
Institution de Formation en Ergothérapie

Promotion : **2021 - 2024**

Activer l'engagement occupationnel pour dépasser la phobie scolaire

Sous la direction de Marion LAJE

Léann DESCHAMPS

Activer l'engagement occupationnel pour dépasser la phobie scolaire

L'engagement occupationnel : L'activation comportementale, un outil pour les enfants et adolescents atteints de refus scolaire anxieux

UE 6.5 S6 – Evaluation de la pratique professionnelle et
recherche

Mémoire présenté par Léann DESCHAMPS en vue de l'obtention du Diplôme d'Etat
d'ergothérapeute

Conformément au code de la propriété intellectuelle, toute reproduction intégrale ou partielle faite sans le consentement de l'auteur est illicite.

INSTITUT DE FORMATION EN ERGOTHERAPIE DE LAVAL

Je soussignée DESCHAMPS Léann déclare sur l'honneur que ce mémoire, en vue de l'obtention du Diplôme d'Etat d'Ergothérapeute est le résultat d'un travail original et personnel. Je sais que le plagiat de documents représente une violation des droits d'auteurs et que cela est passible de sanction.

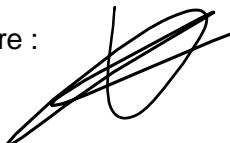
Je n'ai ni copié, ni utilisé des parties de documents sous tous types de formats sans en préciser l'auteur. Toutes les sources d'informations ont été mentionnées conformément aux usages en vigueur.

DESCHAMPS Léann

Fait à Laval

Le 20/05/2024

Signature :



Remerciements

Je tiens à exprimer mes sincères remerciements à toutes les personnes qui m'ont soutenu durant la réalisation de mon mémoire d'initiation à la recherche.

Merci à ma directrice de mémoire, Mme LAJE, pour son aide précieuse, ses relectures, son temps consacré à ce projet et d'avoir pris le relais en cours d'année.

Merci à l'ensemble des formateurs de l'Institut de formation en ergothérapie de Laval, ainsi qu'à Mme Fontaine, pour votre disponibilité, votre écoute et votre bienveillance pendant mes trois années de formation.

Merci à mes tuteurs de stage, notamment M. DOUDARD, pour ses conseils pour mon mémoire lors des moments difficiles et pour m'avoir encouragé dans ma réflexion professionnelle.

Merci aux différents psychologues et ergothérapeutes d'avoir pris le temps de répondre à mes questions et de s'intéresser à mon mémoire.

Merci à ma merveilleuse amie Manon, pour son soutien indéfectible.

Merci à ma mère pour ses relectures, nos échanges, son soutien constant, pour avoir toujours cru en moi et m'avoir encouragée.

Sommaire

Introduction	- 1 -
1 Problématisation	- 2 -
1.1 Les généralités du refus scolaire anxieux	- 2 -
1.1.1 Qu'est-ce que le refus scolaire anxieux ?.....	- 2 -
1.1.2 Les signes et la symptomatologie du refus scolaire anxieux	- 3 -
1.1.3 Les facteurs de risques	- 4 -
1.1.4 Les conséquences	- 5 -
1.1.5 Dispositifs évaluatifs et repérage du refus scolaire anxieux	- 6 -
1.2 Les traitements du refus scolaire anxieux	- 7 -
1.2.1 Les objectifs des soins	- 7 -
1.2.2 Les traitements recommandés et leur efficacité.....	- 8 -
1.3 L'activation comportementale : Une approche intégrative dans le traitement de la dépression.....	- 11 -
1.4 Constats, question de recherche et hypothèses	- 12 -
2 Cadre conceptuel	- 13 -
2.1 La démarche d'intervention ergothérapique auprès d'un public atteints de refus scolaire anxieux.....	- 14 -
2.1.1 L'ergothérapie auprès d'adolescents atteints de troubles dépressifs -	14
2.1.2 La phase d'évaluation en ergothérapie selon l'OTIPM.....	- 15 -
2.1.3 Une pratique centrée sur l'engagement occupationnel	- 17 -
2.2 L'activation comportementale au service des ergothérapeutes	- 19 -
2.2.1 L'historique de l'activation comportementale	- 19 -

2.2.2	Les outils utilisés par les ergothérapeutes en activation comportementale	- 20 -
2.3	Le rétablissement comme pilier de la réhabilitation psychosociale	- 23 -
3	Méthode de recherche.....	- 24 -
3.1	Devis de recherche : les objectifs	- 24 -
3.2	Choix de l'outil de recueil de données.....	- 24 -
3.3	Choix de la population.....	- 26 -
3.4	Méthode d'analyse des données	- 27 -
3.5	Considération éthique	- 27 -
4	Résultats : présentation et analyse.....	- 27 -
4.1	Présentation des participants	- 28 -
4.2	Analyse de contenu des thèmes principaux phase 1	- 29 -
4.2.1	Accompagnement de l'adolescent et enfant atteint de refus scolaire anxieux	- 30 -
4.2.2	Intervention ergothérapique.....	- 31 -
4.2.3	L'engagement occupationnel.....	- 32 -
4.3	Analyse de contenu des thèmes principaux phase 2	- 32 -
4.3.1	Utilisation de l'activation comportementale.....	- 32 -
4.3.2	La pertinence de l'activation comportementale dans une autre pratique	- 33 -
4.3.3	Etat de connaissance sur le refus scolaire anxieux	- 34 -
5	Discussion.....	- 35 -
5.1	Vérification des hypothèses.....	- 35 -
5.2	Limites et avantages de l'étude	- 38 -
5.2.1	Limites	- 38 -
5.2.2	Avantages.....	- 39 -
5.3	Perspectives professionnelles	- 40 -
	Conclusion.....	- 43 -

Bibliographie - 44 -

Liste des annexes..... I

Liste des tableaux

Tableau 1 : Présentation des participants ergothérapeutes. Réalisé par Léann DESCHAMPS.....	- 28 -
Tableau 2 : Présentations des participants psychologues. Réalisé par Léann DESCHAMPS.....	- 28 -
Tableau 3 : Transposition de l'activation comportementale auprès d'un public RSA. Réalisé par Léann DESCHAMPS	- 34 -

Listes des figures

Figure 1 : Représentation graphique du modèle du processus d'intervention en ergothérapie OTIPM (Fisher et Marterella, 2019, cité par (Criquillon-Ruiz et al., 2023) - 16 -

Figure 2: Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel (Polatajko et al., 2013) - 18 -

Liste des sigles utilisés

AC : Activation comportementale

AERES : Echelle d'auto-évaluation des Ressources

BHK : Echelle d'évaluation rapide de l'écriture

CAPA : Community Adaptive Planning Assessment

CNED : Centre National d'Enseignement à Distance

CMPP : Centres Médico Psycho Pédagogiques

COSA : Child Occupational Self-Assessment

ELADEB : Échelle Lausannoise d'Auto-Evaluation des Difficultés Et des Besoins

HAS : Haute Autorité de Santé

MCREO : Mesure Canadienne du Rendement et de l'Engagement Occupationnel

MCRO : Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel

MCPO : Modèle Canadien de la Participation Occupationnelle

MDPH : Maison Départementale des Personnes en Situation de Handicap

MOH : Modèle de l'Occupation Humaine

MOHOST : Model Of Human Occupation Sreening Tool

NEPSY : Bilan neuropsychologique de l'enfant

OCAIRS : Occupational Circumstances Assessment Interview and Rating Scale

OMS : Organisation Mondiale de la santé

OPHI II: Occupational Performance History Interview-II

OSA : Occupational Self Assessment

OTIPM : Occupational Therapy Intervention Process Model

OWA : Occupational Wellness Assessment

PAI : Projet d'Accueil Individualisé

PPS : Projet Personnalisé de Scolarisation

RSA : Refus scolaire anxieux

SAPAD : Service d'Assistance Pédagogique A Domicile

SCREEN : SChool REfusal EvaluatioN

TCC : Thérapie cognitive et comportementale

WFOT : Fédération mondiale des ergothérapeutes

WRI : Worker Role Interview

Résumé

Problématique : Le refus scolaire anxieux est peu reconnu en France, touchant entre 1 à 5 % des enfants et adolescents. Ce trouble entraîne des conséquences graves telles que la dépression, les troubles du comportement et la phobie sociale. Considéré comme une urgence thérapeutique, un retard dans la prise en charge augmente la complexité du traitement. Les approches thérapeutiques incluent la psychoéducation, les antidépresseurs, la TCC et l'activation comportementale. **Objectif :** Cette étude vise à démontrer l'utilité de l'activation comportementale pour les ergothérapeutes traitant les jeunes atteints de RSA. **Méthode :** Cette étude explore la pratique de l'ergothérapie pour les enfants et adolescents souffrant de RSA, en se concentrant sur l'utilisation de l'activation comportementale. Une approche qualitative avec des entretiens semi-directifs a été choisie, impliquant deux ergothérapeutes et deux psychologues. Les entretiens ont été analysés par verbatim pour identifier les principaux thèmes et sous-thèmes, fournissant une compréhension approfondie de ce sujet encore peu étudié en France. **Résultats :** Les ergothérapeutes suivent les jeunes souffrant de RSA de manière hebdomadaire, collaborant avec une équipe pluridisciplinaire pour améliorer l'estime de soi, la confiance, les capacités relationnelles et le bien-être émotionnel. Ils utilisent divers bilans, comme l'AERES et l'ELADEB, pour définir les objectifs et travailler sur la réintégration scolaire progressive. Les évaluations mettent en avant l'importance de l'engagement occupationnel pour l'adhésion au traitement, évaluant continuellement la motivation des jeunes. Les psychologues utilisent l'activation comportementale pour renforcer les compétences et établir une alliance thérapeutique, visant à réintroduire des activités plaisantes et significatives. Ils estiment que cette méthode peut être bénéfique pour les jeunes souffrant de RSA, bien qu'elle cible moins les mécanismes de pensée catastrophique. **Discussion :** Les entretiens ont révélé les défis des jeunes souffrant de RSA, un trouble qui tend à se développer. Les ergothérapeutes jouent un rôle important, utilisant divers outils d'évaluation pour identifier les ressources et difficultés des jeunes. Les psychologues spécialisés en activation comportementale ont souligné la pertinence de cette méthode pour favoriser l'engagement dans des activités plaisantes et significatives, réduisant l'importance excessive de la scolarité et améliorant la confiance en soi. Les ergothérapeutes utilisent des outils de réhabilitation psychosociale pour travailler sur les interactions sociales, bien que ces outils ne soient pas spécifiquement ergothérapeutiques. Le modèle MCREO pourrait permettre d'identifier l'engagement occupationnel. Les psychologues estiment que l'activation comportementale peut être adaptée aux jeunes avec RSA pour gérer les troubles émotionnels et comportementaux associés. **Conclusion :** Le refus scolaire anxieux nécessite une prise en charge rapide en raison des risques de complications, avec une durée moyenne de traitement de 2 à 5 ans. Ce mémoire d'initiation à la recherche explore les pratiques des ergothérapeutes basées sur l'activation comportementale pour promouvoir l'engagement occupationnel des jeunes atteints de RSA. Cette méthode pourrait renforcer les interventions en réintroduisant des activités significatives et en améliorant l'engagement occupationnel. Il serait pertinent d'explorer l'utilisation d'outils ergothérapeutiques, notamment ceux du modèle de l'occupation humaine, pour enrichir cette approche et mieux répondre aux besoins de cette population.

Mots clés : Activation comportementale – Engagement occupationnel – Evaluation – Refus scolaire anxieux – Santé mentale

Abstract

Issue: School refusal due to anxiety is poorly recognized in France, affecting between 1 to 5% of children and adolescents. This condition leads to serious consequences such as depression, behavior disorders, and social phobia. Considered a therapeutic emergency, delayed intervention complicates treatment. Therapeutic approaches include psychoeducation, antidepressants, cognitive-behavioral therapy (CBT), and behavioral activation. **Objective:** This study aims to demonstrate the usefulness of behavioral activation for occupational therapists treating young people with school refusal anxiety. **Methods:** This study explores occupational therapy practices for children and adolescents with school refusal anxiety, focusing on the use of behavioral activation. A qualitative approach with semi-structured interviews was chosen, involving two occupational therapists and two psychologists. Interviews were transcribed verbatim to identify key themes and subthemes, providing a comprehensive understanding of this understudied subject in France. **Results:** Occupational therapists follow young people with school refusal anxiety on a weekly basis, collaborating with a multidisciplinary team to improve self-esteem, confidence, relational abilities, and emotional well-being. They use various assessments, such as AERES and ELADEB, to define goals and work on gradual school reintegration. Evaluations highlight the importance of occupational engagement for treatment adherence, continually assessing youths' motivation. Psychologists use behavioral activation to strengthen skills and establish a therapeutic alliance, aiming to reintroduce enjoyable and meaningful activities. They believe this method can benefit young people with school refusal anxiety, although it focuses less on catastrophic thinking mechanisms. **Discussion:** Interviews revealed the challenges faced by young people with school refusal anxiety, a condition that tends to develop. Occupational therapists play a significant role, using various assessment tools to identify youths' resources and difficulties. Psychologists specializing in behavioral activation emphasized the relevance of this method in promoting engagement in enjoyable and meaningful activities, reducing the excessive emphasis on schooling and improving self-confidence. Occupational therapists use psychosocial rehabilitation tools to work on social interactions, although these tools are not specifically occupational therapy-oriented. The MCREO model could help identify occupational engagement. Psychologists believe that behavioral activation can be adapted for young people with school refusal anxiety to manage associated emotional and behavioral disorders. **Conclusion:** School refusal anxiety requires quick intervention due to the risk of complications, with an average treatment duration of 2 to 5 years. This research initiation paper explores occupational therapists' practices based on behavioral activation to promote occupational engagement among young people with school refusal anxiety. This method could enhance interventions by reintroducing meaningful activities and improving occupational engagement. Exploring the use of occupational therapy tools, especially those from the model of human occupation, could enrich this approach and better meet the needs of this population.

Key words: Behavioral activation – Evaluation – Mental Health – Occupational engagement – School refusal anxiety

Introduction

La phobie scolaire, également connue sous le terme de refus scolaire anxieux (RSA), est un sujet d'actualité et un problème de santé publique (Quérue! & Baveux, 2018) qui suscite de plus en plus d'attention et d'intérêt dans le domaine de la santé mentale et de l'éducation (Sibeoni et al., 2017). Ce trouble, qui affecte principalement les enfants et les adolescents, se caractérise par une anxiété intense et persistante liée à la fréquentation de l'école (Guivarch et al., 2018). Selon certaines études, entre 1 et 5% des jeunes seraient touchés par ce trouble, ce qui représente un nombre significatif d'élèves confrontés à des difficultés majeures dans leur parcours scolaire (Baranger, 2012).

Au fil des années, le terme "phobie scolaire" a évolué pour être remplacé par l'expression "refus scolaire anxieux". Ce changement permet une meilleure compréhension de ce trouble et des mécanismes qui y sont associés. Alors que le terme "phobie scolaire" mettait l'accent sur la peur spécifique de l'école, le concept de "refus scolaire anxieux" englobe plus largement les manifestations anxieuses et comprend également des mécanismes de refus et d'évitement liés à l'école (Baranger, 2012).

Cette évolution terminologique reflète également une reconnaissance croissante de l'importance des facteurs psychologiques et émotionnels sous-jacents dans ce trouble (Sibeoni et al., 2017). Le refus scolaire anxieux est un sujet complexe et en constante évolution, distinct de la simple "école buissonnière", et implique de nombreux facteurs autant extrinsèques qu'intrinsèques. Les conséquences de ce trouble peuvent être profondes, affectant non seulement la performance scolaire et la socialisation, mais aussi la santé mentale et physique des enfants et adolescents concernés. Les familles et les établissements scolaires sont souvent démunis face à ces situations, ce qui accentue encore la nécessité de solutions thérapeutiques efficaces.

L'ergothérapeute est un professionnel de santé qui a pour objectif de favoriser la réalisation et l'implication des occupations significatives pour la personne. En tant que tel, je me questionne sur la capacité potentielle de l'ergothérapeute à stimuler l'engagement dans le processus de soin des individus confrontés à ce trouble, en particulier en ce qui concerne leur environnement scolaire et social.

1 Problématisation

Dans un premier temps, cette étude se concentrera sur une recension des écrits expliquant les généralités du refus scolaire anxieux en explicitant les signes et les symptômes, les facteurs favorisants, les conséquences ainsi que les dispositifs évaluatifs et le repérage. La seconde partie tentera d'étayer les traitements avec les objectifs de soin et l'efficacité des traitements apportés. Puis la dernière partie sera consacrée à détailler l'efficacité de l'activation comportementale contre la dépression

1.1 Les généralités du refus scolaire anxieux

1.1.1 Qu'est-ce que le refus scolaire anxieux ?

Selon Baranger, le refus scolaire anxieux, est la manifestation de plusieurs troubles anxieux associés, notamment l'anxiété de séparation ainsi que l'anxiété sociale. Autrefois, appelée « phobie scolaire », cette appellation n'est aujourd'hui plus correcte, du fait qu'il ne s'agit pas, en réalité, de la peur d'une situation précise, mais d'une peur enveloppant plusieurs anxiétés associées (Baranger, 2012). Le terme « refus scolaire anxieux » est jugé plus neutre, descriptif et adapté. Dans le DSM-5 (manuelle diagnostique et statistique des troubles mentaux), le refus scolaire anxieux n'est pas identifié en tant que diagnostic autonome, mais il est plutôt décrit comme faisant partie d'autres troubles anxieux, à savoir l'anxiété de séparation (vivre des situations éloignées des parents afin que les adolescents soient progressivement capables de se débrouiller seuls) et l'anxiété sociale (acquérir des compétences d'affirmation de soi, afin de se préparer aux interactions avec les pairs) (Guivarch et al., 2018) (Dondé et al., 2018). Ce trouble peut se manifester chez le jeune par sa réticence ou son refus d'aller à l'école, indiquant une détresse émotionnelle temporellement significative (doit durer au moins 2 semaines). De plus, le jeune ne tente pas de dissimuler son absence à ses parents, n'affiche pas de comportement antisocial grave, et les parents fournissent des efforts substantiels pour garantir l'assiduité scolaire de leur enfant (Li et al., 2023).

Ce phénomène affecte environ 1 à 5% des enfants et des adolescents en France. Cependant, il est probable que ces chiffres soient inexacts et sous-estimés, étant donné l'absence d'indicateurs fiables. Une prise en charge précoce et adaptée, incluant des ajustements scolaires et un suivi thérapeutique, peut contribuer à la rémission de ce trouble.

Cependant, lorsque ces critères ne sont pas respectés, les situations tendent à se détériorer (Baranger, 2012) (Denis, 2005).

Selon les auteurs de l'article « Malaise à l'école » il y aurait une prédominance masculine avec 3 hommes sur 2 femmes, souffrant de refus scolaire anxieux (Guivarch et al., 2018) mais un article plus récent, indique une répartition égale entre les sexes (Li et al., 2023). Ce trouble peut-être soudain, intense, et persistant, souvent sur la durée, entraînant une déscolarisation partielle, périodique ou totale. Celui-ci ne dépend aucun cas de la volonté de l'enfant à vouloir se rendre à l'école ; Il existe une forte augmentation de ce phénomène depuis plusieurs années (Baranger, 2012).

1.1.2 Les signes et la symptomatologie du refus scolaire anxieux

Le refus scolaire anxieux se manifeste par une variété de signes se produisant lors d'une situation anxiogène. Nous pouvons citer la dépression, les troubles du comportement et la phobie sociale. Ces signes entraînent l'évitement du contact des personnes touchées avec leur pairs, des attaques de panique ou un état d'agitation. Ce sont les éléments qui reviennent le plus fréquemment (Guivarch et al., 2018).

Les adolescents atteints de ce trouble présentent des changements de comportement, tels que des performances scolaires en baisse. « Les trois symptômes les plus fréquemment retrouvés sont ceux concernant le système nerveux autonome (céphalées, sueurs, vertiges...), les troubles gastro-intestinaux et les troubles musculaires »(Denis, 2005 p.10). L'anxiété généralisée constitue une caractéristique inhérente au refus scolaire anxieux, et elle peut s'étendre au-delà du cadre scolaire. En effet, même en dehors du cadre scolaire, le jeune évitera les contacts avec ses pairs (Vaillant, 2009). Le jeune peut également souffrir de douleurs musculosquelettiques, de fatigue et de palpitations. Ils sont généralement orientés vers des soins psychologiques ou psychiatriques, sans tenir compte de leurs plaintes physiques. Par conséquent, leurs symptômes somatiques demeurent insuffisamment évalués (Li et al., 2023).

Par ailleurs, des comportements auto-agressifs ainsi que des troubles oppositionnels peuvent être présents. Ils sont marqués par un désir de transgression. Les attitudes obsessionnelles peuvent entraîner l'évitement de l'école avec des cas de fugues (Vaillant, 2009) (Guivarch et al., 2018).

Ces symptômes se manifestent lors de la confrontation ou en anticipation de la situation anxiogène (Vaillant, 2009).

Les symptômes somatiques du RSA se manifestent dans plusieurs phases répertoriées (Li et al., 2023). Au cours de la première phase, appelée "émergence", les symptômes somatiques se manifestent temporellement en lien avec la fréquentation scolaire et/ou des événements stressants, même si cela n'empêche pas l'enfant d'aller à l'école. Durant la phase suivante, nommée "Faire face", on observe une progression graduelle des symptômes qui interfèrent avec la vie scolaire, entraînant des périodes d'absentéisme. Les adolescents doivent surmonter ou comprimer leurs symptômes somatiques pour continuer à fréquenter l'école, dépensant ainsi une quantité importante d'énergie pour dissimuler leur mal-être. La troisième phase, "crise", survient lorsque les symptômes somatiques dépassent les stratégies d'adaptation, manifestant des signes de détresse émotionnelle plus marquée, souvent après un épisode d'absentéisme scolaire lié à une maladie. Les adolescents peuvent être surpris par leur vulnérabilité soudaine. Enfin, la phase "disparition" se caractérise par la rémission et la disparition des symptômes somatiques une fois qu'ils sont hors de l'école. Cependant, ces symptômes peuvent réapparaître rapidement dans n'importe quelle situation difficile, reflétant la nature généralisée de l'anxiété, telle que la phobie sociale ou l'anxiété de séparation. La déconstruction des symptômes somatiques révèle que les participants comprennent ces manifestations comme le signe de leur épuisement physique et émotionnel.

Annexe 1 : Traduction personnelle du tableau des symptômes somatiques du RSA (Li et al., 2023)

1.1.3 Les facteurs de risques

Selon les travaux de Denis, Guivarch et Vaillant, il est généralement reconnu que le harcèlement, les insultes, les changements d'établissement scolaire, les déménagements, la maladie ou le décès d'un proche, ainsi qu'une prédominance de menaces ou de racket scolaire, sont fréquemment identifiés comme des facteurs favorisant le refus scolaire anxieux (Denis, 2005) (Guivarch et al., 2018) (Vaillant, 2009). Baranger, indique que les facteurs sociodémographiques, c'est-à-dire le sexe, l'organisation familiale, la structure familiale (parents divorcés, en couple...), les milieux socio-économiques, ainsi que le niveau scolaire de l'élève ne sont pas en lien avec le refus scolaire anxieux (Baranger, 2012).

L'article porté par Baranger indique qu'il existe trois grandes phases qui favorisent l'apparition du refus scolaire anxieux. Nous y trouvons l'entrée à l'école primaire (vers 6 ans), l'entrée au collège (à la préadolescence) et à l'âge de l'entrée au lycée (à l'adolescence). Cela correspondrait « à des paliers d'accès à l'autonomie, mais aussi parfois à des classes

charnières en termes d'apprentissage » (Baranger, 2012). Cela peut également venir de la difficulté de reprendre après les grandes vacances. Souvent, les enfants pensent pouvoir faire leur retour après cette période de congés, mais les symptômes reviennent aussitôt le retour programmé (Vaillant, 2009).

Le surinvestissement scolaire et à contrario, le seuil de tolérance élevé en rapport avec les absences répétées de l'enfant sont également des facteurs favorisant le refus scolaire anxieux (Vaillant, 2009). Notons également, que les antécédents d'angoisse de séparation sont présents, avec une anxiété sociale, qui est définie dans ce contexte, par la peur excessive d'être avec des jeunes de son âge. L'adolescence est un âge où la pathologie de pensée (modifiant les croyances, pensées et perceptions) fait son entrée, faisant l'objet d'auto-persécutions (Guivarch et al., 2018) (Vaillant, 2009).

1.1.4 Les conséquences

Le refus scolaire anxieux peut avoir un impact significatif sur la vie des adolescents et des enfants. Selon Guivarch et ses collaborateurs, le RSA implique des retards d'apprentissage, une régression du niveau scolaire, des échecs et du décrochage scolaire. Sur le plan psychologique, il engendre des perturbations du sommeil et de l'alimentation, une anxiété généralisée, voire des tentatives de suicide (Guivarch et al., 2018). Il est à noter que, selon ces auteurs, la dépression, l'anxiété sociale et les difficultés d'apprentissages peuvent se manifester à la fois dans la symptomatologie et les conséquences.

Selon Denis, l'isolement affectif, la désocialisation et la marginalisation font également parties intégrantes des principales conséquences du refus scolaire anxieux. Sur le plan familial, cela peut mener à beaucoup de conflits indique Baranger, ainsi que des répercussions sur le quotidien des parents. Cela nécessite obligatoirement une organisation particulière pour prendre en charge l'enfant ou l'adolescent. Ils font souvent de multiples tentatives pour encourager le retour à l'école, mais leurs échecs sont sources de difficultés. Dans d'autres situations, les familles soutiennent l'absentéisme scolaire et contribuent à l'évitement (Baranger, 2012) (Denis, 2005).

Le repérage précoce est primordial mais la réticence ou la honte ressenti par l'enfant ralentit le processus. Cela peut prendre entre 2 à 5 ans avant d'avoir une prise en soin adaptée. L'errance thérapeutique dans le domaine du refus scolaire anxieux contribue à ce retard (Guivarch et al., 2018) (Baranger, 2012).

1.1.5 Dispositifs évaluatifs et repérage du refus scolaire anxieux

Sibeoni et ses collaborateurs, mettent en avant des soins de plus en plus fréquents dans le cadre psychiatrique pour les enfants et adolescents atteints de RSA. En effet, ce trouble est traité à cause des symptômes associés : anxiété, phobie, dépression. Ce phénomène est de plus en plus préoccupant du fait de son augmentation et d'importantes conséquences dans le quotidien scolaire, social et psychologique de l'enfant et de l'adolescent (Sibeoni et al., 2017).

Le repérage se fait à travers des signes cliniques récurrents tel que des absences scolaires prolongées, une détresse émotionnelle anticipatoire, un temps de présence des enfants au domicile lors des temps scolaires, des comportements anti-sociaux significatifs ainsi que des efforts soutenus des parents pour motiver leur enfant à se rendre à l'école (Denis et al., 2018).

King explique qu'une absence prolongée de 40% du temps scolaire sur un mois est un facteur de sévérité du trouble (Denis et al., 2018). Cependant, selon les conclusions de l'étude de Sibeoni et al, il est à noter que certains parents ne parviennent pas à déceler la détresse de leur adolescent (Sibeoni et al., 2017). Cette absence de reconnaissance s'explique par le fait que la détresse des adolescents est souvent vécue de manière interne, rendant ainsi ses manifestations moins évidentes. De plus, la difficulté à exprimer leurs émotions résulte de compétences insuffisantes en matière d'alphabétisation émotionnelle (Li et al., 2023).

Denis et al, Caron, Gallé-Tessonneau & Dahéron, s'accordent à dire qu'il s'agit d'une urgence thérapeutique, étant donné que plus l'absence se prolonge, moins les pronostics de guérison sont favorables (Caron, 2018) (Denis et al., 2018) (Gallé-Tessonneau & Dahéron, 2020). Si le traitement commence rapidement, le trouble peut durer uniquement quelques jours ou semaines. A contrario, si la prise en charge met du temps, celle-ci peut mettre des mois voire des années à guérir. Le retour rapide en milieu scolaire permet de diminuer les comportements d'évitement ainsi que toute l'anxiété qui est liée à ce trouble : le manque de motivation à faire ses devoirs, ou se sentir dépassé par la charge de travail accumulée (Caron, 2018).

Afin de dépister le refus scolaire anxieux, il existe un outil qui a été développé spécifiquement pour répondre à ce besoin ; La SCREEN (SChool REfusal EvaluatioN), un outil évaluatif conçu par Gallé-Tessonneau & Dahéron, utilisé dans plusieurs pays, et qui a été conçu en lien avec la problématique du nombre croissant d'absentéisme scolaire (Gallé-

Tessonneau & Dahéron, 2020). Il se présente sous la forme d'un auto-questionnaire de 18 items, prenant environ 10 minutes à remplir en auto-évaluation ou avec l'aide d'un adulte. Cet outil peut servir de base pour les thérapies cognitivo-comportementales (TCC), faciliter la médiation et l'alliance thérapeutique entre les parents et l'enfant. Les réponses attribuent des points, facilitant la détection du refus scolaire anxieux et permettant de mesurer son évolution. Il permet de classer les niveaux de symptômes : un score entre 0 et 31 indique l'absence de refus scolaire anxieux, entre 32 et 40 reflète une symptomatologie modérée, et au-delà de 41 suggère la présence probable du refus scolaire anxieux. Cet outil permet de faciliter le dépistage de ce trouble et d'obtenir des statistiques plus précises.

On trouve également des outils de mesure intégrés aux programmes de thérapies cognitivo-comportementales qui ont été exposés dans un article de Denis (Denis et al., 2018). Ces outils permettent de démontrer les troubles anxieux associés au refus scolaire anxieux. Ils peuvent servir de points de comparaison tout au long du traitement, de manière similaire à l'utilisation de la SCREEN.

À l'école, divers dispositifs sont mis en place pour adapter l'environnement des élèves souffrant de refus scolaire anxieux (Vaillant, 2009). Cela inclut la création d'un cadre d'intervention par l'équipe éducative pour mettre en œuvre un Projet d'Accueil Individualisé (PAI), permettant des aménagements tels que l'ajustement de l'emploi du temps ou la suppression des notations. Si le trouble persiste et devient handicapant sur une période prolongée, un Projet Personnalisé de Scolarisation (PPS) en lien avec la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) peut être mis en place. Ces aménagements sont souvent mis en place lorsque l'enfant peut encore se rendre à l'école, et bénéficie d'un suivi ambulatoire (Guivarch et al., 2018). Pour les élèves devant suivre leur scolarité à domicile, l'enseignement à distance via le Centre National d'Enseignement à Distance (CNED) est une option, tout comme l'aménagement pédagogique à domicile avec le Service d'Assistance Pédagogique à Domicile (Sapad) (Vaillant, 2009).

1.2 Les traitements du refus scolaire anxieux

1.2.1 Les objectifs des soins

Les différentes évaluations proposées pour détecter le refus scolaire anxieux permettent de participer à l'amélioration du repérage tout en s'appuyant sur un consensus scientifique afin de garantir une approche valide tout en intégrant les formations des professionnels de terrain (Gallé-Tessonneau & Dahéron, 2020).

Dans le cadre de la prise en charge thérapeutique du refus scolaire anxieux, trois objectifs principaux sont établis : faciliter le retour à l'école, réduire les niveaux d'anxiété, et prévenir les éventuelles complications et comorbidités, en particulier à l'adolescence (Denis et al., 2018). En comparaison, la thèse de Caron dresse une liste d'objectifs similaires, comprenant la réintégration à temps plein à l'école, la réduction de la détresse émotionnelle, et la prévention des troubles psychiatriques ainsi que du déclin du fonctionnement social et académique (Caron, 2018). Bien que les formulations diffèrent, ces objectifs énoncés par Denis et al et par Caron présentent des similitudes évidente (Denis et al., 2018) (Caron, 2018).

D'après Sibeoni et al, pendant l'hospitalisation, les parents et les adolescents ont des objectifs préétablis concernant la prise en charge pendant leur séjour. Ces objectifs sont directement liés à leur compréhension du trouble. Après plusieurs entretiens, il ressort que l'objectif de soin pour les adolescents est un changement personnel. Ils attribuent leurs difficultés à des problèmes personnels ainsi qu'à un manque d'estime et de confiance d'eux-mêmes. Selon ces adolescents, l'école n'est pas la source de leur mal-être, mais plutôt le lieu où leur souffrance s'exprime (Sibeoni et al., 2017).

Il est ressorti que la principale préoccupation des parents était de résoudre les problèmes de leurs enfants. Ils estiment que les aspects externes, tels que les enjeux scolaires et sociaux, revêtent une plus grande importance que les objectifs plus personnels, tels que le "changement de soi" établi par leur enfant. Certains parents trouvent que la durée de l'hospitalisation est excessive et déplorent que des approches et des objectifs appropriés n'aient pas été identifiés plus rapidement (Sibeoni et al., 2017).

Il est important d'établir des objectifs précis et réalisables en collaboration avec le patient, en prenant le temps nécessaire pour traiter tous les symptômes associés au refus scolaire anxieux. En effet, il existe un risque de pseudo-guérison et de rechute si l'aspect psychologique n'est pas complètement résolu. Les relations au sein de la famille jouent un rôle essentiel en tant que source de soutien (Sibeoni et al., 2017).

1.2.2 Les traitements recommandés et leur efficacité

En examinant les différents articles, il est possible de constater qu'il existe différents types de prise en soin dans le RSA, notamment les thérapies cognitivo-comportementales, les antidépresseurs, la psychoéducation, mais également, l'activation comportementale pour traiter les symptômes dépressifs.

Selon Denis et al, les thérapies cognitivo-comportementales permettent de traiter les différentes anxiétés associées au refus scolaire anxieux ; L'anxiété de séparation (vivre des situations éloignées des parents afin que les adolescents soient progressivement capables de se débrouiller seuls), l'anxiété sociale (acquérir des compétences d'affirmation de soi pour se préparer aux interactions avec les pairs), l'anxiété de performance (se préparer à des situations en mettant en œuvre des jeux de rôle et des expositions imaginatives), et pour ceux qui ont des troubles physiques liés à l'anxiété (technique de relaxation et respiration pour affronter les situations anxiogènes) (Denis et al., 2018).

Certains centres hospitaliers proposent de travailler ces différents points sous forme de programme de réintégration progressive. Ces programmes se déroulent sur une période de 3 à 6 mois, pendant 4 demi-journées par semaine dans une unité d'hôpital de jour avec une équipe pluridisciplinaire. Néanmoins, la mise en pratique de ces thérapies demeure complexe. Bien que leur instauration soit relativement rapide tant du côté du patient que du thérapeute, la nécessité d'une formation étalée sur plusieurs années contribue à la rareté des praticiens. Par conséquent, cela entraîne des délais d'attente prolongés (Dondé et al., 2018).

Par exemple, le programme de thérapie cognitivo-comportementale, inspiré du modèle de Last (Caron, 2018), a été appliqué à un groupe de 63 adolescents âgés de 12 à 18 ans souffrant de refus scolaire anxieux associé à des symptômes dépressifs. Un groupe a suivi ce programme en combinaison avec des antidépresseurs, tandis qu'un autre groupe a reçu des placebos. Le groupe traité avec les antidépresseurs est passé de 17,1% à 70,1% en termes d'amélioration des symptômes dépressifs, tandis que le groupe placebo n'a atteint qu'un taux de 27,6%. Cette étude a démontré que l'approche de la thérapie cognitivo-comportementale associée aux antidépresseurs est plus efficace qu'une simple thérapie cognitivo-comportementale pour les adolescents présentant des symptômes dépressifs dans le cadre du refus scolaire anxieux. Selon Caron (2018), il en existe plusieurs autres, notamment le The@school program faisant partie d'une TCC. Il permet de cibler les symptômes dépressifs et les conflits familiaux.

Les antidépresseurs sont utilisés en cas de trouble anxieux et de dépression, lorsque la psychothérapie seule n'est pas suffisante. Cependant, certaines classes d'antidépresseurs sont peu utilisées, à cause d'effets secondaires fréquents et pouvant être graves (Caron, 2018). En effet, les traitements médicamenteux représentent un risque élevé de rechute

lorsque celui-ci est interrompu (Dondé et al., 2018). Les patients utilisant la médication seule ont 39% de chance de se rétablir, contre 61% avec les TCC (Sudak, 2012).

Selon Caron, il existe un programme spécifique permettant aux parents de soutenir activement leur enfant dans la gestion des soins. La psychoéducation cherche à les impliquer en tant que co-thérapeutes en les sensibilisant aux troubles anxieux de leur enfant. Ce processus facilite également la modification des perceptions négatives du RSA. Grâce à des conseils avisés, les parents sont en mesure d'encourager leur adolescent à participer à des séances de thérapie comportementale et cognitive. Ils deviennent ainsi partie prenante des stratégies de gestion du comportement de leur enfant, jouant un rôle actif dans la limitation et la supervision des activités potentiellement préjudiciables au sein du domicile familial (Caron, 2018).

Dondé et al. (2018) ont démontré que l'activation comportementale est efficace pour traiter la dépression, qui se trouve être un symptôme fréquent dans le cadre du RSA. Cette approche thérapeutique s'inspire des principes de la TCC. Elle est considérée comme une alternative plus économique, car elle peut être dispensée par tout professionnel de la santé mentale ayant reçu une formation sur ses principes fondamentaux, tout en offrant une efficacité similaire à celle des TCC.

Les conclusions de Sibeoni et al, indiquent que les adolescents ayant entamé un traitement pour le refus scolaire anxieux expriment un désir de changement et d'évolution. Quelque temps après le début du traitement, ils rapportent une nette amélioration de leur bien-être général, caractérisée par une réduction des symptômes psychologiques, une amélioration de leur confiance en eux, un gain d'autonomie, une plus grande maturité et une meilleure connaissance d'eux-mêmes. Ces adolescents semblent chercher à établir des liens personnels avec les professionnels de santé et sont sensibles à l'engagement et à l'investissement de ces derniers. La qualité des relations avec les pairs aidants et d'autres personnes impliquées dans leur traitement, comme les chauffeurs de taxi, les stagiaires ou les enseignants au sein de l'établissement de soins, joue un rôle essentiel dans leur processus thérapeutique (Sibeoni et al., 2017).

1.3 L'activation comportementale : Une approche intégrative dans le traitement de la dépression

Selon l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé), la dépression est une cause majeure d'incapacité, se manifestant par une perte d'intérêt pour les activités quotidiennes et des difficultés à les accomplir. Les ergothérapeutes sont des professionnels de la santé qualifiés pour aider les enfants scolarisés souffrant d'anxiété ou de dépression (Nader et al., 2009). En effet, la WFOT (Fédération mondiale des ergothérapeutes) définit leur rôle comme permettant aux individus de participer aux activités quotidiennes qu'ils souhaitent ou doivent accomplir, améliorant ainsi leur santé, leur bien-être et leur qualité de vie. Cela montre que l'ergothérapie est particulièrement pertinente dans ce domaine, car les symptômes de la dépression, tels que la mauvaise humeur, la perte d'énergie et la diminution de l'activité, peuvent entraîner une perte d'intérêt et de plaisir dans la plupart des activités (Wagman et al., 2021).

Les individus dépressifs ont tendance à s'engager dans des activités délétères et peu gratifiantes, par rapport à ceux non dépressifs (Lewinsohn et Graf, 1973 cités dans Soucy Chartier et al., 2013). Contrairement à la vision initiale de Lewinsohn, l'Activation Comportementale (AC) contemporaine se fonde sur une analyse fonctionnelle des renforcements propres à chaque individu. Une diminution persistante de ces renforcements positifs peut conduire à l'extinction de comportements adaptatifs, intensifiant ainsi les symptômes dépressifs (Martell, Addis et Jacobson, 2001 cités dans Soucy Chartier et al., 2013), et en intervenant sur ces mécanismes, l'AC vise à atténuer ces symptômes.

Selon Jacobson et al, l'activation comportementale se révèle aussi efficace que l'ensemble des thérapies cognitivo-comportementales (TCC). Elle englobe la participation à des activités plaisantes, l'établissement d'une hiérarchie d'objectifs, ainsi que la composante cognitive en abordant la modification des pensées automatiques, la restructuration cognitive, et l'exploration des croyances avec leurs avantages et inconvénients. L'AC seule couvre l'ensemble de ces domaines (Jacobson et al., 2001).

Cette thérapie est de courte durée, généralement étalée sur 15 à 30 séances sur une période de 2 à 3 mois. Ces séances comprennent trois phases clés : l'établissement d'une alliance thérapeutique, l'analyse fonctionnelle et la planification d'objectifs à court et à long terme, ainsi que la consolidation et la prévention des rechutes (Dondé et al., 2018). Soucy Chartier et al soulignent la nécessité d'évaluer les habitudes de vie du patient dans un premier temps, identifiant les comportements liés à l'évitement à l'aide d'une grille d'auto-évaluation des activités quotidiennes. Le second temps implique une analyse fonctionnelle des activités,

évaluant leurs impacts à court et à long termes. La thérapie aborde les difficultés quotidiennes du patient, l'aidant à trouver des solutions à l'évitement en intégrant des activités agréables dans sa routine. Cette approche vise à réengager le patient dans des activités ressourçantes et à réinvestir son quotidien, avec l'élaboration d'un plan individualisé fixant des objectifs hiérarchisés pour augmenter progressivement les difficultés et éviter l'évitement d'activités spécifiques (Soucy Chartier et al., 2013).

D'après Ekers, Dawson et Bailey, (Ekers, Dawson et Bailey, 2013 cité dans Soucy Chartier et al., 2013), l'activation comportementale a été appliquée dans le cadre d'une étude par des infirmières en santé mentale, sans avoir suivi une formation en psychothérapie. Les résultats indiquent, d'une part, que les infirmières ont considéré la formation comme bénéfique et adaptée à leurs responsabilités. D'autre part, que l'intervention menée par des infirmières formées pendant cinq jours a conduit à une amélioration comparable à celle constatée lorsque le traitement était assuré par des professionnels spécialisés et expérimentés.

Selon Dondé et al, l'activation comportementale se concentre sur les facteurs comportementaux liés à l'engagement dans des activités et les comportements d'évitements (Dondé et al., 2018). En effet, des recherches menées dans les années 70 ont objectivé une relation significative entre l'humeur et le niveau d'engagement dans des activités plaisantes. Les individus atteints de dépression s'engagent moins fréquemment dans ces activités, ce qui se traduit par un moindre renforcement positif. Son objectif est d'accroître le sentiment d'efficacité personnel du patient et de répondre à ses besoins en lien avec des activités de soins personnels qui ont pu être négligées pendant l'épisode dépressif (Sudak, 2012). Cette méthode repose sur l'évaluation de la corrélation entre l'humeur et les activités quotidiennes (Dondé et al., 2018). Cette approche, toujours pertinente aujourd'hui, cible à la fois les aspects cognitifs, en réorganisant les pensées déformées, et les aspects comportementaux, en réactivant progressivement le patient par sa participation à des activités plaisantes. Les recherches confirment l'efficacité de cette thérapie, soulignant l'importance de la composante comportementale, en rapport avec les valeurs de l'individu, se situe comme un élément clé du processus.

1.4 Constats, question de recherche et hypothèses

La revue de littérature met en lumière l'ampleur du refus scolaire anxieux à l'échelle nationale, affectant 1 à 5% des enfants et adolescents. Ce trouble est associé à des conséquences telles que la dépression, les troubles du comportement et la phobie sociale, se manifestant à travers trois phases liées à l'autonomie et aux étapes clés de l'apprentissage.

Considéré comme une urgence thérapeutique, le retard dans la prise en charge augmente la complexité du traitement, pouvant nécessiter de 2 à 5 ans pour une intervention adaptée.

La revue identifie des outils de détection, notamment la SCREEN, et souligne les objectifs des traitements, tels que la réintégration scolaire à temps plein, la réduction de la détresse émotionnelle et la prévention des troubles psychologiques. Les approches thérapeutiques incluent la psychoéducation, l'utilisation d'antidépresseurs, la TCC et l'activation comportementale pour atténuer les symptômes. Cette dernière a prouvé son efficacité contre la dépression agissant sur la participation aux activités plaisantes, la fixation d'objectifs, la restructuration cognitive et l'exploration des croyances, offrant ainsi une approche complémentaire pour les ergothérapeutes.

Ces différentes recherches m'ont menées à la problématique suivante :

En quoi l'approche de l'activation comportementale en ergothérapie peut-elle favoriser l'engagement occupationnel des enfants et des adolescents dans le processus de rétablissement du refus scolaire anxieux ?

Pour répondre à cette question de recherche, les deux hypothèses suivantes seront étudiées plus tard, suite à la définition des termes du sujet ainsi qu'à l'étude menée :

- Hypothèse n°1 : L'ergothérapeute utilise des outils d'évaluation complémentaires à l'activation comportementale afin d'évaluer l'engagement occupationnel.
- Hypothèse n°2 : L'application de l'activation comportementale en ergothérapie conduit à une amélioration de la confiance en soi et l'engagement occupationnel des jeunes confrontés au refus scolaire anxieux dans les activités délétères.
- Hypothèse n°3 : En s'appuyant sur l'activation comportementale, l'ergothérapeute contribue au processus de rétablissement des enfants et des adolescents confrontés au refus scolaire anxieux.

2 Cadre conceptuel

Cette section nous offre une structure théorique et conceptuelle pour orienter notre recherche en définissant les concepts clés et leurs relations. Nous examinerons l'approche d'intervention des ergothérapeutes auprès des adolescents souffrant de refus scolaire anxieux atteints de troubles dépressifs, en nous appuyant sur le modèle du processus d'intervention en ergothérapie et sur l'engagement occupationnel. Nous explorerons également l'utilisation de

l'activation comportementale par les ergothérapeutes, ainsi que le concept de rétablissement comme fondement de la réhabilitation psychosociale.

2.1 La démarche d'intervention ergothérapique auprès d'un public atteints de refus scolaire anxieux

2.1.1 L'ergothérapie auprès d'adolescents atteints de troubles dépressifs

L'adolescence constitue une phase de transition caractérisée par de nombreux changements. Les équilibres sont délicats, notamment en ce qui concerne la relation au corps, le développement de l'autonomie et de la subjectivité, ainsi que le processus de socialisation. La Haute Autorité de Santé (HAS) estime qu'environ 8 % des adolescents âgés de 12 à 18 ans souffrent de dépression, un trouble souvent difficile à détecter chez cette tranche d'âge. Le défi réside dans la nature complexe des symptômes, souvent exprimés par des comportements et des somatisations. Le diagnostic de dépression repose sur la durée des symptômes (au moins 15 jours) incluant l'humeur dépressive ou la perte d'intérêt (HAS, s. d.). La HAS recommande aux différents professionnels d'adopter une approche « empathique, soutenante et collaborative centrée sur l'adolescent. L'adolescent doit être considéré comme un individu singulier, capable de participer autant que possible au processus de prise de décision. Il ne doit pas être réduit au seul point de vue de sa symptomatologie. » Les soins dispensés par les professionnels de santé, ont pour objectifs de prévenir le risque suicidaire, de diminuer la symptomatologie dépressive, limiter les rechutes, mais aussi donner du sens à ses symptômes et restaurer les liens avec ses proches et son environnement.

Les ergothérapeutes, par le biais de l'évaluation, distinguent les troubles normaux de l'adolescence des problèmes psychiatriques émergents. Certains jeunes révèlent des difficultés d'apprentissage passées inaperçues, accentuées par des exigences académiques accrues. Les manifestations comportementales telles que le décrochage et les phobies motivent la consultation de première ligne. Les ergothérapeutes, s'inspirant des pratiques en santé mentale adulte, se concentrent sur l'analyse du rendement occupationnel et utilisent divers modèles et approches pour favoriser un fonctionnement optimal chez les adolescents. En effet, ils exploitent plusieurs modèles de pratique, dont le modèle de l'occupation humaine, le modèle canadien du rendement occupationnel, mais également des approches cliniques tel que l'approche cognitivo-comportementale, réadaptation psychosociale, et la psychodynamique (Nader et al., 2009).

Peu d'articles explorent la corrélation entre le refus scolaire anxieux et l'ergothérapie. Toutefois, un article datant de 1984 (Blagg & Yule, 1984) se révèle pertinent, car il traite divers traitements, notamment la thérapie éducative et professionnelle. Il met en avant le rôle de l'ergothérapie, offrant à l'enfant l'opportunité d'explorer et d'apprécier diverses activités constructives. Cela permet de contribuer à améliorer sa concentration, à obtenir une perception plus réaliste de ses capacités et à favoriser le développement de son estime de soi. Maintenant, explorons comment procède l'ergothérapeute.

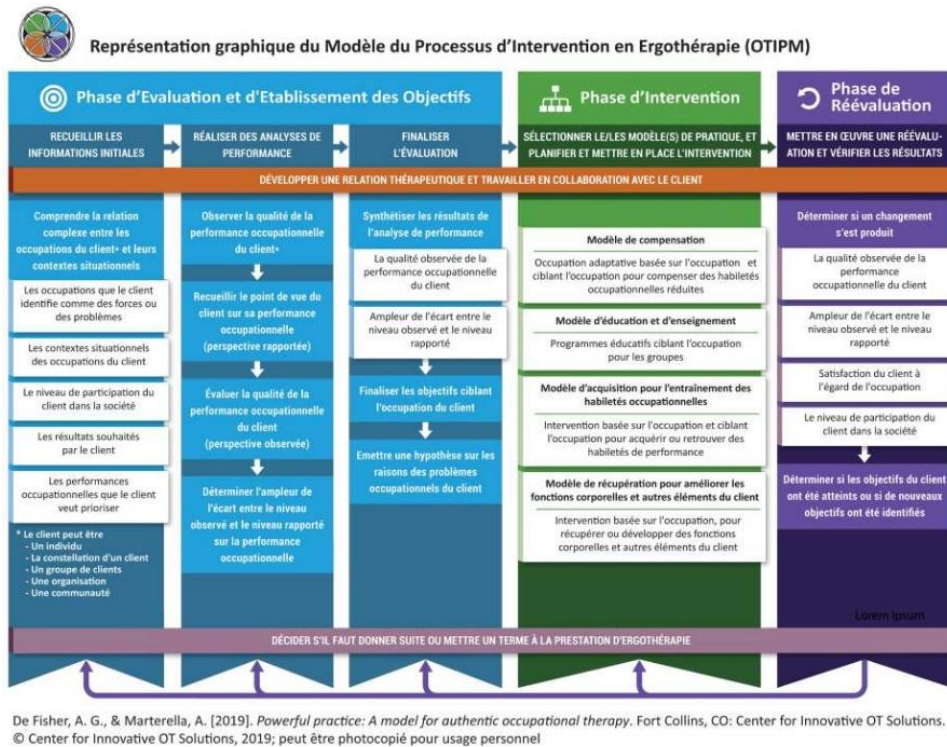
2.1.2 La phase d'évaluation en ergothérapie selon l'OTIPM

Un modèle conceptuel est une représentation simplifiée d'un processus qui intègre divers éléments tels que la théorie, les idées philosophiques sous-jacentes, l'épistémologie et la pratique. Il s'agit d'une construction mentale qui se développe à partir d'hypothèses, parfois vérifiées, et qui repose sur des valeurs fondamentales plus ou moins explicites. Ces modèles sont généralement élaborés avec une analyse critique des fondements, des principes, des hypothèses et des résultats qui les composent, tout en étant confrontés à la réalité pratique. Un modèle conceptuel est une carte simplifiée qui aide à comprendre et à interpréter un processus ou un phénomène donné en fonction de diverses perspectives théoriques et pratiques (Morel-Bracq, 2017).

Les ergothérapeutes utilisent le modèle de pratique connu sous le nom de l'OTIPM (Occupational Therapy Intervention Process Model), développé par Anne Fisher. Ce modèle est centré occupation et s'appuie sur les principes des sciences de l'occupation, comme promu par Garry Kielhofner.

Le modèle du processus d'intervention en ergothérapie se compose de trois grandes phases : l'évaluation et l'établissement des objectifs, l'intervention et la réévaluation. Dans le cadre de mon mémoire d'initiation à la recherche, je me concentre particulièrement sur la phase d'évaluation (Criquillon-Ruiz et al., 2023). Cette phase revêt une importance cruciale, car c'est à ce stade que l'activation comportementale, utilisée par les ergothérapeutes, entre en jeu. Elle permet d'évaluer l'engagement des jeunes souffrant de refus scolaire anxieux, fournissant ainsi une base solide pour définir des objectifs précis en vue de la phase d'intervention.

Figure 1 : Représentation graphique du modèle du processus d'intervention en ergothérapie OTIPM (Fisher et Marterella, 2019, cité par (Criquillon-Ruiz et al., 2023))



L'évaluation en ergothérapie selon l'OTIPM repose sur deux concepts fondamentaux (Criquillon-Ruiz et al., 2023). Tout d'abord, elle adopte une approche centrée sur le client, ce qui implique une collaboration étroite avec l'individu ou le groupe concerné. L'évaluateur doit adopter une posture professionnelle afin de maintenir une distance par rapport à sa propre culture, ses émotions, ses réactions personnelles, ses croyances, ses valeurs et ses attitudes, et ainsi évaluer la personne dans le respect de son individualité. Ensuite, l'évaluation repose sur le savoir expert, où l'ergothérapeute doit posséder une expertise suffisante pour comprendre une situation problématique et y trouver des solutions.

L'évaluation a plusieurs objectifs, dont celui de décrire les besoins, les difficultés et les circonstances liés à une problématique donnée. Elle constitue une étape fondamentale de la démarche en ergothérapie, servant de base incontournable. Une évaluation juste et précise est essentielle, car elle conditionne la qualité du reste de l'intervention. Pour établir un diagnostic ergothérapeutique, il est essentiel de considérer la personne dans sa globalité occupationnelle. L'évaluation repose sur des observations et des résultats issus de tests standardisés, en tenant compte des attentes parfois exacerbées ou soutenues par divers environnements sociaux ou culturels. La démarche d'évaluation comprend plusieurs étapes qui peuvent varier selon le cadre de référence de l'ergothérapeute et le contexte de pratique.

Comprendre la génération des connaissances en ergothérapie est un atout pour tout praticien, lui permettant de mener des évaluations de qualité et pertinentes pour les utilisateurs, les groupes, les collectivités ou les populations (Criquillon-Ruiz et al., 2023).

La démarche d'évaluation vise à décrire et à structurer le contenu des différentes étapes, guidant ainsi les ergothérapeutes indépendamment du domaine et du milieu d'intervention. Elle se déroule à travers différentes étapes : l'indication, le profil occupationnel, l'état occupationnel et la rédaction du diagnostic. L'indication permet de comprendre la demande et de déterminer si elle relève de l'ergothérapie, ainsi que la possibilité de répondre à cette demande dans le contexte de pratique. Le profil occupationnel permet de saisir le contexte occupationnel du client en fonction de ses difficultés, de ses priorités, de ses ressources, de son environnement, de ses occupations quotidiennes et de son histoire occupationnelle. L'état occupationnel permet d'objectiver les performances occupationnelles. Enfin, la rédaction du diagnostic permet de juger de la problématique afin de retenir les éléments pertinents et de les mettre en relation (Criquillon-Ruiz et al., 2023).

C'est grâce à notre processus d'évaluation et à la rédaction de notre diagnostic que nous sommes en mesure de détecter d'éventuelles difficultés du côté de l'engagement occupationnel.

2.1.3 Une pratique centrée sur l'engagement occupationnel

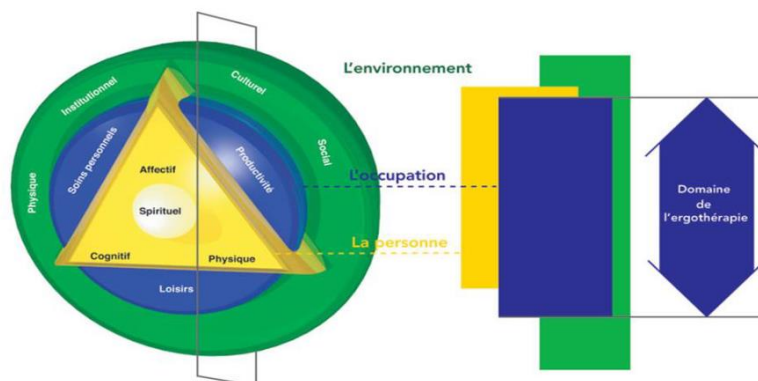
Le modèle canadien du rendement et de l'engagement occupationnel (MCREO), conçu par Townsend et Polatajko, proposent une approche holistique visant à appréhender et à intervenir dans le cadre évaluatif dans le domaine de l'ergothérapie. En considérant l'individu dans ses multiples dimensions, le modèle identifie trois composantes majeures : la personne, l'occupation et l'environnement (Polatajko et al., 2013).

La composante "Personne" explore les facettes émotionnelles, cognitives, sociales, et spirituelles de l'individu. En comprenant ces dimensions, les ergothérapeutes peuvent mieux cibler les besoins spécifiques de chaque personne. La dimension "Occupation" examine les activités quotidiennes, couvrant les soins personnels, la productivité, la gestion du foyer, les activités ludiques et les loisirs. Le MCREO encourage l'exploration des occupations significatives pour favoriser le bien-être global. Enfin, la dimension "Environnement" prend en compte les influences culturelles, institutionnelles, économiques, légales, physiques et sociales, façonnant ainsi les opportunités et les défis rencontrés par l'individu.

Au cœur de ce modèle, les concepts d'engagement occupationnel et de rendement occupationnel jouent un rôle central. L'engagement occupationnel représente l'action dynamique de s'investir dans une occupation en vue d'améliorer le bien-être et de renforcer le sentiment d'appartenance. Le rendement occupationnel englobe la capacité de choisir, organiser et s'adonner à des occupations procurant satisfaction, tout en respectant les normes culturelles et les attentes liées à l'âge.

Le MCREO insiste sur le caractère dynamique du développement occupationnel, émergeant de l'interaction complexe entre la personne, ses occupations et son environnement. Cette approche permet aux ergothérapeutes d'adapter leurs interventions de manière personnalisée, tenant compte des aspirations, des capacités et des défis spécifiques de chaque individu. Ainsi, le MCREO offre une perspective globale et intégrée, orientée vers la promotion du bien-être au travers de l'engagement occupationnel (Polatajko et al., 2013).

Figure 2: Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel (Polatajko et al., 2013)



En 2022, le Modèle Canadien de la Participation Occupationnelle (MCPO) a été introduit, succédant ainsi au Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel (MCREO). Ce dernier était centré sur les notions de rendement et d'engagement occupationnel, tandis que le MCPO met l'accent sur la participation occupationnelle, valorisant l'accès, l'initiation et le maintien d'occupations significatives dans des contextes enrichissants. Ce modèle intègre les contextes micro, meso et macro pour influencer ces aspects à différentes échelles, tout en privilégiant la participation et la signification des occupations (Egan & Restall, 2022).

Dans cette optique, l'approche de l'activation comportementale, centrée sur l'action et l'engagement dans des activités porteuses de sens (Soucy Chartier et al., 2013), s'inscrit naturellement dans les principes du MCPO. Mettant en avant la participation occupationnelle comme élément central du bien-être, ce modèle souligne l'importance de l'accès, de l'initiation et du maintien d'occupations significatives dans des relations et des contextes enrichissants (Egan & Restall, 2022). Cette perspective élargie, intégrant l'histoire personnelle de l'individu, permettant de comprendre les facteurs qui ont favorisé le RSA tel que le harcèlement, insultes, changements d'établissement scolaire, déménagements, maladie ou le décès d'un proche, menaces ou racket scolaire (Baranger, 2012), offrant une compréhension approfondie des motivations et de l'autodétermination des personnes confrontées au refus scolaire anxieux. Ainsi, elle démontre une approche plus holistique, tenant compte du contexte individuel, que le seul principe d'engagement occupationnel du MCREO ne pourrait pas apporter seul. Cela dit, le MCPO est un nouveau modèle, ne disposant pas d'outil certifié pour le moment, et n'apparaissant pas encore dans la littérature, c'est pour cette raison que garder le MCREO semble la meilleure alternative étant donné qu'il a démontré son efficacité à être utilisé en complément de l'AC.

Voyons voir comment l'ergothérapeute intègre l'activation comportementale à sa démarche d'intervention.

2.2 L'activation comportementale au service des ergothérapeutes

2.2.1 L'historique de l'activation comportementale

Au cours des dernières décennies, de nombreuses théories comportementales et de traitement de la dépression ont été proposées et évaluées. Ferster a avancé des théories fondées sur des principes comportementalistes radicaux, mettant particulièrement en avant l'importance de l'analyse fonctionnelle (Ferster 1973 cité dans (Jacobson et al., 2001)). Il a souligné l'accroissement des comportements d'évitement et de fuite, ainsi que la diminution des renforçateurs positifs chez les personnes déprimées, complexifiant ainsi les troubles anxieux (caractéristiques négligées avant le nouveau modèle de l'AC) (Jacobson et al., 2001). Au même moment (1974), Lewinsohn décrit la théorie comportementale de la dépression selon les facteurs de faibles taux de renforcement positif et des compétences sociales inadéquates (Lewinsohn 1974 cité dans Kanter et al., 2012).

Selon Kanter et al le modèle et la technique de traitement de l'activation comportementale selon Lewinsohn ont fait l'objet de nombreuses évaluations empiriques,

démontrant ainsi leur efficacité dans divers contextes, notamment auprès de personnes en situation de précarité. Plusieurs auteurs ont élaboré des variantes portant sur la formation des notions comportementales, interpersonnelles, cognitives, etc... (McLean, 1976 cité dans Kanter et al., 2012).

Malgré cela, les traitements comportementaux ont été moins utilisés dans les années 70 à 80 en raison de deux études. La première, menée par Shaw (1977), a mis en avant la supériorité des techniques cognitives par rapport aux techniques comportementales. La seconde, réalisée par Lewinsohn et ses étudiants, a indiqué que la dimension cognitive manquait au traitement comportemental.

Jacobson et al, indiquent que l'activation comportementale a émergé à la suite d'une analyse de ses composantes menée par Gortner et al. (1998) ainsi que Jacobson et al. (1996) (Jacobson et al., 2001). Cette étude a révélé que la thérapie comportementale était aussi efficace dans le traitement aigu de la dépression et dans la prévention des rechutes. Plusieurs auteurs, dont Beidel et Turner (1986), remettent ainsi en question l'implication cognitive. En effet, Jacobson et ses collègues ont combiné les techniques cognitives avec les techniques comportementales, démontrant ainsi que l'ajout des techniques cognitives à l'AC n'améliorait pas les résultats à la fin d'un traitement aigu et après un suivi de deux ans (Gortner et al., 1998). Jacobson a par conséquent conclu à la supériorité des techniques de l'AC en raison de résultats similaires mais d'une efficacité notable, ainsi que de la facilité de formation des professionnels. Diverses approches ont été testées dans le but de rendre l'AC plus précise (Kanter et al., 2012). Dans le traitement original de Lewinsohn, ce dernier utilisait l'augmentation des événements agréables pour accroître le renforcement positif chez ses clients, mais s'appuyait sur une approche nomothétique, alors que l'AC est considéré comme idiographique (Jacobson et al., 2001).

Au fil de son évolution, cette démarche semble avoir émergé comme une pratique sûre et établie aujourd'hui.

2.2.2 Les outils utilisés par les ergothérapeutes en activation comportementale

Dans le contexte de la dépression, l'ergothérapeute a pour objectif d'évaluer divers aspects, notamment les dimensions affectives, les capacités relationnelles et sociales, l'impact des incapacités sur les habiletés fonctionnelles ainsi que les habitudes de vie. De plus, il peut analyser la répercussion des symptômes, des déficiences, des incapacités et des problématiques environnementales sur les habitudes de vie et la sécurité de la personne, ainsi que sur son aptitude à vivre de manière autonome. L'ergothérapeute intervient en vue du

développement, de l'amélioration, de la restauration ou du maintien des compétences nécessaires aux individus pour l'accomplissement de leurs habitudes de vie et leur participation à des activités significatives (Nader et al., 2009).

L'activation comportementale, intégrée à la Thérapie Cognitive et Comportementale (TCC) (Soucy Chartier et al., 2013), est reconnue dans le domaine de la réhabilitation psychosociale pour sa capacité à atteindre des objectifs et faciliter le rétablissement, même après son adaptation récente à la psychose.

La réhabilitation psychosociale est un processus visant à favoriser le rétablissement de personnes atteintes de troubles psychiatriques, permettant ainsi d'atteindre un niveau satisfaisant d'adaptation sociale et d'indépendance. Cette approche se fonde sur les forces individuelles pour contrer les difficultés générées par la maladie, améliorant ainsi l'estime de soi et la confiance en soi (Bon, 2018). Selon Robert Paul Liberman, précurseur du social skills training (citée par Franck, 2018), la réhabilitation englobe "l'ensemble des stratégies qui permettent aux patients psychiatriques de récupérer leur fonctionnement social et instrumental dans la plus large mesure possible en utilisant des procédés d'apprentissage et des mesures prothétiques". Elle prend en compte à la fois les dimensions individuelles (cognitives et psychodynamiques) et sociétales (stigmatisation, soutien communautaire, etc.).

La réhabilitation a gagné en importance au cours des dix dernières années, notamment depuis le décret n° 2017-1200 du 27 juillet 2017 relatif au projet territorial de santé mentale (Bon, 2018). Selon Anthony et al, cette approche repose sur un ensemble de valeurs qui mettent en avant les convictions de la réhabilitation et remettent continuellement en question notre pratique (Anthony et al 2004 citée par Franck, 2018). Ces valeurs comprennent ; l'orientation vers la personne (mettant l'accent sur l'humain dans son ensemble plutôt que sur la maladie), le fonctionnement (mettant l'accent sur l'accomplissement des activités quotidiennes) le soutien, la spécificité environnementale (mettant l'accent sur le contexte de vie, de travail, de loisir et d'apprentissage de l'individu), les choix (préférence de la personne tout au long du processus), l'orientation vers les résultats et le potentiel de développement (amélioration de la réussite et de la satisfaction de la personne, indépendamment de ses difficultés actuelles).

Les outils d'évaluation jouent un rôle important en fournissant une évaluation rigoureuse des clients. Ils possèdent une fonction discriminative, permettant la comparaison et la

classification des éléments mesurés en fonction de traits, caractéristiques ou comportements. De plus, ils servent à documenter les changements dans le temps, particulièrement après une intervention, pour évaluer la réalisation des objectifs et ont une fonction prédictive pour anticiper l'évolution temporelle de traits ou de comportements spécifiques chez la personne. Ces outils comprennent des mesures instrumentées, l'observation, des auto-questionnaires et des entrevues (Samson et al., 2011);

- Considère les forces de la personne, ses ressources, ses acquis, son vécu, mais ne s'interroge pas uniquement sur ses déficits, incapacités et les situations de handicap.

- Prend en compte la qualité de vie de la personne, sa satisfaction, envers ses activités quotidiennes, ses rôles sociaux et sa participation dans la communauté

- Centrés sur les objectifs, buts et projets de vie de la personne

- Demande l'avis de l'individu, son opinion, identification de ses besoins, ses préférences en manière d'intervention, on favorise sa participation active, son autodétermination et sa capacité à faire des choix.

Parmi ces outils, ceux du Modèle de l'Occupation Humaine (MOH) utilisés par les ergothérapeutes répondent à ces critères. Notamment, l'Occupational Self Assessment (OSA) encourage la réflexion sur le fonctionnement quotidien de la personne, l'engageant dans son processus de rétablissement. Pour les entrevues semi-dirigées, l'OCAIRS (Occupational Circumstances Assessment Interview and Rating Scale) se base sur la compréhension du client envers sa participation, capacités, rôles, intérêts, valeurs et environnement. L'OPHI-II (Occupational Performance History Interview) documente l'histoire occupationnelle qualitativement et quantitativement. Nous retrouvons également le MCRO, outil venant du modèle du MCREO (Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel). D'autres outils ergothérapeutiques, comme le CAPA (Community Adaptive Planning Assessment), l'OWA (Occupational Wellness Assessment), et le WRI (Worker Role Interview), répondent à des critères spécifiques, par exemple, en établissant des plans d'intervention lors de changements majeurs, abordant les notions de contrôle, d'occupation et de valeur, ou traitant du retour au travail (Samson et al., 2011).

Sakimoto et al ont réalisé une étude évaluant l'efficacité de la combinaison d'outils chez des individus dépressifs (Sakimoto et al., 2019). Ils ont associé la Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel (MCRO) à l'activation comportementale, observant une augmentation significative de la fréquence des sorties. Cet outil, principalement utilisé par les ergothérapeutes canadiens, semble faciliter le processus occupationnel chez les patients

dépressifs. Il permet aux ergothérapeutes de soutenir les clients dans la modification de leur environnement, l'adaptation des activités, l'ajustement des routines et des rôles quotidiens, ainsi que la remédiation des limitations fonctionnelles (Klinedinst et al., 2023).

Klinedinst et al, ont démontré l'efficacité de l'activation comportementale chez les personnes âgées souffrant de plusieurs maladies chroniques. Ces maladies entraînent souvent des limitations fonctionnelles, rendant l'auto-gestion difficile. L'ergothérapeute collabore avec le patient pour mettre en place des stratégies d'adaptation aux situations stressantes, mettant l'accent sur l'amélioration de l'indépendance dans les activités d'auto-gestion. Dans ce contexte, l'activation comportementale est également utilisée en conjonction avec la MCRO pour établir des objectifs et suivre les changements dans la performance, ainsi que l'échelle d'évaluation de l'autogestion (SMASc) (Klinedinst et al., 2023).

Initialement conçue pour les troubles dépressifs, l'AC tend à évoluer et est actuellement testée dans divers contextes pathologiques, impliquant également plusieurs professionnels de la santé, dont les ergothérapeutes (Brick et al., 2020).

2.3 Le rétablissement comme pilier de la réhabilitation psychosociale

Le concept de rétablissement, examiné dans le traité de réhabilitation psychosociale, revêt une importance particulière en introduisant une distinction entre deux perspectives majeures : le rétablissement personnel et le rétablissement fonctionnel. Cette approche remet en question les paradigmes conventionnels axés sur la maladie en mettant en lumière la notion que la récupération des troubles psychiques sévères peut être envisagée sous deux angles complémentaires. D'une part, le rétablissement personnel se concentre sur le vécu subjectif et les aspirations individuelles des personnes concernées. D'autre part, le rétablissement fonctionnel aborde les aspects concrets liés à la restauration des capacités et à l'intégration sociale. Le traité explore ces dimensions, soulignant ainsi la nécessité d'adapter les approches de réhabilitation en considérant ces deux perspectives complémentaires (Franck, 2018).

Aujourd'hui, une méthode intégrative et opérationnelle est instaurée, explorant diverses dimensions pour parvenir à un niveau de bien-être personnel et de santé (Whitley et Drake, 2010, cités par Franck, 2018). Elle s'aligne sur une conception générale et dynamique de la santé, en cohérence avec la définition de l'OMS décrite dans la Charte Ottawa : pour parvenir à un état de complet bien-être physique, mental et social, l'individu, ou le groupe, doit pouvoir identifier et réaliser ses ambitions, satisfaire ses besoins et évoluer avec son milieu s'y adapter. La santé est donc perçue comme une ressource de la vie quotidienne, et non comme le but de la vie. (OMS et al., 1986). Cette approche implique une interaction entre équilibre et

perturbations, visant à restaurer les fonctions moins opérationnelles vers un état physique et psychologique satisfaisant, favorisant ainsi un équilibre favorable.

Selon Andresen et al, afin d'atteindre le rétablissement, il faut suivre un ensemble d'étapes constituant un modèle (Andresen et al, 2003 cité dans Franck, 2018). Le plus repris est celui d'Andresen et al., permettent d'orienter les propositions d'accompagnement et de thérapie afin qu'elles soient adaptées au mieux au patient. La première, le moratoire, se caractérise par la confusion, l'impuissance et la perte d'espoir face à la maladie psychique. La seconde, la conscience, permet de reconnaître une identité distincte du diagnostic psychiatrique, engendrant un espoir naissant et la possibilité d'une vie meilleure. La troisième, la préparation, implique l'élaboration d'un projet de vie en considérant les forces et faiblesses, avec une meilleure compréhension des troubles. La quatrième, la reconstruction, marque l'assomption progressive de la responsabilité de la maladie et la reprise du contrôle sur la vie. Enfin, la cinquième, la croissance, conduit à une gestion efficace de la maladie, une attitude positive, et la possibilité d'envisager un futur positif avec confiance en ses capacités, révélant ainsi une nouvelle identité émergée.

En somme, le traité de réhabilitation psychosociale propose une approche distinctive du rétablissement, articulant les perspectives personnelles et fonctionnelles, et soulignant la nécessité d'adapter les approches de réhabilitation en considérant ces deux dimensions complémentaires.

3 Méthode de recherche

3.1 Devis de recherche : les objectifs

L'objectif de cette étude est d'explorer la pratique en ergothérapie dans le contexte du refus scolaire anxieux, en confrontant les concepts théoriques à la réalité clinique. Nous visons à établir un état des lieux de cette pratique spécifique, en se concentrant sur l'accompagnement des enfants et des adolescents souffrant de refus scolaire anxieux par les ergothérapeutes. Plus précisément, notre objectif est de comprendre comment les ergothérapeutes interviennent pour aider ces jeunes patients à surmonter leur refus scolaire anxieux en utilisant des approches telles que l'activation comportementale.

3.2 Choix de l'outil de recueil de données

Afin de réaliser cette enquête, l'approche choisie est qualitative pour obtenir des données riches et approfondies, offrant ainsi une compréhension holistique et nuancée du

sujet étudié. Dans cette optique, la question se pose quant à l'approche méthodologique à adopter. Étant donné que le sujet porte sur deux notions encore peu pratiquées en France, à savoir la pratique de l'ergothérapie avec des enfants atteints de refus scolaire anxieux, associée à l'activation comportementale souvent utilisée en psychothérapie, il est intéressant de confronter les regards de différentes disciplines. Pour les psychologues, cela permettrait de mettre en avant leur expertise sur l'utilisation de l'activation comportementale, et pour les ergothérapeutes, de mieux comprendre leur démarche d'intervention auprès de ce public. L'idée d'organiser un "focus group", bien que séduisante, s'avère difficilement réalisable en raison de contraintes logistiques telles que la réunion simultanée de 4 à 5 personnes avec différentes professions, la présence d'un observateur/rapporteur, le respect des délais de l'étude et le décalage horaire des participants.

Ainsi, l'approche privilégiée sera celle de l'entretien semi-directif, offrant une méthode plus flexible que l'entretien directif tout en permettant une structure plus définie que l'entretien libre, permettant néanmoins de confronter les différents points de vue et d'accorder une liberté de parole à chaque participant (Tétreault & Guillez, 2014). Avec des questions préétablies, cet entretien abordera différents thèmes liés au sujet de recherche, tout en laissant place à une interaction spontanée. Les questions ouvertes seront utilisées afin de ne pas influencer les réponses des interviewés, la durée de l'entretien sera d'environ 45 minutes et se déroulera en visio-conférence avec le logiciel ZOOM.

Les entretiens de recherche présentent cinq caractéristiques principales (Tétreault & Guillez, 2014) :

- Ils permettent à la personne interrogée de contribuer à l'avancement des connaissances sur un sujet spécifique.

- Ils doivent être interactifs tout en restant non intrusifs ni menaçants pour le participant.

- Ils semblent spontanés et naturels tout en suivant une trame prédéfinie par le guide d'entretien.

- Il est possible de diviser l'entretien en trois phases, parfois sur des périodes distinctes.

- Ils ont une nature révélatrice, permettant d'explorer en profondeur les perspectives et les expériences des participants.

Le questionnaire se divise en quatre parties pour les ergothérapeutes (Annexe 2) et les psychologues (Annexe 3) interrogés. La première vise à présenter chaque participant et à comprendre leur parcours professionnel, leur lieu d'exercice et leur expérience dans le

domaine. Ensuite, pour les ergothérapeutes, des questions seront posées sur leur approche pour accompagner les enfants souffrant de RSA. Pour les psychologues, l'attention sera portée sur leur utilisation de l'activation comportementale et son impact sur leur pratique professionnelle. En troisième partie, l'accent sera mis, pour les ergothérapeutes, sur leur démarche d'intervention auprès de cette population, tandis que pour les psychologues, leur perception de la pertinence de l'activation comportementale dans le travail des ergothérapeutes sera explorée. Enfin, des questions seront posées aux ergothérapeutes sur leur utilisation de l'engagement occupationnel dans leur pratique, et aux psychologues sur leur niveau de connaissance auprès de cette population.

3.3 Choix de la population

Il serait pertinent d'interroger deux ergothérapeutes pour confronter les pratiques, travaillant auprès d'enfants souffrant de refus scolaire anxieux, qui exercent notamment dans des centres pédopsychiatriques tels que les Centres Médicaux Psychiatriques (CMP), les Centres Hospitaliers Universitaires (CHU), les centres spécialisés en santé mentale pour enfants et adolescents, ou encore en tant que professionnels libéraux. Il serait également préférable qu'ils utilisent des outils dans leur démarche d'évaluation auprès de cette population.

Dans le cadre de ma recherche sur l'activation comportementale, une approche encore peu utilisée en France par les ergothérapeutes, j'aimerais idéalement interroger également deux psychologues qui l'utilisent dans leur pratique professionnelle travaillant pour explorer leur pratique dans ce domaine.

Pour répondre à mes critères d'inclusion, il faudrait que les 4 professionnels aient au moins 1 an de pratique dans leur domaine afin qu'ils soient à l'aise pour répondre à mes questions.

Pour contacter les ergothérapeutes, j'ai utilisé les contacts fournis par un ancien étudiant en ergothérapie qui a également effectué son mémoire sur les enfants et adolescents atteints de refus scolaire anxieux. Grâce à cela, j'ai pu obtenir les coordonnées d'une fondation possédant plusieurs structures dédiées aux adolescents. J'ai ensuite envoyé plusieurs courriels pour solliciter des entretiens. J'ai également identifié des psychologues en effectuant des recherches en ligne sur leur pratique professionnelle, puis leur ai envoyé des courriels de demande d'entretien.

Après avoir programmé les rendez-vous et vérifié les critères d'inclusion, j'ai envoyé par courriel aux participants le formulaire de consentement (Annexe 9) ainsi qu'une notice d'information détaillant les objectifs de la recherche, la méthodologie choisie et l'utilisation des données.

3.4 Méthode d'analyse des données

L'outil "o Transcrire" m'a aidé pour transcrire mes entretiens, mais seul un d'entre eux a été intégralement transcrits (Annexe 4). Ensuite, j'ai entamé une phase d'analyse des entretiens, suivie d'une discussion des résultats.

Pour démarrer mon analyse, j'ai dissocié et organisé en plusieurs phases les réponses des ergothérapeutes (phase 1) (Annexe 5) et des psychologues (phase 2) (Annexe 6) en fonction des questions correspondantes. Ensuite, j'ai procédé à un codage manuel des données et des verbatims, ce qui m'a permis d'identifier des grands thèmes et, par la suite, des sous-thèmes plus spécifiques. Cette approche m'a permis d'analyser les données en profondeur tout en dissociant la phase 1 (Annexe 7) et la phase 2 (Annexe 8), et de rédiger un paragraphe explicatif.

3.5 Considération éthique

Les participants ont été informés de la notion de consentement à travers un formulaire autorisant l'enregistrement de la discussion, l'utilisation éventuelle des données et la possibilité de se retirer à tout moment. Les données collectées ont été anonymisées, sans mention de noms de personnes ou de structures lors de l'analyse. Il convient de noter que ce projet de recherche n'est pas soumis à la réglementation relative aux recherches impliquant la personne humaine (RIPH), communément appelée "loi Jardé". Cette exemption est due au fait que l'étude ne porte pas directement sur les personnes atteintes de RSA elles-mêmes. Par conséquent, aucune soumission du protocole à un CPP (comité de protection des personnes), aucune assurance ni désignation d'un promoteur n'ont été nécessaires, conformément aux indications de Pouplin et al, pour ce type d'étude (Pouplin et al., 2019).

4 Résultats : présentation et analyse

Dans cette partie, les résultats sont présentés selon les différents thèmes.

4.1 Présentation des participants

Afin de garantir l'anonymat des participants à l'étude, les ergothérapeutes ont été désignés par les identifiants E1 et E2, tandis que les psychologues ont été désignés par les identifiants P1 et P2. Tous les entretiens ont été menés en visioconférence via l'outil Zoom et enregistrés. Les personnes interrogées dans le cadre de cette étude sont des ergothérapeutes travaillant avec des enfants et des adolescents souffrant de refus scolaire anxieux, ainsi que des psychologues utilisant l'activation comportementale.

Afin de mieux contextualiser chaque entretien, un tableau récapitulatif des caractéristiques de chaque ergothérapeute ayant participé aux entretiens est fourni ci-dessous :

Tableau 1 : Présentation des participants ergothérapeutes. Réalisé par Léann DESCHAMPS

	E1	E2
Année du diplôme d'état	2014	2015
Parcours professionnel	Psychiatrie, psychiatrie adolescent	Foyer de vie, libéral, psychiatrie adolescent
Lieu d'exercice	Unité Somato psychiatrique	Clinique soins-études
Public	Adolescents collégiens et lycéens	Adolescents lycéens
Expérience avec ce public	3 ans	4 ans

Cela met en lumière l'année d'obtention de leur diplôme d'État en ergothérapie, qui intervient après la réforme de 2010, ayant entraîné des changements dans la formation théorique des futurs professionnels. De plus, cela souligne la diversité des lieux d'exercice, ainsi que leurs expériences depuis plusieurs années dans le secteur, ce qui fait d'eux des experts du public avec lequel ils travaillent.

Tableau 2 : Présentations des participants psychologues. Réalisé par Léann DESCHAMPS

	P1	P2
Année du diplôme d'état	2014	2009
Profession	Psychologue clinicienne et psychothérapeute en Belgique	Psychologue spécialisée en neuropsychologie et en Thérapie Cognitive et Comportementale

Parcours professionnel	Formé à la neuropsychologie afin de réaliser des diagnostics de démence Centre neurologie Psychologue clinicienne Animation de groupes thérapeutiques auprès d'étudiants Animation de groupes thérapeutiques sur les troubles du sommeil et troubles dépressifs Recherche sur les troubles du sommeil	Diplôme universitaire en neuropsychologie Formation de TCC A travaillé 10 ans en France : Psychiatrie adulte intra et extra, foyer de vie, Centre médicaux psycho-pédagogiques Depuis 2 ans au Québec : clinique privée
Lieu d'exercice	Unité psychologique Clinique cognitive comportementale	Clinique privée
Public	Adulte	Adulte et adolescent
Expérience avec public atteint de RSA	Aucun	Lors de son travail au CMPP
Formation à l'activation comportementale	Lors de sa thèse en tant que psychologue clinicienne il y a 8 ans.	Lors de sa formation en thérapie cognitive et comportementale

Les psychologues interrogées sont toutes diplômées depuis au moins 10 ans et exercent l'activation comportementale depuis un certain temps. Leurs expériences professionnelles variées leur permettent d'avoir des perspectives diverses sur leur pratique. Par exemple, P2 a déjà travaillé avec des individus souffrant de RSA, tandis que P1 a effectué une thèse sur l'activation comportementale, ce qui fait d'elle une experte dans ce domaine.

4.2 Analyse de contenu des thèmes principaux phase 1

Cette section nous permettra d'analyser les réponses des ergothérapeutes, en se basant sur les contributions respectives de E1 et E2, en relation avec les différents thèmes abordés.

4.2.1 Accompagnement de l'adolescent et enfant atteint de refus scolaire anxieux

Lorsque je questionne les ergothérapeutes sur la manière dont ils accompagnent les jeunes, E1 m'explique qu'ils les suivent de manière hebdomadaire pendant 45 minutes, tandis que c'est plus variable pour E2. En effet, elle suit le jeune plusieurs fois par semaine lorsqu'il est au début de sa prise en soin, notamment en atelier créatif et en ateliers de médiation, ce qui lui permet de le voir de façon plus régulière. Pour favoriser une meilleure adhésion aux soins, E1 souligne l'utilisation d'un cadre confidentiel et son consentement, « c'est le jeune qui décide des objectifs à travailler pour atteindre un meilleur équilibre de vie », tandis qu'E2 intègre principalement l'enfant dans son projet.

Les jeunes sont suivis par une équipe pluridisciplinaire, et l'ergothérapeute collabore avec des professionnels de santé, des professionnels de l'accompagnement social et éducatif, ainsi que par ceux du bien-être et de l'accompagnement personnel, selon les dires d'E1 et E2. Selon E1, lorsque les adolescents ne vont plus en cours, « ce n'est pas eux qui s'en plaignent », la première plainte vient des parents ainsi que du système scolaire, qui perçoivent cela comme une contrainte. Pour E2, cela vient « des difficultés à verbaliser et à identifier ce qui est difficile de la part du jeune ». Ils rencontrent également des difficultés liées aux interactions sociales avec leurs pairs. E1 évoque « Le regard de l'autre, passer à l'oral ou s'intégrer à un groupe », tandis que pour E2, c'est « Le contact avec les autres ». Ces difficultés incluent également la gestion des relations interpersonnelles. E1 indique qu'il est compliqué de "Gérer les relations avec leur voisin de chambre", tandis qu'E2 observe des « comportements très envahissants ». Elle perçoit également des difficultés organisationnelles chez certains dans « l'intégration de l'organisation de l'emploi du temps ».

Les objectifs en séance d'ergothérapie sont multiples. Il s'agit notamment de travailler sur l'estime de soi, la confiance en soi et en les autres, ainsi que sur l'identification des expressions pour améliorer la perception de soi et des autres. Il est également question d'améliorer les capacités relationnelles et les interactions sociales pour développer les relations interpersonnelles. Au niveau du respect des règles, E1 souligne qu'il faut travailler la « compliance », tandis qu'E2 met en avant les « difficultés de suivi du cadre, des règles de vie et en cours ». Il est également important de travailler le bien-être émotionnel pour agir sur la gestion des angoisses, la verbalisation, les différentes sensations et émotions, ainsi que sur le fait de reprendre du plaisir, selon E1 et E2. Parfois, les jeunes « sont déscolarisés depuis très longtemps, ils ont plus l'habitude de suivre des cours, au début ça leur demande beaucoup

d'énergie », selon E2. Dans ce cas, ils travailleront donc l'entraînement à l'attention, la concentration et la mémoire. Selon E1, ils vont davantage travailler la gestion de la frustration, le lâcher-prise et améliorer la prise d'initiative.

4.2.2 Intervention ergothérapique

Les ergothérapeutes interrogés évaluent les jeunes à travers divers bilans, notamment L'AERES (Echelle d'auto-évaluation des Ressources) et ELADEB (Échelle Lausannoise d'Auto-Evaluation des Difficultés Et des Besoins), qui permettent de **définir les objectifs**. E1 utilise des mises en situations écologiques, de l'observation en activité groupale et individuelle, ainsi que l'inventaire de l'équilibre de vie. En revanche, E2 se concentre uniquement sur l'observation en activité comme **bilan occupationnel**, afin d'identifier les leviers et les freins. Parfois, E1 recourt à des **bilans graphiques** tels que le BHK (évaluation rapide de l'écriture chez l'enfant) ou le bilan de praxie, tandis qu'E2 utilise également la NEPSY (test neuropsychologique) et le test des errances multiples sur indication médicale pour établir un **bilan cognitif**.

Ces bilans permettent entre autres, à atteindre le processus de rétablissement, pour cela, il est important de "travailler en collaboration" selon E1 et d'utiliser "l'observation de tous les professionnels" selon E2. Ensuite, ils mettent en place différents moyens pour y parvenir. Dans la structure de E1, ils organisent des cours progressifs, "parfois ils commencent avec 1 cours, 2 cours, 3 cours", et finissent par un emploi du temps complet. De plus, ils réalisent des semaines d'immersion dans leur établissement scolaire extérieur. Dans la structure de E2, ils effectuent des immersions dans le lycée annexe à l'établissement, ce qui leur permet de s'intégrer aux autres élèves.

Le rétablissement est un indicateur central de la réhabilitation psychosociale, c'est pourquoi je leur ai demandé s'ils l'utilisaient dans leur pratique. E1 indique utiliser le social quizz, un groupe d'improvisation scénique et l'écriture projective pour mieux comprendre les réactions et perceptions des autres. Afin d'identifier les ressources et difficultés, E1 utilise l'AERES, tandis que E2 utilise l'AERES et ELADEB. Enfin, E2 contribue à la thérapie cognitive et comportementale instaurée par la psychologue de sa structure en utilisant l'exposition progressive.

4.2.3 L'engagement occupationnel

L'engagement joue un rôle essentiel dans le processus de rétablissement, c'est pourquoi j'ai interrogé les ergothérapeutes à ce sujet. Selon E1, s'il n'y a pas d'engagement occupationnel, « il n'y a pas d'adhésion, et donc ni d'agir, et pas de mouvement ». Cela permet également de « développer ces habiletés sociales, et de pouvoir les transposer sur la vie quotidienne », selon E1 et E2. Ils conviennent tous deux qu'il faut **corrélér les observations** pour que l'enfant se rende compte de ses progrès, comme le souligne E2 : « on verbalise les progrès qu'on observe », tandis que selon E1, « on fait le lien avec ce qu'on a observé, ce que le jeune observe et s'il observe la même chose dans la vie quotidienne ». Cela permet de les **encourager**.

La motivation des jeunes est également évaluée pendant la séance, où l'on peut observer des **comportements négatifs**, décrits par E1 comme étant « en fonction de leur présentation, complètement replié, ralenti, le contact oculaire fuyant, ou qui répond par des réponses très fermées ». E2 partage le même constat, notant que « ils sont plutôt avachis, la tête dans leur bras à ne pas pouvoir faire, il y en a qui sont réfractaires ». La question de l'**authenticité** de l'adolescent est également soulevée, selon E1, il faut voir si « les questions sont cohérentes, le discours est fiable », tandis que E2 interroge à chaque fois leur ressenti de la séance. Cependant, il peut également y avoir des **comportements positifs** qui témoignent de leur motivation, comme le souligne E1 : « le patient arrive souriant, prend facilement des initiatives ».

4.3 Analyse de contenu des thèmes principaux phase 2

Cette section nous permettra d'analyser les réponses des psychologues, en nous appuyant sur les contributions respectives de P1 et P2, et en les reliant aux différents thèmes abordés.

4.3.1 Utilisation de l'activation comportementale

Afin de mieux comprendre la pratique de l'activation comportementale, j'ai interrogé deux psychologues qui l'utilisent. Cette approche a permis **de renforcer les compétences professionnelles**, comme le souligne P1 qui indique avoir gagné « de l'assurance et me sentir outillée face à la dépression », tandis que P2 exprime avoir auparavant souvent ressenti des limitations dans l'utilisation des outils cognitifs. Grâce à cette méthode, elles ont pu établir **une alliance thérapeutique** solide avec les patients, ce qui leur a permis de « créer du lien avec

la personne » et de se sentir « plus à l'aise dans la relation », selon P1. Cela leur a également permis de s'appuyer sur les expériences concrètes du patient et de mieux se positionner en tant que thérapeute, comme le mentionne P2. En effet, cette pratique leur a offert la possibilité de fournir des explications claires à travers des concepts clés tels que la notion des « 3 kiffs par jour », selon P2, et « d'éclairer la personne face à ses difficultés », selon P1, afin de « repasser par du comportemental », comme l'indiquent à la fois P2 et P1.

Elles utilisent l'activation comportementale avec divers publics, notamment ceux souffrant de **pathologies mentales** telles que la dépression et les troubles de l'humeur, pour répondre à diverses **conséquences** telles que la perte de sens, les questionnements sur leur vie et la recherche d'activités stimulantes et motivantes. Les psychothérapeutes choisissent d'appliquer l'activation comportementale en fonction des **troubles occupationnels** rencontrés par les patients, comme le souligne P1, qui peuvent être dus à « des problèmes d'inactivité, donc de manque de renforcement positif », ou à une « suractivité dans un domaine particulier », à un « déséquilibre dans les activités qu'elle investit », ainsi qu'à des « évitements comportementaux et ou cognitifs, donc des personnes qui ruminent beaucoup ». P2 est d'accord à ce sujet, indiquant percevoir ces comportements à travers des conduites d'évitement, de confrontation à des renforcements négatifs et grâce à une analyse fonctionnelle.

4.3.2 La pertinence de l'activation comportementale dans une autre pratique

Également, j'ai interrogé les psychologues sur les obstacles rencontrés lors de l'utilisation de l'activation comportementale afin de mieux comprendre si cette approche pourrait être adaptée à mon public, et elles ont pu en identifier quelques-uns. P1 a souligné que lorsque la personne « est seule chez elle et manque de support social », et P2 est d'accord pour dire que son « environnement social » peut constituer un frein. P1 a également mentionné les « limites internes ou liées au contexte de la personne », tandis que P2 a évoqué la dépendance à un tiers ainsi que les limitations cognitives et physiologiques.

P1, qui était déjà familière avec la profession d'ergothérapeute, a expliqué que cette approche serait bien adaptée à l'ergothérapie car elle permet d'intervenir sur « les activités qui apportent du renforcement, qui sont importantes, satisfaisantes, plaisantes ou qui favorisent le sentiment d'efficacité », que l'on appelle dans notre pratique les **déterminants personnels**. Elle a également souligné que l'on « va agir sur les difficultés attentionnelles et cognitives », et qu'il est important de « vérifier que la personne a toutes les ressources nécessaires », car

voir la personne en situation et l'accompagner favorise la probabilité qu'elle reproduise l'activité par la suite. P2, qui était moins familière avec le métier, a mentionné que l'ergothérapeute permettra de voir « comment la personne peut mener à bien l'activité et refaire des activités adaptées », ce qui rejoint les observations de P1.

4.3.3 Etat de connaissance sur le refus scolaire anxieux

Pour déterminer si l'activation comportementale serait bénéfique pour un public souffrant de refus scolaire anxieux, j'ai consulté mes interviewés, experts en psychothérapie. Selon P1, cette approche peut être bénéfique lorsque les jeunes rencontrent des **troubles occupationnels** tels que « une inactivité, des ruminations, ne voient plus leurs amis ou ne se sentent pas bien », et cela peut permettre également de « montrer qu'il y a d'autres activités où ils se sentent compétents et prennent du plaisir ». Cependant, P2 souligne que « l'activation comportementale cible moins le mécanisme de pensée catastrophique », mais plutôt la **gestion émotionnelle**, comme en témoignent les « troubles anxieux » ou « l'intimidation et le stress ».

Tableau 3 : Transposition de l'activation comportementale auprès d'un public RSA. Réalisé par Léann DESCHAMPS

L'utilisation de l'activation comportementale auprès d'un public RSA	
Transposable	Non Transposable
<p>P1 :</p> <p>→ <u>Peur de la scolarité</u> et ses conséquences a entraîné <u>inactivité, ruminations</u></p> <p>→ Si l'enfant ne voit plus ses amis et se sent pas bien</p> <p>→ Montrer qu'il y a <u>investissement</u> à l'école, autre activité dans lesquelles il peut se sentir <u>compétent</u>, prendre du <u>plaisir</u>, et <u>réduire importance</u> de la scolarité dans son quotidien.</p> <p>P2 :</p> <p>→ Trouble <u>dépressif</u></p> <p>→ Trouble <u>anxieux</u></p>	<p>P1 :</p> <p>→ Si des cas de <u>peur et d'anxiété</u>, des comportements sont mis en place pour essayer que ce soit moins difficile</p> <p>→ <u>Pensée catastrophique</u></p> <p>P2 :</p> <p>→ Intimidation : travailler en priorité le <u>vécu traumatique de l'intimidation</u></p> <p>→ TMD (trouble maniaco-dépressif) ou TSA (trouble du spectre autistique) souvent lié au fait qu'ils ne <u>comprennent pas</u> ce que les autres veulent et qu'ils se sentent <u>sur-stimulé</u></p> <p>→ Le refus scolaire est souvent secondaire aux problématiques plus sociales</p>

5 Discussion

5.1 Vérification des hypothèses

Les entretiens auprès des ergothérapeutes ont mis en avant les nombreuses difficultés auxquelles sont confrontés les jeunes atteints de refus scolaire anxieux. Il s'agit d'une problématique encore mal connue en France, qui atteint 1 à 5% des enfants et adolescents (Baranger, 2012), mais qui tend à se développer, notamment auprès de nombreux professionnels de santé, parmi lesquels les ergothérapeutes jouent un rôle primordial. En parallèle, j'ai interrogé deux psychologues spécialisés dans l'activation comportementale afin de déterminer si cette méthode, issue des TCC, pourrait mieux accompagner les ergothérapeutes dans la prise en charge des adolescents et enfants atteints de RSA.

La première hypothèse selon laquelle **l'ergothérapeute utilise des outils d'évaluation complémentaires à l'activation comportementale afin d'évaluer l'engagement occupationnel est partiellement validée**. Pour rappel, l'activation comportementale se concentre sur les facteurs comportementaux liés à l'engagement dans des activités (Dondé et al., 2018). Les ergothérapeutes interrogés utilisent plusieurs outils d'évaluation, notamment certains de la réhabilitation psychosociale tels que l'AERES et l'ELADEB, afin d'identifier les ressources et les difficultés de la personne et d'établir des objectifs.

De plus, ils utilisent le social quizz et des groupes d'improvisation scénique pour travailler sur la perception de la réaction et des sentiments des camarades, aidant ainsi les jeunes à comprendre et à améliorer leurs interactions sociales. Bien que ces outils soient intéressants pour la prise en soin de l'enfant, ils ne sont pas spécifique ergothérapique et ne répondent pas entièrement à la problématique de l'engagement occupationnel comme peut le faire le MCREO, un outil ergothérapique orienté vers la promotion du bien-être à travers l'engagement occupationnel (Polatajko et al., 2013).

Cependant, les ergothérapeutes mettent en pratique des stratégies favorisant l'adhésion aux soins et la corrélation des observations des professionnels, permettant aux jeunes de percevoir leurs efforts et contribuant ainsi à leur engagement occupationnel. L'authenticité et les comportements des jeunes lors des séances permettent également d'évaluer leur motivation.

Les psychologues estiment également que l'activation comportementale serait pertinente pour les jeunes atteints de refus scolaire anxieux. Cette méthode pourrait leur montrer qu'ils peuvent s'investir scolairement tout en ayant des activités dans lesquelles ils se sentent compétents et prennent du plaisir, réduisant ainsi l'importance excessive de la scolarité dans leur quotidien, ce qui constitue une forme d'engagement occupationnel.

La prochaine hypothèse **partiellement validée**, porte sur **l'application de l'activation comportementale en ergothérapie et son impact sur la confiance en soi et l'engagement occupationnel des jeunes confrontés au refus scolaire anxieux dans les activités délétères.**

Lors de mes entretiens, les objectifs des jeunes, définis avec les ergothérapeutes, mettent en avant l'importance de la perception de soi et des autres pour travailler sur l'estime de soi, la confiance en soi, la confiance en les autres, l'identification des expressions, et l'amélioration des capacités interpersonnelles. Cette approche est en ligne avec les principes de la réhabilitation psychosociale, qui a démontré son efficacité dans l'amélioration de l'estime de soi et de la confiance en soi (Bon, 2018), renforçant ainsi les relations entre les jeunes et leurs pairs.

Les ergothérapeutes suivent les jeunes de manière hebdomadaire, créant un cadre confidentiel où les jeunes décident des objectifs à travailler, ce qui favorise leur engagement et leur motivation. Il s'agit d'une approche empathique, soutenante et collaborative centrée sur l'adolescent, comme le recommande l'HAS (HAS, s. d.). Les deux ergothérapeutes travaillent sur des objectifs visant à améliorer la confiance en soi, ainsi que les capacités relationnelles et organisationnelles, éléments cruciaux pour les jeunes confrontés au refus scolaire anxieux. Les méthodes d'évaluation utilisées, telles que les mises en situation écologiques et les observations en activité, permettent de mesurer les progrès et d'ajuster les interventions en conséquence.

De plus, une des ergothérapeutes utilise l'exposition progressive en partenariat avec la thérapie cognitive et comportementale pratiquée par la psychothérapeute de sa structure, afin de réintroduire l'enfant à l'école en réalisant des mises en situation. Cette méthode clé de l'activation comportementale englobe la participation à des activités plaisantes, l'établissement d'une hiérarchie d'objectifs tout en abordant la composante cognitive (Jacobson et al., 2001). Les séances comprennent trois phases clés : l'établissement d'une alliance thérapeutique,

l'analyse fonctionnelle et la planification d'objectifs à court et long terme, ainsi que la consolidation et la prévention des rechutes (Dondé et al., 2018).

Les psychologues, quant à elles, ont souligné l'importance de l'activation comportementale pour traiter des troubles comme la dépression et les troubles de l'humeur, en ciblant les comportements d'évitement et en réintroduisant des activités significatives. Elles ont noté que cette approche aide à établir une alliance thérapeutique solide et à fournir des explications claires et motivantes aux patients, ce qui est essentiel pour améliorer la confiance en soi. Selon elles, les ergothérapeutes pourraient utiliser des bilans occupationnels pour identifier les ressources des jeunes, évaluer comment ils pourraient mener à bien l'activité et réaliser des mises en situation pour augmenter la probabilité qu'ils reproduisent ces activités par la suite. Cela rejoint déjà les pratiques des ergothérapeutes, qui utilisent des outils comme l'AERES et l'ELADEB pour identifier les forces et les faiblesses des jeunes et pour structurer des activités qui sont importantes, satisfaisantes et qui favorisent le sentiment d'efficacité.

En intégrant les principes de l'activation comportementale, les ergothérapeutes peuvent renforcer ces pratiques en offrant un cadre encore plus structuré et motivant pour les jeunes, aidant les jeunes à constater leurs propres progrès, renforçant ainsi leur confiance en eux et leur engagement dans les activités proposées.

La dernière hypothèse n'est **pas entièrement validée**, il s'agit de **l'application de l'activation comportementale par les ergothérapeutes qui contribue au processus de rétablissement des enfants et adolescents confrontés au refus scolaire anxieux**. Le rétablissement est un facteur clé de la réhabilitation psychosociale, et l'AC est reconnue pour sa capacité à atteindre des objectifs et à faciliter ce processus (Soucy Chartier et al., 2013). Elle favorise le rétablissement des personnes atteintes de troubles psychiatriques, permettant un niveau satisfaisant d'adaptation sociale et d'indépendance (Bon, 2018).

Les psychologues ont indiqué que l'AC pourrait être bénéfique pour les jeunes atteints de refus scolaire anxieux en gérant les troubles occupationnels, tels que l'inactivité, les ruminations, l'isolement social et le mal-être. Cette approche peut montrer aux jeunes qu'il existe des activités où ils peuvent se sentir compétents et prendre du plaisir, tout en gérant les troubles émotionnels comme l'anxiété. Ces objectifs rejoignent ceux des ergothérapeutes qui travaillent avec ces jeunes, en se concentrant sur la gestion des angoisses, la redécouverte du plaisir, la gestion des conflits internes, et l'amélioration du bien-être général.

Cependant, les ergothérapeutes n'utilisent pas d'évaluation spécifique pour favoriser le rétablissement, bien qu'il existe des outils comme l'OSA du modèle du MOH, qui encouragent la réflexion sur le fonctionnement quotidien et engagent la personne dans son processus de rétablissement (Samson et al., 2011). Les ergothérapeutes se basent plutôt sur l'observation pluridisciplinaire, les immersions en milieux scolaires écologiques, et l'évolution de la symptomatologie perçue par les adolescents. Ces méthodes leur permettent d'identifier les progrès du jeune et de déterminer quand celui-ci n'a plus besoin de soins supplémentaires.

L'intégration de l'activation comportementale en ergothérapie montre des bénéfices significatifs pour le rétablissement des jeunes confrontés au refus scolaire anxieux. L'utilisation de méthodes d'évaluation spécifiques pourrait encore renforcer ces pratiques et optimiser les résultats pour cette population.

5.2 Limites et avantages de l'étude

5.2.1 Limites

Plusieurs freins ont été identifiés dans l'étude réalisée auprès de différents professionnels de santé. En effet, j'ai interrogé deux ergothérapeutes et deux psychologues, un nombre pair qui a potentiellement biaisé la fiabilité des résultats. Interroger un nombre impair de professionnels aurait réduit le risque d'égalité dans les opinions, simplifiant ainsi l'interprétation des résultats. Cela contribue à des échanges plus fluides et à une exploration plus complète des perspectives. Pour obtenir des retours plus diversifiés et enrichir le contenu à analyser, il aurait donc été préférable d'interroger un plus grand nombre de professionnels, augmentant ainsi la fiabilité de mon analyse, bien que celle-ci soit qualitative et non quantitative.

La diversité des profils interrogés a complexifié l'analyse. J'ai dû concevoir deux grilles d'entretiens différentes, adaptées aux spécialités des ergothérapeutes et des psychologues, entraînant une double phase de codage et d'analyse des entretiens. Chaque phase a nécessité une approche spécifique avant de pouvoir être regroupé pour répondre aux hypothèses posées. Un focus group aurait probablement simplifié la méthodologie et enrichi l'analyse. Cependant, des contraintes de temps, la diversité des professions avec des plannings chargés et la dispersion géographique des participants (France, Québec, Belgique) ont rendu cette option impraticable. Ces contraintes m'ont dissuadé de me lancer dans une telle démarche.

Un autre frein réside dans les critères d'inclusion. Il aurait été pertinent d'inclure uniquement des psychologues familiers avec l'ergothérapie. Ceux qui ignoraient cette pratique éprouvaient des difficultés à identifier si elle était compatible avec l'activation comportementale, limitant ainsi la profondeur de leurs réponses.

Le principal frein à mon étude a été le manque de connaissance sur deux pratiques encore peu répandues en France : l'activation comportementale et le refus scolaire anxieux. La documentation limitée sur le RSA a rendu mes entretiens parfois difficiles. En effet, les ergothérapeutes avaient du mal à répondre à mes questions, car ils n'identifiaient pas réellement que le RSA ne se résumait pas uniquement à la peur d'aller à l'école. Il s'agit d'un ensemble de symptômes, comprenant l'anxiété sociale et l'anxiété de séparation, dont la peur de l'école n'est qu'une conséquence. Cette méconnaissance a également été un obstacle pour les psychologues, qui éprouvaient des difficultés à établir un lien entre l'activation comportementale et les défis spécifiques de ce public.

5.2.2 Avantages

Le point fort de mon étude réside sans doute dans son caractère novateur, qui n'est pas toujours obligatoire en formation, mais fortement encouragé. L'originalité de cette recherche, qui explore des pratiques peu connues telles que l'activation comportementale et le refus scolaire anxieux, rend le sujet particulièrement pertinent pour le développement et l'enrichissement de ces pratiques.

De plus, les différents professionnels interrogés ont manifesté un grand intérêt pour mon mémoire, ce qui a enrichi les échanges des deux côtés. Leur engagement et leur accessibilité ont facilité la planification des entretiens, malgré les barrières géographiques entre la France, le Québec et la Belgique. Trois des professionnels m'ont même demandé à découvrir mon mémoire une fois terminé, montrant ainsi leur intérêt pour le sujet et leur volonté de contribuer à la réflexion sur ces pratiques émergentes. Cette implication des participants confère une légitimité supplémentaire à l'étude, démontrant l'importance et la pertinence de ces recherches dans le domaine de l'ergothérapie et de la psychologie.

5.3 Perspectives professionnelles

Ce travail d'initiation à la recherche a révélé que **l'activation comportementale n'est pas utilisée par les ergothérapeutes et que les psychologues ne l'ont pas adaptée pour une population atteinte de refus scolaire anxieux**. Cependant, en interrogeant leurs pratiques, ils ont réussi à établir les liens nécessaires pour démontrer que l'activation comportementale pourrait parfaitement convenir aux jeunes souffrant de refus scolaire anxieux, comme l'ont montré les éléments précédents. Cela soulève la question de savoir si l'activation comportementale pourrait être adaptée à tout public présentant des symptômes dépressifs.

L'OMS estime qu'à l'échelle mondiale, 3,8% de la population souffrent de dépression (OMS, 2023). Toutefois, le manque de ressources, le manque d'investissements en faveur des soins de santé mentale, le manque de soignants formés et la stigmatisation sociale associée aux troubles mentaux sont des obstacles significatifs à une prise en charge adéquate.

L'analyse réalisée auprès des différents professionnels a davantage mis en lumière des symptômes qu'une pathologie précise. Il serait donc nécessaire d'adapter l'approche au cas par cas, comme le propose naturellement la démarche idiographique de l'activation comportementale (Jacobson et al., 2001), ainsi que la démarche d'intervention holistique des ergothérapeutes auprès de leurs patients (Polatajko et al., 2013).

L'activation comportementale pourrait soutenir les interventions des ergothérapeutes, souvent démunis face à une population peu connue. Cette méthode structurée facilite le processus de rétablissement et peut être mise en œuvre par tout professionnel de santé après une courte formation. Elle constitue un atout pour les ergothérapeutes, qui pourraient l'utiliser en complément de leurs outils, soutenant ainsi l'efficacité de leurs interventions. De plus, cela permettrait de renforcer un langage commun avec les psychothérapeutes et d'améliorer la collaboration interprofessionnelle.

Quels outils complémentaires à l'activation comportementale pourraient être adaptés à un public atteint de RSA ?

Une des ergothérapeutes a mentionné plusieurs outils du MOH, notamment le MOHOST. Le MOHOST évalue la participation occupationnelle en examinant les différents domaines du MOH, regroupant des données sur la volition, l'habituación, les habiletés et

l'environnement de la personne. Cet outil aide à analyser comment ces éléments influencent la participation occupationnelle (Parkinson et al., s. d.). Pour les adolescents atteints de RSA, cet outil peut identifier les facteurs influençant leur engagement scolaire et quotidien, comme les barrières psychosociales, les compétences relationnelles et la motivation. Comprendre ces dimensions permet aux ergothérapeutes d'adapter leurs interventions pour favoriser la réintégration scolaire et améliorer le bien-être général des adolescents.

Cette ergothérapeute utilisait également l'inventaire de l'équilibre de vie, un auto-questionnaire permettant de considérer les activités réalisées au quotidien ou celles que l'on souhaiterait pratiquer, ainsi que la satisfaction concernant l'emploi du temps et le temps consacré à ces activités (Larivière & Levasseur, 2016).

L'équilibre occupationnel est un sujet n'ayant pas été pas beaucoup abordé dans mon travail de recherche, bien que ce soit une problématique mentionnée dans la littérature, notamment en ce qui concerne l'équilibre familial perturbé par le RSA (Denis et al., 2018). La HAS souligne également que l'adolescence est une période où les équilibres sont fragiles, qu'il s'agisse du rapport au corps, de la construction de l'autonomie ou de la socialisation (HAS, s. d.). Il serait pertinent d'explorer ce modèle, car l'activation comportementale implique une notion d'équilibre. Les différents aspects de la vie doivent être harmonisés avec le quotidien pour maintenir une routine satisfaisante, sans être débordé. Il est donc essentiel de consacrer du temps à des activités qui procurent suffisamment de ressourcement pour assurer le bien-être. Ce modèle permettrait d'évaluer comment ces jeunes répartissent leur temps entre différentes activités quotidiennes et leur satisfaction par rapport à cette répartition. Bien qu'il n'y ait pas d'études démontrant son efficacité chez un public adolescent, et que certains items ciblent davantage un public adulte, cela reste une piste à explorer (Larivière & Levasseur, 2016).

Dans le MOH, un outil pertinent sur l'engagement, mentionné dans le traité de réhabilitation psychosociale se nommant l'OSA (Samson et al., 2011), existe également en version pédiatrique, le COSA (Child Occupational Self-Assessment). Il pourrait être particulièrement utile pour les jeunes souffrant de refus scolaire anxieux. Cet outil permet aux jeunes d'évaluer eux-mêmes leur performance et leur satisfaction dans diverses activités de la vie quotidienne (Kramer et al., 2021). Les adolescents souffrant de RSA rencontrent souvent des difficultés à exprimer leurs émotions, un phénomène connu sous le terme d'alphabétisation émotionnelle (Li et al., 2023). Ce problème a été fréquemment évoqué lors des entretiens, soulignant que ces jeunes ne parviennent pas à identifier leurs difficultés. Le

COSA offre un moyen structuré et accessible pour ces adolescents de communiquer leurs sentiments et leurs besoins sans nécessiter une verbalisation directe de leurs émotions. En identifiant les activités dans lesquelles ils se sentent compétents et satisfaits, les ergothérapeutes peuvent mieux comprendre les domaines nécessitant une intervention et aider à développer des stratégies pour améliorer leur engagement scolaire et quotidien.

À l'exception du MCREO, aucun outil ergothérapeutique n'a été exploré pour le moment en lien avec l'activation comportementale, malgré le fait que la réhabilitation psychosociale a mis en avant la pertinence de nombreux outils issus du MOH. Cela pourrait donc constituer une piste intéressante à explorer.

Au cours de mes entretiens, une ergothérapeute a mis en avant sa participation, à son échelle, à la TCC instaurée par la psychologue de son établissement. Cette collaboration illustre la complémentarité des pratiques qui pourraient être intégrées dans l'activation comportementale, une forme de TCC. Selon Denis et al., il existe déjà des TCC spécifiques pour traiter les différentes anxiétés liées à ce trouble (Denis et al., 2018). Cela suggère que l'activation comportementale reste à explorer davantage, d'autant plus qu'il s'agit d'une formation accessible à tous les professionnels de santé, ce qui faciliterait l'adoption de cette thérapie (Dondé et al., 2018).

Il serait pertinent de savoir s'il est possible de créer une intervention type basée sur l'activation comportementale, adaptée aux jeunes atteints de refus scolaire anxieux et alignée avec les principes de l'ergothérapie.

Conclusion

Le refus scolaire anxieux est considéré comme une urgence thérapeutique, il peut engendrer des complications si la prise en soin est retardée. Actuellement, la durée moyenne d'une prise en soin adaptée est de 2 à 5 ans, ce qui est extrêmement long. Ce mémoire d'initiation à la recherche avait pour objectif de faire un état des lieux des pratiques des ergothérapeutes basée sur l'activation comportementale, afin de promouvoir l'engagement occupationnel des jeunes atteints de RSA.

La recension des écrits a mis en lumière les difficultés rencontrées par ces jeunes au quotidien. En effet, ils sont confrontés à des difficultés d'apprentissage, d'anxiété sociale, et de dépression. Ce dernier facteur étant particulièrement récurrent dans la littérature, je me suis intéressée à un programme permettant de stimuler l'engagement des personnes dépressives. N'ayant trouvé aucune littérature faisant le lien entre l'ergothérapie et le refus scolaire anxieux, ce concept a fait à l'écho la pratique des ergothérapeutes. C'est pourquoi j'ai décidé de me pencher sur l'activation comportementale afin de l'adapter à la pratique des ergothérapeutes et au refus scolaire anxieux.

L'activation comportementale pourrait probablement renforcer la démarche des ergothérapeutes auprès d'une population atteinte de refus scolaire anxieux, qui reste pour le moment informelle en raison du peu de documentation sur le sujet. Cette approche permettrait d'agir sur les symptômes et conséquences dépressives qui entravent l'engagement occupationnel du jeune dans son quotidien. Elle réintroduirait également des activités signifiantes, stimulant ainsi leur engagement dans des activités perçues comme compliquées, notamment dans la peur de se rendre à l'école.

Explorer de nouvelles perspectives serait intéressant, en utilisant divers outils ergothérapeutiques, notamment ceux issus du modèle de l'occupation humaine, pour enrichir cette approche et permettre aux ergothérapeutes de mieux s'approprier cette méthode.

Bibliographie

- Baranger, É. (2012). La phobie scolaire, définition et symptomatologie. *Soins Pédiatrie/Puériculture*, 33(267), 14-17. <https://doi.org/10.1016/j.spp.2012.05.001>
- Blagg, N. R., & Yule, W. (1984). The behavioural treatment of school refusal—A comparative study. *Behaviour Research and Therapy*, 22(2), 119-127. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(84\)90100-1](https://doi.org/10.1016/0005-7967(84)90100-1)
- Bon, L. (2018). Réhabilitation psychosociale : Outils thérapeutiques et offre de soin. *PSN*, 16(1), 7-16. <https://doi.org/10.3917/psn.161.0007>
- Brick, R., Lyons, K. D., Rodakowski, J., & Skidmore, E. (2020). A Need to Activate Lasting Engagement. *The American Journal of Occupational Therapy*, 74(5), 7405347010p1. <https://doi.org/10.5014/ajot.2020.039339>
- Caron, E. (2018). *Traitement du refus scolaire anxieux à l'adolescence : Évaluation d'un programme de thérapie cognitive et comportementale en hospitalisation de jour*. 85.
- Criquillon-Ruiz, J., Soum-Pouyalet, F., & Tétreault, S. (2023). *L'évaluation en ergothérapie*. De Boeck supérieur.
- Denis, H. (2005). Le refus scolaire anxieux. Prise en charge par une équipe multidisciplinaire. *Enfances & Psy*, 28(3), 98-106. <https://doi.org/10.3917/ep.028.0098>
- Denis, H., Fendeleur, S., Girod, C., Conejero, I., Bouvard, M., & Baghdadli, A. (2018). Refus scolaire anxieux : Efficacité d'un programme de TCC en hospitalisation de jour. <https://doi.org/10.1016/j.jtcc.2018.06.005>. <https://doi.org/10.1016/j.jtcc.2018.06.005>
- Dondé, C., Moirand, R., & Carre, A. (2018). L'activation comportementale : Un outil simple et efficace dans le traitement de la dépression. //www.em-

[premium.com/data/revues/00137006/v44i1/S0013700617300672/](https://www.em-premium.com/data/revues/00137006/v44i1/S0013700617300672/).

<https://doi.org/10.1016/j.encep.2017.02.006>

Egan, M., & Restall, G. (Éds.). (2022). *Promoting occupational participation : Collaborative relationship-focused occupational therapy ; 10th Canadian Occupational Therapy Guidelines ; guidelines for Occupational Therapy in Canada ; written for the Canadian Association of Occupational Therapists ; co-editors Mary Egan (PhD, OT Reg. (Ont.), FCAOT), Gayle Restall (PhD, O.T. Reg. (MB))*. Canadian Association of Occupational Therapists.

Franck, N. (Éd.). (2018). *Traité de réhabilitation psychosociale*. Elsevier Masson.

Gallé-Tessonneau, M., & Dahéron, L. (2020). « Je ne veux pas aller à l'école » : Perspectives actuelles sur le repérage du refus scolaire anxieux et présentation de la School REfusal Evaluation (SCREEN). [//www.em-premium.com/data/revues/02229617/v68i6/S0222961720301252/](https://www.em-premium.com/data/revues/02229617/v68i6/S0222961720301252/).

<https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2020.06.002>

Guivarch, J., Poinso, F., & Gignoux-Froment, F. (2018). Malaise à l'école. *L'information psychiatrique*, 94(8), 681-688. <https://doi.org/10.1684/ipe.2018.1862>

HAS. (s. d.). *Manifestations dépressives à l'adolescence : Repérage, diagnostic et prise en charge en soins de premier recours*. Haute Autorité de Santé. Consulté 15 janvier 2024, à l'adresse https://www.has-sante.fr/jcms/c_1782013/fr/manifestations-depressives-a-l-adolescence-reperage-diagnostic-et-prise-en-charge-en-soins-de-premier-recours

Jacobson, N. S., Martell, C. R., & Dimidjian, S. (2001). Behavioral activation treatment for depression : Returning to contextual roots. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 8(3), 255-270. <https://doi.org/10.1093/clipsy.8.3.255>

- Kanter, J. W., Puspitasari, A. J., Santos, M. M., & Nagy, G. A. (2012). Behavioural activation : History, evidence and promise. *The British Journal of Psychiatry*, 200(5), 361-363. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.111.103390>
- Klinedinst, T. C., Ciro, C. A., & Kendzor, D. E. (2023). A pilot, randomized, feasibility study to improve health self-management behaviors in older adults with multiple chronic conditions and functional limitations : Protocol for the Behavioral Activation and Occupational Therapy Trial (BA+OT). *Journal of Multimorbidity and Comorbidity*, 13, 26335565231163037. <https://doi.org/10.1177/26335565231163037>
- Kramer, J., Velden, M. ten, Kafkes, A., Basu, S., Federico, J., & Kielhofner, G. (2021). *COSA - Child Occupational Self Assessment Manual : Version 2.2* (M. Reis, M. Schuster, & I. Wiesner, Trad.; 1. Auflage). Schulz-Kirchner.
- Larivière, N., & Levasseur, M. (2016). Traduction et validation du questionnaire ergothérapeutique l'Inventaire de l'équilibre de vie : Translation and validation of the Life Balance Inventory: An occupational therapy questionnaire. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 83(2), 103-114. <https://doi.org/10.1177/0008417416632260>
- Li, A., Yang, D. D., Beauquesne, A., Moro, M. R., Falissard, B., & Benoit, L. (2023). Somatic symptoms in school refusal : A qualitative study among children, adolescents, and their parents during the COVID-19 pandemic. *European Child & Adolescent Psychiatry*. <https://doi.org/10.1007/s00787-023-02313-6>
- Morel-Bracq, M.-C. (2017). *Les modèles conceptuels en ergothérapie : Introduction aux concepts fondamentaux* (2e éd). Deboeck supérieur.
- Nader, A.-M., Rollin, F., Briand, C., Hébert, L., Petitclerc, L., & Vallée, C. (2009). *L'ergothérapie au sein des services de santé mentale en première ligne*.

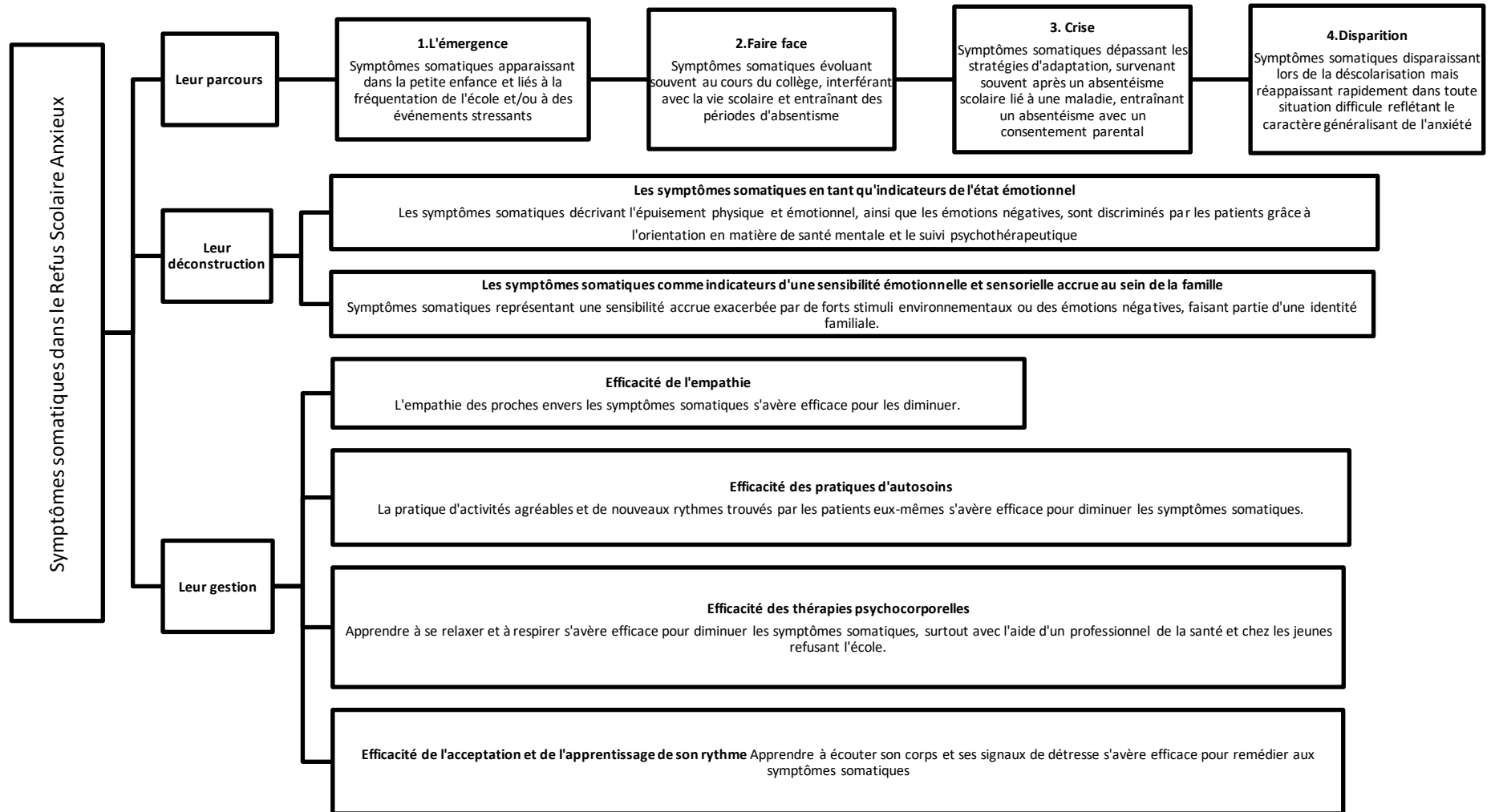
- OMS. (2023, mars 31). *Principaux repères sur la dépression*. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- OMS, HWC, & CPHA. (1986). *OTTAWA CHARTER FOR HEALTH PROMOTION*.
- Parkinson, S., Forsyth, K., Kielhofner, G., & Mignet, G. (2017). *MOHOST : Outil d'évaluation de la participation occupationnelle*. ANFE, Association nationale française des ergothérapeutes De Boeck supérieur.
- Polatajko, H. J., Cantin, N., & Townsend, E. (2013). *Habiliter à l'occupation : Faire avancer la perspective ergothérapique de la santé, du bien-être et de la justice par l'occupation* (Deuxième édition). CAOT Publications ACE.
- Pouplin, S., Chaillot, F., & Chavoix, C. (2019). Réglementation encadrant les recherches en ergothérapie en France : La loi Jardé et son évolution. *Ergothérapies*, 72, 61.
- Quérue, N., & Baveux, C. (2018). Phobie scolaire : Renouer avec le plaisir d'apprendre passe par une estime de soi retrouvée. *La santé en action*, 443, 4-5.
- Sakimoto, M., Kawaguchi, T., & Watanabe, A. (2019). Effect of Combining the Canadian Occupational Performance Measure with Cognitive Behavioral Therapy to Enable Occupation in a Client with Depression : A Case Study in Home-Visiting Support. *Asian Journal of Occupational Therapy*, 15(1), 93-96. <https://doi.org/10.11596/asiajot.15.93>
- Samson, E., Leclerc, L., Charles, N., Emard, R., Gilbert, M., Guérette, F., Harvey, D., Morin, M.-H., & Steve, P. (2011). Les outils de réadaptation psychosociale. *Le partenaire*, 20(3).
- Sibeoni, J., Orri, M., Campredon, S., & Revah-Levy, A. (2017). L'efficacité des soins perçue chez des adolescents présentant un refus scolaire anxieux. [//www.em-premium.com/data/revues/12594792/v38i295/S1259479217300111/](http://www.em-premium.com/data/revues/12594792/v38i295/S1259479217300111/).
<https://doi.org/10.1016/j.spp.2017.01.011>

- Soucy Chartier, I., Blanchet, V., & Provencher, M. (2013). Activation comportementale et dépression : Une approche de traitement contextuelle. *Santé mentale au Québec*, 38(2), 175-194. <https://doi.org/10.7202/1023995ar>
- Sudak, D. M. (2012). Cognitive Behavioral Therapy for Depression. *//www.em-premium.com/data/revues/0193953X/v35i1/S0193953X11001067/*.
<https://doi.org/10.1016/j.psc.2011.10.001>
- Tétreault, S., & Guillez, P. (2014). *Guide pratique de recherche en réadaptation*. De Boeck-Solal.
- Vaillant, C. (2009). Vaincre la phobie scolaire. *//www.em-premium.com/data/revues/17662389/00040030/23/*. <https://www.em-premium.com/article/214495/resultatrecherche/2>
- Wagman, P., Hjärthag, F., Håkansson, C., Hedin, K., & Gunnarsson, A. B. (2021). Factors associated with higher occupational balance in people with anxiety and/or depression who require occupational therapy treatment. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 28(6), 426-432. <https://doi.org/10.1080/11038128.2019.1693626>

Liste des annexes

Annexe 1 : Traduction personnelle du tableau des symptômes somatiques du RSA (Li et al., 2023)	I
Annexe 2 : Grille d'entretien phase 1	II
Annexe 3 : Grille d'entretien phase 2.....	VII
Annexe 4 : Retranscription intégrale de l'entretien avec le psychologue P1 ..	XIII
Annexe 5 : Eléments de réponse des ergothérapeutes	XX
Annexe 6 : Eléments de réponse des psychologues.....	XXVII
Annexe 7 : Analyse de la phase 1 par verbatim	XXXII
Annexe 8 : Analyse de la phase 2 par verbatim	XXXVI
Annexe 9 : Formulaire de consentement des participants.....	XXXIX

Annexe 1 : Traduction personnelle du tableau des symptômes somatiques du RSA (Li et al., 2023)



Annexe 2 : Grille d'entretien phase 1

Introduction

Bonjour, je m'appelle Léann, une étudiante en 3ème année d'ergothérapie à l'IFE de Laval en Mayenne. Dans le cadre de mon mémoire d'initiation à la recherche sur l'efficacité de l'activation comportementale auprès d'enfants et adolescents atteints de refus scolaire anxieux (phobie scolaire). J'aimerais échanger avec vous sur l'accompagnement que vous proposez auprès des enfants atteints de refus scolaire anxieux.

L'objectif de notre discussion est de confronter la théorie à la pratique en réalisant un état des lieux de cette approche en ergothérapie. Notre entretien durera environ 45 minutes.

Je tiens à vous assurer que toutes les données collectées seront anonymes et utilisées uniquement dans le cadre de mon mémoire. Vous avez le droit de mettre fin à l'entretien à tout moment si vous le souhaitez.

Serait-il possible pour vous d'autoriser l'enregistrement de notre conversation ? Avez-vous des questions ou des clarifications à faire avant de commencer ? Je vous remercie sincèrement pour votre disponibilité.

Critères d'inclusion :

- Travailler auprès d'enfants et adolescents atteints de refus scolaire anxieux
- Utiliser des outils dans la démarche d'évaluation auprès d'un public atteints de RSA
- Avoir au moins 1 an de pratique avec ce public

Avez-vous autre chose à ajouter concernant cette thématique ?

Je vous remercie pour cet entretien et pour le temps que vous m'avez accordé.

Thèmes	Questions	Relance(s)	Liens avec le cadre conceptuel
Présentation	Pouvez-vous vous présenter ?	<p>En quelle année avez-vous été diplômé ?</p> <p>Quel est votre parcours professionnel ?</p> <p>Depuis combien de temps accompagnez-vous les enfants atteints de RSA ?</p> <p>Dans quelle structure intervenez-vous ?</p>	Connaitre le parcours professionnel de la personne et son cadre de travail
Thème 1 : Accompagnement de l'adolescent et enfant atteint de refus scolaire anxieux	<p>Comment accompagnez-vous les jeunes atteints de refus scolaire anxieux ?</p> <p>Par quels autres professionnels de santé sont-ils suivis ?</p>	<p>Quelle approche « type » utilisez-vous pour accompagner ce public ?</p> <p>Collaborez-vous avec d'autres professionnels de santé ?</p>	<p>Les différentes évaluations pour détecter le RSA participe à l'amélioration du repérage tout en s'appuyant sur un consensus scientifique pour garantir une approche valide tout en intégrant les formations des professionnels de terrain.</p> <p>L'activation comportementale peut être dispensé par tout</p>

	<p>Quel type de plainte occupationnelle rencontrez-vous avec ces jeunes ?</p> <p>Quels sont les objectifs de votre accompagnement ?</p>	<p>Quelles difficultés rencontre-t-il au quotidien ?</p> <p>Comment les objectifs que vous fixez dans votre accompagnement sont-ils adaptés aux besoins spécifiques des jeunes ?</p>	<p>professionnels de santé mentale et donc permettre un langage commun entre les différents corps de métier</p> <p>Les enfants et ados atteints de RSA peuvent être atteints de dépression, troubles du comportement et phobie sociale. Ces signes entraînent l'évitement du contact des personnes touchées avec leur pairs, des attaques de panique ou un état d'agitation</p> <p>Les principaux objectifs de la prise en charge thérapeutique sont la réintégration à temps plein à l'école, la réduction de la détresse émotionnelle, et la prévention des troubles psychiatriques ainsi que du déclin du fonctionnement</p>
--	---	--	---

			social et académique.
Thème 2 : Intervention ergothérapeutique	Par quel moyen évaluez-vous ces jeunes ?	Quels outils utilisez-vous ?	La SCREEN (SChool REfusal Evaluation), un outil évaluatif facilitant la détection du refus scolaire anxieux et permettant de mesurer son évolution Cet outil peut servir de base pour TCC afin de faciliter la médiation et l'alliance thérapeutique entre les parents et l'enfant
	Comment parvenez-vous à atteindre le processus de rétablissement ?	Quels facteurs vous permette d'identifier lorsque l'enfant est rétabli de son RSA ?	Le processus de rétablissement se fait par diverses étapes à travers les dimensions clinique, existentielle, fonctionnelle, physique et sociale. En premier, le moratoire, en deuxième, on a la conscience, en troisième, il y a la préparation, en quatrième c'est la

	Comment intégrez-vous la réhabilitation psychosociale dans votre pratique ?	Utilisez-vous des outils de réhabilitation psychosociale tel que ELADEB, l'AERES ou de la TCC ?	reconstruction, et enfin, la croissance. Dans la réhabilitation psychosociale, plusieurs outils sont utilisés selon le MOH, dont l'OSA, l'OCAIRS, l'OPHI-II, mais aussi venant MCREO, avec le MCRO
Thème 3 : L'engagement occupationnel	Comment l'engagement occupationnel contribue à l'efficacité de vos interventions ? Comment évaluez-vous la motivation des jeunes pendant les séances ?	Si on ne connaît pas la notion d'engagement occupationnel : L'engagement occupationnel représente l'action de s'investir dans une occupation en vue d'améliorer le bien-être et de renforcer le sentiment d'appartenance Quels sont les critères permettant d'identifier la motivation du jeune dans le rétablissement de son refus scolaire anxieux ?	On retrouve l'engagement occupationnel dans le MCREO, qui est un modèle courant utilisé par les ergothérapeutes. Cette notion est à prendre en compte avec les dimensions de la personne, de l'occupation et de l'environnement. Le MCPO (nouveau modèle remplaçant le MCREO) offre une compréhension approfondie des motivations et de l'autodétermination chez l'individu

Annexe 3 : Grille d'entretien phase 2

Introduction

Bonjour, je m'appelle Léann, étudiante en 3ème année d'ergothérapie à l'IFE de Laval en Mayenne. Dans le cadre de mon mémoire d'initiation à la recherche sur l'efficacité de l'activation comportementale auprès d'enfants et adolescents atteints de refus scolaire anxieux (phobie scolaire) j'aimerais échanger avec vous sur l'utilisation de l'activation comportementale dans votre pratique.

L'objectif de notre discussion est de confronter la théorie à la pratique en réalisant un état des lieux de cette approche. Notre entretien durera environ 45 minutes.

Je tiens à vous assurer que toutes les données collectées seront anonymes et utilisées uniquement dans le cadre de mon mémoire. Vous avez le droit de mettre fin à l'entretien à tout moment si vous le souhaitez.

Serait-il possible pour vous d'autoriser l'enregistrement de notre conversation ?

Avez-vous des questions ou des clarifications à faire avant de commencer ?

Je vous remercie sincèrement pour votre disponibilité.

Critères d'inclusion :

- Être formé à l'activation comportementale
- Utiliser dans sa pratique l'activation comportementale
- Avoir au moins 1 an de pratique

Thèmes	Questions	Relance(s)	Liens avec le cadre conceptuel
Présentation	<p>Pouvez-vous vous présenter ?</p> <p>Dans quel type de structure travaillez-vous et avec quel public ?</p>	<p>En quelle année avez-vous été diplômé ?</p> <p>Quel est votre parcours professionnel ?</p> <p>Depuis combien de temps pratiquez-vous l'activation comportementale ?</p>	<p>Connaitre le parcours professionnel de la personne et son cadre de travail</p>
<p>Thème 1 :</p> <p>L'utilisation de l'activation comportementale</p>	<p>Qu'est-ce que l'activation comportementale vous a apporté dans votre pratique ?</p> <p>Avec quel public pouvez-vous mettre</p>	<p>En quoi l'activation comportementale a-t-elle amélioré votre capacité à traiter ou à aborder certains défis ou problématiques rencontrés dans votre pratique quotidienne ?</p> <p>Après de quelles populations ou des</p>	<p>Cette approche vise à réengager le patient dans des activités ressourçantes et à réinvestir son quotidien, avec l'élaboration d'un plan individualisé fixant des objectifs hiérarchisés pour augmenter progressivement les difficultés et éviter l'évitement d'activités spécifiques</p> <p>Les individus dépressifs ont</p>

	<p>en application l'activation comportementale ?</p> <p>Comment choisissez-vous les patients ou clients pour lesquels vous appliquez l'activation comportementale ?</p>	<p>contextes spécifiques trouvez- vous que l'activation comportementale est particulièrement adaptée ou bénéfique ? Pourriez-vous expliquer pourquoi ?</p> <p>Quels critères spécifiques prenez- vous en considération lorsque vous prenez un nouveau patient ou client ?</p>	<p>tendance à s'engager dans des activités délétères et peu gratifiantes. Une diminution persistante de ces renforcements positifs peut conduire à l'extinction de comportements adaptatifs, intensifiant ainsi les symptômes dépressifs</p>
<p>Thème 2 : La pertinence de l'activation comportementale dans une autre pratique</p>	<p>Avec quels professionnels travaillez-vous dans le cadre de l'activation comportementale ?</p> <p>Dans quel domaine de votre pratique trouvez-vous que l'activation comportementale est moins efficace ou moins adaptée ?</p>	<p>Dans quelle mesure collaborez-vous avec d'autres professionnels ?</p> <p>Identifiez-vous des limites à l'utilisation de l'activation comportementale ?</p>	<p>L'activation comportementale a fait l'objet de nombreuses évaluations empiriques, démontrant ainsi son</p>

	<p>Que pensez-vous de l'utilisation de cet outil en ergothérapie ?</p>	<p>Explication de l'ergothérapie si ne sait pas : L'ergothérapeute est un professionnel de santé, exerçant dans les champs sanitaires, médico-social et social. Collaborant avec de nombreux professionnels, il est un intervenant incontournable dans le processus d'adaptation, de réadaptation et d'intégration sociale des personnes. Spécialiste du rapport entre l'activité et la santé, il mène des actions d'une part pour prévenir et modifier les activités délétères pour la santé, et d'autre part pour assurer l'accès des individus aux occupations qu'ils veulent ou doivent</p>	<p>efficacité dans divers contextes, notamment auprès de personnes en situation de précarité, de dépression, d'anxiété, de troubles de l'alimentation, de troubles du sommeil, de troubles du stress post-traumatique et de phobies</p> <p>La formation peut être dispensée par tout professionnel de la santé mentale ayant reçu une formation sur ses principes fondamentaux, tout en offrant une efficacité similaire à celle des TCC</p> <p>Les ergothérapeutes sont des professionnels de la santé qualifiés pour aider les enfants scolarisés souffrant d'anxiété ou de dépression, la WFOT définit leur rôle comme</p>
--	--	--	---

		faire et rendre possible leur accomplissement de façon sécurisée, autonome, indépendante et efficace.	permettant aux individus de participer aux activités quotidiennes qu'ils souhaitent ou doivent accomplir, améliorant ainsi leur santé, leur bien-être et leur qualité de vie
Thème 3 : état des connaissances sur le RSA	Connaissez-le-vous le RSA ?	Que savez-vous de la phobie scolaire ? Avez-vous déjà eu à faire à ce type de public ?	Ce trouble touche 1 à 5% des enfants et adolescents et est associé à des conséquences graves telles que la dépression, les troubles du comportement et la phobie sociale. Il se déroule en trois phases qui affectent l'autonomie et l'apprentissage. Un retard dans la prise

	<p>Selon vous est-ce que l'activation comportementale pourrait être bénéfique auprès de cette population ?</p>	<p>Estimez-vous que l'activation comportementale pourrait être bénéfique pour les enfants souffrant de refus scolaire anxieux ?</p>	<p>en charge peut compliquer le traitement, qui peut prendre de 2 à 5 ans pour être efficace.</p> <p>L'activation comportementale a démontré son efficacité pour traiter la dépression, qui se trouve être un symptôme fréquent dans le cadre du RSA, elle agit sur la participation aux activités plaisantes, la fixation d'objectifs, la restructuration cognitive et l'exploration des croyances</p>
--	--	---	---

Avez-vous autre chose à ajouter concernant cette thématique ?

Je vous remercie pour cet entretien et pour le temps que vous m'avez accordé.

Annexe 4 : Retranscription intégrale de l'entretien avec le psychologue P1

Léann : Est-ce que vous pouvez vous présenter ?

P1 : Oui, donc moi je m'appelle X, je suis psychologue clinicienne et psychothérapeute en Belgique donc je travaille essentiellement avec des adultes et, des adultes qui souffrent de dépression, d'anxiété, de différentes pathologies. D'ailleurs, c'est assez général et depuis peu, je me forme à la prise en charge des troubles du sommeil. Alors, mon expertise en activation comportementale vient du fait que j'ai fait une thèse avec Z sur le thème de l'activation comportementale justement, donc pour prendre en charge la dépression. L'idée, c'était vraiment de pouvoir questionner comment améliorer l'efficacité de ce traitement qui fonctionne déjà bien, mais peut-être pas forcément chez tout le monde, pas forcément chez toutes les conséquences de la vie d'une personne qu'on aimerait améliorer. Donc voilà, l'idée c'était un peu creuser différents aspects pour améliorer l'efficacité de ce traitement par activation comportementale, donc voilà où se situe un peu mon expérience aujourd'hui.

Léann : D'accord. Quel est votre parcours professionnel ?

P1 : Oui, alors moi je me suis formée à la neuropsychologie tout d'abord, donc j'ai fait un master spécialisé en neuropsychologie et j'ai travaillé donc plutôt avec des personnes âgées au départ et des adultes à nouveau. Donc vraiment mon expertise en neuropsychologie, c'était plutôt de faire du diagnostic de démence, et là il n'y avait pas vraiment de prise en charge malheureusement, c'était un aspect un peu frustrant. Alors, dans un deuxième temps, j'ai travaillé dans un centre de neurologie, où là on prenait, on faisait du bilan et de la prise en charge de personnes avec des traumatismes crâniens et diverses pathologies neurologiques. Cela étant, j'ai travaillé plutôt en tant que psychologue clinicienne, d'orientation TCC donc des thérapies cognitives et comportementales, donc justement avec l'équipe de Z, donc là j'étais assistante. J'avais à la fois un versant éducatif, enseignement, donc encadré des projets de recherche, donné quelques cours donc sur la thématique des TCC, un versant recherche sur le projet dont j'ai parlé un peu au préalable, donc l'activation comportementale, et une pratique clinique alors, avec des consultations individuelles adultes à la clinique où je travaille. C'est une clinique où il n'y a que des indépendants qui travaillent et qui font des consultations individuelles. Et après, j'ai remplacé une collègue en congé maternité où là j'animais essentiellement des groupes thérapeutiques à destination d'étudiants en souffrance psychologique et des membres du personnel de haute école, d'université, de toute la province, de Liège et du Luxembourg en Belgique. Donc là, c'était vraiment des groupes thérapeutiques qu'on animait sur différents thèmes donc la gestion du stress, la gestion des émotions, l'estime de soi. Et récemment alors, j'ai plutôt animé des groupes sur la gestion du sommeil, voilà.

Donc aujourd'hui actuellement, je travaille sur un projet de recherche à nouveau, qui lie plutôt les troubles du sommeil et les troubles dépressifs. Donc toujours dans cette logique d'essayer de mieux comprendre sur quoi les traitements fonctionnent, comment ça marche. J'ai donc des consultations individuelles et de groupe comme psychologue de première ligne, toujours à Liège, dans cette petite clinique où je travaille. Voilà un peu mon parcours.

Léann : En quelle année vous avez été diplômée ?

P1 : Je pense que je suis sortie de ma formation en psychologie en 2014.

Léann : Et ça fait combien de temps que vous pratiquez l'activation comportementale ?

P1 : Alors, l'activation comportementale ça date plutôt de mon boulot en tant qu'assistante, donc c'était au début de ma thèse, c'était il y a 7-8 ans donc en 2018-2017.

Léann : Qu'est-ce que l'activation comportementale vous a apporté dans votre pratique ?

P1 : Alors l'activation comportementale, pour moi, cela a été assez éclairant de pouvoir partir de ce programme assez concret avec des personnes qui souffraient de dépression. Donc ça m'a apporté vraiment une espèce de, c'est très personnel mais une espèce d'assurance, de se sentir plus outillée face à la dépression, parce que donc, ce que je connaissais c'était donc des interventions plutôt cognitives. Donc je trouvais que ce travail était souvent compliqué, et donc ça m'a vraiment apporté une espèce de compréhension plus comportementale, et alors ça m'a vraiment outillée donc pour pouvoir créer du lien avec la personne. Donc pour moi c'est vraiment une intervention qui permettait vraiment de créer du lien avec la personne, de l'éclairer face à cette difficulté, et puis de se sentir avancé avec des outils concrets donc ça m'a mise plus confortable dans la relation. J'ai pu créer du lien avec la personne déjà et je voyais plus clair, en effet, sur ce que je pouvais un peu mettre en place dans le cas du suivi de personnes qui souffraient de grande dépression.

Léann : Avec quel public pouvez-vous mettre en place l'activation comportementale exactement ?

P1 : Oui, alors en fait, essentiellement, c'est vrai, de dépression, ça c'est vraiment que c'est souvent la règle, alors ce n'est pas systématique. Je fais quand même une évaluation pour voir si ce programme pourrait leur bénéficier, mais je peux aussi le mettre en place chez des personnes qui ont une perte de sens, ça peut m'arriver, donc des gens qui ne sont peut-être pas forcément extrêmement déprimés mais qui, voilà, ne savent pas vraiment vers où ils marchent, vers où ils vont. Donc ils se questionnent par rapport au sens de leur vie

actuellement, ils cherchent des activités stimulantes, motivantes, voilà ce sont des personnes qui sont pensionnés depuis peu, voilà des gens qui ont de jeunes enfants qui grandissent et qui se rendent compte qu'ils ont du temps pour eux de plus en plus mais ils manquent d'activités qui ont du sens. Donc là aussi ce sont des choses alors, on ne prend peut-être pas l'entièreté du programme dans ces cas-là, mais voilà, tout l'aspect planification, réflexion, des activités qui ont du sens, qui sont renforçantes, ça c'est quelque chose que j'utilise aussi dans ces cas-là. Alors pour les troubles du sommeil, pas tellement, donc c'est vraiment ici la logique du projet de recherche c'est vraiment le constat que quand on est insomniaque, quand on dort très peu de manière chronique, on présente souvent un symptôme de dépression qui peut être plus ou moins intense, et souvent très souvent, il peut être important de considérer tout ça, de la dépression, de la prendre en charge et vice-versa, quand on travaille la dépression, c'est de ne pas oublier, qu'à côté il y a très souvent des problèmes de sommeil, et que il ne faut pas oublier de les prendre en charge, c'est deux versants complémentaires, mais qui ne se substituent pas donc c'est pas la règle que j'utilise de l'activation comportementale quand il y a des troubles du sommeil, mais ça peut.

Léann : Comment choisissez-vous les patients ou les clients pour lesquels vous appliquez l'activation comportementale ?

P1 : Alors ça part vraiment d'un bilan donc l'idée c'est toujours de faire le point sur la demande, sur leurs difficultés psychologiques et souvent quand il y a des problèmes, en effet d'inactivité, donc de manque de renforcement positif, là tout de suite, mon détecteur s'allume un petit peu, je me dis oula il faudrait peut-être ajouté des renforcements positifs, donc voilà, des gens qui sont dans une certaine forme d'inactivité, ou alors des gens qui sont suractivés mais dans un domaine particulier, donc quand il n'y a pas d'équilibre, parfois il est possible que il y ait une suractivation dans un domaine précis, et que la personne dise que ça ne lui convient plus, on sent qu'au niveau de son humeur, il y a une dégradation, et donc là on se dit que certainement, il faudrait amené un équilibre, peut-être moins d'activation dans ce domaine-là en particulier, mais mettre ses œufs dans des paniers un peu différents, activé d'autres secteurs renforçant, donc du plaisir, souvent ça peut être négligé, donc c'est vraiment un bilan, un constat de quelques séances avec la personne, donc voilà, l'inactivité, ou alors un déséquilibre, dans peut-être les activités qu'elle investit, parce que quand on investit toute son énergie dans un seul domaine, quand ça s'écroule, c'est plus compliqué, ça peut aussi attiré mon attention quand j'ai une personne qui va mettre en place beaucoup d'évitement, des évitements, plutôt comportementaux et ou cognitifs donc des personnes qui ruminent beaucoup ou qui sont tout le temps en train effectivement de se suractiver pour ne pas penser, ou voilà, on se dit aussi, ah voilà il y a des évitements, et belle porte d'entrée pour arriver à les identifier et les modifier,

c'est aussi vers quoi l'activation comportementale. Donc en tout cas, ça part vraiment d'un bilan, il faut quand même qu'il y ait un peu les symptômes dépressifs, des conséquences dans leur vie, et alors des processus un peu psychologiques qui sont travaillés dans l'activation comportementale, donc soit t'as un manque d'activation, avec un manque d'activité renforçant, soit t'as un déséquilibre et t'en as trop, et qu'il y a moyen de mettre d'autres types de renforcement, ou alors des évitements comportementaux, c'est très souvent un mélange de tout ça. Mais donc voilà, ça part souvent d'une évaluation pour voir si la personne va pouvoir bénéficier de ce traitement ou pas.

Léann : Travaillez-vous avec d'autres professionnels dans le cadre de l'activation comportementale ou dans votre pratique ?

P1 : Est-ce que je travaille en collaboration quand je le mets en place avec un patient ?

Léann : Oui tout à fait.

P1 : Alors, pas forcément, mais la question se pose parfois. Donc déjà, au-delà du fait d'inclure d'autres professionnels, j'inclus très souvent, fin j'essaie d'inclure très souvent les ressources de la personne, les ressources sociales de la personne, donc son entourage, voilà toute personne qui pourra l'aider évidemment, à mettre en place ce qu'on va mettre en place, ça va être un bon support. Je réfléchis si ça m'a déjà arrivé, peut-être, d'être en contact avec le médecin traitant ou le psychiatre, quand la personne est sous traitement médicamenteux. Mais je ne dirais pas forcément, notre prise de contact elle vient du fait qu'on s'assure qu'on a des missions bien complémentaires, qu'on s'assure de pouvoir communiquer les bonnes infos quand le patient ne fait pas le lien. Donc du coup pas tellement, on travaille très peu avec d'autres professionnels, oui alors, moi j'ai la particularité de faire des suivis en ambulatoire, les personnes viennent en consultation donc c'est vrai qu'on n'est pas dans un hôpital, voilà j'ai d'autres collègues qui le font dans des équipes pluridisciplinaires dans des hôpitaux, dans des centres de jour ou peu importe. Mais du coup-là, j'imagine que c'est tout autre chose, qu'on pourrait tout à fait impliquer les différents professionnels pour leur expliquer la logique des choses, favoriser la compréhension du traitement.

Léann : Dans quel domaine de votre pratique trouvez-vous que l'activation comportementale est moins efficace ou moins adaptée ?

P1 : Vous entendez par quoi ?

Léann : Des limites à l'activation comportementale

P1 : C'est une bonne question. J'ai un peu du mal à répondre à la question. Bon c'est vrai que parfois ça peut être très très très compliqué d'activer la personne qui est toute seule chez elle, parfois par manque de support social justement, donc le fait d'être fort isolé, peut-être une

limite, et en même temps, c'est une limite qu'on va essayer de justement, contrecarrer, puisqu'on va essayer de reconnecter la personne à des renforcements plus sociaux qui sont extrêmement importants pour nous les êtres humains. Donc c'est vrai, des obstacles, des difficultés, il peut y en avoir un certain nombre, mais j'ai l'impression, c'est toujours des choses justement qu'on va essayer de combler, donc va peut-être pas commencer par-là, mais en tout cas, à un moment donné, on va s'y intéresser, donc on va commencer par des choses extrêmement, des choses plus faciles, même si parfois le plus facile s'avère très compliqué, donc voilà des choses faciles, pour progressivement amener à combler ces freins et ces limites. Je ne sais pas, j'ai l'impression que c'est souvent quelque chose qu'on peut en tout cas quand ce sont des limites internes alors ou alors lié au contexte de la personne, c'est des choses qu'on va essayer de travailler avec l'outil de l'activation comportementale. Je n'en vois pas comme ça, mais peut-être que ça va me venir.

Léann : On pourra revenir dessus plus tard si besoin.

Que pensez-vous de l'utilisation de cet outil en ergothérapie ? Est-ce que vous connaissez l'ergothérapie ?

P1 : Alors oui, dans ce fameux centre neurologique où j'ai travaillé, en diagnostic de démence que je faisais aussi à l'époque j'ai travaillé en collaboration avec des ergothérapeutes, donc oui je vois. Je pense que c'est super important en effet, fin ça a tout son sens, après toute cette question est dans le choix de l'activité, car c'est vrai que s'activer pour s'activer, faut casser un peu cette logique dans l'esprit des gens, ils ont toujours l'impression, c'est un peu ce que pourrait dire leur proche de manière assez intuitive, allez bouge-toi un peu les fesses, ça ira mieux après, si tu vas marcher un peu, tu te sentiras mieux. Il y a une part de vérité, c'est certain que quand on s'active, quand on va marcher, quand se bouge, quand on se bouge on se sent mieux, mais ici c'est vraiment cette logique, de mettre des activités qui vont apporter qui vont importer du renforcement, des activités qui sont, soit importantes, satisfaisantes, soit plaisantes ou qu'on se sent en tout cas capable de faire donc qui favorise notre sentiment d'efficacité, du coup, voilà ça demande quand même cette réflexion de prendre bien le temps de choisir des activités, qu'est-ce qu'on met en place? Et puis alors, du coup, en effet, le travail ergo a tout son sens parce que là on va aussi voir concrètement aussi dans les difficultés attentionnelles, il y a aussi l'aspect cognitif, de voir si ça pose réellement problème sur le terrain. C'est quelque chose qu'on va peut-être moins faire en psychologie, on va peut-être moins prendre le temps de vérifier que la personne a bien toutes les ressources pour que ça se passe bien, donc c'est parfois des choses qu'on va voir les infos au fur et à mesure, on va voir ce qui a bloqué à certains moments, et du coup on va essayer de décoincer après, mais le travail de l'ergo, là est de voir la personne en situation et le faire déjà une fois avec une ergo

c'est déjà favoriser la probabilité que la personne le refasse après, donc oui clairement, moi je trouve que ça a beaucoup de sens, parce que nous on reste dans le bureau, on s'imagine faire des choses, on les planifie, alors que l'ergo pourrait déjà être dans cet aspect de, ok on l'a planifié, comment est-ce qu'on ferait les choses, on le fait ensemble, et comment ça se passe. Oui, donc en effet ça a tout son sens.

Léann : Je vous remercie. Est-ce que vous connaissez le refus scolaire anxieux ou dans son autre terme, la phobie scolaire ?

P1 : Alors un petit peu oui, je travaille peu avec des enfants, mais j'ai déjà entendu parler de ça. Je me limite au terme utilisé, donc la peur, la peur du milieu scolaire, la peur d'aller à l'école. Donc j'imagine qu'elle peut concerner toute une série de choses, l'aspect social, l'aspect scolaire, l'aspect réussite.

Léann : Selon vous, est-ce que l'activation comportementale pourrait être bénéfique auprès de cette population ?

P1 : C'est une très bonne question, alors ça dépend, je dirais que ça dépend un petit peu de si cette peur de la scolarité et de ses conséquences a entraîné une inactivité, des ruminations, ou d'autres comportements qui peuvent être pris en charge par l'activation comportementale. Donc si l'enfant ne va plus à l'école, ne voit plus ses amis, ne se sent donc pas bien, là ça pourrait effectivement être une bonne voie. Mais si c'est cette peur d'aller à l'école, et que l'enfant est toujours un peu dans ce processus, c'est-à-dire qu'il n'a pas envie, mais il y va quand même, et qu'il y a toute une série de comportements qui sont mis en place pour essayer que ça soit moins difficile, ou alors des comportements qui posent un peu problème à gérer pour les enseignants ou les parents, là on est plutôt dans des cas de peur et d'anxiété, donc on ne va pas travailler les mêmes processus. Là, on va peut-être plutôt essayer de comprendre ce qui inquiète l'enfant, quelles sont ses peurs, et comment ça se manifeste. On pourrait aider l'enfant à gérer son anxiété et son stress, voir ce qui déclenche ces sentiments. Donc en fait, ça dépend, je pense qu'il faudrait faire un bilan pour comprendre ses peurs vis-à-vis de l'école, comment ça se manifeste, est-ce qu'il met en place des comportements pour faire face, et ensuite choisir le traitement le plus adapté. Il est vrai que l'activation comportementale cible moins le mécanisme de pensée catastrophique et la gestion du stress, donc ce n'est peut-être pas la première option à considérer. Mais dans certains cas, on pourrait montrer à l'enfant qu'il y a un investissement à l'école, mais qu'il y a aussi d'autres activités dans lesquelles il peut se sentir compétent et prendre du plaisir, et ainsi réduire l'importance de la scolarité dans son quotidien. Donc, pourquoi pas envisager l'activation comportementale dans ces cas-là, mais cela dépend vraiment du bilan et des difficultés de chaque enfant.

Léann : Est-ce que vous avez des choses à rajouter par rapport à cette thématique ?

P1 : Pas forcément. En tout cas, c'est vraiment un traitement qui s'adapte au cas par cas. Il est très important de le souligner. Une activité plaisante pour une personne ne sera pas la même pour une autre, de même pour une activité importante. Les difficultés de chacun sont extrêmement diverses, donc chaque suivi sera très différent. En fonction des problèmes de motivation présents, on n'avancera pas à la même vitesse avec chaque personne. Donc cela peut parfois prendre du temps et de l'énergie, tant pour le patient que pour nous. Dans certains cas, c'est vraiment très variable, c'est vraiment du cas par cas. Ce qui est intéressant dans ce programme, c'est qu'il est très flexible. On peut l'adapter à chaque suivi, et même le faire en groupe, ce qui permet un partage d'expérience enrichissant. Il est important de ne pas aller trop vite. Il est important que la personne vive des succès, que cela se passe bien. Donc, on est là pour tester, faire des expériences, essayer, et on est dans la bienveillance, l'encouragement, la valorisation. On accompagne un changement qui n'est pas forcément facile, donc il est important d'être positif, valorisant et encourageant.

Léann : Très bien, je vous remercie pour cet entretien et pour le temps que vous m'avez accordé.

Annexe 5 : Eléments de réponse des ergothérapeutes

Questions	Relances	Réponses
<p>Pouvez-vous vous présenter ?</p>	<p>En quelle année avez-vous été diplômé ? Quel est votre parcours professionnel ? Depuis combien de temps accompagnez-vous les enfants atteints de RSA ? Dans quelle structure intervenez-vous ?</p>	<p>E1 : Ergothérapeute depuis 3 ans en Unité Somato Psychiatrique. Auparavant : psychiatrie adulte CATTP (centre d'aide thérapeutique à temps partiel), Hôpital de jour et en intra pendant 3 ans. Diplômée depuis 2014.</p> <p>E2 : Ergothérapeute depuis 4 ans en clinique soins-études. Auparavant : foyer de vie avec des déficients intellectuels et en libéral. Diplômée depuis 2015 à l'école de Nancy</p>
<p>Comment accompagnez-vous les jeunes atteints de refus scolaire anxieux ?</p>	<p>Quelle approche « type » utilisez-vous pour accompagner ce public ?</p>	<p>E1 : Les enfants sont hospitalisés à plein temps, d'abord sur une période de 1 mois puis 3 mois renouvelable, jusqu'à 1 an. Cela se fait sur prescription. Après explication du rôle de l'ergothérapeute et la garantie d'un cadre confidentiel pour une meilleure adhésion aux soins : Passation de l'AERES (outil d'Auto Evaluation des RESsources) afin d'identifier les choses qui les mettent en difficulté et les choses qui les aident plutôt au quotidien. Ensuite, clarification des objectifs en rédigeant un bilan axé sur le MOHOST. Puis proposition des moyens d'intervention comme des médiations. Les séances durent approximativement 45 min.</p> <p>E2 : Les jeunes sont hospitalisés puis peuvent aller en hôpital de jour. Ils restent entre 1 et 2 ans. Pas d'accompagnement</p>

		spécifique pour le RSA, mais pour l'ensemble de tout ce qui peut être anxiogène. Exposition progressive pour retourner jusqu'au salle de cours. Puis intervention dans des activités de médiation pour divers objectifs
Sont-ils suivis par d'autres professionnels de santé ? Si oui, lesquels ?	Collaborez-vous avec d'autres professionnels de santé ?	E1 : Diététicien, psychologue, psychomotricien, éducateur sportif adapté, socio-esthéticienne, éducateur spécialisé, aide-soignant, auxiliaire de puériculture, psychiatre, médecin, neuropsychologue, animateur E2 : Infirmier, éducateur spécialisé, aide-soignant, psychologue et assistant social
Comment cette collaboration avec les autres professionnels influence-t-elle votre approche thérapeutique ?		E1 : Nous avons des réunions de synthèses toutes les 4 semaines en équipe, pour faire un point clinique sur les patients. On échange sur les objectifs de soin, mais aussi sur l'observation sur les temps du quotidien et sur la prise en soin individuel, ce qui permet de nous interpeller lorsqu'il y a un conflit ou un besoin urgent, c'est donc important de collaborer dans ces moments. E2 : La pluridisciplinarité est très importante, il y a beaucoup d'intervenant autour du jeune, la prise en charge est donc imposante et complète. Les infos circulent bien entre chaque professionnel, notamment grâce aux différentes synthèses.
Quel type de plainte occupationnel rencontrez-vous avec ces jeunes ?	Quelles difficultés rencontre-t-il au quotidien ?	E1 : La plainte occupationnelle ne vient pas forcément d'eux, mais le fait de ne pas aller en scolarité c'est vécu comme une contrainte de la part des parents ou du système scolaire, alors que les jeunes ne sont pas désireux d'y retourner.

		<p>Les jeunes peuvent exprimer des difficultés à passer à l'oral, à se confronter au regard de l'autre, à s'intégrer à un groupe, à gérer les relations sociales, à retrouver une vie normale avec des amis, à retourner en scolarité et gérer les conflits avec la famille. Ils arrivent souvent avec une anhédonie, une perte d'élan vital et donc n'ont pas forcément envie de sortir de leur lit et d'aller faire des activités.</p> <p>Ils peuvent être déscolarisés pour des raisons plutôt somatiques parce qu'il a un diabète, mais ça peut-être pour des raisons psychiques très variées, elle peut être déscolarisée de force à cause de trouble du comportement alimentaire, une anorexie, ça peut-être aussi pour une dépression sévère, ça peut-être aussi des troubles somatoformes, des douleurs chroniques</p> <p>E2 : On rencontre des adolescents avec des débuts de psychose (schizophrénie, bipolarité), mais aussi beaucoup de stress post traumatique et des dépressions. Ils ne sont pas forcément dans la plainte. Ils rencontrent des difficultés à verbaliser et identifier ce qui est compliqué pour eux. Ce qui les mettes en difficulté ce sont des choses que je vais observer, puis on va les faire remonter et les conscientiser.</p> <p>Complication à l'intégration de l'organisation des cours ou de l'emploi du temps, le relationnel ; ne savent pas comment faire, comment le maintenir, quel comportement adopté, problème de cadre : suivi des règles de vie et de cours</p>
--	--	---

<p>Quels sont les objectifs de votre accompagnement ?</p>	<p>Comment les objectifs que vous fixez dans votre accompagnement sont-ils adaptés aux besoins spécifiques des jeunes ?</p>	<p>E1 : Cela dépend de chaque patient. Dans un premier temps, il est très important de travailler l'adhésion au soin. Cela va ensuite permettre d'aborder la compliance, l'estime de soi, la confiance en soi, la confiance aux autres, améliorer les capacités relationnelles, la prise d'initiative, la gestion des angoisses, trouver des solutions, reprendre du plaisir. Mais aussi la flexibilité mentale car certains sont très rigide, travailler sur le lâcher prise, le repérage, la gestion de la verbalisation, des sensations, des émotions, des conflits internes et la frustration.</p> <p>E2 : Retrouver un maximum d'autonomie dans leur quotidien. L'objectif pluridisciplinaire c'est la sortie, dès leur entrée on pense à leur sortie.</p> <p>Il s'agit également de maintenir un cadre, tenir des consignes, verbaliser, se sentir mieux, pouvoir identifier les émotions, les ressentis, identifier les expressions, les interactions sociales. Travailler aussi l'attention, la concentration et la mémoire pour réentraîner à l'effort cognitif car ils n'ont plus l'habitude de suivre des cours, donc cela demande beaucoup d'énergie, les effets secondaires des traitements peuvent les paralyser.</p>
<p>Par quel moyen évaluez-vous ces jeunes ?</p>	<p>Quels outils utilisez-vous ?</p>	<p>E1 : Par l'AERES, l'observation en activité (groupale ou individuelle), mise en situation écologique, inventaire de l'équilibre de vie, des entretiens individuels. A la fin on réévalue avec eux en individuel.</p> <p>E2 : Observation subjective autour d'une activité au choix de l'enfant, cela permet de faire connaissance, mais aussi de voir ce qu'il</p>

		<p>aime, ce qu'il n'aime pas, vers quoi il se dirige spontanément, ce qu'il a tendance à éviter, car c'est peut-être quelque chose qui le met en difficulté. Parfois on peut faire des évaluations avec la psychologue et la neuropsychologue avec des tests de la NEPSY (pour le cognitif, attentionnel, compréhension de consigne). Ensuite avec le psychologue on peut effectuer ELADEB pour les difficultés et les besoins et l'AERES pour identifier ressource et force. On peut réaliser le test des errances multiples soit sur indication médicale lorsqu'on a des doutes sur le niveau attentionnel mais aussi de façon systématique pour certains patients lorsqu'ils entrent dans la classe projet (c'est une filière normale au lycée, ils ne sont pas en décrochage mais ont du mal à aller dans le cursus, donc on leur cherche un projet ou une réorientation professionnelle)</p>
<p>Comment parvenez-vous à atteindre le processus de rétablissement ?</p>	<p>Comment identifiez-vous que l'enfant est rétabli de son RSA ?</p>	<p>E1 : C'est un travail en collaboration avec l'éducation nationale, il y a des réunions tous les 15 jours afin de faire des points de l'évolution.</p> <p>Mise en place de cours progressifs, en commençant avec seulement quelques cours. Puis des semaines d'immersion dans leur établissement extérieur. C'est le jeune qui nous fait des retours, mais on peut avoir également des synthèses avec les établissements scolaires extérieurs, et c'est rediscuté lors des entretiens familiaux. Quand il arrive à y aller de manière plus spontanée c'est un bon indice. Amélioration sur la présence en cours, amélioration sur le plan psychique, sémantique, de l'humeur.</p>

		<p>E2 : Par l'observation de tous les professionnels confondus car ils sont très différents en médiation, en lieu de vie. Quand ils arrivent à faire des immersions dans le lycée, qu'ils s'intègrent comme un élève lambda, c'est qu'ils vont mieux.</p>
<p>Utilisez-vous la réhabilitation psychosociale dans votre pratique ?</p>		<p>E1 : J'utilise le social quizz, un groupe d'improvisation scénique, les activités projectives tel que l'écriture</p> <p>E2 : Utilisation de l'exposition progressive qui rentre dans le cadre des TCC avec la psychologue</p>
<p>Comment l'engagement occupationnel contribue à l'efficacité de vos interventions ?</p>	<p>L'engagement occupationnel représente l'action de s'investir dans une occupation en vue d'améliorer le bien-être et de renforcer le sentiment d'appartenance</p>	<p>E1 : Si pas d'adhésion aux soins = pas d'engagement occupationnel. Si pas d'engagement occupationnel = pas d'agir, pas de mouvement. Les espaces sécurisés, un cadre rassurant permettent de développer ce type d'habileté sociale et de pouvoir les transposer dans la vie quotidienne.</p> <p>E2 : L'assiduité : se présente spontanément ou évitement. Le comportement en activité : avachis, la tête dans leur bras, le fait qu'ils soient réfractaire. Et au cours de discussions avec le jeune qu'on sait s'il y a une bonne accroche.</p>
<p>Comment évaluez-vous la motivation des jeunes pendant les séances ?</p>	<p>Quels sont les critères permettant d'identifier la motivation du jeune dans le rétablissement de son refus scolaire anxieux ?</p>	<p>E1 : Evaluation en observant le comportement durant sa présentation : complètement replié, ralenti, contact oculaire fuyant, réponses très fermées. L'authenticité est également évaluée à travers un discours fiable et en fonction des questions si elles sont cohérentes ou non.</p> <p>E2 : Discussion, verbalisation des observations : Ils ne sont pas toujours conscients de leur progrès, donc on le verbalise pour qu'ils se rendent compte de ce</p>

		qu'ils accomplissent. On valorise leurs efforts car ce sont des périodes difficiles, ça permet de booster leur motivation et de leur montrer que c'est bien.
--	--	--

Annexe 6 : Eléments de réponse des psychologues

Questions	Relances	Réponses
<p>Pouvez-vous vous présenter ?</p>	<p>En quelle année avez-vous été diplômée ? Quel est votre parcours professionnel ? Depuis combien de temps pratiquez-vous l'activation comportementale ?</p>	<p>P1 : Actuellement : psychologue clinicienne spécialisée dans la prise en charge des troubles du sommeil et psychothérapeute en Belgique, travaillant principalement avec des adultes souffrant de dépression, d'anxiété et d'autres pathologies variées.</p> <p>Auparavant : formation en neuropsychologie et travaillé dans le domaine du diagnostic de démence auprès des personnes âgées.</p> <p>Ensuite, j'ai travaillé dans un centre de neurologie avec des patients traumatisés crâniens. Par la suite, j'ai exercé en tant que psychologue clinicienne, principalement axée sur les TCC, tout en étant assistante dans le domaine de l'enseignement et de la recherche sur l'activation comportementale. J'ai également animé des ateliers thérapeutiques destinés aux étudiants en difficulté psychologique.</p> <p>Diplômée en psychologie en 2014 et pratique l'activation comportementale depuis 8 ans.</p> <p>P2 : Actuellement : Depuis 2 ans, travaille au Québec dans une clinique privée auprès d'une clientèle adulte. Je suis également membre fondatrice de l'association des praticiens en thérapie cognitive et comportementale</p> <p>Auparavant : Etude de psychologie puis un diplôme universitaire en neuropsychologie, et enfin une formation de TCC sur 3 ans. A travaillé 10 ans en France en psychiatrie adulte, foyer de vie, en CMPP</p>

		Diplômée depuis 2009 et utilise l'activation comportementale depuis sa formation aux TCC
Qu'est-ce que l'activation comportementale vous a apporté dans votre pratique ?	En quoi l'activation comportementale a-t-elle amélioré votre capacité à traiter ou à aborder certains défis ou problématiques rencontrés dans votre pratique quotidienne ?	<p>P1 : Eclairant d'avoir un programme concret auprès de personne souffrant de dépression. Cela m'a apporté de l'assurance, et je me suis senti plus outillé, et ça m'a permis de mieux comprendre le côté comportemental. Cela m'a aidé de créer du lien avec la personne et de l'éclairer face à leur difficulté.</p> <p>P2 : L'AC a enrichi ma pratique en offrant une approche concrète et efficace pour aider les patients déprimés à s'engager dans des activités significatives. Cela facilite également l'émergence de pensées alternatives positives. En utilisant des concepts accessibles comme celui des "3 kiffs par jour", j'ai pu rendre le processus plus compréhensible pour les patients et les motiver à s'engager dans des activités qui constituent des sources de plaisir et de satisfaction.</p>
Avec quel public pouvez-vous mettre en place l'activation comportementale ?	Auprès de quelles populations ou des contextes spécifiques où vous trouvez que l'activation comportementale est particulièrement adaptée ou bénéfique ?	<p>P1 : Chez les personnes atteintes de dépression, chez les personnes qui ont une perte de sens.</p> <p>P2 : Majoritairement avec des personnes qui sont en dépression, avec des troubles de l'humeur, donc plutôt des adultes.</p>
Comment choisissez-vous	Quels critères spécifiques prenez-	P1 : Je réalise en première intention un bilan, sur leurs difficultés psychologiques.

<p>les patients ou les clients pour lesquels vous appliquez l'activation comportementale ?</p>	<p>vous en considération lorsque vous prenez un nouveau patient ou client ?</p>	<p>L'AC peut être pertinent lorsqu'il y a de l'inactivité, le manque de renforcement positif, le sur-activement, la personne met en place beaucoup d'évitement comportementaux et/ou cognitif, la personne rumine beaucoup, tout cela sans équilibre avec des conséquences dans leur vie.</p> <p>P2 : Lorsque la personne est dans des comportements d'évitements ou lorsqu'elle est confrontée à du renforcement négatif.</p>
<p>Travaillez-vous avec d'autres professionnels dans le cadre de l'activation comportementale ?</p>	<p>Dans quelle mesure vous collaborez avec d'autres professionnels de santé ?</p>	<p>P1 : C'est assez rare que j'inclue d'autres professionnels car j'ai un suivi en ambulatoire. Mais ça m'est déjà arrivé d'être en contact avec le médecin traitant ou le psychiatre. Sinon, j'essaie d'inclure très souvent les ressources sociales de la personne</p> <p>P2 : En CMPP je travaillais avec des psychomotriciens, orthophonistes, je faisais le lien avec les écoles avec les psychologues scolaires.</p>
<p>Existe-t-il des domaines particuliers de votre pratique où vous trouvez que l'activation comportementale est moins efficace ou moins adaptée ?</p>	<p>Identifiez-vous des limites à l'utilisation de l'activation comportementale ?</p>	<p>P1 : Ça peut être très compliqué d'activer la personne lorsqu'elle manque de support social et qu'elle est isolée.</p> <p>P2 : Lorsque la personne est dépendante d'un tiers à cause de ses limitations physiologiques, cognitives ect, elle n'est pas en pleine possession de ses moyens physiques ce qui limite le processus.</p>
<p>Que pensez-vous de l'utilisation de cet outil en ergothérapie ?</p>	<p>L'ergothérapeute est un professionnel de santé, exerçant dans les champs sanitaires, médico-</p>	<p>P1 : Cela a tout son sens : les activités que nous proposons apportent un renforcement significatif, en étant pertinentes, satisfaisantes et agréables, tout en favorisant notre sentiment d'efficacité. Il est</p>

	<p>social et social. Collaborant avec de nombreux professionnels, il est un intervenant incontournable dans le processus d'adaptation, de réadaptation et d'intégration sociale des personnes. Spécialiste du rapport entre l'activité et la santé, il mène des actions d'une part pour prévenir et modifier les activités délétères pour la santé, et d'autre part pour assurer l'accès des individus aux occupations qu'ils veulent ou doivent faire et rendre possible leur accomplissement de façon sécurisée, autonome, indépendante et efficace.</p>	<p>donc essentiel de choisir soigneusement les activités à mettre en place. L'ergothérapeute joue également un rôle dans l'évaluation des difficultés attentionnelles et cognitives, ainsi que dans l'assurance que la personne dispose de toutes les ressources nécessaires pour mener à bien l'activité. En mettant la personne en situation, l'ergothérapeute augmente la probabilité qu'elle répète cette activité à l'avenir.</p> <p>P2 : Cela pourrait être bénéfique en ergothérapie, en particulier pour adapter les activités, l'environnement et les outils afin d'aider les personnes à mener à bien leurs occupations</p>
<p>Est-ce que l'activation comportementale</p>	<p>Estimez-vous que l'activation comportementale</p>	<p>P1 : Si la peur de la scolarité et de ses conséquences a entraîné une inactivité, des ruminations : Oui. On peut montrer à l'enfant</p>

<p>pourrait être bénéfique auprès des enfants et adolescents atteints de refus scolaire anxieux ?</p>	<p>pourrait être bénéfique pour les enfants souffrant de refus scolaire anxieux ?</p>	<p>qu'il y a un investissement à l'école, mais aussi dans des activités dans lesquelles il peut se sentir compétent et prendre du plaisir afin de réduire l'importance de la scolarité dans son quotidien.</p> <p>S'il n'a pas envie, qu'il y aille quand même et toute une série de comportements sont mis en place afin de rendre moins difficile : l'AC cible moins le mécanisme de pensée catastrophique et la gestion du stress donc pas adapté.</p> <p>P2 : Oui, l'activation comportementale pourrait être bénéfique pour les enfants et adolescents atteints de refus scolaire anxieux, notamment pour ceux qui ont vécu des périodes dépressives liées au confinement ou à d'autres facteurs d'anxiété généralisée. Cela leur permettrait de reprendre progressivement confiance en eux, de s'exposer à des situations redoutées et de retrouver des activités positives. Cependant, il est important de considérer d'autres approches en fonction de la nature du refus scolaire, comme le traitement des traumatismes ou des problèmes sociaux.</p>
--	---	---

Annexe 7 : Analyse de la phase 1 par verbatim

Accompagnement de l'adolescent et enfant atteint de refus scolaire anxieux

Comment accompagnez-vous les jeunes atteints de refus scolaire anxieux ?	
Verbatim	Sous-thème
<p>E1 : De manière hebdomadaire sur une durée de 45min</p> <p>E1 : Je présente ce que c'est l'ergothérapie</p> <p>E2 : Plusieurs fois par semaine : atelier créatif</p> <p>E2 : De façon récurrente : médiation</p>	Suivi en ergothérapie
<p>E1 : Dans un cadre confidentiel</p> <p>E1 : Consentement</p> <p>E1 : Le jeune décide des objectifs travailler pour atteindre un meilleur équilibre de vie</p> <p>E2 : La prise en charge est le projet de l'enfant</p>	Adhésion aux soins

Par quel professionnel de santé sont-ils suivis ?	
Verbatim	Sous-thème
<p>E1 : Diététicienne, psychologue, psychomotricienne, infirmière, psychiatre, médecin, neuropsychologue</p> <p>E2 : Infirmier, psychologue</p>	Professionnel de santé et paramédicaux
<p>E1 : Éducateur spécialisé, animateur, aide-soignante, auxiliaire de puériculture</p> <p>E2 : Educateur spécialisé, aide-soignant, assistant social</p>	Professionnel de l'accompagnement social et éducatif
<p>E1 : Educateur en activité physique adapté, socio-esthéticienne</p>	Professionnels du bien-être et de l'accompagnement personnel

Quel type de plainte occupationnel rencontrez-vous chez ces jeunes ?	
Verbatim	Sous-thème
<p>E1 : Ce n'est pas eux qui s'en plaignent</p>	Perception de la scolarité

E1 : Contrainte de la part des parents et du système scolaire E2 : Difficultés à verbaliser et à identifier ce qui est difficile de la part du jeune	
E1 : Le regard de l'autre, passer à l'oral ou s'intégrer à un groupe E2 : Le contact avec les autres	Difficulté liée aux interactions sociales
E1 : Gérer les relations avec leur voisin de chambre E2 : Comportements très envahissants	Gestion des relations interpersonnelles
E2 : Intégration de l'organisation de l'emploi du temps	Difficulté organisationnelle

Quels sont les objectifs de votre accompagnement ?	
Verbatim	Sous-thème
E1 : L'estime de soi, la confiance en soi et en les autres E2 : Identification dans les expressions	Perception de soi et des autres
E1 : Améliorer les capacités relationnelles E2 : les interactions sociales	Développements des relations interpersonnelles
E1 : La compliance E2 : Difficulté de suivi du cadre, des règles de vie et en cours	Respect des règles
E1 : Travailler sur la gestion des angoisses, reprendre du plaisir, verbalisation, sensations, émotions, gestion des conflits internes E2 : Se sentir mieux, identifier leurs émotions, leur ressenti, verbaliser,	Bien être émotionnel
E1 : Gestion de la frustration, lâcher prise, repérage et, améliorer la prise d'initiative E2 : Entraînement à l'attention, concentration et mémoire.	Flexibilité mentale

Intervention ergothérapique

Par quel moyen évaluez-vous ces jeunes ?	
Verbatim	Sous-thème
E1 : AERES E2 : ELADEB et AERES	Bilan pour définir les objectifs
E1 : Mise en situation écologique, observation en activité groupale/ individuelle, inventaire de l'équilibre de vie, MOHOST E2 : Observation en activité	Bilan occupationnel
E1 : BHK ou bilan de praxie	Bilan graphique
E2 : NEPSY, test des errances multiples	Bilan cognitif

Comment parvenez-vous à atteindre le processus de rétablissement ?	
Verbatim	Sous-thème
E1 : Collaboration E2 : Observation de tous les professionnels	Pluridisciplinarité
E1 : Mise en place de cours progressifs E1 : Semaine d'immersion dans leur établissement scolaire extérieur E2 : Immersions	Exposition progressive
E1 : Douleur et anxiété, puis y va de manière plus spontanée E2 : Participation scolaire plus facile	Evolution de la symptomatologie

Utilisez-vous la réhabilitation psychosociale dans votre pratique ?	
Verbatim	Sous-thème
E1 : Social Quizz, groupe d'improvisation scénique, écriture projective	Activité groupale
E2 : AERES, ELADEB E1 : AERES	Evaluation des ressources et difficultés
E2 : TCC (exposition progressive)	Mise en situation

L'engagement occupationnel

Comment l'engagement occupationnel contribue à l'efficacité de vos interventions ?	
Verbatim	Sous-thème
E1 : Adhésion E1 : Pas d'agir = pas de mouvement E1 : Développer les habiletés sociales et les transposer dans la vie quotidienne	Conséquence
E1 : On fait le lien avec ce qu'on a observé, ce que le jeune observe et s'il observe la même chose dans les AVQ E2 : On verbalise les progrès qu'on observe	Corrélation des observations
E2 : On les valorise, félicite	Encouragement

Comment évaluez-vous la motivation des jeunes pendant les séances ?	
Verbatim	Sous-thème
E1 : En fonction de leur présentation : replié, ralenti, contact oculaire fuyant, réponse fermée E2 : Avachis, tête dans les bras, réfractaire	Comportement négatif
E1 : Questions cohérentes, discours fiable E2 : Questionnement sur leur ressenti de la séance	Authenticité
E1 : patient souriant, prend initiative, n'arrive pas à adhérer aux propositions E2 : Etaye le voisin	Comportement positif

Annexe 8 : Analyse de la phase 2 par verbatim

L'utilisation de l'activation comportementale

Qu'est-ce que l'activation comportementale a apporté dans votre pratique ?	
Verbatims	Sous-thème
P1 : De l'assurance, me sentir outillée face à la dépression P2 : Avant on était assez limité dans l'emploi de nos outils cognitifs	Renforcement des compétences
P1 : Créer du lien avec la personne, P1 : Plus confortable dans la relation P2 : S'appuyer sur les expériences concrètes du patient P2 : Nous on se retrouve en tant que thérapeute	Alliance thérapeutique
P1 : Eclairer la personne face à ses difficultés P1 : Une compréhension plus comportementale P2 : Cela a l'avantage de repasser par du comportementale P2 : Explication facile à travers des concepts clés comme « 3 kiffs par jour »	Approche thérapeutique

Avec quel public pouvez-vous mettre en place l'activation comportementale ?	
Verbatims	Sous-thème
P1 : Dépression P2 : Adulte avec trouble de l'humeur et dépression	Pathologie mentale
P1 : Perte de sens, questionnement sur leur vie, cherchent des activités stimulantes, motivantes	Conséquences

Comment choisissez-vous les patients pour lesquels vous appliquez l'activation comportementale ?

Verbatims	Sous-thème
P1 : Problèmes d'inactivité, de renforcement positif, suractivité, déséquilibre, évitements comportementaux P2 : Comportement d'évitement, confrontation à du renforcement négatif, analyse fonctionnelle	Trouble occupationnel
P1 : Dégradation de l'humeur, évitements cognitifs, symptômes dépressifs P2 : Lorsqu'il n'y a pas de fonction cognitive qui surgissent	Trouble psychique

La pertinence de l'activation comportementale dans une autre pratique

Existe-t-il des domaines particuliers où vous trouvez que l'activation comportementale est moins efficace ?	
Verbatims	Sous-thème
P1 : Lorsqu'elle est seule chez elle, et manque de support social P2 : Environnement social	Frein social
P1 : Limite interne ou lié au contexte de la personne P2 : Dépendance d'un tiers P2 : Limitation cognitif et physiologique	Frein interne à la personne

Dans quelle mesure collaborez-vous dans le cadre de l'AC avec d'autres professionnels de santé ?	
Verbatims	Sous-thème
P2 : Psychomotricien, orthophoniste, psychologue scolaire	Equipe pluridisciplinaire
P1 : Médecin traitant ou psychiatre	Equipe médicale

Que pensez-vous de l'utilisation de cet outil en ergothérapie ?	
Verbatims	Sous-thème

<p>P1 : Tout est dans le choix de l'activité</p> <p>P1 : Activité qui apporte du renforcement, qui sont importantes, satisfaisantes, plaisante ou qui favorise le sentiment d'efficacité</p>	Déterminants personnels
<p>P1 : Va agir sur les difficultés attentionnelles et cognitives</p>	Fonctions cognitifs
<p>P1 : Vérifier que la personne a toutes les ressources nécessaires</p> <p>P1 : Voir la personne en situation et le faire, favorise la probabilité que la personne le refasse après</p> <p>P2 : Comment la personne peut mener à bien l'activité, refaire des activités adaptés</p>	Bilan occupationnel

Etat de connaissance sur le refus scolaire anxieux

Selon vous, est-ce que l'AC pourrait être bénéfique auprès de jeunes atteints de RSA ?	
Verbatims	Sous-thème
<p>P1 : Si cela entraîne une inactivité, des ruminations, ne voit plus ses amis, ne se sent pas bien</p> <p>P1 : Montrer qu'il y a d'autres activités où il se sent compétent et prend du plaisir</p>	Trouble occupationnel
<p>P1 : Cas de peur, d'anxiété.</p> <p>P1 : L'AC cible moins le mécanisme de pensée catastrophique</p> <p>P2 : Intimidation, stress</p> <p>P2 : Trouble anxieux</p>	Gestion émotionnelle

Formulaire de Consentement

Je soussigné(e), _____, participant(e) à l'entretien pour le mémoire de recherche intitulé « *Rétablir l'Engagement occupationnel : L'activation comportementale, un outil pour les enfants et adolescents atteints de refus scolaire anxieux* », mené par Léann DESCHAMPS, étudiante en 3ème année d'ergothérapie à l'IFE de Laval en Mayenne, donne mon consentement pour participer à cet entretien. J'ai été informé(e) sur les objectifs de cette recherche ainsi que sur la nature de ma participation.

1. Enregistrement de la discussion : Je consens à ce que la discussion pendant l'entretien soit enregistrée afin de faciliter la collecte précise des données.

2. Utilisation des données : Je comprends que les données recueillies lors de cet entretien seront utilisées uniquement dans le cadre du mémoire de recherche de Léann. Elles pourront éventuellement être incluses dans des rapports, des présentations académiques, ou d'autres documents liés à cette recherche. Je consens à l'utilisation de ces données à ces fins.

3. Anonymat : Je comprends que toutes les informations me concernant seront traitées de manière confidentielle. Aucun nom de personne ou de structure ne sera mentionné lors de l'analyse des données. Je consens à ce que mes réponses soient anonymisées dans le cadre de la recherche.

4. Droit de Retrait : Je comprends que ma participation à cet entretien est volontaire et que je peux me retirer de l'étude à tout moment, sans fournir de justification. Je consens à ce que mes données soient retirées de l'étude si je choisis de me retirer.

Je certifie avoir lu et compris les informations ci-dessus et je consens librement à participer à cet entretien.

Date :

Signature : _____

Participant(e) :

Je certifie également que j'ai informé le participant des points mentionnés ci-dessus et que j'ai répondu à toutes ses questions.

Date : 30/03/2024

Enquêteur : Léann DESCHAMPS

