



**Institut de Formation en Ergothérapie (IFE) de Berck-sur-Mer
Institut Lillois d'Ingénierie en Santé (ILIS)**

**Ergothérapie et prise en charge de
l'autostigmatisation dans le trouble
bipolaire**

Mémoire de fin d'études en vue de la validation des unités d'enseignement de recherche
du Diplôme d'État d'Ergothérapeute et de l'obtention de la licence générale en Science
pour la santé

« Tout le monde est un génie. Mais si vous jugez un poisson par sa capacité à grimper aux arbres, il vivra toute sa vie en croyant qu'il est stupide. »

Einstein

Je souhaite remercier toutes les personnes qui m'ont accompagnée et aidée dans la réalisation de ce travail de fin d'études.

Je remercie particulièrement mon maître de mémoire, Thomas De Block pour son partage de connaissances, son implication, sa disponibilité, son écoute et son enthousiasme.

Je remercie ma tutrice de stage, Isabelle Valemberg pour ses précieux conseils et son soutien.

Je remercie également l'équipe pédagogique de l'IFE de Berck-sur-mer pour leur disponibilité.

Résumé : Ergothérapie et prise en charge de l'autostigmatisation dans le trouble bipolaire

Introduction

Les personnes vivant avec un trouble bipolaire alternent entre phases euphoriques et dépressives. Elles sont susceptibles de présenter une problématique de stigmatisation et d'autostigmatisation. Ces processus altèrent le rétablissement de la personne et sa qualité de vie. Pour favoriser leur rétablissement, des outils en ergothérapie sont proposés pour élaborer un protocole de prise en charge de l'autostigmatisation.

Question de recherche et hypothèse

Comment l'ergothérapeute peut-il, en France, accompagner les personnes vivant avec un trouble bipolaire souffrant d'autostigmatisation et favoriser leur rétablissement ?

L'application du protocole « autostigmatisation et ergothérapie » par l'ergothérapeute permet de réduire le niveau d'autostigmatisation des personnes vivant avec un trouble bipolaire ce qui accélère le processus de rétablissement des patients lors de leur première hospitalisation en santé mentale en France et permet de prévenir la rechute.

Méthode

L'outil solution élaboré est un protocole appelé « autostigmatisation et ergothérapie ». Un questionnaire est également soumis aux ergothérapeutes afin de vérifier de la pertinence de cet outil. Il a été administré auprès de 18 répondants.

Résultats

Le protocole « autostigmatisation et ergothérapie » est validé par les experts avec trois modifications. Il semble adapté et pertinent dans la prise en charge de l'autostigmatisation des personnes vivant avec un trouble bipolaire.

Discussion/ Conclusion

Le protocole est validé par les experts. Il participe au processus de rétablissement et à l'amélioration de la qualité de vie. Toutefois, l'absence de mise en pratique du protocole et la focalisation sur le trouble bipolaire ressortent comme des limites de cette étude. Le protocole pourrait-il s'intégrer à un programme d'éducation thérapeutique du patient ?

Mots clefs : autostigmatisation, processus de rétablissement, trouble bipolaire, ergothérapie

Abstract : Occupation therapy and care of self-stigma in bipolar disorder

Background

People living with bipolar disorder have both psychotic and neurotic symptoms. The negative representations of mental illnesses can lead to stigma and self-stigma. These process decrease the person's recovery and his quality of life.

Research question and hypothesis

The aim of this research is to answer the question : How can an occupational therapist in France support people living with bipolar disorder who suffering from self-stigma and promote their recovery ?

We will therefore come up with the following hypothesis : the application of the « self-stigma and occupational therapy » protocole allow to reduce the level of self-stigma of people living with bipolar disorder which increase the recovery process during first mental health hospitalization in France and prevents relapse.

Research methods

The methodology I used is to developed a solution tool : the protocole « self-stigma and occupational therapy ». Then a questionnaire was sent to occupational therapists working in psychiatric structure to verify the relevance of this tool, eighteen of them answered it.

Results

The result show that the protocole developed seems appropriate to take care of self-stigma in bipolar disorder. It his validated by the experts.

Discussion/Conclusion

The protocole participates in the recovery process and improves quality of life. Thereafter, it could be interesting to follow this study by improving and experimenting this protocole.

Key-words : self-stigma, recovery process, bipolar disorder, occupational therapy

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	1
CADRE DE RÉFÉRENCE.....	3
I. Le trouble bipolaire	3
A. Définition	3
B. Épidémiologie	5
C. Sémiologie	6
D. Diagnostic	6
II. Trouble bipolaire et stigmatisation	8
A. Définition et types de stigmatisation	8
B. Ses facteurs	10
C. Ses conséquences	11
D. Lien entre la stigmatisation et le rétablissement	12
III. Ergothérapie et psychiatrie	13
A. Sa définition et son rôle	13
B. Pratique et rôle dans le rétablissement et la dé-stigmatisation.....	14
C. Processus d'intervention et cadre de référence.....	18
D. Boîte à outils	22
PROBLÉMATIQUE	27

DISPOSITIFS MÉTHODOLOGIQUES	29
I. Cahier des charges.....	29
A. Choix de l'outil.....	29
B. Choix de la population	32
C. Méthode de recueil de données.....	32
a. Le questionnaire.....	33
b. Protocole d'administration et passation du questionnaire.....	34
II. Résultats et analyse de données.....	34
A. Méthodologie d'analyse du questionnaire.....	34
B. Recueil de données et analyses des résultats.....	35
a. Population source	36
b. Pertinence de la problématique et fondement de l'hypothèse	37
c. Pertinence du protocole « autostigmatisation et ergothérapie »	38
C. Retour sur hypothèse.....	45
DISCUSSION	46
CONCLUSION.....	49
BIBLIOGRAPHIE	-52-
GLOSSAIRE	-58-
ANNEXES	-60-

SOMMAIRE DES ANNEXES

Annexe I : Schématisation du principe de l'autostigmatisation.....	I
Annexe II : Les étapes du processus d'intervention en ergothérapie de Sylvie Meyer	II
Annexe III : Schéma du Modèle de l'Occupation Humaine	III
Annexe IV : Les 8 besoins relationnels	IV
Annexe V : La boussole des méconnaissances.....	V
Annexe VI : Version française de la « Stigma Scale »	VI
Annexe VII : Questionnaire volitionnel	VI
Annexe VIII : Fiche protocole « autostigmatisation et ergothérapie »	VII
Annexe IX : Questionnaire type.....	VIII
Annexe X : Diagramme représentant la répartition de l'échantillon selon le sexe	XI
Annexe XI : Diagramme représentant la répartition de l'échantillon selon l'âge	XI
Annexe XII : Diagramme représentant l'exercice en France.....	XI
Annexe XIII : Diagramme représentant la répartition selon le diplôme	XII
Annexe XIV : Diagramme représentant la répartition selon les formations.....	XII
Annexe XV : Carte mentale représentant les formations et diplômes.....	XII
Annexe XVI : Diagramme représentant la répartition selon le type de structure.....	XIII
Annexe XVII : Diagramme représentant la répartition concernant le rôle de l'autostigmatisation dans le rétablissement.....	XIII
Annexe XVIII : Diagramme représentant la répartition concernant le rôle de l'ergothérapeute	XIII
Annexe XIX : Diagramme représentant la répartition concernant la pratique actuelle .	XIV
Annexe XX : Outil solution modifié.....	XV

INTRODUCTION

Dans le cadre de mes études en ergothérapie, au cours de la deuxième année de formation, j'ai découvert le secteur de la psychiatrie. Le trouble bipolaire, de par la dualité des phases euphoriques et dépressives, a tout de suite attisé ma curiosité. Cependant, je me suis rendu compte que la spécificité de ce trouble est abordée brièvement dans la formation et la prise en charge en ergothérapie est peu détaillée.

Ce constat m'a poussée à effectuer des recherches sur les caractéristiques cliniques du trouble bipolaire. Cet approfondissement de mes connaissances m'a montré que j'ai, comme la majorité de la population, des croyances négatives sur le secteur psychiatrique. Le terme « malade mental » évoque pour moi la folie, l'agressivité et la peur. Ces croyances sont influencées par les médias qui, dans les faits divers, associent le drame et le danger aux maladies mentales. C'est ce côté sensationnel et dramatique qui est retenu [1]. Ceci m'a questionné sur l'image publique que la société renvoie sur les maladies mentales et particulièrement sur le trouble bipolaire. Bien que le passage à une classification dimensionnelle avec une appellation nouvelle de la pathologie permette de diminuer les représentations sociales négatives qui y sont associées, le terme « maniaco-dépressif » persiste dans le langage courant et continue de prodiguer des effets néfastes. Quelles sont les représentations sociales du trouble bipolaire ? Et quelles conséquences ont-elles sur la qualité de vie de ces personnes ?

À partir de là, je me suis intéressée à comment ces personnes étaient perçues, comment elles se percevaient elles-mêmes et comment elles vivaient avec un trouble bipolaire. En France, la perception de la maladie mentale est négative. Le terme de « malade mental » est connoté : l'individu est perçu comme non responsable de son état et de ses actions, devant être soigné contre son gré, peu conscient de son état, ne souffrant pas et non guérissable. Il est considéré comme dangereux pour les autres avec une tendance pour la violence. D'après le psychiatre Roelandt : le malade mental, c'est l'autre ! [2]. Ces représentations sociales et croyances sont en lien direct avec le processus de stigmatisation, et d'autostigmatisation. Celles-ci sont également influencées par les modalités de prise en charge de l'individu vivant avec un trouble psychiatrique. Malgré les recommandations d'exercice et la nécessité de prise en charge de la stigmatisation, la mise en pratique est encore très faible et les actions mises en place ont peu d'effet [3]. La lutte contre la stigmatisation est encore trop faible et la prise en charge en ergothérapie

est peu développée [4]. La Fondation FondaMental parle de la lutte contre la stigmatisation des maladies mentales comme une stratégie de prévention primordiale du fait de son impact sur la qualité de vie des personnes souffrant d'un trouble psychiatrique. La déstigmatisation vise à améliorer la qualité de vie et s'inscrit dans le champ de la réhabilitation [5]. Avec des compétences en rééducation, réadaptation et un objectif d'autonomie des personnes en situation de handicap, l'ergothérapie a une place primordiale dans la réhabilitation. En santé mentale, l'ergothérapeute permet la réinsertion sociale et facilite le quotidien des patients. Ainsi il a une place légitime à prendre dans la prise en charge de la stigmatisation.

Je me suis posé les questions suivantes : quel est le lien entre la stigmatisation et le rétablissement des personnes vivant avec un trouble bipolaire ? Quel rôle joue l'ergothérapeute dans la lutte contre la stigmatisation des personnes vivant avec un trouble bipolaire ?

Dans l'optique de mon questionnement de départ, j'ai axé mon mémoire sur le rôle de l'ergothérapeute dans la prise en charge de la stigmatisation des personnes vivant avec un trouble bipolaire. Je me suis questionnée sur les moyens employés par l'ergothérapeute pour réduire le niveau de stigmatisation des personnes vivant avec un trouble bipolaire et ainsi favoriser le processus de rétablissement.

Pour répondre à cela, j'ai créé le protocole « autostigmatisation et ergothérapie » permettant à l'ergothérapeute de prendre en charge l'autostigmatisation des personnes vivant avec un trouble bipolaire.

Dans une première partie théorique, nous exposerons le concept du trouble bipolaire d'un point de vue clinique avec les données épidémiologiques, sémiologiques et diagnostiques. Nous ferons ensuite le lien avec la stigmatisation et le rétablissement puis avec l'ergothérapie. Dans un second temps, la partie expérimentale s'intéressera particulièrement au protocole « autostigmatisation et ergothérapie » et cherchera à valider ou réfuter celui-ci par le biais d'un questionnaire. L'analyse des résultats permettra d'ouvrir la discussion et de conclure sur la problématique étudiée.

CADRE DE RÉFÉRENCE

Il est nécessaire pour la lecture de ce mémoire de définir et clarifier les termes et expressions en lien avec le trouble bipolaire puis de le mettre en relation avec le métier d'ergothérapeute. Dans un premier temps, le trouble bipolaire sera défini. À la suite, la stigmatisation et le rétablissement seront abordés. Pour finir, nous détaillerons les missions de l'ergothérapeute en santé mentale et les pratiques actuelles de prise en charge de la stigmatisation.

I. Le trouble bipolaire

Dans cette partie, nous débuterons par une approche théorique du trouble bipolaire et nous essayerons de voir comment elle est définie dans la littérature, avec les données épidémiologiques. Dans un second temps, nous aborderons le sujet d'un point de vue clinique avec une description de la sémiologie et des caractéristiques diagnostiques.

A. Définition

Dans la Classification Internationale des Maladies (CIM 10, 2008) [6], le trouble affectif bipolaire fait partie des troubles de l'humeur. Il est caractérisé par deux ou plusieurs épisodes au cours desquels l'humeur et le niveau d'activité de l'individu sont intensément déséquilibrés. Il existe des types de perturbation de l'humeur appelés état maniaque, état hypomaniaque ou état dépressif selon les caractéristiques observées. Le trouble bipolaire se définit en fonction de l'épisode actuel.

L'**hypomanie** est un trouble caractérisé par une élévation légère mais persistante de l'humeur, de l'énergie et de l'activité sur une période d'au moins quatre jours. Il est associé à un sentiment frénétique de bien être et d'une efficacité physique et psychique. Cet état s'accompagne fréquemment d'une augmentation de la sociabilité, du désir de s'exprimer, de la familiarité, de la libido et d'une baisse de sommeil. L'euphorie et la sociabilité observées peuvent être remplacées par une irritabilité accompagnée de comportements inadaptés, voire obscènes. L'état d'hypomanie n'engendre pas d'hallucinations ou d'idées délirantes.

La **manie** est un trouble caractérisé par les mêmes perturbations de l'humeur et du comportement que l'hypomanie avec une association de troubles supplémentaires persistant la plupart du temps sur une période d'au moins une semaine. Des idées

délirantes ou des hallucinations, une agitation ou une activité motrice excessive ainsi que la fuite d'idées provoquant une altération de l'état de communication du sujet et de la compréhension de celui-ci peuvent être des symptômes présents.

La **dépression**, à l'inverse de la manie ou l'hypomanie, est un trouble caractérisé par une baisse de l'humeur, une réduction de l'énergie et une diminution de l'activité, persistant la plupart du temps pendant une période d'une durée de deux semaines. Le nombre et la sévérité des symptômes permettent de déterminer trois degrés de sévérité d'un épisode dépressif : léger, moyen et sévère. Les différents degrés sont définis ci-dessous.

L'**épisode dépressif léger** est caractérisé par la présence d'au moins deux ou trois des symptômes dépressifs et s'accompagne d'un sentiment de détresse. Toutefois, l'engagement occupationnel de l'individu n'est pas impacté, car il reste en capacité de poursuivre la majorité de ses activités usuelles.

L'**épisode dépressif moyen** est caractérisé par la présence d'au moins quatre des symptômes dépressifs. L'engagement occupationnel de l'individu est dans ce cas perturbé : les activités usuelles sont difficilement réalisées.

L'**épisode dépressif sévère** est caractérisé par la présence de plusieurs symptômes dépressifs, qui sont marqués et pénibles, mais aussi par l'apparition possible de symptômes somatiques et la présence fréquente d'idées et de gestes suicidaires. Des symptômes psychotiques peuvent apparaître avec par exemple des hallucinations, des idées délirantes et un ralentissement psychomoteur. Ceci génère chez l'individu une incapacité aux activités sociales habituelles. Les symptômes peuvent être congruents ou non, à l'humeur. L'épisode dépressif sévère avec symptômes psychotiques constitue une urgence vitale avec des risques de suicide, de déshydratation et de dénutrition élevés.

Les caractéristiques diagnostiques diffèrent selon la forme du trouble. D'une façon générale, la survenue d'un épisode maniaque ou hypomaniaque chez un individu ayant présenté auparavant un ou des épisodes affectifs, doit conduire à un diagnostic de trouble bipolaire. Nous détaillerons les caractéristiques diagnostiques spécifiques des différentes formes de la pathologie suite à l'étude des données épidémiologiques et de la sémiologie des troubles. Pour ce faire nous nous appuierons sur la catégorisation du Manuel Diagnostiques et Statistiques des Maladies mentales (DSM V) [7]. Selon ce dernier, le trouble bipolaire est classé en trois catégories : le trouble bipolaire de type I, le trouble bipolaire de type II et le trouble bipolaire non spécifié.

B. Épidémiologie

Selon L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS)[8], le trouble bipolaire a été classé parmi les dix pathologies les plus invalidantes. C'est une pathologie chronique qui constitue l'une des pathologies psychiatriques les plus sévères. En France, la prévalence du spectre global du trouble bipolaire atteint 2,4 % [8]. Cette prévalence diffère selon le type de trouble bipolaire : elle est estimée à 0,6% pour le trouble bipolaire de type I, à 0,3% pour le trouble bipolaire de type II et entre 0,4 et 1% pour le trouble bipolaire non spécifié. Il n'y a pas de différenciation de genre avec un ratio homme - femme de 1/1. Cependant, il est repéré une susceptibilité plus accrue chez les femmes pour une hypomanie à caractéristique mixte et une évolution vers un cycle rapide notamment pour le trouble bipolaire de type II. L'accouchement représente un événement déclencheur chez 10 à 20% des femmes de la population générale pour cette même catégorie. Concernant le trouble bipolaire de type I, les femmes sont plus susceptibles que les hommes de présenter des symptômes dépressifs [DSM V : 7].

De façon générale, pour le spectre global du trouble bipolaire, l'apparition du trouble se fait à la fin de l'adolescence ou chez un jeune adulte. Pour le trouble bipolaire de type I, l'âge moyen d'apparition de la pathologie est de 18 ans, mais celle-ci peut débuter à tout âge de la vie, alors qu'il est de 35 ans pour le trouble bipolaire de type II. Aussi, pour le trouble bipolaire de type I, 90% des individus présentent des récives après un épisode maniaque et 60% des épisodes maniaques précèdent immédiatement un épisode dépressif. Pour le trouble bipolaire non spécifié le risque de développer ultérieurement un trouble bipolaire de type I ou II varie de 15 à 50% [DSM V 7].

Le spectre global du trouble bipolaire présente une prédominance des facteurs génétiques et physiologiques parmi les facteurs de risques. En effet, des études ont montré que le risque d'un enfant d'être atteint augmente si ses deux parents présentent un trouble bipolaire [8]. Pour le trouble bipolaire de type I, la part environnementale est également importante avec des facteurs déterminants tels qu'un niveau social élevé et/ou l'existence d'un divorce [7].

Les caractères « psychotique » et de « cycle rapide » ainsi que l'usage d'excitants ou de substances illicites sont des facteurs aggravants de l'évolution du trouble.

Parmi les complications les plus sérieuses, il existe un taux de mortalité deux fois plus élevé que dans la population générale [8]. Le risque suicidaire est quinze fois plus élevé, et l'ensemble des troubles bipolaires représente environ un quart des suicides. En

effet, un tiers des personnes présentant un trouble bipolaire rapporte avoir fait une tentative de suicide. Aussi, nous observons une létalité plus élevée pour le trouble bipolaire de type II. Le retentissement fonctionnel est élevé particulièrement dans le domaine professionnel et les performances cognitives sont fortement altérées. Ainsi, de nombreuses co-morbidités sont associées au trouble bipolaire notamment les troubles anxieux chez les trois quarts des sujets ; les troubles dus à l'usage de substances, particulièrement à la prise d'alcool, chez plus de la moitié des sujets; les troubles du sommeil et les déficits de l'hyperactivité et de l'attention [7].

C. Sémiologie

Comme nous avons pu le voir précédemment nous distinguons deux versants au trouble bipolaire : l'accès maniaque et l'accès dépressif.

Les signes cliniques caractéristiques de l'accès maniaque sont les suivants : des gestes vifs, une pensée accélérée, une humeur joyeuse, une certitude que tout réussira, une surestimation des capacités et des chances de réussite, une irritation à la confrontation, des idées de grandeur, des hallucinations dans un cas sur cinq, une agressivité à la contrariété (sans violence), et le fait de dépenser sans compter [9].

Les signes cliniques caractéristiques de l'accès dépressif sont les suivants : une humeur en permanence triste, une baisse d'énergie et de concentration, un réveil précoce, une diminution de l'appétit, un ralentissement général du comportement, ainsi que l'absence de plaisir dans la réalisation d'activité porteuse de sens auparavant et une culpabilisation [10].

D. Diagnostic

Les troubles bipolaires sont hétérogènes de par la variabilité de leur symptomatologie. Il existe en effet diverses formes évolutives [11]. Nous reprenons la catégorisation du DSM V [7] pour présenter les différents diagnostics appartenant au spectre du trouble bipolaire ainsi que les diagnostics différentiels qui y sont associés.

Trouble bipolaire de type I

Les critères diagnostiques du trouble bipolaire de type I dans le DSM V correspondent à la « *présence des critères d'un épisode maniaque actuel ou passé pouvant précéder ou succéder des épisodes hypomaniaques ou dépressifs caractérisés* ».

Les critères relevés en faveur du diagnostic de trouble bipolaire de type I sont les suivants :

- Le déni,
- Le changement de style vestimentaire, de maquillage ou d'apparence physique notamment avec un style extravagant ou sexuellement attractif,
- La perception d'odeur, son ou stimuli visuels plus aigüe,
- Le jeu pathologique ou comportements antisociaux,
- La mauvaise conscience du trouble et hyperactivité,
- Et le changement d'humeur rapide de la colère à la tristesse.

Le trouble bipolaire de type I présente de nombreux diagnostics différentiels possibles. Parmi ceux-ci figurent l'épisode dépressif caractérisé, les autres catégories de trouble bipolaire, une anxiété généralisée, le trouble panique, le trouble de stress post-traumatique, le trouble anxieux, le déficit d'attention (ou d'hyperactivité), les troubles de la personnalité et les troubles avec irritabilité prédominante [DSM V 7].

Trouble bipolaire de type II

Les critères diagnostiques du trouble bipolaire de type II dans le DSM V correspondent à la « *présence des critères d'un épisode hypomaniaque actuel ou passé et les critères d'un épisode dépressif caractérisé actuel ou passé* ».

Les critères relevés en faveur du diagnostic du trouble bipolaire de type II sont l'impulsivité et un niveau de créativité accru.

Les diagnostics différentiels possibles sont le trouble dépressif caractérisé, le trouble cyclothymique, le spectre de la schizophrénie et autres troubles psychotiques apparentés, le trouble panique et autres troubles anxieux, le trouble de l'usage d'une substance, le déficit de l'attention et de l'hyperactivité, les troubles de la personnalité et les autres types de trouble bipolaire [DSM V 7].

Trouble bipolaire non spécifié

Le trouble bipolaire non spécifié regroupe les formes subsyndromiques. Ces formes désignent les personnes présentant ou ayant présenté des symptômes maniaques ou dépressifs sans pour autant appartenir au trouble bipolaire de type I ou II.

Le trouble cyclothymique est une forme subsyndromique. Les critères diagnostiques de celui-ci dans le DSM V sont « *l'existence de nombreuses périodes avec présence des symptômes hypomaniaques et de nombreuses périodes avec présence des symptômes dépressifs sans que ça réunisse les critères diagnostics pendant au moins deux ans* » [DSM V 7]. Les diagnostics différentiels possibles sont les autres types de troubles bipolaires ou la personnalité « borderline ».

Le diagnostic de trouble bipolaire non spécifié comprend également le trouble bipolaire ou apparenté induit par une substance, le trouble bipolaire ou apparenté, induit par un médicament et le trouble bipolaire apparenté dû à une autre affection médicale.

II. Trouble bipolaire et stigmatisation

Nous avons vu les différentes caractéristiques du trouble bipolaire. Les personnes vivant avec un trouble bipolaire sont victimes de stigmatisation. Cette notion est au coeur du sujet. Dans cette partie, nous définirons, dans un premier temps, la stigmatisation et les concepts qui en découlent. Nous parlerons par la suite de ses facteurs et de ses conséquences. Puis, nous développerons le lien avec le processus de rétablissement.

A. Définition et types de stigmatisation

Selon le sociologue Goffman (1975)[2], la stigmatisation est un « *processus dynamique d'évaluation qui discrédite significativement un individu aux yeux des autres* ». Plus récemment, selon Weji et Ramarkrishna (2004)[12], elle est définie comme un « *processus social, vécu ou anticipé, caractérisé par l'exclusion, le rejet, le blâme ou la dépréciation découlant de l'expérience ou de l'attente raisonnable d'un jugement social négatif à l'égard d'une personne ou d'un groupe* ». C'est le sens psychologique qui nous intéresse ici. La stigmatisation est un processus qui consiste à exclure un individu du fait de ses différences [13]. Ces différences sont perçues comme hors normes et génèrent une discrimination [14].

La stigmatisation comprend des types de stigmates sociaux. Il en existe trois : la stigmatisation relative à la santé, l'autostigmatisation et la stigmatisation par association [12].

La **stigmatisation relative à la santé** correspond au fait d'être traité différemment des autres par le biais d'un diagnostic ; la présence d'une maladie, de symptômes ou d'un traitement spécifique ; suite à une hospitalisation ou à l'emploi de termes cliniques et psychiatriques dans le diagnostic [14]. Par exemple, une personne vivant avec un trouble bipolaire se fait refuser un emploi car elle souffre d'une maladie mentale.

L'**autostigmatisation** est un phénomène qui se produit quand les individus vivant avec un trouble mental ainsi que leurs familles intériorisent les attitudes de la société à leur égard ce qui les pousse à se blâmer et à développer une faible estime de soi [15]. Par exemple, une personne vivant avec un trouble bipolaire qui s'empêche de postuler à un emploi. Son entourage lui répète régulièrement qu'elle n'est pas capable de travailler, elle pense alors qu'elle n'est pas qualifiée et manque de confiance en soi. Ainsi, la Société pour les Troubles de l'Humeur au Canada, explique que les individus qui s'autostigmatisent, rentrent dans un mécanisme où ils croient les opinions négatives émises à leur encontre et pensent mériter ces injures dont ils font l'objet et qu'il est justifié qu'ils se voient bloquer l'accès à des possibilités. L'autostigmatisation est également désignée dans la littérature comme la stigmatisation perçue par l'individu ou la stigmatisation intériorisée.

La **stigmatisation par association** correspond à l'attribution de stigmates sociaux envers l'entourage proche de la personne stigmatisée [12]. Par exemple, une personne est mise à l'écart par ses collègues de travail car son conjoint vit avec un trouble bipolaire.

Dans le cadre de notre sujet, nous nous concentrerons sur la stigmatisation relative à la santé et l'autostigmatisation. Les personnes vivant avec un trouble bipolaire, de par leur état de santé altéré au niveau psychique et social, sont des individus susceptibles de subir une stigmatisation relative à leur santé et sujette à l'autostigmatisation. D'après une étude, la stigmatisation et la discrimination du trouble bipolaire sont plus fortes dans les domaines liés à l'éducation, aux loisirs et au logement [16].

B. Ses facteurs

Nous avons vu ce qu'étaient la stigmatisation et les types de stigmates sociaux qui la composent. Nous allons à présent, développer les facteurs de ce processus. Plusieurs facteurs peuvent influencer la stigmatisation. Tout d'abord les représentations sociales y jouent un rôle prédominant. En effet, celles liées au trouble bipolaire sont majoritairement d'imprégnation négative [16]. L'enquête « Santé mentale en population générale » de 2010 révèle que plus des trois quarts de la population associent le terme de « malade mental » à des comportements violents et dangereux. Or ces représentations influencent le comportement des individus vis-à-vis du recours aux soins et des attitudes développées à leur égard [17]. Ces représentations sont influencées en grande partie par les médias qui représentent bien souvent la maladie mentale comme étant associée au drame, devenant ainsi synonyme de danger [1]. Les politiques, autant que les médias, associent en permanence ce trinôme « folie, maladie mentale, danger » qui entretient l'image publique que nous connaissons [2]. Ces représentations sociales négatives à l'égard du trouble bipolaire génèrent une stigmatisation aigüe envers la personne qui en subit les conséquences et qui en souffre.

Le manque de connaissances sur les troubles psychiatriques, la peur, les attitudes négatives et les comportements d'exclusion ou d'évitement constituent également des facteurs de la stigmatisation [12]. La stigmatisation se compose ainsi de trois éléments clés : l'ignorance, problème d'absence de connaissances ; les préjugés et les croyances, problème d'attitude et la discrimination, problème de comportement [4]. Aussi, le soutien médical peut constituer une attitude stigmatisante si le thérapeute utilise un vocabulaire diagnostique discriminant et qu'il transmet spécifiquement au patient une vision négative de lui-même[18]. Ainsi, par leurs attitudes et comportements les professionnels de santé peuvent devenir des agents de stigmatisation. En effet plus de 20% des situations stigmatisantes rapportées par le patient et son entourage sont vécues lors d'un contact avec un professionnel. Les comportements relevés générateurs de ces situations sont les suivants : un manque d'intérêt envers le patient, une impression d'un traitement généralisé, un diagnostic annoncé de façon négative, la définition du patient par sa maladie ou son déficit ainsi que l'absence de prise en compte des ressources du patient. De plus, il existe une absence d'information sur les traitements existants et concernant les options de prise en charge par la suite [14].

Pour ce qui est de l'autostigmatisation, l'annonce du diagnostic constitue un élément générateur de perte de confiance en soi [19]. Plus de 50% des médecins n'informent pas leurs patients du diagnostic ou utilisent un vocabulaire vague en évitant de prononcer le mot désignant la pathologie [14]. Celle-ci peut amener l'individu à s'exclure de son environnement sociétal et à s'isoler. Aussi, l'entourage de l'individu s'éloigne souvent du réseau relationnel et amical du fait d'une inquiétude, d'une honte et d'une culpabilité en lien avec l'état de celui-ci ce qui renforce l'autostigmatisation [19].

C. Ses conséquences

Nous avons vu ci-dessus les facteurs de la stigmatisation. Nous allons maintenant aborder les conséquences de celle-ci. En effet, la stigmatisation des personnes vivant avec un trouble bipolaire et de leur famille engendre des effets néfastes notamment sur la qualité de vie et le fonctionnement social. La qualité de vie est définie selon l'OMS comme « *une combinaison des facteurs psychologique, physique, social et matériel pour évaluer le bien être de l'individu* » [20]. La stigmatisation représente un facteur psychologique et social déterminant sur la qualité de vie. Elle engendre des répercussions sur la vie quotidienne et favorise l'existence d'une autostigmatisation du trouble qui diminue davantage la qualité de vie et impacte le fonctionnement social [4]. Dans une étude sur la qualité de vie des personnes vivant avec un trouble bipolaire [21], la majorité des individus questionnés évoquent un effet négatif du trouble sur la qualité de vie. Il est constaté une baisse de l'estime de soi, une baisse de l'humeur et une augmentation des comportements d'évitement. De plus, l'anxiété générée entraîne une diminution du travail et des restrictions accrues dans les activités sociales et de loisir [4].

Dans cette même étude, les personnes vivant avec un trouble bipolaire estiment que le soutien social et la santé mentale sont les domaines les plus importants pour déterminer la qualité de vie [21]. Parmi les symptômes du trouble bipolaire, ce sont les symptômes dépressifs désignés comme étant les plus impactant sur la qualité de vie [22]. La stigmatisation va également générer des comportements discriminatoires et de l'irrespect envers les personnes vivant avec un trouble bipolaire. La stigmatisation représente un obstacle dans plusieurs domaines notamment l'acquisition d'un logement, l'emploi, l'éducation et les soins de santé [12]. Elle a également des effets néfastes sur l'individu lui-même, tels qu'une identité négative, une dévalorisation et un autodénigrement [18]. Par conséquent, les personnes vivant avec un trouble bipolaire et s'autostigmatisant ont tendance à autocensurer leur projet notamment dans le domaine professionnel [23]. Il est

relaté qu'en réaction à l'autostigmatisation, la mise en place de stratégies d'adaptation telles que le repli sur soi et l'isolement va impacter la vie sociale de l'individu [12]. Ces stratégies d'adaptation vont renforcer l'autostigmatisation et créer un cercle vicieux (Annexe I).

De plus, la stigmatisation et l'autostigmatisation affectent l'efficacité des traitements et augmentent la sévérité des symptômes du trouble bipolaire [4].

Du fait des diverses conséquences engendrées par la stigmatisation du trouble, le dilemme de révéler ou non sa situation est au coeur des préoccupations du Sujet, que ce soit pour obtenir un emploi ou amorcer une relation amoureuse. Officialiser ou non sa situation demeure une décision personnelle et il est important que la personne décide elle-même de sa stratégie d'intégration. Néanmoins, d'un point de vue collectif, il est important de noter que le fait de révéler sa situation auprès des personnes qui nous entourent contribue à contrer les effets de la stigmatisation [14].

D. Lien entre la stigmatisation et le rétablissement

Le rétablissement personnel est considéré comme le « *processus qui permet à chaque personne un retour à une vie satisfaisante et pleine de sens* ». Il se définit selon quatre indicateurs : la connexion à sa communauté, le sentiment d'espoir, l'identité positive et l'empowerment [3]. Selon Davidson et Roe (2007) [24] il existe deux types de rétablissement en santé mentale. Le premier consiste en l'amélioration du fonctionnement et des symptômes au fil du temps tandis que le deuxième désigne la possibilité d'avoir une vie pleine de sens tout en continuant de souffrir d'une maladie mentale [24]. De ce fait la notion de rétablissement suggère le respect et implique que l'individu refuse la discrimination et la stigmatisation [18].

Les représentations sociales, facteur central de la stigmatisation, constituent un frein au rétablissement de la personne et diminuent la qualité de vie [16]. Or, la médecine et la psychiatrie se sont révélées impuissantes pour modifier les représentations stigmatisantes. La lutte contre la stigmatisation devient essentielle pour le patient lui-même et désormais pour l'organiser il peut s'appuyer sur les concepts d'empowerment et de rétablissement [2]. Le lien entre stigmatisation et rétablissement est bien réel, et confère un rôle primordial au patient. En outre, des études ont montré que la stigmatisation peut avoir un impact négatif significatif sur le fonctionnement social de l'individu et son rétablissement complet [4]. La stigmatisation constitue un obstacle non

négligeable au rétablissement. Ainsi, de façon générale, la mise en place d'une action de lutte contre la stigmatisation vise le bien être et le rétablissement [12].

III. Ergothérapie et psychiatrie

Nous allons à présent nous focaliser sur l'ergothérapie. Dans un premier temps, nous définirons celle-ci ainsi que le rôle de l'ergothérapeute en santé mentale. Par la suite nous détaillerons le rôle de l'ergothérapeute dans la prise en charge de la stigmatisation et le rétablissement. Nous finirons par présenter le processus d'intervention en ergothérapie et le Modèle de l'Occupation Humaine. Nous décrirons enfin les outils de l'ergothérapeute, applicables au secteur de la psychiatrie.

A. Sa définition et son rôle

L'ergothérapie est une profession de santé qui fonde sa pratique sur le lien entre l'activité humaine et la santé [25]. Selon l'OMS, la santé est « *un état complet de bien être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* » [26]. La dimension « mental » fait référence au domaine psychiatrique. L'ergothérapeute a toute sa place parmi les professionnels de la psychiatrie. Le champ d'exercices en psychiatrie des ergothérapeutes inclut l'information, la promotion de la santé et la prévention des problèmes sociaux auprès des individus, des familles et des collectivités [27]. L'intervention de l'ergothérapeute en santé mentale a pour but de diminuer les désavantages sociaux, d'optimiser la participation sociale et l'organisation de l'environnement socioculturel de l'individu ainsi que l'enseignement et le soutien à la famille, aux intervenants et aux aidants [27].

Parmi les missions de l'ergothérapeute auprès des personnes présentant une maladie mentale nous relevons celles-ci :

- L'apport d'un soutien à l'intégration des stratégies des guides d'autosoins ainsi que des stratégies cognitivo-comportementales au sein des routines quotidiennes.
- L'aide au développement des habiletés de gestion des émotions et des habiletés sociales facilitant leur intégration en milieu écologique.
- Le soutien à l'intégration communautaire par le biais d'activités ou de projets dans la communauté, qui permettent de reprendre une place citoyenne et d'élargir le réseau social.

- Le développement des compétences et des habiletés de vie autonome, afin de favoriser le maintien de la personne dans son milieu de vie [27].

L'ergothérapeute a un rôle d'intervenant pivot en émergence, autant dans le secteur public que privé. La contribution de professions paramédicales, dont l'ergothérapie, est essentielle pour l'émergence de services de santé mentale axés sur la collaboration et la coopération [27]. Ainsi la psychoéducation ou l'éducation thérapeutique du patient (ETP) peuvent s'intégrer efficacement aux traitements des patients souffrant de troubles psychiatriques. Celle-ci semble pourtant peu développée en psychiatrie. L'éducation thérapeutique du patient dispose d'une légitimité législative et de recommandations cliniques qui rendent propice son intégration aux soins et à la formation des intervenants en psychiatrie. L'éducation thérapeutique a une place conséquente à prendre en psychiatrie avec un réel bénéfice pour les usagers et leurs familles. Adaptée au handicap psychique, elle peut faciliter cette prise en charge en aidant les personnes souffrantes à se prendre en charge et à réaliser leurs projets de vie [28]. D'ailleurs, L'HAS, préconise l'éducation thérapeutique du patient comme traitement thérapeutique du trouble bipolaire. L'ETP est un soin qui s'inscrit dans le parcours du patient. Le besoin est évalué par le professionnel avec le patient. Toutefois il reste difficile de le mettre en place, car c'est un programme qui nécessite une autorisation de l'Agence Régionale de la Santé (ARS) [29].

B. Pratique et rôle dans le rétablissement et la dé-stigmatisation

L'ergothérapie présente des missions et une vision en adéquation avec celle du rétablissement [27]. De ce fait elle a un rôle essentiel à jouer dans l'actualisation du paradigme du rétablissement. D'après la Communauté pour l'Avancement de la Recherche Appliqué Francophone en Ergothérapie (CARAFE), l'ergothérapeute praticien doit :

- Encourager la philosophie d'autogestion/ d'autodétermination,
- Impliquer la personne et son entourage dans l'élaboration du plan de rétablissement,
- Et lutter explicitement contre la stigmatisation, l'exclusion sociale et l'autostigmatisation aussi bien à l'intérieur qu'à l'extérieur du réseau de la santé mentale [3].

Dans le processus de rétablissement, le travail de l'ergothérapeute consiste à faciliter la participation sociale, réduire les situations d'exclusion et de marginalisation et soutenir l'exercice des rôles sociaux [27]. Ainsi, la prise en charge de l'autostigmatisation constitue

clairement un des axes du travail de l'ergothérapeute dans le cadre du processus de rétablissement.

Concernant la prise en charge de l'autostigmatisation, l'Ordre des Ergothérapeutes du Québec (OEQ) préconise de s'appuyer sur les techniques de restructuration cognitive et l'apprentissage d'outils de gestion [27]. Selon Richard-Lepouriel, spécialiste en psychiatrie, le développement du concept de rétablissement auprès des personnes vivant avec un trouble bipolaire peut s'appuyer sur celui développé auprès de patients souffrant de schizophrénie et permet de réduire l'autostigmatisation [23]. D'ailleurs l'enjeu actuel au Québec sur : « *comment offrir la gamme de meilleurs services de réadaptation aux personnes atteintes de schizophrénie tout en s'assurant que ces services soutiennent le rétablissement ?* » est un défi qui s'applique également aux personnes vivant avec un trouble bipolaire. Ainsi trois points clefs sont identifiés pour y répondre : la nécessité d'une approche centrée sur les besoins exprimés par la personne, l'identification d'un « gardien du rétablissement » et l'embauche de pairs-aidants [32].

De plus, la participation des familles influence le rétablissement de la personne prise en charge. Le système de santé actuel et l'ergothérapie reconnaissent le besoin d'établir une culture fondée sur le respect et l'intégration des familles [30]. D'ailleurs, l'approche psychoéducative du patient et de son entourage proche consiste en une démarche d'éducation thérapeutique du patient qui permet d'améliorer l'adhésion aux soins, l'autonomisation et le rétablissement [31].

Malgré une opportunité pour la profession d'ergothérapie de jouer un rôle prépondérant dans la réadaptation psychosociale, il est nécessaire de continuer les recherches sur l'efficacité des thérapies professionnelles dans le rétablissement de la santé mentale [24].

Pour répondre à la problématique du rétablissement, de plus en plus de recherches sont nécessaires. Cependant, quelques lectures ont permis de trouver des pistes de pratiques existantes sur lesquelles s'appuyer. En France, pour faciliter l'implantation de la pratique du rétablissement, des recommandations par la CARAFE ont été faites. Les orientations actuelles sont : l'autogestion / l'autodétermination, l'amélioration des conditions de vie, l'augmentation de la participation sociale, la reprise d'une vie satisfaisante, la réduction des écarts sociaux et de la stigmatisation [3]. Aussi, pour répondre aux deux types de rétablissement évoqués précédemment et définis par Davidson et Roe, L'American Journal of Occupational Therapy (AOTA) recommande des pratiques axées sur un processus individualisé, basées sur les forces et centrées sur la personne.

Elles comprennent :

- La découverte de soi,
- L'autonomisation,
- L'utilisation d'un support homologue non linéaire,
- Le respect,
- La responsabilité,
- Et l'espoir [24].

Pour les personnes vivant avec une maladie mentale conséquente telle que l'est le trouble bipolaire, le développement des compétences et l'obtention des soutiens nécessaires à une vie productive sont importants, pour atteindre des objectifs que peuvent être ceux visés par les personnes diagnostiquées et favoriser le processus du rétablissement [24].

Maintenant que nous avons vu le rôle de l'ergothérapeute dans le rétablissement, nous allons aborder les pratiques actuelles concernant la prise en charge de la stigmatisation en France. Nous nous appuyerons ensuite sur les pratiques internationales recensées dans nos lectures et venant notamment d'Amérique du Nord.

Concernant les **pratiques en France**, dans son rapport « Investir dans la santé mentale » l'OMS fait de la déstigmatisation la seconde stratégie d'action. Le Plan Psychiatrie et santé mentale de 2005 place également la déstigmatisation en tête de liste et cette priorité est renouvelée dans le plan de 2011. Il existe deux grandes classes d'action : les campagnes de communication en lien avec les médias, et les programmes d'action multidimensionnels (tels que le fonctionnement en petit groupe, la construction d'un programme sur des témoignages individuels et la mise en place d'une démarche par étape). Néanmoins peu d'actions ont finalement été mises en œuvre et celles qui ont pu l'être ont connu un impact limité [5].

Pour ce qui est de la stigmatisation relative à la santé, il a été dit précédemment que les professionnels de santé peuvent être des agents de la stigmatisation par les attitudes qu'ils adoptent. Mais ceux-ci peuvent également devenir des agents d'anti-stigmatisation. La première action à mener par le professionnel est de reconnaître la part de préjugé encrée en lui, et ce dans l'optique de modifier ses comportements. Il doit ainsi prêter attention à son attitude envers les patients. Les conseils donnés pour créer une relation thérapeutique non stigmatisante sont les suivants : adopter une attitude de confiance, ne pas infantiliser le patient, faire attention aux traits d'humour employés, prendre conscience

de ses attitudes et actions stigmatisantes, insuffler de l'espoir, miser sur le rétablissement, travailler l'estime de soi, soutenir l'affirmation de l'identité et contrecarrer l'autostigmatisation [14].

Aussi, l'Agence Régional de la Santé de Provence-Alpes-Côte d'Azur (ARS PACA) a publié en 2016 un cadre de référence sur la lutte contre la stigmatisation en santé mentale. Il y est dit que les patients et leur entourage doivent être associés à la conception, la mise en oeuvre, la diffusion et l'évaluation des actions menées. Il s'agit de mettre en place des programmes réguliers et continus ayant une approche globale. Les stratégies de contact ont fait la preuve de leur efficacité [19]. Concernant l'autostigmatisation, l'ARS propose les axes d'actions suivants :

- Travailler sur le dispositif d'annonce pour le patient,
- Travailler sur l'estime de soi tout au long de la prise en charge,
- Soutenir le dispositif des médiateurs pairs de santé qui accompagnent le patient dans le développement d'une image positive,
- Travailler sur le dispositif d'annonce pour l'environnement familial proche,
- Soutenir les actions qui associent la famille au programme de soins (profamille, GEM),
- Favoriser l'accès à un logement de droit commun en soutenant les initiatives de type « logement accompagné »,
- Favoriser l'accès à la formation, au travail et aux loisirs,
- Et s'assurer que les droits du patient sont respectés (en particulier dans les cas de SSC et de mise à l'isolement) et que le patient connaît les modalités de recours qui lui sont proposées [19].

Bien que les expériences internationales ne soient pas nécessairement transposables en France [5], il est possible de s'inspirer des pratiques qui s'y développent afin de définir des objectifs et des approches efficaces pour lutter contre la stigmatisation. Pour ce faire, un bilan des campagnes anti-stigmatisations menées a été réalisé et a permis de définir cinq enseignements principaux :

1. Déterminer des actions autour d'un objectif précis,
2. Privilégier les campagnes multidimensionnelles intégrant des actions de proximité,
3. Privilégier les actions destinées à une population ciblée,

4. Impliquer les patients et leur proche,

5. Impliquer les médias [5].

Aussi le rapport présenté à la Commission de la Santé Mentale du Canada intitulé « Passons à l'action : lutte contre la stigmatisation et la discrimination » a permis d'identifier des objectifs pour résoudre le problème de stigmatisation ainsi qu'une approche efficace. Les objectifs retenus sont ceux concernant les professionnels soit « *encourager la confiance en soi et l'estime personnelle de ces personnes* » et « *se concentrer sur le rétablissement et la transmission de messages d'espoir* ». L'approche suggérée se compose des trois stratégies relevées comme étant les plus efficaces. D'abord les stratégies d'éducation qui concernent notamment la réfutation des mythes et stéréotypes. Ensuite les stratégies de protestation par l'enrayement des attitudes discriminatoires et la remise en question des notions stigmatisantes. Enfin, la troisième et dernière approche qui suggère la mise en place des stratégies de contact [12]. Cependant, chaque volet ne peut à lui seul permettre d'atteindre les objectifs recherchés, il est important de mettre en oeuvre l'ensemble des stratégies pour une approche efficiente. La protestation possède notamment une incidence sur la réduction de l'autostigmatisation. Les stratégies de contact sont les plus efficaces pour prévenir la stigmatisation, mais celles-ci doivent respecter des critères [12].

C. Processus d'intervention et cadre de référence

Le processus d'intervention en Ergothérapie

Selon Sylvie Meyer [33], ergothérapeute, le processus d'intervention en ergothérapie s'apparente à une démarche de résolution de problème. Cette démarche devient spécifique par l'intérêt qu'elle porte aux occupations et aux groupes se trouvant dans des conditions de santé particulières. Le processus se compose de quatre étapes : l'évaluation formative, la planification de traitement, l'exécution du traitement et l'évaluation sommative (Annexe II).

L'évaluation formative s'intéresse au recueil d'informations et à l'évaluation de la personne. Elle est constituée de trois phases : l'évaluation initiale, l'évaluation approfondie et l'analyse et l'interprétation des données.

L'évaluation initiale va, par le biais d'un cadre de référence et d'un entretien, permettre d'élaborer la demande du patient. La phase d'évaluation initiale comprend également l'entretien avec la personne.

L'**approfondissement** comprend l'observation et l'utilisation d'instruments de mesure. L'observation est une méthode d'obtention de données qui s'appuie sur les capacités de l'observateur à voir, entendre et sentir ce qu'une personne fait dans une situation [33]. L'instrument de mesure correspond à un ensemble de questions structurées et systématisées auxquelles il est possible d'attribuer un score. Il permet de guider l'analyse et l'interprétation des informations recueillies, d'objectiver les données et de comparer dans le temps.

Enfin, la troisième et dernière phase de l'évaluation formative correspond à l'**analyse et l'interprétation** des données. Cette phase doit permettre de positionner le problème.

La deuxième étape du processus d'intervention en ergothérapie est appelée **planification du traitement**. Elle se compose du plan de traitement et du programme de traitement [33].

Le **plan de traitement** consiste à définir la finalité avec les buts et les objectifs de traitement. Les buts correspondent aux attentes de résultat par le patient et sont de ce fait fixés avec lui. Cependant, les troubles psychiatriques peuvent perturber le patient dans ses réflexions, son discernement. Face à cette situation, les buts doivent être fixés avec les proches et sont influencés par l'ergothérapeute. C'est le cas pour les personnes vivant avec un trouble bipolaire. De ce fait il sera nécessaire d'organiser une rencontre avec le patient et l'entourage afin de définir les buts du traitement. Les objectifs correspondent aux résultats attendus au terme du traitement par l'ergothérapeute. L'approche peut être de type « bottom up » c'est-à-dire rééducative ou « top down » c'est-à-dire plus orientée sur la réadaptation.

Le **programme de traitement** correspond à l'élaboration d'un programme d'intervention reprenant l'ensemble des moyens nécessaires au traitement. Le programme de traitement reprend les méthodes spécifiques utilisées lors de l'intervention et les éléments généraux de la séance tels que sont la durée, la fréquence, le mode individuel ou groupe, le lieu et les personnes-ressources. Les méthodes spécifiques relèvent de l'emploi thérapeutique de soi, l'emploi thérapeutique d'occupations et d'activités, d'une démarche de consultation et/ ou d'une démarche d'éducation dirigée. L'emploi thérapeutique de soi consiste à faire appel aux intuitions, perceptions et jugements du patient. L'emploi thérapeutique d'occupations et d'activités suppose la réalisation d'activités afin d'entraîner ou adapter une occupation. La démarche de consultation correspond à faire appel à l'expertise et aux connaissances du thérapeute. La démarche éducative dirigée consiste à faire acquérir des informations et connaissances au patient et/ou ses proches. Le programme peut avoir

recours à une approche de remédiation ou de compensation. La remédiation se définit par « *la récupération d'habiletés ou de fonctions physiologiques, neuro-comportementales, cognitives ou psychologiques qui ont été momentanément altérées ou perdues, ainsi que le développement de nouvelles habiletés et fonctions ; toutes deux permettent la restauration des performances dans les occupations courantes* » [33]. La compensation se rapporte à « *la modification de l'environnement ou de la tâche pour améliorer les performances altérées* ».

La troisième étape du processus d'intervention correspond à l'**exécution du traitement**. Celle-ci consiste en la mise en oeuvre du programme défini et à son ajustement. Elle se compose de quatre éléments : la gradation de l'environnement, l'organisation des séances, la gestion émotionnelle de l'intervention et l'évaluation des progrès.

La **gradation de l'environnement** correspond au réajustement ou à la continuité des tâches en fonction des capacités du patient et doit être effectuée régulièrement.

L'**organisation des séances** est indispensable afin de s'assurer de l'efficacité thérapeutique, il est primordial de les préparer au niveau théorique et technique. Cette étape comprend également la réalisation des séances ainsi qu'une réflexion a posteriori afin de les évaluer [33].

La **gestion émotionnelle** fait partie intégrante de l'intervention et ne doit pas être négligée. Elle impacte directement l'alliance thérapeutique entre le patient et le thérapeute. Elle comprend le respect, l'authenticité, l'écoute, la reconnaissance et la confiance. La confiance du patient relève notamment des compétences en relation et en communication du thérapeute. Son comportement est à l'origine de la relation thérapeutique.

Pour finir, l'évaluation des progrès est continue et peu formelle.

La quatrième et dernière phase du processus d'intervention correspond à l'**évaluation sommative**. C'est l'évaluation de l'intervention menée c'est-à-dire la mesure des résultats de l'intervention avec la validation ou non des objectifs. L'évaluation sommative prend également en compte l'évaluation de la qualité de vie, du bien être et de la satisfaction du patient. De plus, le thérapeute se doit d'analyser sa propre pratique professionnelle pour réajuster ses futures interventions. La clôture de l'intervention se fait par la fin de la relation thérapeutique. Il est nécessaire de bien préparer en amont cette étape avec le patient. Ensuite, le thérapeute va rédiger dans le dossier du patient les

informations en lien avec son intervention, et un choix concernant l'orientation dans le système de soin qui sera menée.

Le Modèle de l'Occupation Humaine

Selon Marie-Chantal Morel-Bracq, l'utilisation d'un modèle conceptuel permet de soutenir la pratique de l'ergothérapie et peut l'influencer de manière constructive [39]. En effet, il permet de choisir une perspective d'étude de la situation et assure au thérapeute le maintien d'une forme d'éthique professionnelle.

Le Modèle de l'Occupation Humaine est un modèle scientifique spécifique à l'ergothérapie de type réadaptatif. C'est un modèle humaniste centré sur la personne. Il place les actions, les pensées et les sentiments de la personne comme dynamique centrale de la thérapie. Les trois piliers de ce modèle sont l'Être, l'Agir et le Devenir. Kielhofner dit que « *L'Être regroupe les composantes de la personne, qui vont soutenir la manière d'Agir. Le Devenir est la résultante de l'Être et de l'Agir et s'exprime dans le degré avec lequel la personne arrive à s'adapter à ses occupations.* » (Annexe III). L'Être se définit par la volition c'est-à-dire la motivation d'une personne à agir sur l'environnement. La volition se compose des valeurs, des centres d'intérêt et de la causalité personnelle. Les valeurs ont une dimension sociale et personnelle, elles correspondent aux éléments importants et significatifs pour la personne. Les centres d'intérêt sont les éléments qui vont rendre une activité attractive. La causalité personnelle correspond à la manière dont une personne perçoit ses propres capacités et son efficacité. La volition est le processus qui permet de s'engager dans une activité. Dans ce modèle, le contexte environnemental influence la participation de la personne. L'utilisation de ce modèle a pour but de favoriser la participation sociale.

Les plus-values de ce modèle sont la résultante de son caractère international et transculturel. Il propose une pratique centrée sur la personne et l'occupation et repose sur des données tangibles et probantes. Il permet de faciliter le raisonnement clinique et la prise de décision. De plus, le temps est imparti ce qui s'adapte bien à la prise en charge en santé mentale. Cependant, il est encore très peu utilisé en France. L'absence de consensus sur la traduction francophone du modèle et de ses outils pose problème pour son utilisation clinique [40].

D. Boîte à outils

Dans cette partie nous allons développer les outils qui nous semblent pertinents dans la pratique de l'ergothérapie en psychiatrie et dans la prise en charge de la stigmatisation du trouble bipolaire.

La Thérapie Relationnelle Intégrative

La **thérapie relationnelle intégrative** de Richard Erskine se compose de trois processus : les processus de questionnement, d'harmonisation et d'implication. Ceux-ci permettent de favoriser la relation thérapeutique et d'adopter une vision holistique de la personne. Ces trois processus sont intriqués et sont au fondement même de la relation thérapeutique. Ils vont permettre au thérapeute d'être perçu comme fiable, cohérent et digne de confiance par le patient [34].

Le **questionnement** correspond au processus utilisé par le thérapeute pour inviter le patient à explorer son expérience subjective. C'est une phase de recherche thérapeutique où la communication est essentielle [34]. Le but est d'aider le patient à comprendre ses mécanismes de relations internes et externes. Il va être dans une autorecherche, celle de réponses pour venir contrer les mécanismes de défense psychologiques installés. Le questionnement thérapeutique se différencie de l'interrogatoire ou de la simple conversation. Il doit être respectueux, porter un intérêt authentique, ouvert, sans attentes et effectué avec une conscience accrue. Il existe diverses techniques de questionnement. La première va être d'établir le contact, de poser le contrat thérapeutique ainsi que de recueillir le consentement et la coopération du patient. Aucune présupposition n'est effectuée, le thérapeute va être dans un processus de relance par question plutôt que dans une simple écoute active. Tout élément est important, il est nécessaire de prêter attention tant au langage verbal qu'à l'infraverbale. Enfin, il est crucial de respecter la perspective du patient. La méthode utilisée pour diriger le questionnement consiste à venir interroger les sensations corporelles, les réactions physiques, les émotions, les souvenirs, les pensées, les conclusions, les décisions, les significations, les attentes et les espoirs de la personne [35].

Le deuxième processus de la thérapie relationnelle intégrative est l'**harmonisation**. Elle permet au thérapeute de surveiller et réguler l'exploration du patient [34]. Il existe quatre types d'harmonisation. Tout d'abord l'**harmonisation cognitive** qui va permettre au thérapeute non seulement de comprendre la cognition du patient, mais également son

fonctionnement. Il adhère ainsi au cadre de référence du patient et y fait résonance. Ensuite il y a l'**harmonisation affective** qui se différencie de l'empathie du fait qu'elle répond à l'affect de manière personnelle et authentique. Le thérapeute perçoit les émotions du patient et y répond avec une émotion réciproque. Il est important de prêter attention au sentiment de honte généré par la stigmatisation. Ce sentiment est complexe et se compose de six couches d'émotions : la douleur, la peur du rejet, l'isolement, la colère, la soumission à l'image publique et à la critique des autres. Le thérapeute doit être en harmonisation avec chaque couche d'émotions pour maintenir la relation thérapeutique. De plus, le thérapeute doit pratiquer l'**harmonisation au rythme**. En effet, l'harmonisation se distingue du rythme. Chaque individu possède ses propres modèles rythmiques cognitifs, affectifs, comportementaux et physiologiques. Le thérapeute doit s'adapter au patient et s'accorder avec lui. Toutefois, l'affect possède généralement un rythme plus lent que le cognitif. Il est important de laisser le temps au patient de traiter ses émotions pour lui permettre une meilleure intégration. Enfin l'**harmonisation au stade de développement** nécessite une attention particulière. En effet, par la relation thérapeutique, le patient retrouve des schémas d'expérience (pensée, sentiment, comportement ou souvenir) qui sont dit archaïques et se manifestent par une régression. Le patient se vit « *lui-même et les autres de la même manière qu'il l'a fait dans un moment du passé* ». La régression à un fonctionnement antérieur se réalise souvent par rapport à une situation similaire à notre vécu. Ainsi le thérapeute doit être capable d'évaluer le stade de développement et l'âge de régression dans lequel se trouve l'individu en face de lui pour adapter sa communication. L'harmonisation avec le patient va être bénéfique pour la relation thérapeutique. Elle procure au patient un sentiment de soutien, de validation et de normalisation. Elle fournit un environnement sécurisé, instaure la confiance, intensifie les relations internes et externes du patient et va permettre une remise en question du système de croyances autoprotecteur [36].

Le troisième et dernier processus correspond à l'**implication authentique** du thérapeute dans la relation [34]. Le thérapeute est pleinement présent. Il doit être disposé à être affecté, faire résonance, être en adéquation avec le stade de développement, s'engager et faire preuve de professionnalisme. L'engagement et le professionnalisme structurent la relation thérapeutique en lui donnant forme, force et fiabilité. L'engagement a pour objectif le bien être du patient. Le professionnalisme va orienter l'engagement et établir des limites. L'implication thérapeutique va s'exprimer par la reconnaissance, la validation, la normalisation, le contact, l'intérêt, la curiosité, l'ouverture, la vulnérabilité, la patience, et la cohérence, mais avant tout par la présence du thérapeute. Il est là pour et

avec le patient [37]. Ainsi l'interaction de ces trois processus permet, par la relation, d'apporter au patient une sécurité, une nouvelle conscience et une clairvoyance. Elle permet également à la relation d'être guérissante pour le patient par la reconnaissance de ses besoins et la satisfaction de ceux-ci de manière appropriée.

Les **besoins relationnels** [38](Annexe IV) résultent de l'attente d'une interaction. Ici, les besoins du patient sont placés au premier plan. Parmi les compétences thérapeutiques et relationnelles, il y a la compréhension et la reconnaissance de la nature des besoins relationnels ainsi qu'une réponse affective adéquate. Chaque besoin doit être satisfait pour avoir une relation de qualité.

La boussole des méconnaissances

Nous avons vu un outil permettant la mise en place de la relation thérapeutique avec le patient. Nous allons à présent détailler un outil de guide d'entretien : la **boussole des méconnaissances**. C'est une méthode qui permet d'établir un contrat avec le patient dont le problème n'est pas facilement abordable. Cet entretien consiste à dialoguer avec le patient afin de relever les points clefs et de clarifier sa problématique. C'est une méthode qui repose sur une éthique forte avec une vision dynamique du patient centrée sur ses ressources, à l'écoute de ses ressentis, de ses croyances et de son vécu. Il est primordial que le thérapeute adopte une position d'écoute. L'objectif premier de l'outil est de créer et de conserver un contact relationnel de qualité avec le patient. Il va également permettre d'obtenir un consentement éclairé et de faciliter l'adhésion aux soins. La boussole des méconnaissances s'appuie sur le tableau des méconnaissances de Mellor et Schiff en reprenant une structure identique : stimuli - problème - options. Elle comprend quatre « caps » : le **cap Nord** centré sur le problème et qui mobilise le patient, le **cap Ouest** relatif aux sentiments, le **cap Est** relatif aux comportements et le **cap Sud** centré sur le thérapeute et la méthode (Annexe V). Le thérapeute va questionner le patient sur ses sentiments en réponse aux stimuli internes et externes. Ce sont des questions dites naïves et empathiques. Une question posée à la fois, les termes médicaux y sont absents et aucune exclusion ou évidence n'est supposée. Il ne doit pas y avoir de jugement ou de dévalorisation de la part du thérapeute. À la fin de l'entretien, la direction de la prise en charge est donnée et le contrat thérapeutique est proposé au patient. L'alliance thérapeutique se crée par la disponibilité du thérapeute, par son écoute attentive. Le contrat est ainsi fonction du patient et non du thérapeute [41].

La version française de la « Stigma scale »

Une fois la relation de confiance établie et la problématique précisée, il est nécessaire d'évaluer ses répercussions. La « Stigma Scale » est un outil de mesure de l'autostigmatisation chez les personnes souffrant de troubles psychiques. Il est adapté en version française par Morandi. Le format de réponse utilisé est une échelle d'accord de type Likert en quatre points allant de 0 « tout à fait d'accord » à 4 « pas du tout d'accord ». C'est une échelle psychométrique d'autoévaluation composée de neuf items. Elle est structurée selon trois facteurs (3 items par facteurs): la discrimination, la divulgation et les aspects potentiellement positifs (Annexe VI). Les résultats de l'étude concernant la version française montrent que c'est un instrument utile, fiable et valide dans l'autoévaluation de la stigmatisation perçue par des personnes vivant avec un trouble psychique [42].

Les trois outils précédents permettent d'établir le contact, cibler la problématique et évaluer le niveau d'autostigmatisation. À posteriori, l'ergothérapeute programme des séances de réadaptation et/ou de rééducation dans lesquelles il fait appel à des techniques spécifiques. À la suite, nous développons deux de ces techniques de prise en charge.

Le processus de remotivation

Le processus de remotivation est un outil du Modèle de l'Occupation Humaine (MOH). Les principes de cette approche intrinsèque sont nombreux : la participation active du patient dans la prise de décision, la possibilité de liberté et de choix personnels, le patient comme acteur, le patient vu comme un système ouvert, le focus sur les compétences fonctionnelles, le niveau de satisfaction et le sentiment de réussite. Le processus de remotivation désigne une stratégie d'intervention qui facilite et stimule l'acquisition de la volition. Il se déroule en trois phases : explication, compétence et accomplissement. L'utilisation du questionnaire volitionnel permet de mesurer la volition du patient et d'orienter le thérapeute sur la phase du processus de remotivation correspondante (Annexe VII). Le patient est au coeur de sa prise en charge et la relation thérapeutique est équilibrée. La volition est évaluée régulièrement en fonction des objectifs posés avec la personne afin de rééquilibrer le plan d'action. En phase d'exploration, l'intervention s'appuiera sur le soutien de l'environnement et l'éducation. La phase de compétence permettra l'entraînement aux habiletés et l'intégration des rôles

significatifs et des environnements occupationnels. Enfin, la phase d'accomplissement se focalise sur les groupes d'entraide et l'éducation communautaire et familiale [40].

Les stratégies d'autogestion

Les stratégies d'autogestion possèdent une perspective semblable à celle du rétablissement. Elles visent à favoriser l'autonomie de la personne [43]. Par l'apprentissage de diverses techniques d'autogestion au patient, l'ergothérapeute agit sur son quotidien et son bien être. Il l'aide à développer l'empowerment et à défendre ses propres intérêts face à la lutte contre la discrimination. Celles-ci peuvent porter sur :

- L'alimentation,
- Les activités physiques et de loisir,
- Le cycle veille-sommeil,
- La maladie,
- L'entourage,
- Et les outils de gestion du stress et de l'anxiété [44].

PROBLÉMATIQUE

Le trouble bipolaire se caractérise par une alternance entre état maniaque et état dépressif. Il existe des représentations et croyances négatives de celui-ci. Elles sont nombreuses et influencées par les médias qui véhiculent une image dangereuse des troubles psychiatriques. Le manque de connaissances, les préjugés, les croyances et les attitudes discriminantes vont engendrer de la stigmatisation envers les personnes vivant avec un trouble bipolaire. De ce fait, ces personnes sont susceptibles de souffrir d'autostigmatisation et de stigmatisation relative à la santé. Ces deux phénomènes altèrent la qualité de vie et freinent le rétablissement de l'individu. L'autostigmatisation provoque une baisse de l'estime de soi, de la honte, de la culpabilité, une anxiété sociale et un pessimisme exacerbé. Ces attitudes contribuent à diminuer la participation sociale et peuvent l'anéantir. Des outils peuvent être utilisés pour lutter contre l'autostigmatisation. L'intégration des outils tels que le Modèle de l'Occupation Humaine et la Thérapie Relationnelle Intégrative au processus d'intervention permettent de poser un cadre pour élaborer un protocole de prise en charge de l'autostigmatisation en ergothérapie. La boussole des méconnaissances et la « Stigma Scale » permettent de cibler et évaluer la problématique d'autostigmatisation. Enfin, le processus de remotivation et les stratégies d'autogestion sont des techniques de prise en charge spécifiques à l'ergothérapeute.

La problématique de la stigmatisation est au coeur des enjeux actuels en santé mentale. Malgré l'existence d'associations, de campagnes de communication, de programmes d'actions multidimensionnels et de cadres de référence de prise en charge de la stigmatisation ; peu d'actions sont finalement mises en place et l'impact relatif à celles-ci reste encore limité. De par leur pratique centrée sur le patient et leur vision en accord avec le paradigme du rétablissement, les ergothérapeutes ont un rôle à jouer dans la prise en charge de la stigmatisation. Des outils sont à leur disposition pour permettre celle-ci. L'ETP, le partenariat avec des associations, l'inclusion de l'entourage, l'intervention de pairs aidants et la méthode du patient acteur sont pratiques courantes des ergothérapeutes et peuvent être utilisées pour prendre en charge l'autostigmatisation et favoriser le rétablissement aussi bien en intrahospitalier qu'en extrahospitalier.

Les constats précédents ont permis l'élaboration de la question de recherche suivante.

Question de recherche :

Comment l'ergothérapeute peut-il, en France, accompagner les personnes vivant avec un trouble bipolaire souffrant d'autostigmatisation et favoriser leur rétablissement ?

Afin de répondre à la question de recherche posée, l'hypothèse suivante a été établie.

Hypothèse :

L'application du protocole « autostigmatisation et ergothérapie » par l'ergothérapeute permet de réduire le niveau d'autostigmatisation des personnes vivant avec un trouble bipolaire ce qui accélère le processus de rétablissement des patients lors de leur première hospitalisation en santé mentale en France et permet de prévenir la rechute.

Dans la partie méthodologie, nous expliquerons le choix de notre Outil Solution avec deux approches : l'une privilégiant le protocole « autostigmatisation et ergothérapie », l'autre faisant le choix de la population cible et le recueil de données par questionnaire. L'analyse des résultats obtenus et leur interprétation permettront de valider ou de réfuter l'hypothèse établie. Ensuite, nous pourrions discuter et conclure sur ce travail de fin d'études.

DISPOSITIFS MÉTHODOLOGIQUES

Pour tenter de répondre à la question de recherche posée, nous allons dans un premier temps présenter le protocole « autostigmatisation et ergothérapie ». Ensuite, pour valider ou réfuter notre hypothèse, nous utiliserons le questionnaire comme outil de recueil de données. Il est, d'ailleurs, un socle commun aux ergothérapeutes travaillant en santé mentale et exerçant en France et il nous permettra de présenter, de rencontrer la population cible de notre sujet.

I. Cahier des charges

Dans le cadre de notre étude, deux outils ont été créés. Afin de répondre à la question de recherche, un outil solution a été élaboré, c'est le protocole « autostigmatisation et ergothérapie ». Le deuxième outil est un questionnaire. Il permet le recueil de données auprès d'une population cible afin de valider ou réfuter l'hypothèse posée précédemment. La méthode de recueil est détaillée dans cette partie.

A. Choix de l'outil

Cette partie consiste à présenter l'outil solution proposé en ergothérapie afin de prendre en charge l'autostigmatisation des personnes vivant avec un trouble bipolaire en France. Le protocole est intitulé « autostigmatisation et ergothérapie » (Annexe VIII). Il suit les étapes du processus d'intervention en ergothérapie de Sylvie Meyer. De ce fait nous allons présenter le protocole en reprenant chaque étape et en y intégrant les outils et moyens spécifiques proposés pour la prise en charge de l'autostigmatisation des personnes vivant avec un trouble bipolaire.

L'évaluation formative se compose du cadre de référence, de l'entretien, de l'instrument de mesure et de l'analyse et de l'interprétation des données. Dans le cadre de notre sujet, le cadre de référence proposé est le **Modèle de L'Occupation Humaine** (MOH) de Kielhofner. Ce modèle semble adapté pour la prise en charge de l'autostigmatisation, car il vise à augmenter les capacités de performances subjectives du patient par la valorisation et de ce fait sa participation sociale.

Concernant l'évaluation initiale, la **boussole des méconnaissances** est proposée comme guide d'entretien [41]. L'autostigmatisation n'étant pas une problématique facilement

abordable, l'outil va permettre une approche d'entretien adaptée et de clarifier les points clefs de la situation.

L'évaluation approfondie comprend l'observation et l'utilisation d'instruments de mesure. L'utilisation du MOH permet de rendre une observation scientifique, fondée et respectueuse de la personne. L'instrument de mesure proposé est la **version française validée de la « Stigma-Scale »** par Morandi [42]. Il peut être appliqué auprès des personnes vivant avec un trouble bipolaire.

Pour l'analyse et l'interprétation des données, la méthode du diagnostic ergothérapeutique est proposée. Celui-ci permet de faire un résumé concis, mais précis de la situation globale de la personne. Il fait un rappel de la situation avec une anamnèse de la personne ; définit le profil occupationnel, et met l'accent sur les éléments facilitateurs et les obstacles rencontrés par le patient. L'orientation de la prise en charge y est également précisée.

La planification de traitement se constitue à partir du plan de traitement et du programme de traitement. Le plan de traitement utilise une **approche de type « top down »** car les évaluations et l'intervention seront centrées sur les activités et les rôles de la personne. En effet, l'autostigmatisation est un phénomène qui influence les rôles et la réalisation des activités de la personne [33]. Les objectifs seront spécifiques à la personne, toutefois il existe des axes communs dans la prise en charge de l'autostigmatisation :

- Établir une relation de confiance et répondre aux besoins relationnels de la personne,
- Diminuer les angoisses et sécuriser le patient,
- Revaloriser narcissiquement le patient,
- Intégrer des apprentissages sur le trouble bipolaire,
- Et savoir dire « je » et communiquer.

Ces axes permettent d'effectuer simultanément un travail sur l'anxiété sociale, l'estime de soi, la culpabilité et la honte générées par l'autostigmatisation.

Les quatre méthodes spécifiques du programme de traitement sont employées au travers des deux outils décrits ci-dessous. Le programme de traitement du protocole adopte une **approche de remédiation et de compensation** [33]. L'utilisation du **processus de remotivation** et des **stratégies d'autogestion** permet le développement de nouvelles habiletés, mais aussi l'adaptation à de plus anciennes. Dans le cadre du protocole nous

porterons une attention particulière à la causalité personnelle qui est en lien direct avec l'autostigmatisation. Les principes intrinsèques du processus de remotivation prodiguent une vision holistique de la personne et favorisent la relation thérapeutique.

Les stratégies d'autogestion envisagées sont :

- Adopter une diète équilibrée,
- Pratiquer une activité physique et des activités significatives régulièrement,
- Gérer son cycle de sommeil,
- Surveiller les signes d'avertissement de l'apparition d'un épisode maniaque, hypomaniaque ou dépressif,
- Apprendre à faire appel à son entourage ou à un professionnel,
- Intégrer à son quotidien les méthodes de réflexion et de méditation par le biais d'activités créatives et significatives,
- Comprendre sa maladie [44].

Concernant les éléments du cadre de la séance, ils diffèrent selon le moyen employé. Pour les séances employant le processus de remotivation le mode individuel est utilisé à raison de quarante-cinq minutes une à deux fois par semaine en salle d'ergothérapie. Pour l'apprentissage des stratégies d'autogestion, des séances en groupe de deux heures, une fois par semaine, en salle d'ergothérapie, sont recommandées avec pour les personnes-ressources des pairs aidants. Des séances spécifiques pour le patient et son entourage doivent également être planifiées. L'interpellation du psychologue et de professionnels paramédicaux est envisagée en tant que co-animateurs lors des séances en groupe.

La phase d'exécution du traitement ne peut être développée en raison de l'absence de mise en pratique du protocole « autostigmatisation et ergothérapie ». En revanche, en ce qui concerne la gestion émotionnelle, l'utilisation de la **thérapie relationnelle intégrative** est envisagée. D'ailleurs, la boussole des méconnaissances en phase d'évaluation formative contribue au processus de questionnement et en respecte les codes. Aussi, l'évaluation des progrès peut se faire régulièrement par le biais du **questionnaire volitionnel**, par exemple.

Enfin, l'évaluation sommative ferait appel au même instrument de mesure qu'en début de processus, c'est à dire la version française de la « Stigma Scale » par Morandi. Ceci permet de comparer la différence de niveau de stigmatisation du patient entre le

début et la fin de l'application du protocole. Cette évaluation permet également d'objectiver la performance du protocole et de mesurer l'efficacité de la prise en charge réalisée en ergothérapie.

B. Choix de la population

L'élaboration d'une étude sur une population cible implique de définir les critères suivants : les critères d'inclusion, les critères d'exclusion et les critères de non-inclusion.

Concernant les **critères d'inclusion**, nous avons choisi de sélectionner des ergothérapeutes exerçant selon les indications suivantes :

- En santé mentale,
- Sur le territoire Français,
- Depuis au moins trois mois,
- En intrahospitalier et/ou extrahospitalier,
- Ayant parmi leur patientèle des personnes vivant avec un trouble bipolaire.

Le critère d'inclusion sur l'exercice depuis au moins trois mois permet de recueillir l'avis d'experts.

Rentrent dans les **critères d'exclusion**, les ergothérapeutes n'ayant jamais travaillé en santé mentale, n'exerçant pas sur le territoire Français ou exerçant en santé mentale depuis moins de trois mois.

La population des **critères de non-inclusion** correspond aux ergothérapeutes ayant travaillé mais n'exerçant plus en santé mentale.

C. Méthode de recueil de données

L'objectif de l'étude est de valider ou de réfuter le protocole « autostigmatisation et ergothérapie » dans la prise en charge des personnes vivant avec un trouble bipolaire par l'ergothérapeute en santé mentale en France. L'outil choisi pour cette étude est le questionnaire. Celui-ci permet de confronter la théorie à la pratique. Nous allons dans un premier temps présenter le questionnaire puis nous verrons le protocole d'administration.

a. Le questionnaire

Un questionnaire permet de décrire, quantifier ou qualifier une situation. Cet outil de recueil de données semble adapté pour qualifier le protocole d'action proposé et récolter des données qualitatives sur la pertinence de celui-ci. Le questionnaire (Annexe IX) a pour but de recueillir l'avis des ergothérapeutes exerçant en santé mentale en France à propos du protocole « autostigmatisation et ergothérapie ».

Il se découpe en trois parties. À travers les questions posées, l'objectif est de recueillir des informations assez précises pour être analysées. La formulation des questions ainsi que l'ordre dans lequel elles sont posées ont été sujets à plusieurs temps de réflexion. En parallèle, il était nécessaire d'être vigilant au langage utilisé pour qu'il soit universellement compris par tous les ergothérapeutes questionnés. Le vocabulaire doit être professionnel, clair et précis. Pour ce faire le vocabulaire utilisé est emprunté au processus d'intervention de Sylvie Meyer. Aussi, la définition des termes spécifiques et des outils du protocole est préalablement définie pour optimiser la compréhension de la personne interrogée. Les formulations grammaticales peu claires doivent être évitées ainsi que les questions trop longues. Chaque question doit également ne comporter qu'une seule idée afin d'en faciliter la compréhension, mais aussi l'analyse de ses résultats. Pour ce questionnaire, le choix du type de question s'est orienté vers des questions fermées et des questions semi-ouvertes, c'est-à-dire avec plusieurs choix de réponses possibles. Ces types de questions sont relativement simples à traiter et favorisent l'analyse des résultats. Le questionnaire présente vingt-quatre questions fermées ou semi-ouvertes et trois questions ouvertes. Les trois parties qui le composent sont les suivantes :

- La pratique générale permettant la vérification du fondement de l'hypothèse (questions 1 et 2) et de l'application de la problématique pour la personne interviewée (questions 3 et 4),
- Le protocole « autostigmatisation et ergothérapie » (questions 5 à 18),
- Les données socio-démographiques permettant la vérification des critères d'inclusion, non-inclusion et exclusion de la personne interrogée (questions 19 à 27).

b. Protocole d'administration et passation du questionnaire

Au regard de la population cible, il nous a semblé judicieux de ne pas effectuer un questionnaire test. Cependant le questionnaire a été envoyé au maître de mémoire afin de vérifier la conformité de l'outil ainsi que sa compréhension et clarté. Après validation par le maître de mémoire l'outil a été envoyé.

Afin d'avoir un nombre conséquent de résultats pour cette étude, un travail de recherche de structures dans le secteur psychiatrique intégrant l'intervention d'un ergothérapeute s'est effectué à travers la globalité du territoire français. Le questionnaire est créé à l'aide de la plateforme « Googleform » afin de faciliter sa diffusion ainsi que le recueil des réponses et d'informations. Il est envoyé par mail aux ergothérapeutes et cadres de santé de structures du secteur psychiatrique. Il est également publié sur le site « ergopsy.com » et sur des groupes professionnels privés du réseau social « Facebook » (« le coin de l'ergothérapie », « mémoire ergothérapie » et « j'exerce un métier mal connu : ergothérapeute »). Au début du questionnaire, un texte explicatif permet de présenter le projet et d'expliquer le but du questionnaire dans le cadre du travail de recherche. Le mode de diffusion choisi permet de toucher le plus grand nombre. Cependant il est impossible de déterminer le nombre de personnes ayant reçu le lien et de définir le ratio de réponses. L'anonymat des interrogés est garanti par l'absence de données personnelles comme le lieu d'exercice ou l'adresse e-mail. Au total, dix-huit questionnaires sont recueillis.

II. Résultats et analyse de données

L'étude s'est déroulée sur six semaines entre l'envoi des questionnaires et le dernier retour effectué sur la plateforme. Elle a débuté le 08 Mars 2020, comprenant une relance par semaine et s'est terminée le 15 avril 2020. Nous allons présenter la méthodologie d'analyse du questionnaire puis les résultats obtenus dans les différentes parties de celui-ci.

A. Méthodologie d'analyse du questionnaire

L'hypothèse posée comprend des variables « indépendantes » et d'autres « dépendantes ». Nous tenterons par la suite de valider ces deux « grandes » notions qu'elle contient. Après avoir étudié ces deux variables, différentes questions, sont apparues évidentes et ont composé celles abordées dans le questionnaire.

Pour rappel, l'hypothèse posée est : « *L'application du protocole « autostigmatisation et ergothérapie » par l'ergothérapeute permet de réduire le niveau d'autostigmatisation des personnes vivant avec un trouble bipolaire ce qui accélère le processus de rétablissement des patients lors de leur première hospitalisation en santé mentale en France et permet de prévenir la rechute* ». Dans cette hypothèse, la variable indépendante est « l'application du protocole autostigmatisation et ergothérapie ». Cette variable repose sur les indicateurs suivants : l'outil d'entretien, le cadre de référence, l'outil de mesure, l'approche de plan de traitement, les méthodes d'intervention, l'approche des performances altérées, le cadre des séances, la durée des séances, les personnes-ressources, les moyens employés, et la mesure des résultats.

Les variables dépendantes sont « le niveau d'autostigmatisation », « le processus de rétablissement » et « la rechute ». Ces variables ne sont pas prises en compte dans le questionnaire qui cible essentiellement les items précédents.

L'analyse des résultats est effectuée au fur à mesure de la réception des questionnaires. Pour chaque question fermée de type « oui/non », il a été attribué un score de 1 pour la réponse donnée et un score de 0 pour le choix non sélectionné. Pour les réponses semi-ouvertes à choix unique, l'attribution d'un score de 1 a été donnée au choix sélectionné et un score de 0 pour les autres. Pour les questions ouvertes, un champ lexical est réfléchi afin de classer les réponses et de faciliter l'analyse.

Pour chaque question fermée, le pourcentage est calculé et représenté sur un diagramme. Pour les questions semi-ouvertes à choix unique ou multiple, le pourcentage de chaque choix est représenté dans un graphique. Le but est de visualiser la dispersion des valeurs obtenues dans un échantillon. Celle-ci est un indicateur d'homogénéité ou hétérogénéité des réponses. La notion d'homogénéité ou hétérogénéité est vérifiée par un pourcentage. Si le pourcentage est supérieur ou égal à 50%, les réponses sont considérées homogènes. Autrement, si le pourcentage est inférieur à 50% les réponses sont considérées hétérogènes.

B. Recueil de données et analyses des résultats

Le questionnaire est composé de trois parties dans l'ordre suivant : une partie relative à la pratique générale, une partie relative au protocole « autostigmatisation et ergothérapie » et une traitant des données socio-démographiques. Pour l'analyse des résultats, nous présenterons en premier lieu les données socio-démographiques (Annexe

IX : question 19 à 25) afin de vérifier de l'exploitation des résultats. Puis nous nous arrêterons sur la pratique générale des répondants (Annexe IX : question 1 à 4) afin de vérifier la pertinence de la problématique. Enfin nous analyserons les réponses aux questions relatives au protocole « autostigmatisation et ergothérapie » (Annexe IX : questions 5 à 18) dans l'optique de valider ou réfuter l'hypothèse posée.

a. Population source

La partie des données socio-démographiques vérifie la compatibilité de la population source avec la population cible. Elle correspond aux questions 19 à 27 du questionnaire. Sur les dix-sept réponses reçues, deux questionnaires sont exclus de l'étude : le répondant n°2 et le répondant n°17. Tous les deux exercent en psychiatrie depuis moins de 3 mois, et le répondant n°2 n'exerce pas en France. Ces deux répondants sont exclus de l'étude du fait du manque d'expertise dans leur pratique.

L'échantillon retenu pour l'étude est de 16 répondants. Cet échantillon se compose de 81,3% femmes et de 18,8% d'hommes (Annexe X). Aucun des répondants de l'échantillon n'est âgé de moins de 24ans, 31,3% ont entre 25 et 34ans, 43,8% entre 35 et 44ans, 18,8% entre 45 et 54ans et 6,3% ont plus de 54 ans (Annexe XI). Ce sont tous des ergothérapeutes diplômés d'état exerçant en France (Annexe XII) : 50% sont diplômés depuis plus de 15ans, 37,5% entre 3 et 15 ans et 12,5% entre 3 mois et 5ans (Annexe XIII).

Concernant les formations complémentaires, 62,5% d'entre eux en ont réalisé dont 50% dans le domaine psychiatrique (Annexe XIV). Les formations complémentaires effectuées sont variées (Annexe XV). Pour celles effectuées en psychiatrie, ce sont principalement des Diplômes Universitaires ou des formations relatives à la thérapie. Les DU cités sont les suivants : DU en neuropsychologie clinique, DU en remédiation cognitive, DU du handicap psychique et DU en réhabilitation psychosociale. Les formations relatives à la thérapie sont par exemple en thérapie relationnelle intégrative, en analyse transactionnelle, ou encore en thérapie cognitivo-comportementale.

Au sujet du type de structure d'exercice, 56,3% des répondants exercent en intra et extrahospitalier (inclusion de la réponse « Réhab + intra + extra »), 25,1 % en extrahospitalier uniquement (inclusion de la réponse « cabinet libéral ») et 18,3% en intrahospitalier (Annexe XVI).

Tous les répondants comptent des personnes vivant avec un trouble bipolaire parmi leur patientèle. Pour 68,8% d'entre eux la proportion de celle-ci représente entre 10 et 25%,

pour 18,8% elle représente entre 25 et 50% et pour 12,5% répondants elle est inférieure à 10%.

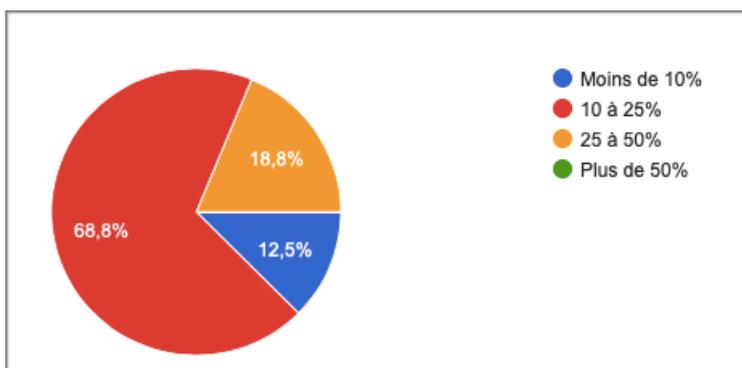


Figure 1 - Répartition des réponses concernant la patientèle vivant avec un trouble bipolaire

Les données socio-démographiques des seize répondants montrent qu'ils entrent tous dans les critères d'inclusions établis précédemment. L'ensemble des données recueillies sur ces seize questionnaires peut être analysé.

b. Pertinence de la problématique et fondement de l'hypothèse

Sur l'ensemble de l'échantillon, 100% des experts estiment que l'autostigmatisation joue un rôle dans le rétablissement des personnes vivant avec un trouble bipolaire (Annexe XVII). La pertinence de la problématique est validée. De plus, tous estiment que l'ergothérapeute a un rôle à jouer dans la prise en charge de l'autostigmatisation (Annexe XVIII). Cela valide la pertinence d'une réflexion autour de celle-ci et le fondement de l'hypothèse.

Concernant la pratique générale, 87,5% des répondants expriment tenir compte de l'autostigmatisation dans leur prise en charge contre 12,5% qui n'en tiennent pas compte (Annexe XIX). Les moyens employés en séance pour prendre en charge l'autostigmatisation des personnes vivant avec un trouble bipolaire sont divers.

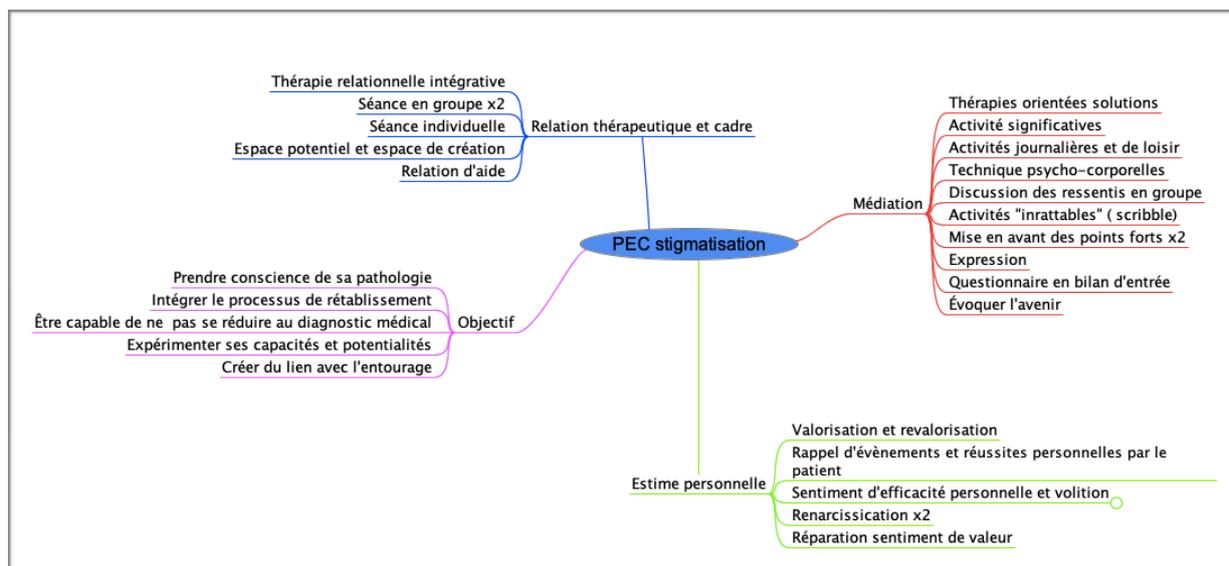


Figure 2 - Représentation des prises en charge de l'autostigmatisation par les répondants

c. Pertinence du protocole « autostigmatisation et ergothérapie »

Dans cette partie, les variables du protocole « autostigmatisation et ergothérapie » sont traitées indépendamment par le biais d'indicateurs. Chaque question porte sur un indicateur du protocole.

Pour les questions fermées de type « oui/non », si le pourcentage de « oui » est supérieur à 50% l'indicateur proposé dans le protocole « autostigmatisation et ergothérapie » est validé. S'il est inférieur à 50%, il est réfuté. Concernant les questions à choix unique, c'est le choix ayant le pourcentage le plus élevé qui est validé comme indicateur. Enfin, pour les questions à choix multiples, les choix ayant un pourcentage supérieur à 50% sont validés comme indicateur.

- **Question 5** : L'indicateur est l'outil d'entretien. Celui proposé dans le protocole est la boussole des méconnaissances. Les résultats montrent que 87,5% des répondants pensent que c'est un outil adapté pour mener un entretien avec une personne vivant avec un trouble bipolaire contre 12,5%. Cette variable indépendante est validée.

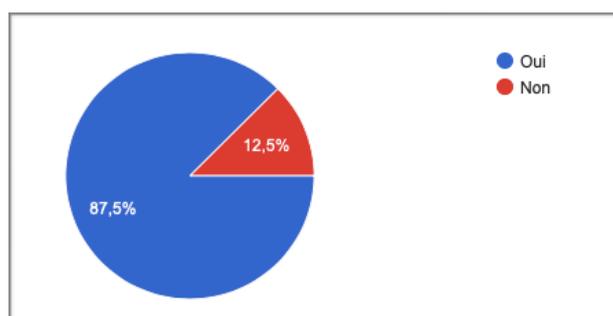


Figure 3 - Répartition des réponses concernant la pertinence de la boussole des méconnaissances

- Question 6 : L'indicateur est le cadre de référence. Celui proposé dans le protocole « autostigmatisation et ergothérapie » est le Modèle de l'Occupation Humaine (MOH). Les résultats montrent que 50% des répondants estiment que le MOH est le cadre de référence le plus adapté à la prise en charge d'une personne vivant avec un trouble bipolaire et souffrant d'une problématique d'autostigmatisation. Quatre autres cadres de référence obtiennent un pourcentage de 12,5% chacun : le Modèle Canadien du Rendement Occupationnel (MCRO), le Modèle Kawa, le Modèle de Compétence et le Modèle Personne Environnement Occupation. Le MOH est le choix ayant le pourcentage le plus élevé, c'est ce cadre de référence qui est validé.

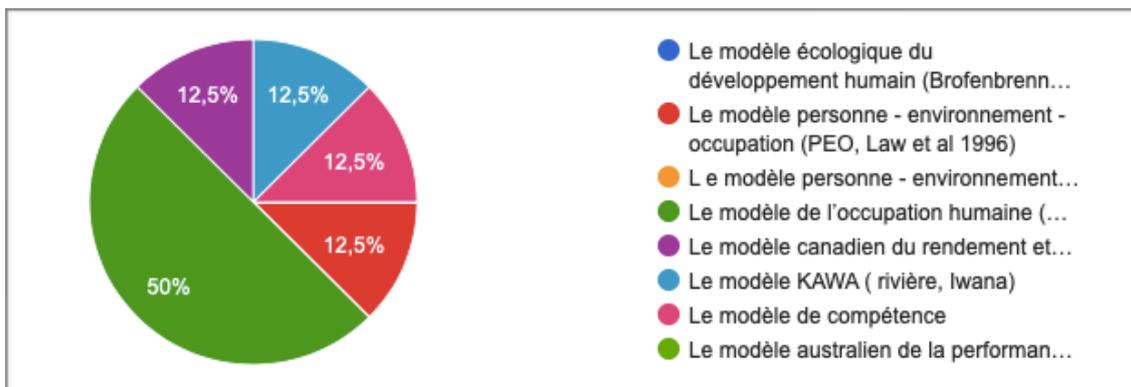


Figure 4 - Répartition de l'échantillon concernant le cadre de référence

- Question 7 et 8 : L'indicateur est l'outil de mesure. Celui proposé dans le protocole est la version française validée de la « Stigma Scale ». Les résultats montrent que 81,3% des répondants trouvent pertinente l'utilisation de cette échelle pour évaluer l'autostigmatisation chez une personne vivant avec un trouble bipolaire. Les 18,8% ayant répondu négativement proposent comme alternative l'utilisation de l'entretien clinique ou n'utilisent pas de bilan. L'utilisation de la version française de la « Stigma Scale » est validée comme outil de mesure pour le protocole « autostigmatisation et ergothérapie ».

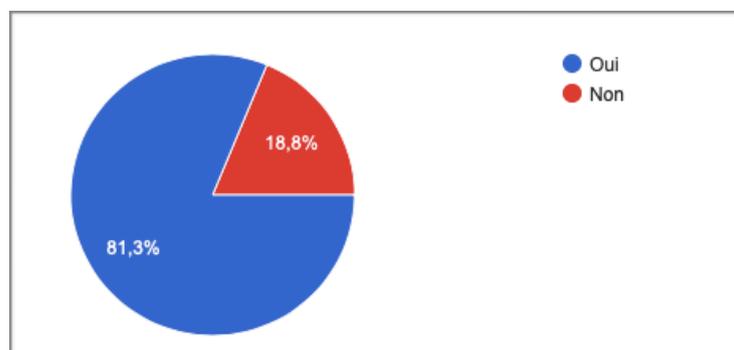


Figure 5 - : Répartition des réponses concernant la pertinence de l'utilisation de la version française de la « Stigma Scale » dans l'évaluation formative

- Question 9 : L'indicateur est l'approche utilisée dans le plan de traitement. Dans le protocole élaboré, c'est l'approche de type « top-down » qui est suggérée. Les résultats montrent que 56,3% des répondants pensent que les deux approches, « bottom up » et « top down », sont adaptées pour le plan de traitement de prise en charge de l'autostigmatisation d'une personne vivant avec un trouble bipolaire. 43,8% pensent que l'approche « top down » seule est la plus adaptée et aucun l'approche « bottom up » seule. L'indicateur n'est pas validé pour cette question. Il faudrait proposer un plan de traitement alliant les approches « top down » et « bottom up ».

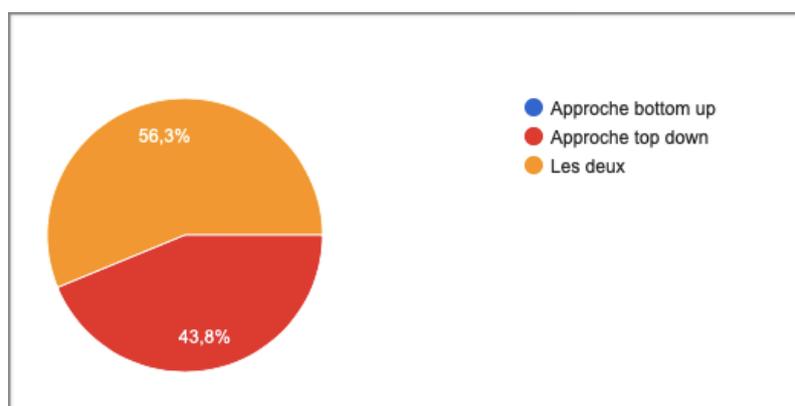


Figure 6 - Répartition des réponses concernant le type d'approche

- Question 10 : L'indicateur est la méthode d'intervention utilisée. Dans le protocole, les quatre types d'interventions sont proposés : l'emploi thérapeutique d'activité, l'emploi thérapeutique d'occupations et d'activités, la démarche de consultation et la démarche éducative dirigée vers l'utilisateur et son entourage. Les résultats montrent que 50% des répondants estiment que les quatre approches sont appropriées à la prise en charge de l'autostigmatisation d'une personne vivant avec un trouble bipolaire. 37,5% pensent que la démarche éducative dirigée est appropriée, 37,5% l'emploi thérapeutique d'occupations et d'activités, 25% l'emploi thérapeutique de soi et 12,5% la démarche de consultation. L'utilisation des quatre méthodes, étant la réponse ayant obtenu le plus haut pourcentage, est validée dans le protocole « autostigmatisation et ergothérapie ».

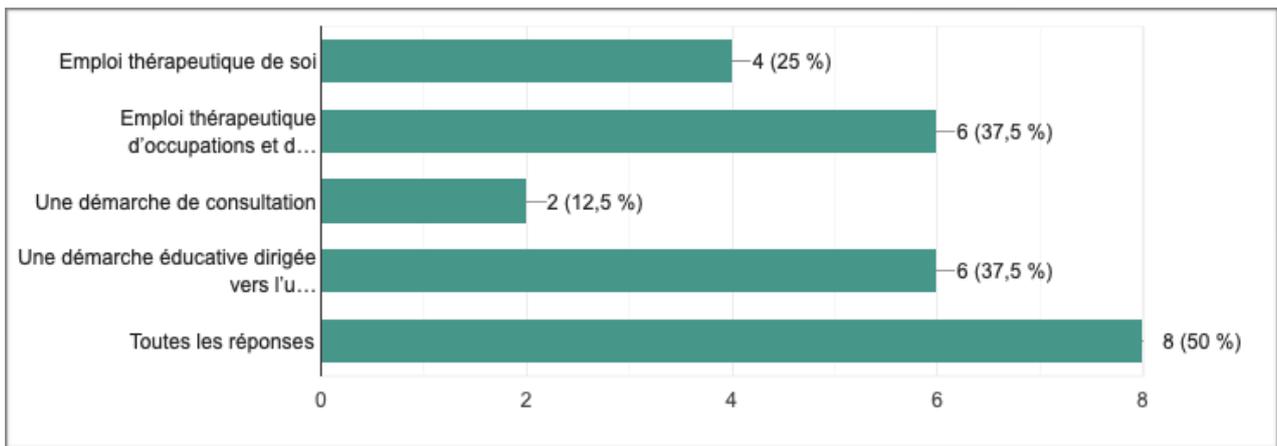


Figure 7 - Répartition concernant le type d'intervention

- **Question 11** : L'indicateur est l'approche des performances altérées. Dans le protocole « autostigmatisation et ergothérapie », les deux approches sont suggérées : la remédiation et la compensation. Les résultats montrent que 81,3% estiment les deux approches appropriées, 18,8% pensent que seule la remédiation est appropriée et aucun la compensation seule. L'utilisation des deux approches est validée.

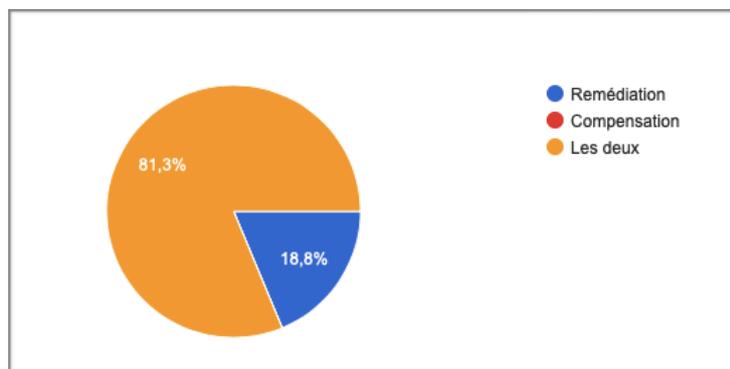


Figure 8 - Répartition des réponses concernant l'approche des performances altérées

- **Question 12** : L'indicateur est le cadre des séances. Le cadre des séances du protocole propose la réalisation de séances individuelles et en groupe. Les résultats montrent que 87,5% des répondants pensent que les deux types sont adaptés et 12,5% seules les séances en groupe. Aucun répondant ne fait appel qu'au mode individuel. L'utilisation de séances individuelles et de groupe dans la prise en charge de l'autostigmatisation d'une personne vivant avec un trouble bipolaire est validée.

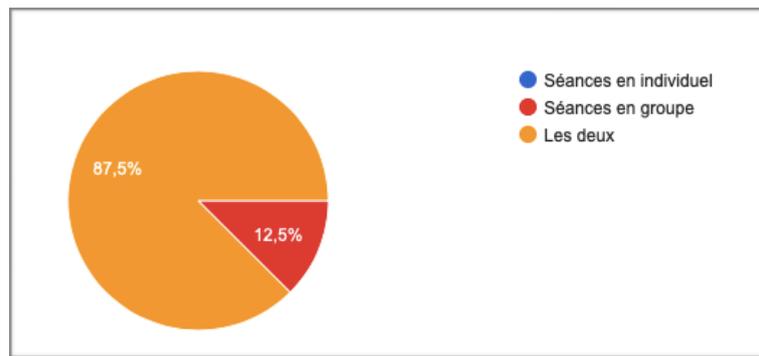


Figure 9 - Répartition des réponses concernant le cadre des séances

- **Question 13** : L'indicateur est la durée d'une séance individuelle. Dans le protocole, la durée d'une séance individuelle est de 45minutes. Les résultats montrent que 50% des répondants pensent qu'une séance individuelle doit durer 45minutes, 43,8% pensent qu'elle doit durer 1 heure et 6,3% qu'elle doit durer 30 minutes. L'indicateur proposé dans le protocole est validé à plus de 50%. Une séance individuelle dure 45minutes.

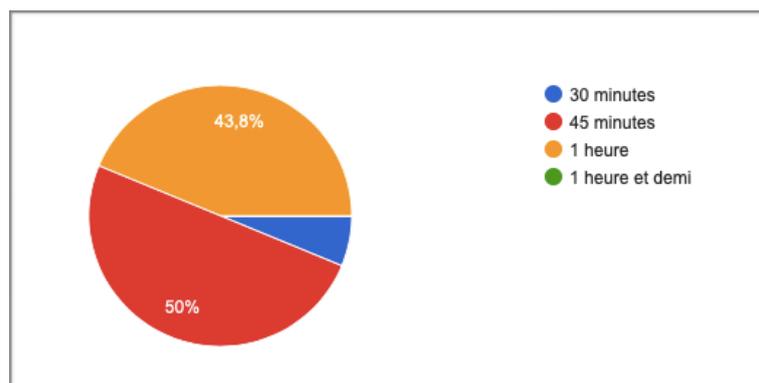


Figure 10 - Répartition des réponses concernant la durée d'une séance individuelle

- **Question 14** : L'indicateur est la durée d'une séance de groupe. Dans le protocole, la durée d'une séance de groupe est de deux heures. Les résultats montrent que 31,3% des répondants pensent qu'une séance de groupe doit durer 1 heure, 37,5% pensent qu'elle doit durer une heure et demie et 31,3% qu'elle doit durer deux heures. Le choix ayant le plus de pourcentage correspond à une durée de une heure et demie. L'indicateur proposé dans le protocole n'est pas validé, une séance de groupe devrait durer environ une heure et demie.

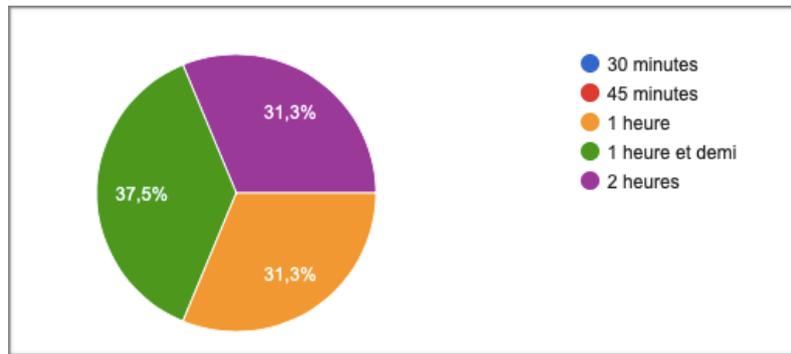


Figure 11 - Répartition des réponses concernant la durée d'une séance de groupe

- **Question 15** : L'indicateur correspond aux personnes-ressources. Dans le protocole « autostigmatisation et ergothérapie », les personnes-ressources proposées sont l'entourage proche, le pair-aidant, le psychologue et les professionnels paramédicaux. Les résultats montrent que 68,8% des répondants font appel à un professionnel paramédical, 50% au psychologue, 43,8% à un pair aidant, 31,3% à l'entourage proche et 12,5% au médecin. 25% font appel à toutes ses personnes-ressources. Seuls les professionnels paramédicaux et le psychologue sont employés comme personnes-ressources par plus de 50% des répondants. L'indicateur du protocole n'est pas validé.

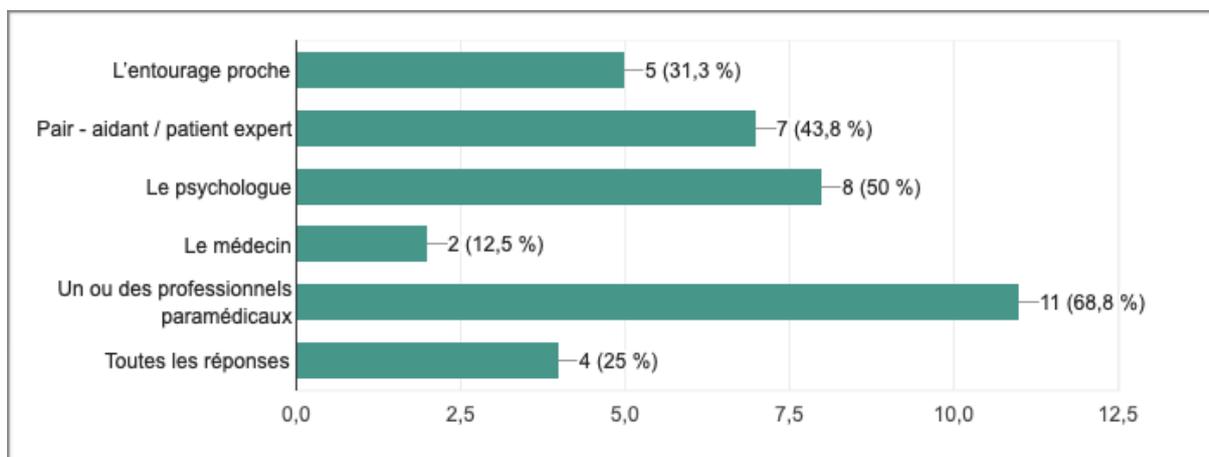


Figure 12 - Répartition des réponses concernant l'intervention de personnes ressources

- **Question 16 et 17** : L'indicateur correspond aux moyens employés dans le programme de traitement. Dans le protocole « autostigmatisation et ergothérapie » les moyens utilisés sont le processus de remotivation et les stratégies d'autogestion. Les résultats montrent que 93,8% des répondants estiment le processus de remotivation adapté à la prise en charge de l'autostigmatisation d'une personne vivant avec un trouble bipolaire. 93,8% que les stratégies d'autogestion sont adaptées à cette même prise en charge. Les moyens employés dans le protocole sont validés.

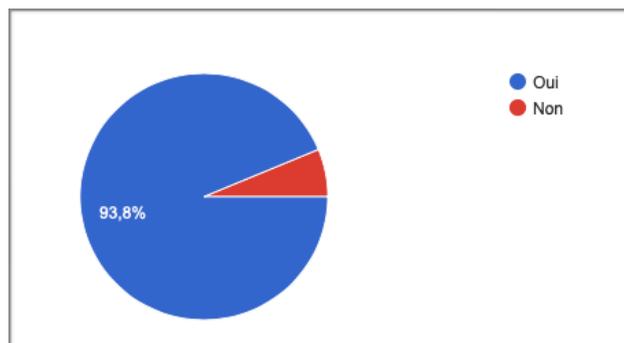


Figure 13 - Répartition des réponses concernant la pertinence du processus de remotivation

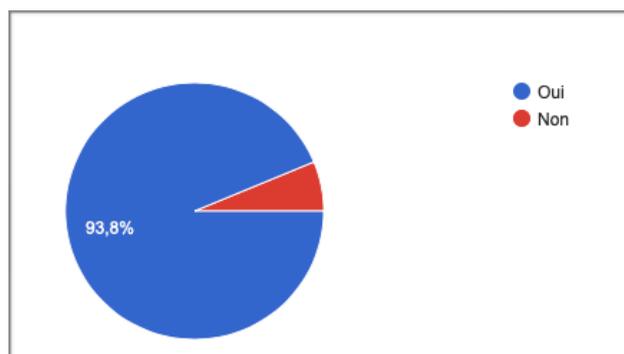


Figure 14 - Répartition des réponses concernant la pertinence des stratégies d'autogestion

- Question 18 : L'indicateur est la mesure des résultats. Dans le protocole élaboré, l'utilisation de la version française de la « Stigma Scale » en début et fin de processus d'intervention est proposée. Les résultats montrent que 62,5% des répondants pensent que la version française de la « Stigma Scale » permet de mesurer la différence de niveau d'autostigmatisation avant et après l'intervention contre 37,5% qui ne sont pas d'accord. L'utilisation de cet outil en début et fin de séance pour évaluer la différence de niveau d'autostigmatisation avant et après l'intervention est validée.

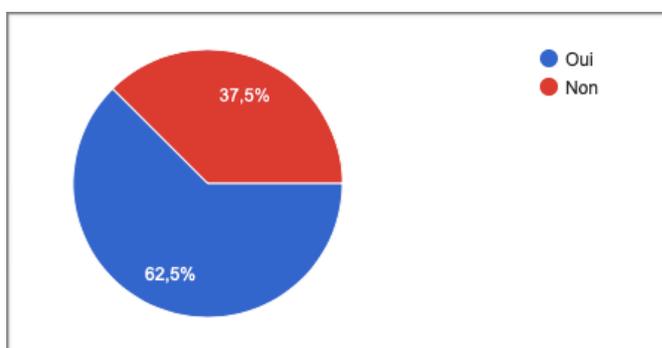


Figure 15 - Répartition des réponses concernant la pertinence de la version française de la « Stigma Scale » dans l'évaluation sommative

C. Retour sur hypothèse

Les résultats montrent une validation partielle du protocole « autostigmatisation et ergothérapie » par les experts. Trois indicateurs ne sont pas validés : l'approche utilisée, la durée d'une séance de groupe et les personnes-ressources. Il convient de modifier ceux-ci pour être en adéquation avec les avis d'experts. Pour cela :

- L'approche utilisée dans le plan de traitement doit allier l'approche « bottom up » et l'approche « top down »,
- La durée d'une séance de groupe conseillée est de une heure et demie,
- Et les personnes-ressources sont les professionnels paramédicaux et le psychologue.

Avec ces modifications, nous pouvons dire que le protocole « autostigmatisation et ergothérapie » est validé. Le protocole modifié est en annexe (Annexe XX).

DISCUSSION

La partie méthodologique nous permet de récolter des résultats par le biais d'un outil méthodologique, le questionnaire. Nous allons dresser le bilan de ces résultats afin de critiquer notre travail de fin d'études et d'apporter des axes d'amélioration. Suite à l'analyse des résultats, nous pouvons établir un lien entre la perception de soi négative et le processus de rétablissement en santé mentale.

Points positifs

Les résultats obtenus confirment la problématique dégagée vis-à-vis de l'impact de l'autostigmatisation sur le processus du rétablissement des personnes vivant avec un trouble bipolaire. Les ergothérapeutes font le même constat et s'accordent sur leur rôle à jouer dans la prise en charge de l'autostigmatisation des personnes vivant avec un trouble bipolaire. Une majorité affirme tenir compte de cette problématique dans leur prise en charge lors de la primo-hospitalisation. Les moyens employés par les professionnels sont diversifiés. Cependant, tous évoquent l'estime personnelle comme axe central de la prise en charge de l'autostigmatisation. En effet, la perception négative de soi fait partie des principes de l'autostigmatisation. La renarcissisation et la revalorisation du patient dans ses activités permettent de contrer le cercle vicieux de l'autostigmatisation.

Les ergothérapeutes répondants semblent avoir adhéré à l'outil solution proposé. Le protocole « autostigmatisation et ergothérapie » est validé avec trois modifications apportées au protocole initial. Le protocole est réfléchi pour être le plus compréhensible possible par la majorité des ergothérapeutes. C'est pourquoi, il s'est appuyé sur le processus d'intervention en ergothérapie de Sylvie Meyer tant pour la structure que le fond. Il permet, par les quatre grandes étapes qui le composent, de donner un cadre au protocole et de s'accorder sur un vocabulaire professionnel commun. Le choix du modèle est important afin de donner une perspective et des outils à l'intervention. Le Modèle de l'Occupation Humaine est choisi par la majorité des répondants.

L'utilisation du questionnaire permet de faciliter le recueil d'informations et l'analyse de celles-ci. Il a été réalisé en suivant les étapes du protocole « autostigmatisation et ergothérapie » ce qui permet une cohérence dans les questions. Le texte explicatif en début du questionnaire a permis de cibler la population. Chaque question contient une partie définition pour en faciliter leur compréhension et éviter les quiproquos. Le mode de

diffusion choisi permet d'atteindre le plus grand nombre. La production de cet outil a été fluide et efficace dans la mise en oeuvre.

J'ai apprécié créer ces deux outils méthodologiques. Motivée et perfectionniste, j'ai été investie tout au long de ce travail de fin d'études afin de rendre ces outils les plus précis possible. Il me semble intéressant de continuer à accroître mes connaissances dans le domaine psychiatrique notamment en réhabilitation sociale. Curieuse et ambitieuse, j'aimerais continuer mes recherches sur la stigmatisation afin de poursuivre les démarches entreprises et ainsi apporter une évolution à la pratique professionnelle.

Points négatifs

En analysant le travail méthodologique, il est possible d'émettre des limites au travail réalisé. La mise en pratique du protocole « autostigmatisation et ergothérapie » n'a pas été réalisée sur le terme, ce qui pourrait faire l'objet d'une prochaine étude. La mise en application de celui-ci correspond à la troisième étape du processus d'intervention, la programmation du traitement. Cette étape est nécessaire afin de réajuster et valider complètement le protocole élaboré. Aussi, l'étude s'intéresse uniquement aux personnes vivant avec un trouble bipolaire. Or, la stigmatisation est une problématique commune aux troubles mentaux et inhérente au domaine psychiatrique. De plus, bien que l'utilisation du processus d'intervention en ergothérapie de Sylvie Meyer ait permis une unité et la compréhension de la majorité, elle a demandé à certains de fournir des recherches plus approfondies pour pouvoir comprendre les questions et y répondre. Enfin, la quasi-absence de questions ouvertes dans le questionnaire n'a pas permis aux experts d'exprimer un avis sur les outils proposés. Seule leur approbation ou non sur les outils proposés dans le protocole était attendue.

Perspectives d'évolution

Dans le but de mener une étude plus approfondie, je proposerais les perspectives d'évolutions suivantes. Il semble bénéfique que le déroulement de l'étude soit proposé sur une plus grande période afin de pouvoir mener l'expérimentation du protocole élaboré. La validation de la fiche protocole au préalable de sa mise en pratique est indispensable.

En outre, le cadre utilisé pour structurer le protocole peut être celui d'une séance d'Éducation Thérapeutique du Patient (ETP) et non du processus d'intervention en ergothérapie de Sylvie Meyer. De ce fait le protocole peut s'intégrer à un programme

d'ETP. Cette démarche vise à rendre le patient plus autonome en facilitant son adhésion aux traitements prescrits et en améliorant sa qualité de vie. L'ETP permet de rendre le patient capable d'acquiescer et de maintenir les ressources nécessaires pour gérer de façon optimale sa vie avec la maladie. La définition de l'ETP est en accord avec le protocole proposé puisqu'elle met l'accent sur le développement par le patient des compétences, notamment psychosociales, nécessaires pour gérer sa vie avec la maladie [45]. Aussi, dans sa définition de l'ETP, L'OMS inclut l'entourage dans les objectifs ce qui permet d'agir sur la stigmatisation par association dans la prise en charge en plus de celle de l'autostigmatisation.

De plus, l'utilisation de la méthode par entretiens avec des ergothérapeutes et non par questionnaire peut réduire le nombre de participants à l'étude, mais permettre d'obtenir des réponses plus qualitatives. Cette méthode de recueil d'information est à prendre en considération.

Les résultats de l'étude permettent de valider l'hypothèse répondant à notre question de recherche. L'application du protocole « autostigmatisation et ergothérapie » permet de prendre en charge l'autostigmatisation des personnes vivant avec un trouble bipolaire. Il permet de diminuer le niveau d'autostigmatisation, d'accélérer le processus de rétablissement en primo-hospitalisation et de prévenir la rechute. Le protocole « autostigmatisation et ergothérapie » suit le processus d'intervention en ergothérapie. Il rend le patient acteur de sa prise en charge par l'empowerment. Il permet d'agir sur les trois grands principes de l'autostigmatisation (perception de soi négative, attitude de retrait et intériorisation du contexte) pour en diminuer les effets.

Ce mémoire correspond à un travail de recherche fondé sur la théorie. Il m'a aidé d'un point de vue professionnel à mieux comprendre les concepts théoriques appuyant la pratique de l'ergothérapie. Il fait le lien entre l'autostigmatisation et le rétablissement dans la prise en charge en ergothérapie des patients vivant avec un trouble bipolaire. Par conséquent, ce travail de fin d'études en ergothérapie a mis en avant l'importance de prendre en charge la stigmatisation en santé mentale afin de favoriser le rétablissement.

L'utilité de ce projet permet de montrer l'intérêt de la prise en compte de l'autostigmatisation dans la prise en charge des patients vivant avec un trouble bipolaire dans le but d'accélérer le processus de rétablissement.

CONCLUSION

Le rétablissement désigne le processus personnel de l'individu pour se réapproprier sa vie et se réinsérer dans la société. Il prône l'empowerment et la défense des droits. C'est un modèle axé vers l'autonomie de la personne. Les ergothérapeutes ont une pratique axée vers le rétablissement et en accord avec ce paradigme. Ils partagent des valeurs communes au concept d'empowerment et de rétablissement. De ce fait, ils ont un rôle essentiel à jouer pour faciliter l'implantation de cette pratique dans les réseaux de santé. La lutte contre la stigmatisation, l'exclusion sociale et l'autostigmatisation fait partie intégrante des orientations d'une pratique axée vers le rétablissement.

Les personnes vivant avec un trouble bipolaire font face à une problématique de stigmatisation et d'autostigmatisation. En générant une perception de soi négative et une attitude de retrait, ces phénomènes diminuent la qualité de vie et ralentissent le processus de rétablissement. Pour favoriser le rétablissement et diminuer le risque de rechute des personnes vivant avec un trouble bipolaire, il est important de prendre en charge la stigmatisation et l'autostigmatisation. Cette prise en charge relève des missions de l'ergothérapeute. Le protocole « autostigmatisation et ergothérapie » est élaboré afin de permettre cette prise en charge. Il permet de préciser la problématique, d'évaluer le niveau d'autostigmatisation et de mettre en oeuvre des moyens pour aider à diminuer celui-ci. Le processus de remotivation et les stratégies d'autogestion permettent de développer une perception de soi positive et de favoriser la participation sociale.

D'un point de vue professionnel et personnel, l'élaboration de ce travail de fin d'études m'a permis d'approfondir mes connaissances dans la prise en charge ergothérapeutique en psychiatrie. Le fait d'avoir élaboré un protocole de prise en charge à l'aide de recherches théoriques me fait prendre conscience de l'importance de la veille professionnelle dans la pratique. Cela me motive à approfondir mes recherches et à me remettre en question afin d'améliorer continuellement ma pratique professionnelle. J'ai également compris l'importance des étapes du processus d'intervention dans l'élaboration de la prise en charge afin d'avoir une pratique centrée sur le patient. Enfin, j'ai réalisé l'importance d'inclure le patient dans sa prise en charge et de lui permettre de développer des compétences ou compensations nécessaires dans la vie quotidienne face à une problématique personnelle. L'ergothérapie consiste à favoriser l'autonomie, l'insertion

sociale et le bien être de la personne. Ces aspects du métier me passionnent et renforcent mon envie de travailler dans le domaine de la psychiatrie.

J'ai pu voir au cours de mes recherches que dans trois institutions psychosociales en Suisse, se déroule depuis mai 2018 une étude pilote sur le programme Honnête Ouvert et Prêt (HOP). Cette étude est menée par Joanie Pellet et Caroline Suter. Le programme HOP consiste en « *une intervention courte qui vise à diminuer l'autostigmatisation en soutenant les personnes concernées dans leur décision de révéler ou non de leur maladie psychique et de parler de leur rétablissement* » [46]. Il est initialement développé par Patrick Corrigan aux États-Unis. Son adaptation au contexte francophone est encore en phase de test. Il serait intéressant d'approfondir ce concept et de l'inclure dans les centres psychiatriques.

Je suis satisfaite de ce travail de fin d'études et je souhaiterais le poursuivre une fois diplômée. Je voudrais que la mise en place de ce protocole ait des répercussions dans la pratique de l'ergothérapeute en psychiatrie en fournissant une ébauche de prise en charge de l'autostigmatisation.

Pour conclure, l'intégration de la prise en charge de l'autostigmatisation en ergothérapie pour favoriser le processus de rétablissement des personnes vivant avec un trouble bipolaire est cohérente et mérite d'être approfondie. Le protocole « autostigmatisation et ergothérapie » permet de favoriser le rétablissement des personnes vivant avec un trouble bipolaire. Il permet de travailler sur les facteurs de l'autostigmatisation pour renforcer l'estime de soi et améliorer la qualité de vie. Il repose sur une démarche d'éducation et de conseils avec des mises en situation écologiques.

De plus, la problématique d'autostigmatisation n'est pas propre au trouble bipolaire ce qui constitue un axe de recherche novateur et en pleine expansion au niveau de la prise en charge en psychiatrie.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] Bourque F. L'influence des médias sur les représentations sociales de la maladie mentale. Le Partenaire. 2009 ; volume 18 numéro 1 : 11-12
- [2] Roelandt J-L, et al. De l'autostigmatisation aux origines du processus de stigmatisation, À propos de l'enquête internationale « Santé mentale en population générale : images et réalités » en France et dans 17 pays. Psychologie, Society & Education. 2012 ; volume 4 numéro 2 : 137-149.
- [3] Briand et Bédard. 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. 2019 ; Volume 5 n°1 : 3 - 9.
- [4] Latalova K et al. Self-stigmatization in patients with bipolar disorder. Neuroendocrinology Letters. 2013; volume 34 n°4 : 265-272.
- [5] Fondation FondaMental. Plaidoyer pour une déstigmatisation des maladies psychiatriques. In : Prévention des maladies psychiatriques : pour en finir avec le retard français. Institut Montaigne ; 2014 : 55-59.
- [6] CIM 10, Classification Internationale des Maladies. Troubles mentaux et du comportement : troubles de l'humeur (affectifs) 2008. [En ligne] <https://icd.who.int/browse10/2008/fr#/F30.2>. Consulté le 30 décembre 2019
- [7] American Psychiatric Association. Troubles bipolaires et apparentés. In : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. 5ème Edition. Elsevier Masson ; 2015 : 252-295.
- [8] HAS, Haute Autorité de Santé. Troubles bipolaires : repérage et diagnostic en premier recours. Juin 2014. [En Ligne] 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. Consulté le 5 février 2020.
- [9] Lelord F. Le golden boy qui parlait à dieu. In : Lelord F. Les contes d'un psychiatres ordinaire. Paris : Éditions Odile Jacob; 1995, 41-61.

[10] Lelord F. Le chevalier et la mort. In : Lelord F. Les contes d'un psychiatres ordinaire. Paris : Édition Odile Jacob ; 1995, 63 - 92.

[11] Gay C. Hétérogénéité des troubles bipolaires. Figures de la psychanalyse. 2013; volume 26 : 109-123.

[12] Martin N. et Johnston Valérie. Passons à l'action : lutte contre la stigmatisation et la discrimination. Le Partenaire. 2009; volume 18 numéro 1 : 18-22.

[13] L'internaute : définition de la stigmatisation. [En ligne] <https://www.linternaute.fr/dictionnaire/fr/definition/stigmatisation/>. Consulté le 17 février 2020.

[14] Cormier C, Quintal M-L, et al. Des deux côtés du miroir : réflexions sur la stigmatisation. Le Partenaire. 2009 ; volume 18 numéro 1 : 4-8.

[15] Langlois R. Quand le phare fait lumière sur l'autostigmatisation. Le Partenaire. 2009 : volume 18 numéro 1 : 9-10.

[16] Pignon B et al. De « psychose maniaco-dépressive » à « troubles bipolaires » : une histoire des représentations sociales et de la stigmatisation en rapport avec la nosographie. Annale médico-psychologique. 2016 : 0-8.

[17] Roelandt JL et al. Représentations sociales du « fou », du « malade mental » et du « dépressif » en population générale en France. L'encéphale. 2010 : 7-10.

[18] Lemieux. Prendre conscience de la stigmatisation en intervention : un pas important vers l'égalité sociale. Le Partenaire. 2009; volume 18 numéro 1 : 31-33

[19] ARS, Agence Régionale de la Santé Provence-Alpes Côte d'Azur. Cadre de référence sur la lutte contre la stigmatisation en santé mentale en PACA 2016. [En ligne] https://www.paca.ars.sante.fr/system/files/2018-01/Stigmatisation_cadre%20de%20référence_2016.pdf. Consulté le 30 décembre 2019

[20] L'internaute : définition de la qualité de vie. [En ligne] <https://www.linternaute.fr/dictionnaire/fr/definition/qualite-de-vie/>. Consulté le 10 février 2020.

- [21] Michalak E et al. Bipolar disorder and quality of life : a patient centered perspective. Quality of Life research. 2006 ; volume 15: 25-37.
- [22] Saarni S.I. et al. Quality of life of people with schizophrenia, bipolar disorder and other psychotic disorders. The british Journal of psychiatrie. 2010 : 386-394
- [23] Richard -Lepouriel. Troubles bipolaires et autostigmatisation. Revue médicale suisse. 2015 : 1696 -170.
- [24] Gibson R., D'amico M., Jaffe L. et Arbesman M. Occupational therapy interventions for recovery in areas of commuity integration and normative life roles for adults with serious mental illness : systematic review. The American Journal of Occupational Therapy. 2011 ; volume 65, numéro 3 : 247-256.
- [25] ANFE : définition de l'ergothérapie. [En ligne]. <https://www.anfe.fr/l-ergotherapie/la-profession> . Consulté le 10 février 2020.
- [26] OMS : définition de la santé. [En ligne]; <https://www.who.int/fr/about/who-we-are/constitution>. Consulté le 10 février 2020.
- [27] Ordre des ergothérapeutes du québec. L'ergothérapeute au sein des services de santé mentale en première ligne adulte. 2009 : 1-14.
- [28] Lang J-P et al. L'éducation thérapeutique pour les patients souffrant de troubles psychiatriques en France : psychoéducation ou éducation thérapeutique du patient?. Revue d'épidémiologie et de Santé Publique. 2019 ; volume 67 : 59-64
- [29] HAS, Haute Autorité de Santé. Actes et prestation affection de longue durée : troubles bipolaires 2017. [En Ligne] https://www.has-sante.fr/jcms/c_849818/fr/ald-n-23-troubles-bipolaires. Consulté le 30 décembre 2019.
- [30] Casey R, Ial S. et Wada I. Promouvoir une culture axée sur la participation de la famille en santé mentale. Actualité ergothérapique. 2012 ; volume 14,1 : 8-10.

[31] Canceil O et al. Quelle place pour l'éducation thérapeutique du patient dans son parcours de rétablissement au sein des services de secteur?.L'information psychiatrique. 2013 ; Volume 89 : 243-246.

[32] Briand C et Samson E. Partenariat pour de meilleures pratiques de réadaptation au Québec visant le rétablissement des personnes atteintes de schizophrénie. Bulletin de l'AQRP. 2009 : 1-2.

[33] Meyer S. Le processus de l'ergothérapie. In : Meyer S. Démarches et raisonnements en ergothérapie. Lausanne : Les cahiers de ÉÉSP, 2ème édition; 2010, 51-102.

[34] Erskine R, Moursund J, Trautman R. Concept de base. In : Au-delà de l'empathie. Malakoff : InterEditions ; 2019, 9-31.

[35] Erskine R, Moursund J, Trautman R. La questionnement. In : Au-delà de l'empathie. Malakoff : InterEditions; 2019,33-65.

[36] Erskine R, Moursund J, Trautman R. L'harmonisation. In : Au-delà de l'empathie. Malakoff : InterEditions ; 2019, 67-110.

[37] Erskine R, Moursund J, Trautman R. L'implication. In : Au-delà de l'empathie. Malakoff : InterEditions ; 2019, 111-155.

[38] Erskine R, Moursund J, Trautman R. Les besoins relationnels. In : Au-delà de l'empathie. Malakoff : InterEditions ; 2019, 157-199.

[39] Morel-Bracq M-C. Les modèles généraux en ergothérapie. In : Les modèles conceptuels en ergothérapie : introduction aux concepts fondamentaux. 2ème Edition. De Boeck Supérieur ; 2017, 72-84.

[40] De Las Heras C,G. Le processus de remotivation : de la pratique à la théorie et de la théorie à la pratique. Le Partenaire. 2006; volume 13 numéro 2 : 4-12.

[41] Petitjean C. La boussole des méconnaissances. Actualités en analyse transactionnelle. 2019 ; numéro 168 : 12-18.

[42] Morandi S. et al. Mesurer la stigmatisation perçue chez les personnes souffrant de troubles psychiques : traduction française, validation et adaptation de la stigma scale. L'encéphale. 2013 ; volume 39 : 408-415.

[43] White C. L'autogestion : un partenaire inestimable du rétablissement pour les personnes atteintes de maladie mentale. Actualité ergothérapique. 2011; volume 13,5 : 26-27.

[44] Hale S. Être à l'écoute des clients : stratégies d'autogestion pour mieux vivre avec un trouble bipolaire. Actualité ergothérapique. 2011 ; volume 13,5 : 18-19.

[45] Untas A. et al. Psychologie de la santé et éducation thérapeutique : état des lieux et perspectives. Pratiques psychologiques. 2018 : 1-12.

[46] Programme HOP : lutter contre l'autostigmatisation et les stéréotypes sociaux. [En Ligne] <https://www.handirect.fr/hop-lutter-contre-l-auto-stigmatisation/>. Consulté le 29 janvier 2020.

GLOSSAIRE

Acronyme

- ARS = Agence Régionale de Santé
- CARAFE : Communauté pour l'Avancement de la Recherche Appliqué Francophone en Ergothérapie
- CIM 10 = Classification Internationale des Maladies numéro 10
- DSM V = Manuel diagnostique et statistique des maladies mentales n°5
- ETP = Éducation Thérapeutique du Patient
- HAS = Haute Autorité de Santé
- MOH = Modèle de l'Occupation Humaine
- OMS = Organisation Mondiale de la Santé

Définition

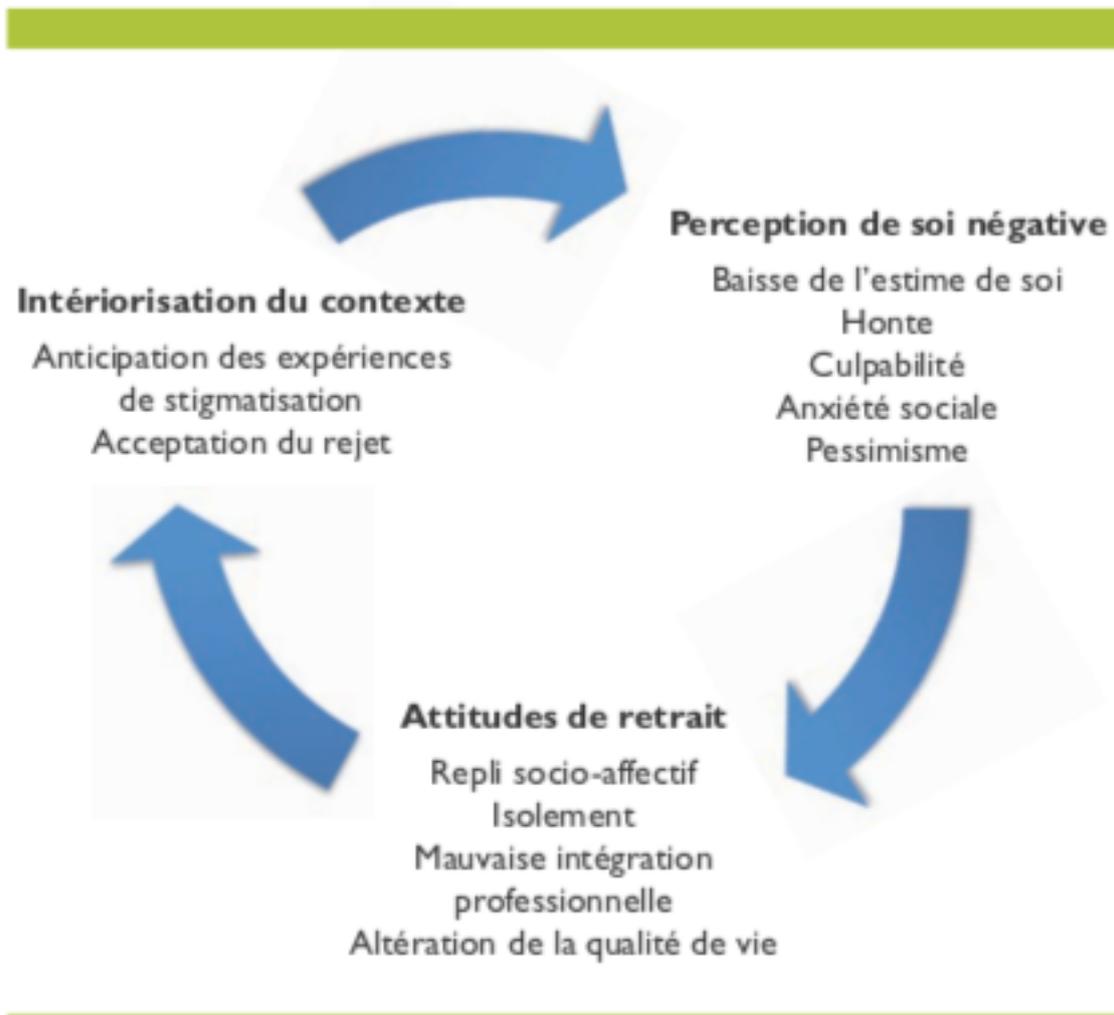
- Activité = une suite structurée d'actions ou de tâches qui concourt aux occupations.
signifiante : qui est porteuse de signification, qui a du sens, qui fonctionne en tant que signe / significatif : qui est porteuse de sens pour et parmi les autres
- Discrimination = Fait de distinguer et de traiter différemment (le plus souvent plus mal) quelqu'un ou un groupe par rapport au reste de la collectivité ou par rapport à une autre personne.
- Empowerment = Accroissement de la capacité d'agir de la personne malade via le développement de son autonomie, la prise en compte de son avenir et sa participation aux décisions la concernant. (<http://www.psycom.org/Espace-Presses/Sante-mentale-de-A-a-Z/Empowerment-et-sante-mentale>)
- Engagement occupationnel = Le sentiment de participer, de choisir, de trouver un sens positif et de s'impliquer tout au long de la réalisation d'une activité ou d'une occupation.
- Habileté = Une aptitude développée par l'expérience, qui permet l'action effective.
- Occupation = science de l'activité humaine. Un groupe d'activités, culturellement dénommé, qui a une valeur personnelle pour l'individu. Elle est le socle sur lequel la participation sociale peut se construire car elle est inscrite de manière socio-culturelle dans la vie de la personne. Elle présente deux dimensions : individuelle et sociale. Les grandes catégories : soins personnels / productivité / loisirs / repos
- Participation = L'engagement par l'occupation, dans des situations de vie socialement contextualisées.
- Volition = La capacité de choisir, de faire ou de continuer à faire quelque chose en ayant conscience que la réalisation de cette activité est volontaire.

ANNEXES

SOMMAIRE DES ANNEXES

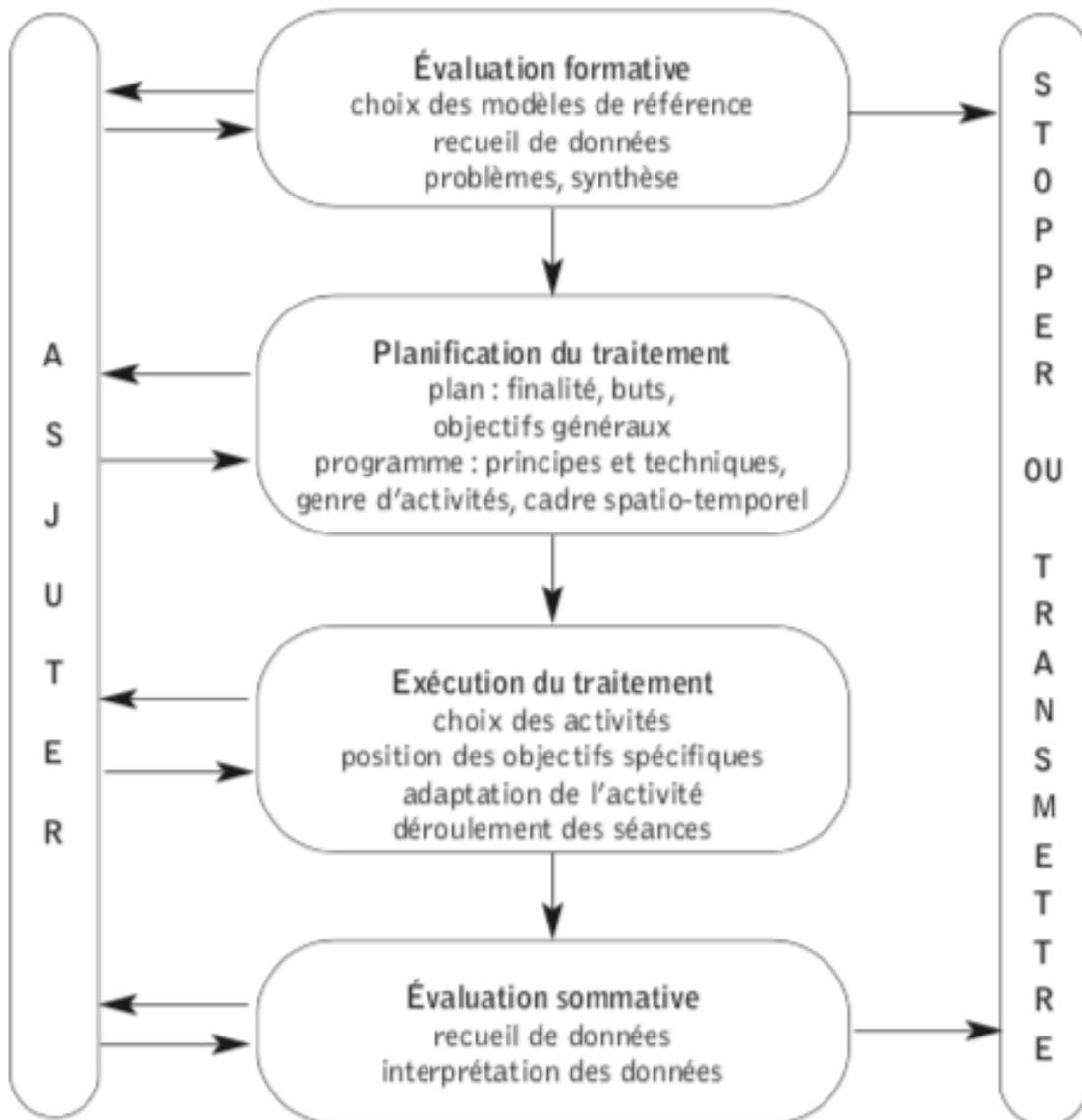
Annexe I : Schématisation du principe de l'autostigmatisation.....I	I
Annexe II : Les étapes du processus d'intervention en ergothérapie de Sylvie MeyerII	II
Annexe III : Schéma du Modèle de l'Occupation HumaineIII	III
Annexe IV : Les 8 besoins relationnelsIV	IV
Annexe V : La boussole des méconnaissances.....V	V
Annexe VI : Version française de la « Stigma Scale »VI	VI
Annexe VII : Questionnaire volitionnelVI	VI
Annexe VIII : Fiche protocole « autostigmatisation et ergothérapie »VII	VII
Annexe IX : Questionnaire type.....VIII	VIII
Annexe X : Diagramme représentant la répartition de l'échantillon selon le sexeXI	XI
Annexe XI : Diagramme représentant la répartition de l'échantillon selon l'âgeXI	XI
Annexe XII : Diagramme représentant l'exercice en France.....XI	XI
Annexe XIII : Diagramme représentant la répartition selon le diplômeXII	XII
Annexe XIV : Diagramme représentant la répartition selon les formations.....XII	XII
Annexe XV : Carte mentale représentant les formations et diplômes.....XII	XII
Annexe XVI : Diagramme représentant la répartition selon le type de structure.....XIII	XIII
Annexe XVII : Diagramme représentant la répartition concernant le rôle de l'autostigmatisation dans le rétablissement.....XIII	XIII
Annexe XVIII : Diagramme représentant la répartition concernant le rôle de l'ergothérapeuteXIII	XIII
Annexe XIX : Diagramme représentant la répartition concernant la pratique actuelle .XIV	XIV
Annexe XX : Outil solution modifié.....XV	XV

Annexe I : Schématisation du principe de l'autostigmatisation



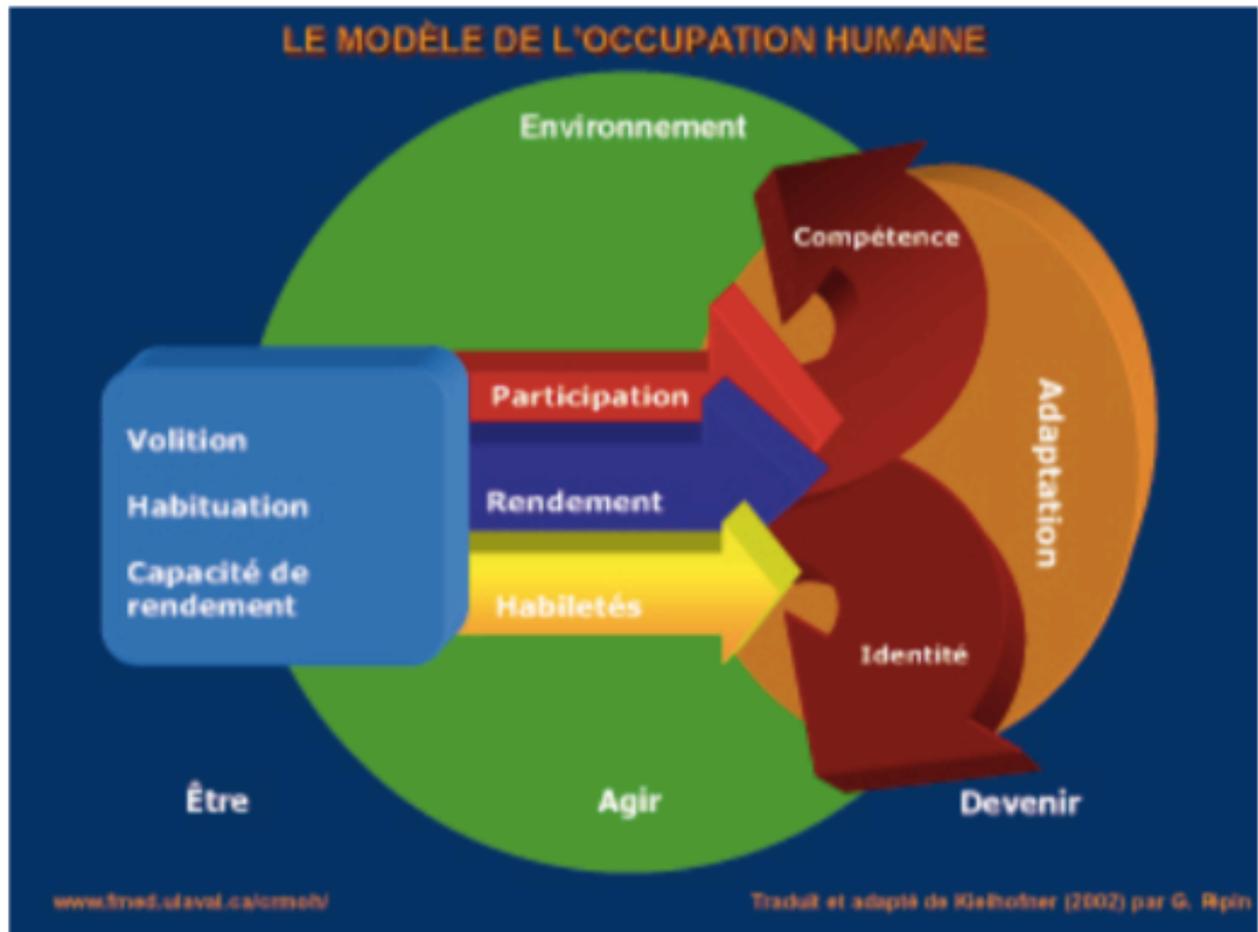
Source : Richard -Lepouriel. Troubles bipolaires et autostigmatisation. Revue médicale suisse. 2015 : 1696 -1701.

Annexe II : Les étapes du processus d'intervention en ergothérapie de Sylvie Meyer



Source : Meyer S. Le processus de l'ergothérapie. In : Meyer S. Démarches et raisonnements en ergothérapie. Lausanne : Les cahiers de ÉÉSP, 2ème édition; 2010, 51-102

Annexe III : Schéma du Modèle de l'Occupation Humaine



Source : Centre de référence du modèle de l'occupation humaine [En Ligne] <http://www.crmoh.fmed.ulaval.ca>. Consulté le 12 février 2020.

Annexe IV : Les 8 besoins relationnels

Richard Erskine : « *Les besoins relationnels sont les besoins uniques spécifiques pour le contact interpersonnel. Nous ne parlons pas là de besoins fondamentaux de la vie tels que la nourriture, la température appropriée, l'air pour respirer.. Mais plutôt d'éléments essentiels pour élever la qualité de la vie et le sentiment de soi en relation. Les besoins relationnels sont les composants d'un désir universel de relation intime.* »

1. **La sécurité** = ressenti viscéral d'être respecté et protégé dans sa vulnérabilité
2. **La validation** = se sentir valorisé, soigné, considéré comme digne
3. **L'acceptation** = le fait d'avoir un thérapeute est fiable, stable et protecteur ?
4. **La mutualité (similaire)**= partager avec quelqu'un qui a eu la même expérience afin de se sentir reconnu.
5. **La définition de soi (différent)** = exprimer et expérimenter d'être unique
6. **Le besoin d'avoir un impact** = affecter l'autre dans son comportement, ici le thérapeute, par nos faits et ressentis
7. **Le besoin que l'autre prenne l'initiative** = échange initié par le thérapeute, responsabilité assumée par lui également
8. **L'expression de l'amour** = expérimenter l'attention, l'affection, l'estime, l'appréciation de manière réciproque, exprimer ses sentiments aux thérapeutes

Source : Erskine R, Moursund J, Trautman R. *Les besoins relationnels. In : Au-delà de l'empathie. Malakoff : InterEditions; 2019, 157-199.*

Annexe V : La boussole des méconnaissances

	<p>NORD</p> <p>Un problème permettant une alliance ici et maintenant. Une offre et un contrat.</p> <p>Mot-clé : CONTRAT</p>	
<p>OUEST</p> <p>L'identification de ce que la personne sent. Comment allez-vous ? Que sentez-vous ? Que voyez-vous ? Que ressentez-vous ? Qu'avez-vous retenu, entendu ?</p> <p>Mot-clé : Les SENS</p>		<p>EST</p> <p>Basé sur le RÉCIT de ce que la personne a fait. Quel Traitement ? Qu'est-ce qu'on vous a fait pour cela ? Quel Régime ? Que faites-vous face à cela ? Que mettez-vous en place ? Comment gérez-vous ? Qu'allez-vous faire avec cela ?</p> <p>Mot-clé : COMPORTEMENT</p>
	<p>SUD</p> <p>Interrogation Spécification quand une information est remarquable. Garder une approche martienne et empathique.</p> <p>Mot-clé : CONSCIENCE</p>	

Source : Petitjean C. *La boussole des méconnaissances. Actualités en analyse transactionnelle*. 2019; numéro 168 : 12-18.

Annexe VI : Version française de la « Stigma Scale »

		tout à fait d'accord	d'accord	ni d'accord ni pas d'accord	pas d'accord	pas du tout d'accord
1	D'avoir eu un problème de santé psychique m'a rendu plus compréhensif	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2	Je crains de dire aux gens que je bénéficie d'un traitement psychologique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3	Mes problèmes de santé psychique m'ont rendu plus tolérant(e) vis-à-vis des autres gens	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4	J'ai peur de la réaction des gens s'ils découvrent mes problèmes de santé psychique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5	Je suis fâché(e) de la manière dont les gens ont réagi à mes problèmes de santé psychique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6	Des gens m'ont évité en raison de mes problèmes de santé psychique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7	Des gens m'ont insulté en raison de mes problèmes de santé psychique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8	Avoir eu des problèmes de santé psychique m'a rendu(e) plus solide	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9	Je trouve difficile de dire aux gens que j'ai des problèmes de santé psychique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Source : Morandi S. et al. Mesurer la stigmatisation perçue chez les personnes souffrant de troubles psychiques : traduction française, validation et adaptation de la stigma scale. L'encéphale. 2013; volume 39 : 408-415.

Annexe VII : Questionnaire volitionnel

Suite au contexte COVID 19 entraînant la fermeture de l'Institut de Formation en Ergothérapie de Loos et à la maintenance du site du MOH, je ne peux vous fournir le Questionnaire Volitionnel en Annexe.

Annexe VIII : Fiche protocole « autostigmatisation et ergothérapie »

Protocole d'intervention en ergothérapie pour lutter contre l'autostigmatisation des troubles bipolaires intitulé « auto-stigmatisation et ergothérapie »

Phase 1 : Évaluation formative

Évaluation initiale :

- Cadre de référence : Le modèle de l'Occupation Humaine (MOH)
- Outil d'entretien : La boussole des méconnaissances

Évaluation approfondie :

- Observation : MOH
- Outil de mesure : Version Française de la « Stigma Scale »

Analyse et interprétation :

- Diagnostic ergothérapeutique

Phase 2 : Planification du traitement

Plan de traitement :

- Buts définis avec le patient
- Objectifs : travail sur l'anxiété sociale, l'estime de soi, la culpabilité et la honte et réponse aux besoins relationnels de la personne
- Approche du plan de traitement : Top-down

Programmation de traitement :

- Méthodes d'intervention : emploi thérapeutique de soi , emploi thérapeutique d'occupations et d'activités, démarche de consultation et démarche d'éducation dirigée
- Approche des performances altérées : Remédiation et Compensation
- Moyens : Processus de re-motivation et Stratégies d'autogestion
- Cadre des séances : séance individuelle (45minutes) et de groupe (2heures) ,
- Personnes ressources : Entourage, pairs aidants, psychologue, professionnels paramédicaux

Phase 3 : Exécution du traitement

- Mise en oeuvre de la programmation de traitement
- Gradation du traitement
- Gestion émotionnelle : Thérapie relationnelle intégrative

Phase 4: Évaluation sommative

- Mesure des résultats : Version Française de la « Stigma Scale »
- Évaluation de la pratique par le thérapeute et orientation de la prise en charge

Annexe IX : Questionnaire type

Partie 1 : Généralités pratique	
<i>Autostigmatisation</i> : phénomène qui se produit quand les individus atteints d'un trouble mental ainsi que leurs familles intériorisent les attitudes de la société à leur égard ce qui les pousse à se blâmer et à développer une faible estime de soi.	<i>Rétablissement</i> : processus qui permet à chaque personne un retour à une vie satisfaisante et pleine de sens
Fondement de l'hypothèse	1 réponse possible
1. Pensez vous que l'autostigmatisation joue un rôle dans le rétablissement des personnes vivant avec un trouble bipolaire ?	<ul style="list-style-type: none"> • Oui • Non
2. L'ergothérapeute, a-t-il, selon vous, un rôle à jouer dans la prise en charge de l'autostigmatisation des personnes vivant avec un trouble bipolaire ?	<ul style="list-style-type: none"> • Oui • Non
Vérification de l'application de la problématique	1 réponse possible
3. Tenez vous compte de l'autostigmatisation lors de la prise en charge d'une personne vivant un trouble bipolaire en primo-hospitalisation	<ul style="list-style-type: none"> • Oui • Non
4. Si vous avez répondu oui à la question précédente, quels moyens employez vous lors de vos séances dans la prise en charge de l'autostigmatisation des personnes vivant avec un trouble bipolaire ?	Réponse libre
Partie 2 : Validation ou réfutation protocole « autostigmatisation et ergothérapie »	
<i>La boussole des méconnaissances est un outil de conduite d'entretien. Il repose sur une vision dynamique du patient, centré sur ses ressources et à l'écoute de ses ressentis, croyances et vécu. L'objectif est de clarifier la problématique du patient. Il permet d'établir un contact relationnel de qualité, d'obtenir un consentement éclairé et de faciliter l'adhésion au soin.</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Oui • Non
5. Pensez vous que cet outil soit adapté pour mener un entretien avec une personne vivant avec un trouble bipolaire ?	
6. Quel modèle conceptuel en ergothérapie vous semble le plus adapté en temps que cadre de référence pour la prise en charge d'une personne vivant avec un trouble bipolaire ayant une problématique d'autostigmatisation ?	<ul style="list-style-type: none"> • Le modèle écologique du développement humain (Bronfenbrenner 1979) • Le modèle Personne - Environnement - Occupation (PEO, Law et al 1996) • Le modèle Personne - Environnement - Occupation - Performance (PEOP) • Le modèle de l'occupation humaine (MOH, Kielhofner 1949-2000) • Le modèle canadien du rendement et de l'engagement occupationnel (MCREO) • Le modèle KAWA (rivière, Iwana) • Le modèle de compétence • Le modèle australien de la performance occupationnelle (OPM : A)

<p><i>La version française validée de la « Stigma Scale » est une échelle de mesure de l'autostigmatisation. Elle est structurée selon trois facteurs : la discrimination, la divulgation et les aspects potentiellement positifs. Elle se compose de 9 items et le format de réponse utilisé est une échelle d'accord de type likert.</i></p> <p>7. L'utilisation de cet outil de mesure vous semble-t-il pertinent pour évaluer l'autostigmatisation chez une personne vivant avec un trouble bipolaire ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Oui • Non
<p>8. Si non, quel outil de mesure français et validé utiliseriez vous ?</p>	
<p><i>La prise en soin peut avoir deux approches. On distingue l'approche bottom up qui est de type rééducative et l'approche top down qui est de type réadaptative.</i></p> <p>9. Selon vous, quelle approche vous semble la plus adaptée dans le plan de traitement pour prendre en charge l'autostigmatisation d'une personne vivant avec un trouble bipolaire ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Approche « bottom up » • Approche « top down » • Les deux
<p>10. Lors de la programmation du traitement de prise en charge de l'autostigmatisation d'une personne vivant avec un trouble bipolaire, le(s)quel(s) de ces types d'intervention vous semble les plus appropriés ? Plusieurs réponses possibles.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Emploi thérapeutique de soi • Emploi thérapeutique d'occupations et d'activités • Une démarche de consultation • Une démarche éducative dirigée vers l'utilisateur ou ses proches • Toutes
<p>Face à des performances altérées on peut avoir recours à deux approches. La remédiation visera à récupérer ou développer les habiletés et fonctions altérées afin de permettre la restauration des performances dans les occupations courantes. La compensation visera à modifier l'environnement ou l'occupation afin de permettre l'amélioration des performances altérée.</p> <p>11. Selon vous, quelle approche des performances altérées est la plus appropriée pour le programme de traitement de prise en charge de l'autostigmatisation d'une personne vivant avec un trouble bipolaire ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Remédiation • Compensation • Les deux
<p>12. Concernant le cadre des séances, quel type de séance vous semble le plus adapté ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Séances individuels • Séances en groupe • Les deux
<p>13. Combien de temps environ devrez selon vous durer une séance individuelle ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 30 minutes • 45 minutes • 1 heure • 1 heure et 30 minutes
<p>14. Combien de temps environ devrez selon vous durer une séance de groupe</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 30 minutes • 45 minutes • 1 heure • 1 heure et 30 minutes • 2 heures
<p>15. Lors des séances à quelle(s) personne(s) ressource feriez vous appel ? Plusieurs réponses possibles.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • L'entourage proche • L'appel à des patients experts / pair-aidant • Le psychologue • Le médecin • Les professionnels paramédicaux • Toutes les réponses

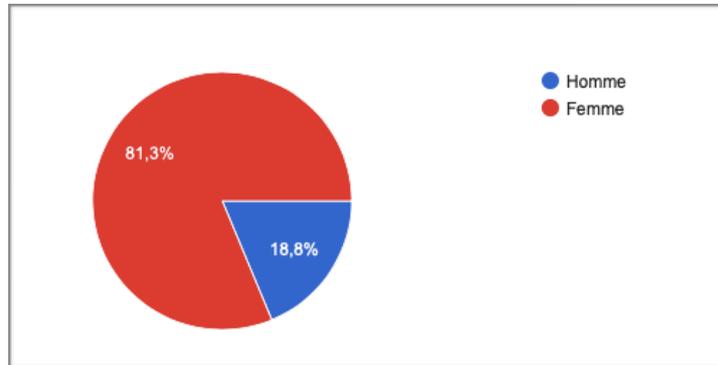
<p>Le processus de remotivation découle du modèle de l'occupation humaine. La motivation se compose des déterminants personnels (perception de ses capacités et efficacité), les valeurs et les intérêts. C'est une stratégie d'intervention qui facilite et stimule l'acquisition de la volition. Il se déroule en trois phases : explication, compétence et accomplissement. Il permet de rendre le patient acteur et de le placer au cœur de sa prise en charge.</p> <p>16. Le processus de remotivation vous semble-t-il une stratégie adaptée à la prise en charge d'une personne vivant avec un trouble bipolaire et ayant une problématique d'autostigmatisation ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Oui • Non
<p>Les stratégies d'autogestion visent à favoriser l'autonomie et à agir sur le quotidien et le bien-être de la personne. Le but est d'aider la personne à développer l'empowerment et à défendre ses propres intérêts face à la lutte contre la discrimination.</p> <p>17. L'apprentissage de stratégies d'autogestion du trouble bipolaire vous semble-t-il pertinent dans la prise en charge de l'autostigmatisation ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Oui • Non
<p>En fin de processus d'intervention, il est nécessaire de mesurer les résultats du traitement. Nous souhaitons évaluer l'impact du protocole sur le niveau d'autostigmatisation.</p> <p>18. Pensez-vous que la passation en début (évaluation formative) et fin (évaluation sommative) de processus d'intervention de la version française validée de la « Stigma Scale » permette d'évaluer la différence de niveau d'autostigmatisation de la personne suivie ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Oui • Non
Partie 3 : Données socio-démographique	
19. De quel sexe êtes-vous ?	<ul style="list-style-type: none"> • Homme • Femme
20. À quelle tranche d'âge appartenez-vous ?	<ul style="list-style-type: none"> • 18 à 24 ans • 25 à 34 ans • 35 à 44 ans • 45 à 54 ans • Plus de 55 ans
21. Depuis combien de temps êtes-vous diplômé en tant qu'ergothérapeute ?	<ul style="list-style-type: none"> • Je ne suis pas diplômé • Moins de 3 ans • 3 à 15 ans • Plus de 15 ans
22. Avez-vous d'autres formations, diplômes ?	<ul style="list-style-type: none"> • Oui, en lien avec la psychiatrie • Oui, mais dans un autre domaine • Non
23. Si oui, précisez	Réponse libre
24. Exercez-vous en France ?	<ul style="list-style-type: none"> • Oui • Non
25. Depuis combien d'années travaillez-vous en psychiatrie ?	<ul style="list-style-type: none"> • Moins de 3 mois • Entre 3 mois et 5 ans • Entre 5 et 15 ans • Plus de 15 ans
26. Dans quel type de structure psychiatrique travaillez-vous ?	<ul style="list-style-type: none"> • Intrahospitalier • Extrahospitalier • Les deux • Autres

27. Quelle proportion de votre patientèle représente les personnes vivant avec un trouble bipolaire ?

- Moins de 10%
- 10 à 25%
- 25 à 50%
- Plus de 50%

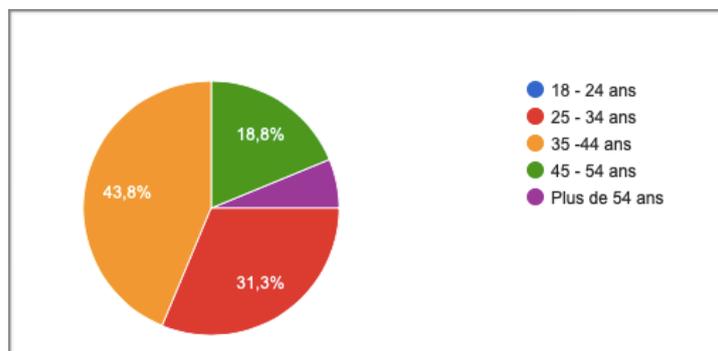
Annexe X : Diagramme représentant la répartition de l'échantillon selon le sexe

De quel sexe êtes vous ?



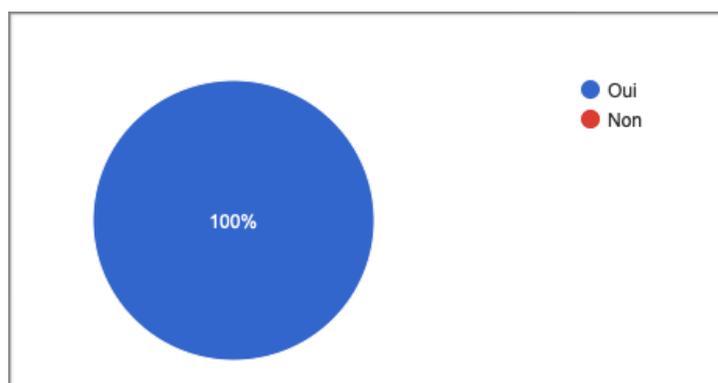
Annexe XI : Diagramme représentant la répartition de l'échantillon selon l'âge

À quelle tranches d'âge appartenez vous ?



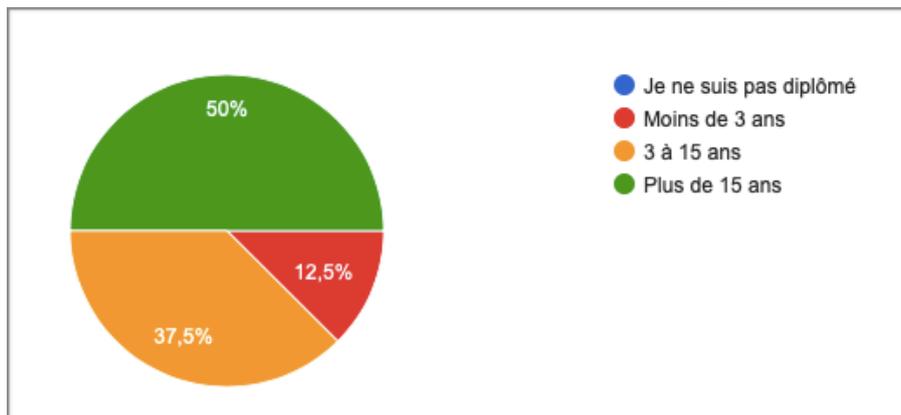
Annexe XII : Diagramme représentant l'exercice en France

Exercez vous en France ?



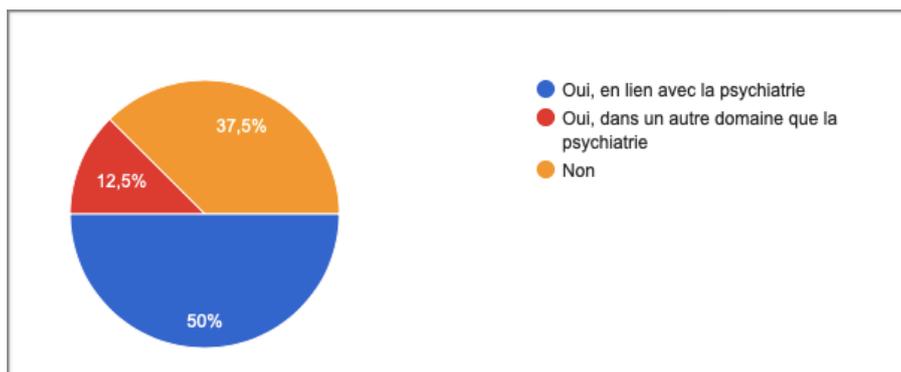
Annexe XIII : Diagramme représentant la répartition selon le diplôme

Depuis combien de temps êtes vous diplômé ?



Annexe XIV : Diagramme représentant la répartition selon les formations

Avez vous d'autres formations, diplômes ?



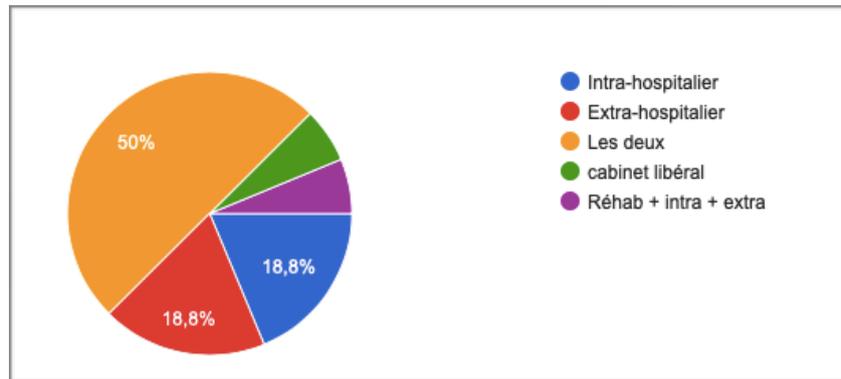
Annexe XV : Carte mentale représentant les formations et diplômes

« Formations et diplômes complémentaires effectués dans l'échantillon »



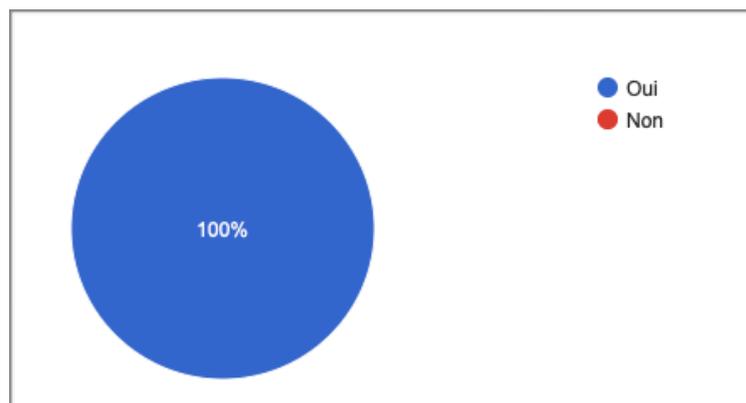
Annexe XVI : Diagramme représentant la répartition selon le type de structure

Dans quel type de structure psychiatrique travaillez vous ?



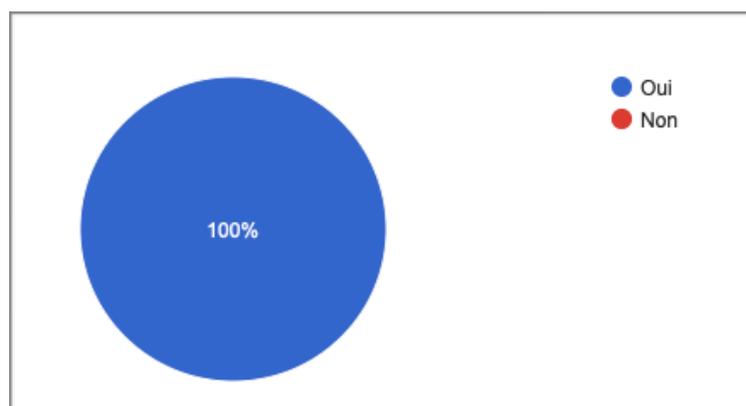
Annexe XVII : Diagramme représentant la répartition concernant le rôle de l'autostigmatisation dans le rétablissement

Pensez vous que l'autostigmatisation joue un rôle dans le rétablissement des personnes vivant avec un trouble bipolaire ?



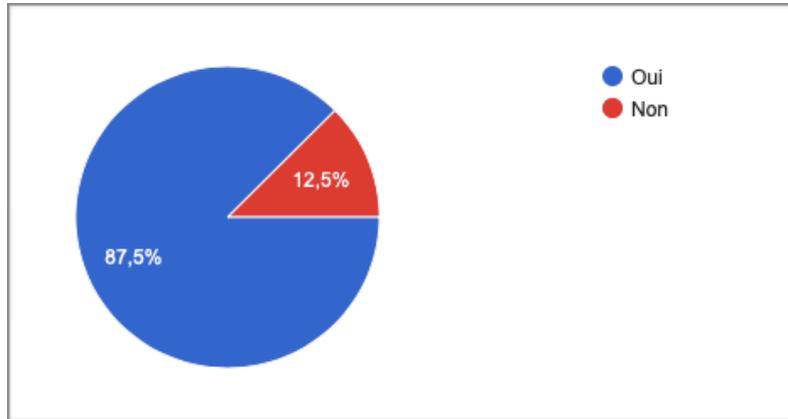
Annexe XVIII : Diagramme représentant la répartition concernant le rôle de l'ergothérapeute

L'ergothérapeute, a-t-il, selon vous, un rôle à jouer dans la prise en charge de l'autostigmatisation des personnes vivant avec un trouble bipolaire ?



Annexe XIX : Diagramme représentant la répartition concernant la pratique actuelle

Tenez vous compte de l'autostigmatisation lors de la prise en charge d'une personne vivant avec un trouble bipolaire en primo-hospitalisation ?



Annexe XX : Outil solution modifié

Protocole d'intervention en ergothérapie pour lutter contre l'autostigmatisation des troubles bipolaires intitulé « auto-stigmatisation et ergothérapie »

Phase 1 : Évaluation formative

Évaluation initiale :

- Cadre de référence : Le modèle de l'Occupation Humaine (MOH)
- Outil d'entretien : La boussole des méconnaissances

Évaluation approfondie :

- Observation : MOH
- Outil de mesure : Version Française de la « Stigma Scale »

Analyse et interprétation :

- Diagnostic ergothérapeutique

Phase 2 : Planification du traitement

Plan de traitement :

- Buts définis avec le patient
- Objectifs : travail sur l'anxiété sociale, l'estime de soi, la culpabilité et la honte
- Approche du plan de traitement : **Top-down et Bottom up**

Programmation de traitement :

- Méthodes d'intervention : emploi thérapeutique de soi , emploi thérapeutique d'occupations et d'activités, démarche de consultation et démarche d'éducation dirigée
- Approche des performances altérées : Remédiation et Compensation
- Moyens : Processus de re-motivation et Stratégies d'autogestion
- Cadre des séances : séance individuelle (45minutes) et de groupe (**1heure et demi**) ,
- Personnes ressources : **Professionnels paramédicaux et psychologue**

Phase 3 : Exécution du traitement

- Mise en oeuvre de la programmation de traitement
- Gradation du traitement
- Gestion émotionnelle : Thérapie relationnelle intégrative

Phase 4: Évaluation sommative

- Mesure des résultats : Version Française de la « Stigma Scale »
- Évaluation de la pratique par le thérapeute et orientation de la prise en charge

