

UNIVERSITÉ DE LILLE
DÉPARTEMENT FACULTAIRE DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2024

MÉMOIRE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT D'INFIRMIER EN PRATIQUE AVANCÉE
MENTION : PSYCHIATRIE ET SANTÉ MENTALE

**« La psychoéducation dans l'amélioration des soins aux personnes
affectées par un trouble bipolaire »
Étude multicentrique auprès des professionnels de la santé mentale**

Présenté et soutenu publiquement le 01 juillet 2024 à 15 h 00

Au pôle Formation

Par Angela VERA

MEMBRES DU JURY :

- **Président du jury : Monsieur le Professeur Éric WIEL**
- **Membre enseignant : Madame Gwladys ACOULON**
- **Directrice et codirecteur de mémoire : Madame la Docteure Maéva MAGNAT et
Monsieur le Docteur Valentin COUESNON**

*« On ne peut rien apprendre aux gens. On peut seulement les aider à découvrir
qu'ils possèdent déjà en eux tout ce qui est à apprendre ».*

(Galilée)

REMERCIEMENTS

Je tiens à exprimer ma gratitude envers mes directeurs de mémoire, la Docteure Maéva Magnat et le Docteur Valentin Couesnon, pour leur soutien et leur accompagnement tout au long de ce travail. Merci pour votre générosité dans les échanges ainsi que pour votre disponibilité.

Je remercie également :

Le Centre Hospitalier d'Arras, qui m'a permis d'intégrer cette formation, l'ensemble de l'encadrement et du corps médical du Pôle Santé Mentale pour leur confiance et leur soutien depuis mes débuts dans la profession infirmière, ainsi que mes collègues pour le partage des savoirs qui enrichissent mon expérience ;

L'EPSM de l'Agglomération Lilloise et le GHU Paris Psychiatrie et Neurosciences, pour leur accueil chaleureux dans le cadre de mes stages. Ma reconnaissance envers Jean-Luc et Olivia, Infirmiers en Pratique Avancée, qui ont su me guider dans ma projection professionnelle ;

La Fédération Régionale de Recherche en Santé Mentale pour les avis éclairés dans la préparation du préprojet de ce mémoire, ainsi que pour leur disponibilité auprès des professionnels de la santé ;

Les professionnels ayant participé à cette étude, pour leurs contributions et leur intérêt porté à mon travail ;

L'équipe pédagogique de la formation Infirmière en Pratique Avancée de l'Université de Lille pour leur accompagnement bienveillant auprès des étudiants ;

Mes collègues de promotion, pour la bonne humeur et la richesse de nos échanges durant ces deux années de formation ;

Mme. De Jésus N., Infirmière en Pratique Avancée et chercheuse, pour la relecture attentive de mon travail et les suggestions apportées ;

Mes proches pour le soutien constant malgré la distance, Rémi pour ses encouragements sans faille, Maléna, Malinska et Zorba pour leur présence si précieuse.

Une mention particulière à l'ensemble des usagers rencontrés durant mon parcours professionnel, qui sont, à mon sens, les véritables piliers de l'apprentissage des professionnels de la santé.

AVERTISSEMENT

L'auteure déclare ne pas avoir des liens d'intérêt. Les conclusions exprimées dans ce mémoire sont celles de l'auteur et ne reflètent pas nécessairement celles des membres du jury, de l'établissement d'enseignement ou des professionnels de santé impliqués.

Toutes les sources utilisées ont été dûment citées et tout emprunt à des travaux antérieurs a été clairement identifié et référencé. Le travail a été soumis à un logiciel de contrôle anti-plagiat avant impression. Cette étude est originale et a été réalisée dans le respect des principes éthiques de la recherche.

SOMMAIRE

GLOSSAIRE

INTRODUCTION GENERALE

I. INTRODUCTION

1. Du constat expérientiel au questionnement professionnel
2. Le trouble bipolaire de l'humeur : généralités
3. La psychoéducation comme approche thérapeutique
4. Psychoéducation et trouble bipolaire : l'offre de soins existante
5. Fondements du choix du sujet d'étude

II. MÉTHODOLOGIE

1. Choix de la méthodologie de recherche qualitative multicentrique
2. Choix de l'échantillonnage
3. L'outil méthodologique
4. Méthode d'analyse thématique inductive
5. Transcription des données

III. RÉSULTATS ET ANALYSE DES DONNÉES

1. Recensement des participants
2. Présentation et analyse des données démographiques
3. Présentation et analyse thématique des données qualitatives

DISCUSSION

1. Relation entre les résultats et la question de recherche
2. Analyse croisée avec la littérature existante
3. Implications théorico-pratiques
4. Perspectives à explorer
5. Limites et forces de l'étude
6. Projection dans la pratique avancée

CONCLUSION

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

TABLEAUX

ANNEXES

TABLE DE MATIÈRES

RÉSUMÉ/ ABSTRACT

GLOSSAIRE

- ARS : Agence Régionale de Santé
- CIM-11 : Classification Internationale des Maladies, 11ème révision
- COREQ : COnsolidated criteria for REporting Qualitative research
- DEMHETER : Dispositif d'Évaluation des Maladies de l'Humeur et de leur TRaitement
- DSM-5® : Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux
- ETP : Éducation Thérapeutique du Patient
- HAS : Haute Autorité de Santé
- HdF : Hauts-de-France
- IDE : Infirmier-ère Diplômé-e d'État
- IdF : Île-de-France
- IPA : Infirmier-ère en Pratique Avancée
- OMS : Organisation Mondiale de la Santé
- PMD : Psychose Maniaco-Dépressive
- TCC : Thérapie Cognitivo-Comportementale

INTRODUCTION GÉNÉRALE

La maladie mentale est considérée comme un défi majeur de santé publique qui touche une proportion significative de la population au niveau mondial.

La maladie bipolaire, quant à elle, impacte la vie des individus affectés ainsi que celle de leurs proches. Face à ce constat, il devient impératif pour nous, professionnels de la santé, de prendre en compte cet aspect afin de développer et d'optimiser les stratégies actuelles de prise en soins et d'accompagnement des usagers.

Parmi les diverses approches adoptées et les avancées récentes, telles que la reconnaissance de la piste immuno-inflammatoire, le diagnostic reste avant tout clinique. Dès l'annonce de la maladie, la psychoéducation fait partie constante des méthodes qui prennent en considération l'accompagnement des personnes affectées dans les différentes sphères de la vie.

Mais, comment la psychoéducation permet-elle d'améliorer les soins aux personnes affectées par un trouble bipolaire ? L'hypothèse principale suggère que l'intégration précoce et continue de la psychoéducation favorise une meilleure compréhension et acceptation du trouble, rendant les personnes affectées plus actives dans leurs soins. Une hypothèse secondaire est que la psychoéducation réduit le taux de rechute en augmentant l'adhésion aux soins proposés.

Ainsi, ce travail de fin d'études, réalisé dans le cadre de la formation Infirmière en Pratique Avancée, vise à explorer la manière dont l'approche psychoéducative est perçue et intégrée dans les soins par les professionnels de la santé mentale.

Après une revue de la littérature existante et à partir d'une approche méthodologique qualitative multicentrique, cette étude examine les aspects essentiels de la posture psychoéducative selon les différents points de vue des acteurs du terrain, issus des différentes disciplines et qui interviennent dans les parcours des personnes soignées.

Finalement, le fruit de l'analyse des thématiques émergentes de ce travail, telles que la divergence dans la terminologie utilisée, les défis rencontrés dans la mise en œuvre de cette pratique et l'impact perçu par les professionnels, permettra de positionner la plus-value de la Pratique Avancée dans la démarche psychoéducative.

I. INTRODUCTION

1. Du constat expérientiel au questionnement professionnel

La maladie mentale représente des enjeux importants en matière de santé, affectant la qualité de vie de millions de personnes à travers le monde.

D'après l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), les troubles mentaux figurent parmi les dix causes principales de handicap, à l'échelle globale. Une personne sur huit dans le monde présente un trouble d'ordre mental, provoquant une altération de la pensée ainsi qu'une perturbation dans la régulation des émotions et du comportement. (Organisation Mondiale de la Santé, 2022).

Les troubles mentaux, à travers leurs manifestations diverses et variées, influencent de manière significative la qualité de vie des personnes, affectant leur fonctionnement social, professionnel et familial. Cela représente un défi de taille pour l'ensemble des professionnels de la santé, dont l'objectif premier est de proposer un accompagnement adapté aux usagers.

Parmi les diverses affections mentales, le trouble bipolaire, qui fait partie de la liste des maladies mentales chroniques¹, se distingue par ses répercussions considérables sur la qualité de vie des personnes qui en souffrent, tout comme celle de leurs familles et proches.

En effet, les fluctuations de l'humeur et l'ensemble des perturbations associées à la maladie peuvent entraver les relations interpersonnelles, la productivité au travail et la capacité à mener une vie stable.

1.1 Le trouble bipolaire et les enjeux actuels de la prise en soins

Le trouble bipolaire affecte une part considérable de la population, avec des estimations s'élevant à 2,4% en Europe, aux États-Unis et en Asie. En France, il est postulé que 1% à 2,5% de la population, soit 650.000 à 1,6 million d'individus, en souffrent. (Haute Autorité de Santé, 2014b).

Au-delà des chiffres officiels, il est important de noter que ces données pourraient ne pas refléter l'étendue réelle du problème.

En effet, il est généralement admis par les professionnels de la santé et les experts que cette estimation soit très probablement sous-évaluée, en grande partie en raison des défis rencontrés lors du processus de diagnostic. Selon une enquête réalisée par l'association

¹ Maladie chronique : « *Maladie de longue durée, évolutive, avec un retentissement sur la vie quotidienne* ». (Service Public. Direction de l'information légale et administrative. Premier ministre, 2023).

Bipolarité France et ses partenaires, 20 % des répondants affirment que le diagnostic a été annoncé quinze ans après les prodromes de la maladie (Bipolarité France, 2023), ce qui peut provoquer de l'errance médicale et des effets néfastes dans le fonctionnement social des personnes, faute d'un accompagnement adéquat.

Malgré les progrès récents en termes de tests diagnostiques qui mettent en avant des marqueurs propres à la maladie bipolaire, pour le moment, le diagnostic reste uniquement clinique. Certaines manifestations symptomatiques ne sont pas uniformes chez toutes les personnes et peuvent prêter à confusion avec d'autres affections comme la dépression unipolaire ou les troubles anxieux.

Les conséquences de ce trouble sont significatives pour la qualité de vie des personnes qui en souffrent tout comme pour leur entourage. Les médicaments tels que les stabilisateurs de l'humeur sont essentiels pour contrôler les symptômes et prévenir les épisodes maniaques ou dépressifs. Ils agissent en régulant les neurotransmetteurs du cerveau, tels que la sérotonine et la norépinéphrine. Leur importance repose alors dans la gestion des symptômes.

Toutefois, bien que les approches pharmacologiques soient essentielles pour gérer les symptômes du trouble bipolaire, elles ne sont souvent pas suffisantes pour permettre aux patients de gérer leur maladie au quotidien. Le traitement du trouble bipolaire nécessite une approche holistique qui intègre diverses modalités de traitement, raison pour laquelle la gestion du trouble bipolaire implique une approche pluridisciplinaire. Il est donc important de combiner les approches pharmacologiques avec d'autres formes de traitement afin d'obtenir des résultats optimaux et durables.

Par ailleurs, des interventions et des approches psychologiques, comme la Thérapie Cognitivo-Comportementale (TCC), aident les patients à développer des nouvelles stratégies d'adaptation. Parmi les approches thérapeutiques, outre les traitements médicamenteux, la psychoéducation a émergé comme une stratégie prometteuse qui fait ses preuves dans l'accompagnement des personnes affectées par un trouble psychiatrique (Paris et al., 2021). Cette approche a été reconnue comme bénéfique pour aider les personnes à mieux comprendre leur maladie et à gérer leur condition. Elle peut jouer un rôle important en complément des médicaments et des thérapies comportementales, contribuant ainsi à une gestion plus efficace de la maladie.

Étant infirmière au sein d'un pôle de psychiatrie et de santé mentale, au cours de ma pratique professionnelle et pendant les différents stages liés à ma formation Infirmière en Pratique Avancée (IPA) dans les régions des Hauts-de-France (HdF) et Île-de-France (IdF), j'ai

pu constater que l'intégration de l'approche psychoéducative durant le parcours de soins permet d'optimiser le processus de rétablissement des personnes affectées par un trouble bipolaire.

Au sein d'une équipe mobile ou fixe, par le biais des entretiens individuels de suivi ou des séances collectives, la psychoéducation demeure une pratique pilier dans l'accompagnement des personnes et la gestion de leur maladie.

Cependant, bien que cette approche ait montré son efficacité dans le traitement de la bipolarité (Cochet, 2009), il peut exister un besoin de recherches supplémentaires pour mieux comprendre comment les professionnels de santé intègrent actuellement la psychoéducation dans le parcours de soins et comment elle peut être optimisée et personnalisée pour répondre aux besoins spécifiques de chaque personne.

Face à ces observations, mon questionnement principal s'est attardé autour de l'efficacité réelle de la psychoéducation ainsi que de ses modalités d'intégration.

Au-delà des aspects théoriques et des recommandations en vigueur, comme la mise en œuvre des programmes d'Education Thérapeutique du Patient (ETP), qui ont pour but d'optimiser la prise en soins (Haute Autorité de Santé, 2014a), il peut être intéressant de s'attarder sur les aspects pratiques de la mise en œuvre de la psychoéducation chez les personnes affectées par un trouble bipolaire.

C'est ainsi que mon questionnement émerge : « ***Comment l'approche psychoéducative permet-elle d'améliorer l'accompagnement des personnes affectées par un trouble bipolaire du point de vue des soignants qui la réalisent ?*** »

Mon hypothèse se base sur le fait que l'intégration précoce et continue de l'approche psychoéducative dans l'accompagnement des personnes touchées par ce trouble favorise une meilleure compréhension et acceptation de leur maladie, les rendant plus actives dans leurs soins, ce qui se traduit par un processus de rétablissement plus efficace.

Pour répondre à cette question, il est nécessaire de définir l'objectif de cette étude et d'explorer les modalités de l'intégration de la psychoéducation dans les pratiques de soin.

Ce travail de fin d'études vise à explorer les modalités de l'intégration de la psychoéducation dans l'accompagnement des personnes diagnostiquées bipolaires, du point de vue des professionnels impliqués dans leurs parcours de soins.

Cela m'amène dans un premier temps à m'intéresser à la revue de la littérature qui soutient cette approche, afin de mieux saisir son potentiel et les défis associés à son intégration dans la pratique expérientielle.

Cette exploration théorique sera suivie par une analyse méthodologique qualitative qui permettra de recueillir et d'interpréter les perceptions des professionnels concernant la psychoéducation chez les personnes affectées par un trouble bipolaire.

2. Le trouble bipolaire de l'humeur : généralités

Le trouble bipolaire, également connu sous le nom de maladie bipolaire, est une affection psychiatrique complexe, caractérisée par des variations pathologiques de l'humeur. Elle peut se manifester par des épisodes de (hypo)manie, des épisodes dépressifs et des périodes de stabilité. La prévalence de cette maladie dans la population générale est estimée entre 1 % et 2,5 %, touchant indifféremment les individus, indépendamment du sexe, de l'âge ou de la catégorie socio-professionnelle.

Afin de mieux comprendre cette maladie chronique et ses caractéristiques, il est essentiel d'évoquer sa définition, son historique, l'impact médical et social qu'elle provoque tout comme l'approche thérapeutique préconisée.

2.1 Historique et définition du trouble bipolaire

Le trouble bipolaire, également appelé trouble affectif bipolaire, est une maladie psychiatrique qui fait partie des troubles de l'humeur. Elle se manifeste généralement entre l'âge de quinze et vingt-cinq ans et persiste tout au long de la vie, ce qui lui confère le statut de maladie chronique.

Cette maladie a des racines anciennes, avec des références à des symptômes qui pourraient être interprétés comme des manifestations de la bipolarité dans l'Antiquité : Hippocrate décrivait déjà des périodes d'euphorie et de dépression dans son travail, même si la bipolarité en tant que diagnostic clinique n'existait pas encore (Jacques, 1998).

Au 19^e siècle, le concept de psychose maniaco-dépressive (PMD) a commencé à émerger grâce au travail des psychiatres tels que les français Jean-Pierre Falret et Jules Baillarger, qui ont décrit des cycles alternants de manie et de dépression (Haustgen, 2016).

Ce n'est qu'au 20^e siècle que le terme de psychose maniaco-dépressive a été remplacé par « trouble bipolaire », ce qui a permis de refléter plus précisément la nature alternante des épisodes maniaques et dépressifs (Guelfi, 2016).

Aujourd'hui, le trouble bipolaire est mieux compris en tant que condition médicale distincte et sa définition actuelle repose sur des critères diagnostiques spécifiques.

Selon le Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux (DSM-5), le trouble bipolaire est caractérisé par la présence d'au moins un épisode maniaque ou hypomaniaque,

souvent alternant avec des épisodes dépressifs majeurs causant une altération significative du fonctionnement quotidien.

D'autre part, la Classification Internationale des Maladies, 11ème révision (CIM-11), met également l'accent sur les caractéristiques spécifiques des épisodes, telles que la présence ou l'absence de symptômes psychotiques, l'intensité de l'épisode (léger, modéré, sévère) et la réponse au traitement antérieur, pour affiner le diagnostic et guider le traitement.

Le diagnostic précis du trouble bipolaire implique une évaluation clinique approfondie, processus qui peut être long et complexe. Ces critères diagnostiques précis, observés lors de l'évaluation de la personne, sont essentiels pour assurer un traitement approprié et une prise en soins adéquate à l'évolution de cette pathologie considérée par l'HAS comme étant une Affection de Longue Durée. 2 (Haute Autorité de Santé, 2017).

2.2 Sémiologie et caractérisation du trouble bipolaire

Ce trouble entraîne des répercussions significatives sur la vie en touchant divers domaines du quotidien. Il affecte les facultés cognitives en perturbant la mémoire, l'attention et les fonctions exécutives des personnes atteintes. Il s'agit d'une maladie qui exerce également une influence sur le sommeil, où l'insomnie sans fatigue peut être le signe d'un épisode précurseur d'un état maniaque, tandis qu'une fatigue excessive peut être tout de même présente lors des versants dépressifs.

Par ailleurs, le trouble bipolaire se caractérise par la difficulté à gérer les émotions, se traduisant par une hyperréactivité émotionnelle et se manifestant à travers des comportements irritables et colériques. Ces manifestations émotionnelles peuvent entraîner des troubles anxieux, ajoutant ainsi une dimension supplémentaire à la complexité de cette maladie.

L'expression clinique de la maladie résulte d'une interaction complexe entre divers éléments comprenant les facteurs de stress, les traumatismes affectifs et une vulnérabilité cérébrale préexistante, se caractérisant par des variations pathologiques de l'humeur, oscillant entre des périodes d'euphorie ou de manie et des épisodes de dépression.

Parmi les traits distinctifs du tempérament des personnes affectées par le trouble bipolaire, l'hyperréactivité émotionnelle se révèle particulièrement prépondérante lors des épisodes pathologiques.

² Affection de Longue Durée : « Les ALD sont des affections nécessitant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse pour lesquelles la participation des assurés peut être limitée ou supprimée pour les actes et prestations nécessités par le traitement (article L. 322-3 3° du Code de la sécurité sociale) » (HAS, 2017).

Les épisodes maniaque et hypomaniaque sont des composantes clés du trouble bipolaire, chacun présentant des caractéristiques distinctes qui influencent le diagnostic et le mode d'accompagnement des personnes affectées par ce problème de santé.

Ainsi, le syndrome maniaque se caractérise par une série de perturbations d'ordre :

- Psychoaffectif : où l'humeur devient expansive, accompagnée d'une labilité émotionnelle et d'une sensibilité accrue aux stimuli sensoriels. Ceci se manifeste par une augmentation de l'estime de soi, des idées de grandeur, voire de la mégalomanie.
- Psychomoteur : où l'on observe une accélération du cours de la pensée (appelée tachypsychie), une pensée diffluyente, des fuites des idées et des associations d'idées par assonances. La distractibilité, l'hypervigilance et les altérations de l'attention et de la concentration sont également présentes. L'hyperactivité peut se manifester par une agitation, une logorrhée (flux verbal incessant), une tachyphémie (accélération du débit de parole) et une hypermimie (expressions faciales exagérées).
- Psychologique : Les troubles du sommeil sont fréquents, allant de l'insomnie partielle à totale, sans sensation de fatigue malgré la réduction du temps de sommeil. Les modifications de l'appétit peuvent varier d'une anorexie à une hyperphagie, avec des conséquences potentielles sur le poids et l'hydratation. Une augmentation du désir et de l'excitation sexuelle, pouvant aller jusqu'à l'hypersexualité, est également rapportée.

Par ailleurs, le syndrome hypomaniaque est une forme plus atténuée du syndrome maniaque. Il se caractérise par une augmentation pathologique de l'humeur et de l'énergie, sur une période délimitée. La symptomatologie et le retentissement fonctionnel sont moins importants que dans le syndrome maniaque, permettant souvent aux individus de continuer leurs activités quotidiennes sans la nécessité d'une hospitalisation.

En relation à la pose du diagnostic positif face aux caractéristiques de la maladie bipolaire, celui-ci repose sur la présence d'un épisode maniaque ou hypomaniaque, avec les critères suivants :

- En phase maniaque : l'épisode doit durer plus de sept jours (ou nécessiter une hospitalisation), être associé à une altération significative du fonctionnement

quotidien et ne pas être mieux expliqué par une autre condition médicale ou la prise de substances.

- En phase hypomaniaque : l'épisode doit durer au moins quatre jours consécutifs, entraîner une altération moins marquée du fonctionnement et être associé à au moins un épisode dépressif caractérisé. La sémiologie du syndrome dépressif dans le contexte du trouble bipolaire peut présenter des caractéristiques spécifiques, telles qu'un début avant vingt-cinq ans, un début dans un contexte de péripartum, un début brutal, une sévérité mélancolique, une saisonnalité, une association avec un trouble de l'usage de substances, ou la présence d'antécédents familiaux des troubles de l'humeur.

La compréhension des origines des troubles bipolaires permet une vision plus approfondie des dynamiques sous-jacentes à cette affection psychiatrique, fortement liée à des comorbidités telles que la consommation d'alcool ou de substances toxiques. Ainsi, des comportements à risque, qu'ils soient liés à la sexualité, aux addictions ou aux dépenses excessives, sont fréquemment observés et étroitement liés au handicap résultant des troubles bipolaires.

Par ailleurs, plusieurs études ont établi un lien entre le trouble bipolaire et des affections comme le diabète, le syndrome métabolique et des taux élevés de cholestérol, accroissant le risque de maladies cardiovasculaires. (Godin et al., 2014)

C'est bien pour toutes ces raisons évoquées précédemment que la prise en soins et l'accompagnement des personnes ayant un diagnostic de bipolarité nécessite une approche pluridisciplinaire, incluant souvent une combinaison de médicaments (stabilisateurs de l'humeur, antipsychotiques, antidépresseurs) et de psychothérapie, pour aider les patients à gérer les fluctuations de l'humeur et à maintenir un fonctionnement optimal.

La sémiologie du trouble bipolaire est complexe, et son diagnostic ainsi que sa gestion nécessitent une évaluation approfondie de la personne et de son environnement.

2.3 Epidémiologie et impact social du trouble bipolaire

L'épidémiologie et l'impact social du trouble bipolaire sont des aspects cruciaux à considérer dans la compréhension de cette maladie complexe.

Comme évoqué précédemment, en France, on estime que le trouble bipolaire touche entre 1 % et 2,5 % de la population, ce qui illustre sa fréquence au sein de la société, avec une prévalence de 0,6 % pour le type I, de 0,4 % pour le type II et de 1,4 % pour les formes

subsyndromiques (Haute Autorité de Santé, 2014b). La prévalence du trouble bipolaire de type II chez les femmes est légèrement plus élevée que chez les hommes (Diflorio & Jones, 2010).

Généralement, la maladie commence à se manifester au début de l'âge adulte, bien qu'elle puisse parfois survenir dès l'adolescence, avec des signes précurseurs pouvant apparaître avant la vingtaine. La présence des comorbidités peut représenter des freins au diagnostic et au traitement de la maladie.

Actuellement, près de 60 % des personnes atteintes de trouble bipolaire peuvent développer une dépendance à des substances, et le risque de décès par suicide est particulièrement élevé, touchant de 15 % à 20 % des patients.

La réduction de l'espérance de vie est d'environ dix ans chez les personnes atteintes par rapport à la population générale. Cela est dû, principalement, à un risque accru de tentatives de suicide. En effet, 90 % des victimes de suicide souffrent d'un trouble psychiatrique, le trouble bipolaire étant l'un des plus à risque avec un taux 20 fois plus élevé que la population générale. (Chakroun et al., 2020)

Le maintien d'un rythme de vie stable reste essentiel dans la gestion de la maladie, comme l'évoque Chantal Henry, directrice scientifique de la fondation Pierre Deniker³ : « *Au-delà des fluctuations de l'humeur non traitées, le risque est que d'autres troubles s'y associent tels que les troubles anxieux et les addictions. L'ensemble peut favoriser une désinsertion sociale et professionnelle voire des conduites suicidaires alors que les personnes dont le trouble bipolaire est stabilisé peuvent avoir un fonctionnement* » (Bipolarité France, 2023). Ceci indique que les conséquences atteignent tout ce qui est lié aux aspects relationnels et qui impacteront négativement la qualité de vie des personnes touchées par la maladie et de leurs proches.

C'est à partir de ces constats que le trouble bipolaire se positionne au 6ème rang mondial des handicaps selon l'OMS.

Notons également que la région des Hauts-de-France semble être spécifiquement touchée par ce problème, avec une prévalence de la maladie dépassant la moyenne nationale, selon les données du Dispositif d'Évaluation des Maladies de l'Humeur et de leur TRaitement (DEMHETER).

L'HAS suggère tout de même que le nombre réel de cas de trouble bipolaire pourrait être sous-évalué. Cela implique que de nombreux cas ne sont ni diagnostiqués ni signalés, ce

³ Fondation Pierre Deniker : fondation pour la recherche et la prévention en santé mentale

qui laisse croire que l'ampleur du problème pourrait être encore plus grande que ce que les statistiques actuelles laissent penser.

La croissance de la prévalence du trouble bipolaire et son impact significatif sur la qualité de vie soulignent la nécessité d'une approche thérapeutique globale. Il est impératif d'optimiser les soins et de combler les lacunes dans la recherche pour mieux prendre en charge cette pathologie complexe. Cette tendance met en évidence l'urgence de développer et d'améliorer des stratégies thérapeutiques pour répondre aux besoins des patients.

2.4 Les traitements médicamenteux et ses limites

Les thérapies médicamenteuses pour le trouble bipolaire, bien qu'efficaces pour réguler l'humeur et prévenir les récurrences, présentent plusieurs limites et défis.

Les médicaments régulateurs de l'humeur, tels que le lithium, les antipsychotiques et certains antiépileptiques, peuvent entraîner des effets secondaires variés et parfois sévères. Ces effets secondaires peuvent inclure des problèmes rénaux, une prise de poids, des tremblements, une sédation, entre autres.

Certains médicaments nécessitent une surveillance biologique régulière pour prévenir la toxicité et s'assurer que les niveaux sanguins restent dans une fourchette thérapeutique sûre. Cette exigence peut être contraignante pour les patients et nécessite un suivi médical attentif.

De plus, l'utilisation d'antidépresseurs chez les patients bipolaires doit être gérée avec prudence en raison du risque de provoquer un « virage maniaque », c'est-à-dire un basculement vers un épisode maniaque ou hypomaniaque.

La nécessité d'une prise médicamenteuse à long terme, combinée aux effets secondaires et à la stigmatisation associée à la maladie mentale, peut affecter l'adhésion au traitement. (Youn et al., 2022).

Les réponses individuelles aux médicaments peuvent varier considérablement. Certains patients peuvent ne pas répondre de manière optimale aux traitements disponibles et peuvent nécessiter des ajustements fréquents du traitement médicamenteux pour trouver la combinaison la plus efficace.

Les patients présentant des cycles rapides ou des épisodes mixtes peuvent trouver que les options thérapeutiques actuelles sont moins efficaces, nécessitant des approches de traitement plus complexes et personnalisées.

En raison de ces limites, l'accompagnement des personnes affectées par un trouble bipolaire ne se restreint pas aux seuls traitements médicamenteux. Une approche intégrative combinant des thérapies médicamenteuses et non médicamenteuses, telles que la

psychothérapie, la psychoéducation et la TCC, est souvent recommandée pour une prise en charge globale du trouble. (Gaudiano et al., 2008)

3. La psychoéducation comme approche thérapeutique

La bipolarité, avec son cortège de fluctuations émotionnelles, peut sévèrement impacter la vie des personnes atteintes et de leurs proches, entravant leur quotidien, leurs interactions sociales et leur productivité professionnelle.

Face à ces défis, la psychoéducation émerge, offrant une voie prometteuse pour une gestion améliorée de la maladie. Cette approche thérapeutique, par son potentiel à réduire les rechutes et à bonifier la qualité de vie, s'inscrit comme un pilier fondamental dans les soins proposés aux patients affectés par la bipolarité (Hôpitaux Universitaires de Marseille, 2015).

La psychoéducation est une approche thérapeutique complémentaire, offrant un accompagnement personnalisé aux patients souffrant de maladies chroniques, telles que le diabète, l'hypertension et les troubles psychiques. Son objectif est d'améliorer le suivi thérapeutique et la qualité de vie du patient, en favorisant l'alliance thérapeutique et l'observance du traitement. Cette approche ne se substitue pas aux traitements médicamenteux ou aux éventuelles thérapies comportementales, mais vient en complément de ces approches habituelles.

La psychoéducation vise à informer et à améliorer la compréhension des patients au sujet de leur maladie, tout en les rendant acteurs de leur propre prise en soins. Elle a prouvé son efficacité dans la prévention des rechutes et la réduction de la durée d'hospitalisation, ce qui en fait un outil précieux dans l'accompagnement de personnes affectées par des troubles mentaux, comme le trouble bipolaire, transcendant la simple transmission d'informations. Elle se déploie comme une intervention holistique, personnalisée et rigoureuse, destinée à équiper les patients et leurs proches des connaissances et des outils nécessaires pour naviguer les complexités de la maladie.

Au cœur de cette démarche réside l'objectif d'améliorer l'adhésion thérapeutique, de fortifier l'alliance soignant-soigné et de promouvoir une vie plus stable, tout cela en complémentarité avec les traitements pharmacologiques et les thérapies comportementales éventuelles et l'inclusion des familles dans ce processus. (Lang, 2011)

Il est tout de même nécessaire d'évoquer les distinctions dans la terminologie utilisée pour aborder la thématique de cette approche éducative en santé.

Dans la pratique, les termes ETP et psychoéducation sont parfois utilisés de manière substituable, ce qui peut entraîner des confusions. Par exemple, certaines sources citent que la psychoéducation est une forme d'éducation thérapeutique originaire du Québec, intégrant à la fois des éléments psychologiques et éducatifs (Bonsack et al., 2015). D'autres auteurs soutiennent qu'en France, le terme d'ETP est privilégié et que le terme « psychoéducation » est surtout utilisé à l'international (Mangel, 2019).

Il est important de clarifier ces distinctions pour éviter les amalgames et favoriser une compréhension précise des interventions.

L'ETP et la psychoéducation partagent des objectifs communs dans l'accompagnement des patients, mais diffèrent sur certains aspects :

D'une part, L'ETP est un processus réglementé par un cadre réglementaire⁴, conçu pour aider les patients à gérer leur maladie chronique à travers l'acquisition de compétences nécessaires, comme indiqué par les textes officiels : « *L'éducation thérapeutique du patient est un processus continu, dont le but est d'aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique. Elle fait partie intégrante et de façon permanente de la prise en charge du patient* ». (Haute Autorité de Santé, 2013)

D'autre part, la psychoéducation est définie de la manière suivante : « *La psychoéducation peut être définie comme une intervention didactique et psychothérapeutique systématique qui vise à informer les patients et leurs proches sur le trouble psychiatrique et à promouvoir les capacités pour y faire face. Ce n'est pas seulement une transmission d'information, mais aussi une méthode pédagogique adaptée aux troubles ayant pour but une clarification de l'identité, une appropriation du pouvoir et une modification des attitudes et des comportements.* » (Bonsack et al., 2015). Cela suggère que cette pratique s'adresse spécifiquement aux troubles psychiatriques, offrant une approche plus flexible et globale. Elle s'appuie sur une méthode pédagogique qui vise non seulement à transmettre des informations liées à la maladie, mais qui contribue aussi à « *une modification des attitudes et des comportements* ». (GHU Paris Neurosciences, 2023).

Les finalités des concepts s'accordent sur le fait d'aider les personnes à acquérir de nouvelles compétences ou de maintenir celles déjà existantes, afin d'améliorer leur quotidien.

⁴ Cadre réglementaire pour les programmes d'ETP : Article 84 relatif à la loi HPST; Arrêté du 14 janvier 2015 relatif au cahier de charges d'un programme ETP ; Arrêté du 31 mai 2013 relatif aux compétences requises pour dispenser l'ETP.

Les critères de qualité de la psychoéducation et de l'ETP sont similaires et complémentaires aux approches médicamenteuses nécessaires.

- Cadre de l'étude : dans le cadre de cette étude, le terme « psychoéducation » sera utilisé pour évaluer son efficacité dans le domaine de la santé mentale et dans le cadre de la prise en soins des personnes affectées par un trouble bipolaire, à partir des perceptions des professionnels impliqués. Cette exploration englobera à la fois les programmes d'ETP validés par les ARS, ainsi que les approches individuelles mises en œuvre tout au long du parcours de soins des personnes affectées par le trouble en question.

3.1 La pluridisciplinarité dans la démarche psychoéducative : une synergie vers un plan de rétablissement holistique

La psychoéducation, en tant qu'approche thérapeutique, joue un rôle crucial pour accompagner les patients dans le vécu de leur maladie, en améliorant leur adhésion au traitement et en renforçant leurs compétences d'adaptation.

En France, elle est reconnue comme un composant essentiel des pratiques professionnelles, soulignant son importance dans l'accompagnement global des patients souffrant de troubles psychiatriques. Différents programmes adaptés sont proposés aux patients et à leurs proches, démontrant l'adaptabilité et la pertinence de cette approche dans divers contextes.

L'optimisation des soins pour les personnes affectées par un trouble bipolaire grâce à la psychoéducation peut améliorer significativement la gestion de la maladie. Cela pourrait se traduire par une réduction des rechutes et une amélioration de la qualité de vie des patients (Peyneau & Teppa, 2007). Cette démarche repose sur une interaction étroite et constructive entre les professionnels de santé et les patients, fournissant les connaissances nécessaires pour comprendre leur maladie et les compétences pour les gérer efficacement au quotidien. Cette approche éducative aide les patients à détecter les premiers signes d'une éventuelle rechute, à naviguer à travers les épisodes symptomatiques avec plus de résilience et à suivre leur traitement de manière consciencieuse.

La synergie entre la pluridisciplinarité et la psychoéducation est cruciale pour traiter le trouble bipolaire de manière holistique, en mettant l'accent sur l'empowerment et l'autonomie du patient. Cette méthodologie collaborative entre soignants et soignés s'appuie sur l'éducation et l'information comme pierres angulaires, permettant une gestion optimisée de la pathologie et favorisant une meilleure qualité de vie.

La pluridisciplinarité enrichit le parcours de soin en intégrant diverses expertises professionnelles, reconnaissant que la prise en charge efficace du trouble bipolaire nécessite une vision collective et une communication interdisciplinaire. Elle reconnaît qu'un accompagnement efficace des personnes affectées par un trouble bipolaire dépasse le cadre d'une interaction dyadique patient-soignant pour embrasser une vision collective où chaque professionnel apporte son savoir, son savoir-faire et son savoir-être.

Dans ce contexte, la psychoéducation sert de fil conducteur, assurant que tous les membres de l'équipe soient alignés sur les objectifs de soin et que les patients ainsi que leurs proches disposent des informations essentielles pour participer activement au processus thérapeutique. Cette communication interdisciplinaire favorise une alliance thérapeutique forte et un accompagnement plus cohérent et personnalisé.

La psychoéducation, intégrée dans les pratiques infirmières et notamment dans le cadre de la pratique avancée, illustre l'évolution des rôles au sein de l'équipe de soins. Les soignants, par leur proximité avec les patients et leurs familles, sont idéalement placés pour dispenser une psychoéducation continue, soutenir l'observance du traitement et offrir une aide précieuse dans la gestion des symptômes. Leur contribution est d'autant plus valorisée qu'elle contribue à réduire les durées d'hospitalisation et à prévenir les rechutes, attestant de l'efficacité de la psychoéducation comme composant intégral du traitement du trouble bipolaire.

L'alliance de la psychoéducation et de la pluridisciplinarité façonne un environnement thérapeutique où le patient est perçu non seulement comme bénéficiaire des soins, mais aussi comme partenaire actif dans la gestion de sa maladie. Cette vision collaborative, enrichie par la diversité des compétences professionnelles, forge un parcours de soin qui respecte la complexité de la maladie et répond aux besoins spécifiques de chaque usager.

La reconnaissance croissante de la psychoéducation en tant que pratique essentielle du rétablissement et sa mise en œuvre diversifiée conduisent à une exploration approfondie de son efficacité et de son application.

À la lumière de ces constatations, il est pertinent d'abord d'explorer l'offre de soins existante, puis de se pencher sur la perception et la mise en œuvre de la psychoéducation pour le trouble bipolaire par les professionnels de santé dans leur pratique courante.

4. Psychoéducation et trouble bipolaire : l'offre de soins existante

4.1 Les programmes psychoéducatifs

En France, l'offre de soins concernant la psychoéducation pour les personnes affectées par la maladie bipolaire inclut plusieurs centres ressources répartis sur le territoire.

L'objectif des centres experts est de proposer un diagnostic spécialisé après une évaluation exhaustive, une orientation adéquate, une approche pluridisciplinaire et des soins psychoéducatifs. Au total, seize centres experts pour les troubles bipolaires sont recensés en France.



Image correspondant à la répartition des centres experts pour les troubles bipolaires sur le territoire. Source : Fondation FondaMental <http://fondation-fondamental.org.>, consultée le 05/05/2024.

L'évolution du trouble présente des défis importants. En cas de rechute, la dépression bipolaire peut devenir pharmacorésistance, engendrant une sévérité dans la maladie, incrémentant ainsi le risque suicidaire (Souery et al., 2005).

Néanmoins, agir sur les différents aspects du quotidien, dont une bonne hygiène de vie parallèlement à un suivi régulier adapté à la personne, contribue à stabiliser le trouble, d'où l'importance de l'intégration de la psychoéducation dans la prise en soins des personnes affectées.

Par ailleurs, les programmes psychoéducatifs proposés par les différentes structures de soins en France sont composés par des séances collectives abordant des sujets divers sur la gestion des difficultés que les personnes peuvent retrouver au quotidien. Les séances abordent divers aspects de la maladie à travers des approches informatives, d'orientation, de gestion des émotions, de reconnaissance des signes précurseurs de déstabilisation potentielle et de gestion des activités quotidiennes qui peuvent présenter des défis pour les personnes affectées.

Malgré la présence de ces programmes, il semblerait que pour certains auteurs la mobilisation de la psychoéducation reste limitée : « *En dépit de son efficacité, la psychoéducation du trouble bipolaire reste relativement peu appliquée en France du fait d'une offre de soins limitée.* » (Samalin et al., 2018). Cela nous invite à explorer auprès des professionnels comment perçoivent-ils la psychoéducation dans leur pratique quotidienne et comment cela améliore, d'après eux, les soins aux personnes touchées par la maladie.

4.2 Les Hauts-de-France et Île-de-France : deux territoires avec des caractéristiques similaires

Pour cette étude, deux lieux spécifiques ont été ciblés en raison de leurs caractéristiques particulières. Ces lieux permettront d'explorer la mise en œuvre de la psychoéducation dans des contextes différents, offrant ainsi une perspective plus complète sur les limites et les réussites de cette approche dans la pratique professionnelle.

D'une part, la région des Hauts-de-France (HdF) compte une population qui atteint les 6 millions d'habitants, selon les données recensées en 2021, le département du Nord étant le plus peuplé du pays. La Région se distingue par sa jeunesse, étant la deuxième la plus jeune de France métropolitaine, juste derrière l'Île-de-France (IdF).

Les pathologies psychiatriques dominent en fréquence par rapport à d'autres maladies, contribuant significativement à un risque suicidaire supérieur à la moyenne nationale.

Quant à l'offre de soins proposée dans la région, elle compte avec la présence du dispositif DEMHETER, dédié aux troubles de l'humeur résistants, ainsi qu'un total de vingt-neuf centres support et de proximité répartis sur tout le territoire, appartenant au réseau de réhabilitation psychosociale et de remédiation cognitive, proposant des actions de formation et de sensibilisation ainsi que des soins visant la réhabilitation psychosociale. Dans le contexte régional, on y comptabilise un total de sept programmes d'ETP déclarés à l'ARS et à destination des personnes touchées par la bipolarité.

D'autre part, la région d'IdF comptabilise plus de 12 millions d'habitants en 2021, étant la région la plus peuplée du pays. Elle se caractérise aussi par une population relativement jeune. La région propose une offre de soins diversifiée qui comporte cinq centres experts pour le trouble bipolaire et deux pour la dépression résistante, ainsi que treize plateformes de réhabilitation psychosociale et d'autres centres spécialisés qui ont pour but d'accompagner les personnes atteintes de troubles psychiatriques sévères dans leur rétablissement (Agence Régionale de la Santé Île-de-France, 2023).

Des similitudes notables sont constatées entre les deux territoires choisis : du fait de la densité populationnelle et de la jeunesse qui les caractérisent, les troubles psychiques (dont le

trouble bipolaire qui, pour rappel, est souvent tardivement diagnostiqué) présentent une prévalence importante.

5. Fondements du choix du sujet d'étude

Cette recherche se concentre sur la manière dont la psychoéducation est intégrée dans la pratique courante et perçue par les divers professionnels intervenant dans l'accompagnement des personnes. Ma question initiale « *Comment la psychoéducation permet-elle d'améliorer les soins aux personnes affectées par un trouble bipolaire du pont de vue des soignants qui la réalisent ?* » cherche à explorer comment cette approche contribue à l'amélioration des soins prodigués aux usagers.

La littérature suggère que la psychoéducation est un outil bénéfique et nécessaire pour le quotidien des personnes concernées par ce trouble, mais je m'interroge sur son application effective.

En recueillant les témoignages des professionnels issus des deux territoires ciblés, de différentes disciplines de la santé et impliqués dans cette pratique, ce travail cherche à identifier les éléments clés des initiatives psychoéducatives.

L'apport de ces professionnels enrichira la compréhension des dynamiques en jeu et permettra d'explorer comment ces initiatives modifient concrètement la gestion du trouble bipolaire. Cette démarche demeure essentielle pour déterminer les facteurs qui pourraient favoriser ou limiter l'efficacité de la psychoéducation sur le terrain.

II. MÉTHODOLOGIE

1. Choix de la méthodologie de recherche qualitative multicentrique

Ce travail se base sur une méthodologie de recherche qualitative multicentrique. Cette approche est particulièrement pertinente, car elle permet une exploration approfondie des expériences et des perceptions des professionnels de la santé concernant l'intégration de la psychoéducation dans l'accompagnement des patients bipolaires.

2. Choix de l'échantillonnage

Afin de mieux cibler l'objectif de cette étude, le choix de l'échantillonnage se base sur l'inclusion des professionnels de la santé mentale provenant des différentes disciplines et exerçant dans différents établissements.

2.1 La population ciblée

La population ciblée pour la collecte de données comprend des professionnels de la santé travaillant dans le domaine de la psychiatrie et de la santé mentale. Cela inclut les métiers d'Infirmier/ère Diplômé/e d'État (IDE), IPA, psychologue, médecin psychiatre, pharmacien/enne, neuropsychologue et ergothérapeute.

Le choix d'inclure différentes professions dans l'échantillonnage est justifié par la nécessité d'obtenir une perspective diversifiée et complète sur l'intégration de la psychoéducation dans l'accompagnement des personnes touchées par la bipolarité.

La population choisie doit correspondre aux critères précis :

✓ Critères d'inclusion :

- Être professionnel de la santé.
- Exerçant dans un établissement de santé mentale.
- Exerçant dans les régions des Hauts-de-France ou Île-de-France.
- Avoir une expérience auprès d'un public adulte.
- Mobiliser l'approche psychoéducative dans la pratique courante.

✘ Critères d'exclusion :

- Exercer dans un service non dédié à la psychiatrie et à la santé mentale.
- Travailler dans des régions autres que les Hauts-de-France ou Île-de-France
- Absence d'expérience auprès d'un public adulte.

Le recrutement des participants s'est effectué via l'envoi d'un courriel de présentation, qui expose succinctement la thématique abordée par l'étude. Au total, dix personnes ont été interviewées.

La méthode de suffisance des données, visant à assurer que l'échantillon était représentatif et que les données étaient suffisantes pour soutenir les conclusions de l'étude, a été confirmée lors de l'entretien du dixième participant.

Cette méthode implique la collecte initiale des données auprès d'un échantillon de participants et une analyse préliminaire des données pour identifier les thèmes émergents et les lacunes éventuelles. A cela suit la décision d'inclure un dernier participant qui confirme la saturation des données. Ceci a permis de déterminer que les informations recueillies étaient adéquates et que la collecte de données supplémentaires n'aurait pas apporté de valeur ajoutée significative à l'analyse.

2.2 Les terrains d'investigation

Les lieux d'investigation sélectionnés pour cette étude incluent des établissements des régions des Hauts-de-France et de l'Île-de-France, qui offrent des soins en psychiatrie et santé mentale. Ces établissements ont été choisis, car ils appliquent la psychoéducation à travers une approche pluridisciplinaire.

3. L'outil méthodologique

L'analyse des données de cette recherche se concentrera spécifiquement sur les réponses recueillies lors d'entretiens semi-directifs.

Le guide d'entretien est conçu pour collecter des données qualitatives riches en détails et en profondeur sur l'utilisation de la psychoéducation par les professionnels de santé dans le cadre des soins aux patients bipolaires. Chaque question est formulée pour cibler des aspects spécifiques de la pratique psychoéducative.

3.1 Le guide d'entretien semi-directif

L'outil méthodologique employé consiste en un guide d'entretien comportant deux parties distinctes :

- Le recueil de données démographiques : cette section permet de mieux connaître la population étudiée. Les données démographiques telles que l'âge, le sexe, la profession et les années d'expérience sont recueillies pour permettre une analyse contextuelle des réponses.
- Des questions à réponses ouvertes : Composée de huit questions liées à la thématique de la psychoéducation, cette partie vise à explorer les expériences, défis et perspectives des professionnels de santé mentale. Les questions permettent d'examiner comment ces professionnels intègrent la psychoéducation dans leur pratique quotidienne et quel impact ils perçoivent sur le soin des patients.

Le guide d'entretien utilisé comporte huit questions à réponses ouvertes permettant de recueillir le vécu expérientiel des participants. Chaque question cible un objectif précis. (*Tableau 1*).

L'étude a commencé par un premier essai d'utilisation du guide d'entretien auprès d'un professionnel de la santé mentale. Ce premier test d'utilisation a permis de :

- Rectifier la formulation des questions pour une meilleure compréhension des participants.
- Valider la question de la temporalité, c'est-à-dire, la durée appropriée des entretiens.
- Se familiariser avec les futurs entretiens.

Les résultats de cette phase de test ont conduit à ajuster ce guide afin d'optimiser la collecte des données auprès des professionnels. Chaque entretien semi-directif réalisé dans le cadre de l'étude est d'une durée de 30 à 45 minutes.

3.2 Aspects éthiques de l'étude

Dans le cadre des règles éthiques de la recherche en soins, une note d'information détaillée a été distribuée aux participants de l'étude. Cette note rappelle les aspects essentiels du travail, notamment les engagements en matière d'anonymisation.

Le consentement des participants a été recueilli à la fois oralement lors de chaque entretien et par écrit. Les participants attestent avoir pris connaissance de la note d'information

qui précise les règles d'anonymisation appliquées. Ces règles stipulent que les noms propres des personnes ainsi que les lieux mentionnés seront anonymisés.

Les participants consentent à l'utilisation des données abordées lors des entretiens, dans le respect de cette anonymisation. Afin de garantir l'anonymisation des professionnels interrogés, un code unique est attribué à chaque participant, remplaçant ainsi leur identité.

Aucun élément permettant d'identifier directement ou indirectement les personnes ne sera divulgué dans les résultats de l'étude. (*Annexe 1*)

3.3 Matériel nécessaire

L'utilisation d'un enregistreur vocal a été nécessaire pour mener les entretiens. Le matériel audio est stocké uniquement dans l'enregistreur, qui reste en possession du meneur de l'étude. Une fois les entretiens retranscrits, anonymisés et stockés dans un ordinateur sécurisé, les enregistrements audios sont immédiatement détruits.

Cette méthode permet d'assurer la confidentialité des informations recueillies lors des entretiens. L'enregistrement vocal sert uniquement à faciliter la transcription, sans que les données soient conservées ou partagées avec des tiers.

L'ensemble des verbatims seront réunis dans un document commun, disponible à partir d'un QR code. Lors de la transcription, les noms propres des personnes et des lieux d'exercice ont été remplacés par : « **-NOM-** ».

4. Méthode d'analyse thématique inductive

L'analyse des données de cette recherche adopte une approche thématique inductive, qui est basée sur l'exploration des données et des expériences pratiques des professionnels interviewés. Cela permet une compréhension plus profonde et plus nuancée des expériences et des perceptions des professionnels de la santé concernant l'intégration de la psychoéducation dans l'accompagnement des patients bipolaires. Cette méthode qualitative est choisie pour sa capacité à identifier, analyser et rendre compte des thèmes au sein des données recueillies.

Pour mener cette analyse, plusieurs étapes sont nécessaires :

- **Préparation des données** : chaque entretien est retranscrit après l'enregistrement vocal. Les documents de transcription sont anonymisés et stockés dans un ordinateur utilisé par le meneur de l'étude et sous code de sécurité. La transcription se base uniquement sur les mots exacts des participants pour une interprétation objective.

- **Familiarisation avec les données** : Relecture des entretiens transcrits. Identification des idées principales qui émergent pour chaque question.
- **Génération de codes** : Génération des mots-clés à partir des entretiens transcrits. Organisation des données selon les codes générés.
- **Recherche de thèmes** : Identification des tendances des données recueillies. Identification des thèmes principaux à partir des codes générés.
- **Définition et dénomination des thèmes** : Définition des noms des thèmes.
- **Rédaction du rapport** : Analyse des données à partir des thèmes en utilisant des extraits des entretiens pour argumenter les interprétations. Ce rapport final intègre les perceptions et expériences des professionnels, discutant de la façon dont ils comprennent et intègrent la psychoéducation dans leurs pratiques. Les extraits des entretiens qui font allusion aux thèmes sont identifiés comme l'exemple suivant : « P1 (participant 1), L1 (ligne 1) ».

La méthodologie de ce travail de recherche qualitative suit les critères de la grille COREQ (Consolidated criteria for REporting Qualitative research) pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative. (Gedda, 2015). (*Annexe 2*)

4.1 Transcription des données :

Les données sont transcrites en respectant les mots des participants. L'ensemble des verbatims sont disponible via le QR Code suivant :



QR Code donnant accès aux verbatims issus des entretiens. Accessible aussi via le lien :

https://drive.google.com/file/d/182s4jMkIdT2O1yFHFVgmIPVq_qPQ2LP/view?usp=drive_link

III. RÉSULTATS ET ANALYSE DES DONNÉES

1. Recensement des participants

Au total, dix professionnels de la santé mentale, exerçant dans les régions des Hauts-de-France (HdF) ou de l'Ile-de-France (IdF), ont été sélectionnés pour participer à cette étude. (*Tableau 2*).

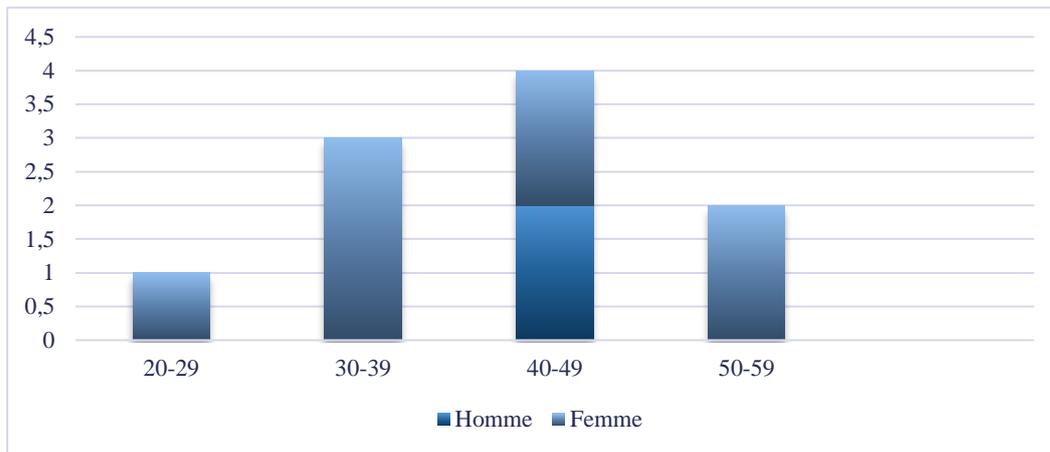
Le choix des participants repose sur la diversité des professions impliquées dans l'accompagnement des personnes affectées par un trouble bipolaire, exerçant au sein de services dédiés à la psychiatrie et à la santé mentale. La totalité des participants sélectionnés ont accepté de participer volontairement à l'étude.

2. Présentation et analyse des données démographiques

Les données démographiques de l'échantillon ont été classées selon le genre, l'âge (par tranche de dix ans), la profession, les années d'expérience (par tranche de dix ans) dans la profession actuelle, le secteur d'exercice, la région, ainsi que les formations déjà suivies par les participants : formation en psychoéducation et formation spécifique au trouble bipolaire. (*Tableau 3*).

Les résultats démontrent une diversité au niveau démographique et professionnel parmi les participants de l'étude (*Tableau 4*).

- **Le genre :** Dans la population interviewée, une majorité (80 % du panel) se compose de personnes de sexe féminin. Cette prépondérance pourrait être expliquée par une représentation plus importante des femmes dans le domaine de la santé, une tendance qui a évolué au fil des dernières décennies.
- **L'âge :** L'âge des participants de cette étude est principalement concentré dans les tranches de 30 à 50 ans, ce qui reflète le choix délibéré de cibler des professionnels qui possèdent déjà une expérience dans la pratique de psychoéducation ainsi qu'une connaissance expérimentielle solide du trouble bipolaire. Le graphique qui suit représente l'échantillon à partir du genre et de l'âge.

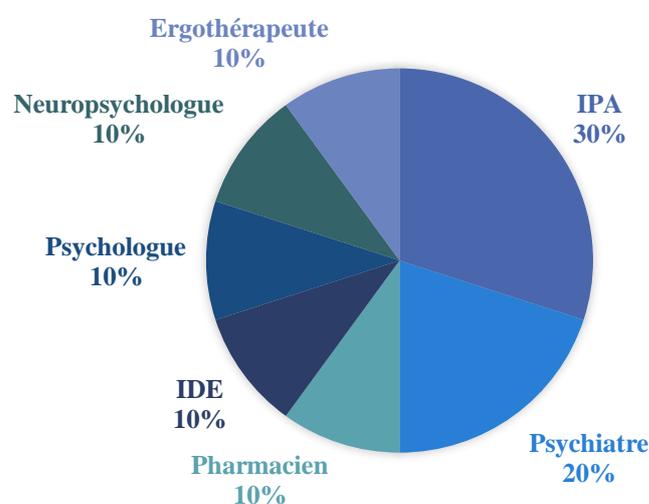


Graphique 1 : Représentation des participants regroupés par genre et âge.

- **La diversité professionnelle :** Le graphique suivant illustre la diversité professionnelle, mettant en lumière la composition pluridisciplinaire de l'échantillon. La majorité des participants proviennent du secteur paramédical, représentée par une part significative de l'échantillon : une infirmière expérimentée, des IPA ainsi qu'une ergothérapeute.

À côté de cela, le corps médical est également représenté par des psychiatres et une pharmacienne, soulignant l'importance de l'expertise médicale dans le domaine de la psychoéducation et du traitement du trouble bipolaire.

Enfin, d'autres professionnels, tels qu'une psychologue et une neuropsychologue, complètent l'échantillon en apportant leur expertise dans l'analyse et le traitement des aspects psychologiques associés à ces troubles.



Graphique 2 : Représentation de la diversité professionnelle de l'échantillon.

- **Le secteur d'activité :** Dans cette étude, la majorité des participants proviennent du secteur public, représentant 80 % de l'échantillon total. Cette prédominance du secteur public est significative, car elle reflète les pratiques et les politiques de soins en santé mentale principalement soutenues par le système de soins français. Tout de même, il est à noter que le secteur privé est représenté par des établissements à but non lucratif qui sont spécifiquement orientés vers la pratique des programmes de psychoéducation.
- **La région d'exercice :** Concernant la répartition géographique des participants de l'étude, il est intéressant de noter que les professionnels sont équitablement répartis entre les régions des HdF et IdF. La distribution équilibrée entre les deux régions apporte une diversité géographique significative, permettant d'explorer si les pratiques de psychoéducation et les approches de traitement des troubles bipolaires varient notablement en fonction du contexte régional. Cette répartition permet également d'examiner les influences potentielles des politiques de santé régionales et des ressources disponibles qui peuvent différer entre ces deux zones densément peuplées et socio-économiquement distinctes.
- **Les années d'expérience dans la profession actuelle :**

Dans cette étude, il est observé que pour 50% des professionnels, les années d'expérience dans leur poste actuel varient de 0 à 9 ans.

Cependant, il est crucial de prendre en considération que ceux qui se situent dans cette fourchette ont généralement une expérience préalable significative dans le domaine des soins : ces soignants avaient déjà un diplôme et une expérience confirmée dans les soins avant d'obtenir une qualification supplémentaire et de continuer leur parcours professionnel sous un nouveau titre. C'est notamment le cas des IPA interrogés dans cette étude, qui étaient infirmiers depuis plusieurs années avant de récemment évoluer vers la pratique avancée.

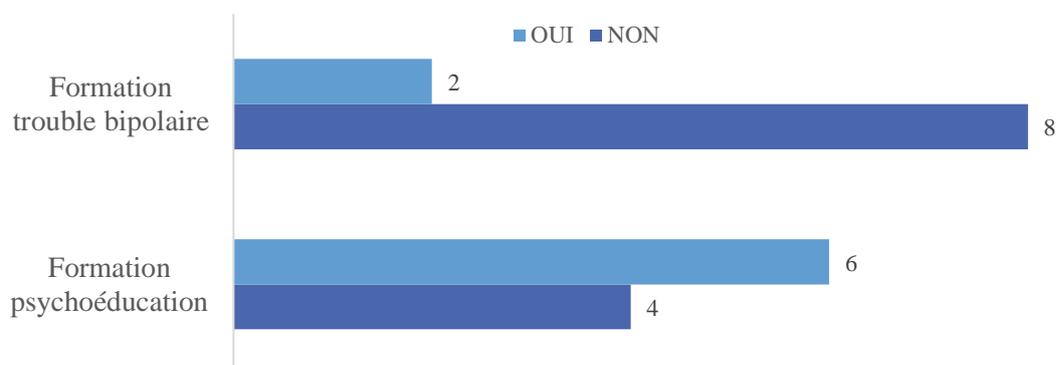
La transition professionnelle vers des rôles plus spécialisés comme celui d'IPA illustre un engagement envers le développement professionnel continu et l'amélioration des compétences, essentiels dans le domaine de la santé pour répondre de manière plus efficace et spécialisée aux besoins des patients. Ces informations mettent en lumière l'importance de considérer non seulement la durée, mais aussi la profondeur de l'expérience accumulée par les soignants, qui enrichit leur pratique actuelle et leur permet de jouer un rôle crucial dans le choix des soins prodigués et la mise en œuvre de stratégies psychoéducatives.

- **Formations suivies par les professionnels :**

Concernant les formations spécifiques liées à la prise en charge des troubles bipolaires et à la psychoéducation, les données recueillies montrent que la majorité des participants, soit huit sur un total de dix, n'ont pas reçu de formation spécifique sur le trouble bipolaire, au-delà de ce qui est couvert par leur diplôme d'exercice ou leur expérience professionnelle. Les personnes ayant reçu une formation spécifique sont une psychiatre et une pharmacienne.

En revanche, il apparaît que six participants sur un total de dix, ont suivi une formation spécifique en psychoéducation. Cette formation est souvent constituée des 40 heures réglementaires requises pour dispenser l'ETP. Dans l'échantillon, une personne a bénéficié des 80 heures de formation, ce qui lui confère la possibilité d'être coordonnateur d'un programme d'ETP.

L'importance accordée à la psychoéducation dans la formation des professionnels de santé reflète la reconnaissance de cette approche comme un élément essentiel du traitement et du soutien aux patients atteints de troubles bipolaires et d'autres pathologies chroniques.



Graphique 3 : Représentation des personnes ayant suivi une formation spécifique au trouble bipolaire et/ou à la psychoéducation

3. Présentation et analyse thématique inductive des données qualitatives

Après le codage de chaque entretien, quatre principaux thèmes ont émergé (**Tableau 5**). Ils sont nommés de la manière suivante :

- Les fondements de la psychoéducation, qui reprend les différentes définitions données à partir des représentations des participants.

- L'intégration de la pratique psychoéducative, qui démontre comment les professionnels mettent en œuvre la psychoéducation auprès des personnes affectées par un trouble bipolaire.
- L'impact perçu par les professionnels interrogés au sujet de la psychoéducation aux patients affectés par un trouble bipolaire.
- Les limites de la psychoéducation, d'après l'expérience des professionnels interrogés
- Les défis et enjeux futurs de la psychoéducation dans le contexte de la bipolarité

Ces thèmes et les sous-thèmes associés contribuent à répondre à ma question de recherche initiale, à savoir « *Comment la psychoéducation permet-elle d'améliorer les soins aux personnes affectées par un trouble bipolaire du point de vue des soignants qui la réalisent ?* »

3.1 Les fondements de la psychoéducation

- **Définition de la psychoéducation :**

La psychoéducation est perçue comme un ensemble de programmes bien établis, même avant l'introduction du concept d'Éducation Thérapeutique du Patient (ETP) : « (...) *pour moi, la psychoéducation, en effet, c'est tous les programmes qui existent déjà, qui existaient depuis longtemps, même avant qu'on parle de l'ETP* ». (P1, L8 à L9)

Certains professionnels considèrent la psychoéducation similaire à l'ETP, mais avec une plus grande implication de la part d'autres professionnels de la santé et un accent sur les approches non médicamenteuses : « *Ça ressemble à l'éducation thérapeutique du patient mais avec l'intervention davantage de psychologues, neuropsychologues et avec, comment je vais dire ça... euh...plus de liens avec les... je trouve... avec la prise en charge non médicamenteuse* ». (P3, L7 à L10)

D'autres préfèrent utiliser le terme Education Thérapeutique du Patient dans la terminologie : « *Ben, la psychoéducation, alors nous, on parle plutôt d'éducation thérapeutique du patient* ». (P8, L6 à L7)

La psychoéducation est vue aussi comme un moyen de rendre le patient partenaire de soin, en augmentant son autonomie : « *Pour moi la psychoéducation, c'est rendre le patient... Comment dire ? Partenaire de soin, déjà. Pour moi, c'est une des choses très importantes. C'est pouvoir le rendre plus autonome* ». (P5, L6 à L7).

Il y en a qui soulignent que ce n'est pas une formation mais un moyen pour le patient de développer des compétences : « *Ce n'est pas de la formation visée, ce n'est pas un cours. C'est vraiment l'objectif de développer des compétences et des ressources pour les personnes* ». (P7, L5 à L7)

Le fait de bien vivre avec la maladie tout comme la gestion du quotidien est vu comme un axe définissant cette approche : « *Pour moi, la psychoéducation, ça va être d'apprendre aux patients comment bien vivre avec sa maladie, comment gérer son quotidien* ». (P9, L5 à L6).

- **Objectifs de la psychoéducation :**

L'un des objectifs de la psychoéducation est d'aider les patients affectés par un trouble bipolaire à identifier les phases de la maladie et à pouvoir alerter si cela est nécessaire : « *Je dirais, c'est un peu être dans l'échange et... Et... Comment dire ? Et d'aider la personne bipolaire à pouvoir repérer un peu les phases, soit maniaque, soit dépressive, et à un peu repérer et pouvoir alerter* ». (P4, L6 à L8).

La psychoéducation est également décrite comme un exercice formalisé visant à accompagner les personnes affectées par une maladie chronique : « *C'est un exercice qui est formalisé, labellisé et qui vise à accompagner les personnes avec une maladie chronique* ». (P10, L7 à L8).

3.2 L'intégration de la pratique psychoéducative

- **Une pratique structurée :**

Des participants évoquent le fait de participer à des séances psychoéducatives spécifiques à partir de leurs savoirs et expertises spécifiques à leur discipline : « *Je fais de la psychoéducation, j'interviens dans des programmes de psychoéducation. Uniquement sur les séances axées sur les médicaments par mon expertise* ». (P3, L21 à L22).

Les séances peuvent se dérouler de manière collective ou individuellement : « *Alors, c'est vrai que comme on a des groupes qui tournent régulièrement, on va plutôt faire l'éducation thérapeutique en groupe. C'est aussi possible de proposer ça en individuel* ». (P8, L46 à L48).

- **Une approche quotidienne :**

Les participants font allusion à la place que prend l'approche psychoéducative dans les pratiques du quotidien, à travers des entretiens formels ou informels : « *(...) c'est dans les*

entretiens, mais aussi dans l'interstitiel, dans ce qui est interstitiel. Une discussion avec un patient sur la terrasse ou dans le couloir ou quand on se pose à la salle télé, parfois, on peut intégrer de la psychoéducation. Dans les groupes aussi à médiation, parfois ». (P5, L37 à L40).

Certains évoquent un questionnement sur le déroulement du quotidien pour laisser place à la psychoéducation informelle auprès des personnes soignées : *« Ça va être par des questionnements sur qu'est-ce qu'ils font dans leur journée et comment peut être améliorée l'organisation de leur journée ».* (P9, L19 à L20).

D'autres participants décrivent la psychoéducation comme une approche qui découle des pratiques, qu'elles soient structurées ou non : *« C'est vraiment la psychoéducation qui est faite par nos pratiques, que ce soit de l'ETP, qui est une pratique validée par l'ARS, ou de la psychoéducation en général ».* (P7, L11 à L12).

3.3 L'impact perçu par les professionnels interrogés

- **Amélioration de la gestion de la maladie :**

Des participants rapportent une amélioration dans la verbalisation des besoins et la prise de décisions des personnes soignées : *« C'était l'alliance thérapeutique qu'on avait avec la personne et c'est cette possibilité qu'ils avaient après de venir, peut-être, parler un peu plus sur le traitement (...) pouvoir dire « ça... ça ne me convient pas ». »* (P1, L96 à L99).

D'autres font allusion à l'autogestion : *« C'est vraiment essayer de les rendre acteurs autant sur la pathologie que sur la gestion de leur traitement ».* (P3, L68 à L69).

Certains patients seraient rassurés par un phénomène d'identification à d'autres personnes bénéficiant du même traitement médicamenteux : *« Parfois ils sont rassurés, je pense, de discuter des traitements, de se rendre compte que plusieurs patients ont déjà le même traitement qu'eux ».* (P3, L76 à L77).

D'autres participants assurent qu'il est possible d'intégrer la psychoéducation de manière précoce pour aider la personne dans toutes les étapes de la maladie : *« On peut utiliser aussi des soins de psychoéducation, très tôt dans les étapes de réhabilitation de la personne. Même à la phase moratoire (...) ».* (P7, L38 à L39).

Des interventions durant les hospitalisations sont envisageables : *« (...) dès que la personne est stabilisée, même en cours d'hospitalisation, ça peut se faire. Au contraire, plus tôt ça se fait, mieux ça profitera au patient »* (P2, L76 à L77). *« Ce serait intéressant de pouvoir mettre en place ça dès l'hospitalisation, que ce ne soit pas que sur les structures en extrahospitalier ».* (P9, L132 à L134)

Par ailleurs, il y a des programmes proposés en intrahospitalier : « *Un programme de psychoéducation qui est un format de cinq séances qui, initialement, a été proposé en intrahospitalier juste avant la sortie* ». (P6, L38 à L39)

- **Bien-être quotidien :**

La psychoéducation est perçue comme un moyen pour les personnes d'apprendre à vivre avec leur maladie au quotidien : « *C'est vraiment apprendre à bien vivre avec sa maladie et dans ses activités quotidiennes* ». (P9, L11).

Des participants évoquent la satisfaction des personnes face aux changements positifs dans leur vie : « *C'est aussi très apprécié des personnes parce qu'elles voient qu'il y a certaines choses qui évoluent* ». (P8, L81 à L82).

Cela a un impact positif sur le plan relationnel et l'hygiène de vie : « *(...) tout le quotidien, en fait, la famille, les relations familiales qui sont très impactées... l'hygiène de vie, en fait, qui a, quand même, beaucoup d'importance* ». (P1, L61 à L63).

Encourager les personnes à avoir une posture métacognitive, peut améliorer son quotidien : « *(...) pousser la personne à faire du bien avec son quotidien et du coup à un mécanisme métacognitif et introspectif* ». (P6, L26 à L27).

- **Prévention des rechutes :**

La psychoéducation permet d'agir depuis l'axe de la prévention : « *Je pense que l'approche psychoéducative elle permet de travailler surtout la prévention* ». (P2, L44)

Elle aide à prévenir les rechutes et à maintenir un lien avec les professionnels de santé : « *Ça évite des grosses rechutes et des réhospitalisations En même temps ça fait un lien avec nous* ». (P4, L44 à L45).

Cette démarche permet de repérer précocement les signes précurseurs et d'ajuster les soins : « *(...) pouvoir alerter s'il y a besoin d'une modification de traitement avant que les signes soient bien... on va dire... bien ancrés* ». (P4, L8 à L9).

La psychoéducation implique l'accompagnement et les soins post-hospitalisation : « *En fait, la façon dont s'est proposée la psychoéducation, c'est le message de l'importance de l'accompagnement et des soins après une hospitalisation pour éviter une réhospitalisation* ». (P6, L81 à L83)

Ou d'identifier les signes évocateurs d'une décompensation : « *Comment lui permettre de détecter aussi peut-être ses rechutes, qu'il puisse prévenir son entourage ou les professionnels* ». (P9, L6 à L7)

L'un des objectifs visés concerne la connaissance de la maladie afin de prévenir les rechutes : « *C'est rendre le patient très au clair, connaisseur de sa maladie, de ses troubles, de ses symptômes. Ça aide aussi à la prévention des rechutes* ». (P5, L10-11).

3.4 Les limites de la psychoéducation

- **L'intégration et l'engagement des patients :**

Certains participants soulignent des difficultés d'intégration des patients dans les groupes des programmes proposés : « *Mais il y a parfois des personnes qui ont été en difficulté pour se retrouver dans les témoignages des autres* » (P6, L111 à L112)

Cela peut se traduire dans un manque d'assiduité : « *Les freins parfois c'est que le groupe est plus petit que prévu parce qu'il y a des personnes qui annulent* ». (P3, L92 à L93)

L'une des limites évoquées dans l'intégration d'un programme de psychoéducation concerne le fait de présenter des troubles cognitifs : « *Quelqu'un qui a des troubles cognitifs, il ne peut pas suivre un programme de psychoéducation, parce qu'il va avoir des troubles de mémoire, il va avoir des difficultés attentionnelles* ». (P7, L223 à L225).

L'autre limite rapportée concerne les personnes qui refusent la psychoéducation en raison de leur parcours de soins conséquent : « *Il y a des gens qui refusent, mais parce qu'on leur propose alors qu'ils sont arrivés à un stade de leur maladie où ils estiment, et souvent à juste titre, que malheureusement, ils ont déjà connu x hospitalisations, ils ont déjà eu un parcours quand même assez lourd* ». (P8, L203 à L206).

- **Des freins institutionnels et organisationnels :**

Les freins de niveau organisationnel sont liés par un manque de personnel ou des jeunes diplômés : « *On se retrouve avec des équipes, soit pas au complet, soit très jeunes, donc pas formés* ». (P7, L292 à L293)

Ainsi, pour ce qui est de l'ordre organisationnel, la pratique de la psychoéducation n'est pas encore tellement répandue au niveau médical : « *Je vois la différence en médecine interne. Il y a des chefs de cliniques qui ne font que de l'éducation thérapeutique. En psychiatrie, on n'y est pas encore. Mais ça commence* ». (P7 307-308)

Pour ce qui est des professionnels de la santé, certains ne seraient pas convaincus par cette pratique : « *On a toujours des collègues qui peuvent y croire plus ou moins et il y a une sorte de fatalité des fois, qui est un peu compliquée* ». (P1, L128 à L129)

3.5 Les défis et enjeux futurs de la psychoéducation

- **Anticipation et préparation :**

Certains affirment que travailler avec des plans de prévention est nécessaire : « *Des freins, c'est surtout peut-être de travailler plus en amont. Je pense que les plans de prévention de soins, pour justement travailler plus avec le patient sur qu'est-ce qui pourrait être mis en place* ». (P2, L60 à L62)

L'une des difficultés rencontrées est le manque d'anticipation et de préparation aux soins : « *C'est des fois pas évident, parce que peut-être justement, ils sont encore trop tôt dans leur maladie, alors qu'on se dit, ça serait super, ça pourrait les aider, mais en fait, c'est le bon moment pour nous, mais peut-être pas pour eux* ». (P8, L211 à L213).

L'anticipation impacte non seulement le travail des professionnels de santé, mais surtout la compréhension des soins de la part des patients : « *Il y a eu 2 personnes pour qui on nous a dit, « oui, oui » (...). Quand ils sont arrivés devant nous, ils n'étaient pas au courant, pas prêts. Nous, on n'avait pas anticipé (...) Il y a eu des incompréhensions, des manques de clarté dans l'objectif.* » (P6, L153 à L157).

Par ailleurs, certains travaillent sur les plans de décision partagée pour mieux gérer la crise : « *On m'a demandé de mettre en place le plan de décision partagée qui est un outil qui vise à accompagner les patients dans la gestion des moments de crise* » (P10, L49 à L50)

- **Adaptabilité et formation continue :**

Il est nécessaire de se former à cette posture psychoéducative : « *C'est pas un truc qu'on a ou qu'on n'a pas, c'est vraiment un apprentissage. C'est une nouvelle pratique de soins* ». (P7 L327 à L328)

La formation peut être mobilisée en sensibilisant les professionnels : « *Je pense qu'il faut pousser les gens à aller en formation, les infirmiers à aller en formation, en discuter un peu plus.* » (P4, L83 à L84)

Certaines formations concernent l'accompagnement des aidants : « *On a aussi des programmes, enfin, des professionnels qui vont être formés pour les programmes qui existent pour les aidants* ». (P8, L261 à L262)

Des participants suggèrent qu'il est important de rester actualisés sur les nouvelles pratiques de soins : « *Vraiment être attentif un peu à ces pratiques nouvelles et ne pas rester sur des trucs d'il y a dix ans. Il faut que ça s'adapte à la société de rue qui va très vite.* » (P5, L197 à L198)

Cela veut dire qu'il est nécessaire de rester flexibles et d'adapter les programmes : « *C'est quand même l'idée qu'on les écoute à un moment, d'adapter constamment nos programmes* ». (P10, L112 à L113)

- **Intégration des aidants :**

L'intégration des aidants dans la pratique psychoéducative est importante pour les professionnels : « *D'ailleurs en général j'ai envie de dire on a intérêt de travailler plus avec les familles, les aidants, peu importe comment on les appelle, qui, quoi, comment, mais parce que c'est eux qui sont au quotidien* ». (P1, L119 à L121).

Les aidants sont considérés comme faisant partie du soin : « *Je pense que la famille, les proches aidants, jouent un rôle important et font partie aussi du soin, et il ne faut pas les oublier* ». (P2, L117 à L118).

Pour certains participants, le rôle de la famille est essentiel pour l'efficacité des interventions : « *C'est aussi le rôle de la famille. Il y a des fois, la famille est présente et quand elle n'est pas là, tu as du mal avec ton patient. C'est important dans la prise en soins* ». (P4, L64 à L66)

Des programmes d'ETP ciblés pour les aidants, visent à répondre aux besoins de l'entourage : « *Il y a aussi des programmes spécifiques d'éducation thérapeutique pour les aidants. On fait aussi pour les aidants, donc ça permet aussi peut-être de faire émerger un besoin aussi pour les proches qui sont des fois en difficulté* » (P8, L174 à L176).

- **Stigmatisation et adhésion aux soins :**

La psychoéducation permet d'évaluer la stigmatisation : « *Quand on évalue aussi l'internalisation de la stigmatisation, on voit qu'ils sont conscients de ce processus-là* ». (P7, L345 à L346)

Il y a des programmes qui travaillent spécifiquement sur l'autostigmatisation : « *On propose un programme qui permet de travailler sur l'autostigmatisation* ». (P8, L131 à L132)

Ainsi, l'alliance thérapeutique qui se crée à partir de cette approche permet tout de même de lutter contre ce phénomène : « *(...) l'objectif du groupe, c'est aussi de...ça aide aussi à la déstigmatisation* ». (P8, L161 à L162)

4. Analyse générale des thèmes abordés

L'analyse des thèmes a révélé une diversité dans les définitions et les pratiques de la psychoéducation, mais avec un consensus sur son objectif fondamental qui est d'informer et surtout d'accompagner les usagers pour améliorer leur autonomie et la gestion quotidienne de leur maladie.

4.1 Consensus sur l'objectif principal de l'approche psychoéducative malgré les divergences dans la définition

Les participants présentent des nuances dans leur compréhension de la psychoéducation, reflétant une diversité de pratiques et d'approches théoriques. Par exemple, certains font une distinction entre psychoéducation et ETP, insistant sur le fait que la psychoéducation devrait être le premier pas post-diagnostic. D'autres intègrent des aspects de l'ETP dans leur définition de la psychoéducation en mettant l'accent sur un rôle plus collaboratif, impliquant d'autres professionnels de la santé.

Malgré ces divergences, il existe un consensus sur le fait que la psychoéducation vise à accompagner les usagers dans leur parcours de soin. La majorité des participants soulignent l'importance de la connaissance approfondie du trouble par le patient ainsi que la nécessité pour celui-ci de reconnaître et de gérer les différentes phases de sa maladie.

Ils mettent également en avant l'aspect pratique de la psychoéducation, orientée vers la gestion quotidienne. Certains accentuent le rôle du patient comme partenaire actif dans son plan de traitement.

Bien que les définitions de la psychoéducation varient parmi les dix professionnels interrogés et que certains d'entre eux n'aient pas suivi de formation spécifique à cette pratique, il y a un accord général sur l'importance de l'accompagnement et de l'engagement des patients dans la compréhension et la gestion de la maladie.

Cette diversité reflète non seulement les différentes spécialisations et expériences des répondants, mais aussi la richesse de la psychoéducation comme approche multidimensionnelle dans les soins de santé. Elle met en lumière la nécessité d'une approche personnalisée et adaptable, flexible et centrée sur le patient, qui favorise son autonomie et améliore, en conséquence, sa qualité de vie.

4.2 Une pratique cadrée par des programmes spécifiques... Mais aussi une approche intégrée dans la pratique quotidienne

Les professionnels utilisent deux approches principales pour intégrer la psychoéducation dans leur pratique. Certains se basent sur des programmes structurés de psychoéducation, autrement appelés programmes d'ETP, qui offrent un cadre formel à cet accompagnement. Ces programmes sont souvent conçus pour aborder des aspects spécifiques du trouble bipolaire, comme la gestion des médicaments, les techniques de coping, la gestion des émotions, la connaissance de soi.

D'autres professionnels intègrent la psychoéducation dans leur pratique quotidienne de manière plus informelle. Ils profitent des interactions régulières avec les patients pour évaluer leur mode de vie et leurs besoins quotidiens, en utilisant ces moments pour se permettre une approche plutôt éducative et de guidance. Cette approche flexible permet d'adapter les conseils et le soutien en fonction des besoins immédiats de la personne soignée.

Il y en a qui définissent la psychoéducation comme une posture à acquérir, au-delà de la pratique, qui nécessite une formation et un vécu expérientiel.

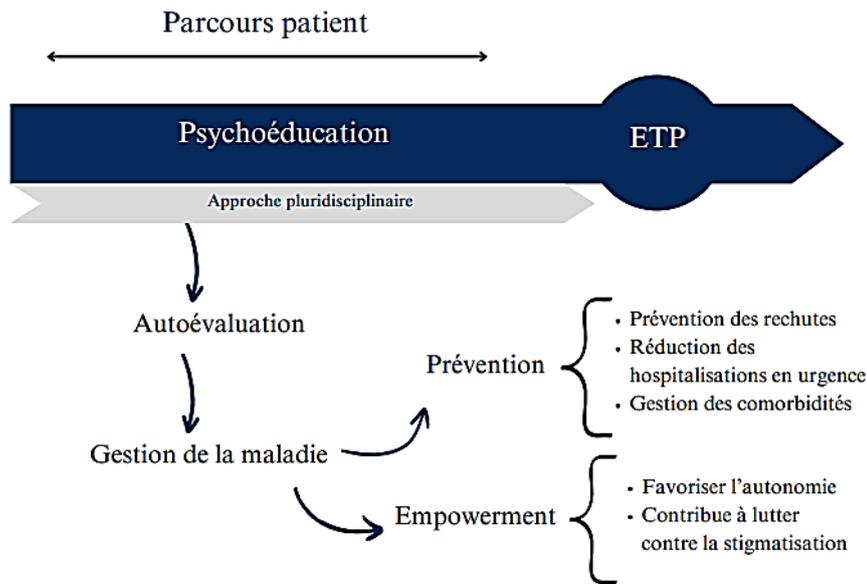
4.3 Une approche préventive

La psychoéducation est également perçue comme un levier important dans la prévention des rechutes. Plusieurs professionnels considèrent que la psychoéducation, à travers un travail d'alliance thérapeutique, permet au patient de mieux s'autoévaluer et de repérer les signes précoces de rechute. En fournissant des outils et des connaissances, la psychoéducation aide les patients à anticiper et à gérer les crises potentielles, réduisant ainsi les hospitalisations et en améliorant la stabilité dans le long terme.

Comme résultat, bien que les définitions et les pratiques de la psychoéducation varient, il existe un consensus sur son rôle dans l'amélioration de l'autonomie et de la qualité de vie des personnes affectées par un trouble bipolaire.

Les professionnels reconnaissent la valeur de la psychoéducation tant dans un cadre structuré que dans des interactions quotidiennes, et soulignent son importance pour la prévention des rechutes. Cette analyse met alors en évidence la nécessité d'une approche flexible et personnalisée de la psychoéducation, adaptée aux besoins spécifiques de chaque usager.

Le graphique suivant (*Graphique 4*), illustre de manière synthétique les bénéfices perçus par les participants d'une approche psychoéducative intégrée dans le parcours de soins des patients.



Graphique 4 : Illustration des bénéfices de l'approche psychoéducative intégrée dans le parcours de soins des patients.

Ce modèle montre comment la psychoéducation, en tant qu'approche pluridisciplinaire et constante, peut permettre aux personnes à mieux s'autoévaluer et à améliorer la gestion de leur maladie. En agissant sur un axe préventif et en mobilisant l'empowerment, cette approche vise à réduire les risques de rechute, à diminuer les hospitalisations d'urgence et à favoriser l'autonomie des personnes affectées par un trouble psychique. Grâce à l'autoévaluation régulière et une éducation thérapeutique continue, les personnes mobilisent des compétences nécessaires pour gérer efficacement leur santé.

IV. DISCUSSION

1. Relation entre les résultats et la question de recherche

L'analyse des résultats de cette étude a permis de contribuer à ma question de recherche initiale : « *Comment la psychoéducation permet-elle d'améliorer les soins aux personnes affectées par un trouble bipolaire du point de vue des soignants qui la réalisent ?* » à partir du regard de professionnels du terrain.

En effet, les données recueillies montrent que la psychoéducation améliore l'accompagnement des personnes de différentes façons :

- Par le renforcement des connaissances sur le trouble, les professionnels observent que les patients acquièrent une meilleure compréhension de leur trouble, ce qui leur permet de reconnaître et de gérer les symptômes plus efficacement.
- Par le développement des compétences d'autogestion, la psychoéducation accompagne les personnes à développer des compétences essentielles pour vivre avec leur trouble au quotidien, en complément des traitements médicamenteux.
- Par l'amélioration de l'adhésion aux soins proposés : En comprenant mieux leur trouble ainsi que le rôle des traitements médicamenteux et non médicamenteux proposés, les personnes sont plus susceptibles d'adhérer aux recommandations des professionnels de santé.
- Par la prévention de rechutes : en aidant les personnes à reconnaître les signes avant-coureurs de la décompensation et en appliquant des stratégies de gestion appropriées, elles peuvent prévenir les rechutes et éviter les hospitalisations fréquentes.
- Par l'implication des aidants : cette pratique ne se limite pas seulement aux personnes soignées, mais inclut également leurs proches, ce qui permet de créer un réseau de soutien plus solide et de favoriser un environnement social plus soutenant.

Ces différents aspects démontrent que la psychoéducation se présente comme un outil essentiel dans l'amélioration de la qualité de vie des personnes affectées par un trouble bipolaire, en les accompagnant à l'air de manière proactive dans leur propre parcours de soins.

2. Analyse croisée avec la littérature existante

Les résultats de cette étude révèlent une diversité significative dans les perceptions et les pratiques de la psychoéducation parmi les professionnels de santé mentale. Ces résultats

sont confirmés par les littérature présentée dans l'introduction de ce travail ainsi que par d'autres publications.

2.1 La psychoéducation : des connaissances solides pour une pratique efficace

La manière dont les professionnels interrogés définissent la psychoéducation peut varier. Elle reste tout de même cohérente avec la littérature abordée dans ce mémoire, qui la décrit comme un ensemble de programmes visant à informer les usagers sur leur maladie et à les aider à mieux gérer leur quotidien. Certains participants (P1 et P3), évoquent l'implication pluridisciplinaire comme le reflète le cadre théorique initial présenté dans ce travail.

Par ailleurs, les définitions variées de la psychoéducation observées dans cette étude sont cohérentes avec des travaux qui soulignent que la psychoéducation peut être perçue différemment en fonction des contextes cliniques et des spécialités des professionnels de santé.

2.2 Des stratégies et des approches variées pour l'intégration de la pratique psychoéducative

Les participants de cette étude décrivent des programmes structurés de psychoéducation qui sont en accord avec les recommandations théoriques sur la nécessité de programmes bien définis et adaptés aux besoins des usagers. (Haute Autorité de Santé, 2014)

Il est à noter qu'au-delà des programmes structurés, l'intégration de la psychoéducation dans les interactions quotidiennes avec les patients, comme le mentionnent certains participants (P9 et P10), correspond à l'approche holistique de la psychoéducation décrite dans le cadre théorique initial.

Ces variations dans l'intégration de la psychoéducation, que ce soit à travers des programmes bien définis ou des pratiques quotidiennes, reflètent une flexibilité nécessaire pour répondre aux divers besoins des patients. Cette flexibilité est également soulignée par des études qui ont trouvé que l'adaptabilité des programmes de psychoéducation est essentielle pour leur succès. (Morriss et al., 2016).

2.3 Une amélioration constatée dans la gestion de la maladie et le bien-être

Les bénéfices perçus de la psychoéducation, notamment en termes d'amélioration de la gestion de la maladie, de l'autonomie des patients et de la réduction des hospitalisations, corroborent les conclusions des travaux faisant partie de la littérature existante. (Siobud-Dorocant et al., 2009)

Les professionnels rapportent une amélioration significative de la gestion de la maladie par les usagers, ce qui reste l'objectif clé de la pratique psychoéducative selon la littérature. Des

participants (P1 et P8) mettent en avant cet impact positif dans le quotidien des personnes, ce qui correspond aux objectifs théoriques de cette approche.

L'impact sur le bien-être quotidien des usagers est également souligné par des professionnels qui notent une meilleure qualité de vie et un contrôle plus important des symptômes évocateurs d'une possible rechute.

La perception de la psychoéducation comme un outil préventif réduisant les rechutes et les réhospitalisations est également appuyée par les recherches qui démontrent l'importance de la psychoéducation dans la prévention des rechutes chez les personnes affectées par un trouble bipolaire. (Bond & Anderson, 2015)

2.4 La psychoéducation dans une approche préventive : se préparer aux enjeux de demain

La prévention des rechutes, comme évoqué auparavant, est identifiée comme un enjeu majeur. Certains participants (P4 et P7) mettent en lumière l'importance de la psychoéducation comme outil pour l'identification précoce des signes avant-coureurs et la prévention des épisodes graves.

Par ailleurs, l'adaptation continue des programmes et la formation des professionnels sont soulignées comme défis clés. Des professionnels insistent sur l'importance de rester à jour avec les nouvelles connaissances et méthodes à mobiliser.

Les défis liés à la préparation, à l'adaptabilité et à la formation des professionnels sont des préoccupations récurrentes dans la littérature, mettant en évidence la nécessité d'une formation continue pour les professionnels de santé mentale afin de maintenir la pertinence et l'efficacité des programmes de psychoéducation.

De même, la lutte contre la stigmatisation et la considération de la détresse des aidants, sont également des aspects à tenir en compte pour améliorer l'adhésion des patients aux soins, comme le soulignent certains écrits. (Perlick et al., 2007)

En résumé, cette analyse croisée entre les données obtenues et la littérature démontre une cohérence tout en soulignant la diversité de perceptions et des pratiques de la psychoéducation qui dépendent notamment, de la discipline de laquelle est issu chaque répondant. Les variations observées reflètent la nécessité d'une approche flexible et adaptée, la formation continue des professionnels.

3. Implications théorico-pratiques

Les résultats de cette étude suggèrent plusieurs implications pratiques pour les professionnels de santé mentale.

Premièrement, il est essentiel de promouvoir des programmes de formation continue en psychoéducation pour s'assurer que les professionnels restent à jour avec les dernières avancées thérapeutiques et les meilleures pratiques.

Deuxièmement, il est recommandé de développer des programmes de psychoéducation flexibles et adaptatifs, capables de répondre aux besoins spécifiques des usagers.

Troisièmement, l'intégration des aidants dans le processus thérapeutique devrait être encouragée pour maximiser le soutien aux patients et améliorer les résultats cliniques.

Enfin, des efforts concertés sont nécessaires pour lutter contre la stigmatisation associée aux troubles mentaux, afin d'améliorer l'adhésion des patients aux programmes de psychoéducation.

Sur le plan théorique, cette étude contribue à une meilleure compréhension des perceptions et des pratiques de la psychoéducation parmi les professionnels de santé mentale. Elle souligne l'importance de considérer les contextes spécifiques et les facteurs démographiques dans l'élaboration et l'implémentation des programmes de psychoéducation.

De plus, les résultats mettent en évidence la nécessité d'adapter continuellement ces programmes pour rester pertinents et efficaces face aux évolutions des traitements et des connaissances sur les troubles bipolaires.

Finalement, cette étude renforce l'idée que la psychoéducation est un outil multidimensionnel, nécessitant une approche interdisciplinaire pour maximiser ses bénéfices.

4. Perspectives à explorer

4.1 La lutte contre la stigmatisation : un sujet qui demeure d'actualité

La stigmatisation reste un obstacle majeur à l'efficacité des pratiques de soin, dont la psychoéducation. La stigmatisation est identifiée comme un frein à la participation des usagers aux programmes de psychoéducation. Des études ont montré que les interventions psychoéducatives peuvent réduire la stigmatisation perçue. (Violeau Beaugendre, 2020)

Explorer davantage de méthodes pour intégrer la réduction de la stigmatisation dans les programmes psychoéducatifs pourrait augmenter leur efficacité.

Des campagnes de sensibilisation et des sessions de groupe pourraient être mises en place pour aborder directement cet enjeu social.

4.2 L'empowerment par l'approche transdiagnostique dans l'amélioration des soins

L'empowerment des personnes touchées par le trouble bipolaire, par le biais de la psychoéducation, améliore leur capacité à gérer les symptômes et à prendre des décisions éclairées concernant leur traitement.

Des recherches ont montré que l'empowerment conduit à une meilleure adhésion aux traitements et à une réduction des symptômes (Fayn et al., 2017). Il serait pertinent d'explorer comment renforcer encore plus cet aspect de la psychoéducation, par exemple en intégrant des modules spécifiques sur la prise de décision autonome et les stratégies d'adaptation et d'autogestion.

De plus, certains participants évoquent une projection sur des pratiques psychoéducatives transdiagnostique. Cela pourrait annoncer un processus d'accompagnement qui s'attarderait plutôt sur les difficultés communes rencontrées par tout individu dont le chemin de vie est atteint par un problème de santé affectant le déroulement du quotidien et donc, sa qualité de vie. En adoptant une approche transdiagnostique, il serait possible de développer des interventions psychoéducatives qui ne se limitent pas seulement au trouble bipolaire ou à d'autres pathologies sous le ton d'un diagnostic précis, mais à un public diversifié, en abordant des thématiques qui contribuent aux compétences d'autogestion et d'autoévaluation, promouvant ainsi l'autonomie et la singularité de chacun, ce qui pourrait aussi aider à démystifier certains troubles psychiques et, par conséquent, contribuer à la lutte contre la stigmatisation.

4.3 De la pluridisciplinarité à la metadisciplinarité

La pluridisciplinarité enrichit les programmes et l'approche psychoéducative en général, apportant des perspectives diversifiées et complémentaires. Des études suggèrent que la collaboration entre disciplines améliore les résultats pour les usagers, apportant une vision multifocale à cet accompagnement. (Cochet, 2009).

Le croisement des regards disciplinaires et la co-construction des interventions, au-delà des cloisonnements actuels, permettent de tirer parti des complémentarités et de créer une véritable synergie des savoirs au bénéfice de l'utilisateur.

La metadisciplinarité favorise une meilleure coordination entre les intervenants et une plus grande cohérence dans le parcours de soins, évitant ainsi les ruptures ou des discontinuités préjudiciables pour les usagers.

À l'avenir, il serait intéressant d'explorer la metadisciplinarité, où différentes disciplines interagissent non seulement pour partager leurs expertises, mais pour créer de nouvelles approches intégrées de traitement. Encourager des formations conjointes et des réunions régulières entre professionnels de différentes disciplines pourrait renforcer cette approche.

4.4 La formation des professionnels

La formation continue des professionnels de la santé est essentielle pour l'adaptation des programmes de psychoéducation aux évolutions des connaissances et des traitements. Elle donne lieu à l'acquisition des nouveaux savoirs et compétences professionnelles, notamment en matière de communication et d'accompagnement. Cela leur permet de mieux répondre aux besoins et attentes des usagers, en les aidant à exprimer leurs préoccupations, tout en prenant compte de leur voix dans la planification des soins.

Concernant les modalités de formation, au-delà des sessions classiques (formations présentielle, webinaires), l'échange d'expériences et le partage des bonnes pratiques au sein des réseaux professionnels constituent un axe important de formation continue. Ceci permet d'enrichir les connaissances, de consolider une posture psychoéducative et d'harmoniser les pratiques.

Ainsi, le développement des compétences en communication empathique et en aide à la verbalisation est essentiel pour favoriser l'expression des usagers et prendre en compte leur parole. Les formations continues doivent donc accorder une place importante à ces aspects relationnels et communicationnels.

4.5 La parole des usagers

L'intégration de la notion d'advocacy dans les programmes de psychoéducation pourrait renforcer la notion d'autonomie. Par exemple, des modules spécifiques sur les droits des usagers, les ressources disponibles et les stratégies pour se faire entendre pourraient être inclus.

Enfin, pour donner suite à cette étude, il serait intéressant, par la suite, de recueillir les perceptions des usagers afin de comparer les données à celles provenant des professionnels de la santé. Cela permettrait d'explorer des nouvelles dynamiques de soins et de réajuster nos pratiques en faveur d'une meilleure adaptabilité au public concerné.

Également, l'inclusion des pair-aidants renforcerait la notion d'advocacy dans la démarche thérapeutique ce qui permettrait d'améliorer l'autonomisation des patients et l'adaptation des programmes de psychoéducation à leurs besoins réels.

5. Limites et forces de l'étude

Cette étude présente des limitations et des forces significatives, qu'il est nécessaire de prendre en compte pour une interprétation équilibrée des résultats.

5.1 Limites de l'étude

Tout d'abord, l'échantillon de participants est relativement restreint, ce qui limite la généralisation des résultats obtenus à l'ensemble des professionnels de la santé mentale. De plus, certaines disciplines professionnelles sont manquantes dans l'échantillon, ce qui peut limiter la portée des conclusions.

Ensuite, l'étude se concentre sur deux régions, ce qui pourrait restreindre la généralisation des résultats. Il aurait pu être pertinent d'explorer d'autres territoires afin d'avoir un éventail de réponses plus large.

Enfin, la nature qualitative de l'étude implique une subjectivité inhérente dans l'interprétation des données, ce qui pourrait introduire des biais potentiels. La sélection des participants pourrait inclure de professionnels déjà sensibilisés à la psychoéducation, introduisant un biais de désirabilité sociale, pouvant affecter l'authenticité de chaque réponse.

5.2 Forces de l'étude

Les points forts de cette étude reposent sur la diversité des participants issus de disciplines variées, ce qui permet une vision globale de pratiques de la psychoéducation. Cette diversité enrichit les perspectives recueillies et favorise une compréhension plus complète des enjeux actuels de cette approche.

L'utilisation d'une méthode qualitative permet de collecter des données riches sur les différentes expériences des professionnels de la santé mentale. Cette méthode contribue à une analyse détaillée des pratiques psychoéducatives dans les territoires où exercent les professionnels interrogés. L'approche multicentrique, en recueillant des données provenant des deux régions choisies, enrichit la compréhension du sujet et des résultats, offrant la possibilité d'examiner l'efficacité de cette intégration et les défis rencontrés dans la pratique.

Cette approche permet une compréhension approfondie et holistique des défis et des opportunités liés à la psychoéducation comme approche et comme pratique, dans le contexte spécifique de la santé mentale. La diversité professionnelle au sein de l'échantillon renforce la qualité et la portée des données recueillies.

Le choix des lieux d'investigation, se focalise parmi les deux régions les plus peuplées de France, ce qui explique la concentration significative d'établissements de santé mentale. Cette concentration élevée fait de ces régions des terrains d'étude pertinents pour cette recherche.

De plus, la proximité géographique de ces deux régions facilite non seulement la collecte de données, mais aussi la gestion logistique de l'étude. Le choix de ces terrains est stratégiquement justifié par leur pertinence, la diversité en matière de soins de santé mentale et leur accessibilité, assurant une collecte de données efficace et représentative.

Enfin, l'accent mis sur l'approche holistique, en considérant des aspects comme la pluridisciplinarité et l'implication des aidants, est mis en valeur. Un autre point positif concerne les implications pratiques discutées, conférant une pertinence clinique à cette étude tout en se focalisant sur des perspectives sur l'amélioration continue.

6. Projection dans la pratique avancée

La pratique avancée implique une compréhension approfondie des besoins des usagers et l'adaptation des interventions éducatives pour l'amélioration de la gestion de la maladie, par la prévention des rechutes et par la promotion de l'autonomie des personnes soignées.

En effet, les IPA sont en première ligne pour intégrer la psychoéducation dans le parcours des usagers de soins. Leur expertise clinique approfondie et leurs compétences élargies leur permettent de contribuer de manière significative à cette approche holistique. Cette intégration se manifeste de diverses manières.

- **Mise en œuvre des programmes d'ETP :**

Les IPA peuvent participer activement à la mise en œuvre des programmes d'ETP personnalisés.

Leur expertise clinique permet de développer des programmes de psychoéducation personnalisés basés sur les besoins spécifiques des usagers. Il s'agit de professionnels en mesure d'évaluer les besoins éducatifs et de développer des contenus de formation pertinents et

accessibles. Leur leadership leur permet de coordonner efficacement les équipes pluridisciplinaires impliquées dans ces programmes.

- **Promotion de la psychoéducation dans les interactions quotidiennes :**

Au-delà des programmes formalisés, les IPA utilisent leurs compétences en leadership pour promouvoir la psychoéducation lors des interactions quotidiennes avec les usagers. Leur approche holistique leur permet d'aborder la psychoéducation de manière globale, en tenant compte des aspects physiques, psychologiques et sociaux de la maladie.

- **Contribution à la recherche et à l'amélioration continue :**

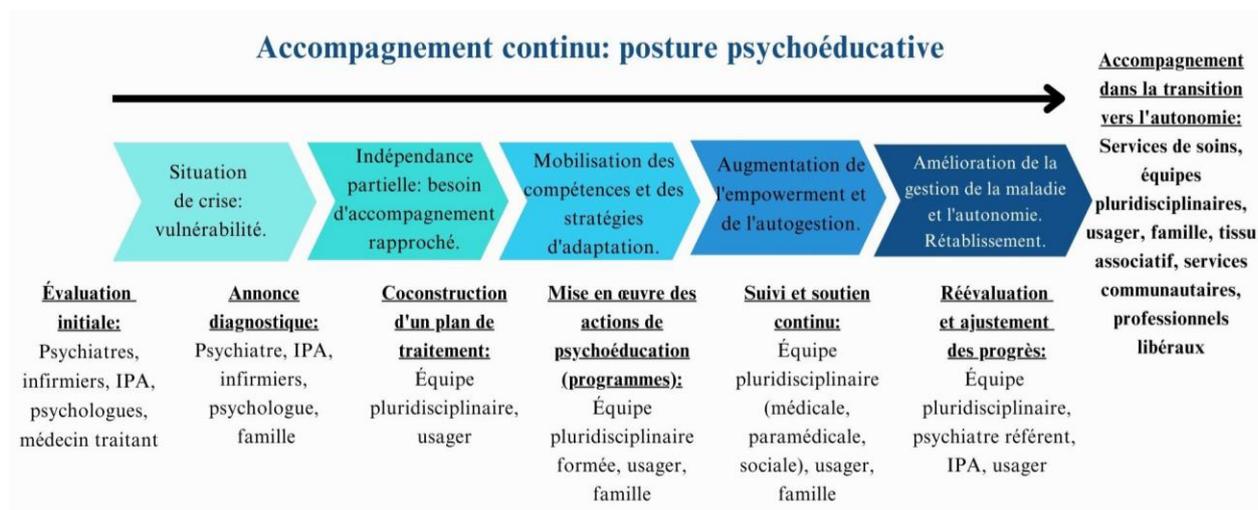
Les IPA peuvent promouvoir l'accès à la recherche au sein des établissements de santé et encourager la participation des autres professionnels à des études visant à optimiser l'approche psychoéducative. Leur rôle au cœur de l'accompagnement des usagers tout comme leur proximité avec les autres professionnels issus des différentes disciplines, lui permet de contribuer activement dans des travaux de recherche et de favoriser l'adoption de meilleures pratiques basées sur les données probantes.

En somme, l'intégration des compétences des IPA dans le parcours de soins des usagers permet de maximiser les bénéfices de la psychoéducation. Grâce à leur leadership, à leur sensibilisation à la recherche, ainsi qu'à leurs compétences en communication et en travail en réseau avec les autres professionnels de la santé, ils sont idéalement placés pour coordonner et améliorer les soins de santé mentale, favorisant ainsi le rétablissement et la qualité de vie des usagers.

6.1 Modélisation de l'intégration de la psychoéducation dans le parcours du patient

Comme évoqué précédemment, la psychoéducation joue un rôle important dans le parcours de soins des usagers. Intégrée dans l'approche thérapeutique, elle vise à améliorer la qualité de vie des usagers et de leur famille en facilitant le chemin vers l'autonomie et le rétablissement.

Le graphique ci-dessous a pour objectif d'illustrer les différentes étapes vers le rétablissement, les actions menées dans chaque étape, les différents acteurs qui y interviennent et comment la psychoéducation peut être intégrée.



Graphique 5 : Modélisation de l'intégration de la psychoéducation dans le parcours de soins.

Ce modèle contribue à la mise en lumière d'un prise en soins holistique des usagers affectés par un trouble psychique. Il souligne également l'importance d'un accompagnement continu, d'une évaluation régulière qui permette d'adapter les actions et notamment la notion de la posture psychoéducatrice dès le stade précoce de la maladie.

6.2 Proposition d'un plan d'action à partir des résultats obtenus

Afin de tirer parti des résultats obtenus et des apports de ce travail sur la psychoéducation dans l'accompagnement des personnes affectées par un trouble bipolaire, il serait pertinent de proposer un plan d'action visant à favoriser l'intégration de la psychoéducation dans le parcours de soins à partir d'une approche holistique et inclusive.

Les actions pourraient se planifier à court, moyen et long terme pour une mise en œuvre progressive, en incluant tous les professionnels impliqués et en visant des objectifs à mesurables et atteignables dans le temps imparti :

- **A court terme : Sensibilisation à la psychoéducation**

L'objectif est de sensibiliser l'ensemble des professionnels de la santé à l'importance de la psychoéducation. Pour cela il est nécessaire de :

- Organiser des sessions de formation continue sur la psychoéducation pour les professionnels impliqués

- Mettre en place des ateliers pratiques pour développer les compétences en communication et en facilitation de l'expression des usagers.

- **Au moyen terme : Développement et mise en œuvre de la psychoéducation**

Cela vise le développement et la mise en œuvre des programmes de psychoéducation à partir de la réglementation en vigueur mais aussi l'intégration des actions avec une vision psychoéducative de manière systématique et précoce dans le parcours de soins. Pour atteindre cet objectif, les actions à mener sont :

- La constitution des groupes de travail pluridisciplinaires dans le but d'élaborer des programmes de psychoéducation personnalisés
- La mise en place des séances de psychoéducation, qui pourraient débiter dans la préparation de la sortie d'hospitalisation, en collaboration avec les médecins référents.
- Faciliter l'accès aux pratiques psychoéducatives à tous les usagers concernés pour favoriser le maintien de l'autonomie.
- Considérer l'implication des pair aidants, pour faciliter la parole et le partage d'expériences entre personnes affectées par les troubles psychiques, dont le trouble bipolaire.
- Etablir des protocoles en pluridisciplinarité, qui garantissent une communication fluide et la coordination entre les différents intervenants pour assurer la continuité des soins psychoéducatifs.

- **Au long terme : Evaluation et amélioration continue**

L'objectif serait d'évaluer l'efficacité et l'impact des pratiques psychoéducatives à partir des actions comme :

- La mise en place des indicateurs de suivi et d'évaluation des programmes et des pratiques (taux de participation, satisfaction des usagers, effet dans la prévention des rechutes).
- Inclure des enquêtes de satisfaction et faciliter les espaces d'échanges avec les usagers et les aidants, dans le but de réajuster les pratiques si cela est nécessaire.
- Encourager la recherche en soins pour l'amélioration des pratiques et faciliter les échanges avec des centres experts

- Développer des partenariats avec des services de soins, professionnels libéraux, services sociaux, tissus associatif, organismes communautaires, pour favoriser une approche globale et intégrée de la psychoéducation.

- **Au long terme : Pérennisation et ancrage institutionnel**

L'objectif est d'assurer la pérennité des actions efficaces entreprises et d'intégrer la psychoéducation dans les politiques et pratiques institutionnels. Pour cela il serait nécessaire de :

- Prévoir un soutien institutionnel à long terme pour les programmes et pratiques entreprises.
- Encourager l'inclusion de la pratique psychoéducative dans la formation initiale des professionnels de la santé.
- Contribuer aux campagnes de sensibilisation et d'information communautaire, par la participation à l'organisation des sessions d'information promouvant la démystification des troubles psychiques.

CONCLUSION

Au terme de cette étude, il apparaît clairement que la psychoéducation joue un rôle déterminant dans l'amélioration des soins et du bien-être des personnes affectées par un trouble bipolaire. Les données qualitatives et les analyses thématiques, révèlent que la psychoéducation est perçue par les professionnels de santé, comme un outil essentiel pour l'empowerment des usagers, en leur fournissant des savoirs et des savoir-faire basés sur leurs propres expériences.

La plus-value de la psychoéducation dépasse la seule compréhension de la maladie et des traitements médicamenteux, contribuant à une amélioration concrète de la qualité de vie des usagers en favorisant une insertion sociale adéquate. Son aspect préventif permet une intervention précoce grâce à l'autoévaluation et à l'identification des signes précurseurs de décompensations, réduisant ainsi les hospitalisations en urgence.

L'intégration de la psychoéducation dans la pratique quotidienne des professionnels de la santé, que ce soit au travers de programmes structurés ou des interactions informelles, démontre sa flexibilité et son applicabilité. Cette approche holistique, favorise une alliance thérapeutique renforcée, une expression des besoins et une individualisation des soins.

En adoptant une perspective transdiagnostique, la psychoéducation aide à lutter contre la stigmatisation et favorise une vision plus inclusive des soins en santé mentale.

Les IPA, par leur place sur le terrain et leurs compétences en recherche et leadership, jouent un rôle déterminant dans cette démarche d'amélioration continue des soins.

Toutefois, la mise en œuvre de la psychoéducation présente des défis. Il est nécessaire d'adapter continuellement les programmes, de promouvoir une posture psychoéducative tout au long du parcours de soins et d'encourager l'inclusion des aidants et des pair aidants dans le parcours de soins.

A l'avenir, il serait pertinent de reproduire cette étude à partir des perceptions des usagers afin de comparer les résultats obtenus et permettre d'adapter les programmes en fonction des conclusions.

De plus, à partir d'une approche transdiagnostique et dans une dynamique d'adaptabilité de pratiques, il serait intéressant d'explorer l'inclusion des professions émergentes dans le parcours de soins des usagers. Ainsi, une nouvelle question de recherche émerge : comment l'intégration des Infirmiers en Pratique Avancée (IPA) dans les programmes de psychoéducation, influence-t-elle l'efficacité des soins et l'engagement des personnes affectées par un trouble psychique ?

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Agence Régionale de la Santé Ile-de-France. (2023, décembre 4). Plateformes territoriales de réhabilitation psychosociale : Une première journée d'échanges. Ile-de-France ARS Santé. <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/plateformes-territoriales-de-rehabilitation-psychosociale-une-premiere-journee-dechanges>
- Bipolarité France. (2023). L'importance du diagnostic chez les personnes atteintes d'un trouble bipolaire [Rapport d'enquête]. Bipolarité France. https://bipolaritefrance.com/wp-content/uploads/2023/03/Rapport-d-enquete-diagnostic-bipolaire_Bipolarite-France.pdf
- Bonsack, C., Rexhaj, S., & Favrod, J. (2015). Psychoéducation : Définition, historique, intérêt et limites. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 173(1), 79-84. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2014.12.001>
- Cochet, B. (2009). La psychoéducation : Une approche psychothérapeutique primordiale. *Le Journal des psychologues*, n° 273(10), 36-39. <https://doi.org/10.3917/jdp.273.0036>
- Diflorio, A., & Jones, I. (2010). Is sex important? Gender differences in bipolar disorder. *International Review of Psychiatry*, 22(5), 437-452. <https://doi.org/10.3109/09540261.2010.514601>
- Direction de l'information légale et administrative (Premier ministre). (2023, mars 20). Personnes en affection longue durée : Un plan d'action pour inciter à déclarer un médecin traitant. Service Public. <https://www.service-public.fr/particuliers/actualites/A16454>
- Fondation FondaMental. (s. d.). Troubles bipolaires. Consulté 19 janvier 2024, à l'adresse <https://www.fondation-fondamental.org/les-maladies-mentales/troubles-bipolaires>
- Gedda, M. (2015). Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative. *Kinésithérapie, la Revue*, 15(157), 50-54. <https://doi.org/10.1016/j.kine.2014.11.005>
- GHU Paris Neurosciences. (2023, juin 1). Psychoéducation, éducation thérapeutique, action éducative : Quelles différences ? GHU Paris. <https://www.ghu-paris.fr/fr/actualites/psycho-education-education-therapeutique-action-educative-queelles-differences>

- Godin, O., Etain, B., Henry, C., Bougerol, T., Courtet, P., Mayliss, L., Passerieux, C., Azorin, J.-M., Kahn, J.-P., Gard, S., Costagliola, D., Leboyer, M., & for the FondaMental Advanced Centers of Expertise in Bipolar Disorders (FACE-BD) Collaborators. (2014). Metabolic Syndrome in a French Cohort of Patients With Bipolar Disorder : Results From the FACE-BD Cohort. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 75(10), 1078-1085. <https://doi.org/10.4088/JCP.14m09038>
- Guelfi, J.-D. (2016). De la manie-mélancolie à la maniaco-dépression et au trouble bipolaire : *Journal français de psychiatrie*, n° 42(2), 24-33. <https://doi.org/10.3917/jfp.042.0024>
- Hautstgen, T. (2016). Les troubles bipolaires à travers les siècles : À propos de l'historique du *Traité clinique de la folie à double forme d'Antoine Ritti (1883)*. *PSN*, 14(2), 53-91. <https://doi.org/10.3917/psn.142.0053>
- Haute Autorité de Santé. (2013, février 25). Éducation Thérapeutique du Patient. Éducation Thérapeutique du Patient. https://www.has-sante.fr/jcms/r_1496895/fr/education-therapeutique-du-patient-etp
- Haute Autorité de Santé. (2014a, juin 19). Éducation Thérapeutique du Patient. Éducation Thérapeutique du Patient. https://www.has-sante.fr/jcms/c_1241714/fr/education-therapeutique-du-patient-etp
- Haute Autorité de Santé. (2017). Actes et prestations—Affection de longue durée – ALD N°23 – Troubles bipolaires. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2009-09/ald_23__lap_troubles_bipolaires_web.pdf
- Haute Autorité de Santé, (HAS). (2014b, juin). Troubles bipolaires : Repérage et diagnostic en premier recours. 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
- Hôpitaux Universitaires de Marseille. (2015). Groupe de psychoéducation aux troubles bipolaires. AP-HM Assistance Publique - Hôpitaux de Marseille. <http://fr.ap-hm.fr/groupe-de-psychoeducation-aux-troubles-bipolaires>
- Jacques, J.-M. (1998). La bile noire dans l'antiquité grecque : Médecine et littérature. *Revue des Études Anciennes*, 1-2, 217-234.
- Mangel, C. (2019). Intérêt de la pratique d'éducation thérapeutique pour les patients souffrants de schizophrénie, revue de la littérature. Université de Bordeaux.

- Organisation Mondiale de la Santé. (2022, juin 8). Mental Disorders. World Health Organisation. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
- Paris, A., Mabilais, C., & Monnier, M.-C. (2021, mars 11). L'ETP : un outil au service du rétablissement des patients souffrant de troubles psychiques. Santé Mentale. <https://www.santementale.fr/2021/03/1-etp-un-outil-au-service-du-retablissement-des-patients-souffrant-de-troubles-psychiques/>
- Samalin, L., Roux, P., Hidalgo-Mazzei, D., & Etain, B. (2018). Quelles innovations thérapeutiques dans la prise en charge du trouble bipolaire? French Journal of Psychiatry, 1, S61-S62. [https://doi.org/10.1016/S2590-2415\(19\)30152-7](https://doi.org/10.1016/S2590-2415(19)30152-7)
- Souery, D., Staner, L., Zdanowicz, N., Floris, M., & Pitchot, W. (2005). La dépression bipolaire : La face cachée de l'iceberg. Acta Psychiatrica Belgica, 3(105), 131-140.

TABLEAUX

Tableau 1 : Guide d'entretien semi-directif utilisé pour l'étude et objectif ciblé pour chaque question

| QUESTION | | OBJECTIF |
|----------|--|---|
| 1 | Qu'est-ce que la psychoéducation pour vous ? | Pose le cadre et le sujet central de l'étude. La question cherche à explorer la vision des différents professionnels sur la psychoéducation à partir de leurs représentations, basées sur leur vécu expérientiel, leurs savoirs et selon leur discipline d'expertise. Ceci ouvre une vision diversifiée à propos de ce qu'est la psychoéducation dans le domaine de la santé mentale. |
| 2 | Comment intégrez-vous cette approche dans vos pratiques de soins ? | Permet d'examiner la manière dont cette approche est appliquée dans la pratique de chaque professionnel interrogé, à partir du domaine d'expertise de chacun. |
| 3 | Pouvez-vous décrire votre expérience dans la mise en œuvre de la psychoéducation pour les personnes souffrant de trouble bipolaire ? | Question qui vise à décrire l'expérience concrète dans la mise en œuvre de la psychoéducation pour les patients affectés par un trouble bipolaire selon l'expertise de chaque participant. |
| 4 | Selon vous, en quoi la psychoéducation a-t-elle amélioré les soins aux personnes souffrant de trouble bipolaire dans votre pratique ? | Permet de connaître la façon dont les professionnels perçoivent l'impact de la psychoéducation sur l'amélioration des soins aux patients bipolaires selon leurs pratiques. |
| 5 | Quels sont, d'après vous, les principaux avantages de cette approche pour ces patients ? | Ici, l'objectif est d'identifier les principaux avantages de la psychoéducation pour ce profil de patients, selon le point de vue et l'expérience de chaque professionnel interrogé. |

| | | |
|---|--|--|
| 6 | Quels sont les principaux freins ou défis rencontrés dans votre pratique pour ce profil de patients ? Comment réagissez-vous face à ces défis ? | Permet d'explorer les principaux freins ou limitations rencontrés par les professionnels ayant pratiqué la psychoéducation des patients bipolaires et comment adaptent-ils leur posture face à ces défis. |
| 7 | Quels enjeux spécifiques sont associés à la psychoéducation pour le trouble bipolaire, selon vous ? | Cette question a pour but d'analyser les enjeux spécifiques liés à la psychoéducation des patients bipolaires, perçus par les professionnels interrogés. |
| 8 | Quelles sont vos perspectives sur l'évolution de la psychoéducation dans le traitement du trouble bipolaire à l'avenir ? | L'objectif est de recueillir leurs perspectives en tant que professionnels de la santé mentale, sur l'évolution future de la psychoéducation dans l'approche des personnes affectées par un trouble bipolaire. |

Tableau 2 : Recensement des personnes ayant participé à cette étude par profession et lieu d'exercice.

| PROFESSION | HDF | IDF |
|------------------|-----------|-----|
| IPA | 1 | 2 |
| Pharmacien/ne | 1 | - |
| Neuropsychologue | 1 | - |
| Psychiatre | 2 | - |
| IDE | - | 1 |
| Psychologue | - | 1 |
| Ergothérapeute | - | 1 |
| TOTAL | 10 | |

Tableau 3 : Recueil des données démographiques de la population interviewée.

| P | Genre | Âge | Profession | Années d'expérience | Secteur d'exercice | Région d'exercice | Formation | |
|------------|-------|-------|------------------|---------------------|--------------------|-------------------|-----------|-----------------|
| | | | | | | | TB | Psychoéducation |
| P1 | F | 40-49 | IPA | 0-9 | Public | IDF | Non | Oui |
| P2 | H | 50-59 | IPA | 0-9 | Public | HDF | Non | Oui |
| P3 | F | 30-39 | Pharmacienne | 0-9 | Public | HDF | Oui | Oui |
| P4 | F | 50-59 | IDE | 30-39 | Public | IDF | Non | Non |
| P5 | F | 40-49 | Psychologue | 10-19 | Public | IDF | Non | Non |
| P6 | F | 30-39 | Neuropsychologue | 10-19 | Public | HDF | Non | Oui |
| P7 | F | 50-59 | Psychiatre | 20-29 | Privé | HDF | Oui | Oui |
| P8 | F | 30-39 | Psychiatre | 10-19 | Privé | HDF | Non | Non |
| P9 | F | 20-29 | Ergothérapeute | 0-9 | Public | IDF | Non | Non |
| P10 | H | 40-49 | IPA | 0-9 | Public | IDF | Non | Oui |

Légende :

P : participant ; TB : trouble bipolaire

Tableau 4 : Présentation des données démographiques

| DONNÉES DÉMOGRAPHIQUES | EFFECTIF | % |
|---|-----------------|-----------|
| GENRE | | |
| Homme | 2 | 20 |
| Femme | 8 | 80 |
| Total | 10 | 100 |
| ÂGE (par tranche de dix ans) | | |
| 50-59 | 3 | 30 |
| 40-49 | 3 | 30 |
| 30-39 | 3 | 30 |
| 20-29 | 1 | 10 |
| Total | 10 | 100 |
| SECTEUR D'ACTIVITÉ | | |
| Public | 8 | 80 |
| Privé | 2 | 20 |
| Total | 10 | 100 |
| RÉGION D'EXERCICE | | |
| IdF | 5 | 50 |
| HdF | 5 | 50 |
| Total | 10 | 100 |
| ANNEES D'EXPÉRIENCE (par tranche de dix ans) | | |
| 0-9 | 5 | 50 |
| 10-19 | 3 | 30 |
| 20-29 | 1 | 10 |
| 30-39 | 1 | 10 |
| Total | 10 | 100 |
| FORMATION TROUBLE BIPOLAIRE | | |
| Oui | 2 | 20 |
| Non | 8 | 80 |
| Total | 10 | 100 |
| FORMATION PSYCHOÉDUCATION | | |
| Oui | 6 | 60 |
| Non | 4 | 40 |
| Total | 10 | 100 |

Tableau 5 : Identification des thèmes et des sous-thèmes après codage à partir des citations des verbatims.

| CODE | CITATION P= participant, L= ligne | SOUS THÈME | THÈME |
|---------------------|--|----------------------------------|--------------------------------------|
| Définition | <p>« (...) pour moi, la psychoéducation, en effet, c'est tous les programmes qui existent déjà, qui existaient depuis longtemps, même avant qu'on parle de l'ETP ». (P1, L8 à L9)</p> <p>« Ça ressemble à l'éducation thérapeutique du patient mais avec l'intervention davantage de psychologues, neuropsychologues et avec, comment je vais dire ça... euh...plus de liens avec les... je trouve... avec la prise en charge non médicamenteuse ». (P3, L7 à L10)</p> <p>« Ben, la psychoéducation, alors nous, on parle plutôt d'éducation thérapeutique du patient ». (P8, L6 à L7)</p> | | |
| Autonomie | <p>« Pour moi la psychoéducation, c'est rendre le patient... Comment dire ? Partenaire de soin, déjà. Pour moi, c'est une des choses très importantes. C'est pouvoir le rendre plus autonome ». (P5, L6 à L7)</p> <p>« Ce n'est pas de la formation visée, ce n'est pas un cours. C'est vraiment l'objectif de développer des compétences et des ressources pour les personnes ». (P7, L5 à L7)</p> | Définition de la psychoéducation | Les fondements de la psychoéducation |
| Gestion quotidienne | <p>« Pour moi, la psychoéducation, ça va être d'apprendre aux patients comment bien vivre avec sa maladie, comment gérer son quotidien ». (P9, L5 à L6)</p> | | |

| | | | |
|---------------------------|--|---------------------------------|--|
| Echange | « Je dirais, c'est un peu être dans l'échange et... Et... Comment dire ? Et d'aider la personne bipolaire à pouvoir repérer un peu les phases, soit maniaque, soit dépressive, et à un peu repérer et pouvoir alerter ». (P4, L6 à L8) | Objectifs de la psychoéducation | |
| Accompagnement | « Psychoéducation ? À la fois, on a le côté très formel de l'ETP. Donc, c'est un exercice qui est formalisé, labellisé et qui vise à accompagner les personnes avec une maladie chronique ». (P10, L7 à L8) | | |
| Expertise professionnelle | « Je fais de la psychoéducation, j'interviens dans des programmes de psychoéducation. Uniquement sur les séances axées sur les médicaments par mon expertise ». (P3, L21 à L22) | Une pratique structurée | L'intégration de la pratique psychoéducative |
| Modalités | « Alors, c'est vrai que comme on a des groupes qui tournent régulièrement, on va plutôt faire l'éducation thérapeutique en groupe. C'est aussi possible de proposer ça en individuel ». (P8, L46 à L48). | | |

| | | | |
|--|--|--|---|
| <p>Informa- lité</p> | <p>« (...) c'est dans les entretiens, mais aussi dans l'interstitiel, dans ce qui est interstitiel. Une discussion avec un patient sur la terrasse ou dans le couloir ou quand on se pose à la salle télé, parfois, on peut intégrer de la psychoéducation. Dans les groupes aussi à médiation, parfois ». (P5, L37 à L40)</p> <p>« Ça va être par des questionnements sur qu'est-ce qu'ils font dans leur journée et comment peut être améliorée l'organisation de leur journée ». (P9, L19 à L20).</p> | <p>Une ap- proche quo- tidienne</p> | |
| <p>Pratiques validées</p> | <p>« C'est vraiment la psychoéducation qui est faite par nos pratiques, que ce soit de l'ETP, qui est une pratique validée par l'ARS, ou de la psychoéducation en général » (P7, L11 à L12)</p> | | |
| <p>Alliance thérapeu- tique</p> | <p>« C'était l'alliance thérapeutique qu'on avait avec la personne et c'est cette possibilité qu'ils avaient après de venir, peut-être, parler un peu plus sur le traitement (...) pouvoir dire « ça... ça ne me convient pas ». » (P1, L96 à L99)</p> | <p>Améliora- tion de la gestion de la maladie</p> | <p>L'impact perçu par les profes- sionnels</p> |
| <p>Autoges- tion</p> | <p>« C'est vraiment essayer de les rendre acteurs autant sur la pathologie que sur la gestion de leur traitement ». (P3, L68 à L69)</p> | | |

| | | | |
|----------------------|---|--|----------------------------|
| Réassurance | « Parfois ils sont rassurés, je pense, de discuter des traitements, de se rendre compte que plusieurs patients ont déjà le même traitement qu'eux ». (P3, L76 à L77) | | |
| Intervention précoce | « On peut utiliser aussi des soins de psychoéducation, très tôt dans les étapes de réhabilitation de la personne, même à la phase moratoire ». (P7, L38 à L39) « (...) dès que la personne est stabilisée, même en cours d'hospitalisation, ça peut se faire. Au contraire, plus tôt ça se fait, mieux ça profitera au patient » (P2, L76 à L77) « Ce serait intéressant de pouvoir mettre en place ça dès l'hospitalisation, que ce ne soit pas que sur les structures en extrahospitalier ». (P9, L132 à L134) « Un programme de psychoéducation qui est un format de cinq séances qui, initialement, a été proposé en intrahospitalier juste avant la sortie ». (P6, L38 à L39) | | |
| Bien être | « C'est vraiment apprendre à bien vivre avec sa maladie et dans ses activités quotidiennes ». (P9, L11) | | |
| Evolution | « C'est aussi très apprécié des personnes parce qu'elles voient qu'il y a certaines choses qui évoluent. ». (P8, L81 à L82) | | Bien-être quotidien |
| Relations familiales | « (...) la famille, les relations familiales qui sont très impactées... l'hygiène de vie, en fait, qui a, quand même, beaucoup d'importance ». (P1, L61 à L63) | | |

| | | | |
|----------------------------|---|---------------------------------------|--|
| <p>Métaco- gnition</p> | <p>« (...) pousser la personne à faire du bien avec son quotidien et du coup à un mécanisme métacognitif et introspectif ». (P6, L26 à L27)</p> | | |
| <p>Prévention</p> | <p>« Ça évite des grosses rechutes et des réhospitalisations En même temps ça fait un lien avec nous ». (P4, L44 à L45)</p> <p>« Je pense que l'approche psychoéducative elle permet de travailler surtout la prévention ». (P2, L44)</p> <p>« En fait, la façon dont s'est proposée la psychoéducation, c'est le message de l'importance de l'accompagnement et des soins après une hospitalisation pour éviter une réhospitalisation ». (P6, L81 à L83)</p> | <p>Prévention des rechutes</p> | |
| <p>Alerte</p> | <p>« (...) pouvoir alerter s'il y a besoin d'une modification de traitement avant que les signes soient, on va dire, bien ancrés ». (P4, L8 à L9)</p> <p>« Comment lui permettre de détecter aussi peut-être ses rechutes, qu'il puisse prévenir son entourage ou les professionnels ». (P9, L6 à L7)</p> | | |

| | | | |
|-----------------------------------|--|---|--|
| <p>Connaissance de la maladie</p> | <p>« C'est rendre le patient très au clair, connaisseur de sa maladie, de ses troubles, de ses symptômes. Ça aide aussi à la prévention des rechutes ». (P5, L10 à L11)</p> | | |
| <p>Intégration et engagement</p> | <p>« Les freins parfois c'est que le groupe est plus petit que prévu parce qu'il y a des personnes qui annulent ». (P3, L92-93)</p> <p>« Mais il y a parfois des personnes qui ont été en difficulté pour se retrouver dans les témoignages des autres » (P6, L111-112)</p> <p>« Quelqu'un qui a des troubles cognitifs, il peut pas suivre un programme de psychoéducation, parce qu'il va avoir des troubles de mémoire, il va avoir des difficultés attentionnelles ». (P7 L223-225).</p> <p>« Il y a des gens qui refusent, mais parce qu'on leur propose alors qu'ils sont arrivés à un stade de leur maladie où ils estiment, et souvent à juste titre, que malheureusement, ils ont déjà connu x hospitalisations, ils ont déjà eu un parcours quand même assez lourd ». (P8 L203-206).</p> | <p>L'intégration et l'engagement des patients</p> | <p>Les limites de la psychoéducation</p> |
| <p>Freins institutionnels</p> | <p>« On se retrouve avec des équipes soit pas au complet, soit très jeunes, donc pas formés ». (P7 L292 à L293)</p> <p>« Je vois la différence en médecine interne. Il y a des chefs de cliniques qui ne font que de l'éducation thérapeutique. En psychiatrie, on n'y est pas encore. Mais ça commence ». (P7 307-308)</p> | <p>Des freins institutionnels et organisationnels</p> | |

| | | | |
|-------------------------|--|------------------------------------|-----------------------------------|
| | <p>« On a toujours des collègues qui peuvent y croire plus ou moins et il y a une sorte de fatalité des fois, qui est un peu compliquée ». (P1, L128 à L129)</p> | | |
| <p>Anticipation</p> | <p>« Des freins, c'est surtout peut-être de travailler plus en amont. Je pense que les plans de prévention de soins, pour justement travailler plus avec le patient sur qu'est-ce qui pourrait être mis en place ». (P2, L60 à L62)</p> <p>« C'est des fois pas évident, parce que peut-être justement, ils sont encore trop tôt dans leur maladie, alors qu'on se dit, ça serait super, ça pourrait les aider, mais en fait, c'est le bon moment pour nous, mais peut-être pas pour eux ». (P8, L211 à L213)</p> <p>« Il y a eu 2 personnes pour qui on nous a dit, « oui, oui » (...). Quand ils sont arrivés devant nous, ils n'étaient pas au courant, pas prêts. Nous, on n'avait pas anticipé (...) Il y a eu des incompréhensions, des manques de clarté dans l'objectif. » (P6, L153 à L157)</p> | <p>Anticipation et préparation</p> | <p>Les défis et enjeux futurs</p> |
| <p>Gestion de crise</p> | <p>« On m'a demandé de mettre en place le plan de décision partagée qui est un outil qui vise à accompagner les patients dans la gestion des moments de crise » (P10, L49 à L50)</p> | | |

| | | | |
|---------------------|--|------------------------------------|--|
| Formation | <p>« C'est pas un truc qu'on a ou qu'on n'a pas, c'est vraiment un apprentissage. C'est une nouvelle pratique de soins ». (P7 L327 à L328)</p> <p>« Je pense qu'il faut pousser les gens à aller en formation, les infirmiers à aller en formation, en discuter un peu plus. » (P4, L83 à L84)</p> <p>« On a aussi des programmes, enfin, des professionnels qui vont être formés pour les programmes qui existent pour les aidants ». (P8, L261 à L262)</p> | Adaptabilité et formation continue | |
| Pratiques nouvelles | <p>« Vraiment être attentif un peu à ces pratiques nouvelles et ne pas rester sur des trucs d'il y a dix ans. Il faut que ça s'adapte à la société de rue qui va très vite. » (P5, L197 à L198)</p> | | |
| Adaptabilité | <p>« C'est quand même l'idée qu'on les écoute à un moment, d'adapter constamment nos programmes ». (P10, L112 à L113)</p> | | |
| Aidants | <p>« D'ailleurs en général j'ai envie de dire on a intérêt de travailler plus avec les familles, les aidants, peu importe comment on les appelle, qui, quoi, comment, mais parce que c'est eux qui sont au quotidien ». (P1, L119 à L121)</p> | Intégration des aidants | |
| Rôle familial | <p>« Je pense que la famille, les proches aidants, jouent un rôle important et font partie aussi du soin, et il ne faut pas les oublier. ». (P2, L117 à 118)</p> <p>« C'est aussi le rôle de la famille. Il y a des fois, la famille est présente et quand elle n'est pas là,</p> | | |

| | | | |
|----------------------------|---|---|--|
| | <i>tu as du mal avec ton patient. C'est important dans la prise en soins ». (P4, L64 à L66)</i> | | |
| Pro-grammes aidants | <i>« Il y a aussi des programmes spécifiques d'éducation thérapeutique pour les aidants. On fait aussi pour les aidants, donc ça permet aussi peut-être de faire émerger un besoin aussi pour les proches qui sont des fois en difficulté » (P8, L174 à L176)</i> | | |
| Stigmatisation | <p><i>« (...) l'objectif du groupe, c'est aussi de...ça aide aussi à la déstigmatisation ». (P8, L161 à L162)</i></p> <p><i>« On propose un programme qui permet de travailler sur l'autostigmatisation ». (P8, L131 à L132)</i></p> <p><i>« Quand on évalue aussi l'internalisation de la stigmatisation, on voit qu'ils sont conscients de ce processus-là ». (P7, L345 à L346)</i></p> | Stigmatisation et adhésion aux soins | |

ANNEXES

- Annexe 1 : Note d'information et consentement des participants à l'étude
- Annexe 2 : Grille COREQ

Annexe 1 : Note d'information et consentement des participants à l'étude



« La psychoéducation dans l'amélioration des soins aux personnes atteintes de trouble bipolaire »

Étude multicentrique auprès des professionnels de santé mentale.

À l'attention des participant(e)s,

Vous êtes invité(e) à participer à une étude menée par Angela VERA, infirmière diplômée d'État et actuellement étudiante à l'Université de Lille, dans le cadre de la réalisation de son mémoire de fin d'études de la formation Infirmière en Pratique Avancée, mention Psychiatrie et Santé Mentale et sous la direction de Mme la Docteure Maéva MAGNAT, en codirection avec M. le Docteur Valentin COUESNON.

- **Objectif de l'étude :** Ce travail de recherche qualitative, multicentrique, vise à explorer l'efficacité de l'intégration de la psychoéducation dans l'accompagnement des patients bipolaires, du point de vue des professionnels impliqués dans le parcours de soins des personnes diagnostiquées par un trouble bipolaire.
- **Contextualisation du sujet de recherche :** La maladie mentale est une préoccupation majeure en termes de santé publique, affectant la vie de millions de personnes à travers le monde. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, les troubles mentaux figurent parmi les dix principales causes de handicap à l'échelle globale. Actuellement, le trouble bipolaire de l'humeur est parmi les troubles psychiatriques prévalents. Les conséquences de ce trouble sont significatives pour le quotidien des personnes qui en souffrent tout comme pour celui de leur entourage, ayant un impact significatif sur la qualité de vie des individus influençant leur fonctionnement social, professionnel et familial, raison pour laquelle l'accompagnement des personnes qui en souffrent représente un défi de taille pour les professionnels de la santé. Parmi les approches thérapeutiques, outre le traitement médicamenteux, la psychoéducation a émergé comme une stratégie prometteuse qui fait ses preuves dans l'accompagnement des personnes affectées par un trouble psychiatrique.
- **Déroulement de l'étude :** Vous êtes invité à participer à cette étude en acceptant d'échanger lors d'un entretien semi-directif d'une durée de 30 à 40 minutes, en présentiel ou à distance via Zoom ou Teams.
- **Critères d'inclusion des participants :** La population à partir de laquelle se fera la collecte de données comprend les critères suivants :
 - ✓ Professionnel de la santé.
 - ✓ Exercer en établissement de santé mentale.

- ✓ Localisation dans les régions des Hauts-de-France ou de l'Île-de-France.
- ✓ Avoir une expérience auprès d'un public adulte et des personnes affectées par un trouble bipolaire.
- ✓ Mobiliser l'approche psychoéducative dans la pratique.

- **Critères d'exclusion :**
 - ✗ Exercer dans un service non dédié à la psychiatrie et à la santé mentale.
 - ✗ Travailler dans des régions autres que les Hauts-de-France ou l'Île-de-France.
 - ✗ Absence d'expérience auprès du public adulte.
 - ✗ Absence d'expérience dans le suivi des personnes affectées par un trouble bipolaire.
- **Terrain d'investigation :** des établissements des Hauts-de-France et d'Île-de-France prodiguant des soins en psychiatrie et santé mentale. Il s'agit des lieux qui proposent la psychoéducation à travers une approche pluridisciplinaire.
- **Recueil des données et confidentialité :** Les données recueillies seront traitées de manière entièrement confidentielle. Tout nom propre ou lieu cité lors des entretiens sera modifié lors de la retranscription afin de veiller à l'anonymisation des données. L'enregistrement de chaque entretien sera immédiatement détruit après sa retranscription. Pour faciliter le travail d'analyse, l'entretien sera enregistré à partir d'un enregistreur vocal. L'enregistrement audio sera détruit dès la transcription de l'entretien. Lors de la transcription, vous serez désigné par un nom fictif de manière telle que les données restent confidentielles. Votre nom et votre prénom n'apparaîtront jamais dans l'étude. Conformément au Règlement Général sur la Protection des Données du 25/05/18, l'ensemble des écrits du mémoire ne permettra pas de vous identifier. Angela VERA sera la seule personne à pouvoir lier les données de l'entretien à votre identité. L'ensemble des fichiers sera stocké sur un ordinateur protégé par un mot de passe, sans citer l'identité des participants. Vous êtes entièrement libre de participer ou non à cette étude. Si vous acceptez, vous aurez le droit de ne pas répondre à certaines questions et de mettre fin à l'entretien, sans qu'aucun préjudice soit causé. Si vous avez des questions concernant cette étude, vous pouvez prendre contact par e-mail : angela.vera.etu@univ-lille.fr, ou par téléphone au XX.XX.XX.XX.XX

Angela VERA

J'ai lu et compris ce formulaire et ce que l'on me demande de réaliser dans le cadre de cette étude.

J'accepte librement d'y participer.

Identifiant du participant : **AV-01- (PN°)**

Date et signature du participant :

Annexe 2 : Grille COREQ

Domaine 1 : Équipe de recherche et de réflexion

| <i>Caractéristiques personnelles</i> | | |
|--------------------------------------|--|---|
| 1. <i>Enquêteur/animateur</i> | Quel(s) auteur(s) a (ont) mené l'entretien individuel | Angela VERA |
| 2. <i>Titres académiques</i> | Quels étaient les titres académiques du chercheur ? | IDE |
| 3. <i>Activité</i> | Quelle était leur activité au moment de l'étude ? | Infirmière secteur psychiatrie et santé mentale |
| 4. <i>Genre</i> | Le chercheur était-il un homme ou une femme ? | Femme |
| 5. <i>Expérience et formation</i> | Quelle était l'expérience ou la formation du chercheur ? | Infirmière en Pratique Avancée |

| <i>Relations avec les participants</i> | | |
|--|---|---|
| 6. <i>Relation antérieure</i> | Enquêteur et participants se connaissaient-ils avant le commencement de l'étude ? | 1 participant oui 9 participants non |
| 7. <i>Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur</i> | Que savaient les participants au sujet du chercheur ? | Objectifs personnels et académiques |
| 8. <i>Caractéristiques de l'enquêteur</i> | Quelles caractéristiques ont été signalées au sujet de l'enquêteur/animateur ? | Profession Formation en cours |

Domaine 2 : Conception de l'étude

| <i>Cadre théorique</i> | | |
|---|---|---|
| 9. <i>Orientation méthodologique et théorie</i> | Quelle orientation méthodologique a été déclarée pour étayer l'étude ? | Méthode qualitative, analyse thématique inductive |
| <i>Sélection des participants</i> | | |
| 10. <i>Échantillonnage</i> | Comment ont été sélectionnés les participants ? échantillonnage dirigé, de convenance, consécutif, par effet boule-de-neige | Échantillonnage dirigé |
| 11. <i>Prise de contact</i> | Comment ont été contactés les participants ? | Face à face et par mail |
| 12. <i>Taille de l'échantillon</i> | Combien de participants ont été inclus dans l'étude ? | 10 |

| | | |
|--|---|---|
| <i>13. Non-participation</i> | Combien de personnes ont refusé de participer ou ont abandonné ? Raisons ? | 0 |
| Contexte | | |
| <i>14. Cadre de la collecte de données</i> | Où les données ont-elles été recueillies ? Par exemple : domicile, clinique, lieu de travail | Lieu de travail |
| <i>15. Présence de non-participants</i> | Y avait-il d'autres personnes présentes, outre les participants et les chercheurs ? | Un étudiant IPA présent lors d'un entretien |
| <i>16. Description de l'échantillon</i> | Quelles sont les principales caractéristiques de l'échantillon ? Par exemple : données démographiques, date | Pluridisciplinarité Professionnels de la santé mentale |
| Recueil des données | | |
| <i>17. Guide d'entretien</i> | Les questions, les amorces, les guidages étaient-ils fournis par les auteurs ? Le guide d'entretien avait-il été testé au préalable ? | Oui |
| <i>18. Entretiens répétés</i> | Les entretiens étaient-ils répétés ? Si oui, combien de fois ? | Non |
| <i>19. Enregistrement audio/visuel</i> | Le chercheur utilisait-il un enregistrement audio ou visuel pour recueillir les données ? | Oui |
| <i>20. Cahier de terrain</i> | Des notes de terrain ont-elles été prises pendant et/ou après l'entretien individuel ? | Oui |
| <i>21. Durée</i> | Combien de temps durent les entretiens individuels ? | 30-45 minutes |
| <i>22. Seuil de saturation</i> | Le seuil de saturation a-t-il été discuté ? | Oui |
| <i>23. Retour des retranscriptions</i> | Les retranscriptions d'entretien ont-elles été retournées aux participants pour commentaire et/ou correction ? | Non |

Domaine 3 : Analyse et résultats

| <i>Analyse des données</i> | | |
|---|---|--------------------|
| <i>24. Nombre de personnes codant les données</i> | Combien de personnes ont codé les données ? | 1 |
| <i>25. Description de l'arbre de codage</i> | Les auteurs ont-ils fourni une description de l'arbre de codage ? | Tableau explicatif |
| <i>26. Détermination des thèmes</i> | Les thèmes étaient-ils identifiés à l'avance ou déterminés à partir des données ? | A partir des codes |
| <i>27. Logiciel</i> | Quel logiciel, le cas échéant, a été utilisé pour gérer les données ? | - |
| <i>28. Vérification par les participants</i> | Les participants ont-ils exprimé des retours sur les résultats ? | Non |
| <i>Rédaction</i> | | |
| <i>29. Citations présentées</i> | Des citations de participants ont-elles été utilisées pour illustrer les thèmes/résultats ? Chaque citation était-elle identifiée ? Par exemple : numéro de participant | Oui |
| <i>30. Cohérence des données et des résultats</i> | Y avait-il une cohérence entre les données présentées et les résultats ? | Oui |
| <i>31. Clarté des thèmes principaux</i> | Les thèmes principaux ont-ils été présentés clairement dans les résultats ? | Oui |
| <i>32. Clarté des thèmes secondaires</i> | Y a-t-il une description des cas particuliers ou une discussion sur des thèmes secondaires ? | Oui |

TABLE DES MATIÈRES

| | |
|--|-----------|
| REMERCIEMENTS | A |
| AVERTISSEMENT | B |
| SOMMAIRE | C |
| GLOSSAIRE | D |
| INTRODUCTION GÉNÉRALE | 1 |
| I. INTRODUCTION | 2 |
| 1. Du constat expérientiel au questionnement professionnel | 2 |
| 1.1 Le trouble bipolaire et les enjeux actuels de la prise en soins | 2 |
| 2. Le trouble bipolaire de l’humeur : généralités | 5 |
| 2.1 Historique et définition du trouble bipolaire | 5 |
| 2.2 Sémiologie et caractérisation du trouble bipolaire..... | 6 |
| 2.3 Epidémiologie et impact social du trouble bipolaire | 8 |
| 2.4 Les traitements médicamenteux et ses limites | 10 |
| 3. La psychoéducation comme approche thérapeutique | 11 |
| 3.1 La pluridisciplinarité dans la démarche psychoéducative : une synergie vers un plan de rétablissement holistique | 13 |
| 4. Psychoéducation et trouble bipolaire : l’offre de soins existante..... | 15 |
| 4.1 Les programmes psychoéducatifs..... | 15 |
| 4.2 Les Hauts-de-France et Île-de-France : deux territoires avec des caractéristiques similaires..... | 16 |
| 5. Fondements du choix du sujet d’étude..... | 17 |
| II. MÉTHODOLOGIE | 18 |
| 1. Choix de la méthodologie de recherche qualitative multicentrique..... | 18 |
| 2. Choix de l’échantillonnage | 18 |
| 2.1 La population ciblée | 18 |
| 2.2 Les terrains d’investigation..... | 19 |
| 3. L’outil méthodologique..... | 19 |
| 3.1 Le guide d’entretien semi-directif..... | 20 |
| 3.2 Aspects éthiques de l’étude | 20 |
| 3.3 Matériel nécessaire | 21 |
| 4. Méthode d’analyse thématique inductive | 21 |
| 4.1 Transcription des données : | 22 |
| III. RÉSULTATS ET ANALYSE DES DONNÉES | 23 |

| | | |
|------------|--|-----------|
| 1. | Recensement des participants | 23 |
| 2. | Présentation et analyse des données démographiques | 23 |
| 3. | Présentation et analyse thématique inductive des données qualitatives | 26 |
| 3.1 | Les fondements de la psychoéducation..... | 27 |
| 3.2 | L'intégration de la pratique psychoéducative | 28 |
| 3.3 | L'impact perçu par les professionnels interrogés | 29 |
| 3.4 | Les limites de la psychoéducation | 31 |
| 3.5 | Les défis et enjeux futurs de la psychoéducation..... | 32 |
| 4. | Analyse générale des thèmes abordés..... | 34 |
| 4.1 | Consensus sur l'objectif principal de l'approche psychoéducative malgré les divergences dans la définition | 34 |
| 4.2 | Une pratique cadrée par des programmes spécifiques... Mais aussi une approche intégrée dans la pratique quotidienne | 35 |
| 4.3 | Une approche préventive | 35 |
| IV. | DISCUSSION..... | 37 |
| 1. | Relation entre les résultats et la question de recherche..... | 37 |
| 2. | Analyse croisée avec la littérature existante | 37 |
| 2.1 | La psychoéducation : des connaissances solides pour une pratique efficace..... | 38 |
| 2.2 | Des stratégies et des approches variées pour l'intégration de la pratique psychoéducative..... | 38 |
| 2.3 | Une amélioration constatée dans la gestion de la maladie et le bien-être..... | 38 |
| 2.4 | La psychoéducation dans une approche préventive : se préparer aux enjeux de demain 39 | |
| 3. | Implications théorico-pratiques..... | 40 |
| 4. | Perspectives à explorer..... | 40 |
| 4.1 | La lutte contre la stigmatisation : un sujet qui demeure d'actualité..... | 40 |
| 4.2 | L'empowerment par l'approche transdiagnostique dans l'amélioration des soins .. | 41 |
| 4.3 | De la pluridisciplinarité à la metadisciplinarité | 41 |
| 4.4 | La formation des professionnels | 42 |
| 4.5 | La parole des usagers | 42 |
| 5. | Limites et forces de l'étude | 43 |
| 5.1 | Limites de l'étude..... | 43 |
| 5.2 | Forces de l'étude | 43 |
| 6. | Projection dans la pratique avancée | 44 |
| 6.1 | Modélisation de l'intégration de la psychoéducation dans le parcours du patient... | 45 |
| 6.2 | Proposition d'un plan d'action à partir des résultats obtenus | 46 |

| | |
|--|-----------|
| CONCLUSION..... | 49 |
| RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES..... | E |
| TABLEAUX | H |
| Tableau 1 : Guide d’entretien semi-directif utilisé pour l’étude et objectif ciblé pour chaque question | H |
| Tableau 2 : Recensement des personnes ayant participé à cette étude par profession et lieu d’exercice. | I |
| Tableau 3 : Recueil des données démographiques de la population interviewée. | J |
| Tableau 4 : Présentation des données démographiques | K |
| Tableau 5 : Identification des thèmes et des sous-thèmes après codage à partir des citations des verbatims. | L |
| ANNEXES..... | U |
| Annexe 1 : Note d’information et consentement des participants à l’étude..... | V |
| Annexe 2 : Grille COREQ..... | X |
| TABLE DES MATIÈRES | |
| RÉSUMÉ / ABSTRACT | |

RÉSUMÉ

Titre : « La psychoéducation dans l'amélioration des soins aux personnes affectées par un trouble bipolaire. Étude multicentrique auprès des professionnels de la santé mentale. »

Mots clés : Psychoéducation, trouble bipolaire, pluridisciplinarité, empowerment du patient, approche préventive, pratique avancée.

Objectif : L'étude vise à recueillir les perceptions des professionnels de la santé mentale au sujet de la psychoéducation et comment celle-ci améliore les soins apportés aux personnes affectées par un trouble bipolaire.

Méthode : Étude qualitative multicentrique, se basant sur des entretiens semi-directifs auprès des professionnels de diverses disciplines, exerçant dans le domaine de la santé mentale adulte, dans les régions des Hauts-de-France et Ile-de-France. Les données sont analysées par une méthode thématique inductive.

Résultats : La psychoéducation aide les usagers à mieux comprendre le trouble, à gérer le quotidien, à prévenir les rechutes. L'intégration des aidants ainsi que l'approche pluridisciplinaire est essentielle.

Conclusion : La psychoéducation demeure essentielle dans l'accompagnement des personnes affectées par un trouble bipolaire, agissant à la fois comme une pratique et une posture. Son intégration précoce et continue tout au long du parcours de soins permet une amélioration de la qualité de vie des personnes concernées. Les Infirmiers en Pratique Avancée jouent un rôle important dans la promotion de cette approche.

ABSTRACT

Title: " Psychoeducation in improving care for people affected by bipolar disorder. A multicentric study among mental health professionals."

Keywords : Psychoeducation, bipolar disorder, multidisciplinary, patient empowerment, preventive approach, advanced practice.

Purposes : This study aims to collect the perceptions of mental health professionals about psychoeducation and how it improves the care provided to people affected by bipolar disorder.

Method : Multicenter qualitative study, based on semi-structured interviews with professionals from various disciplines, working in the field of adult mental health, in the Hauts-de-France and Ile-de France regions. The data are analyzed using an inductive thematic method.

Results : Psychoeducation helps users to better understand the disorder to manage daily life, and to prevent relapses. The integration of caregivers as well as a multidisciplinary approach is essential.

Conclusion : Psychoeducation remains essential in supporting people affected by bipolar disorder, acting as both a practice and a posture. Its early, and continuous integration throughout the care pathway allows an improvement in the quality of life of the people concerned. Advanced Practice Nurses play an important role in promoting this approach.

Directeurs de mémoire : Mme. la Docteure Maéva MAGNAT et M. le Docteur Valentin COUESNON