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux (DSM-V), le trouble bipolaire correspond à un trouble de l'humeur et entraîne des variations de celle-ci. Il se caractérise par l'alternance de deux types de phases ou épisodes différents :

- L'épisode maniaque est défini comme étant « une phase d'excitation pathologique durant laquelle l'humeur de la personne est exaltée ». La personne est hyperactive, euphorique. Durant cette phase, la personne fait de multiples projets, est dans l'excès et peut parfois se mettre en danger.

- L'épisode dépressif, est à l'opposé de la manie. Il est caractérisé par une baisse significative de l'humeur, présence d'une tristesse profonde. La personne n'a plus goût à rien, manque d'énergie, de motivation, présente un sentiment de culpabilité (Bipolar guide, 2013).

Plusieurs types de bipolarité sont référencés dans le DSM-V :

- Le trouble bipolaire de type I est caractérisé par des phases dépressives et maniaques sévères.

- Le trouble bipolaire de type II est quant à lui, caractérisé par des épisodes dépressifs et hypomaniaques.

- La cyclothymie : caractérisée par la faible intensité des deux phases.

- La dysthymie présente un état dépressif chronique mais moins intense que dans la dépression majeure.

2.1.2 Epidémiologie de la pathologie

D'après la Haute Autorité de Santé, les troubles bipolaires concernent entre 1% et 2,5% de la population française. Elle précise également la prévalence en fonction du type de bipolarité : 0,6% pour le trouble bipolaire de type I, 0,4% pour le trouble bipolaire de type II et 1,4% pour les formes subsyndromiques. Elle considère que ces chiffres sont largement sous-estimés en raison de retard de diagnostic ou de diagnostic différentiel.

Il n'existe pas de prédominance particulière. En effet, la bipolarité concerne aussi bien les femmes que les hommes et touche l'ensemble des classes sociales.

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), les troubles bipolaires figurent parmi les dix pathologies le plus invalidantes mais aussi les plus graves. Par le fait, lors d'un épisode dépressif, il n'est pas rare de constater qu'un malade puisse tenter de mettre fin à ses jours. Selon la HAS, un malade sur deux ferait une tentative de suicide, tandis que 15% de la population atteinte de ce trouble y parviendrait.

Considéré comme un handicap psychique, les troubles bipolaires sont reconnus comme étant la septième cause de handicap chez les personnes de 15 à 44 ans (OMS).

2.1.3 Comment reconnaître et diagnostiquer un trouble bipolaire ?

Le trouble bipolaire est une pathologie complexe y compris lors de son diagnostic. Les symptômes de cette pathologie sont bien souvent apparentés à ceux de la dépression. Il est alors compliqué de différencier une simple dépression d'un trouble bipolaire naissant. Seule la présence de la manie peut permettre ou du moins faciliter le diagnostic d'un trouble bipolaire.

Selon la HAS, un trouble bipolaire apparaît en moyenne au moment de l'adolescence et début de l'âge adulte ; entre 15 et 25 ans. Hättenschwiler et al, estime que cette pathologie débute pour 40% à 60% des patients avant l'âge de 20 ans, tandis que pour 10% à 20% celui-ci débiterait même avant la douzième année.

La Haute Autorité de Santé met en évidence une durée moyenne de huit à dix ans entre l'apparition du premier symptôme et la mise en place d'un traitement

médicamenteux. Cette durée est mise en exergue par Hättenschwiler et al ; il explique la difficulté à diagnostiquer cette maladie à l'adolescence par le fait qu'à ce moment de la vie « leur variation de l'humeur est normale à la puberté ».

Son diagnostic tardif engendre de multiples complications :

- Le risque suicidaire important
- Les hospitalisations
- Les conséquences sur le plan socio-économiques (perte de travail, situation financière difficiles)
- Les comorbidités médicales
- Isolement (sociale, familiale et professionnel).

2.1.4 Quelles sont les répercussions sur la vie quotidienne ?

Une personne présentant un trouble bipolaire voit sa vie quotidienne modifiée. En fonction de la phase dans laquelle se trouve l'individu, les symptômes engendrés par cette pathologie vont avoir un impact sur son quotidien. Nous parlerons ici uniquement des répercussions liées aux symptômes de la phase dépressive.

D'une part, le manque d'intérêt et/ou de motivation va se répercuter sur la réalisation des occupations significatives de la personne ; elle ne s'y intéressera plus. Les tâches de la vie quotidienne, que ce soit d'ordre personnel ou professionnel prendront plus de temps à être effectués, l'incapacité à prendre des décisions peut être présente également (Camh, Bipolar guide). L'individu a une perte d'intérêt concernant ses rôles sociaux et familiaux, elle se traduira par un isolement social. Les symptômes de la phase dépressive peuvent entraîner des changements sur l'alimentation et le cycle du sommeil. Ces modifications vont avoir comme répercussions une perte ou une prise de poids ainsi qu'une augmentation ou diminution du cycle du sommeil (Association Canadienne pour la santé mentale, Trouble bipolaire, 2018).

D'autre part, l'aspect cognitif va être impacté, notamment du point de vue mnésique. Par le fait, la mémorisation de certaines informations ou bien des difficultés

de concentration durant certaines activités vont pouvoir être observées (La dépression et le trouble bipolaire, 2021).

Le trouble bipolaire faisant parti des pathologies psychiatriques considérées comme les plus graves, nous pouvons nous poser la question sur l'accompagnement de ces personnes.

Par qui et comment sont-elles accompagnées pour maintenir un niveau d'occupation ?

2.2 L'ergothérapie : un domaine centré sur le patient et les occupations

L'ergothérapeute est un professionnel de santé du domaine paramédical qui intervient auprès de personnes en situation de handicap, qu'il soit moteur et/ou psychique. Il permet d'accompagner les personnes à maintenir ou restaurer leur niveau d'autonomie dans le but qu'elles puissent continuer de réaliser leurs activités. Pour cela, il va prendre en compte non seulement l'environnement dans lequel évolue la personne mais aussi ses habitudes de vie (ANFE,2019).

L'ergothérapie est un domaine centré sur la personne. En effet, l'approche et l'accompagnement se font de manière holistique. Les activités de la personne, que l'on nomme également les occupations sont au cœur de la prise en soin. Le professionnel de santé se servira de celles-ci afin de rééduquer ou réadapter la personne en fonction de ses besoins ainsi que de ses attentes.

L'Association Nationale Française des Ergothérapeutes (ANFE,2019) définit l'ergothérapeute comme étant « un professionnel de santé qui fonde sa pratique sur le lien entre l'activité humaine et la santé. » (ANFE,2019). Elle stipule également qu'il « est l'intermédiaire entre les besoins d'adaptation de la personne et les exigences de la vie quotidienne en société. »

La profession d'ergothérapeute (occupational therapist en anglais) est régie par le Code de la Santé Publique selon les articles L43331-1 et R4331-1. Il intervient obligatoirement sur prescription médicale. Ainsi l'ergothérapeute va pouvoir évaluer les difficultés et proposer un champ d'action selon les besoins et attentes du patient, lui permettre de réaliser ses occupations de manière sécurisée et autonome. L'ergothérapeute aura également un rôle de conseiller auprès du patient lui-même

mais également auprès de la famille/ entourage. L'ensemble des actions mises en œuvre permettra au patient d'acquies une meilleure qualité de vie (SIFEF, 2021).

Selon le Syndicat des Instituts de Formation en Ergothérapie Français (SIFEF, 2021), l'ergothérapeute doit pouvoir :

- Etablir un contact relationnel avec son patient
- Être créatif et organisé
- Observer et s'adapter aux différentes situations rencontrées
- Être méthodique et pouvoir effectuer des recherches pour se maintenir informer sur l'évolution de la pratique
- Travailler en équipe

De ce fait, l'ergothérapeute est un allié dans la prise en soin d'un patient atteint de trouble bipolaire. En effet, il sera à même, d'évaluer l'impact des symptômes sur les actes de vie quotidienne et de proposer des stratégies afin de maintenir l'autonomie du patient.

2.2.1 L'ergothérapie en santé mentale

Selon la Revue Francophone de Recherche en Ergothérapie, 2019 (RFRE), l'OMS estime que les troubles psychiques ont une prévalence importante à l'échelle mondiale ; ce qui représente à l'égard de la société un défi considérable. L'OMS a pour objectif de réduire l'écart, qui plus est important, entre les besoins des personnes ayant un trouble psychique et les services qui leurs sont destinés (RFRE, 2019).

Florence Klein explique dans l'ouvrage d'Hélène Hernandez, Ergothérapie en psychiatrie : De la souffrance psychique à la réadaptation, p.26, (2012), que d'une manière générale, la pratique de l'ergothérapie dans le domaine de la santé mentale a pour but, entre autres :

- De permettre au patient de rompre avec l'isolement et ainsi renouer avec les relations sociales.

- De l'aider à reprendre confiance en lui et en ses capacités.
- De l'aider à améliorer son estime de soi.
- De faire en sorte que le patient maintienne un niveau minimum de dynamisme et de désir concernant sa propre vie.

De la même manière, elle évoque que ces différents objectifs reviendraient « à sauvegarder et à restaurer l'activité psychique du patient » (p.26, 2012).

De son côté, Mme Zanchettin, ergothérapeute, explique que les objectifs de l'ergothérapie en santé mentale sont « *la réappropriation et le maintien des compétences psychomotrices, cognitives, affectives et relationnelles* » (L'ergothérapie auprès de personnes souffrant de troubles psychiques, 2006).

D'après La RFRE (2019), « les pratiques axées vers le rétablissement impliquent activement les ergothérapeutes » ce qui paraît tout à fait cohérent puisque le rôle de l'ergothérapeute est également d'accompagner son patient dans un processus de rétablissement. Celui-ci étant nommé « le nouveau paradigme guidant les services en santé mentale ». (RFRE, 2019)

Comme évoqué précédemment, l'ergothérapie est un domaine centré sur le patient. Chaque personne est unique ce qui amène à penser que la prise en soin l'est également malgré le fait que l'objectif soit le même : maintenir ou restaurer le niveau d'autonomie du patient afin qu'il puisse continuer de réaliser ses occupations. En effet, les modalités de prises en soin devront prendre en considération l'histoire de la personne et ce, à plusieurs niveaux dans le but de pouvoir atteindre les objectifs fixés (Ergothérapie en psychiatrie : De la souffrance psychique à la réadaptation, Klein, p.16, 2012).

Il est stipulé que l'ergothérapie fonde sa pratique en s'appuyant sur les points forts et les aptitudes des personnes. Cela permet de « les accompagner vers une participation satisfaisante dans leurs activités significatives quotidiennes » (physioergoplus, 2015).

Mais de quelle manière intervient l'ergothérapeute auprès de personnes atteintes d'un trouble bipolaire lors de la phase dépressive ?

2.2.2 Comment intervient l'ergothérapeute auprès de patients bipolaires ?

Lors de la phase dépressive du trouble bipolaire, tout comme lors d'une dépression au sens large, le patient est d'humeur triste, n'a goût à rien. On constate également une diminution voire une perte totale de l'intérêt ce qui peut, accentuer les symptômes de la phase dépressive (Foucault, ergothérapeute, physiothérapie universelle, 2018). Il est alors nécessaire de l'accompagner durant celle-ci, notamment pour reprendre ses occupations. En effet, Foucault (2018) estime que le fait de reprendre des activités en instaurant une routine agira comme un régulateur de l'humeur.

A cet effet, une fois sollicité par le médecin, l'ergothérapeute pourra réaliser une évaluation auprès du patient afin de pouvoir déterminer les objectifs en concomitance avec lui ; et ainsi, proposer un plan d'intervention.

De prime abord, le thérapeute devra installer une relation thérapeutique avec le patient dans le but que celui-ci se sente en confiance lors des séances et donc, lors de sa prise en soin. Cela va passer par la communication, qu'elle soit verbale ou non verbale, l'écoute mais également le choix des activités ou médiations proposées. En santé mentale, l'instauration d'un cadre permet de renforcer ce sentiment de confiance. De plus, il apporte un aspect sécurisant que ce soit pour le patient lui-même mais également pour l'ergothérapeute (Klein, p.28, 2012).

Pour reprendre les définitions citées par Klein (p.28, 2012), le cadre correspond à « une bordure, un carré, un tableau, un panneau ». Au sens figuré, le cadre signifie le fait de limiter un espace. Comme elle le stipule, « le cadre mis en place en ergothérapie correspond d'une certaine manière à l'ensemble de ces définitions ». Nous pouvons donc en conclure qu'en ergothérapie, le cadre correspond à l'ouverture d'un espace dans lequel va évoluer le patient mais que cet espace est délimité par l'ergothérapeute. Cette délimitation mise en place laisse apparaître « une notion de barrière protectrice, par le biais de l'espace géographique de l'atelier » (Klein, p.28, 2012).

En ergothérapie, le plan d'intervention proposé au patient peut se présenter sous des formes multiples, au travers d'ateliers utilisant des médiations comme la peinture, le travail de la terre, la musique, la pratique de la relaxation ou par des mises en situation telle que la cuisine thérapeutique. Tout comme le cadre, la prise en soin

peut être modifiée. En effet, nous pouvons commencer un travail de manière individuelle pour ensuite proposer au patient un atelier en groupe. Cela se décidera en fonction des objectifs à atteindre et de l'évolution du patient dans son processus de réhabilitation (ergopsy.com). Le patient devra faire partie intégrante de sa propre prise en charge.

Pour parvenir à ce résultat, outre les médiations évoquées précédemment, l'ergothérapeute peut favoriser l'apprentissage d'une stratégie dite d'autogestion (Haie, 2019). Ce concept est apparu aux Etats-Unis dans les années 70 à la suite de la création d'une étude sur les maladies chroniques (Jones et al, 2011).

L'autogestion est définie comme étant « toutes les actions qu'une personne met en place pour prendre du pouvoir sur sa santé par l'adoption de comportements » (Houle, 2015). Ce processus va permettre aux patients de diminuer leurs symptômes, prévenir d'éventuelles rechutes et d'améliorer le bien-être. Dans son article, Packer (2019) constate qu'une intervention autogérée et centrée sur les activités améliore la participation mais aussi la qualité de vie. Dans leur article intitulé « Self management in bipolar disorder : The story so far » Jones et al, 2011, stipulent que les différentes études menées en Amérique ou bien au Royaume Uni mettent en lumière les effets bénéfiques de cette méthode en constatant des améliorations sur la santé et le bien-être des participant. Ces études ont été menées sur des patients atteint d'une maladie chronique, notamment sur le trouble bipolaire.

Leufstadius et Eklund (2014), évoquent dans leur article, qu'il existe un lien direct entre le bien-être et la participation aux activités quotidiennes. Ils mettent en lumière les résultats d'une étude menée auprès de personnes atteintes d'un trouble psychiatrique grave. Celle-ci avait pour objectif d'étudier les activités de ces personnes grâce à une méthode d'utilisation du temps. L'échantillon de personnes devait inscrire les activités réalisées au cours de leur journée en indiquant l'heure, la durée et également pour certain leur ressenti. Les résultats de cette étude ont démontré que les personnes souffrant d'une maladie mentale grave éprouvaient des difficultés à maintenir un rythme occupationnel quotidien.

Grâce à son champ d'action, l'ergothérapeute pourra « aider les patients à élaborer des plans d'action » et « pourra offrir à leur clients les bons outils » pour maintenir leur niveau occupationnel (Haie, 2019). Afin de pouvoir comprendre de quelle manière le patient structure ses journées autour de ses différentes occupations,

l'ergothérapeute pourra s'appuyer sur l'horaire occupationnel. Celui-ci permettra à l'ergothérapeute la mise en place d'un plan d'intervention dans le but de l'aider à reprendre ses activités tout en tenant compte de ses besoins et de ses attentes (Foucault, Physiothérapie universelle, 2018).

2.2.3 Qu'est-ce que l'horaire occupationnel ?

Garceau-Tremblay et al (2011) énoncent dans leur écrit que l'horaire occupationnel est un concept qui permettrait de répartir la durée que chaque individu accorde à ses activités/occupations. Elles sont catégorisées en quatre rubriques : les soins personnels, les activités productives, les activités de loisirs et pour finir les activités de repos. Chaque individu étant différent, la répartition des occupations va donc varier en fonction de facteurs déterminants. Le premier facteur concerne les habitudes des personnes. Comme décrit dans leur article, les occupations sont réalisées en fonction des habitudes de vie de chacun. En effet, pour une même activité, sa réalisation se fera de manière différente, sur une plage horaire différente, pour une durée plus ou moins longue etc. Le second facteur, quant à lui concerne l'environnement qu'il soit physique et/ou social. Par le fait, l'environnement de la personne jouera un rôle considérable sur la réalisation des activités. Effectivement, « *nos activités quotidiennes varieront grandement en fonction des lieux physiques à proximité, des outils à notre disposition [...] faisant partie de notre vie* » (Tanguay, 2020). Garceau-Tremblay, 2011, évoquent également que l'horaire occupationnel est « un outil de taille en ergothérapie ». Qu'en est-il vraiment ? Est-ce un concept ou bien un outil ?

De son point de vue, Tanguay (2020) n'évoque ni l'un, ni l'autre mais sous-tend par ses explications que l'horaire occupationnel serait davantage un outil plutôt qu'un concept. L'ouvrage intitulé « L'action contre l'inertie, (2011) » tend dans le même sens. Effectivement, Krupa et al, caractérise cet ouvrage comme un manuel « d'utilisation ». Il possède à l'intérieur, plusieurs fiches dites de travail (Annexe I) destiné soit à un professionnel, soit au patient ou bien encore à remplir en corrélation avec un proche selon l'intitulé de la fiche.

Réalisé majoritairement sous forme de tableau, l'horaire occupationnel va permettre à chaque individu de noter ses différentes occupations aux heures où elles sont habituellement réalisées dans le but qu'il puisse s'y référer et maintenir une routine.

L'utilisation de cet outil permet également de maintenir un équilibre entre les différentes catégories d'occupations afin de ne pas en léser une plus qu'une autre par exemple (Tanguay, 2020). L'ouvrage « L'action contre l'inertie » de Krupa et al, 2011, mentionne une étude élaborée sur un groupe témoin en corrélation avec des ergothérapeutes. Elle avait pour but d'évaluer l'efficacité de l'horaire occupationnel. Les résultats obtenus se sont révélés prometteurs. Par le fait, « *les participants ont augmenté de manière significative le temps qu'ils consacraient à des activités autres que le repos ou le sommeil* » (Krupa et al, p6, 2011).

Néanmoins, il est également stipulé que la durée de l'intervention, soit douze semaines ne pouvait pas opérer plus de changements concernant les autres dimensions en lien avec la santé et le bien-être (Krupa et al, p6, 2011).

L'utilisation de l'horaire occupationnel présage une répercussion positive sur la vie des patients bipolaire en phase dépressive.

Avant de pouvoir élaborer un plan d'action, l'ergothérapeute aura besoin de mesurer le niveau d'engagement dans les occupations de son patient.

Pour ce faire, quel modèle conceptuel en ergothérapie utilisé ?

2.3 Le Modèle de l'Occupation Humaine : un modèle centré sur les occupations

2.3.1 Définition

D'après l'ouvrage de Morel-Bracq, « Les modèles conceptuels en ergothérapie, 2017 », les modèles conceptuels ont subi une évolution à la suite de l'apparition du troisième paradigme de l'ergothérapie. Celui-ci est « centré sur l'interaction personne-activité-environnement ».

Le Modèle de l'Occupation Humaine (MOH) fait partie des modèles conceptuels en ergothérapie. Il fût élaboré par Kielhofner, ergothérapeute (1949-2010) à la fin des années 80. Le MOH s'appuie sur le concept d'occupation humaine que Kielhofner

définit comme étant « une large gamme d'activités ». Plus précisément, il différencie à la fois les activités productives des activités de loisirs mais également des activités de vie quotidiennes. On entend par activités productives, toutes celles qui ont pour objectif de profiter à une personne, de créer ou encore de s'instruire. Ces activités peuvent être effectuées sur la base du salariat comme dans le cadre d'une profession et donc, permettre une rémunération, du bénévolat quand nous offrons nos services à une association ou encore en tant qu'étudiant ; ces dernières, quant à elles ne bénéficiant d'aucune rémunération. La notion de loisirs se réfère aux activités réalisées dans un but purement récréatif, c'est-à-dire celles qui mettent en jeu le sentiment de plaisir. Pour finir, les activités de vie quotidienne sont définies comme étant toutes les tâches qu'une personne réalise au cours de sa journée (soins personnels, préparation des repas, tâches ménagères).

Le MOH se divise en trois grandes catégories à la fois distinctes mais complémentaires les unes avec les autres. Elles sont nommées : l'Être, l'Agir et le Devenir (Figure 1)

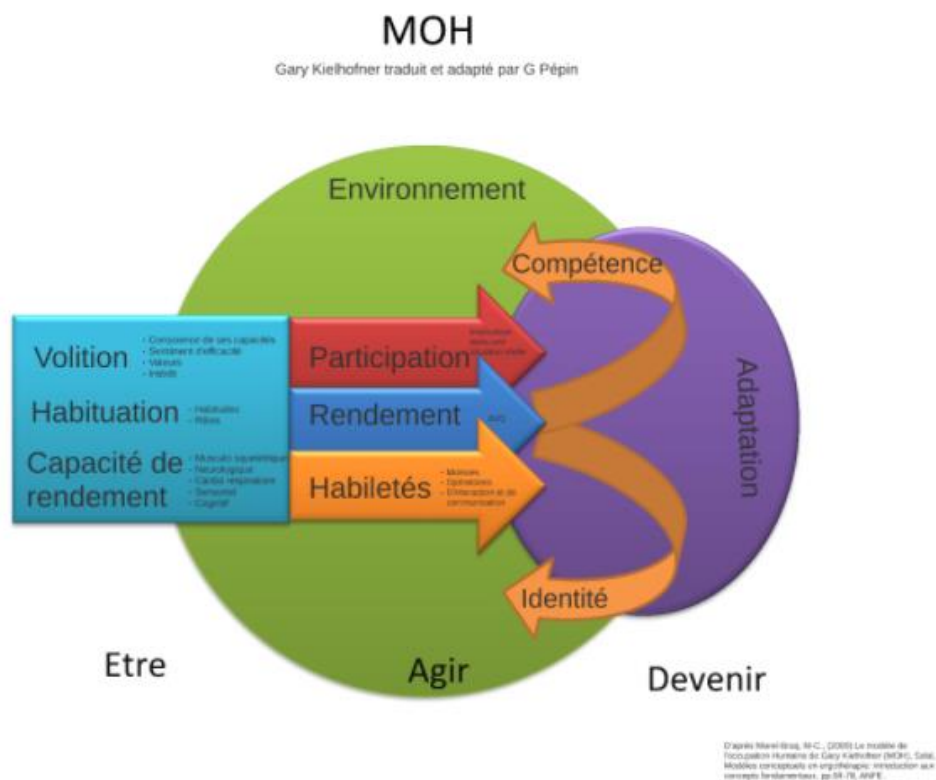


Figure 1 : Schéma du MOH de G. Kielhofner adapté et traduit par G. Pépin (Clémence01, Prezi.com)

En effet, selon la présentation que Mignet, Doussin et Sorita en font dans l'ouvrage de Morel-Bracq, les trois composantes formant l'Être soutiennent la façon d'Agir et le Devenir résulte de la combinaison entre l'Être et l'Agir. Ils précisent également que toutes ces composantes sont continuellement en interdépendance avec l'environnement. Ainsi, « *le tout évolue et se redéfinit constamment pour façonner l'individu au cours de son expérience* ».

Le MOH permet donc de connaître le degré d'adaptation d'une personne pour ses occupations.

2.3.2 L'Être

De prime abord, l'Être regroupe les trois composantes de la personne : la volition, l'habituatation et la capacité de performance.

Mignet et al (2017) stipulent que les trois notions que forme l'Être sont « *en interdépendance continue avec l'environnement, et le tout évolue et se redéfinit constamment pour façonner l'individu au cours de ses expériences* ».

Selon Kielhofner, « *la volition correspond à la motivation d'une personne à agir sur l'environnement* ». La volition permet à un individu de s'engager dans une activité que ce soit avant, pendant ou après sa réalisation (Morel Bracq, p98, 2015). Pour cela, ce processus s'appuie sur les valeurs, les centres d'intérêts ainsi que la causalité de la personne (Figure 2).

L'habituatation est divisée en deux composantes qui sont les habitudes et les rôles (Figure 3).

Au regard des explications en lien avec chacune des composantes, nous comprenons que l'habituatation permettra à un individu de s'organiser pour gérer sa vie quotidienne.

D'après l'ouvrage « *L'activité humaine : un potentiel pour la santé ?*, 2015 » la capacité de performance fait référence à « *la façon dont la personne accomplit ces activités* » p98. C'est-à-dire la possibilité de pouvoir atteindre des objectifs en fonctions des capacités détenues par la personne (Le partenaire, V13, p9, 2006) (Figure 4).

Nous nous sommes appuyés sur les différents auteurs cités ci-dessus pour schématiser les différentes composantes de l'Être et ainsi étayer nos propos.

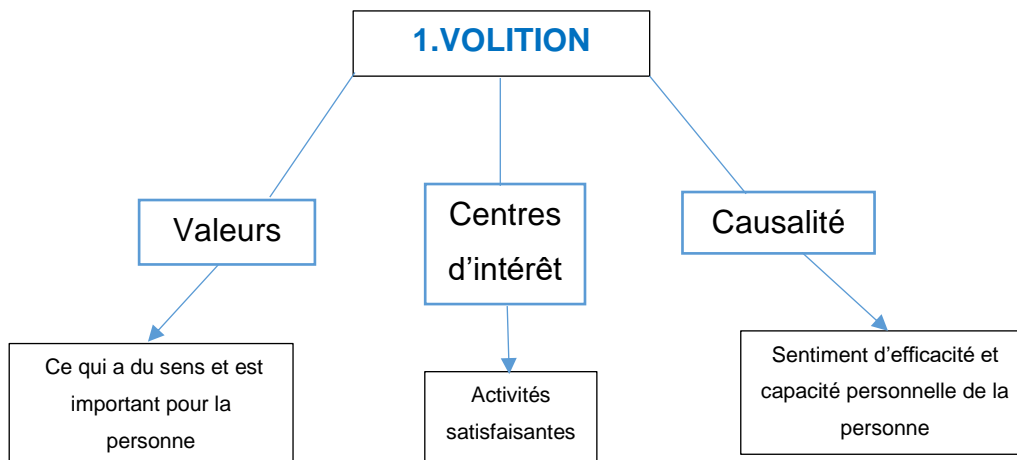


Figure 2 : Schéma de la volition du MOH de G. Kielhofner

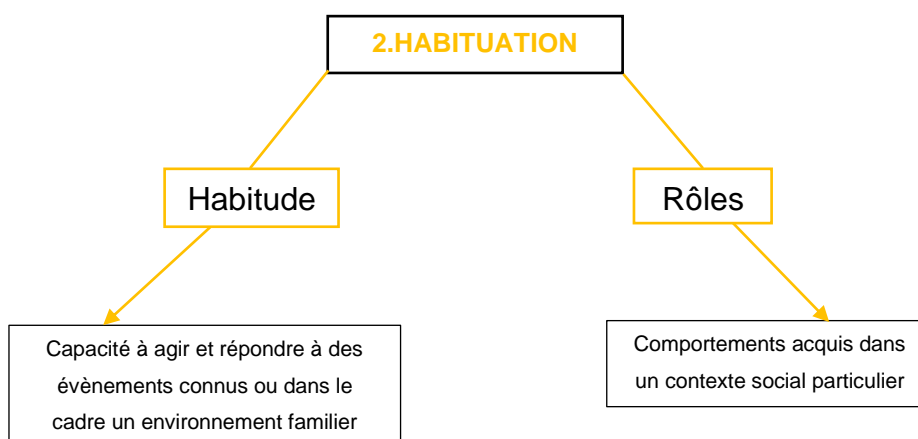


Figure 3 : Schéma de l'habitation du MOH de G. Kielhofner.

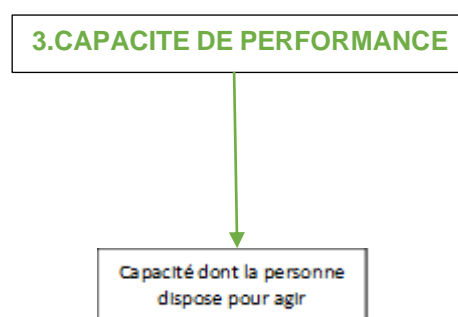


Figure 4 : Schéma de la capacité de performance du MOH de G. Kielhofner.

Par cette description, nous pouvons imaginer que lors de la phase dépressive, un individu voit les différentes composantes de son Être impactées. Par le fait, l'état dépressif ne permet peu ou pas à une personne de s'engager dans ses occupations de la même manière qu'elle le fera lors d'une phase de stabilisation de l'humeur.

2.3.3 L'agir

Ensuite, la notion de l'Agir correspond aux différents niveaux d'action que la personne utilise pour réaliser une occupation. Elles sont également au nombre de trois et regroupent :

- La participation occupationnelle
- La performance ou rendement occupationnel
- Les habiletés (Morel-Bracq, p75-76, 2017)

La participation occupationnelle correspond au fait d'agir globalement pour réaliser une occupation, à son engagement. Gary Kielhofner stipule qu'il est nécessaire d'être impliqué dans les actions menées pour réaliser nos occupations. Ainsi, celles-ci apporteront du bien-être à la personne qui les réalisent (Le partenaire, V13, p10,2006)

La performance occupationnelle fait référence à l'ensemble des tâches réalisées en lien avec la participation occupationnelle. Ces tâches pouvant avoir « des séquences d'actions orientées vers un but, caractérisées par des normes précises » (Le partenaire, V13, p11, 2006).

Les habiletés correspondent aux actions qui peuvent être observées lors de l'accomplissement d'une ou plusieurs occupations quel que soit sa nature.

Kielhofner décrit trois types d'habiletés (Figure 5).

MOTRICES	Permet de se déplacer ou de déplacer un objet lors de la réalisation d'une occupation.
OPERATOIRES	Permet de nous adapter et/ou nous organiser dans le but de mener à terme notre occupation.
COMMUNICATION ET INTERACTION	Permet de pouvoir échanger avec autrui et leur transmettre nos besoins et nos projets envers eux. Cela permet également de mettre en corrélation notre comportements et mots lors des échanges.

Figure 5 : Différents types d'habiletés selon G. Kielhofner

Chez une personne atteinte d'un trouble bipolaire, la phase dépressive amène cette dernière à voir son Agir diminué. En effet, comme évoqué précédemment, la personne va voir ses occupations s'interrompre pour la plupart. Cela sous-tend alors une diminution de sa participation occupationnelle, qui va ensuite se répercuter sur sa performance occupationnelle. Les différents types d'habiletés seront alors lésées, voire non utilisées pour certaines.

2.3.4 Le devenir : Les conséquences de l'agir

Enfin, Mignet (2017), explique que Kielhofner décrit le Devenir comme étant les conséquences de l'Agir et dans lequel il y regroupe deux termes : l'identité occupationnelle et la compétence occupationnelle.

Selon Kielhofner, « *l'identité occupationnelle réfère à la connaissance que nous avons de notre propre capacité, de nos intérêts, de notre efficacité, de notre satisfaction et de nos obligations, à partir de nos expériences passées. Cette connaissance sert à construire un système de valeur basé sur le futur que nous désirons* » (Le partenaire, Vol13, p.11, 2006). Morel-Bracq (2017), quant à elle, explique que l'identité occupationnelle est générée par « *l'accumulation des expériences vécues lors des différentes occupations* »

Pour finir, la compétence occupationnelle correspond à la mise en place et au maintien d'une routine de vie, d'occupations ayant du sens en lien avec son identité occupationnelle. Cela renvoie également à l'Être et plus particulièrement à un sous thème de l'habitation ; les rôles. Effectivement, la compétence occupationnelle renvoie à être capable de remplir ses obligations, responsabilités et donc ses divers rôles tout en étant en concordance avec nos valeurs (Marie-Chantal Morel-Bracq, p76, 2017).

Il paraît important de maintenir une routine d'occupation ayant du sens chez les personnes atteintes d'un trouble bipolaire dans le but de ne pas impacter leur identité occupationnelle par les symptômes de la phase dépressive.

2.3.5 L'environnement

Selon Kielhofner, le MOH conçoit l'environnement comme étant un élément offrant des « *possibilités, des ressources, des demandes et des contraintes* » (Le partenaire, V13, p10, 2006). Le contexte environnemental permet donc d'influencer la participation occupationnelle d'un individu. Deux contextes environnementaux sont définis par Morel-Bracq (2017) (Figure 6) :

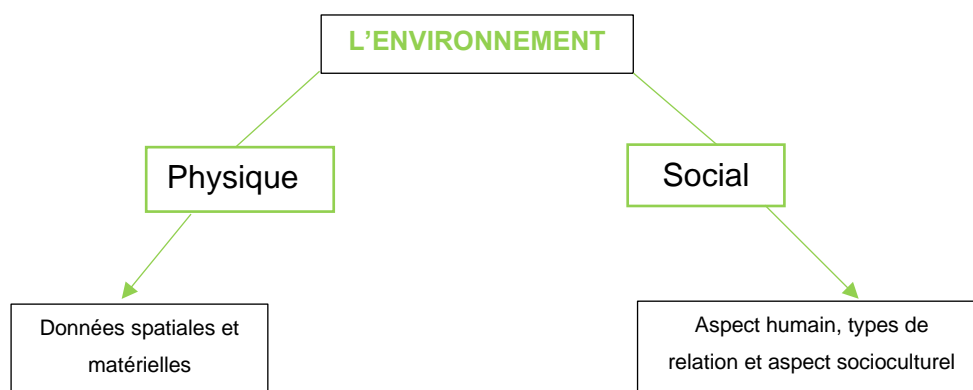


Figure 6 : Schéma de l'environnement du MOH de G. Kielhofner

Compte tenu de ces informations, il paraît donc important d'offrir un environnement stable offrant des possibilités et surtout des ressources afin qu'une personne bipolaire puisse évoluer de façon constante tout en maintenant les trois composantes de l'Humain.

Par cette description, nous comprenons donc que ce modèle est un allié pour les ergothérapeutes car également centré sur les occupations d'une personne. Selon Gaëlle Riou (2017), le MOH « est particulièrement pertinent en santé mentale ». Il semble être approprié pour évaluer et mesurer le niveau d'engagement ainsi que la participation occupationnelle d'une personne bipolaire lors de la phase dépressive. Nous pourrions alors, nous appuyer sur le MOH pour la mise en place d'action telle que l'autogestion, précédemment évoquée afin de permettre à ces personnes un maintien occupationnelle durant la phase dépressive. Toutefois, bien que ce modèle conceptuel semble être approprié, il sera nécessaire de procéder à une évaluation à l'aide d'un outil étalonné.

2.3.6 Quels sont les outils d'évaluation en lien avec le MOH ?

Comme évoqué dans le paragraphe présentant l'ergothérapie, la mise en place d'une quelconque action thérapeutique doit être précédée d'une évaluation faite par l'ergothérapeute. Cette évaluation s'effectuera à l'aide d'outils validés. Selon l'article de Manière et Lachenal-Mokhtari (2020), le Modèle de l'Occupation Humaine compte à son actif près de trente outils d'évaluation (tableau en Annexe II) utilisant différentes méthodes telles que :

- Les entretiens
- Les auto-évaluations
- Ceux basés sur l'observation
- Les checklists.

Les différents outils sont tous validés dans leur version originale, c'est-à-dire en anglais, mais certains peuvent être disponible en français (ANFE, 2021). Effectivement, selon l'ouvrage de Morel-Bracq « Les modèles conceptuels en ergothérapie, 2017 », le Centre de Référence francophone du Modèle de l'Occupation Humaine (CRMOH) « propose des traductions en Français des grilles d'évaluation ».

Nonobstant, elle précise qu'elles ne sont pas validées et que les manuels d'utilisation essentiel lors de la cotation ne sont ni traduits, ni validés en Français ; hormis un, l'Occupational Performance History-II (OPHI-II). Chacun des outils permettent en totalité ou en partie d'évaluer les composantes que forment les trois grandes catégories du Modèle de l'Occupation Humaine. Dans le cas de ce travail d'initiation à la recherche, nous allons axer le choix de l'outil sur le fait qu'il devra pouvoir évaluer l'identité occupationnelle ainsi que la compétence occupationnelle décrite dans le tableau des outils d'évaluation en lien avec le MOH ; celui-ci figurant en annexe, comme étant le concept de l'adaptation occupationnelle. La participation occupationnelle devra elle aussi faire partie des concepts à évaluer. La durée de passation devra être courte ; 30 à 45 minutes maximum.

Pour ce faire, le tableau des différents outils d'évaluation ainsi que l'arbre décisionnel recueilli dans l'article de l'Université de Laval (Annexe III) ont permis d'opter pour un outil en particulier ; il s'agit de l'Occupational Self-Assessment (OSA).

L'OSA est un outil d'autoévaluation permettant de mesurer la compétence occupationnelle en corrélation avec l'identité occupationnelle, de recueillir des informations sur la participation occupationnelle du patient ainsi que d'autres composantes du MOH (la volition, l'habitation et les habiletés). Un entretien est réalisé avec l'ergothérapeute à postériori de manière à valider cette autoévaluation (Université de Laval). D'après mes échanges avec l'Université de Laval à Québec, cet outil d'évaluation nécessite d'avoir en sa possession le manuel de passation. En effet, nous en avons besoin lors de la cotation de l'auto-évaluation.

Pourquoi avoir fait le choix de cet outil ?

De prime abord, il correspond aux attentes précédemment évoquées. Secondairement, sa passation est effectuée entre 20 et 30 minutes et est possible sur un large panel de patient, allant de l'adolescent à la personne âgée (Université de Laval).

2.4 Question de recherche et hypothèses

Au travers de la littérature des différents concepts, du lien et du cheminement effectué, la problématique de cette recherche est la suivante :

Comment l'ergothérapie favorise la mise en place de l'autogestion afin de permettre un maintien de l'identité occupationnelle des patients atteints d'un trouble bipolaire lors de la phase dépressive ?

Afin de répondre à cette question de recherche, j'ai formulé l'hypothèse suivante :

L'horaire occupationnel permet de consolider l'identité occupationnelle.

3 PHASE EXPERIMENTALE

Pour faire suite à cette première partie qui consistait à la présentation des notions théoriques des divers concepts du sujet de l'étude ; cette seconde partie, quant à elle, va s'intéresser à mettre en lumière le dispositif méthodologique et expérimental choisi dans le but de valider ou non l'hypothèse de la question de recherche.

De façon à respecter les étapes de rédaction de cette étude, je vais m'appuyer sur l'article de revue de Bossali et al, 2015.

3.1 Méthodologie de recherche

Titre de l'étude : *Evaluation de l'impact de l'horaire occupationnel sur les personnes bipolaires en phase dépressive.*

3.1.1 Quels sont les objectifs et les buts de l'étude ?

L'objectif de cette recherche est d'évaluer si l'utilisation de l'horaire occupationnel est bénéfique pour maintenir le niveau occupationnel des personnes atteintes d'un trouble bipolaire lors de la phase dépressive.

L'hypothèse accompagnant cet objectif est la suivante :

L'horaire occupationnel permet de consolider l'identité occupationnelle.

Pour cette étude des objectifs secondaires ont également été déterminés :

- Evaluer l'impact de l'horaire occupationnel sur la sphère de l'Être.
- Evaluer l'impact de l'horaire occupationnel sur la sphère du Devenir.

3.1.2 Retombées attendues

De prime abord, cette étude aspire à permettre aux personnes souffrant d'un trouble bipolaire et se trouvant dans la phase dépressive de garder une certaine impulsion pour effectuer leurs activités quotidiennes. Les bénéfices de l'utilisation de cet outil permettront de réduire l'impact des symptômes de la phase dépression sur le comportement de la personne. Ainsi, nous pourrons alors observer une amélioration du tableau clinique de ces personnes.

Puis, cela permettrait d'accroître la pratique professionnelle en ergothérapie en élargissant les perspectives de prise en soin. Si l'outil mis en place démontre à la suite de l'expérimentation des résultats probants, nous pourrons envisager de développer cette pratique.

3.1.3 Comment est réalisée la recherche ?

Un travail de recherche peut être effectué de manière différente du fait de l'outil de recueil de données utilisé. Celui-ci peut se faire par le biais d'entretien (directif, semi-directif ou libre), de questionnaire, d'une enquête de terrain ou bien d'un guide de passation de protocole de recherche (scribbr.fr, 2018).

De manière à valider ou non l'hypothèse préalablement émise, il est important de choisir l'outil de recherche le plus approprié. Au travers de mes recherches, j'ai

constaté qu'il y avait peu d'articles scientifiques et par conséquent peu d'études réalisées sur l'utilisation de l'horaire occupationnel auprès des personnes bipolaires. Rappelons que le but de cette recherche est d'évaluer si l'horaire occupationnel permet de consolider l'identité occupationnelle de la population cible.

De plus, pouvoir récolter un nombre suffisant de résultats pas le biais d'entretiens ou de questionnaires me paraissait compliqué. En effet, peu d'ergothérapeutes remplissent tous les critères ; c'est-à-dire travaillant ou essayant travailler en santé mentale, utilisant le MOH tout en s'intéressant à l'identité occupationnelle ainsi qu'utilisant l'horaire occupationnel.

Compte tenu des différents éléments cités précédemment et ceux en lien avec la recherche : l'objectif de cette recherche, l'hypothèse et la population cible, l'élaboration d'un guide de passation de protocole de recherche m'a paru le plus pertinent (Annexe IV : Synopsis)

En effet, celui-ci permettra de définir objectivement l'intérêt ou non de son utilisation.

Selon Bossali, (2015), « le protocole de recherche est un document rédigé par le chercheur où il décrit les différentes phases d'une étude de recherche [...]. Ainsi, le protocole de recherche est un engagement, un cahier des charges, une convention, un guide qui dicte les règles de conduite du chercheur pendant tout le processus du travail de recherche ».

La réglementation quant à la protection des personnes participants à une étude s'est vu simplifiée. Par le fait, la loi Jardé voté le 5 mars 2012 et redéfinie le 18 novembre 2016 a créé trois catégories distinctes en fonction du type de projet envisagé (Annexe V).

Ce guide de passation du protocole sera classé dans la catégorie 1, cette étude sera donc une recherche interventionnelle ne portant pas sur des médicaments, et consistera en un essai clinique. Etant donné qu'elle a pour objectif de tester un outil, celle-ci sera quantitative (Heron, 2020) mais également qualitative du fait qu'elle soit descriptive. Nous pouvons donc dire que cette étude sera mixte.

Ladite étude sera réalisée avec deux groupes : un groupe contrôle et un groupe expérimental. Afin de diminuer les éventuels biais possibles et de faire en sorte que les groupes soient le plus homogènes possible, un tirage au sort aléatoire sera donc effectué ; ce qui correspond à un essai contrôlé randomisé (scriptor.fr, 2021).

3.1.4 Considération éthique

De manière à respecter l'intégrité des participants, il est important et nécessaire de mettre en œuvre toutes les dispositions nécessaires. En se référant à la Déclaration de Helsinki 2004 (The World Medical Association, 2021), le respect des réglementations et des lois pourra être appliqué. Effectivement, elle décrit que « *la recherche médicale est soumise à des normes éthiques qui favorisent le respect de tous les êtres humains et protègent leur santé et leurs droits* ».

De prime abord, le patient a des droits et ces droits sont régis par les Articles 1110-1 à 1110-13 du Code de Santé Publique (Légifrance, Chapitre préliminaire ; Droits de la personne, 2021).

De plus, il est important de garantir le respect du secret médical. Celui-ci correspond au fait qu'un professionnel ne doit divulguer en aucun cas les informations qu'il détient sur un patient que ce soit en parti ou dans sa totalité (servicepublic.fr). Afin de conserver la confidentialité de chaque participant, l'attribution d'un numéro d'identification sera mise en place. Il est également envisageable de créer une base de données avec un dossier informatique spécifiquement conçu pour l'étude. Ainsi, l'ensemble des données relatives aux patients pourront être stockées et consultées à tous moments par les personnes autorisées.

Enfin, un formulaire de consentement (Annexe VI) reprenant toutes ces informations sera établi et devra être rendu signé après sa lecture.

3.1.5 Population concernée par l'étude

Cette étude est destinée aux personnes atteintes d'un trouble bipolaire. Le diagnostic de cette pathologie devra être posé par un médecin psychiatre en

corrélation avec les critères du DSM-V. Ce diagnostic permet d'exclure les personnes ayant un trouble dont les symptômes peuvent s'apparenter à ceux de la bipolarité mais également les personnes ayant des comorbidités.

Le diagnostic étant posé tardivement, nous ciblerons une population ayant plus de 18 ans. La conscience du trouble est également un critère à prendre en considération. Pour cela, un score de 9 ou plus correspondant à un bon niveau d'insight devra être évalué avec l'Echelle d'insight de Birchwood (Annexe VII). En effet, inclure dans l'étude des patients conscient de leur trouble permettra d'éviter des abandons en cours de l'étude et donc de réduire les biais.

Le recrutement des personnes se fera par le biais des critères d'inclusion et d'exclusion cités ci-après.

CRITERES D'INCLUSION		
CATEGORIES	CRITERES	RECOMMANDATIONS
Sexe	Hommes et Femmes	
Âge	Adultes à partir de 18ans	
Profil pathologique	Diagnostiqué comme ayant un trouble bipolaire	Bilan du médecin psychiatre et autorisation de participer au protocole.
Stade de la maladie	En phase dépressive	
Suivi médical	Être suivi en ergothérapie	Prescription médicale
Niveau d'insight	Score de 9 ou plus	Echelle d'insight de Birchwood
Langage et communication	Lire, comprendre et parler le français	

Consentement	Recueillir l'accord du patient oral et écrit	Formulaire de consentement libre et éclairé signé
--------------	--	---

CRITERES D'EXCLUSION		
CATEGORIES	CRITERES	RECOMMANDATIONS
Profil pathologique	Être atteint de comorbidité	Diagnostic du médecin
Suivi médical	Ayant déjà eu recours à l'horaire occupationnel	

3.1.6 Comment est élaboré un protocole ?

D'après l'article de Bossali et al (2015) la rédaction d'un protocole de recherche demande de suivre une certaine structuration, plus précisément de type IMRAD. IMRAD signifie Introduction, Matériel et Méthode, Résultats, And et Discussion. Ils stipulent que ces onze parties doivent apparaître :

- 1 -Titre de l'étude
- 2 - Introduction
- 3 - Problématique
- 4 - Hypothèse
- 5 - Objectifs de l'étude
- 6 - Généralités
- 7 - Méthode de l'étude
- 8 - Calendrier
- 9 - Budget
- 10 - Bibliographie
- 11 - Conflits d'intérêts

Elles seront regroupées dans la structuration IMRAD. Ainsi, les six premiers items seront intégrés dans la partie « introduction », les items de 7 à 9 dans la partie « matériel et méthode ». Bossali et al évoque la partie « résultat » en stipulant qu'aucun élément ne pourra y figurer tant que le protocole n'aura pu être expérimenté. Quant à la bibliographie, elle apparaîtra dans la partie discussion.

La partie « matériel et méthode » se trouve être la plus importante de la rédaction d'un protocole. En effet, elle va détailler et structurer l'expérimentation. Ces mêmes auteurs montrent que celle-ci va permettre aux personnes qui effectueront l'expérimentation de suivre une même démarche. Ainsi, ils ne pourront pas modifier la façon de faire au cours de l'étude au risque de créer des biais et ainsi de fausser les résultats. Nous pouvons remarquer dans l'article de Bossali, que cette partie comporte 8 items décrit ci-dessous :

1 - le cadre de l'étude

Nous devons y indiquer le cadre spacio-temporel, c'est-à-dire, le lieu, la durée des séances et son nombre, la durée de l'étude, le nombre de participant, les professionnels concernés.

2 - le type de l'étude

Définir si l'étude sera qualitative ou quantitative, méthode hypothético-déductive, interventionnelle ou non interventionnelle.

3 - la période de l'étude

Cet item permet de définir à quelle date l'étude sera expérimentée.

4 - la population de l'étude

- ⇒ *Critères d'inclusion*
- ⇒ *Critères d'exclusion*
- ⇒ *Méthode d'échantillonnage*

Nous devons mentionner comment nous sélectionnons les participants, sur quels critères (par exemple âge, sexe, pathologie...). Il est bon de noter que les critères d'exclusion ne sont pas l'inverse des critères d'inclusion.

5 – les techniques et outils de collecte

Pour cette étape, nous expliquons comment et avec quel outil nous allons récolter les données : les entretiens (directif, semi-directif ou libre), les questionnaires, des évaluations ou auto-évaluations.

6 – considérations éthiques et administratives

Dans cette partie nous évoquons les lois et réglementations afin de préserver les droits de chaque participant. Nous certifions le respect du secret médical, la confidentialité. Le respect des données, elles seront utilisées uniquement à des fins expérimentales. Le recueil du consentement du patient sera également stipulé.

7 – le plan d'analyse des résultats

Cette partie va permettre de connaître la manière dont les résultats seront interprétés.

8 – les éventuelles difficultés rencontrées

Dans cette catégorie peut apparaître tous les éléments qui peuvent nous avoir posé un problème mais sans que cela constitue un biais pour l'étude. Par exemple cela peut être sur le recrutement à proprement parlé des participants.

Compte tenu du fait que cette étude soit de l'initiation à la recherche et donc que le futur protocole ne sera pas mis en pratique, le choix de supprimer quelques items a été fait. Le déroulé du protocole qui suit n'est pas représentatif dans sa totalité de ce qui est cité ci-dessus. Effectivement, les titres des catégories ne sont pas identiques. Le choix de scinder en deux parties distinctes la méthodologie à proprement parlé et le guide de passation du protocole a été fait.

3.2 L'élaboration du protocole

3.2.1 Le recrutement des participants

J'ai fait le choix d'élaborer ce protocole (Annexe VIII) pour les personnes étant hospitalisées afin de mettre en place une stratégie d'autogestion en vue d'un retour à domicile.

Compte tenu du fait que l'ergothérapeute intervient sur prescription médicale, le recrutement se fera donc par le biais du médecin psychiatre. Pour cela un courrier (Annexe IX) sera préalablement envoyé à l'établissement de santé mentale environnant et plus précisément au secteur prenant en charge les patients atteints d'un trouble bipolaire. Celui-ci aura pour objectifs de lui présenter l'intitulé de cette étude. Il aura pour mission de sélectionner les patients qui sembleront être éligibles à ce protocole. Une fois cette étape effectuée, le psychiatre recevra chaque patient pour leur faire part de l'étude à venir lors d'un entretien initial.

Parallèlement, un courrier explicatif (Annexe X) présentant l'étude sera également envoyé aux ergothérapeutes des mêmes structures. Celui-ci, quant à lui, permettra de les informer sur l'étude envisagée mais également de recruter un ergothérapeute intéressé. En effet, étant le professionnel à même de prodiguer ce suivi et d'évaluer les différentes composantes citées précédemment, il sera nécessaire de recruter sur la base du volontariat un ergothérapeute pour effectuer les séances et ainsi mettre en place ce protocole.

A la suite des entrevues, le médecin psychiatre pourra élaborer la liste des personnes remplissant les critères de sélection et étant intéressées à participer à ce projet. Cette liste sera alors transmise à l'ergothérapeute.

Un entretien permettra à l'ergothérapeutes de présenter l'étude et ainsi recueillir le consentement libre et éclairé (Annexe VI) du patient.

Dix patients seront recrutés et répartis dans deux groupes distincts de cinq personnes chacun : un groupe expérimental et un groupe contrôle. La répartition sera effectuée

par une randomisation afin de diminuer les biais et d'avoir une répartition homogène dans chaque groupe. Ce nombre de participants me paraît idéal pour réaliser cet essai clinique. Par le fait, un nombre de cinq personnes par groupe lors des séances d'ergothérapie me semble être un bon compromis pour que les patients se trouvant en phase dépressive puissent trouver plus facilement leur place et s'entraide mutuellement.

3.2.2 Quelles sont les évaluations utilisées et pourquoi ?

Pour commencer, un entretien initial avec l'ergothérapeute en charge de l'expérimentation aura lieu avec chaque patient des deux groupes une semaine avant la mise en place du protocole et ce, dans le but de connaître et comprendre leurs habitudes de vie, leurs occupations et savoir comment ils organisent leur journée autour de ces dernières. À la suite de ces échanges, ils établissent ensemble l'horaire occupationnel (Annexe X). Le support utilisé est extrait du site internet de Julie Massé, ergothérapeute (2021).

A J-7 : Lors de cet entretien, ils devront remplir une fiche concernant l'engagement dans leur activité (Annexe I) tirée de l'ouvrage de Krupa et al. L'auto-évaluation Occupational Self-Assessment (OSA) sera également complétée. Les participants du groupe expérimental recevront un journal de bord afin de noter l'utilisation de leur temps recopié également de l'ouvrage de Krupa (Annexe I).

A J+3 mois, une nouvelle fiche de mesure de l'engagement sera complétée de manière à noter si le patient perçoit une modification. Elle sera accompagnée d'un bref entretien de 10 min afin de répondre à d'éventuels questionnements mais également recueillir leur ressenti général.

A J+6 mois : une nouvelle passation de l'OSA ainsi que la mesure de l'engagement seront effectuées pour clôturer cette expérimentation. Elle sera, elle aussi accompagnée d'un entretien d'une trentaine de minutes afin de faire le point avec le patient et recueillir les données.

3.2.3 Déroulement de l'étude

Lors de la phase théorique, j'évoquais l'étude citée dans l'ouvrage de Krupa qui stipule que l'utilisation de l'horaire occupationnel avait eu un effet bénéfique. Néanmoins, cette étude n'avait pas permis d'opérer des changements sur toutes les sphères de la vie. C'est pour cela que j'ai choisi d'élaborer ce protocole pour une durée de six mois.

L'étude se déroule à raison d'une séance hebdomadaire, soit 24 séances d'1h30. Les cadres d'entretien et de séance sont identiques pour les deux groupes. Comme stipulé précédemment, un ergothérapeute aura la charge de la passation de ce guide de protocole, il sera également l'examineur lors des évaluations. En effet, l'ergothérapeute effectuera les différentes évaluations lors de cette étude.

Cadre des entretiens

Quel que soit l'entretien effectué, celui-ci se déroule dans une salle du service X au sein du centre hospitalier X. La pièce est calme, lumineuse et fermée afin de respecter la confidentialité.

Cadre des séances

De la même manière que pour les entretiens, les séances se font également au sein du centre hospitalier X. La salle est lumineuse, spacieuse de manière à permettre une circulation fluide et fermée. Il est possible de mettre une musique calme en fond sonore.

Chaque séance débute par un temps d'accueil en proposant une boisson chaude (thé ou café). Ce temps permettra aux patients de se présenter les uns les autres lors de la première séance. Par la suite ce temps d'accueil aura pour but de recueillir le ressenti des personnes et d'évoquer leur semaine passée.

Concernant les activités proposées, celles-ci sont de nature créative (peinture, mosaïque, fil tendu...). Ce type de médiation est un bon choix pour valoriser le travail des patients. Réaliser quelque chose de concret qu'ils pourront garder est important pour l'estime de soi.

Le déroulement des séances est établi identiquement pour les deux groupes avec :

- Un temps d'accueil (10min)
- Le choix de l'activité (5 min)
- Le temps de réalisation (1h)
- Un temps de rangement (10 min)
- Un temps pour clore la séance (5min)

Groupe A= Groupe expérimental :

Les participants du groupe A sont les personnes qui se verront attribuer l'outil mis en lumière dans cette expérimentation.

En concomitance du suivi en ergothérapie, les participants du groupe expérimental ont reçu un journal de bord afin d'y annoter les occupations qu'ils réalisent durant leur journée et ainsi le comparer avec leur horaire occupationnel préalablement établi. Les participants de ce groupe ont l'obligation de se rendre aux visites d'évaluations initiale, intermédiaire et finale.

Les participants du groupe A bénéficient donc de l'horaire occupationnel en supplément de leur suivi habituel en ergothérapie pendant 6 mois, à raison d'une séance hebdomadaire d'1h30.

L'étude pour ce groupe est scindée en deux parties :

- Une phase d'apprentissage de la 1^{ère} à la 12^{ième} séance
- Une phase d'autonomie de la 13^{ième} à la 24^{ième} séance

La phase d'apprentissage :

Avant le début de la séance, l'ergothérapeute passe dans chaque chambre pour faire un rappel de la séance à venir. Il demande alors au patient de se référer à son planning pour qu'il verbalise l'heure et le lieu de la séance. Si cela n'est pas fait, l'ergothérapeute effectue un rappel et demande au patient de penser à prendre son journal de bord.

Une fois en séance, le déroulé suit la trame déjà évoquée. La phase d'apprentissage permet aux participants de s'approprier l'outil, de gérer son utilisation mais aussi d'initier de manière autonome l'engagement dans les occupations.

Avant de clore la séance, les participants de l'étude sont invités à compléter leur journal de bord. Pour cela, l'ergothérapeute en charge de l'expérimentation explique à chacun comment remplir le journal de bord et l'intérêt que cela leur apporte. Les participants peuvent ainsi poser des questions ou se faire aider s'ils en expriment le besoin.

La phase d'autonomie :

Elle permet d'observer le comportement des patients face à leur occupations. C'est-à-dire si le patient arrive à gérer son horaire occupationnel en toute autonomie. Lors de cette phase, l'ergothérapeute ne procède à aucun rappel, que ce soit en chambre avant la séance ou bien pour compléter son journal de bord. Les séances se déroulent sur la même base en suivant les cinq étapes.

Groupe B = Groupe contrôle

Le groupe B a le rôle du groupe contrôle. Les personnes réparties dans celui-ci ne bénéficient d'aucune prise en soin additionnelle. Ils effectuent uniquement le suivi en ergothérapie habituel pendant la durée intégrale de l'expérimentation. L'étude n'est donc pas scindée en deux parties. Les participants du groupe B doivent également se rendre obligatoirement aux visites d'évaluations initiale, intermédiaire et finale.

Le choix de mettre en place un groupe contrôle s'explique par le fait que l'étude en question est de nature exploratoire. Elle permettra de comparer les recueils de données récoltés lors des différentes évaluations pour ainsi évaluer l'efficacité de l'outil.

3.2.4 Méthode de collecte et analyse des données envisagées

Comme déjà cité, le but de cette étude est de mettre en exergue l'intérêt d'utiliser l'horaire occupationnel afin de maintenir le niveau d'occupation des patients et ainsi consolider leur identité occupationnelle.

Pour ce faire, j'envisage de recueillir l'opinion des participants du groupe expérimental et témoin par le biais d'auto-questionnaire (mesure de l'engagement (Annexe I) et OSA).

Une fois le recueil de données récoltées, une analyse sera effectuée afin de pouvoir « comparer » les réponses des 2 groupes et pouvoir établir des statistiques. La mesure de l'engagement permettra d'observer quelles sont les occupations réalisées et avec quel degré d'implication.

L'Université de Laval stipule que l'OSA permet de mesurer la compétence occupationnelle des patients en corrélation avec son identité occupationnelle, de recueillir des informations sur leur participation occupationnelle ainsi que d'autres composantes du MOH (la volition, l'habituación et les habiletés).

Dans un premier temps, une comparaison entre l'évaluation initiale et finale sera effectuée dans chaque groupe.

Dans un second temps, les résultats des groupes A et B seront croisés pour permettre de les étudier et établir les statistiques de l'expérimentation.

4 DISCUSSION

4.1 Les biais de l'étude

Bien que l'expérimentation de ce guide de passation de protocole n'ait pas été faite, il est important de souligner que certains biais pourront influencer les résultats de l'étude.

Tout d'abord, des biais de méthodologie en lien avec l'appropriation personnelle de ce guide pourront apparaître. Par le fait, les ergothérapeutes suivront une trame

détaillée du déroulement du protocole mais la connaissance et/ou la maîtrise du modèle conceptuel, soit le Modèle de l'Occupation Humaine ainsi que celles de l'horaire occupationnel ne seront pas identiques pour tous ce qui constituera un biais qui n'est pas à négliger. L'appropriation des participants sur l'horaire occupationnel pourra engendrer un biais si celle-ci n'est pas effective.

Un biais de sélection peut être observé. Effectivement, du fait d'un échantillon de petite taille ; l'engagement des participants dans cette étude va jouer un rôle prépondérant. Effectivement si l'engagement n'est pas constant, cela pourra entraîner soit un arrêt de participation de la part du patient et donc fausser les résultats en raison de groupe non équitable.

Etant donné que l'ergothérapeute qui effectuera la passation du guide de protocole sera la même personne qui réalisera les évaluations, il sera possible que cela engendre un biais de mesure.

L'aspect relationnel faisant partie des biais affectifs est également à prendre en compte dans l'influence des résultats. Mon protocole utilise des entretiens en corrélation des auto-évaluations ; des échanges entre deux personnes ; ergothérapeute et patient seront donc nécessaire. Les facteurs humains, tels que l'attitude ou la personnalité de l'ergothérapeute vont entrer en jeu dans la relation soignant/soigné. De plus, l'aspect relationnel avec les autres participants peut également influencer les résultats pour les mêmes raisons.

4.2 Les limites de l'études

Lors de l'élaboration de ce guide de passation, différentes limites ont été identifiées.

Premièrement, la quantité limitée de bibliographie concernant l'horaire occupationnel. En effet, cela sous-tend à penser que cet outil n'est pas ou peu utilisé mais également qu'il n'est pas mis en lien avec le Modèle de l'Occupation Humaine mais plutôt avec le Modèle Canadien du Rendement Occupationnel (MCRO) stipulé dans « L'action contre l'inertie » de Krupa.

Deuxièmement, le fait de n'avoir passé à la fois ni d'entretien, ni de questionnaire en amont de la rédaction de ce guide ne m'ont pas permis de recueillir des données concernant la pratique professionnelle des ergothérapeutes exerçant en santé mentale. Par le fait, je n'ai pas connaissance des statistiques de professionnels utilisant le MOH et l'horaire occupationnel.

L'Occupational Self-Assessment fait partie des limites et ce, pour plusieurs raisons. Pour commencer, j'ai contacté l'Université de Laval pour me procurer la grille de cotation. La personne que j'ai eu m'a indiqué qu'il serait possible qu'elle me l'envoie à condition que je puisse me référer au manuel de passation car sans celui-ci la cotation est impossible. Elle m'a fait part également du fait que je ne pourrais obtenir la grille dans son intégralité du fait que le manuel soit que partiellement traduit. De plus, elle souligne qu'aucune étude n'a été complétée pour évaluer la qualité métrologique de cette traduction française. N'ayant pas eu la possibilité de me faire prêter le manuel, je n'ai pas pu me procurer la grille de cotation. C'est pour ces raisons que l'OSA ne fait pas partie des annexes.

Troisièmement, les résultats de l'étude ne peuvent être généralisés à l'ensemble de la population bipolaire en phase dépressive du fait de la petite taille de l'échantillon n=10.

Enfin, la non-expérimentation de ce guide de passation ne permet pas de valider ou rejeter l'hypothèse émise.

[4.3 Quels sont les apports de l'études sur le plan personnel et professionnel ?](#)

Ce travail d'initiation à la recherche m'a permis de mettre en lumière mes savoirs sur le trouble bipolaire et d'apporter un projet d'accompagnement pour cette population lors de la phase dépressive. Une approche centrée sur le patient étant le maître mot de l'ergothérapie et de ses professionnels, il était tout naturel de choisir de m'appuyer sur le MOH, d'utiliser des outils d'évaluations et de proposer une stratégie d'autogestion allant dans ce sens.

Au-delà de ces compétences théoriques, l'élaboration de ce mémoire m'a aidé à développer des compétences rédactionnelles telles que la synthèse, la hiérarchisation des idées et de créer du lien. Ces compétences me seront utiles dans ma future pratique professionnelle.

En effet, je l'utiliserai d'une part pour la rédaction des comptes-rendus de bilan ou bien dans l'élaboration d'un plan de prise en soin.

D'autre part, je pourrai m'appuyer sur ce travail afin de mettre en œuvre des projets pour faire évoluer notre pratique et promouvoir l'ergothérapie.

Enfin, étudier cette population m'a permis au travers mes recherches et lectures de conforter mon choix de travailler dans le domaine de la santé mentale une fois diplômée.

4.4 Les perspectives envisagées

Afin de poursuivre mon travail de recherche, il serait intéressant de le présenter aux ergothérapeutes travaillant auprès de personnes ayant un trouble bipolaire de manière à savoir si ce protocole est réalisable. Si leurs réponses s'avèrent favorables, il serait envisageable d'expérimenter ce protocole sur un patient test remplissant tous les critères d'inclusion.

Cette expérimentation permettra d'effectuer des ajustements sur le guide de passation. Notamment, sur l'outil d'évaluation : OSA.

Tout d'abord du fait qu'il faille investir dans l'outil (manuel + grille de cotation) si celui-ci n'est pas présent sur la structure. L'Université de Laval m'a transmis un lien (moho web) vers lequel l'achat du manuel est possible (40\$ frais de port non compris).

Ensuite, sur le fait que le manuel de passation ne soit que partiellement traduit. Il serait également envisageable de prévoir une personne dédiée à la passation des évaluations ainsi cela permettrait de contrer un biais de mesure cité préalablement.

Pour finir, il est à mon sens nécessaire d'avoir des connaissances approfondies sur le modèle conceptuel en lien avec cet outil, c'est-à-dire avec le Modèle de

l'Occupation Humaine. Des lectures ou même une formation sur celui-ci serait possiblement envisageable pour les professionnels intéressés.

De plus, afin de poursuivre ce travail de recherche, une demande d'autorisation auprès de l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé (ANSM) pourrait être effectuée. Pour faire suite à cet accord, les Comités de Protection des personnes (CPP) pourront émettre leur avis. Ainsi, l'obtention des autorisations permettra d'expérimenter ce protocole afin de valider ou réfuter l'hypothèse émise : L'horaire occupationnel permet de consolider l'identité occupationnelle.

Par conséquent, à la suite de l'expérimentation, deux hypothèses seront envisageables concernant l'appropriation de l'horaire occupationnel :

- Appropriation de l'horaire occupationnel : cela permettra aux patients d'aller vers une autonomisation
- Non appropriation de l'horaire occupationnel : il faudra donc revoir une autre stratégie d'autogestion.

CONCLUSION

Le trouble bipolaire affecte entre 1% et 2,5% de la population française. Il s'exprime par l'alternance de phase : maniaque et dépressive. Lors de ces différentes phases, l'individu voit ses occupations, et par conséquent, son identité occupationnelle modifiées. Je me suis intéressée aux personnes traversant la phase dépressive. Celle-ci étant pour moi la plus impactée. Alors, comment faire pour que les individus atteints de cette pathologie et traversant une phase dépressive maintiennent leur identité occupationnelle ?

Dès lors que nous connaissons les compétences de l'ergothérapeute et l'intérêt qu'il porte aux occupations nous savons que sa place est légitime pour répondre à ce questionnement.

De plus, de façon à soutenir une approche centrée sur le patient, j'ai fait le choix de mettre en évidence un modèle conceptuel en ergothérapie allant dans ce sens : le Modèle de l'Occupation Humaine (MOH), mais également un de ses nombreux outils d'évaluation l'Occupational Self Assessment (OSA).

L'objectif de ce travail de recherche a été de mettre en exergue une stratégie d'autogestion, l'horaire occupationnel, afin de permettre aux patients en phase dépressive de maintenir un niveau d'occupation permettant ainsi, de consolider leur identité occupationnelle.

Pour ce faire, l'élaboration d'un guide de passation du protocole de recherche a été effectué dans le but de valider ou de rejeter l'hypothèse. Ce dernier visait à décrire la mise en place de l'horaire occupationnel et de mettre en lumière l'intérêt d'utiliser cet outil.

Cependant, l'expérimentation de ce guide de passation du protocole n'ayant pas été effectuée nous ne pouvons répondre à la problématique.

Toutefois, si une expérimentation future de ce protocole de recherche s'avérait concluante, il serait intéressant de s'interroger sur l'utilité de cet outil au sein du milieu carcéral. Par le fait, l'identité occupationnelle est liée aux différentes occupations qu'un individu réalise. Or, les détenus voient leurs occupations se modifier et être réduites par les restrictions dû à leur détention. Durant l'enfermement, les occupations qui rythmaient leur journée avant la détention changent. L'équilibre occupationnel et donc

l'identité occupationnelle est, elle aussi modifiée. Alors comment faire pour les aider à maintenir leur identité occupationnelle ?

Liste des références

Ouvrages :

- Morel, M.-C., Trouvé, E., Offenstein, E., Quevillon, E., Riguet, K., Hernandez, H., Ung, Y. & Gras, C. (2015). *L'activité humaine : Un potentiel sur la santé ?* De Boeck Solal.
- Morel-Bracq. M.-C. (2017). *Les modèles conceptuels en ergothérapie: Vol. 2e édition.* De Boeck Supérieur.
- Parkinson, S., Forsyth, K. & Kielhofner, G. (2017). *MOHOST – Outil d'évaluation de la participation occupationnelle.* De Boeck Supérieur.
<https://www.calameo.com/books/0000158569e9e9ddf28cf>
- Pull, C. B. (2014). 3. Classification des troubles bipolaires : De la CIM-9 à la CIM-11 et du DSM-III au DSM-5. In *Les troubles bipolaires* (p. 17-24). Lavoisier.
<https://www.cairn.info/les-troubles-bipolaires--9782257205650-page-17.htm>

Articles :

- AQRP. (2006). *Le Partenaire*, 13(1). <https://aqrp-sm.org/wp-content/uploads/2013/05/partenaire-v13-n1.pdf>
- Bossali, F., Ndziessi, G., Moussilao, N. P., Ouendo, E. M., Koura, F. N., Houinato, D., Kapo-Chichi, J., Makoutodé, M., Matongo, H. A., Ibara, J. R., & Assori-Itoua-Ngaporo. (2015). Le protocole de recherche : Étape indispensable du processus de recherche garantissant la validité des résultats. *Hegel*, N° 1(1), 23-28.
- Briand, C., & Bédard, M. (2019). L'ergothérapeute : un agent de changement et un leader pour une recherche en santé mentale axée vers le rétablissement. *Revue Francophone De Recherche En Ergothérapie*, 5(1), 3-9.
<https://doi.org/10.13096/rfre.v5n1.150>
- Castra, M. (2012). Identité. *Sociologie*.
<http://journals.openedition.org/sociologie/1593>

- Hale, S. (2019). Être à l'écoute des clients : Stratégies d'autogestion pour mieux vivre avec un trouble bipolaire. *Revue Francophone de Recherche en Ergothérapie*, volume 5(1).
- Jones, S., Deville, M., Mayes, D., & Lobban, F. (2011). Self-management in bipolar disorder: The story so far. *Journal of Mental Health*, 20(6), 583-592. <https://doi.org/10.3109/09638237.2011.600786>
- Leufstadius, C., & Eklund, M. (2014). Time use among individuals with persistent mental illness: Identifying risk factors for imbalance in daily activities, *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 21:sup1, 53-63. <https://doi.org/10.3109/11038128.2014.952905>
- Marrière, S., & Lachenal-Mokhtari, F. (2020). Avec le MOH, « j'ergonne » toujours ! Ou comment les approches psychodynamiques et en science de l'occupation peuvent s'enrichir. *Ergothérapies*, 77, 57-65.
- Packer, T. (2019). Une approche de l'autogestion centrée sur les occupations. *Actualités ergothérapiques*, 13.5. https://www.caot.ca/document/3960/AE_Sept_11.pdf.
- Pignon, B., Tebeka, S., Leboyer, M., & Geoffroy, P.-A. (2017). De « Psychose maniaco-dépressive » à « Troubles bipolaires » : Une histoire des représentations sociales et de la stigmatisation en rapport avec la nosographie. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 175(6), 514-521. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2016.02.015>
- Santos, R., & Charnay, P. (2017). Trouble bipolaire : Nouvelles pistes diagnostiques et thérapeutiques fondées sur la reprogrammation cellulaire. *Médecine /sciences*, 33(12), 1048-1050. <https://doi.org/10.1051/medsci/20173312010>
- Zanchettin, M. C. (2006). *L'ergothérapie auprès des personnes souffrant de troubles psychiques*. <http://lerelais.ch/wp-content/uploads/2012/08/Ergoth%C3%A9rapie-24-04-06.pdf>

Textes réglementaires :

- *Ald_23__lap_troubles_bipolaires_web.pdf*. (s. d.). Consulté 5 janvier 2021, à l'adresse https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2009-09/ald_23_lap_troubles_bipolaires_web.pdf

- *Ald_23_gp_troublebipolaire_web.pdf*. (s. d.). Consulté 24 septembre 2020, à l'adresse https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2011-01/ald_23_gp_troublebipolaire_web.pdf
- *Arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'État d'ergothérapeute, annexe I*. (s. d.). Consulté 7 janvier 2021, à l'adresse https://anfe.fr/images/stories/doc/telechargement/TO_arrete_5_juillet_2010.pdf
- *Chapitre II : Information de la personne qui se prête à une recherche impliquant la personne humaine et recueil de son consentement (Articles L1122-1 à L1122-2)*. Légifrance. (s. d.). Consulté 9 avril 2021, à l'adresse https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISC_TA000006171000/#LEGISCTA000025457449
- *Chapitre préliminaire : Droits de la personne (Articles L1110-1 à L1110-13)*. Légifrance. (s. d.). Consulté 9 avril 2021, à l'adresse https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISC_TA000006170991/#LEGISCTA000006170991
- HERON, A. M. (2020). La loi Jardé en 4 minutes. *SoEpidemio*. <https://soepidemio.com/2020/01/22/la-loi-jarde-en-4-minutes/>
- *Hospitalisation pour troubles mentaux*. (s. d.). Consulté 5 janvier 2021, à l'adresse <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F761>
- *Secret médical*. (2021). Consulté 9 avril 2021, à l'adresse <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F34302>
- Système de santé et médico-social. (2020). *Recherches impliquant la personne humaine*. Ministère des Solidarités et de la Santé. <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/recherche-et-innovation/recherches-impliquant-la-personne-humaine/>
- *Troubles bipolaires : Diagnostiquer plus tôt pour réduire le risque suicidaire*. (2015). Haute Autorité de Santé. Consulté 24 septembre 2020, à l'adresse https://www.has-sante.fr/jcms/c_2560925/fr/troubles-bipolaires-diagnostiquer-plus-tot-pour-reduire-le-risque-suicidaire
- *Troubles bipolaires : repérage et diagnostic en premier recours*. (2014). Consulté 24 novembre 2020, à l'adresse https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-06/troubles_bipolaires_reperage_et_diagnostic_en_premier_recours_-_note_de_cadrage_2014-06-13_10-53-16_714.pdf

- WMA - *The World Medical Association-Declaration of Helsinki 2004*. (1964). Consulté 9 avril 2021, à l'adresse <https://www.wma.net/wp-content/uploads/2016/11/DoH-Oct2004.pdf>

Sitographie :

- Activités et médiations - Médiations expressives (2015). *Ergospy*. Consulté 14 février 2021, à l'adresse <http://ergopsy.com/mediations-expressives-a403.html>
- Baron, K., Kielhofner, G., Lyenger, A., Goldhammer, V. & Wolenski, J. (2006). OSA. *Outils d'évaluation - Centre de référence du modèle de l'occupation humaine*. Consulté 30 mars 2021, à l'adresse <https://crmoh.ulaval.ca/outils-devaluation/osa/>
- Bonnot, C. (2016). MOH. Consulté 16 avril 2021, à l'adresse https://prezi.com/ye2jvfpw_xde/clemence01/
- *Comment rédiger un protocole de recherche ? Structure d'un protocole de recherche* (s. d.). Consulté 6 mai 2021, à l'adresse https://www.usherbrooke.ca/dep-medecine-famille/fileadmin/user_upload/outil_rediger_protocole_2017-05-17_MiLuc.pdf
- *Dépression : Implication de l'ergothérapeute*. (2018). *Physiothérapie Universelle*. <https://physiotherapieuniverselle.com/blogue/depression-implication-de-lergotherapeute/>
- *Ergothérapie en santé mentale*. (2015). *Physio Ergo+*. Consulté 30 octobre 2020, à l'adresse <http://www.physioergoplus.com/ergotherapie/sante-mentale/>
- Garceau-Tremblay, Z., Laforest-Tanguay, E., Pituch, E. & Thériault, J. (2011). *Horaire occupationnel*. <http://maaz.ihmc.us/rid=1K34CQ998-2DGMDZG-14FS/Horaire%20occupationnel.pdf>
- *Guide pour rédiger un formulaire de consentement*. (s. d.). Consulté 9 avril 2021, à l'adresse <https://www.cerul.ulaval.ca/wp-content/uploads/2019/10/guide-pour-rediger-un-formulaire-de-consentement.pdf>
- Hättenschwiler, J., Höck, P. Luther, R., Modestin, J. & Seifritz, E. (2009). Troubles bipolaires : diagnostic. *Forum Med Suisse*, 9(42), 750-755. <https://studylibfr.com/doc/2308251/troubles-bipolaires---swiss-medical-forum>
- Houle, J., Beaudin, A. & Radziszewski, S. (2019). *Soutenir l'autogestion des troubles anxieux, dépressif et bipolaire*. Consulté 11 janvier 2021, à l'adresse http://www.lavalensante.com/fileadmin/internet/ciass_laval/Employes_medecins/Activites/Colloque_Alliance/Atelier_2_Soutenir_l_autogestion_vpb.pdf

- *La dépression et le trouble bipolaire.* (s. d.). CMHA National. Consulté 31 mars 2021, à l'adresse <https://cmha.ca/fr/la-depression-et-le-trouble-bipolaire>
- *La gestion de l'horaire occupationnel en contexte de confinement.* (2020). <https://axophysio.com/blogue/la-gestion-de-lhoraire-occupationnel-en-contexte-de-confinement/>
- *La profession.* (s. d.). Consulté 13 octobre 2020, à l'adresse <https://www.anfe.fr/l-ergotherapie/la-profession>
- *Le modèle de l'occupation humaine (MOH) et ses outils validés d'entretien, d'évaluation, d'analyse.* (s. d.). Consulté 29 mars 2021, à l'adresse <https://www.anfemigal.fr/formation-le-modele-de-occupation-humaine-moh-et-ses-outils-valides-entretien-evaluation-analyse>
- *Le respect des règles éthiques et réglementaires.* (s. d.). LEPCAM. Consulté 9 avril 2021, à l'adresse <https://lepcam.fr/index.php/les-etapes/protocole/>
- *Les Identités meurtrières* (1998). - 10 citations - Référence citations dicocitations.lemonde.fr. Consulté 20 avril 2021, à l'adresse https://dicocitations.lemonde.fr/referance_citation/100135/Les_Identites_meurtrières_s_1998_.php
- Linder, S. & Favrod, J. (2006) Traduction des travaux de Birchwood et al. (1994), *Insight Scale for Psychosis*. Consulté 6 mai 2021, à l'adresse <http://www.seretablir.net/wp-content/uploads/2015/07/Birchwood-IS.pdf>
- Massé, J. (2021). *Ergothérapie en santé mentale*. Consulté 1 mai 2021, à l'adresse <https://www.juliemasse.com/outils>
- *Méthodologie du mémoire de recherche.* (s. d.). Scriptor Rédaction de mémoire - Aide rédaction rapport. Consulté 19 avril 2021, à l'adresse <https://www.scriptor.fr/boite-outils/formaliser/methodologie-du-memoire-de-recherche>
- Nicolas, F. (2013). Interrompre n'est pas rompre! *Interruption*. <https://interruptionint.wordpress.com/interrompre-nest-pas-rompre-par-francois-nicolas/>
- *Pathologies Troubles de l'humeur Troubles bipolaires.* (s. d.). Consulté 14 février 2021, à l'adresse <http://ergopsy.com/troubles-bipolaires-a356.html>
- *Profession ergothérapeute.* (s. d.). SIFEF. Consulté 6 janvier 2021, à l'adresse <https://www.sifef.fr/profession-ergotherapeute/>

- *Sélection des outils d'évaluation-MOH.* (2017). Consulté 30 mars 2021, à l'adresse <https://crmoh.ulaval.ca/wp-content/uploads/2020/01/Selection-des-outils-de-valuation-MOH.pdf>
- *Traitement de la maladie bipolaire.* (2019). L'assurance maladie, Ameli. Consulté 5 janvier 2021, à l'adresse <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/trouble-bipolaire/traitement>

ANNEXES

ANNEXE I : FICHE HORAIRE OCCUPATIONNEL – MESURE DE L’ENGAGEMENT DANS LES ACTIVITES – JOURNAL DE BORD	1
ANNEXE II : TABLEAU RECAPITULATIF DES OUTILS DU MOH	7
ANNEXE III : ARBRE DECISIONNEL	8
ANNEXE IV : SYNOPSIS DU PROTOCOLE	9
ANNEXE V : TABLEAU DES DEMARCHES REGLEMENTEES PAR LA LOI JARDE.....	11
ANNEXE VI : FORMULAIRE DE CONSENTEMENT DU PATIENT	12
ANNEXE VII : ECHELLE D’INSIGHT DE BIRCHWOOD	13
ANNEXE VIII : GUIDE DE PASSATION DU PROTOCOLE	15
ANNEXE IX : COURRIER DESTINE AUX MEDECINS PSYCHIATRES	27
ANNEXE X : COURRIER DESTINE AUX ERGOTHERAPEUTES	28
ANNEXE XI : FICHE HORAIRE OCCUPATIONNEL VIERGE.....	29

Mesure de l'engagement dans des activités

Date : ____/____/____

Nom : _____

1. **Vie équilibrée : un meilleur équilibre entre mes activités de soins personnels, loisirs, productivité et repos me serait bénéfique.**

Évaluez à quel point cette affirmation s'applique à votre situation.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
tout à fait vrai				plutôt vrai				pas vrai	

2. **Activité physique : faire davantage d'activités « physiques » me serait bénéfique.**

Évaluez à quel point cette affirmation s'applique à votre situation.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
tout à fait vrai				plutôt vrai				pas vrai	

3. **Structure/routine : avoir davantage de structure et de routines dans ma journée me serait bénéfique.**

Évaluez à quel point cette affirmation s'applique à votre situation.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
tout à fait vrai				plutôt vrai				pas vrai	

4. **Sens : faire davantage d'activités que je trouve significatives durant ma journée me serait bénéfique.**

Évaluez à quel point cette affirmation s'applique à votre situation.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
tout à fait vrai				plutôt vrai				pas vrai	

5. **Satisfaction : tirer davantage de satisfaction des activités réalisées durant ma journée me serait bénéfique.**

Évaluez à quel point cette affirmation s'applique à votre situation.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
tout à fait vrai				plutôt vrai				pas vrai	

Mesure de l'engagement dans des activités (suite)

Date : ____/____/____

Nom : _____

6. Interactions sociales : avoir plus d'interactions sociales durant mes activités quotidiennes me serait bénéfique.

Évaluez à quel point cette affirmation s'applique à votre situation.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
tout à fait vrai				plutôt vrai					pas vrai

7. Accès aux environnements dans ma collectivité : participer à des activités qui se déroulent dans davantage d'environnements (endroits) dans ma collectivité me serait bénéfique.

Évaluez à quel point cette affirmation s'applique à votre situation.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
tout à fait vrai				plutôt vrai					pas vrai

Scores :

Remplissez le tableau avec les cotes que vous avez attribuées à chaque domaine ci-dessus. Un score peu élevé dans un domaine suggère qu'il serait bénéfique de s'intéresser directement à ce domaine et qu'il devrait peut-être faire partie des priorités en vue d'y apporter des changements.

Domaine d'engagement dans des activités	Score
1. Équilibre	
2. Niveau d'activité physique	
3. Structure et routine	
4. Sens de l'activité	
5. Satisfaction procurée par l'activité	
6. Interaction sociale	
7. Accès aux environnements dans la collectivité	

Les dimensions des activités sont adaptées des travaux de Bejerholm (2007) et de Bejerholm, Hansson et Eklund (2006).

Journal de bord sur l'utilisation quotidienne du temps



Date : ____/____/____

Nom: _____

Indiquez dans le tableau ci-dessous ce que vous avez récemment fait lors d'une journée « type ».

Heure	Activité	Lieu	Activité réalisée : seul(e) / avec quelqu'un
0 h Minuit			
0 h 30			
1 h			
1 h 30			
2 h			
2 h 30			
3 h			
3 h 30			
4 h			
4 h 30			
5 h			

Journal de bord sur l'utilisation quotidienne du temps

Nom : _____

Date : ____/____/____

Fiche de travail 2.1

Heure	Activité	Lieu	Activité réalisée : seul(e) / avec quelqu'un
5 h 30			
6 h			
6 h 30			
7 h			
7 h 30			
8 h			
8 h 30			
9 h			
9 h 30			
10 h			
10 h 30			
11 h			
11 h 30			

Journal de bord sur l'utilisation quotidienne du temps

Nom : _____

Date : ____/____/____

Heure	Activité	Lieu	Activité réalisée : seul(e) / avec quelqu'un
0 h Midi			
0 h 30			
1 h			
1 h 30			
2 h			
2 h 30			
3 h			
3 h 30			
4 h			
4 h 30			
5 h			
5 h 30			
6 h			

Journal de bord sur l'utilisation quotidienne du temps

Nom : _____

Date : ____/____/____

Heure	Activité	Lieu	Activité réalisée : seul(e) / avec quelqu'un
6 h 30			
7 h			
7 h 30			
8 h			
8 h 30			
9 h			
9 h 30			
10 h			
10 h 30			
11 h			
11 h 30			

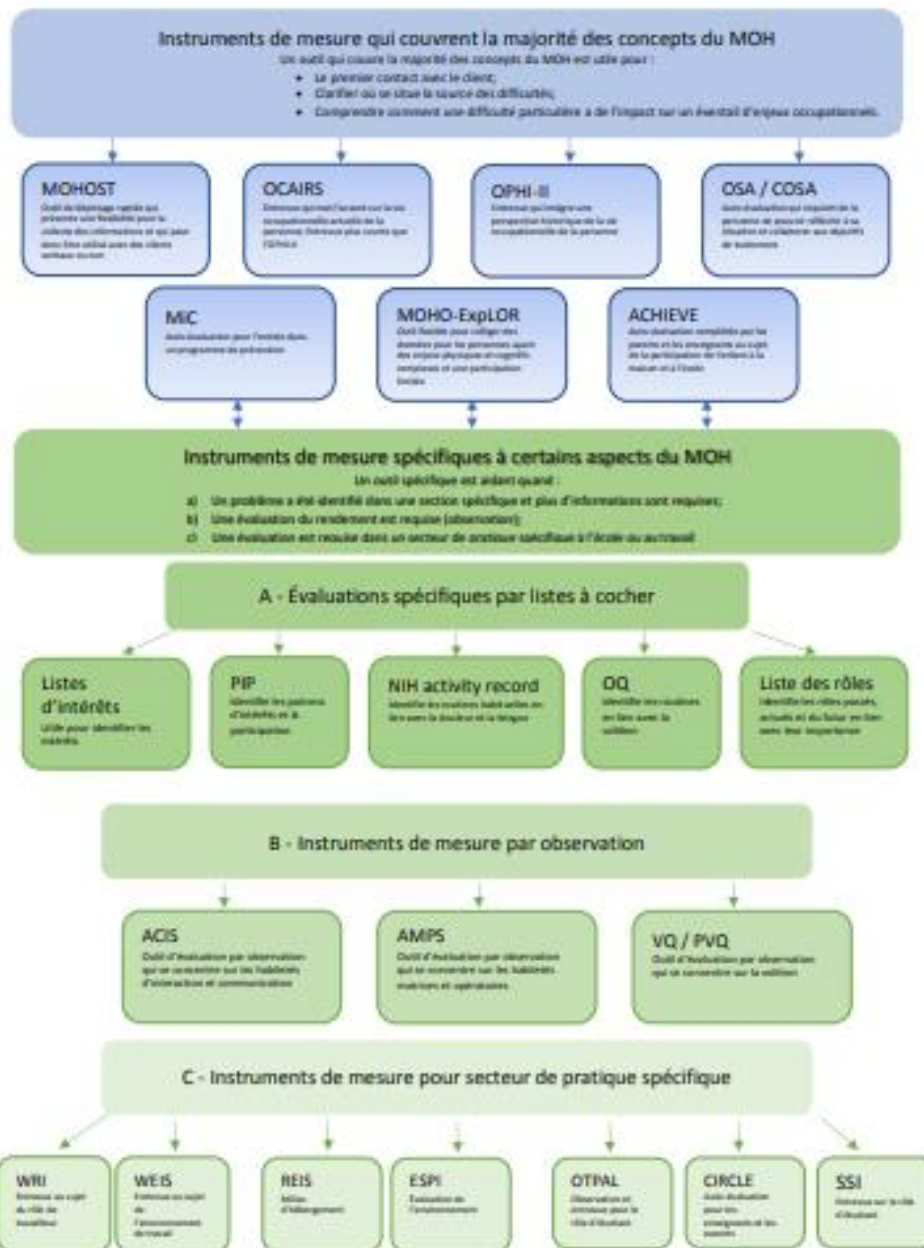
Fiche de travail 2.1

ANNEXE II : TABLEAU RECAPITULATIF DES OUTILS DU MOH

Instruments de mesure selon le MOH																					
Concepts évalués	Adaptation occupationnelle		Votition			Habitation		Habiletés			Rendement	Participation	Environnement		Méthodes			Population			
	Identité	Compétence	Déterminants personnels	Valeurs	Intérêts	Rôles	Habitudes	Matrices	Opérateurs	Communication et interaction			Physique	Social	Observations	Autoévaluation	Entrevue	Enfants	Adolescents	Adultes	Personnes âgées
ACHIEVE assessment	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		X		X				
Assessment of Communication and Interaction Skills (ACIS)										X					X			X	X	X	X
Assessment of Motor and Process Skills (AMPS)								X	X						X			X	X	X	X
Assessment of Occupational functioning (AOF)			X	X	X	X	X	X	X	X					X	X		X	X	X	
Child Occupational Self Assessment (COSA)		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X				X			X	X		
CIRCLE	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X			X			
ESPI													X	X	X			X	X	X	X
Liste des intérêts					X										X			X	X	X	
Making It clear			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		X			X	X	X	
Model of Human Occupation Screening Tool (MOHOST)			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X			X		X	X	X
MOHO-ExpLOR			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X					X	X	X
NIH Activity Record (ACTRE)			X	X	X	X	X				X	X			X			X	X	X	
Occupational Circumstances Assessment-Interview and Rating Scale (OCAIRS)			X	X	X	X	X				X	X	X				X		X	X	X
Occupational Performance History Interview-II (OPHI-II)	X	X	X	X	X	X	X				X	X	X				X		X	X	X
Occupational Questionnaire (OQ)			X	X	X	X	X					X			X				X	X	X
Occupational Self Assessment (OSA)		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		X				X	X	X
Occupational Therapy Psychosocial Assessment of Learning (OTPAL)			X	X	X	X	X				X	X	X	X	X		X	X			
Pediatric Interest Profile (PIP)		X	X		X	X						X						X	X		
Pediatric Volitional Questionnaire (PVO)			X	X	X								X	X	X			X			
Residential Environment Impact Scale (REIS)													X	X	X	X	X	X	X	X	X
Role Checklist				X		X									X			X	X	X	
School Setting Interview (SSI)											X	X	X	X			X	X	X		
Short Child Occupational Profile (SCOPE)			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X			X	X	X		
Volitional Questionnaire (VO)			X	X	X									X					X	X	X
Work Environment Impact Scale (WEIS)													X	X			X			X	
Worker Role Interview (WRI)			X	X	X	X	X						X	X			X			X	

Taylor, R. B. (2017). *Kielhofner's Model of Human Occupation: Theory and application*, (5e éd.). Philadelphie, PA: Wolters and Kluwer (traduction [2018] des pages 177-178 par Marcoux, C. du Centre de référence du modèle de l'occupation humaine, Université Laval, Québec, Canada)

ANNEXE III : ARBRE DECISIONNEL



Taylor, R. B. (2017). *Kielhofner's Model of Human Occupation: Theory and application*, (5e éd.). Philadelphie, PA: Wolters and Kluwer (traduction (2018) des pages 183-184 par Marcoux, C. du Centre de référence du modèle de l'occupation humaine, Université Laval, Québec, Canada)

ANNEXE IV : SYNOPSIS DU PROTOCOLE

Titre de l'étude	Evaluation de l'impact de l'horaire occupationnel sur les personnes bipolaires en phase dépressive
Responsable scientifique	XXX, ergothérapeute
Contexte et justification	La phase dépressive du trouble bipolaire se répercute sur le fonctionnement de la vie de la personne. Ainsi, les occupations, le bien-être et même l'identité personnelle/occupationnelle sont impactées. Lorsque l'on sait que l'identité occupationnelle est liée aux occupations réalisées par un individu, nous pouvons donc imaginer que celle-ci est mise à mal par les symptômes de la phase dépressive. En se référant aux définitions de l'ergothérapie, nous pouvons juger que l'ergothérapeute a une place prépondérante dans la prise en soin de ces individus.
Méthodologie de la recherche	Recherche interventionnelle, quantitative, randomisée contrôlée
Objectif principal	L'horaire occupationnel permet de consolider l'identité occupationnelle.
Objectifs secondaires	<ul style="list-style-type: none">▪ Evaluer l'impact de l'horaire occupationnel sur la sphère de l'Être.▪ Evaluer l'impact de l'horaire occupationnel sur la sphère du Devenir
Critères d'inclusion	<ul style="list-style-type: none">▪ Personnes de + de 18ans▪ Diagnostiquées comme ayant un trouble bipolaire▪ Personnes se trouvant dans la phase dépressive de la maladie▪ Personnes suivies en ergothérapie▪ Avoir un niveau d'insight de 9 ou plus

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Personnes en capacité de communiquer, lire et comprendre le français
Critères d'exclusion	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Être atteint de comorbidité ▪ Avoir déjà eu recours à l'horaire occupationnel
Déroulé de l'étude	<p>Etude comparative entre deux groupes de patients.</p> <p>Le groupe A (expérimental) bénéficie de l'horaire occupationnel en supplément de leur suivi habituel en ergothérapie</p> <p>Le groupe B (Témoin) poursuit son suivi habituel en ergothérapie.</p> <p>Les 2 groupes sont suivis en ergothérapie à raison d'une séance hebdomadaire d'1h30.</p>
Nombre de participant	N= 10 participants soit 5 par groupes
Durée de l'étude	Durée de l'étude : 6 mois
Retombées attendues	Amélioration du tableau clinique des personnes bipolaires en phase dépressive en diminuant l'impact des symptômes.

ANNEXE V : TABLEAU DES DEMARCHES REGLEMENTEES PAR LA LOI JARDE

DÉMARCHES RÉGLEMENTAIRES EN FONCTION DU PROJET

Recherche sur la personne humaine en vue du développement des connaissances biologiques et médicales			
Promoteur			
Catégorie 1 Recherches interventionnelles	Catégorie 2 Recherches interventionnelles à risques et contraintes minimales	Catégorie 3 Recherches non interventionnelles	
Loi Code Santé Publique jusqu'en oct. 2018 puis Règlement EU	Loi Jardé		
Recherche sur des médicaments <i>(RE : intervention à risque et faible intervention)</i>	Recherches ne portant pas sur des médicaments <i>(autres produits de santé et hors produits de santé)</i>	Recherches à risque minime ❶ <i>Hors produits de santé ou produits de santé dans les conditions habituelles d'utilisation</i>	Recherches observationnelles
Enregistrement (n°EudraCT)	Enregistrement (n°ID-RCB)		
Autorisation ANSM <i>(ou UE pour le RE)</i>	Autorisation ANSM	Information ANSM (Envoi du résumé et avis du CPP)	
Avis du CPP <i>(Avis éthique de chaque Etat membre pour RE)</i> Information et Consentement écrit libre et éclairé	Avis du CPP Information et <u>Consentement écrit</u> libre et éclairé	Avis du CPP Information et <u>Consentement exprès</u> (écrit ou oral) libre et éclairé ❷❸	Avis du CPP Information et <u>déclaration de non opposition</u> libre et éclairé ❹
CNIL : Engagement de conformité MR001 Ou autorisation CNIL	CNIL : Engagement de conformité MR001 Ou autorisation CNIL		CNIL : Engagement de conformité MR003 Ou Engagement de conformité MR001 si consentement Ou autorisation CNIL
Assurance			

❶ Définies par arrêté du 18/11/2016 |

❷ Consentement écrit : Recherches entrant de le champ de la loi Bioéthique

❸ Dérogation au consentement exprès en situation d'urgence

ANNEXE VI : FORMULAIRE DE CONSENTEMENT DU PATIENT

Madame, Monsieur,

Etudiante en 3eme année d'étude en ergothérapie à l'Institut de Formation La Musse à Saint-Sébastien de Morsent, j'effectue un travail d'initiation à la recherche dont l'objectif porte sur le maintien du niveau occupationnel des personnes bipolaires en phase dépressive. Ce travail consiste en un essai clinique afin de mettre en évidence le bénéfice de l'horaire occupationnel.

Dans le cadre de travail, je sollicite des personnes qui souhaiteraient participer. Dans un premier temps un entretien sera réalisé. A la suite de celui-ci, des séances seront proposées afin de présenter l'outil utilisé.

L'ensemble des données recueillies au travers les différents échanges (entretien, séances...) restera strictement confidentiel. Elles seront anonymisées et utilisées uniquement pour la recherche en cours.

La participation est bien évidemment faite sur la base du volontariat. Vous pourrez si vous le souhaitez mettre un terme à celle-ci sans avoir à émettre de justification.

Si pour donner suite à la réception des informations (écrites et orales), vous souhaitez participer, vous pouvez m'en faire part en remplissant le bon ci-dessous.

Je soussigné(e), M. ou Mme..... certifie avoir lu et compris les informations nécessaires et choisis librement et volontairement de participer à cet essai clinique.

Fait à

Le/...../.....

Signature du participant

Signature de l'ergothérapeute

IS – (échelle d'insight actuel)

Lisez, s'il vous plaît les énoncés suivants attentivement et cochez ensuite la case qui vous correspond le mieux.

	D'accord	Pas d'accord	Incertain(e)
1. Certains des symptômes ont été créés par mon imagination			
2. Je me sens psychologiquement bien			
3. Je n'ai pas besoin de traitement médicamenteux			
4. Mon séjour à l'hôpital était nécessaire			
5. Le médecin a raison de me prescrire un traitement médicamenteux			
6. Je n'ai pas besoin d'être vu(e) par un médecin ou un psychiatre			
7. Si quelqu'un disait que j'avais une maladie nerveuse ou mentale il aurait raison			
8. Aucune des choses inhabituelles que j'ai vécues n'est due à une maladie			

Echelle d'Insight (IS) (Barèmes de cotation)

	D'accord	En désaccord	Incertain(e)
1. Certains des symptômes ont été créés par mon imagination	2	0	1
2. Je me sens psychologiquement bien	0	2	1
3. Je n'ai pas besoin de traitement médicamenteux	0	2	1
4. Mon séjour à l'hôpital était nécessaire	2	0	1
5. Le médecin a raison de me prescrire de traitement médicamenteux	2	0	1
6. Je n'ai pas besoin d'être vu(e) par un médecin ou un psychiatre	0	2	1
7. Si quelqu'un disait que j'avais une maladie nerveuse ou mentale il aurait raison	2	0	1
8. Aucune des choses inhabituelles que j'ai vécues n'est due à une maladie	0	2	1

Score maximal = 12 - Très bon insight

Score minimal = 0 - Pas d'insight

(9 et plus = bon insight)

Sous-échelles

Items		Total Possible
1, 8	Conscience des symptômes	4 (3 ou 4 = bon insight, 1 ou 2 = pauvre insight)
2, 7	Conscience de la maladie	4 (3 ou 4 = bon insight, 1 ou 2 = pauvre insight)
3, 4, 5, 6	Besoin de traitement (il faut additionner les items et les diviser par 2)	4 (3 ou 4 = bon insight, 1 ou 2 = pauvre insight)

**GUIDE DE PASSATION POUR EVALUER
L'IMPACT DE L'HORAIRE OCCUPATIONNEL
CHEZ LES PATIENTS BIPOLAIRES EN PHASE
DEPRESSIVE**

TITRE : Evaluation de l'impact de l'horaire occupationnel chez les personnes bipolaires en phase dépressive.

1- Les participants de l'étude

Dix patients seront recrutés pour prendre part à l'expérimentation. Ils devront être âgés de plus de 18 ans, diagnostiqués bipolaires en phase dépressive.

CRITERES D'INCLUSION		
CATEGORIES	CRITERES	RECOMMANDATIONS
Sexe	Hommes et Femmes	
Âge	Adultes à partir de 18ans	
Profil pathologique	Diagnostiqué comme ayant un trouble bipolaire	Bilan du médecin psychiatre et autorisation de participer au protocole.
Stade de la maladie	En phase dépressive	
Suivi médical	Être suivi en ergothérapie	Prescription médicale
Niveau d'insight	Score de 9 ou plus	Echelle d'insight de Birchwood
Langage et communication	Lire, comprendre et parler le français	
Consentement	Recueillir l'accord du patient oral et écrit	Formulaire de consentement libre et éclairé signé

CRITERES D'EXCLUSION		
CATEGORIES	CRITERES	RECOMMANDATIONS
Profil pathologique	Être atteint de comorbidité	Diagnostic du médecin

Suivi médical	Ayant déjà eu recours à l'horaire occupationnel	
---------------	---	--

2- Le recrutement de la population cible

Un courrier sera envoyé aux médecins psychiatres du centre hospitalier afin de leur présenter l'étude et ses objectifs. Après avoir pris connaissance de celui-ci, les médecins sélectionneront parmi leurs patients les personnes remplissant l'ensemble des critères d'inclusion.

Par la suite, ils recevront les patients pour un entretien initial. Une liste sera alors rédigée et transmise à l'ergothérapeute. L'ergothérapeute recevra les patients pour un entretien initial durant lequel il expliquera au patient les tenants et les aboutissants de l'étude, récoltera le consentement et procédera aux évaluations initiales.

Ensuite il effectuera aléatoirement la répartition dans les deux groupes (contrôle et expérimental).

3- Le choix des évaluations

De manière à valider ou non l'outil utilisé, l'ergothérapeute devra effectuer tout au long de l'étude des bilans. Bien que les deux évaluations utilisées soient sous forme d'un auto-questionnaire, l'ergothérapeute devra s'appuyer sur les manuels respectifs pour réaliser la cotation. Ces cotations permettront de mettre en évidence si des changements se sont opérés. Il pourra également s'appuyer sur ses observations qualitatives lors des différentes séances.

A J-7 avant la passation du protocole : Fiche de mesure de l'engagement dans les activités (Krupa et al) (Annexe I) + autoévaluation OSA

A J+3 mois : Fiche de mesure de l'engagement dans les activités (Annexe I) + entretien de 10 minutes

A J+6 mois : Auto-évaluation OSA + entretien final de 30 minutes.

4- Le déroulement de l'étude

Le cadre de l'activité

- ❖ **Lieu** : une salle calme, lumineuse, spacieuse et fermée.
- ❖ **Temps** : une séance par semaine pendant 6 mois.
- ❖ **Nombre total de séance** : 24 séances
- ❖ **Nombre de participants** : 10
- ❖ **Nombre d'intervenant** : 1 => l'ergothérapeute
- ❖ **Règles** : les règles sont rappelées en début de chaque séance

Le déroulement de l'activité en 5 temps :

- ❖ Un temps d'accueil (10 minutes) : Il permet aux participants de se présenter lors de la 1^{ère} séance. Ensuite d'échanger sur leur ressenti du jour et sur la semaine écoulée.
- ❖ Le choix de l'activité (5 minutes)
- ❖ Le temps de création (1h)
- ❖ Le temps de rangement (10 minutes)
- ❖ Le temps pour clore la séance (5minutes)

Avant de débiter l'expérimentation, l'ergothérapeute reçoit chaque patient dans le but de se présenter, de recueillir les informations sur les occupations du patient mais également pour faire le point sur l'étude et récolter le consentement du futur participant.

Présentation de l'ergothérapeute : « Bonjour, je m'appelle Je suis ergothérapeute ».

Présentation du patient : « Pouvez-vous vous présenter ? » (Nom, Prénom, âge)

Présentation de l'étude : « Vous avez été recruté par votre médecin psychiatre pour participer à une expérimentation. Celle-ci est élaborée dans le cadre d'un travail de fin d'étude par une étudiante de 3^{ème} année en ergothérapie. En tant qu'ergothérapeute, j'ai

eu le plaisir participer à cette expérimentation. Je vous rappelle qu'elle est destinée aux personnes présentant un trouble bipolaire et se trouvant dans la phase dépressive de la maladie. Elle a pour but de favoriser la mise en place d'une stratégie d'autogestion pour permettre de maintenir l'identité occupationnelle.

Etes-vous intéressé par cette expérimentation ? Sur les dix participants recrutés, seuls cinq se verront attribuer l'outil permettant de mettre en place une stratégie d'autogestion. Les participants seront répartis aléatoirement dans les deux groupes : un groupe expérimental et un groupe contrôle.

Je vais maintenant vous rappeler l'objectif de cette étude ».

Présentation de l'objectif : « L'objectif de cette recherche est d'évaluer si l'utilisation de l'horaire occupationnel est bénéfique pour consolider l'identité occupationnelle des personnes atteintes d'un trouble bipolaire lors de la phase dépressive ».

Déroulé de l'étude : « L'étude se décompose en 4 temps :

- Un premier temps pour les évaluations initiales que nous allons effectuer aujourd'hui si vous décidez de participer à l'étude.
- Un deuxième temps composé de 12 séances en ergothérapie, soit 1 séance d'1h30 par semaine pendant 3 mois.
- Un troisième temps pour les évaluations intermédiaires.
- Un quatrième temps composé de 12 séances en ergothérapie, soit 1 séance d'1h30 par semaine pendant 3 mois à nouveau.
- Un cinquième temps pour les évaluations finales ».

Participation et confidentialité : « La participation à cette étude est libre et gratuite. Vous n'aurez donc rien à régler. Vous ne bénéficierez également d'aucune rémunération. Toutes informations récoltées au cours de cette expérimentation sont strictement confidentielles, elles seront utilisées uniquement dans le cadre de cette étude. Un numéro d'anonymat vous sera attribué pour parfaire la confidentialité.

Si vous acceptez de participer, je vous demanderai de remplir le formulaire de consentement (Annexe VI) ici présent. Toutefois, il est bon de vous préciser que vous pourrez quitter l'expérimentation à tout moment si vous en ressentez le besoin. Je

pourrai également stopper votre participation si cela s'avère nécessaire ou bien mettre fin à l'étude dans sa totalité ».

Evaluations initiales : « Maintenant que j'ai recueilli votre consentement, je vais vous demander de répondre à ses 2 auto-évaluations. Prenez le temps nécessaire pour y répondre. N'hésitez pas à me consulter si vous avez des questions ».

Fin de l'entretien : « Ce premier entretien est terminé, nous allons donc pouvoir nous dire au revoir. Nous nous revoyons la semaine prochaine en séance d'ergothérapie. Bonne semaine ».

Déroulé des séances

Groupe B

GRUPE CONTRÔLE Séances 1 à 24		
ETAPES	DUREE	COMMENTAIRES
Temps d'accueil	10 minutes	<p>1^{ière} séance « Bonjour, comment allez-vous aujourd'hui ? Je vous laisse vous installer autour de la table. Il y a du thé ou du café si vous le souhaitez, je vous laisse vous servir ». « Je me présente à nouveau, je suis ..., ergothérapeute. Nous allons faire un tour de table afin que tout le monde puisse se présenter ».</p> <p>Séances suivantes « Bonjour, Comment allez-vous ? Prenez place autour de la table. Thé et café sont à votre disposition. Avez-vous passé une bonne semaine ? Qu'avez-vous fait ?</p>

Choix de l'activité	5 minutes	« Je vous laisse choisir l'activité que vous souhaitez réaliser. Vous avez accès à tout ce qui se trouve dans cette pièce ». Les patients prennent le temps de choisir leur activité et de préparer le matériel qui leur est nécessaire.
Temps de réalisation	1 heure	Chaque patient laisse libre court à son imagination. L'ergothérapeute est présent et réalise lui aussi quelque chose tout en observant les participants et vient en aide aux personnes qui en ressentent le besoin.
Rangement	10 minutes	« La séance arrive à sa fin, je vais vous demander de ranger et nettoyer votre matériel »
Clôture de la séance	5 minutes	« Je vous dis à la semaine prochaine, même heure, même salle pour la prochaine séance. Passez une bonne fin de journée ainsi qu'une bonne semaine. A bientôt ».

Evaluations intermédiaires

Lors de cet entretien, l'ergothérapeute échange avec le patient sur son ressenti et lui fait remplir la fiche de mesure de l'engagement (Annexe I) qui fût complétée lors de l'entretien initial.

L'ergothérapeute : « Bonjour, Comment vous sentez-vous ?

« Comment vous sentez-vous dans le groupe ? »

« Avez-vous des remarques dont vous voudriez me faire part ? »

« Je vais vous demander de répondre à cette auto-évaluation que vous connaissez déjà »

Est-ce que tout est clair pour vous ? nous allons donc nous revoir pour la poursuite de l'étude et des séances. A bientôt ».

Evaluations finales

L'entretien final sonne la fin de la passation du protocole. Il va permettre à l'ergothérapeute de faire le point avec chaque participant. Les deux évaluations (mesure de l'engagement et OSA) réalisées lors de l'entretien initial sont de nouveau effectuées.

L'ergothérapeute : « Bonjour, Comment allez-vous ? Je vous reçois aujourd'hui pour faire le point sur cette expérimentation.

- Avez-vous opéré des changements dans votre quotidien ? si oui lesquels ?

- Que retenez-vous de cette expérience ?

Pour finir, je tiens à vous remercier de votre participation. Souhaitez-vous recevoir les résultats de cette étude ?

Je vais vous souhaiter une bonne continuation. Prenez soin de vous ».

GROUPE A

Avant de débiter la séance, l'ergothérapeute passe dans chaque chambre du groupe expérimental afin de s'assurer que chaque patient soit prêt et qu'ils se souviennent de l'heure de la séance. L'ergothérapeute demandera au patient de se référer à son horaire occupationnel et de se munir de son journal de bord (Annexe I)

<p style="text-align: center;">GROUPE EXPERIMENTAL Séance 1 à 12 (Phase d'apprentissage)</p>		
ETAPES	DUREE	COMMENTAIRES
Temps d'accueil	10 minutes	<p>1^{ière} séance « Bonjour, comment allez-vous aujourd'hui ? Je vous laisse vous installer autour de la table. Il y a du thé ou du café si vous le souhaitez, je vous laisse vous servir ».</p> <p>« Je me présente à nouveau, je suis ..., ergothérapeute. Nous allons faire un tour de table afin que tout le monde puisse se présenter ».</p> <p>Séances suivantes « Bonjour, Comment allez-vous ? Prenez place autour de la table. Thé et café sont à votre disposition. Avez-vous passé une bonne semaine ? Qu'avez-vous fait ?</p>
Choix de l'activité	5minutes	<p>« Je vous laisse choisir l'activité que vous souhaitez réaliser. Vous avez accès à tout ce qui se trouve dans cette pièce ».</p> <p>Les patients prennent le temps de choisir leur activité et de préparer le matériel qui leur est nécessaire.</p>
Temps de réalisation	1 heure	<p>Chaque patient laisse libre court à son imagination. L'ergothérapeute est présent et réalise lui aussi quelque chose tout en observant les participants et vient en aide aux personnes qui en ressentent le besoin.</p>

Rangement + Journal de bord à compléter	10 minutes	« La séance arrive à sa fin, je vais vous demander de ranger et nettoyer votre matériel ». Une fois le rangement effectué, l'ergothérapeute demande aux patients de compléter leur journal de bord.
Clôture de la séance	5 minutes	« Je vous dis à la semaine prochaine, même heure, même salle pour la prochaine séance. Passez une bonne fin de journée ainsi qu'une bonne semaine. A bientôt ».

Evaluation intermédiaire

Lors de cet entretien, l'ergothérapeute échange avec le patient sur son ressenti et lui fait remplir la fiche de mesure de l'engagement qui fût compléter lors de l'entretien initial.

L'ergothérapeute : « Bonjour, Comment vous sentez-vous ?

- Que pensez-vous de l'outil mis en place ?
- De quelle manière vous êtes-vous approprié l'horaire occupationnel ?
- Comment gérez-vous votre tableau de bord ?
- Avez-vous des questions ? Si oui, lesquelles ? »

« Je vais vous demander de répondre à cette auto-évaluation que vous connaissez déjà »

« La seconde partie de l'expérimentation va débuter. Pour celle-ci vous serez en totale autonomie dans la gestion de votre horaire occupationnel ainsi que pour votre journal de bord. Je ne passerai donc plus dans votre chambre avant la séance.

Est-ce que tout est clair pour vous ? Nous allons donc nous revoir pour la poursuite de l'étude et des séances. A bientôt ».

Pour cette seconde partie de l'étude, l'ergothérapeute ne passe plus en chambre pour rappeler la séance. Les patients doivent se référer à leur horaire occupationnel, prévoir de se munir de leur journal de bord de manière autonome.

GROUPE EXPERIMENTAL (Phase d'autonomie) Séance 13 à 24		
ETAPES	DUREE	COMMENTAIRES
Temps d'accueil	10 minutes	« Bonjour, Comment allez-vous ? Prenez place autour de la table. Thé et café sont à votre disposition. Avez-vous passé une bonne semaine ? Qu'avez-vous fait ?
Choix de l'activité	5minutes	« Je vous laisse choisir l'activité que vous souhaitez réaliser. Vous avez accès à tout ce qui se trouve dans cette pièce ». Les patients prennent le temps de choisir leur activité et de préparer le matériel qui leur est nécessaire.
Temps de réalisation	1 heure	Chaque patient laisse libre court à son imagination. L'ergothérapeute est présent et réalise lui aussi quelque chose tout en observant les participants et vient en aide aux personnes qui en ressentent le besoin.
Rangement + Journal de bord à compléter	10 minutes	« La séance arrive à sa fin, je vais vous demander de ranger et nettoyer votre matériel ». Une fois le rangement effectué, les patients doivent remplir leur journal de bord sans que

		l'ergothérapeute n'ait à intervenir.
Clôture de la séance	5 minutes	« Je vous dis à la semaine prochaine, même heure, même salle pour la prochaine séance. Passez une bonne fin de journée ainsi qu'une bonne semaine. A bientôt ».

Evaluations finales

L'entretien final sonne la fin de la passation du protocole. Il va permettre à l'ergothérapeute de faire le point avec chaque participant. Les deux évaluations (mesure de l'engagement et OSA) réalisées lors de l'entretien initial sont de nouveau effectuées.

L'ergothérapeute : « Bonjour, Comment allez-vous ? Je vous reçois aujourd'hui pour faire le point sur cette expérimentation.

- Tout d'abord, quels sont les changements que vous avez opérés dans votre quotidien ?
- Allez-vous poursuivre l'utilisation de l'horaire occupationnel ?

Si oui, pourquoi ?

Si non, pourquoi et que pensez-vous mettre en place pour poursuivre vos occupations ?

- Que retenez-vous de cette expérience ?

Pour finir, je tiens à vous remercier de votre participation. Souhaitez-vous recevoir les résultats de cette étude ?

Je vais vous souhaiter une bonne continuation. Prenez soin de vous ».

ANNEXE IX : COURRIER DESTINE AUX MEDECINS PSYCHIATRES

Madame, Monsieur,

Dans le cadre de mon mémoire de fin d'étude en ergothérapie, j'ai pris contact avec l'ergothérapeute du service X du centre hospitalier X afin que celui-ci puisse expérimenter le protocole que j'ai élaboré. Cette étude est destinée aux patients ayant un trouble bipolaire et se trouvant dans la phase dépressive de la pathologie.

Cette expérimentation vise à évaluer l'intérêt d'utiliser l'horaire occupationnel auprès de cette population afin de consolider leur identité occupationnelle. L'utilisation de cet outil permettra d'aider les patients à maintenir leurs occupations.

Dix personnes seront recrutées pour participer à ce projet. Celui-ci se déroulera dans le service X du centre hospitalier X à raison d'une séance hebdomadaire d'1h30.

Je vous sollicite afin que vous puissiez proposer cette expérimentation aux patients intéressés.

Il est évident que les participants pourront quitter l'expérimentation à tout moment s'ils le désirent.

Je reste à votre disposition pour plus d'informations ainsi que pour me transmettre la liste des personnes intéressées par mon étude.

Je suis joignable au XXXXXXXXXXXX ou par mail à l'adresse suivante : XXXXX@XXXX.XX

Je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, mes sincères salutations.

ANNEXE X : COURRIER DESTINE AUX ERGOTHERAPEUTES

Madame, Monsieur,

Actuellement en troisième année d'étude en ergothérapie à l'Institut de Formation La Musse (27), je réalise mon mémoire d'initiation à la recherche sur la consolidation de l'identité occupationnelle des personnes se trouvant dans la phase dépressive d'un trouble bipolaire.

L'objectif de ce travail est de valider l'intérêt d'utiliser un outil : l'horaire occupationnel. Le but étant que chaque patient puisse s'y référer et ainsi permettre de maintenir un niveau occupationnel pendant la phase dépressive et ce, même lors du retour à domicile.

Afin de répondre à mon questionnement, j'ai choisi d'élaborer un protocole. Je souhaiterais vous en faire la présentation lors d'une rencontre de manière que vous puissiez réaliser l'expérimentation.

J'ai fait le choix de me rapprocher de centre hospitalier X, d'une part parce que l'accompagnement de cette population est réalisé, d'autre part, du fait que si cette étude s'avère probante, elle pourra être utilisée par d'autres ergothérapeutes du centre et ainsi s'élargir aux différentes pathologies impactant les occupations.

Je reste disponible pour toutes informations complémentaires, en espérant que ce projet soulève votre intérêt.

Je suis joignable au XXXXXXXXXXXX ou par mail à l'adresse suivante : XXXXX@XXXX.XX

Je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, mes sincères salutations.

ANNEXE XI : FICHE HORAIRE OCCUPATIONNEL VIERGE



Horaire occupationnel

HEURE	Dimanche	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi
6h							
7h							
8h							
9h							
10h							
11h							
12h							
13h							
14h							
15h							
16h							
17h							
18h							
19h							
20h							
21h							
22h							
23h							

© 2020 Julie Massé, ergothérapeute. Tous droits réservés. www.juliemasse.com
Autorisation de reproduction pour usage non commercial seulement.

Stratégie d'autogestion pour les patients bipolaires en phase dépressive : vers le maintien de l'identité occupationnelle

GARBE Alexandra

Résumé : Le trouble bipolaire touche 1% à 2,5% de la population française. Il se traduit par l'alternance de phases maniaques et dépressives. Les symptômes de cette pathologie ont des répercussions sur le fonctionnement de la vie de la personne, notamment sur l'identité occupationnelle ; en lien avec les occupations réalisées par un individu. L'ergothérapeute accompagne les personnes bipolaires en phase dépressive afin de leur permettre de diminuer les symptômes. Pour cela, il peut mettre en place une stratégie d'autogestion.

Ainsi, l'objectif de cette étude est d'évaluer l'impact de l'horaire occupationnel chez les personnes bipolaires en phase dépressive.

Pour permettre cela, un protocole de recherche a été élaboré. L'expérimentation future de ce protocole permettra de savoir si l'utilisation de l'horaire occupationnel favorise le maintien occupationnel, et par conséquent, consolide l'identité occupationnelle.

Mots clés : Ergothérapie, trouble bipolaire, phase dépressive, MOH, identité occupationnelle, horaire occupationnel.

Self-management strategy for bipolar patients in depressive phase: towards upholding occupational identity

Abstract: Bipolar disorder affects 1% to 2.5% of a French population. This is reflected an alternation between of manic and depressive phases. The symptoms have an impact on the person's life functioning such as on occupational identity; in relation with the occupations conducted by an individual.

Occupational therapists support people with bipolar disorder during the depressive phase in order to allow to decrease symptoms. To do this, they can implement a self-management strategy.

Thus, the aim of this study is to evaluate of the impact of the occupational schedule in bipolar people in depressive phase.

To do this, a research protocol was developed. If the use of the occupational schedule promotes the maintenance of the occupations then the occupational identity will be consolidated.

Keywords: Occupational therapy, bipolar disorder, depressive phase, MOHO, occupational identity, occupational schedule.