

Mémoire d'initiation à la recherche

---

**Ergothérapie et pair-aidance : vers la réinsertion  
professionnelle**

Florette BAUMONT

N° étudiant : E 21/02

Promotion : 2021-2024

Sous la direction de TERE Marion

Année universitaire : 2023-2024

## Table des matières

INTRODUCTION.....	1
CADRE CONCEPTUEL .....	3
I. Le rétablissement.....	3
A. Définition .....	3
B. Les étapes du rétablissement.....	3
C. Les sphères du rétablissement.....	4
D. Les éléments clés.....	5
E. Reprise professionnelle et rétablissement .....	6
II. La pair-aidance .....	7
A. Savoir expérientiel.....	7
B. Pair-aidant au sein des associations d’usagers .....	8
C. Bénéfice des pair-aidants dans le système de soin.....	9
III. La réinsertion professionnelle chez les personnes avec un trouble psychique .....	10
A. Contexte .....	10
B. Les déterminants de la réinsertion professionnelle .....	10
IV. Le Médiateur de Santé Pair :.....	12
A. Formation .....	12
B. Dimensions favorables sur le rétablissement des MSP .....	13
C. Dimensions défavorables au rétablissement des MSP .....	14
V. Ergothérapie en santé mentale.....	16
A. Définition .....	16
B. Ergothérapie et rétablissement .....	16
C. La réhabilitation psychosociale :.....	17
D. MOH.....	18
1) L’Être.....	19
1.1) Habituation .....	19

1.2)	Capacité de rendement.....	19
1.3)	Volition .....	19
2)	Les troubles volitionnels .....	20
3)	Le processus de remotivation.....	21
3.1)	La phase de l’exploration.....	21
3.2)	La phase de compétence .....	21
3.3)	La phase d’accomplissement .....	21
VI.	Processus de problématisation : .....	23
	PROBLÉMATIQUES ET HYPOTHÈSES .....	25
	DISPOSITIF MÉTHODOLOGIQUE .....	26
I.	Méthodologie de recherche .....	26
A.	Méthode qualitative.....	26
B.	Approche .....	27
C.	Population de recherche .....	28
1)	L’échantillonnage.....	28
2)	Prise de contact .....	28
3)	Présentation de l’échantillon.....	29
D.	Technique et outils de recueil de données empiriques : .....	29
1)	Le choix de la technique .....	29
2)	Le choix de l’outil.....	30
II.	Objectivité et éthique du chercheur.....	31
	ANALYSE DES RÉSULTATS.....	33
I.	Le dispositif d’analyse des résultats.....	33
II.	L’analyse verticale.....	34
III.	L’analyse horizontale.....	39
A.	Les soins orientés rétablissement : la réhabilitation psycho-sociale .....	39
B.	La pair-aidance et les Médiateurs de Santé Pair.....	39

C.	L'accompagnement à la réinsertion professionnelle par l'ergothérapeute .....	41
D.	Utilisation du MOH et du processus de remotivation .....	42
E.	L'accompagnement ergothérapique et les rôles .....	44
F.	Validation ou réfutation des hypothèses .....	44
1)	Retour sur la première hypothèse.....	45
2)	Retour sur la deuxième hypothèse .....	45
	DISCUSSION .....	46
I.	Nouveaux apports théoriques .....	46
A.	La collaboration interprofessionnelle.....	46
B.	Les partenaires à la réinsertion professionnelle .....	47
II.	Limites et biais de la recherche .....	48
A.	Biais de la recherche .....	48
B.	Limites de la recherche .....	49
III.	Perspectives .....	49
	CONCLUSION .....	51
	REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES .....	53
	ANNEXES .....	61

*« La sagesse demande que nous entrions de tout cœur dans la relation avec cet être humain, dans le but de le comprendre ainsi que de comprendre son expérience. Seulement, serons-nous capables d'aider d'une façon qui sera vécue comme aidante ? »*

*Patricia Deegan*

## Remerciements

*Je tiens premièrement à remercier Marion TERE, ma maître de mémoire. Merci pour ton accompagnement, tes conseils et ton soutien tout au long de cette recherche et de cette année.*

*Je tiens également à remercier les ergothérapeutes ayant contribué à cette recherche, merci pour votre temps et votre partage d'expérience.*

*Merci à l'équipe pédagogique de l'IFE, merci pour votre présence, vos conseils et votre accompagnement si bienveillant durant ces trois années.*

*Merci à mes parents et à mes sœurs. Merci d'avoir été là et de m'avoir accompagnée dans ma construction professionnelle. Un merci particulier à Noëlie, pour sa relecture et ses encouragements.*

*Merci à la promo, merci d'avoir été là, si soudée et bienveillante. Avoir découvert l'ergothérapie à vos côtés fut un plaisir de tous les jours.*

*Merci à mes amies, merci à vous quatre d'avoir été la plus grande source de joie de ces trois ans.*

## Glossaire

**ANFE** : Association Nationale Française des Ergothérapeutes

**ARS** : Agence Régionale de Santé

**CCOMS** : Centre Collaborateur de l'Organisation Mondiale de la Santé

**DU** : Diplôme Universitaire

**ENOTHE** : European Network of Occupational Therapy in Higher Education

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

**ETP** : Education Thérapeutique du Patient

**GEM** : Groupe d'Entraide Mutuelle

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

**MSP** : Médiateur de Santé Pair

**UMD** : Unité pour Malade Difficile

**UNAFAM** : Union Nationale de Familles et Amis de personnes Malades et/ou handicapées psychiques



**PRÉFET  
DE LA RÉGION  
NORMANDIE**

*Liberté  
Égalité  
Fraternité*

Pôle Entreprise et Solidarités  
Unité certification sociale et paramédicale  
2, place Jean ~~Nouaille~~  
CS 55427  
14054 Caen CEDEX 4

**Direction régionale  
de l'économie, de l'emploi,  
du travail et des solidarités**

**Charte anti-plagiat de la Direction régionale de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités de Normandie**

La Direction Régionale de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités (DREETS) délivre sous l'autorité du Préfet de région les diplômes de travail social et professions de santé non médicales.

Elle est également garante de la qualité des enseignements délivrés dans les dispositifs de formation préparant à l'obtention des diplômes des champs du travail social.

C'est dans le but de garantir la valeur des diplômes qu'elle délivre et la qualité des dispositifs de formation qu'elle évalue que les directives suivantes sont formulées à l'endroit des étudiants et stagiaires en formation.

Article 1 :

« Le plagiat consiste à insérer dans tout travail, écrit ou oral, des formulations, phrases, passages, images, en les faisant passer pour siens. Le plagiat est réalisé de la part de l'auteur du travail (devenu le plagiaire) par ~~l'omission~~ de la référence correcte aux textes ou aux idées d'autrui et à leur source »<sup>1</sup>.

Article 2 :

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

Article 3 :

Le plagiaire s'expose aux procédures disciplinaires prévues au règlement de fonctionnement de l'établissement de formation. En application du Code de l'éducation<sup>ii</sup> et du Code pénal<sup>iii</sup> il s'expose également aux poursuites et peines pénales que la DREETS est en droit d'engager. Cette exposition vaut également pour tout complice du délit.

Article 4 :

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

***Je soussignée Florette Baumont atteste avoir pris connaissance de la charte anti plagiat élaborée par la DREETS de Normandie et de m'y être conformée./***

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

Fait à Rouen Le 22 mai 2024, signature

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

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

<sup>iii</sup> Articles 121-6 et 121-7 du Code pénal.

## **INTRODUCTION**

Ce travail de recherche prend ses origines dans la découverte de la pair-aidance. Lors d'une intervention en deuxième année de formation, une ergothérapeute est venue accompagnée d'une usagère qui a raconté son parcours avec la maladie psychique et qui a évoqué son projet de devenir pair-aidante. Ce fut alors la première fois que nous entendions cette notion : la pair-aidance en santé mentale. Nous avons effectué des recherches pour comprendre ce que cela signifiait. Ainsi, la pair-aidance correspond à la relation entre l'aide offerte par des non professionnels avec des personnes qui partagent la même problématique qu'eux (Castro, 2020). De ce fait, en santé mentale, la pair-aidance correspond au soutien apporté par une personne atteinte d'une maladie grave ou chronique et rétablie, à ses pairs atteints d'une maladie identique ou similaire à la sienne (Vignaud, 2017).

Pour être pair-aidant en santé mentale, deux prérequis s'imposent : expérimenter un trouble psychique et un parcours de rétablissement. Une nouvelle notion apparaissait alors : le rétablissement. Ce dernier peut se définir comme un « processus profondément personnel, unique, de changement des propres attitudes, valeurs, sentiments, objectifs, compétences, et/ou rôles. C'est une manière de vivre une vie satisfaisante, pleine d'espoir et épanouissante, en dépit des limites dues à la maladie » (Anthony, 1993). Le rétablissement est donc un processus continu et dynamique qui engendre de nombreux changements. Dans ce processus, des études ont montré que la reprise professionnelle était une étape décisive de ce dernier (Soulé, 2016).

Ainsi, la question de la reprise professionnelle des usagers avec un trouble psychique s'est posée. De ce fait, nous avons pu voir que le taux de chômage chez les personnes présentant un trouble psychique est particulièrement élevé puisqu'il serait de 80% concernant les personnes avec un trouble psychotique et 70% tout diagnostic confondu (Soulé, 2016). Cependant, d'autres études ont montré une faible corrélation entre les symptômes, les troubles cognitifs et le retentissement fonctionnel (Patchoud et al., 2009). Nous nous sommes de ce fait interrogés sur la place de l'ergothérapie dans ce processus.

Suite à cette réflexion, nous avons pu émettre un questionnement de départ :

**Comment l'ergothérapeute peut-il accompagner un usager avec un trouble psychique dans la reprise professionnelle ?**

Pour amorcer notre réflexion sur cette recherche, nous débuterons par examiner les concepts liés à notre question de départ, en nous appuyant sur la littérature existante. Cette étape de conceptualisation nous permettra de définir une problématique et de formuler des hypothèses de recherche. Ensuite, nous élaborerons une méthodologie de recherche afin de répondre à cette problématique et d'assurer la rigueur scientifique de notre démarche. Les données empiriques que nous recueillerons seront analysées, et nous discuterons des résultats obtenus afin de confirmer ou infirmer les hypothèses établies. Enfin, dans la dernière partie, nous examinerons les nouveaux apports, les limites, les biais et les perspectives de cette recherche.

## CADRE CONCEPTUEL

### I. Le rétablissement

#### A. Définition

Le rétablissement, traduit de l'anglais « *recovery* », a pris racine dans les pays anglo-saxons dans les années quatre-vingt. Ce mouvement prend ses origines auprès de personnes présentant un trouble psychique et souhaitant revendiquer un avenir plus radieux que celui prédit par les psychiatres. Ces personnes ont donc souhaité reprendre le contrôle sur leur vie et leur avenir.

De ce mouvement est alors né le rétablissement. Pour le définir au mieux, il semble important d'écouter la parole des usagers ayant expérimenté un parcours de rétablissement. Il existe ainsi plusieurs récits de rétablissement et de définitions.

De cette manière, W. Anthony, un usager à l'origine du mouvement, décrit le rétablissement comme un « processus profondément personnel, unique, de changement des propres attitudes, valeurs, sentiments, objectifs, compétences, et/ou rôles. C'est une manière de vivre une vie satisfaisante, pleine d'espoir et épanouissante, en dépit des limites dues à la maladie. » (Anthony, 1993)

Patricia Deegan, également une des personnes présentant un trouble psychique, pionnière de ce mouvement, évoque un « processus de transformation dans lequel l'ancien soi s'éloigne progressivement et où un nouveau sens du soi émerge » (Deegan, 2002). De plus, elle aborde un point intéressant en disant « c'est en acceptant ce que je ne peux pas faire ou être que je découvre ce que je peux être et ce que je peux faire » (Deegan, 2002). Elle aborde ici la notion de découverte, qui peut alors se mettre en lien avec la notion de changement évoquée plus haut. En effectuant « une transformation », il paraît alors naturel d'aborder la découverte de ce « nouveau sens de soi ».

#### B. Les étapes du rétablissement

En abordant le rétablissement comme un processus, des étapes ont alors pu être définies. Cinq phases ont été établies par Andresen et. al en 2005.

Premièrement, la phase dite **moratoire** est caractérisée par le déni de la maladie, la confusion identitaire, le retrait social et le désespoir. Cette étape est également marquée par la souffrance psychique dû à la symptomatologie souvent très présente.

Vient par la suite la **prise de conscience** qu'un futur meilleur est possible et peut se définir autrement que par la maladie. Cette phase est donc caractérisée par le retour de l'espoir d'une vie meilleure.

La troisième phase, dite de **préparation**, est le premier pas vers le rétablissement. C'est durant cette étape que l'usager se différencie de la schizophrénie, ou du moins qu'il peut faire la différence entre « être schizophrène » et « avoir la schizophrénie » (Koenig-Flahaut, M., et. Al, 2011). Il reconnaît ainsi ses propres forces et valeurs, développe ses habiletés et s'identifie à ses pairs. Le comparatif avec la schizophrénie permet ici de mieux comprendre cette étape de mise à distance avec la maladie. Il est alors important de rappeler que le processus de rétablissement n'est pas spécifique à une pathologie. Toute personne présentant un trouble psychique, quel qu'il soit, peut expérimenter un processus de rétablissement.

La quatrième étape est appelée la **reconstruction**. C'est durant cette étape que les objectifs de vie peuvent être établis, que l'usager reconstruit une identité positive et devient réellement acteur de sa prise en soin, en lien avec l'*empowerment*.

Finalement, la phase de **croissance** correspond à une perception positive de soi, un retour du sens donné à la vie, à la résilience et à la capacité de gérer sa maladie. C'est la dernière étape du rétablissement.

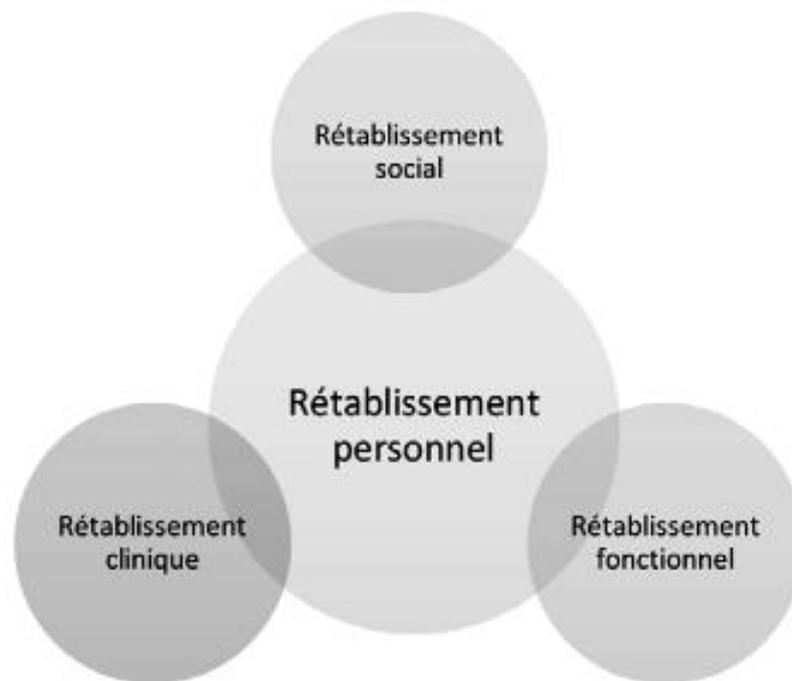
### **C. Les sphères du rétablissement**

Lors des différents témoignages, nous remarquons que le rétablissement entraîne un changement des attitudes, des valeurs, des compétences et des rôles. Nous réalisons alors que le rétablissement englobe toutes les dimensions de la vie. Ainsi, quatre concepts du rétablissement ont été définis : le rétablissement social, clinique, fonctionnel et personnel (Andresen et al., 2006).

Le rétablissement social correspond à l'autonomie en termes de logement et de revenu ainsi qu'à la reprise professionnelle, dans l'objectif d'une meilleure intégration dans la société.

Le rétablissement clinique, qui correspond à la rémission symptomatique, est en étroit lien avec le rétablissement fonctionnel, qui correspond lui à la capacité à se saisir de ses capacités, connaître ses limites pour affronter les situations et éviter les rechutes. En stabilisant les symptômes, la mobilisation des habiletés fonctionnelles est alors favorisée.

Enfin, au centre, en interaction avec ces trois sphères, nous retrouvons le rétablissement personnel. Ce dernier, qui est une notion subjective, est l'objectif final du rétablissement. Il correspond à la restauration du sens de l'existence et d'une qualité de vie satisfaisante. Étant un processus subjectif, le rétablissement personnel ne peut être expérimenté que par la personne vivant ce processus. Elle est donc la seule décisionnaire de l'atteinte de cette étape.



*Figure 1. Frank, 2017, adapté de Van der Stel, 2012*

#### **D. Les éléments clés**

Au travers des différents récits de rétablissement, nous remarquons des points communs au processus de rétablissement. Outre les différentes étapes traversées, certains points semblent se recouper.

Premièrement, c'est la notion d'espoir qui apparaît comme le facteur déclenchant du rétablissement. C'est souvent lui qui disparaît en premier à l'annonce du diagnostic : « Vous êtes fini. Votre proche est fini. Votre proche ne pourra plus jamais travailler, avoir une vie sociale ou sentimentale. » (Vigneault, 2014). Nous comprenons ainsi que le retour de cette notion d'espoir et d'avenir qui se dessine est une notion essentielle du rétablissement. C'est ce retour qui permet son déclenchement (Durand, 2019).

Par la suite, reprendre le contrôle sur son identité et sur sa personne apparaît essentiel.

Patricia Deegan explique qu'à l'issue de son parcours de rétablissement « Mon nom plutôt que mon diagnostic a repris sa place légitime au centre de ce que je suis. » (Deegan, 2002). Luc Vigneault aborde lui l'importance de « se voir comme une personne et non pas comme une maladie » dans le processus de rétablissement. Il est également important que la société et l'entourage voient « la personne et non uniquement le diagnostic et les symptômes » (Woodward, 2010). Cette double reconnaissance, de soi et de l'entourage, apparaît alors comme soutenant le processus.

Pour finir, la notion d'*empowerment*, traduit en français par le « pouvoir d'agir » par soi-même, est également souvent évoquée. Tous ont repris le pouvoir sur leur vie, ont augmenté leur niveau d'investissement dans leurs choix de vie et dans les actions menées au fur et à mesure de l'avancée de leur parcours. L'*empowerment* passe alors par l'acquisition d'habiletés et de capacités permettant l'action et l'engagement dans des projets porteurs de sens pour la personne (Deutsch, 2015). Afin de développer ces habiletés, les usagers peuvent avoir recours au service de santé mentale.

### **E. Reprise professionnelle et rétablissement**

Le rétablissement entraîne donc des changements, des transformations et même l'acquisition de nouvelles habiletés. Nous pouvons donc venir interroger la place de la reprise professionnelle dans ce processus.

Premièrement, la littérature sur le rétablissement considère la réinsertion professionnelle comme une étape décisive du processus (Soulé, 2016). En effet, le travail permet alors de lutter contre l'isolement en favorisant la participation sociale et économique. Une étude a également montré que pour une majorité de Français, le travail est un refuge et une source de dignité (Soulé, 2016). De plus, l'inactivité durable à l'âge adulte peut engendrer de nombreux états mentaux négatifs tels que l'apathie, le désespoir ou encore le sentiment d'être insignifiant ou inutile au monde (Soulé, 2016). Finalement, « exercer une activité professionnelle compte parmi les critères objectifs du rétablissement, mais en constitue surtout un des moyens privilégiés » (Pachoud, 2017).

Ainsi, afin de valoriser ce parcours de rétablissement (et l'acquisition de nouvelles habiletés par exemple) lors d'une reprise professionnelle, l'utilisateur peut se tourner vers la pair-aidance.

## **II. La pair-aidance**

La pair-aidance est basée sur la relation de l'aide offerte par des non-professionnels à des personnes avec lesquelles ils partagent la même problématique (Castro, 2020). Elle repose sur l'entraide entre personnes souffrant ou ayant souffert d'une même maladie (Centre ressource réhabilitation, s.d.)

Ainsi, les pair-aidants partagent avec les aidés les mêmes préoccupations et ont les mêmes caractéristiques (Embuldeniya et al. 2013 ; Vignaud, 2017). De ce fait, en santé mentale, la pair-aidance correspond au soutien apporté par une personne atteinte d'une maladie grave ou chronique et rétablie, à ses pairs atteints d'une maladie identique ou similaire à la sienne (Vignaud, 2017). Le pair-aidant est donc amené à partager son expérience de la maladie et de son processus de rétablissement auprès d'usagers afin de les accompagner dans leur propre cheminement. C'est d'ailleurs le partage de ce vécu et de cette expérience qui constitue l'essence même de la pair-aidance.

### **A. Savoir expérientiel**

La pair-aidance se construit sur les bases du savoir expérientiel. En effet, en ayant vécu l'expérience de la maladie, des symptômes et des traitements, les personnes acquièrent alors ce savoir. Les savoirs expérientiels englobent un grand panel de connaissances.

Ils peuvent ainsi aller d'une simple familiarité avec une situation déjà vécue, à une réflexion poussée, systématisée et rigoureuse (Gardien, 2019). Ils peuvent s'exprimer sous la forme de savoir-faire (ajuster sa médication pour réguler ses symptômes), de savoir-être (trouver les bons mots pour rassurer une personne en situation de crise) ou encore de savoir procédural. Le plus souvent, ces derniers sont acquis en vivant avec la maladie et en expérimentant un parcours dans les services de santé mentale et de services sociaux (Borkman, 1990 ; Sévigny, 1993 ; Demailly et Garnoussi, 2015a cité dans Godrie, 2016).

Ainsi, plusieurs dimensions englobant ce savoir ont été définies. Nous y retrouvons l'expérience des troubles de la santé mentale et des symptômes de la maladie, du vécu de l'institution en psychiatrie et des traitements médicaux, de l'intérêt des milieux communautaires, des conséquences sociales liées aux troubles psychiques (stigmatisation, pauvreté, etc.) et finalement le vécu personnel du processus de rétablissement (Godrie, 2016).

Bien que ce savoir expérientiel soit acquis grâce à leur expérience de vie, sa transmission s'acquiert grâce à l'expérience. Les pair-aidants peuvent alors mettre à profit ce savoir expérientiel et le transmettre de différentes manières.

### **B. Pair-aidant au sein des associations d'usagers**

Les pair-aidants peuvent intervenir au sein d'associations d'usagers afin de participer à des groupes de paroles. Ces interventions dans les groupes de paroles ont alors comme objectif principal la transmission de l'espoir. Ils ont également un rôle d'écoute et de conseils.

Parmi ces différentes associations, nous pouvons retrouver le Groupe d'Entraide Mutuelle (GEM). Les GEM sont des associations qui ont été introduites par la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes en situation de handicap psychique. Aujourd'hui, on en dénombre environ 650 sur tout le territoire avec 35 000 adhérents. La particularité du GEM est d'être en autogestion, c'est-à-dire que ce sont les adhérents qui le font vivre et qui participent à son fonctionnement.

Le GEM est avant tout un outil d'insertion et de rencontres. L'objectif premier du GEM est de lutter contre l'isolement et l'exclusion sociale des personnes avec un handicap psychique. Il se base également sur la philosophie du soutien par les pairs (Jaffrin, 2022). Ainsi, les GEM avancent que chaque personne « est experte, de par son expérience, de la maladie » (Jaffrin, 2022). En regroupant des personnes vivant des expériences communes, les GEM visent donc le soutien mutuel et la construction de liens sociaux (Jaffrin, 2022). De ce fait, chaque adhérent peut être amené à endosser un rôle de pair-aidant dans cette association. Des pair-aidants peuvent également intervenir au sein des GEM, dans cette démarche d'entraide, d'écoute et de transmission d'espoir.

Le pair-aidant peut aussi prendre racine dans une autre association, le Clubhouse. Le Clubhouse est une association loi 1901 française, ayant comme objectif la lutte contre la stigmatisation, l'isolement des personnes avec un handicap psychique et la facilitation de leur réinsertion sociale et professionnelle. Les membres du Clubhouse fonctionnent selon le principe de pair-aidance et de cogestion, c'est-à-dire de gestion en collaboration avec l'équipe salariée. (Clubhouse France, s.d.). Le Clubhouse est ainsi centré sur la pair-émulation dans un objectif de réinsertion professionnelle et les usagers peuvent y expérimenter le rôle du pair-aidant. De ce fait, en devenant membre de cette association, les usagers peuvent acquérir de l'expérience concernant le rôle de pair-aidant.

D'autres associations permettent également aux usagers de se confronter à ce rôle de pair-aidant. La Maison Perchée en est un très bon exemple. C'est également une association loi 1901 permettant l'accompagnement de jeunes adultes vivants avec un trouble psychique et basée sur la pair-aidance. Ainsi, les usagers membres peuvent bénéficier de l'accompagnement et de soutien par des pair-aidants. Par ailleurs, les usagers ont la possibilité de devenir pair-aidant et de bénéficier d'une formation. Ils pourront ainsi agir en tant que pair-aidant en remplissant plusieurs missions : co-animateur de groupe de parole, écoutant dans une ligne d'écoute, s'occuper de l'accueil des membres en présentiel ou encore responsable des entretiens d'entrée dans l'association (La Maison Perchée, s.d.).

L'engagement en tant que pair-aidant dans ces différentes associations permet à l'utilisateur de développer de solides compétences concernant la transmission de son savoir expérientiel. Cette expérience pourra alors se révéler utile dans le cadre d'un projet de professionnalisation dans la pair-aidance, notamment dans le système de soin.

### **C. Bénéfice des pair-aidants dans le système de soin**

Les pair-aidants, en plus du milieu associatif, ont également leur place dans le système de soin. Plusieurs études ont aujourd'hui montré la plus-value de l'intégration de la pair-aidance dans ce dernier. (Davidson et al., 1999 ; Davidson et al., 2006; Nelson et al., 2008). D'une part, l'impact sur les usagers des services est majeur. Nous observons ainsi une amélioration de l'accès aux soins et de l'observance du traitement, l'amélioration de leur fonctionnement social et de l'estime d'eux-mêmes ainsi que le développement de leur *empowerment* (« pouvoir d'agir »). Les pair-aidants ont également pu agir en transmettant l'espoir du rétablissement aux usagers, peu importe le stade de la maladie. D'autre part, des effets positifs sur les équipes de soins ont été observés. L'intégration des pair-aidants a permis la diversification et l'amélioration des prises en charge, l'amélioration de l'alliance thérapeutique et des représentations liées aux personnes ayant un trouble psychique. Finalement, des effets positifs ont également été observés chez les pair-aidants eux-mêmes. Ils ont ainsi rapporté une amélioration de leur qualité de vie et une évolution favorable de leur parcours de rétablissement.

Les pair-aidants dans le système de soin peuvent se professionnaliser grâce à un parcours universitaire. Cependant, la réinsertion professionnelle chez les personnes avec un trouble psychique peut s'avérer difficile.

### **III. La réinsertion professionnelle chez les personnes avec un trouble psychique**

#### **A. Contexte**

Chez les personnes présentant un handicap psychique, le taux de chômage est particulièrement élevé. Il serait en effet de 80% concernant les personnes avec un trouble psychotique et de 70% tout diagnostic confondu (Soulé, 2016). Pour autant, la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, où la notion de handicap psychique apparaît pour la première fois, assure que les usagers en santé mentale bénéficient de « mesures de soutien social et de dispositifs médico-sociaux d'aide à l'insertion professionnelle » (Pachoud, 2014).

Par ailleurs, d'autres études ont montré une faible corrélation entre les symptômes, les troubles cognitifs et le retentissement fonctionnel (Pachoud et al., 2009). En effet, « l'évolution symptomatique n'est que faiblement corrélée aux capacités de travail » (Pachoud, 2014).

De même, les capacités cognitives altérées, bien qu'elles aient un impact sur les capacités de travail, ne sont pas suffisantes et ne se présentent pas comme le principal déterminant du retour à l'emploi (Bowie et al., 2010 cité dans Pachoud, 2014).

Ainsi, cela nous amène à penser que ces taux de chômage ne sont pas entièrement imputables aux troubles et à l'incapacité de travailler qu'ils pourraient engendrer. Cela pourrait s'expliquer par la stigmatisation à l'embauche dont les personnes avec un handicap psychique font face, couplé au manque de confiance en eux et en leur capacité (Soulé, 2016). Cependant, d'autres facteurs se doivent d'être étudiés (Pachoud, 2014).

#### **B. Les déterminants de la réinsertion professionnelle**

Plusieurs études ont ainsi été menées afin de déterminer les facteurs facilitants et les freins à l'emploi des personnes avec un trouble psychique.

Premièrement, il est important d'aller interroger le rapport qu'entretient l'utilisateur avec le monde du travail, ses attentes, la valeur qu'il lui porte (Corbière *et al.*, 2002, 2004 ; Charbonneau, 2002 cité dans Pachoud et al., 2009). Ainsi, il a été identifié que l'intérêt porté à l'emploi était un facteur facilitant l'emploi. En effet, tous les participants ayant évalué leur emploi comme étant satisfaisant (Resnick & Bond, 2001 cité dans Williams et al., 2016), intéressant et agréable (Kukla & Bond, 2012 cité dans Williams et al., 2016) ont gardé leur emploi plus longtemps.

Par ailleurs, le facteur motivationnel, qui inclue le « sentiment d'efficacité personnelle » à trouver un emploi, à s'y adapter, à surmonter ses difficultés psychiques (Bandura, 1997 ; Charbonneau, 2002 cité dans Pachoud et al., 2009) doit être pris en compte. De ce fait, des études ont montré que le sentiment de compétence dans l'emploi a également joué un rôle dans le processus de retour à l'emploi (Williams et al., 2016). Ainsi, ces mêmes études démontrent que la motivation à continuer à travailler était renforcée lorsque l'emploi renforçait les capacités des usagers (Auerbach et Richardson, 2005 cité dans Williams et al., 2016).

Par la suite, les enjeux de reconnaissance sociale, d'identité ainsi que les capacités relationnelles doivent s'apprécier. Les études ont montré que lorsque les usagers ont pu identifier des expériences de travail dans lesquels ils se sont sentis en confiance et à leur place, la motivation à travailler s'en trouvait augmentée (Huff et al., 2008 cité dans Williams et al., 2016). Toujours dans cette idée, les conditions de travail ont également joué un rôle dans la durabilité de l'emploi. Ainsi, l'accueil et la relation avec les collègues de travail ont été primordiaux. Les collègues qui se sont montrés tolérants, inclusifs et amicaux (Huff et al., 2008; Secker et Membrey, 2003 cité dans Williams et al., 2016) ont aidé les usagers dans leur intégration (à l'emploi et au lieu de travail).

Ces différentes composantes nous permettent alors d'envisager les différents facteurs de la réinsertion professionnelle et de guider sur l'accompagnement nécessaire des personnes présentant un trouble psychique vers le retour à l'emploi.

De ce fait, lorsqu'une personne présentant un trouble psychique et expérimentant un parcours de rétablissement souhaite une réinsertion professionnelle dans la pair-aidance, elle peut accéder à la formation de Médiateur Santé Pair.

#### **IV. Le Médiateur de Santé Pair :**

Les Médiateurs de Santé Pairs (MSP) sont des usagers ou ex-usagers des services de psychiatrie ayant suivi une formation afin d'intégrer des services de soins en santé mentale, dans une mission de médiation en santé mentale. Les MSP peuvent être définis comme étant des personnes en capacité de travailler, avec une expérience en tant qu'utilisateur des services de santé mentale souhaitant se professionnaliser dans l'aide et la médiation en santé, dans le but d'intégrer les équipes de santé mentale.

Le CCOMS (Centre Collaborateur de l'Organisation Mondiale de la Santé pour la recherche et la formation en santé mentale) de Lille a ainsi lancé en 2012 le programme Médiateur de Santé Pair. Ce programme avait pour but de former et d'accompagner à l'embauche des usagers et ex-usagers de santé mentale, rétablis ou avancés dans leur parcours de rétablissement.

De cette expérimentation, en décembre 2017, une mention Médiateurs de Santé Pairs a été mise en place dans le cadre de la Licence Sciences Sanitaires et Sociales proposée par l'Université Bobigny Paris 13. À ce jour, cinq promotions de 35 MSP ont été diplômées. Une licence professionnelle avec un parcours MSP existe également aujourd'hui à Bordeaux. Depuis début 2023, 150 MSP salariés de structures hospitalières ou médico-sociales en France sont recensés.

L'objectif de ce programme était de mettre en valeur l'expérience vécue (le savoir expérientiel) et la formation des usagers des services de psychiatrie, dans le but de démontrer l'efficacité de la pair-aidance pour les personnes souffrant de troubles psychiques. La spécificité des personnes impliquées dans ce programme réside en effet dans leur statut d'usagers des services de santé mentale ayant un parcours de rétablissement établis, justifiant alors l'utilisation du terme "pair".

##### **A. Formation**

Il existe donc aujourd'hui deux licences de Médiateurs Santé Pairs, à Paris et à Bordeaux. Ces licences proposent un diplôme équivalent à une licence 3.

Pour pouvoir intégrer cette licence, l'ARS (Agence Régionale de Santé) a défini certains critères. Elle précise ainsi la nécessité d'être engagé dans un processus de rétablissement depuis au moins 2 ans. Au niveau des qualifications requises, il est attendu un niveau d'études Bac +2 ou un Bac validé avec la possibilité d'un dossier de validation des acquis professionnels. Afin de candidater à cette formation, il est également attendu un CV et une lettre de motivation.

Concernant la formation en elle-même, cette dernière se déroule en alternance, avec une semaine de cours par mois et un stage sur un lieu de soin (sanitaire ou médico-social). Ainsi, afin de pouvoir postuler et s'engager dans cette licence, il est nécessaire d'avoir trouvé le lieu de stage et d'y être embauché. Cela demande donc à l'utilisateur de s'engager dans un parcours de reprise professionnel, en postulant et en passant des entretiens d'embauche, cela avant-même d'avoir suivi une quelconque formation. L'entrée dans cette licence requiert ainsi un certain nombre de prérequis et une certaine expérience dans la pair-aidance, pouvant faire l'objet d'un suivi ergothérapeutique.

La majorité des cours sont dispensés par d'anciens MSP (des promotions antérieures) et de pair-aidants professionnels (dans le sens où ils n'ont pas eu de formation/diplôme spécifique mais exercent en tant que tel), en binôme avec des enseignants chercheurs et/ou des professionnels de santé. De plus, de nombreux temps sont dédiés aux échanges entre les étudiants, notamment avec des analyses d'expériences et de pratiques, en lien avec leur lieu de stage.

Au niveau du contenu de la formation, le cœur des enseignements correspond à des apports théoriques sur le rétablissement et son processus, ainsi que sur les soins orientés rétablissement (prodigués au sein des lieux d'alternance).

## **B. Dimensions favorables sur le rétablissement des MSP**

Premièrement, en s'engageant dans ce processus de formation et de réinsertion professionnelle, les MSP ont pu sortir de l'isolement et de l'inactivité qu'ils expérimentaient pour la plupart avant leur entrée dans le programme.

Ainsi, la reprise du travail leur a permis une plus grande « sérénité » et un « épanouissement personnel » (Soulé, 2016). Elle favorise également la structuration d'un rythme de vie, en imposant des contraintes vécues comme légitimes qui influent alors une maîtrise de soi et un sentiment d'autocontrôle (Soulé, 2016).

De plus, la réinsertion professionnelle a permis un enrichissement de leurs relations sociales et l'adoption de nouveaux rôles sociaux laissant place à un sentiment d'accomplissement de soi (Soulé, 2016). Dans cette idée d'accomplissement de soi, le travail permet également de s'accomplir au niveau sociétal. En effet, le statut du travailleur permet « de se sentir appartenir et de contribuer utilement à la société » (Soulé, 2016).

Ainsi, cela s'est traduit chez les MSP par la reprise de confiance dans leur capacité à travailler et à se projeter dans une carrière professionnelle (Soulé, 2016).

Dans le cas où l'intégration dans les équipes a été réalisée avec succès et où les MSP ont été reconnus comme des collègues et professionnels à part entière, un impact positif sur le rétablissement a été observé. De fait, en reconnaissant leur professionnalité (en tant que MSP), cela est aussi apparu comme une reconnaissance de leur rétablissement et comme une validation d'un soi « normal » (Soulé, 2016).

Enfin, le MSP ayant une fonction d'aide et de soutien envers les usagers, le retour positif des usagers sur cet accompagnement renforce alors son sentiment d'utilité. De même, la pratique d'une activité en accord avec ses valeurs et son éthique et la prise de plaisir dans le travail amène également à un renforcement du rétablissement.

### **C. Dimensions défavorables au rétablissement des MSP**

Le contexte expérimental des premières promotions de MSP a engendré plusieurs problématiques. Le MSP est un nouveau métier qui a alors « besoin d'identifier ses propres normes, voire ses propres valeurs, sinon sa propre déontologie » (Gross, 2020). Les fiches de postes et la fonction même des MSP sont encore floues et peu connues des équipes. Ainsi, en fonction du lieu d'intégration des MSP et de la préparation de l'équipe à leur arrivée ou non, l'accueil a été inégal. Les MSP ont pu être confrontés à l'incompréhension des soignants concernant leur fonction, allant même parfois jusqu'à l'hostilité de ces derniers quant à leur venue. Leur rôle propre de MSP n'était donc pas toujours reconnu.

De plus, la rigidité des équipes, en plus de ne pas les intégrer, ne leur a parfois pas permis d'exercer leur métier dans les conditions souhaitées et souhaitables.

En effet, certaines équipes considèrent que les MSP ne peuvent être mis en contact qu'avec des usagers présentant la même pathologie qu'eux. Cependant, le CCOMS défend l'idée que le savoir expérientiel peut être commun et généralisable, peu importe le trouble psychique (Sedan et al, 2022), le vécu de l'institution psychiatrique, de la stigmatisation et des traitements étant communs à plusieurs pathologies. Des sentiments de rejet, d'inutilité et même d'incertitude ont alors pu être ressentis par les MSP. Dans certains cas, cela a même pu entraîner une rechute.

Toujours en lien avec le cadre expérimental et nouveau de cette formation, les équipes ont pu remettre en question les compétences et le diplôme des MSP. Leur métier n'étant pas institué ni reconnu à l'heure actuelle, leurs compétences professionnelles ont alors parfois été dénigrées (Soulé, 2016).

Par ailleurs, leur statut d'utilisateur a également pu porter préjudice à leur intégration dans l'équipe. Ils ont ainsi pu être infantilisés et assignés à une identité de malade plutôt que de professionnel (Soulé, 2016).

Pour finir, une différence entre les cours théoriques (notamment sur le rétablissement) et les pratiques des équipes a été relevée. Il leur est enseigné que le rétablissement implique une prise de risque et la notion de suivre ses envies pour l'utilisateur (Sedan et. al, 2022). Cependant, au sein des structures, la politique du zéro risque (concernant aussi bien l'auto que l'hétéro-agression) est actuellement pratiquée. Des méthodes de contraintes et de restrictions de libertés (telles que la médication forcée ou la mise en isolement) sont utilisées, allant contre cette idée de prise de risque nécessaire au rétablissement.

Finalement, pour certains MSP, la proximité avec la pathologie a été trop confrontant et a entraîné un arrêt du programme.

Nous pouvons donc remarquer que malgré les nombreux bénéfices qu'apporte ce programme, certaines limites apparaissent facilement. Il semble alors nécessaire d'anticiper et de proposer un accompagnement à cette formation.

## V. Ergothérapie en santé mentale

### A. Définition

D'après l'Association Nationale Française des Ergothérapeutes, l'objectif de l'intervention de l'ergothérapeute est de résoudre les difficultés du quotidien, de favoriser l'action, de rétablir un rôle social et de permettre une qualité de vie satisfaisante. Le but premier de l'ergothérapeute est alors de permettre aux personnes l'accès et la réalisation de leurs occupations de manière satisfaisante, autonome et sécuritaire (ANFE, s.d.).

Les occupations correspondent à « un groupe d'activités, culturellement dénommées, qui ont une valeur personnelle et socioculturelle et qui sont le support de la participation à la société. » (ENOTHE, 2010). Les occupations peuvent être regroupées selon trois catégories : les soins personnels, le travail et les loisirs.

En santé mentale, l'ergothérapeute agit ainsi grâce à ces principes, accompagner les personnes présentant un trouble psychique dans leurs occupations au quotidien. De plus, les personnes avec un trouble psychique font face à de nombreuses barrières, sociales et personnelles, qui les empêchent de s'engager dans des activités porteuses de sens. Des études ont montré qu'elles consacrent la majorité de leur temps à réaliser des activités passives et solitaires, au détriment d'activités productives (Höhl et al., 2017). Cependant, l'ergothérapeute croit justement que l'engagement dans des activités porteuses de sens est un élément clé du rétablissement d'un trouble psychique (Höhl et al., 2017). C'est pourquoi l'objectif final de ce dernier est de permettre la participation à des occupations significatives sur le plan personnel et social qui soutiennent la santé et le bien-être (Höhl et al., 2017).

Pour cela, l'ergothérapeute peut travailler dans différents types de structure, que ce soit dans le milieu du soin, en intra ou extra hospitalier, mais également au sein de programmes communautaires (Höhl et al., 2017). L'ergothérapeute travaille alors avec l'utilisateur pour développer ses habiletés, l'accompagner sur ses objectifs, en individuel et/ou en groupe, mais également sur son environnement afin de faciliter et promouvoir son intégration dans ce dernier (Höhl et al., 2017).

### B. Ergothérapie et rétablissement

Par ailleurs, les valeurs de l'ergothérapie sont proches de celles portées par le rétablissement. En effet, l'ergothérapeute, par le biais de l'activité, amène la personne à faire ses propres choix afin de construire son futur au-delà de la maladie, rejoignant le principe d'*empowerment*.

De même, il croit que chaque personne est unique et porteuse de forces et de ressources, proposant ainsi un suivi centré sur la personne et non sur la maladie (Gruhl, 2005). Dans cette même idée, l'ergothérapeute prodigue des soins qui ont du sens pour l'utilisateur et qui résonnent avec son identité et ses valeurs. Ces valeurs (ergothérapeutiques) communes avec le rétablissement permettent alors aux usagers de retrouver un sens à leur vie et la reprise d'activités et de rôles qu'ils valorisent (Bélanger, Briand, & Rivard, 2005; Kielhofner, 2007). Ainsi, en aidant la personne à prendre conscience de ses forces et ses limites, l'ergothérapeute l'accompagne progressivement dans son processus de changement (Riou et. al, 2016).

En travaillant communément avec les valeurs du rétablissement, l'ergothérapeute est amené à prodiguer des soins orientés rétablissement : la réhabilitation psychosociale.

### **C. La réhabilitation psychosociale :**

Aujourd'hui, au sein des établissements de santé, le rétablissement des usagers est considéré comme une priorité de santé (Bon, 2018).

Dans cette optique, les usagers peuvent bénéficier de soins orientés rétablissement : la réhabilitation psychosociale. Le Décret n° 2017-1200 du 27 juillet 2017 relatif au projet territorial de santé mentale assure ainsi « l'organisation du parcours de santé et de vie de qualité et sans rupture, notamment pour les personnes souffrant de troubles psychiques graves et s'inscrivant dans la durée, en situation ou à risque de handicap psychique, en vue de leur rétablissement et de leur inclusion sociale ». (Bon, 2018).

La réhabilitation psychosociale vise donc à aider les usagers à développer des compétences et s'appuyer sur leur force, afin de développer une qualité de vie satisfaisante. Plusieurs soins sont proposés grâce à différents professionnels : la thérapie cognitivo-comportementale, la remédiation cognitive, le développement des habiletés sociales, l'éducation thérapeutique et la psychoéducation, le case management et la pair-aidance. Ces principes permettent de soutenir le rétablissement en agissant sur le plan clinique, fonctionnel et social. L'ergothérapeute est donc à même de proposer ces soins dans le cadre de son accompagnement

La réhabilitation psychosociale permet également l'accompagnement des personnes sur leur projet en lien avec leurs objectifs, les rendant actrices de leurs soins et favorisant ainsi l'*empowerment*. De ce fait, tous ces principes soutiennent et sont soutenus par le projet de l'utilisateur qui est au centre de la pratique.

Concrètement, ces différents outils permettent d'offrir un environnement facilitateur au processus de rétablissement, toujours dans l'objectif de permettre aux usagers l'accès à une qualité de vie satisfaisante.

L'ergothérapeute peut également s'appuyer sur des modèles conceptuels dans le but d'enrichir et de structurer sa pratique. Nous allons ainsi aborder le Modèle de l'Occupation Humaine.

## D. MOH

Le Modèle de l'Occupation Humaine (MOH) est un modèle conceptuel développé par Gary Kielhofner, avec comme concept central l'occupation. Selon Kielhofner, l'occupation peut se définir comme « une large gamme d'activités (activités productives, de loisirs et de vie quotidienne) réalisée dans un contexte physique, temporel et socioculturel » (Kielhofner, cité dans Morel-Bracq, 2017).

Le MOH permet donc de comprendre la nature occupationnelle de la personne et ainsi comprendre comment elle choisit, s'engage et réalise les occupations qui ont du sens pour elle. Pour ce faire, trois composantes ont été identifiées : l'Être, l'Agir et le Devenir. Ces trois composantes, elles-mêmes incluant d'autres notions, sont en interaction dynamique avec l'environnement dans lequel se réalise l'occupation. Ainsi, le MOH met en relation plusieurs concepts interactifs, formant une vision globale et dynamique de l'occupation humaine.

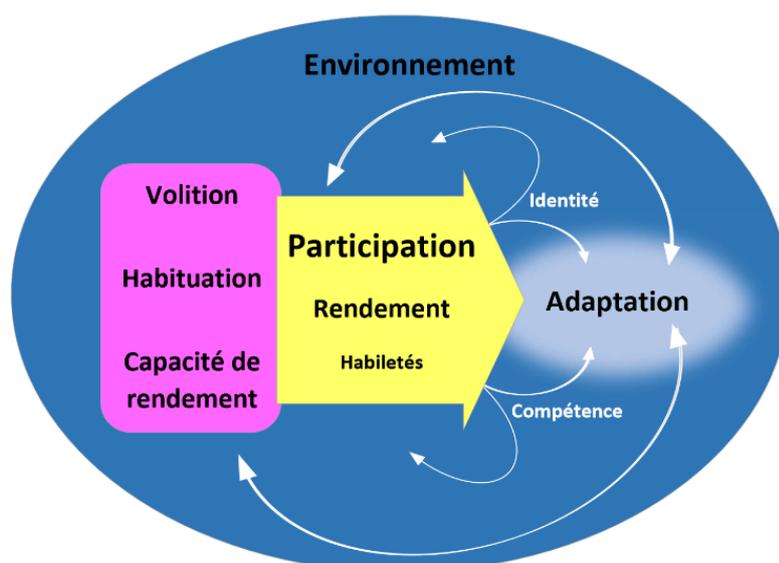


Schéma illustrant la dynamique du Modèle de l'Occupation Humaine (version Québécoise)  
Traduit et librement inspiré des travaux de R. Taylor, P. Bowyer & G. Fisher par G. Mignet, A. Doussin et C. Marcoux (2024).  
Diffusé par le Centre de Référence sur le Modèle de l'Occupation Humaine (Université Laval, Québec).

## 1) L'Être

La première composante du MOH, qui influence par la suite l'Agir, est l'Être. Cette composante est constituée de l'habitation, la capacité de rendement et la volition.

### 1.1) Habitation

L'habitation se définit comme l'organisation et l'intériorisation des comportements semi-automatiques, en lien avec l'environnement. En répétant plusieurs fois ces comportements, ceux-ci deviennent des routines. De cette manière, elle est composée des habitudes et des rôles de la personne.

- Les habitudes correspondent aux comportements répétitifs et aux réponses automatiques développées lors de situations connues ou dans un environnement familier.
- Les rôles sont les attitudes et les comportements qu'une personne adopte en accord avec son statut social et/ou personnel, dans un contexte social donné.

### 1.2) Capacité de rendement

La capacité de rendement se définit comme étant la capacité d'une personne à atteindre ses buts en fonction des moyens dont elle dispose. Pour cela, elle s'intéresse aux composantes objectives sous-jacentes (physiques et mentales) et à l'expérience du corps, c'est-à-dire l'expérience subjective ressentie par la personne face à ces composantes. La capacité de rendement est donc l'aptitude à agir grâce aux composantes objectives et à l'expérience subjective du corps.

### 1.3) Volition

La volition correspond à la motivation d'une personne à agir sur son environnement (Morel-Bracq, 2017). Elle comprend trois autres notions :

- Les valeurs : ce sont elles qui donnent un sens aux occupations, elles correspondent aux convictions personnelles et au sens du devoir (De las Heras, 2003).
- Les centres d'intérêts : ils constituent les préférences, l'attrait qu'une personne a pour une activité et ce qui la rend plus attirante qu'une autre.
- Les déterminants personnels : ils correspondent à la connaissance, la confiance qu'une personne a envers ses propres compétences et ses capacités à réaliser une activité. Nous pouvons parler de sentiment d'efficacité.

La volition dépend alors « de la façon dont l'individu perçoit sa faculté d'agir en général et dans une situation donnée, du genre de choses qui l'attirent et de celles qu'il trouve gratifiantes » (Kielhofner, cité dans De las Heras, 2003).

La volition est également un processus, continu et dynamique, qui va permettre à la personne de s'engager dans une activité (Morel-Bracq, 2017).

Nous pouvons alors parler de processus volitionnel. Quatre étapes en découlent :

- 1) La personne expérimente des activités, en lien avec ses occupations
- 2) Elle interprète ces expériences
- 3) Grâce à l'expérience et à la réflexion menée sur cette interprétation, la personne anticipe ses expériences
- 4) Elle choisit ses occupations en fonction de ces anticipations (qui découlent de ses expériences).

La volition est donc amenée à être modifiée par les nouvelles expériences, qui elles-mêmes viennent modifier l'environnement et la perception de soi. La volition est ainsi une notion complexe, qui entremêle notions subjectives et environnementales.

## **2) Les troubles volitionnels**

La volition est amenée à évoluer, notamment en fonction des expériences et de l'environnement de la personne. Cependant, la volition peut parfois diminuer voire même s'absenter, notamment à cause de l'impact de la maladie, ce qui entraîne de nombreuses répercussions.

Nous retrouvons alors une diminution du désir d'agir et du besoin naturel du vouloir agir (De las Heras et al., 2006). Dans le cas de la dépression par exemple, il peut être observé une diminution de l'activité neuronale qui vient affecter grandement ce désir.

Par ailleurs, les émotions et la cognition peuvent également être touchées par la maladie, telle que la schizophrénie. En affectant les émotions et les pensées qui sont des éléments essentiels au processus volitionnel, ce dernier s'en retrouve altéré. De plus, la maladie peut fragiliser les habiletés et affecter les « moyens utilisés par un individu pour expérimenter et percevoir ses actions dans son environnement » (De las Heras et al., 2006). Ainsi, les usagers expriment des difficultés pour réaliser leurs occupations. De plus, la volition étant composé des valeurs, des centres d'intérêts et du sentiment d'efficacité, c'est également ces notions qui sont impactés. C'est donc tout le processus volitionnel qui peut se retrouver fragiliser.

### **3) Le processus de remotivation**

Le processus de remotivation comprend des stratégies d'intervention visant à favoriser le rétablissement et la participation occupationnelle des individus présentant des difficultés d'ordre motivationnel, par l'augmentation de leur niveau de volition (De las Heras et al., 2003).

Ce processus est donc un continuum qui a été conçu dans l'optique de favoriser la motivation des personnes à s'engager dans leurs occupations, rejoignant alors l'augmentation de la volition. Pour ce faire, trois stades de volition (en lien avec le continuum du changement volitionnel) correspondant à trois phases d'interventions pour l'ergothérapeute ont été établis.

#### **3.1) La phase de l'exploration**

Lors de cette première phase, l'objectif principal de l'utilisateur est d'apprendre à se connaître, à connaître ses valeurs, ses intérêts, ses capacités. De cette manière, il est dans une optique d'exploration, de découverte et de recherche du plaisir dans cette exploration. Ainsi, il évalue, analyse et vient donner du sens à ces découvertes. Afin de permettre cette phase d'exploration, il est nécessaire qu'elle puisse être réalisée au sein d'un environnement sûr et sans exigence, afin d'encourager cette quête. Le rôle de l'ergothérapeute s'inscrit alors dans la construction de cet environnement, dans l'objectif de favoriser et d'encourager cette exploration (De las Heras et al., 2006).

#### **3.2) La phase de compétence**

Suite à toutes les découvertes et les nouvelles acquisitions faites lors de la première phase, il est question ici de venir les renforcer afin de commencer à fixer des objectifs. En effet, c'est lors de la phase de compétence que l'utilisateur développe la conscience de ses propres capacités et cherche à en acquérir de nouvelles. Il peut alors augmenter ses responsabilités et son autonomie dans la réalisation de ses occupations (De las Heras et al., 2006).

#### **3.3) La phase d'accomplissement**

Cette dernière phase du continuum de changement volitionnel correspond à l'accomplissement, qui se produit lorsque l'utilisateur acquiert suffisamment d'habiletés et d'habitude pour réaliser de nouvelles tâches (De las Heras et al., 2006). L'utilisateur acquiert un sentiment de contrôle et de confiance en ses capacités lui permettant de prendre des risques et de relever les défis du quotidien. Il redéfinit ainsi son identité occupationnelle.

Ainsi, le processus de remotivation permet d'offrir des stratégies d'interventions à l'ergothérapeute dans l'accompagnement au continuum de changement volitionnel.

Par ailleurs, les étapes décrites plus haut ne sont pas rigides mais dynamiques et correspondent à la temporalité de l'utilisateur expérimentant ce continuum de changement.

De même, ces différentes phases d'interventions se réalisent dans un environnement donné et dans le cadre d'une collaboration usager/ergothérapeute établie (De las Heras, 2006).

Le processus de remotivation accompagne donc le processus de changement, l'expérimentation, dans la reprise de nouveaux rôles, de nouvelles occupations au sein de nouveaux environnements, avec l'acquisition de nouvelles habiletés (De las Heras, 2006).

## **VI. Processus de problématisation :**

Cette recherche a pris ses racines dans la réinsertion professionnelle des usagers de santé mentale.

Nous avons commencé par définir le rétablissement et comprendre que ce processus était composé de changements, de transformations et qu'il amenait à l'acquisition de nouvelles habiletés. Nous avons également vu que le rétablissement était synonyme du retour de l'espoir, de reconstruction d'une identité positive et de la pose de nouveaux objectifs de vie (Andresen et al, 2005). Lors du parcours de rétablissement, l'utilisateur est alors amené à vivre tous ces changements et à expérimenter cette nouvelle vie qui s'offre à lui. Par ailleurs, lors de ce processus, une étude a montré que la réinsertion professionnelle était une étape décisive du processus (Soulé, 2016). De cette manière, nous nous sommes interrogés sur le lien et sur la valorisation possible entre le parcours de rétablissement et la reprise professionnelle. De ce fait, la littérature nous a alors amenée sur le chemin de la pair-aidance.

Le pair-aidant est amené à partager son expérience de la maladie et de son processus de rétablissement auprès d'utilisateurs afin de les accompagner dans leur propre cheminement. Le partage de son expérience est alors rendu possible grâce au savoir expérientiel du pair-aidant, c'est-à-dire grâce à son expérience de la maladie psychique, des traitements, des symptômes (Godrie, 2016). Cependant, bien que ce savoir expérientiel soit acquis grâce à leur expérience de vie, la transmission de ce savoir expérientiel s'acquiert grâce à l'expérience de la pratique. Ainsi, les pair-aidants peuvent mettre à profit cette transmission de savoir de différentes manières. Ils peuvent s'engager dans des associations communautaires fonctionnant sur le principe de la pair-aidance afin d'expérimenter ce rôle. Ainsi, ils peuvent réaliser des missions de pair-aidants telles que la permanence sur des lignes d'écoutes, des coanimations de groupes de parole ou encore des accompagnements sur la réinsertion professionnelle (La Maison Perchée, s.d. ; Clubhouse France, s.d.).

En effet, la réinsertion professionnelle des usagers en santé mentale est un réel enjeu puisque le taux de chômage chez les personnes avec un handicap psychique est particulièrement élevé : 80% pour les personnes avec un trouble psychotique et 70% tout diagnostic confondu (Soulé, 2016). Cependant, certains leviers ont pu être identifiés. Ainsi, l'intérêt porté à l'emploi ou encore le sentiment de compétence (Williams et al., 2016) sont des facteurs facilitants l'emploi. De plus, la motivation à continuer à travailler est renforcée lorsque l'emploi renforce les capacités des usagers (Auerbach et Richardson, 2005 cité dans Williams et al., 2016).

Ainsi, la réinsertion professionnelle pour les usagers présentant un handicap psychique peut se retrouver facilitée si l'utilisateur porte un intérêt à son emploi et s'il se sent compétent dans ce dernier. De ce fait, un usager ayant une expérience dans la pair-aidance peut alors se tourner vers un parcours de professionnalisation de la pair-aidance : le Médiateur de Santé Pair.

Les Médiateurs de Santé Pair (MSP) sont des usagers ou ex-usagers des services de psychiatrie ayant suivi une formation afin d'intégrer des services de soins en santé mentale, dans une mission de médiation en santé mentale (CCOMS, 2019). Des études ont montré par la suite l'impact de cette dernière sur le parcours des usagers. Bien que des éléments favorables aient été relevés, tels qu'un plus grand « épanouissement personnel » (Soulé, 2016) et un enrichissement de leurs relations sociales (Soulé, 2016), pour certains, des éléments plus négatifs ont été retransmis. De ce fait, les MSP ont parfois été en difficulté pour s'intégrer dans les équipes ou pour définir leur rôle propre de MSP (Gross, 2020).

Ainsi, le parcours de formation des MSP sous-tend un grand nombre de choses. Ce dernier demande en effet un parcours de rétablissement établi, une expérience dans la pair-aidance et une capacité à travailler. De plus, ce parcours entraîne des modifications au niveau des rôles et de l'identité des usagers. Nous avons de plus vu que pour faciliter l'emploi chez les personnes avec un trouble psychique, la motivation à continuer à travailler était renforcée lorsque l'emploi renforçait les capacités des usagers (Auerbach et Richardson, 2005 cité dans Williams et al., 2016).

Par ailleurs, nous avons également pu voir que l'ergothérapeute pouvait s'inscrire dans le parcours de l'utilisateur. L'ergothérapeute peut en effet proposer des soins orientés rétablissement, appelés réhabilitation psychosociale, afin d'accompagner les usagers dans leur parcours de rétablissement.

De plus, afin d'accompagner les usagers dans la reprise de nouveaux rôles sociaux et de les accompagner sur leur motivation à l'emploi, l'ergothérapeute peut s'appuyer sur le Modèle de l'Occupation Humaine (MOH), développé par Gary Kielhofner. En s'appuyant sur le MOH, l'ergothérapeute peut alors accompagner l'utilisateur sur sa volition, c'est-à-dire sur sa motivation à agir sur son environnement (Morel-Bracq, 2017).

## **PROBLÉMATIQUES ET HYPOTHÈSES**

Suite au travail de conceptualisation et de problématisation, nous émettons la problématique suivante :

**Comment l'ergothérapeute peut-il accompagner un usager avec des troubles de la volition dans un projet professionnel de pair-aidance ?**

Pour tenter d'y répondre, nous émettons les deux hypothèses suivantes :

- Hypothèse 1 : l'utilisation du processus de remotivation par l'ergothérapeute permet d'accompagner l'utilisateur dans le projet de professionnalisation de pair-aidance
- Hypothèse 2 : les expériences offertes par l'accompagnement ergothérapique permettent à l'utilisateur la découverte de nouveaux rôles sociaux facilitant son projet professionnel dans la pair-aidance.

## **DISPOSITIF MÉTHODOLOGIQUE**

### **I. Méthodologie de recherche**

Le dispositif méthodologique correspond à l'utilisation de méthodes et d'outils adaptés au sujet de recherche. Ce dispositif permet de mener à bien cette recherche puisqu'il oblige les chercheurs à suivre une démarche objective, éthique et scientifique garantissant alors un travail rigoureux. Ainsi, le chercheur est amené à faire des choix afin d'adapter au mieux le dispositif méthodologique à son sujet de recherche.

Pour cela, nous allons détailler le choix de la méthode, de l'approche ainsi que de l'échantillonnage au regard des besoins de cette recherche. Par la suite, nous aborderons la technique ainsi que l'outil de recueil de données empiriques sélectionnées. Nous terminerons par une réflexion autour de la posture éthique du chercheur ainsi que le travail d'objectivité réalisé autour de la thématique de recherche.

#### **A. Méthode qualitative**

Dans le domaine de la recherche, nous retrouvons deux grands types de méthodologie : la méthodologie quantitative et la méthodologie qualitative.

Concernant cette recherche, c'est la méthode qualitative qui a été utilisée. La méthode qualitative correspond à la collecte de données verbales afin de rechercher et de comprendre des phénomènes sociaux ou comportementaux (Aubin-Auger et al, 2008). Cette méthode se construit donc grâce à la récolte de « données verbales » également appelées données empiriques qualitatives, d'où son nom. Ces données peuvent être recueillies de différentes manières.

Elle permet ainsi de « comprendre les expériences personnelles et à expliquer certains (aspects des) phénomènes sociaux tels que la santé et la maladie » (Kohn & Christiaens, 2014). Cette méthode permet d'explicitier le point de vue et le sens donné à la thématique de recherche par la population interrogée.

Dans cette recherche, nous étudions la place de l'ergothérapeute dans la réinsertion professionnelle d'un usager en santé mentale avec des troubles de la volition. Nous nous intéressons alors aux moyens mis en place par l'ergothérapeute, à son expérience, à sa connaissance des modèles, au sens qu'il met dans son suivi. Le recueil de cette expérience et de cette vision est nécessaire au bon déroulement de cette recherche.

La méthode qualitative est alors la méthode privilégiée puisque seules les données empiriques récoltées permettront l'analyse des hypothèses de recherche.

## **B. Approche**

Suite au choix de la méthode, le choix de l'approche est également une étape incontournable du dispositif méthodologique. Ici aussi nous retrouvons deux types d'approches principales : l'approche inductive et l'approche hypothético-déductive. Dans cette recherche, c'est l'approche hypothético-déductive qui a été choisie.

Cette dernière correspond à l'élaboration d'hypothèses de recherche permettant de répondre à la problématique de recherche, elle-même étant établie grâce au travail de conceptualisation effectué auparavant. Ainsi, l'objectif de l'hypothèse est de proposer une réponse à la problématique de recherche afin d'être validée ou réfutée par l'étude des faits et par l'enquête menée (Lièvre, 2016). L'approche hypothético-déductive se caractérise par plusieurs étapes successives :

- Le choix du thème de la recherche qui amène à l'élaboration d'une question de départ
- Un travail de conceptualisation des notions clés en lien avec le sujet qui amène à l'élaboration d'une problématique de recherche ainsi que d'hypothèses de recherche en lien avec cette problématique
- La réalisation d'une enquête de terrain permettant de récolter les données nécessaires à la recherche. Le chercheur se rend alors sur le terrain, à l'aide de techniques et d'outils définis auparavant, afin de récolter des données empiriques
- Le chercheur procède à l'analyse de ces données afin de passer à la validation ou à la réfutation des hypothèses (Lièvre, 2016).

Pour cette recherche, le choix du thème a pu s'effectuer grâce à une situation d'appel. Par la suite en a découlé un travail de recherche d'articles scientifiques en lien avec le thème, afin d'amener une conceptualisation des différentes notions permettant l'élaboration de la problématique. De ce fait, deux hypothèses de recherche ont pu émerger grâce au travail de déduction réalisé par le chercheur. Pour finir, nous analyserons les données empiriques recueillies auprès de l'échantillon sélectionné afin de valider ou réfuter nos hypothèses.

## **C. Population de recherche**

### **1) L'échantillonnage**

Comme vu précédemment, la méthodologie qualitative a été sélectionnée afin de récolter des données empiriques verbales auprès d'une population ciblée. De ce fait, nous avons choisi d'interroger des ergothérapeutes afin de confirmer ou infirmer nos hypothèses. Cependant, nous allons réaliser un échantillon de cette population, c'est-à-dire que nous allons sélectionner « une petite quantité de quelque chose pour éclairer certains aspects généraux du problème » (Pirès, cité dans Savoie-Zajc, s.d). Par la suite, afin que cet échantillon soit pertinent au regard de notre sujet de recherche, nous allons réaliser un échantillonnage. L'échantillonnage correspond à « l'ensemble des décisions sous-jacentes au choix de l'échantillon » (Savoie-Zajc, s.d.). De ce fait, nous avons déterminé des critères d'inclusion en lien avec la thématique de recherche. Nous interrogerons des :

- Ergothérapeutes Diplômés d'État afin de recueillir leur expérience, leurs moyens d'action et leur vision de l'accompagnement auprès d'usagers en santé mentale dans un projet professionnel de pair-aidance,
- Ayant travaillé ou travaillant en santé mentale auprès d'usagers présentant un trouble psychique,
- Prodiguant des soins de réhabilitation psychosociale (permettant d'avoir des connaissances sur les thématiques de cette recherche, entre autres le rétablissement et la pair-aidance),
- Utilisant le MOH dans leur pratique, ce dernier ayant permis de cadrer cette recherche, notamment en explicitant la volition.

L'ensemble de ces critères permet ainsi d'établir un échantillon représentatif de la population cible et pertinent au regard de la recherche.

### **2) Prise de contact**

Afin de trouver les ergothérapeutes correspondant à ces critères, la prise de contact s'est effectuée par mail ainsi que par appel téléphonique.

La majorité des contacts ont été recueillis grâce au réseau de la maîtresse de mémoire. En parallèle, plusieurs mails ont été envoyés à d'anciennes tutrices de stage. Cependant, une seule ergothérapeute a répondu et ne correspondait pas à nos critères. Malgré plusieurs relances par mail, aucune autre réponse n'a été reçue. Après quelques relances par mail également, trois ergothérapeutes du réseau de la maîtresse de mémoire ont finalement pu être interrogées.

### 3) Présentation de l'échantillon

Les informations concernant le déroulé des entretiens ainsi que le lieu d'exercice des ergothérapeutes sont présentés dans le tableau ci-dessous. Dans un souci de respect de l'anonymat des ergothérapeutes, nous les nommerons E1, E2 et E3.

Échantillon	Entretien	Lieu d'exercice
E1	Appel téléphonique	Centre de réhabilitation psychosociale de secteur
E2	Appel téléphonique	Unité de réadaptation et de préparation à la sortie en réhabilitation psycho-sociale
E3	Appel téléphonique	Service de réhabilitation psychosociale

#### D. Technique et outils de recueil de données empiriques :

##### 1) Le choix de la technique

Afin de récolter les données empiriques, nous pouvons utiliser différentes techniques. Au sein de la méthode qualitative, nous retrouvons le questionnaire, l'observation ou encore l'entretien. C'est ce dernier qui a été sélectionné pour cette recherche.

L'entretien se définit comme « une situation de face à face, ou l'enquêteur interroge un individu détenant les informations spécifiques » (Demoney, 2016, p.35). Il permet de récolter les connaissances, les pensées et l'expérience des personnes interrogées en lien avec le sujet de la recherche. L'entretien est l'outil privilégié pour recueillir les expériences de pratiques des ergothérapeutes en santé mentale. Il existe plusieurs types d'entretien : l'entretien directif, l'entretien semi-directif et l'entretien libre.

L'entretien semi-directif semble ici le plus approprié à ce travail. Ce dernier est en effet le plus adapté à l'utilisation d'une méthode qualitative (Chevalier & Meyer, 2018; Imbert, 2010). Il permet d'apporter la liberté nécessaire à la réflexion et à l'apport de nouveaux éléments. Ainsi, lors de l'échange et de la discussion induite par l'entretien semi-directif, l'ergothérapeute interrogé peut développer sa réflexion et apporter de nouveaux éléments que le chercheur n'aurait pas anticipés sans la discussion. L'entretien semi-directif est cependant préparé et cadré par l'utilisation d'un outil.

## 2) Le choix de l'outil

L'entretien semi-directif est donc cadré par l'utilisation d'un outil permettant au chercheur de préétablir des questions ouvertes afin d'orienter les propos, tout en laissant l'espace nécessaire à la discussion (Claude, 2019). De ce fait, le chercheur est amené à créer un guide d'entretien.

Ainsi, nous utiliserons le guide d'entretien pour mener à bien ces entretiens. Le guide d'entretien se définit de la façon suivante : « plus qu'une simple liste d'interrogations, le guide d'entretien a pour but de fournir un cadre général ordonné à l'entretien. » (Claude, 2019).

Ce guide permettra alors de récolter les données empiriques permettant de valider ou non les hypothèses. De ce fait, il sera construit sur la base des notions clés définies dans le cadre conceptuel. Le guide permet également d'assurer au chercheur d'aborder tous les sujets nécessaires, tout en lui donnant un support à l'entretien facilitant son bon déroulement.

Le guide d'entretien a été construit en 4 colonnes :

- 1) Thèmes : correspond aux grands concepts de la recherche (le rétablissement, la pair-aidance, la réinsertion professionnelle, les MSP, la pratique ergothérapique en santé mentale)
- 2) Les questions : elles permettent de détailler le thème, il y a les questions principales et les questions de relances (Comment avez-vous fait ? Quels moyens avez-vous mis en place ?)
- 3) Les critères
- 4) Les indicateurs

Le guide d'entretien créée pour cette recherche se trouve en annexe (*Annexe 2*).

## **II. Objectivité et éthique du chercheur**

Pour ce travail de recherche, nous avons suivi un dispositif méthodologique qui nous permet de garantir une qualité de recherche. Cependant, un autre travail doit être effectué par le chercheur lors de son travail de recherche : un travail de distanciation, d'objectivité et d'éthique.

En effet, il est nécessaire que le chercheur soit objectif lors de son travail de recherche et qu'il parvienne à prendre de la distance avec son sujet. Pour cela, le chercheur doit s'interroger sur les représentations qu'il a sur son sujet.

Les représentations sociales peuvent se définir comme « des schèmes cognitifs élaborés et partagés par un groupe qui permettent à ses membres de penser, de se représenter le monde environnant, d'orienter et d'organiser les comportements » (Mannoni, 2022). Ainsi, il est nécessaire que le chercheur s'interroge sur ses propres représentations afin de pouvoir les identifier et les mettre à distance. Dans le cas de cette recherche, les représentations concernant la santé mentale et la place des usagers des services de santé mentale dans la cité ont ainsi pu être questionnées.

De plus, les représentations concernent également la société. Ainsi, la représentation de la société envers la santé mentale a pu être mise en lumière dans cette recherche. En effet, nous avons pu voir que les MSP ont parfois été confrontés aux représentations des soignants lors de leur prise de poste. C'est pourquoi le chercheur doit ici appliquer le principe de neutralité axiologique. Ce concept, introduit par Max Weber, correspond au fait « d'éviter la formulation de jugements de valeur dans les résultats de recherche » (Daoust, 2014). Ainsi, le chercheur doit ici appliquer cette neutralité axiologique afin de mettre à distance les représentations qu'il a pu identifier, toujours dans l'optique de produire une recherche objective.

Nous pouvons définir l'objectivité du chercheur comme étant le fait de faire « abstraction de ses opinions et de ses mobiles personnels ». (Giroux, 2018). Cependant, la « dimension subjective est incontournable dès lors que tous les chercheurs ont des opinions » (Chiseri-Strater (1997) cité dans Girard et al., 2015). Ainsi, tout l'enjeu se trouve ici dans la gestion et le contrôle de cette subjectivité par le chercheur pour tendre au mieux vers cette objectivité. Pour cela, il est important de réaliser un travail de déconstruction des notions préexistantes. Pour tendre vers l'objectivité, le chercheur se doit de rompre avec le sens commun, ses prénotions et doit s'interroger sur l'origine des faits qui peuvent lui sembler évidents (Feldman, 2002).

Au sein de cette recherche, nous avons donc dû prendre de la distance avec nos valeurs, notamment sur l'importance que nous portons à la pair-aidance au sein des équipes et de la réinsertion professionnelle des usagers en santé mentale.

De plus, le chercheur se doit de réaliser une réflexion autour de l'éthique de sa recherche, qui peut se définir comme étant « l'ensemble des valeurs et des finalités qui fondent et qui légitiment le métier de chercheur » (Martineau, 2007). Dans le cadre de cette recherche, des entretiens seront réalisés afin de valider ou non les hypothèses et c'est grâce au discours de l'autre que nous pourrons mener à bien notre travail de recherche. Nous allons ainsi développer notre « discours sur la base de celui des sujets participants » (Château Terrisse et al., 2016). De ce fait, afin de respecter l'éthique de la recherche, le chercheur se doit de respecter les personnes qu'il interroge et de se questionner sur les « conséquences de sa recherche sur les acteurs » (Martineau, 2007). Pour cela, il peut s'appuyer sur sa méthodologie de recherche.

L'utilisation des guides d'entretien permet de développer la réflexion et de guider notre discours. De plus, un formulaire de consentement libre et éclairé (Annexe 1) sera présenté aux acteurs, qui garantira le respect de leur anonymat et les informera sur l'utilisation des données recueillies.

Tout au long de ce travail de recherche, nous nous sommes engagés dans une démarche éthique et objective. Couplé au suivi d'un dispositif méthodologie précis, cela permet la garantie d'un travail de recherche rigoureux et scientifique. De plus, la réflexion apportée par cette démarche objective et éthique permet de nous faire évoluer dans notre pratique et d'apporter un œil nouveau à la recherche.

## **ANALYSE DES RÉSULTATS**

### **I. Le dispositif d'analyse des résultats**

Suite au recueil de données empiriques réalisé lors des entretiens, il convient désormais de les analyser. En effet, « l'analyse qualitative déconstruit les données afin de construire une analyse ou un théorie » (Mortelmans, 2009 cité dans Kohn et Christiaens, 2014).

Pour ce faire, nous avons commencé par la retranscription des données qui se caractérise par une mise à l'écrit des données empiriques verbales. Cette étape se doit d'être rigoureuse puisqu'elle permet de « constituer un corpus global et accessible à tous » (Delacroix et al., 2021).

Par la suite, nous réaliserons l'analyse verticale des données. Nous pouvons la décrire comme « intra-entretien » (Delacroix et al., 2021) puisque l'analyse verticale correspond à l'analyse globale du discours en fonction des thèmes de la grille d'analyse (*Annexe 3*). Cette dernière « sert à savoir ce qui a été répondu par un individu pour l'ensemble des thèmes donnés ». (Roche, 2009, p.44).

Finalement, nous réaliserons l'analyse horizontale également appelée « inter-entretiens » (Delacroix et al., 2021). L'analyse horizontale correspond à l'analyse transversale des entretiens, où le discours des trois entretiens sera confronté au regard des thèmes de la grille d'analyse. Ainsi, elle permet de « comprendre les réponses de chaque individu pour un thème donné » (Roche, 2009, p.44).

## II. L'analyse verticale

**La première personne interrogée, que nous nommons E1**, est ergothérapeute depuis 2012. Elle a toujours travaillé en santé mentale. Dans un premier temps, elle a commencé par un mi-temps en intra-hospitalier et en extra-hospitalier pendant un an et demi. Par la suite, elle a travaillé dix ans dans un hôpital de jour où elle prodiguait des soins de réhabilitation psychosociale. Désormais, depuis fin 2022, elle travaille dans un centre de proximité en réhabilitation psychosociale. Lors de l'entretien, E1 définit le rétablissement comme étant un processus permettant « le rétablissement de la personne dans la communauté ». Elle évoque également différents types de rétablissement (médial, personnel, professionnel) en concluant que l'objectif est que « la personne réalise tous ses projets de vie dans son environnement ». Concernant sa pratique en soins de réhabilitation psychosociale, elle explique réaliser de nombreuses activités vers l'extérieur afin « d'être au plus près de la communauté ». Elle est également formée à plusieurs programmes de remédiation cognitive, au case management et elle indique faire beaucoup d'accompagnement individuel avec les partenaires dans la cité.

E1 définit le pair-aidant comme étant une personne « qui a eu un parcours de soin dans une maladie [...] et qui le met au service des patients ». Elle précise également que c'est un employé et non un professionnel. Elle connaît deux associations où l'on peut retrouver des pair-aidants (La Maison Perchée et Positive minders) mais elle n'a jamais accompagné d'usagers vers ces associations. Cependant, elle explique avoir « invité des usagers à se renseigner vers le métier (de pair-aidant) » et les a dirigés vers les associations, sans pour autant les accompagner. En revanche, elle a déjà renvoyé certains usagers vers un MSP.

Concernant la réinsertion professionnelle, elle a déjà accompagné des usagers dans ce projet. Elle explique que dans son ancien lieu d'exercice, elle utilisait un bilan « maison, orienté reprise professionnelle ». Aujourd'hui elle propose principalement un accompagnement individuel et travaille beaucoup « en réseau avec les partenaires (Pôle Emploi, Cap Emploi, la Mission Locale, les ESAT.) ». Au niveau des difficultés concernant cette réinsertion, elle identifie principalement l'environnement social des usagers (familial, proche) qui agit parfois comme un frein, en ne comprenant pas « à quel point les difficultés (des usagers) ne leur permettent pas de travailler en milieu ordinaire et vont à l'encontre de ce que je travaille, à savoir un projet professionnel qui leur correspond mieux ».

Au niveau des connaissances des MSP, il n'y a pas de MSP dans le service d'E1 mais elle en a déjà croisé lors de colloques.

Elle a pu bénéficier de l'intervention d'une MSP dans son service actuel sur l'accueil d'un pair-aidant. De plus, elle est également membre du jury d'embauche de sa structure pour l'embauche d'un MSP. Elle est ainsi au clair avec les missions d'un MSP (« partager son parcours de soin et le mettre à profit pour les patients » « c'est un porteur d'espoir [...] qui est complémentaire au reste de l'équipe »). Elle a également pu en apprendre plus sur le DU de MSP, elle évoque ainsi un parcours « très très très chargé, avec beaucoup d'écrits divers à rendre et plusieurs Unités d'Enseignement enseignées ».

Elle évoque également un de ses patients qu'elle accompagne actuellement vers ce DU. Elle explique qu'elle lui a proposé d'animer un atelier pour lui « faire une expérience supplémentaire » et qu'elle a pu observer qu'il avait « un très bon relationnel, une approche pédagogue » et qu'il parvenait à « s'adapter aux difficultés de chacun ». Elle lui a ainsi proposé ce métier en l'invitant à se renseigner sur ce DU.

Dans sa pratique, elle dit avoir « totalement intégré le MOH », l'identifiant comme son outil « d'évaluation et de process ». Elle utilise ainsi un grand nombre d'outils avec principalement le MOHOST et l'OSA. Elle définit la volition comme la « capacité de s'engager dans l'agir, c'est caractérisé par les déterminants personnels, la valeur, les centres d'intérêts ». Elle indique la prendre en compte dans toutes ses évaluations ainsi que le sentiment d'efficacité personnelle et de compétence. Elle évoque le processus de remotivation, qu'elle souhaiterait utiliser, mais qu'elle n'a pas encore eu le temps d'étudier. Finalement, concernant les rôles et l'accompagnement ergothérapeutique, elle parle de réappropriation des rôles de la personne qu'elle néglige parfois à cause de la maladie. Elle explique ainsi accompagner certains patients sur la réappropriation des différents rôles.

**Nous nommerons la deuxième ergothérapeute interrogée E2.** Elle est diplômée depuis 2009 et a commencé sa carrière en Unité pour Malade Difficile où elle y est restée dix ans. Elle indique s'être déjà intéressée aux soins de réhabilitation psycho-sociale dans ce service. Aujourd'hui, elle travaille dans une unité de réadaptation et de préparation à la sortie au sein de l'unité de réhabilitation de l'intra-hospitalier. Elle définit le rétablissement comme étant un « mouvement de l'intérieur vers l'extérieur » où la personne « prend conscience de son pouvoir d'agir ». Elle ajoute également la notion d'espoir et de mener ses projets à bien. Elle identifie son rôle d'ergothérapeute comme une « torche qui vient éclairer la personne, c'est elle qui reste dans la lumière ».

Concernant sa pratique, elle propose majoritairement des programmes de remédiation cognitive (en partenariat avec les neuropsychologues) et de cognition sociale (notamment autour des émotions). Elle précise utiliser beaucoup de jeux pour « transférer les acquis au quotidien ». Elle participe également à deux programmes d'ETP sur le trouble borderline et la schizophrénie. Elle ne propose que rarement des accompagnements en individuel, qui sont alors généralement portés sur les programmes en cours.

Pour elle, la pair-aidance correspond à un « vécu expérientiel quel qu'il soit, avec la maladie, dans une expérience professionnelle ou une expérience de vie et de venir le partager avec l'autre, l'autre pouvant être aussi bien un usager qu'un professionnel ». Elle précise également que « dans pair, il y a l'idée qu'il n'y a pas de système de sachant, descendant, savant » et que leur vécu « authentique » de la maladie peut débloquent « le début des premières marches du rétablissement chez l'autre ». Elle connaît l'association La Maison Perchée et a déjà redirigé des usagers vers le site de l'association pour faciliter la première prise de contact.

Concernant la réinsertion professionnelle, elle n'a pas fait d'accompagnement individuel direct. Elle a cependant accompagné un usager dans un groupe émotions pour qu'il puisse partir avec « des billes et prédispositions positives » pour son objectif de réinsertion professionnelle. De ce fait, la principale difficulté pour l'accompagnement réside dans « les temporalités et les spécificités différentes dans le service » et elle précise que « c'est frustrant en tant qu'ergothérapeute de ne pas mener toutes les actions qu'on voudrait faire, notamment accompagner le patient dans le processus volitionnel ».

E2 a déjà entendu parler de Médiateur de Santé Pair par « l'institution » et pense que « c'est dans les recommandations de ce qui est impulsé dans les établissements aujourd'hui ». Elle a également déjà rencontré un MSP lors d'une intervention dans un programme d'ETP. Elle indique alors qu'il était « cet élément transversal, au milieu pour justement amener un pivot, un lien différent lors des séances ». Concernant les rôles propres du MSP, elle précise ne pas avoir eu « l'espace et les circonstances pour mieux me nourrir pour comprendre [...] ce nouveau rôle, en tout cas je parle pour l'intra-hospitalier et de l'institution lourde qu'on hérite de l'asile ».

E2 utilise le MOH dans sa pratique et pense que c'est important de « se référer à un modèle qui vous parle ». Elle utilise principalement l'OSA, le MOHOST et le VQ. Ce dernier outil est intéressant selon elle car « on a l'impression dans notre perception qu'il n'aime et ne fait rien mais la VQ montre qu'il est curieux et qu'il a essayé, ce sont des processus qu'on ne soupçonne pas ».

Sur l'accompagnement des usagers avec des troubles de la volition, E2 dit beaucoup travailler sur les changements d'environnement pour pouvoir « amorcer une suite qui n'aurait pas été possible sans être flexible sur l'environnement. Après c'est la suite, c'est l'offre de soin existante mais à la base, c'est l'environnement ».

Concernant le processus de remotivation, elle indique aimer « revenir aux bases ». Pour E2, c'est important de connaître les assises volitionnelles (« sentiment d'efficacité personnelle », « centres d'intérêts », « valeurs ») pour les accompagner. De plus, elle précise que « ce n'est pas pareil de faire les choses parce qu'on aime les faire ou parce que c'est important ». Ainsi, pour le processus de remotivation, elle repart de ces bases pour « relancer la machine ». De ce fait, le processus de remotivation est « essentiel » car pour un usager avec un objectif de réinsertion professionnelle, « il va falloir qu'il ait un sentiment d'efficacité personnelle pour les compétences qu'il attend dans ce poste, qu'il puisse s'y investir et qu'il trouve son équilibre ».

Finalement, l'accompagnement ergothérapeutique peut également permettre la découverte de nouveaux rôles selon E2. Ce dernier, « en jouant avec les environnements » peut « susciter l'envie d'investir ou réinvestir des rôles ». Ainsi, pour la réinsertion professionnelle, en identifiant les rôles, « on participe à la réinsertion professionnelle ».

**La troisième ergothérapeute interrogée, E3,** est ergothérapeute depuis 2006. Elle a travaillé en intra et extra-hospitalier en santé mentale dès son diplôme. En 2018, elle a participé à la création d'un service de réhabilitation psycho-sociale où elle travaille toujours. Elle a été formée au MOH, au case management et a un DU en santé mentale communautaire.

Pour E3, le rétablissement correspond à « la possibilité pour les personnes qui ont un trouble psychique de pouvoir avoir la vie qu'ils souhaitent, et aussi satisfaisante qu'ils souhaitent, avec leurs projets, leurs envies, leurs besoins ». Elle pense la réhabilitation psycho-sociale comme des soins qui permettent aux usagers de « faire émerger leurs propres solutions ». Pour cela, E3 explique que l'accompagnement est « orienté sur le case management » en plus de « tous les outils de réhabilitation qui existent ». Concernant la pair-aidance, elle indique déjà la trouver « entre les personnes, finalement, concernées par un même centre d'intérêt ou une même activité ». Ainsi, en santé mentale le pair-aidant est « quelqu'un qui sent qu'il peut apporter quelque chose à d'autres personnes qui ont la même maladie ».

E3 connaît plusieurs associations telles qu'Argos 2001, la Maison Perchée, l'UNAFAM, ou encore le GEM.

Elle a déjà accompagné des usagers vers ces différentes associations, dont un qui est aujourd'hui MSP. Elle accompagne les usagers vers ces associations pour « remettre un peu d'espoir dans ce parcours de vie qui a été bouleversé ».

Concernant l'accompagnement à la réinsertion professionnelle, E3 travaille beaucoup avec les partenaires, notamment Cap Emploi, L'ADAPT, l'ESAT, bien que ce dernier soit principalement pour « des gens qui sont en forte perte de confiance en eux, sur leur capacité, et qui ont besoin d'un cadre qui est ultra rassurant pour eux. ». De plus, lors de la demande d'insertion professionnelle, E3 explore « les différentes expériences qui ont déjà été faites, voir ce qui fait qu'il y a certaines expériences qui ont duré, d'autres qui ont moins duré, voir avec eux, où eux, ils identifient déjà des limites et des ressources pour eux. ». Pour cela, elle utilise un auto-questionnaire qui permet à l'utilisateur d'identifier 56 items en lien avec la réinsertion professionnelle.

Au niveau des difficultés, elle relève plusieurs freins dont la symptomatologie, l'environnement physique et social (en lien avec « la pression sociale » d'avoir un travail), l'aspect financier et finalement la stigmatisation de l'employeur. E3 travaille avec deux MSP au sein de son service, elle explique que chaque MSP a sa spécificité en fonction de leurs expériences.

Les MSP peuvent ainsi accompagner les usagers en individuel ou en groupe, sur demande des professionnels ou des usagers qui souhaitent « parler avec quelqu'un qui me comprend complètement » et pour qui ils éprouvent « une reconnaissance au niveau identitaire [...] forte ». Au niveau de sa pratique, E3 utilise l'OSA pour « faire une photo de la personne dans la globalité à un instant T ». Elle s'appuie également sur le schéma du modèle qu'elle montre aux usagers « pour leur dire ce qu'on va faire ensemble, on va regarder tout ça, votre participation occupationnelle, ce que vous mettez en œuvre ».

Elle utilise un programme, « Recovery Through Activity » qui s'appuie sur le MOH et va explorer « la volition, l'habituatation, les capacités humaines ». Elle définit la volition comme « le moteur, le petit truc qui va faire que pour la personne, ça fait sens et elle va y aller ». Concernant le processus de remotivation, elle indique que le groupe qu'elle mène s'inspire de ce dernier. Elle pense ainsi que ce qui est intéressant, « c'est de multiplier les expériences aussi positives pour redonner cet élan et cette envie pour la personne. ». Finalement, l'accompagnement ergothérapeutique permet de faire « l'état des lieux des rôles endossés par les personnes ». Ainsi, l'accompagnement permet de développer des rôles familiaux, sociaux et « le rôle de travailleur en fait partie », cela « vient aider la reprise pro ».

### **III. L'analyse horizontale**

Nous allons désormais réaliser l'analyse horizontale en répertoriant les différents entretiens par thématique.

#### **A. Les soins orientés rétablissement : la réhabilitation psycho-sociale**

Les trois ergothérapeutes interrogées ont toutes relevé dans leur définition du rétablissement l'importance de « l'épanouissement » (E1) des usagers et de la réalisation de « leurs projets, leurs envies, leurs besoins » (E3). E2 précise que c'est un « mouvement de l'intérieur vers l'extérieur » où « la personne prend conscience de son pouvoir d'agir ». Elle compare alors son rôle d'ergothérapeute dans ce processus à « une torche » qui permet à l'utilisateur d'être « dans la lumière ». De même, E3 indique que « le cœur de notre service, c'est vraiment le rétablissement des personnes et faire le point avec eux sur ce qu'ils aspirent dans leur vie ».

Les trois ergothérapeutes travaillent actuellement dans des services de réhabilitation sociale. Elles utilisent différents outils de la réhabilitation, toujours en lien avec leurs formations, leurs lieux d'exercice mais surtout en lien avec les « profils des personnes » (E3).

De plus, elles s'accordent à dire que la réhabilitation sociale est un grand mouvement et qu'elles n'utilisent alors pas tous les outils disponibles. Ainsi, E2 utilise beaucoup la remédiation cognitive à l'aide de programmes tandis qu'E1 et E3 sont formées au case management et axent ainsi leur accompagnement sur la « proximité de la personne » (E3) et sur « l'extérieur pour aller au plus près de la communauté » (E2).

#### **B. La pair-aidance et les Médiateurs de Santé Pair**

Pour les trois ergothérapeutes, le pair-aidant est une personne qui met son parcours de soin au service des autres. E2 précise que les autres peuvent « être autant un autre usager ou autre professionnel. ». Elle précise également que « dans pair, il y a l'idée aussi qu'il n'y a pas le système sachant, descendant, savant ». E3 rapporte que la pair-aidance permet « d'échanger ensemble sur des sujets qui comprennent vraiment ce qu'ils vivent ».

Enfin, E2 et E3 indiquent que la pair-aidance permet parfois « d'apporter quelque chose » (E3) « que nous on n'aurait peut-être pas eu avec nos accompagnements. » (E2). Au niveau des associations, E1, E2 et E3 citent unanimement « La Maison Perchée ». E1 évoque Positive minders et E3 parle d'Argos 2001, le groupe des entendeurs de voix, l'UNAFAM (« pair-aidance pour les familles ») et enfin le GEM.

Concernant l'accompagnement vers les associations, E2 précise que le contact par le numérique des associations peut-être facilitant pour les jeunes. E3 a accompagné un usager vers La Maison Perchée qui est d'ailleurs MSP à l'heure actuelle. Elle précise qu'elle accompagne les usagers vers les associations dans un objectif de « rompre l'isolement, la solitude et [...] remettre un peu d'espoir dans ce parcours de vie qui a été bouleversé ». E1 n'accompagne pas les usagers vers les associations mais précise qu'elle a « invité des patients à s'informer sur le métier, se diriger vers le DU » et qu'elle a également redirigé les usagers vers la pair-aidante du service.

E1 a déjà eu une formation de la part d'une MSP qui formait le service à l'accueil d'un MSP et elle a été membre du jury d'embauche des MSP du centre hospitalier. E2 en a « entendu parler par l'institution » et a déjà vu un MSP lors de séance d'ETP. Elle définit alors son rôle comme un « élément transversal, au milieu pour justement amener un pivot, un lien différent » (E2). Cependant, E2 précise qu'elle « se représente mieux le pair-aidant que le MSP » et qu'elle n'a pas eu « l'espace et les circonstances pour mieux (se) nourrir » dans le cadre de « l'intra-hospitalier et de l'institution lourde qu'on hérite de l'asile » (E2).

En revanche, E3 travaille avec deux MSP au sein de son service.

Elle précise que les deux ont leur spécificité en fonction de leur parcours mais qu'elle les sollicite sur « les notions de rétablissement, de reprise d'espoir ». Elle précise également que des usagers demandent à s'entretenir avec les MSP car « il y a vraiment une reconnaissance au niveau identitaire qui est forte ». Finalement, E1 et E3 indiquent que les MSP peuvent réaliser des entretiens, animer des groupes ou encore « mener des actions de déstigmatisation » (E3).

Au niveau du parcours de formation, E3 indique que ce dernier se réalise en alternance avec 3 semaines en emploi et une semaine de cours à Paris. Pour accéder à cette licence, « le prérequis c'est d'avoir un bac, ou de faire une équivalence, une VAE, un dossier qui permet d'attester soit d'une expérience, soit de formation qui permet de dire : ok il y a le niveau bac, et ensuite le deuxième prérequis c'est d'avoir trouvé un employeur, qui finance la formation. » (E3). E2 précise également que c'est un programme « très très très chargé avec beaucoup de dossiers, d'écrits à rendre ». Pour terminer, E3 ajoute qu'il y a « des DU qui commencent à fleurir un peu partout » et que « l'idée c'était aussi de se dire la licence c'est bien, mais tout le monde n'a pas le bac, et en fait il y a des personnes qui n'ont pas le bac qui peuvent aussi devenir un médiateur de santé pair ». (E3).

### **C. L'accompagnement à la réinsertion professionnelle par l'ergothérapeute**

Les trois ergothérapeutes ont déjà accompagné un usager vers une réinsertion professionnelle. Cependant, E2 précise que c'était de manière plus « indirecte » puisqu'elle accompagnait un usager au sein d'un groupe émotions pour « qu'il puisse avoir une meilleur lecture des émotions dans les relations sociales, pour partir avec plus de billes et prédispositions positives ».

E1 et E3 parlent quant à elles de l'accompagnement par les partenaires, que ce soit les ESAT, Cap Emploi, la Mission Locale ou encore l'ADAPT. E1 précise que lors de son poste sur l'hôpital de jour, elle utilisait un bilan orienté réinsertion professionnelle et qu'aujourd'hui c'est principalement « de l'accompagnement individuel [...] avec les partenaires aussi » (E1). Par ailleurs, E1 a déjà incité un usager à « gérer une activité guitare avec les patients » afin de lui « faire une expérience supplémentaire ». Elle précise alors qu'il « était top, une super approche avec les patients, très pédagogue, bienveillant, savait s'adapter aux difficultés de chacun » (E1) et qu'elle lui a alors parlé d'un « métier où on travaille auprès d'un public qui connaît une maladie » et qu'elle l'a incité à faire des recherches sur ce métier.

E3, elle, précise qu'elle commence par « explorer les différentes expériences qui ont déjà été faites » pour « voir avec eux [les usagers] où ils identifient déjà des limites et des ressources pour eux ».

De plus, elle utilise « une auto-évaluation sur les obstacles [à l'insertion professionnelle] et la capacité à surmonter les obstacles. » (E3). Cela permet de mettre en lumière les difficultés du retour à l'emploi. Elle peut proposer par la suite des groupes pour renforcer certaines compétences. Finalement, E3 interroge également les usagers sur leur dossier MDPH et une éventuelle reconnaissance en qualité de travailleurs handicapés.

Concernant les difficultés de la réinsertion professionnelle, E2 précise qu'au vu de son accompagnement indirect, « la difficulté finalement c'est qu'en étant dans des temporalités et spécificités différentes dans le service, on ne peut pas tout suivre de l'usager ». Elle précise alors que « c'est frustrant en tant qu'ergo de ne pas mener toutes les actions qu'on voudrait faire, notamment accompagner le patient dans le processus volitionnel » (E2).

E1 explique que c'est souvent « l'environnement social, que ce soit proche, famille, professionnel, qui a des difficultés à bien comprendre les difficultés de la personne et pour pouvoir ajuster au mieux le projet. ». Elle est ainsi parfois en difficulté car l'environnement de l'usager va à l'encontre de ce qu'elle essaye de travailler.

E3 a également rencontré plusieurs freins environnementaux. Elle identifie les difficultés de transports, la pression sociale des usagers sur l'importance de travailler et la stigmatisation des employeurs qui peut créer de « la perte de confiance en soi ». Elle parle également des freins financiers et des délais d'attente des différents partenaires (MDPH, ESAT).

#### **D. Utilisation du MOH et du processus de remotivation**

Les trois ergothérapeutes utilisent le MOH dans leur pratique, E1 parle de ses « lunettes de base » et E2 insiste sur l'importance d'utiliser un modèle « qui vous parle ». E1, E2, et E3 utilisent toutes les trois l'OSA. Selon E3, il « permet de faire une photo de la personne dans la globalité à un instant T ». E1 et E2 utilisent également le MOHOST qui « permet de faire quelque chose de plus validé, organisé, structuré pour rendre compte de ce qu'on observe » (E2).

E2 utilise également beaucoup le Volitional Questionnaire (VQ) puisqu'il permet de montrer des « processus qu'on ne soupçonne pas et qu'on peut faire remonter, notamment pour les patients déficitaires, ou lorsqu'il y a des biais de communication, ça permet de voir autre chose. ».

Enfin, E3 ajoute :

« Pour les accompagnements j'ai toujours en tête quels sont les fondamentaux, les valeurs de la personne, qu'est-ce qui la motive à bouger des lignes, à changer des choses pour elle, comment elle s'organise, comment elle fait exactement dans l'activité, et puis, quel est l'environnement pour elle, et qu'est-ce qui est un frein, qu'est-ce qui est ressource ».

De ce fait, elle reprend le modèle avec les usagers pour identifier ce qu'ils vont travailler ensemble.

Les trois ergothérapeutes prennent également en compte la volition dans leur accompagnement. E1 indique qu'elle prend en compte le sentiment de compétence et d'efficacité personnel lors de ses évaluations. E2 parle de son expérience en UMD (Unité pour Malade Difficile) en expliquant qu'en « changeant l'environnement, les repères qu'on apporte, il y a des grandes chances que la personne se sente et se comporte différemment, [...] il se dénouait des choses dans notre atelier. ». Ainsi, E2 insiste sur l'importance de l'environnement qui se doit d'être « flexible » (E2) pour permettre d'amorcer des choses. Elle indique cependant atteindre parfois ses limites, notamment avec les personnes ayant un trouble borderline où « il faut vraiment une pause car l'utilisateur n'est pas prêt ».

De plus, lorsqu'E2 identifie des difficultés au niveau de la volition des usagers, elle « trouve ça important de la [la personne] connaître avec ses valeurs, ses intérêts [...] et en quoi elle se sent efficace ».

Elle identifie alors son rôle d'ergothérapeute dans la spécificité de l'activité qui permet de « remonter où sont les capacités » pour réalimenter « ce sentiment d'efficacité et de là [...], ils vont pouvoir s'ouvrir, découvrir de nouveaux centres d'intérêt, en réinvestir des anciens ». Ainsi, concernant le processus de remotivation selon E2, elle aime « repartir de ces bases là pour voir comment on peut relancer la machine ».

E3 remarque que, lorsqu'elle propose des activités qui « ne font pas sens pour elles [les personnes], elles y vont un peu mais ça lâche assez vite ». Elle fait également un lien entre des expériences négatives et le processus volitionnel en prenant l'exemple d'un usager où « il n'y avait plus d'expérience, donc il n'initiait plus et il n'y avait plus l'initiative à l'activité. » (E3). De ce fait, elle propose un groupe « Recovery Through Activity » qui s'inspire du processus de remotivation et qui est « inclus dans ce qu'on fait sur le groupe ». Elle explique alors qu'en les observant dans le groupe, ils sont « déjà dans la phase d'expérimentation et de retrouver du plaisir et de renouveler avec des expériences positives » (E3). Ainsi, elle souligne l'importance de s'appuyer sur « ce qu'ils disent, ce qu'ils veulent tester ».

En lien avec la réinsertion professionnelle, E2 pense que le processus de remotivation est « essentiel » car pour atteindre l'objectif de réinsertion professionnelle, il faut que l'utilisateur développe son sentiment d'efficacité personnelle et ses compétences pour trouver « son équilibre ». E3 apporte l'idée que dans le processus de remotivation, l'important est de multiplier les expériences positives. Elle émet alors une limite sur la difficulté, selon elle, de « multiplier les expériences professionnelles dans des choses qui matchent avec des centres d'intérêt pour les personnes et les valeurs qu'elles portent » (E3). Elle ajoute cependant l'idée que « ça peut s'inventer » et pense que ce serait intéressant de réfléchir le projet « des structures qui sont des supports à l'insertion pro, mais qui restent des structures de soins » sur la base du processus de remotivation. Elle évoque en ouverture le « programme IPS » (E3).

## **E. L'accompagnement ergothérapeutique et les rôles**

Les trois ergothérapeutes s'accordent pour dire que l'ergothérapeute accompagne l'utilisateur sur son rôle. E1 et E3 apportent l'idée que l'ergothérapeute, au-delà de permettre la découverte de nouveaux rôles, permet surtout à l'utilisateur d'identifier et de se réapproprier d'autres rôles parfois refoulés, en faisant « l'état des lieux des rôles endossés par les personnes dont elles n'ont pas forcément conscience » (E3). E2 émet aussi l'idée que l'ergothérapeute va « permettre de susciter l'envie d'investir ou de réinvestir des rôles. ».

De plus, elle explique qu'elle a encouragé un utilisateur à endosser le rôle de « coordinateur de l'hôpital des boîtes à livre » en lien avec ses centres d'intérêt. Cette expérience lui a permis de « réinvestir un rôle avec de l'intérêt [...] et un sentiment d'utilité sociale » et lui a également permis de se rendre compte « qu'il ne se sentait pas prêt à réinvestir un rôle professionnel ». E2 conclue alors qu'en contribuant à l'identification des rôles, les utilisateurs peuvent les réinvestir et « donc en contre teinte, ça participe à la réinsertion professionnelle ».

E3 accompagne également vers des activités de loisir pour permettre aux utilisateurs de retrouver un « rôle de personne qui a une activité sur l'extérieur et qui serait investie dans le tissu social ». Dans son accompagnement ergothérapeutique, « le rôle de travailleur en fait partie ». Elle ajoute l'importance de « toute l'équipe qui aussi peut faire la synergie autour de cet accompagnement de restauration des rôles. » (E3) et conclue en disant que « ça vient aider la reprise pro ».

## **F. Validation ou réfutation des hypothèses**

Pour rappel, cette analyse a été réalisée dans l'objectif de répondre à cette problématique :

### **Comment l'ergothérapeute peut-il accompagner un utilisateur avec des troubles de la volition dans un projet professionnel de pair-aidance ?**

Pour tenter d'y répondre, nous avons émis les deux hypothèses suivantes :

- Hypothèse 1 : l'utilisation du processus de remotivation par l'ergothérapeute permet d'accompagner l'utilisateur dans le projet de professionnalisation de pair-aidance
- Hypothèse 2 : les expériences offertes par l'accompagnement ergothérapeutique permettent à l'utilisateur la découverte de nouveaux rôles sociaux facilitant son projet professionnel dans la pair-aidance.

## 1) Retour sur la première hypothèse

L'analyse des données a pu mettre en lumière différents moyens mis en place par les ergothérapeutes lors de la réinsertion professionnelle d'un usager. Elles identifient ainsi l'accompagnement par les différents partenaires de la réinsertion professionnelle, l'accompagnement sur les valeurs de l'usager et également sur l'environnement pour faire face aux différents freins relevés. Cependant, concernant le processus de remotivation, une seule des trois ergothérapeutes interrogées le connaissait mais ne le mettait pas réellement en place. Elle utilisait seulement un programme inspiré du processus de remotivation. De plus, elle explique trouver cela difficile de proposer plusieurs expériences positives en lien avec le projet professionnel de l'usager tout en respectant ses valeurs et centres d'intérêt. Elle a tout de même conclu sur la possibilité, dans certaines structures, de proposer un projet créé sur la base du processus de remotivation.

Ainsi, au vu du trop peu d'ergothérapeutes ayant connaissance du processus de remotivation et des limites évoquées ci-dessus, **nous décidons de réfuter l'hypothèse n°1.**

## 2) Retour sur la deuxième hypothèse

Les trois ergothérapeutes interrogées s'accordent sur l'importance accordée aux rôles de l'usager dans l'accompagnement ergothérapique. Elles ont identifié que l'ergothérapeute permettait de faire l'état des lieux des rôles de l'usager et qu'il pouvait de ce fait réinvestir des rôles délaissés, ou bien en investir des nouveaux. Elles s'accordent sur l'importance des valeurs et des centres d'intérêt dans la découverte des nouveaux rôles.

De plus, elles ajoutent que parmi ces rôles, le rôle professionnel en fait partie. Par ailleurs, deux des ergothérapeutes interrogées ont proposé à des usagers de nouvelles expériences, qui leur ont alors permis de découvrir de nouveaux rôles et de les aider dans leur réinsertion professionnelle. Enfin, les ergothérapeutes, au cours de leur accompagnement, ont pu amener les usagers à se renseigner sur le métier de pair-aidant, que ce soit par le biais des associations, des MSP présents sur les services ou bien par des expériences induites par l'ergothérapeute.

Ainsi, **nous décidons de valider l'hypothèse n°2** puisque l'accompagnement ergothérapique permet la découverte de nouveaux rôles, ce qui peut alors faciliter le projet professionnel d'un usager dans la pair-aidance.

## **DISCUSSION**

### **I. Nouveaux apports théoriques**

#### **A. La collaboration interprofessionnelle**

Lors des différents entretiens, les ergothérapeutes ont pu développer les moyens qu'elles mettaient en place, les modèles sur lesquels elles s'appuyaient, les difficultés qu'elles rencontraient. Parmi ces difficultés, une ergothérapeute a relevé le « morcellement de spécificité et d'accompagnement des professionnels » qui ne permet pas de suivre tout le parcours de l'utilisateur ni de proposer une « continuité psychique [...] dans l'unité de ce qu'on peut proposer » (E2). Par ailleurs, une autre ergothérapeute insiste, elle, sur l'importance du travail d'équipe avec « l'assistance sociale, avec le médiateur de santé pair, avec les infirmières, les neuropsychologues » (E3). Elle précise que c'est « toute l'équipe qui fait synergie autour de cet accompagnement » (E3). De plus, les ergothérapeutes expliquent animer des groupes et des programmes en binôme avec d'autres professionnels.

La collaboration interprofessionnelle est donc un enjeu qui a été relevé par les ergothérapeutes interrogées. Elle peut se définir comme le « processus par lequel des intervenants de différentes disciplines développent des modalités de pratique favorisant une réponse cohérente et intégrée aux besoins de la personne, de ses proches et des Communautés » (D'Amour et Oandasan, 2005 cité dans La collaboration interprofessionnelle, s.d.). Cette collaboration apporte de nombreux bénéfices, autant pour les usagers que pour les professionnels. Elle permet entre autres l'amélioration de l'adhésion aux soins, de la qualité de vie des usagers et la diminution du stress et de l'épuisement des professionnels (La collaboration professionnelle, s.d.).

Cependant, en France, les services de santé mentale « doivent relever le défi de répondre à des besoins complexes concernant un ensemble de parties prenantes liées notamment à l'utilisateur, ses proches, son environnement social et professionnel » (Bartoli et al., 2019). De plus, la prise en soins des usagers en santé mentale se caractérise par la « diversité de sa composition [...] et par la multiplicité des objectifs affichés » (Bartoli et al., 2019). Ainsi, comme relevé par E2, des difficultés de coordination peuvent apparaître, limitant alors le bon déroulement des soins.

De ce fait, une réflexion a été menée et a permis l'identification de nouvelles approches de soin. Parmi elles, on retrouve « le patient au centre de l'organisation » (Bartoli et al., 2019). Cela comprend l'*empowerment* des usagers, le rétablissement et la citoyenneté.

Ainsi, en prenant en compte ces trois composantes dans les services de santé mentale comme axe d'amélioration des prises en soins, quelques évolutions ont pu être constatées. La reconnaissance des usagers « comme médiateur de santé pair » (Le Cardinal, 2010 cité dans Bartoli et al., 2019) rentre alors en jeu. Ce travail de recherche sur la professionnalisation des pair-aidants semble alors trouver tout son sens puisqu'au-delà de permettre à l'utilisateur une réinsertion professionnelle et l'atteinte de ses objectifs de vie, il permet également d'améliorer les soins proposés au sein des services de santé mentale.

## **B. Les partenaires à la réinsertion professionnelle**

Lors de notre conceptualisation et tout au long de cette recherche, nous nous sommes principalement axés sur les moyens mis en place par l'ergothérapeute dans le cadre d'un accompagnement ergothérapeutique. Cependant, lors des entretiens, les trois ergothérapeutes ont pu mettre en évidence leur partenariat avec les différents accompagnements à la réinsertion professionnelle. Elles ont pu identifier Pôle Emploi et CAP Emploi ou encore les Etablissements ou Services d'Aide par le Travail (ESAT). Elles ont également évoqué des associations tels que l'ADAPT et La Mission Locale.

Finalement, E3 évoque un autre type de partenaire : le programme IPS (Individual Placement Support). Ce programme basé sur une méthode bien précise, a pour objectif d'aider les personnes présentant un trouble psychique d'obtenir et de garder un emploi en milieu ordinaire sans préparation au préalable (Holmås et al., 2021). L'idée centrale part du principe qu'un entraînement au préalable pour l'emploi n'est pas nécessaire et que les compétences nécessaires pour l'emploi souhaité s'acquièrent « en immersion directe dans le milieu du travail » (Besse et al., 2016). Cela vient alors s'opposer aux pratiques parfois mises en place d'entraînement en milieu protégé. Le modèle s'appuie sur huit principes (Besse et al., 2016) :

1. L'exclusion zéro : tout usager ayant un souhait d'emploi peut accéder au programme et ce peu importe la stabilité de son état de santé.
2. La collaboration entre le programme de soutien à l'emploi et le traitement psychiatrique.
3. Viser un emploi en milieu ordinaire.
4. La recherche d'emploi est rapide (puisque'elle a lieu dès le début du programme).
5. Cette dernière doit être guidée seulement par le choix et la préférence des usagers.
6. Le processus de prise de décision est partagé (dans le sens où la recherche et le maintien de l'emploi est un travail d'équipe avec l'utilisateur).
7. Le suivi est prolongé au gré des besoins de l'utilisateur.

8. L'agent en insertion développe de manière systématique et continue des liens avec des employeurs potentiels (Besse et al., 2016).

L'objectif final réside ainsi dans le maintien d'un emploi en milieu ordinaire selon les préférences d'un usager, tout en bénéficiant d'un soutien pendant et après la recherche d'emploi. De plus, au vu du principe de non entrainement au préalable, toutes les difficultés ou toutes les situations ne menant pas au maintien de l'emploi ne sont pas considérées comme des échecs mais comme de « précieuses expériences » (Holmås et al., 2021).

Finalement, ce programme a pu montrer de très bons résultats. En effet, le modèle IPS obtient un taux d'insertion en milieu ordinaire de 61% contre 23% pour les autres types de programme sur une période de 18 mois, selon 20 essais randomisés contrôlés (Pierrefeu et al., 2017). Un lien intéressant peut alors être fait entre l'insertion d'un médiateur de santé pair dans une équipe de soin (donc en milieu ordinaire) et ce programme IPS. Le rôle de l'ergothérapeute dans ce programme est également pertinent à interroger.

## **II. Limites et biais de la recherche**

Au cours de ce travail de recherche, nous avons pu mettre en lumière différents biais et limites que nous allons expliciter ci-dessous.

### **A. Biais de la recherche**

Premièrement, nous avons pu identifier un biais lors de l'échantillonnage. En effet, nous n'avons pas précisé dans nos critères d'inclusion l'utilisation du processus de remotivation dans la pratique ou du moins la connaissance théorique de ce dernier. De ce fait, n'ayant pas ou peu de connaissances sur son contenu et ne l'ayant pas utilisé dans leur pratique, les ergothérapeutes ont répondu sur la base de leurs représentations et de leur projection sur cet accompagnement. Bien que cette projection soit basée sur leurs connaissances théoriques et sur leur expérience en santé mentale, cela n'est pas suffisant pour nous permettre de conclure sur l'intérêt de l'utilisation du processus de remotivation.

Par la suite, un biais de réponse est également relevé. En effet, les ergothérapeutes interrogées, de par l'échantillonnage réalisé, sont spécialisées dans cette thématique de recherche. De plus, elles travaillent au sein d'institutions pouvant accueillir ou accueillant des pair-aidants.

Ainsi, leurs réponses ont pu être orientées afin d'aller dans le sens de ces institutions et dans le sens des recommandations de pratique actuelle. De plus, le souhait de correspondre aux critères d'inclusion de la recherche et de répondre correctement aux questions a pu rentrer en jeu.

Pour finir, un biais de subjectivité peut également être relevé. Malgré le travail de rupture réalisé par le chercheur et le suivi rigoureux de la méthodologie lors des entretiens, il n'empêche qu'une certaine subjectivité puisse apparaître. De ce fait, certaines questions lors des entretiens ont pu être indicées par le chercheur, en lien avec ses valeurs et croyances sur sa thématique de recherche.

## **B. Limites de la recherche**

La première limite réside dans le caractère nouveau du travail de recherche, qui fut une première expérience pour nous. De ce fait, lors de la passation des entretiens, notre manque d'expérience et notre souhait de rigueur vis-à-vis de la méthodologie a pu être une limite. Nous n'avons parfois pas suffisamment relancé les ergothérapeutes, ni rebondi sur leurs propos lors de l'entretien, limitant alors le recueil des données empiriques et l'aboutissement de la réflexion sur certaines notions.

Finalement, ce sujet de recherche s'axait sur le parcours d'usager en santé mentale dans la réinsertion professionnelle et la pair-aidance. De plus, il a été évoqué tout au long de cette recherche l'importance de mettre l'usager au cœur du soin et de lui redonner le pouvoir d'agir. De ce fait, il aurait été pertinent de pouvoir interroger des usagers concernés par cette recherche et de mettre leur discours au cœur de cette recherche. Cependant, au vu de la temporalité de cette recherche, il n'a pas été possible de récolter suffisamment de données pour pouvoir les y inclure.

## **III. Perspectives**

Cette recherche, au-delà du travail autour de la problématique, a permis d'éveiller de nouveaux axes concernant la pratique ergothérapeutique.

Premièrement, nous avons pu développer le rôle de l'ergothérapeute dans l'accompagnement des usagers dans la réinsertion professionnelle vers la pair-aidance. Nous avons alors pu développer le rôle du pair-aidant, notamment au sein des équipes de santé mentale. Ainsi, en tant que futur ergothérapeute, nous pourrions être amené à travailler en collaboration avec eux. De plus, nous avons vu que les pair-aidants sont amenés à réaliser des formations aux équipes, notamment sur l'accueil d'un pair-aidant.

Il peut alors être intéressant de questionner la pertinence d'une intervention d'un pair-aidant en formation initiale d'ergothérapie. Cela ne pourrait-il pas permettre de faciliter la collaboration future avec ce nouveau rôle ?

Par ailleurs, lors d'un entretien, une ergothérapeute a évoqué l'UNAFAM (l'Union Nationale de Familles et Amis de personnes Malades et/ou handicapées psychiques). Cette association est axée sur la pair-aidance familiale, c'est-à-dire l'accompagnement des familles et proches de personnes présentant un trouble psychique, par d'autres familles et proches d'utilisateurs avec un trouble psychique. Dans cette recherche, nous nous sommes axés sur l'accompagnement de l'utilisateur, sur le rôle du pair-aidant, sur les moyens mis en place pour le parcours de l'utilisateur. Nous n'avons que peu abordé l'environnement social de l'utilisateur et les difficultés et/ou ressources que ce dernier peut apporter. Ne serait-il pas pertinent de penser le rôle de l'ergothérapeute dans cet accompagnement ? N'y aurait-il pas des enjeux à l'accompagnement de l'environnement familial et proche de l'utilisateur ? Comment la pair-aidance peut-elle s'y intégrer ?

Pour finir, ce travail de recherche, qui a nécessité le suivi rigoureux d'une méthodologie et qui a tenté de suivre une démarche scientifique, nous a beaucoup apporté. Cette rigueur est nécessaire dans une pratique ergothérapique, qui se doit de suivre des méthodes, des valeurs et des recommandations pour assurer une qualité de soin optimale. De plus, ce travail nous a également éveillé à l'importance de la recherche, de la découverte et de l'avancée scientifique. Nous espérons alors garder cette curiosité professionnelle nécessaire à la pratique d'une ergothérapie contemporaine.

## **CONCLUSION**

Un usager expérimentant un parcours de soin en santé mentale ainsi qu'un processus de rétablissement peut se tourner vers un nouveau métier, le Médiateur de Santé Pair (MSP). Le MSP est un pair-aidant ayant suivi un parcours de professionnalisation de la pair-aidance, donc un objectif de réinsertion professionnelle. Cet objectif soulève alors un certain nombre d'enjeux et de compétences, tels que le parcours de rétablissement ou le savoir-expérientiel. De plus, la réinsertion professionnelle dans la pair-aidance doit faire écho aux valeurs et à la motivation de l'usager. La volition des usagers dans ce parcours de réinsertion professionnelle constitue alors un enjeu central.

Au sein de cette recherche, nous avons souhaité identifier les pratiques ergothérapeutiques permettant l'accompagnement d'un usager avec des troubles de la volition dans un projet professionnel de pair-aidance. Pour trouver ces réponses, une méthode qualitative ainsi qu'une approche hypothético-déductive ont été mises en place. Partant de cette méthodologie, nous sommes alors allés enquêter sur le terrain pour valider ou non nos hypothèses de recherche. Nous voulions ainsi vérifier si oui ou non le processus de remotivation pouvait faciliter la réinsertion professionnelle d'un usager. De plus, la découverte de nouveaux rôles offerte par l'accompagnement ergothérapeutique dans un objectif de réinsertion professionnelle était également questionnée.

Nous avons ainsi pu interroger trois ergothérapeutes pour tenter de répondre à nos hypothèses de recherche. Ces dernières ont pu détailler les différents moyens mis en place dans l'accompagnement à la réinsertion professionnelle, notamment la collaboration avec les partenaires. Concernant le processus de remotivation, trop peu de données ont pu être récoltées, en lien avec la non mise en pratique des ergothérapeutes de ce processus sur le terrain. Elles ont tout de même pu exprimer l'importance de prendre en compte la volition dans un tel accompagnement et une ergothérapeute à encourager la mise en place de projet de réinsertion professionnelle basé sur le processus de remotivation. En revanche, elles s'accordent à dire que l'ergothérapeute accompagne la personne sur ses rôles, que ce soit par la découverte, l'investissement ou le réinvestissement de ces derniers. Concernant les rôles professionnels, l'ergothérapeute a toute sa place, notamment en accompagnant la personne sur ses valeurs et en lui proposant des expériences positives.

Par ailleurs, cette recherche a permis d'ouvrir les perspectives autour de la pratique ergothérapeutique.

Nous avons ainsi pu mettre en évidence l'importance de la pair-aidance dans le système de soin et dans les équipes en santé mentale. Nous avons également pu questionner son rôle au sein des formations initiales en ergothérapie. Ainsi, nous aimerions conclure sur cette collaboration future, dans l'objectif d'une amélioration constante des pratiques de chacun pour une prise en soin des plus accomplie.

## **REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES**

Andresen, R., Caputi, P., & Oades, L. (2006). Stages of Recovery Instrument : Development of a Measure of Recovery from Serious Mental Illness. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 40(11-12), 972-980. <https://doi.org/10.1080/j.1440-1614.2006.01921.x>

Anthony, W. A. (1993). Recovery from mental illness, *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16(4), 11-23.

ARS. (2023). Recrutement de Médiateurs de Santé-Pairs au sein de services et structures de soins de santé mentale. <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/recrutement-de-mediateurs-de-sante-pairs-au-sein-de-services-et-structures-de-soins-de-sante-0>

Aubin-Auger, I., Mercier, A., Baumann, L., Lehr-Drylewicz, A. M., Imbert, P., & Letrilliart, L. (2008). Introduction à la recherche qualitative. *Exercer*, 84, 142-145.

Bartoli, A., Gozlan, G. & Sebai, J. (2019). 05. Vers de nouvelles formes de prise en charge en santé mentale : quels freins et conditions de réussite ?. *Politiques & management public*, 2, 199-221. <https://doi.org/10.3166/pmp.36.2019.00013>

Bélangier, R., Briand, C. et Rivard, S. (2005). Le modèle de l'occupation humaine (MOH). In M.-J. Manidi (Ed.), *Ergothérapie comparée en santé mentale et psychiatrie* (pp. 111-158) . Lausanne, Suisse: Les Cahiers de l'École d'Études sociales et pédagogiques. [https://www.hetsl.ch/fileadmin/user\\_upload/publications/media\\_43\\_ergotherapie\\_comparee.pdf](https://www.hetsl.ch/fileadmin/user_upload/publications/media_43_ergotherapie_comparee.pdf)

Besse, C. S., Silva, B., Dutoit, M., & Bonsack, C. (2016). Soutien individuel à l'emploi (IPS) vudois. *Swiss Archives of Neurology, Psychiatry and Psychotherapy*, 167(07), 215-221.

Bon, L. (2018). Réhabilitation psychosociale : Outils thérapeutiques et offre de soin. *PSN*, 16(1), 7-16. <https://doi.org/10.3917/psn.161.0007>

Bond, G. R., Drake, R. E., & Becker, D. R. (2008). An update on randomized controlled trials of evidence-based supported employment. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 31(4), 280-290. <https://doi.org/10.2975/31.4.2008.280.290>

Bourdeau, G., Lecomte, T., Lecardeur, L., & Lysaker, P. H. (2014). Premier épisode psychotique et rétablissement. *Pratiques en santé mentale*, 60e année(2), 41-46. <https://doi.org/10.3917/psm.142.0041>

Briand, C., & Bédard, M. (2019). L'ergothérapeute : Un agent de changement et un leader pour une recherche en santé mentale axée vers le rétablissement. *Revue Francophone de Recherche en Ergothérapie*, Volume 5 (n°1). <https://doi.org/10.13096/RFRE.V5N1.150>

Castro, D. (2020). Une brève synthèse de la littérature sur la notion de pair-aidance. *Le Journal des psychologues*, 374, 18-23. <https://doi.org/10.3917/jdp.374.0018>

Cellard, C., & FRANCK, N. (2020). *Pair-aidance en santé mentale : Une entraide professionnalisée*. Elsevier Health Sciences.

Centre collaborateur de l'OMS pour la recherche et la formation en santé mentale (2019). Programme médiateur de Santé-Pair. [https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/update\\_programme\\_msp\\_2019\\_4\\_2165.pdf](https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/update_programme_msp_2019_4_2165.pdf)

Château Terrisse, P., Codello, P., Béji-Bécheur, A., Jougleux, M., Chevrier, S. & Vandangeon-Derumez, I. (2016). Réflexivité et éthique du chercheur dans la conduite d'une recherche-intervention. *La Revue des Sciences de Gestion*, 277, 45-56. <https://doi.org/10.3917/rsg.277.0045>

Chevalier, F. & Meyer, V. (2018). Chapitre 6. Les entretiens. Dans : Françoise Chevalier éd., *Les méthodes de recherche du DBA* (pp. 108-125). Caen: EMS Editions. <https://doi.org/10.3917/ems.cheva.2018.01.0108>

Claude, G. (2020, 07 décembre). *Le guide d'entretien : caractéristiques et exemples*. Scribbr. Consulté le 6 avril 2024, de <https://www.scribbr.fr/methodologie/guide-entretien>

Claude, G. (2021, 24 mars). *L'entretien de recherche ; : définition, utilisation, types et exemples*. Scribbr. <https://www.scribbr.fr/methodologie/entretien-recherche/>

Clubhouse : *Nous découvrir*. (s. d.). Clubhouse France. Consulté 6 avril 2024, à l'adresse <https://www.clubhousefrance.org/nous-decouvrir/>

- Daoust, M.-K. (2015). Repenser la neutralité axiologique : Objectivité, autonomie et délibération publique. *Revue européenne des sciences sociales*, 53-1, 199-225. <https://doi.org/10.4000/ress.3000>
- Deegan, P. (1996). Recovery as a journey of the heart. *Psychiatric rehabilitation journal*, 19(3), 91.
- Deegan, P. (2002). Le rétablissement en tant que processus autogéré de guérison et de transformation (trad. par H. Carbonnelle).
- De las Heras, C. G., Llerena, V., & Kielhofner, G. (2006). *Le processus de remotivation: continuum de l'intervention auprès des personnes atteintes d'un trouble grave de la volition: guide de l'intervenant*. version 1.0 (2006). Traduction de la version 1.0 (2003).
- De Pierrefeu, I., Corbière, M. & Pachoud, B. (2017). Les accompagnants à l'insertion professionnelle en milieu ordinaire pour les personnes en situation de handicap psychique au sein des ESAT de transition Messidor. *Santé mentale au Québec*, 42, 155-171. <https://doi.org/10.7202/1041921ar>
- Delacroix, E., Jolibert, A., Monnot, É., & Jourdan, P. (2021). Chapitre 6. L'analyse des données qualitatives et documentaires. In *Marketing Research* (p. 151-177). Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.delac.2021.01.0151>
- Demony, A. (2016). La recherche qualitative : Introduction à la méthodologie de l'entretien| Lecteur amélioré Elsevier. <https://doi.org/10.1016/j.kine.2016.07.004>
- Demailly, L. (2020). Les pratiques des médiateurs de santé-pairs en santé mentale. *Rhizome*, 75-76, 37-46. <https://doi.org/10.3917/rhiz.075.0037>
- Deutsch, C. (2015). L'empowerment en santé mentale. *Sciences & Actions Sociales*, 1(1), 15-30. <https://doi.org/10.3917/sas.001.0015>
- Durand, B. (2019). Le rétablissement. *Raison présente*, 209(1), 19-31. <https://doi.org/10.3917/rpre.209.0019>
- Durand, B. (2020). Les origines de la pair-aidance. *Pratiques en santé mentale*, 66, 6-13. <https://doi.org/10.3917/psm.203.0006>

Ellingham, I. (2014). Le mouvement du rétablissement : Un développement significatif pour le champ du counseling et de la psychothérapie (J. Grisart, Trad.). Approche Centrée sur la Personne. *Pratique et recherche*, 20(2), 27-35. <https://doi.org/10.3917/acp.020.0027>

Feldman, J. (2002). Objectivité et subjectivité en science. Quelques aperçus. *Revue européenne des sciences sociales*, XL-124, 85-130. <https://doi.org/10.4000/ress.577>

Gardien, È. (2017). Qu'apportent les savoirs expérientiels à la recherche en sciences humaines et sociales ?. *Vie sociale*, 20, 31-44. <https://doi.org/10.3917/vsoc.174.0031>

Girard, M.-J., Bréart De Boisanger, F., Boisvert, I., & Vachon, M. (2015). Le chercheur et son expérience de la subjectivité : Une sensibilité partagée: Spécificités, n° 8(2), 10-20. <https://doi.org/10.3917/spec.008.0010>

Giroux, M. T. (2018). Objectivité et bienveillance du chercheur à l'égard du sujet de recherche. Recrutement et consentement à la recherche : réalités et défis éthiques, 18-20. <https://doi.org/10.17118/11143/14104>

Godrie, B. (2016). Révolution tranquille. L'implication des usagers dans l'organisation des soins et l'intervention en santé mentale. *Revue française des affaires sociales*, , 89-104. <https://doi.org/10.3917/rfas.162.0089>

Godrie B. (2016), « Vivre n'est pas (toujours) savoir. Richesse et complexité des savoirs expérientiels », in *Le Partenaire*, vol. 24, n° 3, p. 35-38.

Gross, O. (2020). Les défis associés à la fonction de médiateur de santé pair : enjeux pour leur formation initiale et continue. *Rhizome*, 75-76, 164-173. <https://doi.org/10.3917/rhiz.075.0164>

Gruhl, K. L. R. (2005). The recovery paradigm: Should occupational therapists be interested? *Canadian Journal of Occupational Therapy / Revue Canadienne D'Ergothérapie*, 72(2), 96–102. <https://doi.org/10.1177/000841740507200204>

Hernandez, H. (2016). Ergothérapie en psychiatrie : De la souffrance psychique à la réadaptation. De Boeck.

Höhl, W., Moll, S., & Pfeiffer, A. (2017). Occupational therapy interventions in the treatment of people with severe mental illness. *Current Opinion in Psychiatry*, 30(4), 300-305. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000339>

Holmås, T. H., Monstad, K., & Reme, S. E. (2021). Regular employment for people with mental illness – An evaluation of the individual placement and support programme. *Social Science & Medicine*, 270, 113691. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.113691>

Imbert, G. (2010). L'entretien semi-directif : à la frontière de la santé publique et de l'anthropologie. *Recherche en soins infirmiers*, 102, 23-34. <https://doi.org/10.3917/rsi.102.0023>

Jaffrin, S. (2022). Les GEM, définition et principes de fonctionnement. Dans : , S. Jaffrin, *La tribu des GEM: Les groupes d'entraide mutuelle, des lieux pour renâître et réinventer la société* (pp. 19-30). Toulouse: Érès. <https://www-cairn-info.ezproxy.normandie-univ.fr/la-tribu-des-gem--9782749273471-page-19.htm>

Jaffrin, S. (2022). Les GEM, définition et principes de fonctionnement. In *La tribu des GEM* (p. 19-30). Érès. <https://www-cairn-info.ezproxy.normandie-univ.fr/la-tribu-des-gem--9782749273471-p-19.htm>

Koenig-Flahaut, M., Castillo, M.-C., & Blanchet, A. (2011). Rémission, rétablissement et schizophrénie : Vers une conception intégrative des formes de l'évolution positive de la schizophrénie. *Bulletin de psychologie*, Numéro 514(4), 339-346. <https://doi.org/10.3917/buppsy.514.0339>

Kohn, L. & Christiaens, W. (2014). Les méthodes de recherches qualitatives dans la recherche en soins de santé : apports et croyances. *Reflets et perspectives de la vie économique*, LIII, 67-82. <https://doi.org/10.3917/rpve.534.0067>

*La collaboration interprofessionnelle (CIP)—RCPI/ CIUSSSCN*. (s. d.). Consulté 19 mai 2024, à l'adresse <https://www.ciuss-capitalenationale.gouv.qc.ca/personnel-sante/RCPI/pratiques-collaboratives/CIP>

*La Maison Perchée*. (s. d.). MaisonPerchée. Consulté 18 mai 2024, à l'adresse <https://maisonperchee.org/>

Laval, C. & Gardien, È. (2020). Accompagner ses pairs n'est pas une activité de médiation, pourtant ils sont appelés « médiateurs de santé-pairs »... *Rhizome*, 75-76, 184-192. <https://doi.org/10.3917/rhiz.075.0184>

Lavarde, A. (2008). Chapitre 4. Des objectifs de recherche à la logique de recherche. Dans : , A. Lavarde, *Guide méthodologique de la recherche en psychologie* (pp. 59-78). Louvain-la-Neuve: De Boeck Supérieur. <https://doi.org/10.3917/dbu.lavar.2008.01.0059>

Le Cardinal, P., Roelandt, J., Rafael, F., Vasseur-Bacle, S., François, G. & Marsili, M. (2013). Pratiques orientées vers le rétablissement et pair-aidance : historique, études et perspectives. *L'information psychiatrique*, 89, 365-370. <https://doi.org/10.1684/ipe.2013.1070>

Lièvre, P. (2016). *Manuel d'initiation à la recherche en travail social*. Presses de l'EHESP. <https://doi.org/10.3917/ehesp.lievr.2016.01>

Mannoni, P. (2022). Introduction. Dans : Pierre Mannoni éd., *Les représentations sociales* (pp. 3-7). Paris cedex 14: Presses Universitaires de France.

Martineau, S. (2007). L'éthique en recherche qualitative : quelques piste de réflexion. *Recherche qualitative : Les questions de l'heure*, n°5, pp. 70-81.

Médiateurs de santé pairs (MSP). (s. d.). Consulté 3 janvier 2024, à l'adresse <https://www.epsm-lille-metropole.fr/msp>

Morel-Bracq, M.-C. (2017). *Les modèles conceptuels en ergothérapie : Introduction aux concepts fondamentaux* (2e éd). Deboeck supérieur.

Offenstein, É. (2016). Chapitre 15. Accompagner le changement. Dans : Eric Trouvé éd., *Agir sur l'environnement pour permettre les activités* (pp. 241-263). Louvain-la-Neuve: De Boeck Supérieur. <https://doi.org/10.3917/dbu.trouv.2016.01.0241>

Pachoud, B. (2017). Activité professionnelle et processus de rétablissement. *Santé mentale au Québec*, 42(2), 57–70. <https://doi.org/10.7202/1041914ar>

Pachoud, B. (2014). Handicap psychique et insertion professionnelle : de nouvelles orientations théoriques et pratiques. *Le Journal des psychologues*, 315, 32-36. <https://doi.org/10.3917/jdp.315.0032>

Pachoud, B., Leplège, A. & Plagnol, A. (2009). La problématique de l'insertion professionnelle des personnes présentant un handicap psychique : les différentes dimensions à prendre en compte. *Revue française des affaires sociales*, , 257-277. <https://doi-org.ezproxy.normandie-univ.fr/10.3917/rfas.091.0257>

Pierre. (2023, décembre 14). Qu'est-ce que la réhabilitation psychosociale. Centre ressource réhabilitation. <https://centre-ressource-rehabilitation.org/qu-est-ce-que-la-rehabilitation-psychosociale>

Provencher, H. (2002). L'expérience du rétablissement : Perspectives théoriques. *Santé mentale au Québec*, 27(1), 35-64. <https://doi.org/10.7202/014538ar>

Provencher, H., & Keyes, C. L. M. (2010). Une conception élargie du rétablissement. *L'information psychiatrique*, 86(7), 579-589. <https://doi.org/10.1684/ipe.2010.0659>

Qu'est-ce que l'ergothérapie. (s. d.). ANFE. Consulté 6 décembre 2023, à l'adresse [https://anfe.fr/qu\\_est\\_ce\\_que\\_l\\_ergotherapie/](https://anfe.fr/qu_est_ce_que_l_ergotherapie/)

Savoie-Zajc, L. (2006). Comment peut-on construire un échantillonnage scientifiquement valide. *Recherches qualitatives*, 5(1), pp. 99-111.

Remédiation cognitive et rétablissement dans les troubles psychiques sévères. (2017). *Rhizome*, 65-66(3-4), 10-11. <https://doi.org/10.3917/rhiz.065.0010>

Riou, G., Poullain, C., & Katsaros, I. (2016). Ergothérapie en santé mentale : Enjeux et perspectives. <https://anfe.fr/wp-content/uploads/2020/12/Le-Guide-des-Recommandations-GRESM-2016-site.pdf>

Roche, D. (2009). *Réaliser une étude de marché avec succès*. Eyrolles-Éd. d'Organisation.

Roelandt J.L., Staedel B., et al. (2015). Programme médiateurs de santé / pairs, Rapport final de L'expérimentation 2010-2014, CCOMS, Lille. [https://www.recherche-sante-mentale.fr/docsenlien/RAPPORT%20FINAL\\_19\\_01\\_2015.pdf](https://www.recherche-sante-mentale.fr/docsenlien/RAPPORT%20FINAL_19_01_2015.pdf)

Sarradon-Eck, A., Farnarier, C., Girard, V., Händlhuber, H., Lefebvre, C., Simonet, É. & Staes, B. (2012). Des médiateurs de santé pairs dans une équipe mobile en santé mentale. *Entre*

rétablissement et professionnalisation, une quête de légitimité. *Lien social et Politiques*, (67), 183–199. <https://doi.org/10.7202/1013023ar>

*Schema-MOH-2024-couleurs-Quebec.png* (PNG Image, 1684 × 1191 pixels)—Scaled (49%). (s. d.). Consulté 5 mai 2024, à l'adresse <https://crmoh.ulaval.ca/wp-content/uploads/2024/01/Schema-MOH-2024-couleurs-Quebec.png>

Soulé, J. (2016). Chapitre 10 - Effets de l'expérimentation sur les médiateurs de santé - pairs et leur rétablissement. Dans : Jean-Luc Roelandt éd., *L'expérimentation des médiateurs de santé – pairs: Une révolution intranquille* (pp. 125-137). Doin. <https://doi-org.ezproxy.normandie-univ.fr/10.3917/jle.roela.2016.01.0125>

Troisoeufs, A. (2020). Patients intervenants, médiateurs de santé-pairs : quelles figures de la pair-aidance en santé ?. *Rhizome*, 75-76, 27-36. <https://doi.org/10.3917/rhiz.075.0027>

Vigneault, L. (2014). « Je suis une personne, pas une maladie ». *Le sujet dans la cité*, 5(2), 86-98. <https://doi.org/10.3917/lhdlc.005.0085>

Vigneault, L. (2017). De la stigmatisation vers le rétablissement. *Santé mentale au Québec*, 42(2), 119–124. <https://doi.org/10.7202/1041918ar>

Williams, A. E., Fossey, E., Corbière, M., Paluch, T., & Harvey, C. (2016). Work participation for people with severe mental illnesses : An integrative review of factors impacting job tenure. *Australian Occupational Therapy Journal*, 63(2), 65-85. <https://doi.org/10.1111/1440-1630.12237>

## **ANNEXES**

Annexe 1: Formulaire de consentement.....	I
Annexe 2: Guide d'entretien.....	II
Annexe 3: Grille d'analyse .....	VI

Annexe 1: Formulaire de consentement

**Formulaire de consentement libre et éclairé dans le cadre d'un mémoire d'initiation à la recherche**

Je m'appelle Florette Baumont et je suis étudiante en 3ème année d'ergothérapie au sein de l'IFE de Rouen. Dans le cadre de mon mémoire, je m'intéresse à l'accompagnement des usagers en santé mentale dans un projet professionnel de pair-aidance.

Afin de recueillir des éléments de réponse, je vais vous poser différentes questions. L'entretien durera entre 30 minutes et 1 heure. Vous n'êtes pas obligé de répondre à toutes les questions et vous êtes libre d'arrêter l'entretien à tout moment. N'hésitez pas à ajouter des éléments ou remarques qui pourront enrichir la discussion. Si vous avez oublié un élément à une question précédente, vous pouvez revenir dessus à tout moment.

L'entretien sera enregistré pour me permettre de retranscrire les informations recueillies avec précision afin d'en faciliter l'analyse. Toutes les informations seront anonymisées et l'enregistrement sera supprimé après l'anonymisation de la retranscription écrite.

Je soussigné (e) : .....

Autorise l'étudiante Florette BAUMONT à m'interroger dans le cadre de son mémoire d'initiation à la recherche et à enregistrer cet entretien.

Fait à ..... le .....

Signature :

Annexe 2 : Guide d'entretien

<b>Thèmes</b> <b>Grille ergo</b>	<b>Questions</b>	<b>Critères</b>	<b>Indicateurs</b>
Population interrogée	1) Pouvez-vous vous présenter ?	Présentation de la personne	Nom, prénom, âge, profession
	2) Pouvez-vous décrire votre parcours professionnel ?		Structure de travail, Expérience, publics et domaines rencontrés
Rétablissement	3) Pouvez-vous me donner votre définition du rétablissement ?	Définition, étapes, sphères	C'est une manière de vivre une vie satisfaisante, pleine d'espoir et épanouissante, en dépit des limites dues à la maladie (Anthony, 1993) Cinq étapes d'andresen et sphères
	4) Dans votre pratique, prodiguez-vous des soins orientés rétablissement (réhabilitation psychosociale) ? Si oui en quoi cela consiste ?	Définition et intérêts de la réhab	Les soins RPS avec les différents outils, accompagnement du projet de la personne, personne centrée
Pair-aidance	5) Avez-vous déjà entendu parler de pair-aidance ? Si oui, pouvez-vous m'en donner une définition ?	Connaissance de la pair-aidance et définition	Soutien apporté par une personne atteinte d'une maladie grave ou chronique et rétablie à ses pairs atteints d'une maladie identique ou similaire à la sienne (Vignaud, 2017), notion de maladie identique ou similaire et

			de rétablissement, de relation d'aide, de transmission d'espoir, savoir expérientiel
	6) Connaissez-vous des associations d'usagers accueillant des pair-aidants ?	Connaissance d'association	GEM, club house, La Maison perchée
	7) Avez-vous déjà accompagné des usagers dans ces associations ? Si oui	Accompagnement d'usager dans la pair-aidance	Bénéfices de l'expérience de pair-aidants proposés par ces associations
Réinsertion professionnelle	8) Dans le cas de votre pratique, avez-vous été amené à accompagner un usager dans la réinsertion professionnelle ? Si oui, quels moyens avez-vous mis en place ?	Expérience professionnelle Accompagnement sur la réinsertion professionnelle	Accompagnement sur les facteurs facilitant l'emploi (motivation, rôle, sentiment de compétence)
	9) Quelle(s) difficulté(s) avez-vous pu identifier lors de cet accompagnement ? Qu'avez-vous mis en place face à ces difficultés ?	Difficultés liées à la reprise pro	Stigmatisation, discrimination à l'embauche, manque de confiance en soi et en ses capacités, ambiance de travail, équipes peu accueillantes, missions peu valorisantes
Médiateur Santé Pair	10) Avez-vous déjà rencontré/travaillé avec un MSP ?	Expérience, connaissance du métier de MSP	Définitions et missions des MSP « usager ou ex-usager des services de psychiatrie ayant suivi une formation afin d'intégrer des services de soins en santé mentale dans une mission de médiation en santé mentale »,

	11) Connaissez-vous les missions d'un MSP ?	Missions d'un MSP	Accompagnement des usagers sur le parcours de rétablissement, partage d'expériences, accompagnement des équipes sur les pratiques en réhab, transmission de l'espoir
	12) Connaissez-vous le parcours de formation MSP ?	Parcours de formation MSP	Formation sur un an, en alternance avec lieu de stage, cours théorique sur le rétablissement et les soins RPS, engagé dans un processus de rétablissement depuis au moins 2 ans
Ergo en santé mentale	13) Utilisez-vous le MOH dans votre pratique ? quels outils ?	Connaissance du MOH	Utilisation et connaissance des items du MOH : L'Etre Utilisation des outils du MOH
	14) Pouvez-vous me définir la volition ? Comment accompagnez-vous un usager avec des troubles de la volition ?	Définition de la volition	La motivation d'une personne à agir sur son environnement (Morel-Bracq, 2017).
	15) Connaissez-vous le processus de remotivation issu du MOH ? Comment l'utilisez-vous ? Comment pourriez-vous l'utiliser ?	Connaissance du processus de remotivation	Connaissance des trois phases (exploration, compétence, accomplissement).

Hypothèse 1	16) Pensez-vous que le processus de remotivation peut être utilisé pour accompagner un usager dans la réinsertion professionnelle ? Si oui, que permet-il ?	Intérêt du processus de remotivation	Reprise de nouveaux rôles, de nouvelles occupations, accompagner le processus de changement, permet l'expérimentation de nouvelles expériences
Hypothèse 2	17) L'accompagnement ergothérapique peut-il permettre la découverte de nouveaux rôles pour l'usager ? Comment ? Cela peut-il aider la réinsertion professionnelle ?	Intérêts de l'accompagnement ergothérapique	Ergothérapeute permet à l'usager la découverte de nouveaux rôles par l'expérimentation de nouvelles expériences

### Annexe 3 : Grille d'analyse

Thèmes	Indicateurs	Ergothérapeute 1	Ergothérapeute 2	Ergothérapeute 3
Population interrogée	Nom, prénom, âge, profession, structure de travail, expériences, publics et domaines rencontrés	« J'ai été formée en 2012 à Alençon, ensuite j'ai travaillé en moitié de temps intra-hospitalier et en moitié de temps extra-hospitalier pendant un an et demi et ensuite je suis partie en temps plein en hôpital de jour fin 2013 et je suis partie fin 2022 pour venir travailler ici au centre de proximité de réhab » « toujours ergo en psy et presque toujours ergo en réhab ».	« J'ai été diplômée en 2009, j'ai exercé en santé mentale dans un premier temps en UMD en région parisienne pendant 10 ans, je m'intéressais déjà à la réhab lors de l'UMD où je trouvais important ou c'est des patients qui sont plutôt enfermés je trouvais ça important de continuer à travailler tout ce qui habiletés sociales, autonomie et c'est comme ça que je me suis intéressée à la réhab malgré l'UMD mais c'était intéressant. Ensuite j'ai été muté et je suis arrivée au centre hospitalier dans l'unité de réadaptation et de préparation à la sortie en réhab, avec des patients en processus de préparation à la sortie ou de sorties récentes. Donc là on consolide la prise de lien avec extérieur et on voit aussi pour le relais avec structure la plus proche. »	« Je suis ergothérapeute depuis 2006. J'ai commencé à travailler d'abord dans centre hospitalier en intra-hospitalier, après en extra-hospitalier en hôpital de jour. Ensuite j'ai déménagé en 2013 où j'ai commencé en extra-hospitalier sur une ferme thérapeutique à l'hôpital et une équipe mobile. Et ensuite en 2018, j'ai pu participer à la création du service de réhab orienté rétablissement sur l'hôpital où je travaille maintenant depuis 2018. En parallèle, je suis formée au modèle de l'occupation humaine j'ai pu avoir aussi le DU santé mentale dans la communauté en 2017. Et je suis case manager depuis 2022. »
Rétablissement	« C'est une manière de vivre une vie satisfaisante, pleine d'espoir et épanouissante, en dépit des limites dues à la maladie » (Anthony, 1993)	« Pour moi le rétablissement c'est un processus vers l'épanouissement de la personne dans la communauté, y'a le rétablissement médical, personnel, professionnel pour que la	« Alors le rétablissement je le vois comme un mouvement de l'intérieur vers l'extérieur, la personne prend conscience de son pouvoir d'agir avec la dimension de l'espoir et pouvoir dans une prédisposition	« Alors, ma définition du rétablissement, effectivement, parce qu'il y en a plein qui existent. Pour moi, c'est la possibilité pour les personnes qui ont un trouble psychique de pouvoir avoir la vie

	<p>Les sphères du rétablissement (social, clinique, fonctionnel et personnel) Les notions clés (espoir, empowerment)</p>	<p>personne réalise tous ses projets de vie dans son environnement. »</p>	<p>positive prendre conscience de ses forces et de qui elle est, de comment mener ses projets a bien, dans un processus qui se fait tout du long, dans la réhab c'est notre essence de se baser sur le rétablissement, dans un processus de pouvoir d'agir. Nous sommes juste la torche et on aide à éclairer la personne sur le sujet qu'elle souhaite tenir, on est juste là pour un éclairage, on prend pas la place de la personne, c'est elle qui reste dans la lumière, c'est un accès de conscience qui vient d'elle. ».</p>	<p>qu'ils souhaitent, et aussi satisfaisante qu'ils souhaitent, avec leurs projets, leurs envies, leurs besoins. Et voilà, une vie qui leur convient et qui leur ressemble »</p>
	<p>Les soins RPS (remédiation cognitive, développement des habiletés sociales, ETP, case management), Accompagnement du projet de la personne, personne centrée</p>	<p>« Dans ma pratique car au centre il y a divers outils mais moi particulièrement, j'interviens sur des activités où on sort sur l'extérieur pour aller au plus près de la communauté, je suis formée au programme de remédiation cognitive Tom Remed, je fais le programme PEPS qui permet de lutter contre l'anhédonie, [...] je suis formée au case management et je fais beaucoup d'accompagnement en individuel avec les partenaires dans la cité »</p>	<p>« Je vais surtout vous parlez de ce que je fais [...] c'est important de replacer les choses, c'est un grand mouvement sur lequel on peut s'appuyer avec des outils : moi j'utilise beaucoup la remédiation cognitive avec des programmes validés en partenariat avec les neuropsychologues [...] pour le partage de connaissances. On a des programmes de cognitions sociales, de reconnaissances des émotions, pour que les patients soient mieux au fait dans leurs interactions sociales futures, [...] et donc les comportements sont plus spontanés et mieux compris [...]. On utilise beaucoup de jeux pour transférer les</p>	<p>« Alors, en fait, on s'appuie sur les principes de la réhabilitation psychosociale pour proposer des accompagnements aux personnes. Mais pas que, puisque le cœur de notre service, c'est vraiment le rétablissement des personnes et faire le point avec eux sur ce qu'ils aspirent dans leur vie, sur quoi ils auraient besoin d'aide, et d'aller voir avec eux aussi toutes les ressources qu'ils disposent et finalement plutôt faire émerger leurs propres solutions plutôt que ce soit nous qui apportons des solutions par rapport à leurs difficultés. Du coup, l'accompagnement dans le service, très concrètement, il est</p>

			<p>acquis, on vient redébriefier sur des situations vécues au quotidien [...]. On a également des programmes d'etp [...], comment dans le rétablissement je me donne mon pouvoir d'agir, comment j'avance avec ça pour atteindre mes projets [...]. En tant qu'ergo, j'interviens qu'une seule fois surtout sur les gênes au quotidien avec la maladie et les pistes d'interventions sur la dimension occupationnelle et sur l'offre de soin possible. [...]</p> <p>Ma collègue éduc spé est sur l'accompagnement à la vie sociale et à la reprise pro donc elle travaille sur comment se présenter, comment faire une pause avec des collègues, faire un stage, être capable de prendre les transports en commun. Je trouve ça vraiment important pour les personnes avec un objectif de réinsertion pro de retrouver un rôle d'utilité sociale avec ça. ».</p>	<p>orienté sur le case management avec un accompagnement à proximité de la personne et du coup, on n'utilise pas nécessairement d'outils de réhabilitation psychosociale au cours de l'accompagnement. Ça dépend vraiment des profils des personnes. Mais après, oui, tous les outils de réhabilitation qui existent, tous les groupes thérapeutiques, psychoéducation, tout ce qui est de l'ordre de la remédiation cognitive, en individuel ou en groupe, et puis tout ce qui est de l'ordre de l'entraînement, on peut aller dans plein de groupes différents, que ce soit affirmation de soi, estime de soi, gestion du stress, tout un panel de possibilités ».</p>
Pair-aidance	Définition pair-aidance : « soutien apporté par une personne atteinte d'une maladie grave ou chronique et rétablie à ses pairs atteints d'une maladie identique ou similaire à la sienne » (Vignaud, 2017), transmission d'espoir, savoir expérientiel	« C'est une personne qui a eu un parcours de soin dans une maladie et qui fait de l'expérience de son parcours de soin, de son vécu de sa maladie qui le met au service des patients, il est employé c'est un professionnel »	« On parlait de rôle, c'est prendre cette casquette ce rôle et cette envie car on ne le force pas à rentrer dans la pair-aidance on ne leur impose pas ce rôle, je le vois plus comme, dans l'aidance il y a aide, par un vécu expérientiel tel qu'il soit que ce soit avec la maladie ou dans une expérience pro ou une expérience de vie de venir la partager avec l'autre,	« Et du coup, pour moi, cette idée de pair-aidance, finalement, on peut la retrouver déjà dans les hôpitaux de jour ou dans d'autres structures, même en hospitalisation, entre les personnes, finalement, concernées par un même centre d'intérêt ou une même activité. Finalement, là, ce qui les rassemble, c'est la maladie. Pour, finalement, s'entraider, pouvoir échanger

			<p>l'autre pouvant être autant un autre usager ou autre professionnel. [...] Dans pair il y a l'idée aussi qu'il n'y a pas le système sachant, descendant, savant [...], il y a ce côté avec nos pairs nous les humains [...] ce partage de pair aidance de moi j'ai vécu tels expériences dans un parcours de rétablissement dans la maladie [...] et avec d'autres qui en sont pas encore là dans le parcours de rétablissement venir s'appuyer sur ces personnes qui ont un vécu singulier et hyper authentique, bien que nous on est les connaissances réhab et patho ce sera jamais le même de quelqu'un qui a eu le vécu expérientiel intérieur et des fois le partager ça réveille en miroir chez d'autres un début des premières marches de leur propre rétablissement que nous on aurait peut-être pas eu avec nos accompagnements.</p>	<p>ensemble sur des sujets qui comprennent vraiment ce qu'ils vivent. Et ça, pour moi, quand j'ai découvert ça, je me suis dit, effectivement, moi, en tant qu'ergo, j'essaye par tous les moyens de comprendre ce que vit la personne puisqu'on se doute bien qu'accompagner la souffrance des gens, c'est aussi essayer de la comprendre et d'être en empathie avec eux.</p> <p>Sauf qu'il y a plein de moments qui nous échappent. Et finalement, nous dire, oui, des gens concernés qui sont dans un parcours de rétablissement ou qui sentent qu'ils peuvent apporter aux autres quelque chose, ça me semblait super intéressant. Pour moi, vraiment, la pair-aidance, c'était ça. C'était l'idée que quelqu'un qui sent qu'il peut apporter quelque chose à d'autres personnes qui ont la même maladie, en tout cas dans notre cadre de santé mentale, c'était ça, pour moi, la pair-aidance.</p>
	<p>Connaissance des associations : GEM, Club house, La Maison Perchée</p>	<p>« La Maison Perchée, positive minders je pense qu'ils ont pas mal de pair-aidant aussi »</p>	<p>« Lors de certains colloques de réhab j'ai entendu parler de la maison perchée et j'en parle à certains patients d'y aller jeter un œil car ça peut être quelque chose où ils peuvent trouver des choses voir même avoir envie d'aller plus loin et de s'intégrer dans ce type de rôle »</p>	<p>« Des assos qui sont ciblés sur le trouble psychique. Peut-être qu'il y a Argos 2001 qui existe ce sont des personnes qui souffrent de troubles bipolaires. Pour moi, la Maison Perchée, c'est le meilleur exemple de pair-aidance en national, en tout cas. Après ici on a le groupe des</p>

				<p>entendeurs de voix, pareil, il y a de la pair-aidance sur les gens qui souffrent d'hallucinations acoustico-verbales.</p> <p>Il y a aussi l'UNAFAM, qui est une asso pour moi, qui est la pair-aidance sur les familles. Il y a aussi le GEM, le groupe d'entraide mutuel, vers quoi on oriente pas mal de personnes sur ce type d'assos. Et on en a un qui n'est pas spécialisé en GEM parce qu'ils ne sont pas dans les clous de l'ARS, mais il y en a pour les jeunes qui souffrent de troubles psychiques. ».</p>
	<p>Bénéfices de l'expérience de pair-aidants proposés par ces associations</p>	<p>« Non je n'ai pas emmené des patients vers les associations mais j'ai invité des patients à s'informer sur le métier, se diriger vers le DU mais les associations non ». « on a une pair-aidante sur le centre donc j'ai envoyé vers elle ».</p>	<p>« Oui parce qu'il y a beaucoup de jeune dans le numérique et qui ont trouvé ça sur les réseaux ou internet et ont pris contact pour démarrer c'est plus facile, plutôt que de se présenter physiquement. La Maison perché est déjà venue sur la structure voir des patients en appartement thérapeutique d'évaluation [...] donc il y a eu un partenariat de fait. Les patients ont pu accueillir la maison perché et découvrir un peu le processus. »</p>	<p>« Il y a un usager qui est MSP aujourd'hui que j'ai accompagné vers la Maison Perchée, notamment. Voilà. Après, il y a d'autres usagers, effectivement. Tout ce qui est Maison Percher, on propose assez facilement. « Alors, c'est plutôt l'idée qu'ils se retrouvent seuls face à la maladie et il y a une perte d'espoir. Il y a toute une considération aussi sur est-ce que je vais pouvoir faire des projets ? Comment je vais vivre ma vie maintenant ? Et du coup, dans cette phase-là, effectivement, j'ai plutôt tendance à aller accompagner vers ces associations-là. La première étape, ça peut être aussi de rencontrer le médiateur de santé pair qui est sur notre service avant de pouvoir accéder à des assos. L'objectif, c'est vraiment</p>

				rompre l'isolement, la solitude et puis remettre un peu d'espoir dans ce parcours de vie qui a été bouleversé »
Reprise professionnelle	Accompagnement sur les facteurs facilitant l'emploi (motivation, rôle, sentiment de compétence)	<p>« Alors durant tout mon parcours, sur l'hôpital de jour, on avait un bilan qui était orienté reprise professionnelle donc ça commence par là, et pis ensuite on accompagne de façon individuel en faisant du réseau avec tous les partenaires, j'ai déjà été plusieurs fois à pôle emploi, cap emploi, la mission locale, les ESAT ici on travaille beaucoup avec eux [...], c'est un gros ESAT qui emploi beaucoup et ils ont beaucoup de postes vacants parce qu'ici c'est plus excentré [...] ils sont plus disponible pour faire du lien avec nous » « voilà donc c'est de l'accompagnement individuel principalement, avec les partenaires aussi ».</p> <p>« aucun de mes patients connaît ce métier pour être honnête, mais du coup j'ai commencé à suivre ce jeune homme l'année dernière, il est prof de guitare et je lui ai dit si vous voulez vous faire une expérience supplémentaire moi je veux bien vous laissez gérer une activité guitare avec les patients, donc on est parti sur ce projet là et c'était génial, il était top, une super approche avec</p>	<p>« En tant que tel non mais indirectement oui, ma collègue éduc avant qu'un patient s'engage dans un processus de formation m'avait demandé de le voir pour qu'il puisse avoir une meilleur lecture des émotions dans les relations sociales, pour partir avec plus de billes et prédispositions positives on va dire, donc il a intégré les groupes des émotions avec en entretien individuel la jauge de ses objectifs et des attentes, il venait vraiment avec l'objectif de réinsertion pro. C'est plus indirect mais malgré tout je ne peux pas dire non ».</p>	<p>« Alors, il y a vraiment des profils divers, c'est-à-dire que j'ai déjà accompagné une personne avec sa conseillère cap-emploi pour partir sur une formation d'auxiliaire ambulancier, donc là c'était vraiment partir de zéro puisque la personne ne savait pas du tout vers quel métier s'orienter, on a commencé par un questionnaire sur l'étudiant pour voir un peu les domaines qui pouvaient lui plaire [...].</p> <p>Après, je peux avoir des accompagnements sur des dispositifs particuliers, l'ADAPT pour les dispositifs de préorientation préparatoire. [...]. On travaille aussi avec les conseillers cap-emploi [...].</p> <p>Et puis, parfois avec l'ESAT, ils sont bien bouchés, donc si les personnes se sentent d'aller plutôt vers le milieu ordinaire, ou milieu protégé, formation accompagnée on privilégie cet accompagnement pour eux. L'ESAT, c'est pour des gens qui sont en forte perte de confiance en eux, sur leur capacité, et qui ont besoin d'un cadre qui est ultra rassurant pour eux. Quand un usager fait cette demande d'intention professionnelle, moi j'ai</p>

		<p>les patients, très pédagogue, bienveillant, savait s'adapter aux difficultés de chacun donc j'ai trouvé le relationnel vraiment très bon. Et après je lui ai dit vous savez y'a un métier où on travaille auprès d'un public qui connaît une maladie, de là ça à germer dans sa tête depuis 6 mois, il vient me dire que ça lui a plus, pourquoi pas, le médecin lui dit également que ça pourrait lui correspondre ; on lui a laissé les coordonnées de la pair-aidante, je lui ai demandé de faire des recherches sur le parcours de formation et on en est là aujourd'hui ».</p>		<p>tendance à explorer les différentes expériences qui ont déjà été faites, voir ce qui fait qu'il y a certaines expériences qui ont duré, d'autres qui ont moins duré, voir avec eux, où eux, ils identifient déjà des limites et des ressources pour eux.</p> <p>J'utilise une auto-évaluation sur les obstacles et la capacité à surmonter les obstacles. Donc sur 56 items, ils ont la possibilité de dire si c'est un obstacle ou pas à l'insertion professionnelle, et s'ils sont en capacité de le surmonter ou pas. Ça permet de cibler différents facteurs et de voir avec eux qu'est-ce qui fait que le retour à l'emploi peut être difficile. Et donc, on peut proposer des groupes pour renforcer certaines compétences [...]. Je demande s'ils ont la connaissance des différents dispositifs qui existent pour les accompagner vers l'emploi.</p> <p>« Je vois avec eux s'ils ont fait un dossier MDPH pour avoir une reconnaissance qualité travailleurs handicapés ou pas. »</p> <p>Mise en lien avec les partenaires de l'emploi. « on accompagne et on soutient ensuite »</p>
	<p>Difficultés réinsertion pro : Stigmatisation, discrimination à l'embauche, manque de confiance en soi et en ses capacités,</p>	<p>« Oui, je vais prendre l'exemple d'une situation très récente, donc c'est une jeune fille [...], elle a 21 ans et vit encore chez ses parents et</p>	<p>« Comme moi c'était plus indirect, la difficulté finalement c'est qu'en étant dans des temporalités et spécificités différentes dans le</p>	<p>« Oui, ça peut être de l'ordre de la symptomatologie. Ça peut être des comorbidités, de se remettre dans le marché de l'emploi, c'est stressant.</p>

	<p>ambiance de travail, équipes peu accueillantes, missions peu valorisantes</p>	<p>ses parents ne comprennent pas à quel point elle a des difficultés qui lui permettent pas de travailler en milieu ordinaire et qui vont à l'encontre de ce que je travaille et qu'on travaille avec l'équipe pour un projet professionnel qui lui correspond mieux, donc la on peut globaliser ça à la difficulté de l'environnement social que ce soit proche famille professionnel qui a des difficultés à bien comprendre les difficultés de la personne et pour pouvoir ajuster au mieux le projet. »</p>	<p>service, on peut pas tout suivre de l'utilisateur [...] c'est frustrant en tant qu'ergo de ne pas mener toutes les actions qu'on voudrait faire, notamment accompagner le patient dans le processus volitionnel. La difficulté c'est d'être face à un morcellement de spécificité et d'accompagnement des professionnels. Comme chacun gère un petit bout, même si on échange lors des réunions, pour moi ce n'est pas autant dans la continuité psychique et dans l'unité de ce qu'on peut proposer ça reste morcelé. »</p>	<p>Donc, la comorbidité, elle peut réapparaître. »  « Les freins, ils peuvent être aussi environnementaux, c'est-à-dire que les déplacements, Ce n'est pas toujours simple de prendre une heure de bus. »  « Le frein financier, clairement aussi, parce que quand ils perçoivent l'AAH, s'ils vont faire un travail, généralement, ils ne sont pas à taux pleins, donc ça impacte sur l'AAH et des craintes de moins touchés ».  « Frein aussi au niveau des délais de traitement des dossiers à la MDPH, et des notifications nécessaires, pour l'ADAPAT par exemple ».  « Freins aussi sur les délais d'attente. Sur les ESAT il de deux ans d'attente pour avoir un poste.  « Donc, c'est vraiment orienté, en fait. Parfois vous n'êtes pas du tout dans ce que souhaite la personne. [...] Mais en tout cas, ces deux structures-là, elles permettent de travailler ses compétences à la réinsertion propre. Donc, si les gens, c'est dans des thématiques qui les bottent, on peut au moins commencer par ça, et puis attendre qu'une place à l'ESAT se libère. »  « Il y a les freins environnementaux, les freins sur les dispositifs. Parfois les personnes, ont cette idée de retravailler aussi, parce qu'une</p>
--	--	--	---	---

				<p>pression sociale est mise sur elles. Et finalement, quand on fait l'entretien motivationnel et qu'on va explorer avec la personne ce qui fait qu'elle a envie de travailler, c'est mes parents me poussent à le faire, il faudrait que je gagne plus d'argent, je voudrais être utile à la société. C'est que des arguments externes, en fait. En plus, travailler, ça fragilise aussi la routine, ça fragilise l'organisation, et ça peut aussi fragiliser la personne.</p> <p>Il y a cette pression sociale de rentrer dans les normes sociales. » « Il y a un dernier frein pour moi qui est la stigmatisation des employeurs, [...] il y a de l'incompréhension sur la situation de la personne, et ça peut créer de la stigmatisation, et du coup, de la perte de confiance en soi. »</p>
Médiateur Santé Pair	<p>Définitions MSP</p> <p>« usager ou ex-usager des services de psychiatrie ayant suivi une formation afin d'intégrer des services de soins en santé mentale dans une mission de médiation en santé mentale »,</p>	<p>« Alors y'a pas de pair aidant dans mon service, mais je fais aussi partie de normandie rehab à côté enfin j'y suis pas mal donc la pair-aidante je la suis depuis le début, elle est venue donner une formation à moi et à mon équipe une demi-journée sur comment accueillir un pair-aidant dans un service et dernièrement on m'a sollicité pour les recrutements MSP du centre hospitalier j'ai fait partis du jury d'embauche ».</p>	<p>« J'en ai entendu parler par l'institution parce que je pense que c'est un peu dans les recommandations de ce qui est impulsé dans les établissements aujourd'hui, [...] on voit ces termes, ces nouveaux rôles. Ducoup c'est un peu moins évident pour moi [...] , lors des programmes d'ETP et schizophrénie notamment, on avait un monsieur qui était venu qui était dans l'association émergence [...] du coup ce monsieur venait dans les</p>	<p>« Je dirais que le MSP se sert de toute son expérience, (ce qu'il est passé en ESAT, puis en milieu ordinaire, puis maintenant médiateur de santé pair), il a un parcours atypique, et il se sert de toute cette expérience là pour accompagner les gens. »</p>

			<p>séances en tant que MSP et il avait ce rôle de faire le médiateur entre le programme d'ETP en lui-même, les professionnels, les usagers et lui avait ce rôle de venir, je n'ai pas vécu les séances mais pour moi il était cet élément transversal, au milieu pour justement amener un pivot, un lien différent lors des séances mais c'est vrai que c'est plus obscur pour moi.</p>	
	<p>Missions des MSP : Accompagnement des usagers sur le parcours de rétablissement, partage d'expériences, accompagnement des équipes sur les pratiques en réhabilitation psychosociale, transmission de l'espoir</p>	<p>« Alors les missions c'est de pouvoir faire partager son expérience du parcours de soin et le mettre à profit pour les patients, pour moi le MSP c'est un porteur d'espoir donc il est là pour pouvoir apporter aussi un optimisme et une authenticité sur la maladie qui est complémentaire du reste de l'équipe. Il peut intervenir sur bien sûr faire des entretiens, sur diverses activités, dans des programmes d'ETP, là je sais [...] qu'on a un programme d'ETP il y a un patient, après la différence elle est là, mais il y a un patient expert donc c'est un patient qui peut avoir des rôles assez parallèles à un MSP mais c'est un patient qui n'est pas payé, elle est là la différence ».</p>	<p>« Oui, tout à l'heure on parlait de la pair-aidance, la MSP ce n'est pas évident pour moi de faire le lien, je me représente mieux le pair-aidant que le MSP, mais peut-être que j'ai pas eu l'espace et les circonstances pour mieux me nourrir pour comprendre les missions de ce nouveaux rôles qui apparaissent à l'hôpital, en tout cas je parle pour l'intra hospitalier et de l'institution lourde qu'on hérite de l'asile, je trouve ça très récent. Je pense que ça avance mais on connaît la bureaucratie et l'administration française. »</p>	<p>« On les sollicite beaucoup sur tout ce qui est notion de rétablissement, de reprise d'espoir, aussi sur des personnes par exemple, alors chacun leur spécificité, la MSP elle est plutôt dans le tissu associatif, elle est très investie dans le bénévolat, si les gens sont plutôt sur des questions autour de ça, comment remettre un peu le pied à l'étrier sur les activités de loisirs, sur du bénévolat, sur des choses extérieures, elle peut les aider, et sur tout ce qu'y est insertion professionnelle, je dirais que le MSP se sert de toute son expérience, (ce qu'il est passé en ESAT, puis en milieu ordinaire, puis maintenant médiateur de santé pair), il a un parcours atypique, et il se sert de toute cette expérience là pour accompagner les gens. Du coup c'est vraiment en fonction de, quand on fait l'entretien</p>

				<p>d'accueil finalement, quand on voit les personnes, soit qui comprennent pas trop ce qui leur arrive, soit qui ont le sentiment d'être seul et isolé dans ce parcours, je me permets de faire intervenir un médiateur de santé pair. Après des personnes viennent sur le service en disant j'aimerais bien rencontrer un médiateur de santé pair, parce que j'ai envie de parler avec quelqu'un qui me comprend complètement, il y a vraiment une reconnaissance au niveau identitaire qui est forte finalement, plus qu'au soignant. Et puis après le MSP, ils animent des groupes avec nous, on fait des actions de déstigmatisation »</p>
	<p>Formation sur un an, en alternance avec lieu de stage, cours théorique sur le rétablissement et les soins RPS, engagé dans un processus de rétablissement depuis au moins 2 ans</p>	<p>« Oui j'ai appris ça quand j'ai fait partie du jury pour l'embauche des MSP parce que le centre hospitalier recrute un MSP qui fait en parallèle son DU. Donc quand j'étais au jury il y avait la référente du DU pair aidant dans le nord il me semble voilà donc elle était hyper intéressante et j'ai eu le plaisir de l'écouter développer le cursus quand elle l'expliquait aux candidats etc etc. elle expliquait que c'était un programme qui est très très très très chargé avec beaucoup de dossiers d'écrits à rendre, d'écrits différents divers et variés, [...] elle expliquait qu'il y avait des différents UE, des</p>	<p>« Non, n'ayant pas les données sur leur rôle je ne suis pas au clair. »</p>	<p>« Il y a la licence médiateur de santé pair, le prérequis c'est d'avoir un bac, ou de faire une équivalence, une VAE, un dossier qui permet d'attester soit d'une expérience, soit de formation qui permet de dire ok il y a le niveau bac, et ensuite le deuxième prérequis c'est d'avoir trouvé un employeur, qui finance la formation. Donc nous en l'occurrence ils ont été recrutés avec le CCOMS qui s'occupe de la licence, le recrutement il se fait conjointement, et ensuite ils se mettent en lien avec l'ARS qui finance une partie aussi des MSP, et donc ils intègrent la licence MSP à Paris, plus l'emploi chez nous.</p>

		<p>dossiers à rendre, beaucoup de travaux. On pouvait se rendre sur internet sur le site, c'est là que j'ai renvoyé mon patient qui est intéressé par ce métier, vers le site de Paris je crois qui résume les évaluations et les UE, il est plutôt bien développé et assez riche.</p>		<p>Et donc pendant un an, ils sont en alternance, en fait ils font trois semaines en emploi, une semaine en cours à Paris. Et ensuite ils ont un mémoire à rédiger sur la thématique de leur choix. Donc ça c'est pour la licence, après je sais qu'il existe aussi des diplômes universitaires maintenant, puisque l'idée c'était aussi de se dire la licence c'est bien, mais tout le monde n'a pas le bac, et en fait il y a des personnes qui n'ont pas le bac qui peuvent aussi devenir un médiateur de santé pair, donc il y a des DU qui commencent à fleurir un peu partout, le premier c'était Lyon, et puis là je crois qu'il y en a un peu ailleurs ».</p>
Ergo en santé mentale	Utilisation et connaissance des items du MOH, des outils.	<p>« Oui je l'utilise, il est totalement intégré dans ma pratique, c'est mon outil d'évaluation de processus, c'est mes lunettes de base, il est tout le temps là. » « oui j'en pratique une petite dizaine, celui en systématique et que j'ai déclaré à l'ARS c'est le MOHOST que je côtoie pour tout le monde, ensuite ça dépend, souvent l'OSA, le VQ, l'OCAIRS, assez souvent l'OPHI II mais que la courbe, l'OQ assez souvent aussi »</p>	<p>« Oui, on a été formé, [...] je pense que c'est important de se référencer à un modèle qui vous parle, je l'utilise dans ma vision pour appréhender la personne dans sa globalité, [...] il y a des évaluations qui peuvent donner un autre regard, un autre éclairage avec notre spécificité ». « Quand j'utilise des outils j'aime bien l'OSA, le MOHOST est intéressant dans les échelles maisons [...] il permet de faire quelque chose de plus valide, organisé, structuré pour rendre compte de ce qu'on observe. Je suis très attachée aux aspects</p>	<p>« Souvent les verbatims qui reviennent, c'est « je ne sais pas comment occuper mes journées », ou « mon emploi du temps est complètement chaotique », « je n'arrive pas à finir mes activités du quotidien ».</p> <p>Nous, on utilise l'OSA, qui permet de faire une photo de la personne dans la globalité à un instant T pour voir comment fonctionne la personne, ses occupations, l'environnement. Moi, je remontre le modèle pour leur dire ce qu'on va faire ensemble, va regarder tout ça, votre participation</p>

			<p>volitionnels donc je me sers de la VQ pour à un instant T, certains collègues avec un raccourcis peuvent dire qu'il ne fait rien et ne s'intéresse à rien, donc ça peut être intéressant avec une VQ de dire, certes on a l'impression dans notre perception qu'il aime et ne fait rien mais ma VQ montre qu'il est curieux, qu'il a essayé ça etc et ça c'est des processus qu'on soupçonne pas et qu'on peut faire remonter, notamment pour les patients déficitaires, ou lorsqu'il y a des biais de communication, ça permet de voir autre chose.</p>	<p>occupationnelle, ce que vous mettez en œuvre »</p> <p>« pour les accompagnements j'ai toujours en tête quels sont les fondamentaux, les valeurs de la personne, qu'est-ce qui la motive à bouger des lignes, à changer des choses pour elle, comment elle s'organise, comment elle fait exactement dans l'activité, et puis, ben, quel est l'environnement pour elle, et qu'est-ce qui est en frein, qu'est-ce qui est ressource ».</p> <p>« On a récupéré un programme anglais, qu'on a traduit qui aborde la participation occupationnelle des personnes et les différents types d'activités. Quant à l'OSA, on voit qu'il y a une grosse difficulté [...] on peut monter un programme avec un groupe et on va passer par les différents types d'activités qui sont repérés. [...] Le groupe est composé en fonction de ce qu'elles [les personnes] souhaitent, comme elles veulent. Les séances ne sont pas du tout protocolisées, tu as vraiment la possibilité d'être créatif sur les séances. Il y a la possibilité que les personnes aussi soient ultra créatives sur ce qu'elles ont envie de faire pendant les séances. Et ce programme-là, il s'applique sur le modèle de l'occupation humaine.</p>
--	--	--	---	--

				Donc, on va aller explorer la volition, l'habituatation, les capacités humaines ».
	La motivation d'une personne à agir sur son environnement (Morel-Bracq, 2017). Accompagnement d'un usager avec des troubles de la volition	« Capacité de s'engager dans l'agir, c'est caractérisé par les déterminants personnels, de la valeur, des centres d'intérêt » « il y a le processus de remotivation, j'arrive à l'évaluer mais la travailler je sais pas, je l'évalue à chaque fois, il y a le sentiment de compétence et d'efficacité personnel qui rentre dedans, ça je le prend en compte lors des évaluations »	« Oui on en a beaucoup où la base volitionnelle est fragile voir altérée [...]. Dans certaines patho, notamment le trouble borderline [...], parfois il faut vraiment une pause car l'utilisateur n'est pas prêt et on atteint parfois nos limites. Par contre sur des profils psychotiques, c'est plus intéressant de s'y pencher. Nous l'ergo on aime bien changer l'environnement, là on a notre carte à jouer et un patient qui ne voudrait pas venir à un entretien on change l'environnement on lui propose une marche et bien là au niveau volitionnel [...] il commence à se passer quelque chose [...]. De la peut s'amorcer une suite qui n'aurait pas été possible si on n'avait pas été flexible sur l'environnement. Je l'ai remarqué en UMD [...] en ergothérapie en changeant l'environnement, les repères qu'on apporte, y'a des grandes chances que la personne se sentent et se comportent différemment, les premiers changements observés se passait parfois en ergothérapie, il se dénouait des choses dans notre atelier. Après c'est la suite, c'est les groupes, c'est l'offre de soin	« C'est vraiment le moteur, le petit truc qui va faire que la personne, ça fait sens pour elle et qu'elle va y aller, c'est le moteur à l'action. Mais clairement, quand il y a des activités où ce qu'on propose aux personnes ne font pas sens pour elles, elles y vont un peu, mais ça lâche assez vite. » « l'activité, elle ne m'intéresse pas donc je n'ai pas envie ». « j'ai accompagné une personne qui a eu une expérience professionnelle extrêmement compliquée avec du harcèlement au travail, quand tu l'interrogeais sur une projection au retour d'activité, il y avait une telle peur de ne pas être à la hauteur, de ne pas réussir à faire les choses, que le processus volitionnel était complètement grippé. Il n'y avait plus d'expérience, donc il n'initiait plus et il n'y avait plus l'initiative à l'activité. On l'a mis dans notre fameux groupe pour retrouver l'envie de faire des choses en groupe, des activités. Je pense que de relancer des expériences positives ça a réenclenché la volition. [...] Dans l'activité, ils s'y mettent tous. Donc, rien qu'à les observer, on voit bien qu'ils sont déjà dans la phase d'expérimentation et de retrouver du

			<p>existante mais à la base, c'est l'environnement. »</p>	<p>plaisir et de renouveler avec des expériences positives Il me semble que plus ça fait sens pour la personne et plus ce qu'on va proposer ou, en tout cas, dans ce qu'ils disent, ce qu'ils veulent tester, si on s'appuie dessus, finalement, comme ça fait sens pour eux, même si parfois, on peut se dire que c'est un peu utopique, ça va pas marcher, on s'en fout, on y va ».</p>
	<p>Connaissance des trois phases (exploration, compétence, accomplissement) du processus</p>	<p>« C'est un de mes projets de le travailler, je l'ai imprimé il est sur un coin de mon bureau mais je l'ai pas encore utilisé »</p>	<p>« Dans la présentation du MOH que j'ai eu, je ne me le représente pas comme quelque chose de formaliser. » « J'aime bien revenir aux bases. Quand elle est un peu gommée ou absente, pour revenir sur la personne et ses assises volitionnels, je trouve ça important de la connaître avec ses valeurs, ses intérêts [...] et en quoi elle se sent efficace, le sentiment d'efficacité personnelle est souvent très mal jaugé. Dans notre spécificité dans l'activité, c'est de remonter où sont les capacités, se centrer dessus, la lampe torche encore une fois, on réalimente quelque part ce sentiment d'efficacité et de là ça va pouvoir émerger, ils vont pouvoir s'ouvrir, découvrir de nouveaux centres d'intérêt, en réinvestir des anciens et également les valeurs. Ce n'est pas</p>	<p>« Eh bien, du coup, le groupe qu'on mène qui s'appelle Recovery Through Activity, elle s'appuie beaucoup sur les écrits de Delaheras. On le fait pas en tant que tel, le programme, parce qu'il me semble qu'elle a écrit un truc où on peut faire un programme sur ça, mais il est inclus, finalement, dans ce qu'on fait là, sur le groupe. »</p>

			pareil de faire les choses parce qu'on aime les faire que parce que c'est important, cette phrase peut être rassurante car parfois les patients disent je n'aime pas du tout le faire mais je vais le faire parce que c'est important, et là derrière on peut voir le schéma des valeurs et on peut voir ses assises culturelles aussi sur lesquels il s'est construit. Sur le processus de remotivation j'aime repartir de ces bases là pour voir comment on peut relancer la machine ».	
Hypothèse 1	Intérêts du processus de remotivation dans la reprise pro : Reprise de nouveaux rôles, de nouvelles occupations, accompagner le processus de changement, permet l'expérimentation de nouvelles expériences	« Non, on en a parlé avec la formation MOH mais je sais plus, après la volition moi j'ai une patiente, au niveau volitionnel y'a un gros gros blocage, on a l'impression qu'elle s'ennuie dans toutes nos activités, elle a un diagnostic d'autisme avec un intérêt très restreints sur les animaux et il y a rien d'autre qui lui suscite de l'intérêt et qui l'induit à agir, on a pas mal de question dans l'équipe par rapport à ça »	« Oui c'est même essentiel parce que pour atteindre son but vers le projet de réinsertion pro, il va falloir qu'il ait un sentiment d'efficacité personnelle pour les compétences qu'il attend dans ce poste, qu'il puisse s'y investir et qu'il trouve son équilibre. Pour moi ce serait difficile de ne pas l'aborder. »	« L'idée, je pense, qui est intéressante dans ce processus de remotivation, c'est de multiplier les expériences aussi positives pour redonner cet élan et cette envie pour la personne. Après, ce qui est peut-être moins facile, en lien avec l'insertion pro, c'est comment multiplier les expériences professionnelles dans des choses qui matchent avec des centres d'intérêt pour les personnes et les valeurs qu'elles portent, pour que, justement, ces micro-expériences [...] soient des expériences positives et redonnent la motivation aux gens d'aller vers le marché de l'emploi de manière plus stable. Mais ça peut s'inventer, pourquoi pas ? » « des structures qui sont des supports à l'insertion pro, mais qui restent des structures de soins, peut-être que dans ces lieux-là, effectivement, ça pourrait être

				intéressant de réfléchir le projet de la structure, en lien avec le processus de remotivation. Parce qu'effectivement, c'est aussi de valoriser tout ce qui va être fait par la personne, ça va être aussi de renforcer les compétences, et donc de pouvoir relancer un peu la machine vers l'insertion professionnelle. » « Après, je ne sais pas si tu connais, il me semble qu'il y a un autre programme qui est en lien avec le job coaching, le nom m'échappe, le programme IPS ».
Hypothèse 2	Ergothérapeute permet à l'usager la découverte de nouveaux rôles par l'expérimentation de nouvelles expériences	« Alors c'est le mot découverte qui me fait bizarre, par exemple j'ai une patiente ça tourne beaucoup autour des rôles parce que c'est une dame avec un parcours de vie assez cyclique, elle tombe amoureuse du premier venu qui n'est souvent pas le bon, elle tombe enceinte, elle fait un enfant, elle n'arrive pas à s'en occuper et l'enfant est placé, elle en est à son troisième enfant, et c'est très cyclique comme ça. Donc elle a un rôle de mère qui est trop exclusive, le rôle de femme, de sœur de fille est pas du tout objectivité par la patiente et même son rôle de mère il est exclusif avec son dernier enfant et jamais avec les premiers, les rôles c'est donc son axe principal de travail en ergo, donc moi je vois comment je peux l'accompagner a moins mettre en avant ce rôle de	« Oui complètement, on joue bcp avec les environnements donc on se rend compte qu'en changeant ce dernier on change les capacités. Pour moi ça va permettre de susciter l'envie d'investir ou de réinvestir des rôles. [...] Parfois certains ont un deuil de certains rôles et en creusant on peut participer à la reprise de ces derniers parce que on a mis les moyens avec lui pour atteindre son rôle. » « Oui ça peut être un bon espace [pour l'accompagnement à la reprise professionnelle]. J'ai l'exemple d'un patient passionné de lecture [...] très friand des boîtes à livre, avec ma collègue on lui avait proposé d'être le coordinateur de l'hôpital des boîtes à livre, de s'assurer du mouvement dans les boîtes à livre, de communiquer sur	« Ah oui, clairement. Et d'ailleurs, il permet aussi de faire l'état des lieux des rôles endossés par les personnes dont elles n'en ont pas forcément conscience, [...] notamment les rôles familiaux, être la fille, la mère, la sœur de. [...] Ils ont l'impression d'être plutôt un poids pour la famille, alors qu'ils ont aussi leur rôle à jouer dans cette sphère familiale. » « Et puis, il y a aussi quand on fait les accompagnements vers des activités de loisirs ou sportives, de retrouver un rôle de personne qui a une activité sur l'extérieur qui serait investie dans le tissu social. Ça, c'est aussi un rôle, moi je trouve, qui est extrêmement important pour eux. Et c'est souvent une demande d'ailleurs, de restaurer ce rôle-là. Et puis, ça peut être aussi, un rôle, du coup, puisqu'ils sont responsables de cet animal qui est extrêmement important, et en plus, bien souvent, leurs animaux de compagnie vont très bien. »

		<p>mère et plus s'identifier à un rôle de femme, de fille de sœur, elle est tout a fait d'accord avec ça, elle est d'accord avec ça et est consciente de reproduire toujours les mêmes schémas et qu'elle vit que à travers un seul rôle et qu'elle reproduit tout le temps pqq quand on li place un enfant son rôle de mère n'existe plus donc elle refait un enfant pour que ça recommence et qu'elle puisse retrouver ce rôle. Ducoup développer d'autres rôles elle a d'autres rôles elle est fille, sœur, mère de plusieurs enfants mais par contre elle les a refoulés oubliés et c'est sur ça que j'essaye de travailler pour qu'ils reprennent davantage de place, qu'elle se les approprie donc il y a tout à y gagner de la faire se réapproprier d'autres rôles que celui-là. »</p>	<p>ce dispositif, de les réalimenter etc., le fait de lui avoir donné ce rôle ça lui a permis de réinvestir un rôle avec de l'intérêt et en plus un sentiment d'utilisé sociale c'est qu'un qui se sentait très seule donc d'être valorisée dans cette mission, il avait un prétexte relationnel pour aller vers les autres et donc ça a comblé plusieurs besoins. Après, il s'est rendu compte que ça lui suffisait pour l'instant et qu'il ne se sentait pas prêt à réinvestir un rôle professionnel dans une institution ou entreprise parce qu'il avait besoin de flexibilité sur les horaires et les contraintes qui n'aurait pas été le cas en entreprise. Donc on peut contribuer comme ça, de par les rôles, on les identifie ils les réinvestissent donc en contre teinte ça participe à la réinsertion pro mais chaque chose dans sa temporalité. »</p>	<p>« Et le rôle de travailleur en fait partie, puisque les gens qu'on accompagne, il y en a quand même peu qui sont déjà dans l'emploi, mais plutôt beaucoup qui ont des projets d'insertion professionnelle. Et l'accompagnement ergo, mais pas que, c'est-à-dire que comme on travaille vraiment en équipe, ça peut être aussi en partenariat avec l'assistante sociale, avec le médiateur de santé pair, avec les infirmières, les neuropsychologues. Voilà, c'est vraiment toute l'équipe qui aussi peut faire la synergie autour de cet accompagnement de restauration des rôles.</p> <p>« Oui, complètement ça vient aider la reprise pro. Je pense que le nombre d'accompagnements que j'ai pu avoir avec de l'insertion professionnelle, oui, il y en a quelques-uns. J'en ai beaucoup. Et puis en plus avec des parcours super, des gens qui deviennent infirmiers, qui deviennent éduques, qui deviennent ambulanciers, qui deviennent médiateurs de santé-pair. Pas des gens qu'on va cloisonner dans des structures adaptées »</p>
--	--	--	---	--

**Titre :** Ergothérapie et pair-aidance : vers la réinsertion professionnelle

Aujourd'hui, au sein des établissements de santé un nouveau métier a vu le jour : le Médiateur de Santé Pair (MSP). Le MSP est un usager en santé mentale ayant suivi un parcours de professionnalisation de la pair-aidance. Cependant, la réinsertion professionnelle dans la pair-aidance soulève plusieurs enjeux. Les usagers doivent expérimenter un parcours de rétablissement, acquérir des connaissances autour des soins de rétablissement et développer leur savoir expérientiel. Par ailleurs, un usager expérimentant des troubles volitionnels peut rencontrer des difficultés à identifier ses rôles et les valeurs importantes pour lui, valeurs nécessaires dans ce parcours de réinsertion professionnelle. Cette recherche vise à investiguer comment les ergothérapeutes soutiennent les individus avec des troubles de la volition dans leur projet professionnel de pair-aidance.

Pour y répondre, trois ergothérapeutes ont été interrogées dans le cadre d'une méthodologie qualitative. Les entretiens semi-directifs ont permis de montrer les moyens mis en place par les ergothérapeutes. Ces dernières ont émis des limites concernant l'utilisation du processus de remotivation en expliquant que sa mise en place en lien avec le projet professionnel et les valeurs de l'usager peut être difficile. Cependant, l'accompagnement ergothérapique offre la possibilité d'explorer de nouveaux rôles, y compris les rôles professionnels, facilitant alors la réinsertion professionnelle.

**Mots clés :** Ergothérapie, Pair-aidance, Réinsertion professionnelle, Rétablissement

**Title:** Occupational therapy and peer support: towards professional reintegration

Nowadays, within health care facilities, a new profession has emerged: Peer Health Mediators. They are mental health users who have followed a professionalization into peer support. However, several issues were identified in professional reintegration into peer support. Users must experience a recovery pathway, acquire knowledge about recovery care and develop their lived experience. In addition, users experiencing volitional disorders may encounter difficulties in identifying their roles and values that are important to them, values that are necessary in this professional reintegration process. This research aims to investigate how occupational therapists support individuals with volitional disorders in their professional project of peer support.

To answer this question, three occupational therapists were interviewed as part of a qualitative methodology. The semi-structured interviews have highlighted the means set up by occupational therapists. The latter have put forward limits concerning the use of the remotivation process, explaining that its implementation, in relation to the professional project and values of users, can be difficult. Nevertheless, occupational therapy support offers opportunity to explore new roles, including professional roles, thus facilitating professional reintegration.

**Keywords:** Occupational therapy, Peer-support, Professional reintegration, Recovery