

Institut de Formation La Musse



La restauration de l'estime de soi de l'adulte dysthymique (troubles dépressifs persistants) en ergothérapie par une approche orientée vers le rétablissement

Mémoire d'initiation à la recherche

CASADO Solveig
Promotion 2022-2025

BLASQUEZ Caroline
Maître de mémoire



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

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

Article 1 :

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

Article 2 :

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

Article 3 :

Le plagiaire s'expose aux procédures disciplinaires prévues au règlement de fonctionnement de l'établissement de formation. En application du Code de l'éducation² et du Code pénal³, il s'expose également aux poursuites et peines pénales que la DRDJSCS est en droit d'engager. Cette exposition vaut également pour tout complice du délit.

Article 4 :

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

Je soussigné-e Solveig CASADO.....

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

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

Fait à St-Sébastien de Morsent *Le* 13 mai 2025 *signature*

¹ Site Université de Genève <http://www.unige.ch/ses/telecharger/unige/directive-PLAGIAT-19092011.pdf>

² Article L331-3 du Code de l'éducation : « les fraudes commises dans les examens et les concours publics qui ont pour objet l'acquisition d'un diplôme délivré par l'Etat sont réprimées dans les conditions fixées par la loi du 23 décembre 1901 réprimant les fraudes dans les examens et concours publics ».

³ Articles 121-6 et 121-7 du Code pénal.

Remerciements

Je souhaiterais remercier dans un premier temps ma maître de mémoire, sans qui ce mémoire n'existerait pas. Je remercie également toute l'équipe pédagogique de l'institut de formation La Musse et les intervenants venus nous faire cours, notamment Mme MOFADDEL Nadine et M. HEREDIA Julien. Ainsi que ma promotion, les *10is-Musse*, dont les échanges ont su me faire évoluer. Je n'oublie pas non plus les copines de stage, compagnes de galère, lâchez-rien on en voit le bout !

Merci également à Nana, qui aura su me supporter malgré mon stress dans certaine période difficile. Je t'aime. T'es mon soleil ☀, mon carburant.

Un chaleureux merci à Calliane SACQUIN--BRAULT et Julie DELMAIS qui ont sues m'écouter et débloquer par leur simple présence les sacs de nœuds de ma tête. Merci pour vos précieux conseils. Merci Jo.

Merci aux ergothérapeutes ayant montrés de l'intérêt pour ma recherche, même sans y participer.

Un remerciement plus personnel à ma grand-mère qui n'a jamais parlé français. *Para ti también abuela. Cuando obtendré mi diploma, extrañaré tu sonrisa. No entendías lo que hacía, pero eras mi inspiración. Mi reina bonita, la más hermosa de las flores del campo. Descanse en paz.*

Merci à mes chats, Papule et Orly, qui ont su me laisser un bout du plaid sur le canapé lorsque je travaillais sur cet écrit.

*« La souffrance de la dépression se nourrit de tout ce qui faisait autrefois votre force.
Tel un cancer de l'esprit. »*

(Hugo Bottemanne, psychiatre, saison 8 ép 1 « Votre cerveau » Les effets de la dépression sur votre cerveau, France Culture)

*« je me réveille en pensant que j'ai terminé mon travail
que je n'aurai pas à m'exercer aujourd'hui
quelle naïveté que de croire qu'il est facile de guérir
quand il n'y a ni fin
ni ligne d'arrivée à franchir »*

Rupi Kaur – *guérir est un travail quotidien* (poème extrait du recueil *Le Soleil et ses fleurs*, traduit par Sabine Rolland, Edition NiL, 2019)

Table des matières

1. Introduction	1
2. Cadre contextuel	1
2.1. Situation d'appel	1
2.2. Prévalence	3
3. Cadre conceptuel	3
3.1. L'Ergothérapie et le Modèle de l'Occupation Humaine (MOH)	3
3.1.1 L'ergothérapie en santé mentale	3
3.1.1.a Comment définir la Santé Mentale ?	3
3.1.1.b : Qu'est-ce que l'Ergothérapie ?	4
3.1.2 Modèle de l'Occupation Humaine (MOH)	5
3.1.2.a - L'environnement :	6
3.1.2.b L'être	6
3.1.2.c - L'Agir occupationnel	9
3.1.2.d. Conséquence de l'agir (anciennement appelé "le devenir")	9
3. 2. La prise en soin du patient dysthymique en ergothérapie	10
3.2.1 Le rétablissement en psychiatrie (Recovery) : un objectif de prise en soin	11
3.2.2 La Réhabilitation Psychosociale	12
3.2.3 Empowerment et estime de soi : quel lien ?	13
4. Méthodologie de recherche	19
4.1 Élaboration du guide d'entretien semi-directif	20
4.2 Démarche de recrutement des ergothérapeutes	23
4.3 Modalité de la passation d'entretien	24
5. Résultats	25
5.1. Présentation des ergothérapeutes interrogées	25

5.2 Perception des professionnels d'usager ayant une dysthymie	26
5.3 Pratique professionnelle et outils utilisés	27
5.3.1 : L'évaluation	27
5.3.2 : Les moyens de suivi	30
5.4 Leviers et Freins perçus à la réhabilitation psychosociale des personnes dysthymiques.....	31
5.5 Utilisation de l'outil « groupe » comme levier pour la réhabilitation psychosociale et d'empowerment	32
5.6 Développement du pouvoir d'agir et de l'estime de soi de l'usager	34
6. Discussions	37
6.1 Confrontation entre les données scientifiques et les données empiriques.....	37
6.2 Retour sur les hypothèses de recherche	38
6.3 Biais	39
6.4 Limites.....	40
6.4 Axes d'amélioration et perspectives	41
6.5 Projection professionnelle et apports personnels	42
7. Conclusion	42
Bibliographie	I
Annexes	I

1. Introduction

Dans son poème « *la dépression est une ombre qui vit en moi* », Rupi Kaur écrit que « *la seule chose encore vivante ici c'est moi et j'ai à peine envie de vivre* » (Le Soleil et ses fleurs, R. Kaur, traduit par S. Rolland, 2019). La dépression toucherait 5% de la population adulte mondiale d'après l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Et qu'elle serait 50% plus commune chez la femme que chez l'homme (OMS, 2023).

Afin d'effectuer ce travail d'initiation à la recherche, vont être présentés le cadre contextuel, nous permettant d'accéder à une question de départ, ainsi que le cadre conceptuel. Une question de recherche et des hypothèses de recherches seront proposées pour terminer cette partie exploratoire du mémoire. Dans un second temps, la méthodologie utilisée sera présentée, suivie de la présentation et de l'analyse des résultats. Par la suite, les données collectées seront confrontées aux données théoriques, aux biais et limites de la recherche effectuée. Une conclusion synthétisera l'ensemble de ce travail.

2. Cadre contextuel

2.1. Situation d'appel

Ma situation d'appel s'est construite en deux temps. Le premier étant un cours magistral et le second la lecture de deux études du *Bulletin Épidémiologique de Santé*. L'idée m'est venue à la suite du cours sur la *Motivation* qui définissait celle-ci comme « l'initiation de l'idée d'action ». Plusieurs concepts liaient les facteurs de motivation externes et internes, les conditionnements renforçateurs positifs ou négatifs en passant par la dimension de l'engagement dans une activité. La réflexion sur la volition développée par Las Heras m'a intriguée. Ce cours m'a permis de faire le lien avec une personne en dépression. En effet, elle subit un ralentissement psychomoteur, une diminution des fonctions instinctuelles et une perte de l'élan vital, entraînant des répercussions sur son engagement occupationnel et affectant son identité occupationnelle. Cela m'a questionnée quant à la volition de la personne et aux actions de l'ergothérapeute pour l'aider à passer de la simple activité à un engagement réel dans ses activités quotidiennes, en vue d'une réinsertion psychosociale.

À la suite de ce cours, j'ai consulté le Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire (BEH), qui met en évidence une augmentation continue, depuis 2006, du nombre de

personnes diagnostiquées avec des épisodes dépressifs caractérisés (EDC) en France, toutes tranches d'âge confondues.

Par exemple, chez les jeunes de 18 à 24 ans, la prévalence est passée de moins de 9,7 % en 2006 à 20,8 % en 2021, selon une enquête menée sur les 12 mois précédant l'étude (C. Léon, 2022). Un autre article du BEH (Du Roscoät et al., 2023), consacré à la santé mentale des Français pendant la pandémie de COVID-19, synthétise les résultats d'études menées entre mars 2020 et janvier 2022. Cette analyse porte notamment sur les troubles de l'humeur (dont la dépression), l'anxiété, les idées suicidaires et les tentatives de suicide. Elle montre notamment que pendant le premier confinement, une baisse de 40 % des consultations pour état dépressif a été observée dans les services d'urgences, tous âges confondus. Par la suite, entre mai et septembre 2020, ces consultations ont augmenté de 22 %, et sont restées élevées en 2021. En effet, Les actes médicaux SOS Médecins pour état dépressif étaient en hausse de 11 % par rapport à 2018-2019. Et de 46 % chez les 18-24 ans. De plus, les passages aux urgences pour dépression chez cette même tranche d'âge ont augmenté de 25 % (Du Roscoät et al., 2023).

En début 2022, après les trois confinements, les niveaux de recours aux soins pour EDC ont retrouvé leur niveau d'avant la crise (2018-2019) pour la majorité des tranches d'âge. Cependant, les jeunes adultes (18-24 ans) ont continué à consulter davantage avec une hausse de 30 % des actes SOS Médecins, et une augmentation de 77 % des passages aux urgences pour EDC, comparé à 2018-2019.

Les données montrent que l'impact de la pandémie sur la santé mentale s'est installé progressivement à partir du deuxième confinement (octobre-novembre 2020). Le nombre d'adultes présentant des symptômes dépressifs a doublé, et ces symptômes ont persisté jusqu'au troisième confinement (avril-mai 2021). À la sortie de celui-ci, une amélioration a été observée chez les plus de 25 ans, mais la situation des adolescents et jeunes adultes a continué à se détériorer jusqu'à la fin de la période d'observation, en 2022.

L'étude souligne toutefois que ces effets ne peuvent être attribués uniquement à la pandémie ou aux mesures sanitaires. Elle évoque également l'idée que la médiatisation accrue de la santé mentale a pu faciliter la prise de parole et les demandes d'aide sur ces sujets (Du Roscoät et al., 2023).

Aujourd'hui, 5 ans après le début de l'épidémie, où en est-on ? D'après le psychiatre Malhi, si les symptômes dépressifs ne sont pas pris en charge et perdurent dans le temps, la dépression se chronicise. En ayant des symptômes pendant deux ans sans rémission excédant deux mois, le diagnostic est alors dénommé « trouble dépressif persistant » ou « dysthymie » (Malhi, 2018). Ce trouble rend fatigable le patient. Il lui est alors difficile d'exécuter les tâches quotidiennes.

2.2. Prévalence

Une enquête de la Direction de la recherche, des études et des statistiques (DREES) datant de 2004 relatée par un article de Rouillon, estime que la prévalence de la dysthymie est de 2,4% en France (Rouillon, 2010). Or, le trouble dépressif persistant entraîne de nombreuses conséquences. Notamment une baisse de l'estime de soi ainsi qu'une diminution de la perception des ressources intrinsèques et extrinsèques.

Ce qui m'amène à mon questionnement de départ :

En quoi l'ergothérapeute peut-il participer au développement du pouvoir d'agir chez l'adulte dysthymique afin de l'accompagner au travers d'une réhabilitation psycho-sociale ?

3. Cadre conceptuel

3.1. L'Ergothérapie et le Modèle de l'Occupation Humaine (MOH)

3.1.1 L'ergothérapie en santé mentale

3.1.1.a Comment définir la Santé Mentale ?

Lorsqu'on évoque la santé, on pense spontanément au corps. L'esprit n'est pas systématiquement inclus dans cette notion. Cette séparation du corps et de l'esprit rappelle le dualisme cartésien. René Leriche proposait de définir la santé comme « *la vie dans le silence des organes* » (Leriche, 1936). Cette définition de la santé est organique. C'est-à-dire qu'elle se limite aux organes et leur fonction dans le corps. Cette définition met en premier lieu la conscience de la fonction défaillante, notamment par la douleur. Ainsi, seuls les dysfonctionnements des organes relèvent de la maladie. Et la présence d'une maladie exclut l'état de bonne santé. Cette définition de la santé n'inclue pas les problématiques de l'esprit, excluant la santé mentale.

Pourtant, la santé mentale se définit. En France, l'Assurance Maladie En Ligne (AMELI) reprend et reformule la définition de la santé de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) qui ne fait pas de dualisme entre le corps et l'esprit. De ce fait, la santé mentale est propre à chaque individu et correspond à : « **un état de bien-être, indispensable pour se sentir en bonne santé. Elle ne se définit pas seulement par l'absence de trouble mental ou psychologique. Comme le fait d'être en bonne santé physique, être en bonne santé mentale permet de se sentir bien dans sa peau, de s'épanouir, d'agir, de s'intégrer dans une communauté familiale, amicale, scolaire, professionnelle et de participer à la vie socio-économique. Santé mentale et santé physique sont indissociables l'une de l'autre et sont d'ailleurs souvent imbriquées, l'une influençant l'autre et inversement** » (AMELI, 2023).

Il est important de souligner qu'une personne peut ne souffrir d'aucune maladie psychique sans pour autant bénéficier d'une bonne santé mentale. Et inversement, une personne peut avoir une maladie psychiatrique stabilisée et définir sa santé mentale comme satisfaisante (AMELI, 2023). De nombreux professionnels paramédicaux et sociaux médicaux peuvent intervenir pour la maintenir ou la restaurer. Parmi ceux-ci, nous retrouvons l'ergothérapeute.

3.1.1.b : Qu'est-ce que l'Ergothérapie ?

L'ergothérapie est une discipline paramédicale se concentrant sur le quotidien de la personne. En France, elle est encadrée par un décret d'acte (1986) et les articles L. 4331-1 et R.4333-1 du Livre III titre III du Code de la Santé Publique. Les professionnels de santé la pratiquant sont des ergothérapeutes et disposent d'un diplôme d'état.

Étymologiquement, le terme « ergothérapie » se décompose du grec « ergon » (ἔργον) dont la traduction s'apparente à « l'action », « l'activité », « travail » et « thérapieia » le soin. Le terme français de la discipline correspond à une thérapie par les activités de vie quotidienne. L'Association Nationale Française des Ergothérapeutes (ANFE) définit la profession par son objectif : « [...] de maintenir, de restaurer et de permettre les activités humaines de manière sécurisée, autonome et efficace. [L'ergothérapie] prévient, réduit ou supprime les situations de handicap en tenant compte des

habitudes de vie des personnes et de leur environnement. L'ergothérapeute est l'intermédiaire entre les besoins d'adaptation de la personne et les exigences de la vie quotidienne en société » (ANFE, 2019).

En 2010, l'universitarisation de la profession restructura la maquette de la formation initiale. Les missions et la définition du métier furent alors approfondies par le Bulletin Officiel de Santé (BO Santé). Notamment « *l'ergothérapeute accompagne la personne dans l'élaboration de son projet de vie en proposant un cadre d'intervention repéré dans le temps et dans l'espace. [...] [II] facilite le processus de changement pour permettre à la personne de développer son indépendance et son autonomie afin d'améliorer son bien-être, sa qualité de vie et le sens qu'elle donne à son existence* » (BO Santé, 2010, p. 170). L'ergothérapeute soutient l'utilisateur pour qu'il puisse atteindre un niveau de fonctionnement optimal autonome au sein de la communauté.

Pour structurer sa réflexion thérapeutique lors de l'analyse des activités de vie quotidienne – également appelées « occupations » –, l'ergothérapeute s'appuie sur des évaluations à l'aide de bilans standardisés et de mises en situation. Cette démarche peut être guidée par l'utilisation d'un modèle conceptuel. Ce dernier agit comme une paire de lunettes sur lesquelles on a ajouté un filtre de couleur : cela permet de cerner et de prioriser des méthodes thérapeutiques en fonction de ce que la mise en situation nous permet d'observer. Néanmoins, le risque de superposer plusieurs modèles (et donc de filtres) est de ne plus voir grand-chose à terme. C'est pourquoi dans le cadre du mémoire d'initiation à la recherche, le Modèle de l'Occupation Humaine (MOH) est mobilisé pour analyser et structurer les parcours de soins. Il considère la personne dans sa globalité, en prenant en compte les dynamiques qui la constituent — notamment sa volition, ses actions dans la réalisation des activités quotidiennes, et l'influence de son environnement.

3.1.2 Modèle de l'Occupation Humaine (MOH)

Théorisé par G. Kielhofner, le modèle de l'occupation humaine décrit la dynamique des interactions de différentes composantes structurant la personnalité et le quotidien de l'utilisateur, en lien avec son environnement et sa façon de réaliser ses occupations. Sans qu'aucune de ces composantes dynamiques ne soit hiérarchiquement plus importante qu'une autre ([cf Schéma illustrant le MOH en Annexe I](#)).

3.1.2.a - L'environnement :

L'environnement correspond au contexte, aux différents milieux dans lesquels la personne évolue. Il peut influencer la participation dans l'occupation (favoriser ou limiter). Il y a l'environnement physique, social et occupationnel.

3.1.2.b L'être

L'être humain est un être occupationnel : il a besoin de réaliser des occupations quotidiennes en accord avec sa perception de la vie et de la société pour avoir une bonne qualité de vie. L'« être » est constitué de la volition, l'habitude (c'est-à-dire les habitudes et les rôles) et la performance occupationnelle.

→ La Volition :

La Volition est ce qui pousse à agir dans un environnement spécifique. Elle permet de s'engager dans l'occupation. Elle guide les actions et les choix. C'est la somme de trois composantes en perpétuelle interaction qui la compose : **les déterminants personnels** (la foi dans nos propre compétences), les **valeurs** et les **centres d'intérêts** (Taylor, Kielhofner, 2017).

- Déterminants personnels :

Ils se composent du « sentiment de capacité personnelle » et du « sentiment d'auto-efficacité ». Le premier est une possibilité d'auto-évaluation des capacités sociales, physiques et intellectuelles au travers du prisme de l'éducation et de la culture. Le second se réfère au sentiment d'efficacité d'utilisation des capacités personnelles afin d'atteindre des objectifs pour soi-même. Cette auto-efficacité influence de nombreuses des sphères de la vie quotidienne. Il contribue à la perception d'un certain contrôle et à la régulation de l'effort en fonction des situations rencontrées dans l'occupation. Quelqu'un se sentant capable et « auto-efficace » saura utiliser les feedbacks pour améliorer sa performance et atteindre ses objectifs tandis qu'une personne ayant moins de déterminants personnels les évitera aura tendance à abandonner plus facilement. Ils influencent, comme des leviers ou des freins sur la réalisation des activités quotidiennes (Taylor, Kielhofner, 2017).

- Valeurs :

Elles découlent de contextes culturels qui influenceront les convictions personnelles et le sens du devoir. Elles permettent de se sentir en adéquation avec son entourage. Les valeurs personnelles définissent ce qui est important pour la personne. Un conflit

de valeurs peut entraîner une dévalorisation de soi et diminuer l'estime de soi. (Taylor, Kielhofner, 2017)

- Centres d'intérêts :

Ils permettent de révéler les occupations significantes que la personne préfère réaliser plutôt que d'autres.

- Renforcer la volition :

Il est plus simple de débiter avec des occupations basées sur des centres d'intérêts. Renforcer la volition signifie influencer le cycle de l'anticipation, le choix, l'expérience et de l'interprétation (cf Figure 1 proposé par Solveig CASADO à partir des données de Taylor & Kielhofner, 2017). C'est un axe thérapeutique que Carmen Gloria de Las Heras développe en 2003 dans *Le Processus de Remotivation : continuum de l'intervention auprès de personnes atteintes d'un trouble grave de la volition*. Elle part de plusieurs postulats pour soutenir sa réflexion. En premier lieu, les occupations forment les expériences vécues par les sujets. Elles s'inscrivent dans un environnement. Lorsque la personne a un état volitionnel « au plus bas », les sensations restent des expériences vécues qui pourront être perçues par le sujet et pourront être interprétées avec « les processus cognitifs qui lui sont accessibles » (Las Heras, 2003). La volition permet d'anticiper une occupation de manière positive ou négative, influençant ainsi le passage à l'action. Les expériences vécues façonnent progressivement la perception de soi et du monde. S'appuyer sur l'environnement bienveillant et soutenant tout comme sur un réseau social favorise les sensations positives et permet d'évaluer l'implication que l'on met dans une occupation.

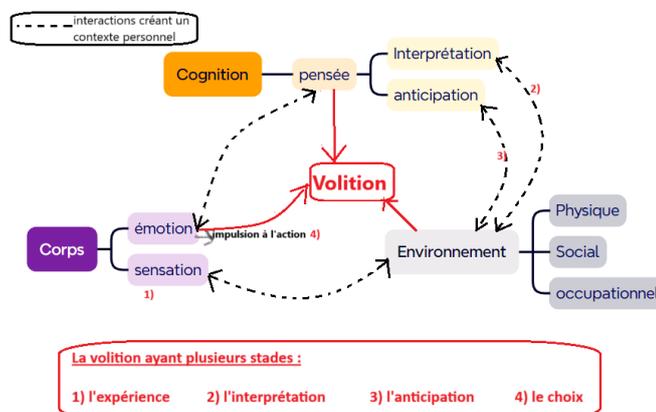


Figure 1 Schéma reliant le corps, le cognitif et l'environnement d'après le Continuum de remotivation (Las Heras, 2003), Modélisation proposée par Solveig CASADO

Comme montré dans la Figure 1, la volition est un processus. “*Volition provides the framework by which people make sense of their actions*”¹ (Taylor, Kielhofner, 2017, chapitre 4). Le continuum de celle-ci évolue tout au long de la vie du sujet, influencé par les occupations pratiquées, le sens que la personne y met et l’environnement. Cette dynamique permet de découper trois niveaux dans la Volition : l’exploration, la compétence et l’accomplissement.

L’exploration est « *caractérisé[e] par la seule recherche de plaisir et poussé[e] par une motivation intrinsèque* » (Las Heras, 2003). La validation de personnes extérieures est importante car elle permet le sentiment de sécurité du sujet, ainsi que la découverte de son environnement au travers de diverses stratégies (qui sous-tendent des décisions). Cela favorise l’émergence d’un sentiment d’efficacité. Vient ensuite le stade de la **compétence**, lorsque l’individu prend conscience qu’il peut exercer une influence sur son environnement et acquiert de nouvelles aptitudes et d’habitudes. Le rendement dépasse le plaisir qui découle de l’action : on cherche à faire investir un rôle social à l’individu au travers de « défis » qui sont révisés au fur et à mesure des besoins de la personne. Il y a un sentiment de maîtrise qui s’accroît et des tentatives d’autocorrections dans l’occupation. Enfin, l’**accomplissement** survient lorsque le sujet est autonome dans ses nouvelles occupations (travail, loisir, vie courante). Il a acquis suffisamment de nouvelles habitudes et habiletés. Ce stade de la volition est en lien avec le remodelage de l’identité occupationnelle. L’adaptation favorise la compétence occupationnelle.

→ L’Habitude

Elle correspond aux habitudes et aux rôles sociaux. Les habitudes visent une exécution d’activités quotidiennes de manière semi-consciente et automatisées. Elles se manifestent par une performance occupationnelle. Les rôles, quant à eux, s’exercent en fonction des éléments constituant l’individu et des effets des environnements sur la personne (par exemple : avoir le rôle de parent, d’ami...).

→ La Performance :

Concept définissant l’aptitude d’un individu à agir en prenant en compte ses composantes objectives (physiques, mentales, qui peuvent s’évaluer médicalement) et subjectives (vécu lors de l’occupation par exemple).

¹ “*La volition fournit le cadre [de nos interprétations] en donnant du sens à nos propres actions*” (Traduction personnelle, Kielhofner, 2017).

3.1.2.c - L'Agir occupationnel

Réaliser une activité quotidienne. L'agir se divise en trois niveaux s'inter-influant : la participation occupationnelle, la performance occupationnelle qui lui-même dépend des habiletés (motrices, opératoires, de communication et d'interaction) ([cf Annexe I](#)). *Les Modèles Conceptuels en Ergothérapie* (Morel-Bracq, Mignet, Doussin, 2024) définissent la **participation occupationnelle** comme une « *référence à la perspective la plus large des occupations* ». C'est un engagement effectif dans un domaine d'occupation tel que les activités productives, les loisirs et les soins personnels, tout en s'inscrivant dans un contexte social et culturel. Tandis que la **performance** est liée à la participation. Elle correspond à la réalisation de l'ensemble des tâches nécessaires à la réalisation de l'occupation au travers des habiletés.

3.1.2.d. Conséquence de l'agir (anciennement appelé "le devenir")

Cette conséquence de l'agir conduit à une **adaptation occupationnelle**. Cette adaptation est la résultante de toutes les dynamiques décrites dans le MOH. Elle se décompose elle-même en l'identité occupationnelle et la compétence occupationnelle en interaction avec l'environnement. C'est à la fois un processus et un résultat.

L'**identité occupationnelle** se construit de manière continue dans la vie. Elle comprend l'individu d'un point de vue psychique et sociologique (l'être) et la réalisation de ses actions au travers de sa participation occupationnelle (Christiansen, 1999). Kielhofner (en 2008) et de las Heras de Pablo (2015) complètent la définition en ajoutant la notion de mixité entre ce que l'individu est (par ses occupations et son histoire de vie) et ce qu'il souhaiterait être. La volition et l'habituatation contribuent à la construction de l'identité occupationnelle.

La capacité à satisfaire sa pratique d'une ou plusieurs activités quotidiennes correspond aux **compétences occupationnelles**.

Par conséquent, le modèle de l'occupation humaine propose une grille de lecture d'un individu au travers de plusieurs temporalités (passé, présent, futur), son contexte personnel (expérience de vie, environnements, sa personnalité et sa situation de santé) tout en permettant une analyse d'activité de vie quotidienne au travers de l'« agir ». Ce modèle ergothérapeutique permet d'appréhender une situation et une personne sans la stigmatiser au travers d'une pathologie tout en ayant une avancée

thérapeutique. Néanmoins, la dysthymie a quelques spécificités dans son diagnostic et sa prise en soin. Il est alors pertinent de les connaître pour avoir une approche adaptée envers cette population.

3. 2. La prise en soin du patient dysthymique en ergothérapie

La Dysthymie est diagnostiquée, d'après le *Diagnostic and Statistical Manual* (DSM, ici la 5^{ème} édition), lorsqu'il y a la présence d'au moins deux des symptômes ci-dessous pendant une durée minimale de 2 ans chez l'adulte. Un début précoce correspond à une apparition des symptômes de la dysthymie avant 21 ans.

« A. *Humeur dépressive présente quasiment toute la journée, plus d'un jour sur deux, signalée par la personne ou observée par les autres, pendant au moins 2 ans.*

N.B. : Chez les enfants et les adolescents, l'humeur peut être irritable et la durée doit être d'au moins 1 an.

B. *Quand le sujet est déprimé, il présente au moins deux des symptômes suivants :*

- 1. Perte d'appétit ou hyperphagie.*
- 2. Insomnie ou hypersomnie.*
- 3. Baisse d'énergie ou fatigue. [Asthénie]*
- 4. Faible estime de soi.*
- 5. Difficultés de concentration ou difficultés à prendre des décisions.*
- 6. Sentiments de perte d'espoir.*

C. *Au cours de la période de 2 ans (1 an pour les enfants et adolescents) de perturbation thymique, la personne n'a jamais eu de période de plus de 2 mois consécutifs sans présenter les symptômes des critères A et B.*

D. *Les critères de trouble dépressif caractérisé peuvent être présents d'une manière continue pendant 2 ans.*

E. *Il n'y a jamais eu d'épisode maniaque ou hypomaniaque, et les critères du trouble cyclothymique n'ont jamais été réunis.*

F. *Le trouble n'est pas mieux expliqué par un trouble schizoaffectif persistant, une schizophrénie, un trouble délirant, un autre trouble spécifié ou non spécifié du spectre de la schizophrénie, ou un autre trouble psychotique.*

G. *Les symptômes ne sont pas imputables aux effets physiologiques directs d'une substance (p. ex. une drogue donnant lieu à abus, un médicament) ou d'une autre affection médicale (p. ex. hypothyroïdie).*

H. *Les symptômes entraînent une détresse cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants » (DSM-5, 2013)*

La dysthymie impacte le quotidien de manière variable selon son intensité. Elle peut entraîner des difficultés à maintenir des activités ordinaires et sociales, parfois

réalisables mais au prix d'un effort cognitif important. Elle perturbe la vie professionnelle, les relations sociales et familiales, pouvant aller jusqu'à une incapacité à les assumer (Ameli, 2023). Des choix dans la réalisation d'occupations significatives sont souvent nécessaires. Par exemple, une personne conservant son emploi pourra avoir du mal à assurer en parallèle ses soins personnels, comme l'hygiène, le ménage ou l'alimentation, en raison de la charge mentale que cela représente (HAS, 2017). Ces personnes souffrent autant que celles atteintes de dépression non chronique, mais leur rétablissement fonctionnel est souvent plus lent (Duncan & Prowse, 2014). C'est pourquoi, selon les répercussions sur le quotidien, l'intervention de l'ergothérapeute s'adapte. Cette partie du mémoire abordera le rétablissement, la réhabilitation psychosociale en ergothérapie, ainsi que le lien entre pouvoir d'agir et estime de soi.

3.2.1 Le rétablissement en psychiatrie (Recovery) : un objectif de prise en soin

Dans toutes pathologies, le rétablissement du sujet est visé. Cependant, qui le détermine ? A quoi correspond-il ?

Lorsqu'on parle de rétablissement, dans la traduction du terme anglais « Recovery », on sous-tend que la personne déterminant son rétablissement est le patient lui-même. Ce n'est pas tout à fait une guérison. Les soins peuvent se maintenir. Mais le sujet a retrouvé un équilibre de vie satisfaisant. Il se reconnaît alors comme autonome par son autodétermination, elle-même influencée par ses relations sociales et de son environnement (Bonsak & al, 2013). La personne peut notamment s'auto-évaluer sur des critères objectifs provenant de diverses échelles. Il s'agit d'un « *processus de transformation au cours duquel on accepte ses limites et où l'on découvre en soi tout un potentiel de nouvelles possibilités* » (Durand, 2017).

Il y a trois concepts clés pour le rétablissement personnel :

- L'espoir (*hope*)
- Le pouvoir, aussi appelé « *agency* » : choix, autodétermination, responsabilité
- L'inclusion sociale (*opportunity* : « *accès équitable avec une participation active aux services de la cité* ») (Cardinal & all, 2013).

Ils permettent de retrouver une maîtrise sur sa vie, incluant le travail, le logement, les relations sociales (et de l'identité sociale) mais également le retour de la prise de responsabilité (Franck, 2018). Le rétablissement définit précédemment est en congruence

avec l'approche de la réhabilitation psychosociale, s'appuyant toutes deux sur les ressources intrinsèques et extrinsèques du patient.

3.2.2 La Réhabilitation Psychosociale

La Haute Autorité de Santé définit la réhabilitation psychosociale dans la synthèse sur le handicap psychique comme *“le maintien, le développement et l'utilisation des habiletés sociales et fonctionnelles”* (HAS, 2016).

D'après le psychiatre Suisse, Charles Bonsack, la réhabilitation psychosociale doit se faire avec des partenariats et non pas seulement avec le patient. Elle ne peut pas s'exercer qu'entre un soignant et un usager. Elle doit chercher les proches du patient (sa communauté) et ses cercles secondaires de professionnels de santé et du social. En quittant les lieux protégés, les équipes thérapeutiques mobiles encouragent l'engagement dans les soins et les suivis du patient et le maintien des connexions sociales de celui-ci (Bonsack, 2013).

La Réhabilitation psychosociale peut notamment s'axer sur les **compétences psychosociales** (détaillées dans [l'Annexe II](#)). Ces compétences constituent un ensemble interagissant avec différentes composantes psychologiques, notamment cognitives, émotionnelles et sociales, *« impliquant des connaissances, des processus intrapsychiques et des comportements spécifiques, qui permettent d'augmenter l'autonomisation et le pouvoir d'agir (empowerment), de maintenir un état de bien-être psychique, de favoriser un fonctionnement individuel optimal et de développer des interactions constructives »* (Lamboy, 2021). Elles permettent de gérer efficacement les exigences et les défis de la vie quotidienne. Cela inclue la capacité à préserver un bon état mental en adoptant un comportement adapté et positif dans ses relations avec les autres, sa culture et son environnement (Weisen Rhona Birell & al, OMS, 1994). Par conséquent, le rôle de ces compétences est important en termes de bien-être physique, mental et social dans la santé.

Le suivi en réhabilitation psychosociale rend l'usager acteur de son suivi en interrogeant son autodétermination et orientant la démarche de soin vers son rétablissement (Franck & al, 2017). Le suivi pour les patients dysthymiques en ergothérapie visera la diminution des vulnérabilités du sujet au travers de différents moyens : la psychoéducation à la santé, l'entraînement aux habiletés et une réorganisation de l'horloge occupationnelle du sujet (M. Duncan & C. Prowse, 2014). Appliquer en

séance des principes de thérapie cognitivo-comportementale peut être un moyen pour l'organisation des séances (M. Duncan & C. Prowse, 2014). Notamment l'utilisation d'un « workbook » pour que le sujet identifie ses leviers et ses freins entre les séances. L'entretien motivationnel et le renforcement positif sont également des possibilités de pratiques applicable aux séances d'ergothérapie en psychoéducation afin de développer la motivation (Schramm & al, 2020; Adler & al, 2015) et la volition. Cette volition joue un rôle important dans la capacité d'engagement et d'adaptation occupationnelle.

Le groupe en ergothérapie est un moyen identifié par Woolley influençant le rétablissement des personnes en situation de dépression. Il fournit notamment un environnement social « normalisant » en déconstruisant l'autostigmatisation et la stigmatisation liée aux problématiques psychiatrique et de santé mentale. Cette levée de stigmatisation favorise l'expression, le lien, l'estime de soi et l'engagement occupationnel (H. Woolley & al, 2020).

3.2.3 Empowerment et estime de soi : quel lien ?

L'estime de soi et l'empowerment sont des notions clé pour rendre le patient acteur de sa prise en soin. Le maintien du « capital social » (Lanfredi, 2015) est également l'un des axes de recommandation de la prise en soin de la dépression chez l'adulte si l'on se réfère au guide de recommandation publié sur le site de la Haute Autorité de Santé (HAS) en 2017. Il préconise d'inclure l'entourage du patient dans le suivi afin d'avoir accès aux informations sur la vie sociale et familiale de celui-ci. En effet, « *l'entourage est le principal fournisseur de ces types de soutien* », il est perçu comme levier du suivi (HAS, 2017). Dans cette partie, nous allons nous concentrer dans un premier temps sur l'empowerment puis nous continuerons sur l'estime de soi.

L'empowerment :

En France, l'empowerment est connu sur son versant social et éducatif. Il existe cependant un empowerment s'adaptant au cadre de santé. Sa stratégie comprend une mobilisation sociale, une collecte d'informations sur la situation du patient et sa capacité à changer son comportement (aussi appelée auto-efficacité). Pour cela, il faut connaître son propre historique de santé, sa motivation personnelle couplé à l'intérêt porté aux soins et aux bénéfices potentiels produits par ceux-ci (Organisation Mondiale de la Santé, 2009).

L'empowerment émerge de la reconnaissance par la personne de ses propres ressources personnelles et de ses ressources sociales. Plusieurs méthodes permettent le développement du pouvoir d'agir, telles que des discussions individualisées et en groupe, ainsi que des mises en situation (Shearer, 2009).

En 2011, Daumerie indiquait dans un article sur l'Empowerment et la santé mentale que l'introduction de cette notion de développement de pouvoir d'agir faisait référence « *au niveau de choix, de décision, d'influence et de contrôle que les usagers des services de santé mentale peuvent exercer sur les événements de leur vie. (...) La clé de l'empowerment se trouve dans la transformation des rapports de force et des relations de pouvoir entre les individus, les groupes, les services et les gouvernements* ». Le patient sort alors de la passivité, dépendant du professionnel de santé qui lui sait ce qui est bon pour lui. Il devient alors actif. Un acteur impliqué dans le processus de rétablissement (Daumerie, 2011). Cela passe par un rééquilibrage des relations de pouvoir, notamment au sein d'un suivi (O. Gross, 2020). Par exemple, déterminer ou négocier des objectifs dans son suivi avec des thérapeutes est une forme de capacité personnelle (cf Volition, Déterminants personnels) et favorise l'empowerment (Shearer, 2009). C'est un processus de transformation et non pas un état, englobant plusieurs dimensions : « *l'interdépendance, l'écologie des relations, le respect et la dignité, l'information partagée, la participation, le soutien mutuel, l'autodétermination et l'autogestion* » (Daumerie, 2011) afin de permettre à « *la personne [...] d'accéder à davantage de possibilité d'agir sur ce qui est important pour eux* » (Jouffray, 2018).

Cependant, la docteure en santé publique Olivia Grosso averti sur le surinvestissement de l'agir, qui peut effacer l'équilibration des pouvoirs souhaité par l'empowerment dans la relation thérapeutique. Elle propose d'utiliser la traduction d'empowerment québécoise d'« appropriation du pouvoir » plutôt que « développement du pouvoir d'agir ». L'appropriation du pouvoir d'agir est facilitée par plusieurs facteurs, notamment l'esprit critique, l'estime de soi, la participation, la reconnaissance de ses capacités, le soutien social et l'implication d'associations ou de partenaires sociaux (Gross, 2020 ; Shearer, 2009). Ainsi, avoir la « capacité de », dans le sens « pouvoir de », permet de concrétiser ses capacités, en tenant compte de ses valeurs personnelles. Le développement de compétences individuelles agit de manière systémique sur le

sujet et sa perception de lui-même. Cela soutient le pouvoir des plus vulnérables sur leur santé (O. Gross, 2020).

Pour synthétiser, l'empowerment est une dynamique, un processus : il ne se prescrit pas. Il se favorise, s'accompagne, mais « *on ne peut pas maîtriser la forme qu'il prendra* » (O. Gross, 2020). Il favorise le bien être (Shearer, 2009).

Cependant, il est important de souligner qu'une des limites à l'empowerment est l'autostigmatisation. Commune chez les personnes atteintes de dépression, elle réduit la qualité de vie. Elle correspond à l'augmentation des expériences de rejets et est associée à des niveaux faibles d'espoirs, d'estime de soi, d'auto-efficacité et de soutien sociale pour les personnes souffrant de problèmes de santé mentale. L'auto-stigmatisation se développe après avoir intériorisé de la honte, du blâme, du désespoir, de la culpabilité et de la peur de la discrimination associée au fait d'être atteint d'un trouble mental (Lanfredi, 2015).

Une étude menée par Lanfredi sur « *l'autostigmatisation comme médiateur entre le « capital social » et l'empowerment chez les personnes avec un trouble dépressif majeur en Europe de 2015* » dans 19 pays européens et comprenant 516 patients met en lumière plusieurs points. L'un deux, notamment : les cercles sociaux. Ils sont comme un « capital de relations sociales potentielles » et jouent un rôle clé dans l'évaluation quantitative et qualitative de l'empowerment. Ce « capital de relations sociales potentielles » ou « capital social » comprend les aspects structurels (réseaux sociaux) ainsi que les aspects « cognitifs » (dénomination de Lanfredi) correspondant au soutien social perçu par le sujet et la confiance interpersonnelle. Plus une personne se sent intégrée et en confiance dans ses relations sociales, moins elle risque de ressentir une détresse pouvant mener à la dépression. À l'inverse, l'autostigmatisation chez les personnes dépressives réduit leur engagement social (Lanfredi, 2015). Combinée à la discrimination liée à la santé mentale, elle pousse 37% des participants d'une étude à abandonner des activités essentielles, comme entretenir des relations, chercher un emploi ou poursuivre des études, par crainte d'être rejetés. Le rôle des liens sociaux dans le bien-être et la santé est de plus en plus reconnu.

Cette construction de « capital de relations sociales potentielles » multidimensionnelle : « *is [...] encompassing diverse aspects such as trust, social norms and rec-*

*iprocity, features of social structures and resources embedded within one's social networks*² » (Lanfredi, 2015). Avoir peu de cercles sociaux est associé à un risque suicidaire plus grand en Europe. Par conséquent, intégrer de cercles sociaux dans le quotidien des personnes dépressives est associée à une amélioration de l'empowerment, de l'estime de soi et à une réduction des symptômes dépressifs sur six mois (Lanfredi, 2015). Mettre en place des stratégies pour renforcer son capital social et surmonter l'autostigmatisation contribue à développer le pouvoir d'agir et se rapprocher de ses objectifs de vie. Un environnement bienveillant réduit les effets négatifs de la stigmatisation, tout en renforçant l'estime de soi et l'optimisme. Le capital social et l'autostigmatisation expliqueraient à eux seuls 56 % de la variabilité de l'empowerment (Lanfredi, 2015).

L'estime de soi

L'estime de soi est une notion clé pour que l'empowerment du sujet soit efficient. Elle le compose, le module. Cependant, à quoi correspond-elle ? L'estime de soi est un élément clé de la personnalité, d'après C. André. Elle se situe au carrefour de « *trois composantes essentielles du soi : comportementale, cognitive et émotionnelle* » (C. André, 2013). Ainsi, l'estime de soi adapte nos capacités à agir grâce au feedback, exerçant une influence comportementale. Elle module le regard que l'on se porte sur soi. Elle a donc des conséquences sur le quotidien. Par exemple, une bonne estime de soi entraîne un engagement dans l'action facilité avec une autoévaluation de sa performance plus fiable. A contrario, « *les sujets à basse estime de soi s'engagent avec beaucoup de prudence et de réticences dans l'action ; ils renoncent plus vite en cas de difficultés ; ils souffrent plus souvent de procrastination, cette tendance à hésiter et à repousser à plus tard toute prise de décision* » (C. André, 2013).

Dans un article explorant le lien entre l'estime de soi, la motivation et la performance de l'action (que nous pourrions reformuler comme performance occupationnelle), Strandell s'appuie d'abord sur la définition de l'estime de soi que Rosemberg de 1965. Elle était alors décrite comme une attitude d'évaluation envers soi-même. Il enrichit la définition à partir de recherches effectuées entre 2000 et 2016, intégrant de nouvelles variables. Tout d'abord, selon lui, « *Self-esteem makes more sense as a*

² [Cette conception multidimensionnelle] « *se compose des notions de confiance, réciprocité sociale et norme, les caractéristiques des structures sociales et des ressources intégrées dans les réseaux sociaux d'une personne* » (traduction personnelle)

*motivator of self-performative, goal-oriented, action, than as a variable. Furthermore, "self-esteem" is a broad umbrella term for a range of motivational attitudes with different relationships to the self*³ ». L'estime de soi n'est pas une entité mais serait plutôt un motivateur impliqué dans des actions permettant d'atteindre des objectifs.

Les actions d'un individu contribuent à construire une continuité entre son passé, son présent et le « soi » vers lequel il aspire. La culture, en tant que cadre des normes sociales et des valeurs, influence l'estime de soi en définissant ce qui est valorisé. Elle conditionne également la reconnaissance sociale des actions et l'accès aux ressources et opportunités offertes par le contexte socioculturel. Ces éléments façonnent l'identité et le « soi » futur (Strandell, 2017). Par conséquent, une baisse de l'estime de soi peut entraîner une perte de motivation et une difficulté, voire une impossibilité, d'initier des activités de vie quotidienne et d'expérimenter de nouvelles occupations (Strandell, 2017 & André, 2013). C'est pourquoi questionner l'estime de soi lorsqu'un sujet est atteint d'une dysthymie est important et qu'elle correspond à un des symptômes décrit par le DSM-5.

Conclusion de l'empowerment et l'estime de soi : Le « capital social » est un facteur important. Il permet de renforcer l'estime de soi et développe le pouvoir d'agir. Un environnement bienveillant et favorable limite l'autostigmatisation et favorise le capital social. Cela influence de 56% la variabilité d'empowerment (Lanfredi, 2015). Or, si nous rappelons la définition de la volition, celle-ci pousse à agir dans un environnement spécifique. Elle permet notamment de vivre l'expérience occupationnelle, l'interpréter, l'anticiper et faire des choix (cf La Volition :). Lier les trois concepts pour une prise en soin ergothérapique permet une compréhension holistique du patient et d'effectuer une prise en soin adaptée et optimale, en alternant thérapie en groupe et thérapie individuelle. Il serait pertinent dans cette recherche de comparer les modalités des approches groupales type Bottom-Up et Top-Down. Dans une approche Bottom-up, les usagers construisent les projets et objectifs du groupe. A l'inverse, avec une Top-Down, les projets reposent sur un encadrement direct des thérapeutes, orientant

³ « L'estime de soi a plus de sens en tant que facteur de motivation pour une action performante et orientée vers un but, que comme une variable. En outre, l'« estime de soi » est un terme générique qui recouvre un éventail d'attitudes motivationnelles ayant des différentes relations avec soi-même » (Strandell, 2017, traduction personnelle).

les projets et attentes. Mettre en parallèle ces deux dynamiques de déterminer laquelle favoriserait le plus efficacement le pouvoir d’agir, l’estime de soi et la volition.

Volition	Empowerment (Développement du pouvoir d’agir)	Estime de soi
<p>(Kielhofner, 2017), (Las Heras, 2003) Nature transpersonnelle Processus dynamiques basé sur : <u>Déterminants personnels</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Capacité personnelle • Auto-efficacité <p><u>Valeurs</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Adéquation avec l’entourage <p><u>Centre d’intérêts</u> Activité de vie quotidienne significative</p>	<p><u>Composé par</u> (O. Gross) :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Esprit critique (sentiment de capacité personnelle) • L’estime de soi • Participation <p>(Lanfredi, 2015) :</p> <p><u>Leviers</u> : Auto-efficacité et Capital social (réseaux sociaux et cognitifs impliquant la reconnaissance et la confiance interpersonnelle)</p> <p><u>Frein</u> : Autostigmatisation</p>	<p><i>Composantes comportementales,</i> <i>Cognitives et émotionnelles</i> (André, 2013)</p> <p>>Feedback face à l’activité dans laquelle le sujet est engagé (André, 2013)</p> <p>>Performance occupationnelle</p> <p>>Motivateur dans des actions (Strandell, 2017)</p> <p>>Notion d’évolution et de temporalité (Strandell, 2017)</p> <p>>Influencé par la culture et le contexte social (Strandell, 2017)</p>

Tableau 1 : Synthèse récapitulative des notions partagées dans les concepts de « Volition », « Empowerment » et « Estime de soi » évoqués dans le cadre conceptuel

Pour conclure ce cadre conceptuel, nous pouvons dire que dans le suivi d’une personne dysthymique, l’approche de la réhabilitation sociale afin de viser le rétablissement du sujet est adaptée. Elle permet à la personne d’être actrice de son accompagnement de récupérer du pouvoir d’agir dans son suivi et son quotidien. Cet empowerment est freiné par une estime de soi faible. Cependant, le sentiment d’efficacité (auto-efficacité) et le capital social sont facilitants. Par conséquent, agir sur l’estime de soi permet d’influencer le pouvoir d’agir ainsi que la motivation à exercer des activités quotidiennes dans un environnement donné (volition).

Par conséquent, ma question de recherche est la suivante :

Par quels moyens l'ergothérapeute peut-il renforcer l'estime de soi de la personne accompagnée ayant un trouble dépressif persistant (dysthymie) ?

A la suite des données recueillies, les hypothèses proposées seraient :

- H1 : La réalisation de séances de groupe permet la restauration de l'estime de soi d'adultes dysthymiques.
- H2 : La réalisation d'activités significatives déterminées par le groupe permet une restauration de l'estime de soi des adultes dysthymiques

4. Méthodologie de recherche

La méthode de la démarche de ce mémoire est qualitative. En effet, « *cette méthode permet [...] d'explorer les émotions, les sentiments [...] ainsi que leurs comportements et leurs expériences personnelles. Elle peut contribuer à une meilleure compréhension du fonctionnement des sujets et des interactions entre eux. À ce titre, la recherche qualitative est particulièrement adaptée à la recherche en médecine générale, car elle permet un abord plus élargi de la compréhension de la santé et des déterminants des soins* » (Aubin-Auger, 2008). Bien que la discipline ici soit paramédicale et non pas de médecine générale, elle me paraît en adéquation avec le thème choisi.

L'approche hypothético-déductive permet de déduire des conséquences (ou non) à partir d'hypothèses. Ces hypothèses sont des réponses possibles à une question de recherche sur une population. On cherche à valider l'hypothèse à travers la lecture de données scientifiques et l'utilisation de différents outils possibles.

Il est nécessaire de choisir une population selon des critères précis. Pour cette initiation à la recherche, je m'intéresse aux ergothérapeutes impliqués dans les suivis des adultes dysthymiques ne vivant pas en institution -*donc travaillant en psychiatrie, structures médico-sociales, hôpital de jour (HDJ), en Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP)*- afin d'effectuer des **entretiens semi-directif**.

Ainsi, les critères d'inclusion sont : être ergothérapeute diplômé d'état, puisque je cherche à connaître leur pratique, avoir accompagné des patients dysthymiques adultes en ambulatoire.

Les critères d'exclusions sont : ne pas avoir pris en soin des patients dysthymiques adultes, ne pas être ergothérapeute, accompagner dans la prise en charge de patients dysthymiques hospitalisés à temps complet, ne plus être en activité professionnelle.

4.1 Élaboration du guide d'entretien semi-directif

Après le choix de la méthode qualitative, il est important de choisir un outil recueillant les données cohérent avec la méthode. Un entretien semi-directif agit comme une discussion cadrée par des questions ouvertes autour de thématiques. La grille d'entretien réalisée est la même pour chaque entretien. L'organisation et la forme des questions n'évolue pas au fur et à mesure des entretiens passés, afin de ne pas biaiser les résultats d'analyses. L'analyse des informations recueillies permettent d'invalidier ou de valider l'hypothèse de recherche. Des questions de relances permettent d'approfondir la discussion et d'harmoniser la « récolte » d'informations recueillies d'un entretien à un autre et ainsi pouvoir analyser le contenu. Les informations recueillies permettront également de rendre plus fluide la discussion (G. Claude, 2019).

Dans un premier temps, une consigne inaugurale, c'est-à-dire une courte introduction de la recherche, sera effectuée pour débiter l'entretien. Ensuite, les questions suivantes en vert seront posées. Les questions en italique correspondent aux questions de relance afin d'avoir les informations attendues dans les réponses. Un tableau reprenant la matrice d'entretien et la création du guide d'entretien est présent en Anexe V.

1) Pouvez-vous vous présenter ?

La présentation de l'interlocuteur comprend son nom, mais également sa présentation professionnelle. Les données attendues dans cette question sont notamment l'année d'obtention du diplôme et l'institut de formation de l'ergothérapeute.

a) Depuis quand êtes-vous diplômé.e ?

b) A quel institut de formation avez-vous été formé.e ?

2) Quel est votre parcours professionnel ?

Les réponses apportées permettront de comparer le temps de pratique dans les domaines de la psychiatrie et/ou santé mentale, le type de structures où iels exercent, ainsi que leurs expériences antérieures. L'avis de l'interlocuteur est sollicité quant aux différents moyens ou différentes exécutions des prises en soin en fonction des types

de structures en santé mentale. Si tous les points ne sont pas abordés, des questions de relances permettront de le faire.

- a. *Depuis combien de temps travaillez-vous avec des populations ayant des problématiques de santé mentale/psychiatrique ?*
- b. *Dans quel type de structure exercez-vous ? (Hôpital en HC/HDJ/CATTP, CMP, libéral etc) Quelles sont, selon-vous les différences dans les prises en charge entre ces types de structures ?*

3) *De quelle manière avez-vous suivi un patient avec un diagnostic de trouble dépressif persistant/ dysthymique ?*

Cette question permettra d'identifier si l'ergothérapeute utilise un modèle conceptuel dans ses prises en charges et des évaluations associées ou non à ce modèle. Elle permet aussi de dialoguer sur la perception des professionnels des particularités des patients dysthymiques. Ainsi que des objectifs thérapeutiques pouvant revenir dans le suivi de cette population. Les types de médiations utilisées dans l'accompagnement sont questionnées (par exemple la psychoéducation, [cf 3.2.2 Réhabilitation Psycho-sociale](#)). De plus, il est attendu de l'ergothérapeute d'identifier les freins à la réhabilitation psychosociale et à l'amélioration de la qualité de vie du patient.

- a. *Utilisez-vous un modèle conceptuel dans vos prises en charges ? Lequel ?*
- b. *Quelles évaluations utilisez-vous ?*
- c. *Quelles sont, selon vous, les principales particularités des patients atteints de dysthymie en comparaison avec d'autres troubles de l'humeur ?*
- d. *Quels objectifs thérapeutiques poursuivez-vous généralement avec ces patients ?*
- e. *Quelles activités ou médiations utilisez-vous le plus fréquemment pour les accompagner ? Pourriez-vous m'évoquer un suivi ?*
- f. *Faites-vous de la psychoéducation ? Si oui, de quelle manière ?*
- g. *Quels sont les principaux freins ou obstacles à la réhabilitation psychosociale et à l'amélioration de la qualité de vie de ces patients ?*

4) *Est-ce que des approches théoriques ou certains types d'intervention vous paraissent d'expérience plus adaptée que d'autre ? Pourquoi ?*

Cette question permet d'identifier si le thérapeute a observé une récurrence dans ses suivis et des méthodes lui paraissant avoir de meilleurs résultats avec cette population. A l'inverse, il peut être évoqué des méthodes ou des stratégies d'approches qui se sont avérées peu ou moins adaptées avec une population ayant un trouble dépressif persistant. Cela peut être un type de séance, une approche théorique type thérapie cognitivo-comportementale ou des modalités de types de séance (groupale ou individuelle) par exemple.

- a. *Y a-t-il une approche théorique qui vous semble particulièrement efficace et pertinente pour ces patients ?*
- b. *À l'inverse, avez-vous rencontré des méthodes ou des stratégies qui se sont avérées peu adaptées ?*

5) *Dans votre pratique, mettez-vous une médiation en groupe pour ce type de patients ?*

Cette question fermée permet, en fonction des réponses, de rebondir sur des questions de relance afin d'approfondir le sujet.

En effet, si la réponse est « non », comprendre pourquoi et quel suivi l'ergothérapeute préfère mettre en place est pertinent pour cette recherche.

Si en revanche la réponse est « oui », la description du fonctionnement du groupe et du cadre thérapeutique est intéressante. Il est attendu que l'ergothérapeute explique les bénéfices observés par l'approche du groupe pour les patients. Qui détermine les activités dudit groupe et de quelle manière le thérapeute adapte sa pratique en prenant en compte la dynamique de groupe et les différences de motivations intrinsèques et extrinsèques des membres qui le composent.

Si non :

- *Pourquoi ? Quel suivi préférez-vous mettre en place ?*

Si oui :

- *Pouvez-vous décrire leur fonctionnement ? Le cadre ?*
- *Quels sont les bénéfices observés de l'approche groupale pour ces patients ?*
- *Quelles activités spécifiques utilisez-vous en groupe et pourquoi ? Est-ce vous qui les déterminez ou le groupe ?*
- *Comment gérez-vous la dynamique de groupe et les différences de motivation intrinsèques et extrinsèques des participants ?*

6) De quelle manière pensez-vous développer le pouvoir d’agir des personnes que vous accompagnez ?

Cette question permet d’explorer les approches et les leviers du thérapeute avec cette population.

7) Comment parvenez-vous dans votre suivi à renforcer l’estime de soi ?

Il est attendu dans cette réponse un lien avec la question 5 et/ou 6 ainsi qu’une manière d’évaluer l’estime de soi d’un ou de plusieurs patients (que ce soit de manière quantitative ou qualitative).

a) *Comment évaluez-vous l’estime de soi ?*

4.2 Démarche de recrutement des ergothérapeutes

Pour recruter, la demande de recherche d’entretien s’est faite auprès de structures par mails, de relance d’adresses mails de professionnels rencontrés aux Assise de l’Ergothérapie en 2024. Ensuite, elle s’est faite au travers des postes sur les réseaux sociaux. Notamment des groupes dédiés à l’ergothérapie francophone sur Facebook et LinkedIn. Une affiche fut réalisée pour attirer le regard du lecteur ([Annexe III](#)).

Dans le but de recueillir le plus d’ergothérapeutes correspondant aux critères de recherches, mon message de demande d’entretien spécifiait que, même si l’ergothérapeute ne se sentait pas en capacité de répondre (ou n’était pas dans les critères), il pouvait le transmettre à des personnes pouvant être intéressée pour réaliser l’entretien. Il s’agit de l’application de la méthode « *boule de neige* » ou « *Snowball* » en anglais. Aussi appelée « la méthode en chaîne », elle peut se définir, d’après Naderifar, comme une méthode permettant d’accéder à des sujets ayants des caractéristiques ciblées de manière efficace. En effet, « *in this method, the researcher asks the first few samples, who are usually selected via convenience sampling, if they know anyone with similar views or situations to take part in the research. The snowball method not only takes little time but also provides the researcher with the opportunity to communicate better with the samples, as they are acquaintances of the first sample, and the first sample is linked to the researcher. This type of net-working is particularly*

useful for finding people who are not willing to reveal their identities ⁴ » (Naderifar, 2017).

Les ergothérapeutes ayant participé à l'étude m'ont toutes contactée par mail ou via un réseau social pour me prévenir de leur souhait à participer. Des échanges ont été initiés. Il était également demandé de remplir un Formulaire de Consentement de participation à l'étude ([Annexe IV](#)) avant de réaliser les entretiens. Le contexte de recherche, le thème du mémoire, les objectifs de l'entretien, les modalités de passation, le consentement ou non d'enregistrement de l'entretien ainsi que les contraintes de confidentialité sont contenues dans ce formulaire. L'ergothérapeute et moi-même signons ce formulaire.

4.3 Modalité de la passation d'entretien

Les entretiens furent réalisés en distanciel via « Teams », sauf pour l'ergothérapeute B (**EB**) ayant verbalisé qu'il était plus simple pour elle de passer par un appel « Messenger ». Le distanciel a été privilégié afin de répondre à des contraintes géographiques et organisationnelles. Leur durée a varié entre 27 minutes et 50 minutes. Cinq entretiens ont été réalisés et enregistrés avec mon téléphone via l'application « dictaphone ». L'enregistrement n'a d'ailleurs pas fonctionné pour l'entretien avec l'ergothérapeute B. Je m'en suis rendue compte dans la journée terminant l'entretien, en voulant reprendre les deux réponses que je n'avais pas prises en note pendant que l'ergothérapeute B parlait. Puisqu'il me manquait deux réponses en notes, j'ai redemandé dans la journée à **EB** s'il était possible de refaire l'entretien. Celle-ci a préféré reprendre les questions dont il me manquait des réponses à travers des « messages vocaux » sur Messenger, afin que j'aie tout de même ses propres verbatims et non pas des reformulations.

Le déroulé a suivi la grille d'entretien ([Annexe V](#)). Je me présentais de manière formelle dans un premier temps, rappelant l'objet de la recherche et comment l'entretien allait se dérouler. Je posais ensuite mes questions et formulais des questions de

⁴ « Dans cette méthode, le chercheur demande aux premières personnes échantillonnées, qui sont généralement sélectionnées par le biais d'un échantillonnage au travers de connaissances, s'ils connaissent des personnes ayant des points de vue ou vécu des situations similaires qui pourraient participer à la recherche. La méthode « boule de neige » s'initie en peu de temps et permet au chercheur de mieux communiquer avec les « échantillons », puisqu'ils sont des connaissances communes du premier échantillon lui-même lié au chercheur. Ce type de travail en réseau est particulièrement utile pour trouver des personnes qui ne sont pas disposées à révéler leur identité. » (Naderifar, 2017, traduction personnelle)

reances anticipées. Je remerciais à l’ergothérapeute à la fin de l’entretien. J’ai demandé deux choses non anticipées dans le livret d’entretien : « Avez-vous des choses à ajouter qui vous viennent ? » et « Auriez-vous d’éventuels axes d’amélioration à m’apporter par rapport à cet entretien » à toutes les personnes ayant participé à la recherche.

5. Résultats

Cette partie reprend les résultats des entretiens semi-directifs effectués. Elle présentera et analysera les résultats recueillis.

5.1. Présentation des ergothérapeutes interrogées

Données socio-démographiques des ergothérapeutes (EA à EE) interrogées et parcours professionnel :

	Année de diplôme	Institut de formation en ergothérapie (IFE)	Région d'exercice	En poste depuis	Type de service/structure en réhabilitation psychosociale (RPS)
EA	2000	IFE ADERE (Paris)	Région parisienne	Fin 2022	Foyer d'Accueil médicalisé (FAM) en santé mentale. A travaillé en Centre Accueil Thérapeutique à Temps Partiels (CATTP) plusieurs années et en Hôpital de Jour (HDJ) spécialisé RPS. <i>EA a une approche de RPS depuis 2011.</i>
EB	2016	IFE Limoges	Suisse	2016	Soin à Domicile depuis 2016
EC	2024	IFE La Musse (Évreux)	Normandie	fin 2024	Association, secteur médico-sociale, dans un service d'évaluation et de début de suivi en réhabilitation psychosociale.
ED	2018	IFE La Musse (Évreux)	Normandie	2021	Unité de réhabilitation psychosociale en ambulatoire d'un hôpital psychiatrique

EE	2020	IFE Rennes	Nor- mandie	2021	Service de réhabilitation psychosociale au sein d'un Etablissement Public de Santé Mentale (EPSM)
-----------	------	---------------	----------------	------	---

Analyse des données obtenues :

Dans un premier temps, on peut observer que tous les ergothérapeutes interrogés sont des femmes. Sur les cinq ergothérapeutes, remarque que trois d'entre elles pratiquent l'ergothérapie en Normandie. Parmi elles, deux ont été formées à l'IFE La Musse. Concernant l'année d'obtention du diplôme d'état en ergothérapie, on remarque un écart de 25 ans entre l'ergothérapeute la plus expérimentée et celle ayant le moins de temps de pratique. La moyenne du nombre d'année de pratique de la population est de 9,4 années. Cependant l'extrémité entre 1 et 25 ans biaisent la moyenne ; le temps médian de pratique est plus représentatif de l'échantillon de population interrogé est de 7 ans.

Quatre ergothérapeutes travaillent actuellement avec une population dysthymique en ambulatoire sauf **EA** qui pratique actuellement dans un lieu de vie. Cependant, elle a également travaillé plusieurs années dans des structures en ambulatoire (CATTP, HDJ) entre 2011 et 2022. Elle rentre par conséquent dans les critères d'inclusions. **EC** étant en poste dans un service d'évaluation, n'assure que des débuts de suivis avant que les usagers soient redirigés vers des types d'établissements ou de structure permettant un suivi adapté à leur profil.

C'est dans ce contexte que sont délivrées les perceptions des professionnels à propos des usagers ayant une dysthymie, que nous interrogerons par la suite.

5.2 Perception des professionnels d'utilisateur ayant une dysthymie

	Particularités des personnes dysthymiques
EA	<i>« Il y a l'estime de soi qui est particulièrement altérée, la perte d'espoir [...]. Peut-être que par rapport à la bipolarité, puisqu'ils n'ont pas de phase haute ils ne vivent que des choses qui sont du côté négatif, eux, ils ne peuvent pas se défendre avec d'autres symptômes. »</i>
EB	<i>« la perte de confiance en soi, du sentiment de compétence, manque d'initiation et de motivation »</i> <i>« il est souvent associé à un trouble anxieux [dans les patients qu'elle a pu suivre] »</i>

EC	« Une tristesse très marquée. Une perte de l'appétit. [...] Il n'y a plus aucune ritualisation. [...] Il n'y a plus d'occupations significantes. Une perte d'envie dans à peu près tout. »
ED	« La difficulté d'initiation. [...] ce qui va en découler derrière [c'est] un isolement social massif »
EE	« Cela va surtout sur l'envie [...] et l'intérêt de faire les choses. [Des personnes] qui mettent en avant un manque de motivation, en tout cas ils le qualifient comme ça, même si on va bien que c'est de l'ordre de la symptomatologie. »

Analyse des données obtenues :

Dans leur perception du patient, les ergothérapeutes verbalisent trois des six symptômes de la dysthymie présents dans le DSM-V. Notamment le trouble de l'appétit (« *perte d'appétit ou hyperphagie* »), « *la perte d'espoir* » et « *l'estime de soi altérée* ». Plusieurs groupes de mots tels que « difficulté d'initiation », « perte de motivation », « aucune ritualisation », « perte d'envie » et « aucune occupations significantes » évoquent le symptôme de « difficultés à prendre des décisions ». La tristesse soulevée par **EC** rappelle le Critère C « humeur dépressive ». **EA** quant à elle compare la dysthymie aux troubles bipolaires en soulignant que les usagers atteints de dysthymie n'ont pas de possibilité de « *se défendre avec d'autres symptômes* » positifs, rappelant le critère E du DSM où aucun épisode maniaque n'a été observé.

5.3 Pratique professionnelle et outils utilisés

Dans cette partie seront évoqués deux sous-thématiques : l'évaluation (modèle utilisés, outils d'évaluation, objectifs thérapeutiques) ainsi qu'un début d'évocation de moyens (médiations utilisées, psychoéducation). Les tableaux de données brutes avec les verbatims sont consultables dans [l'Annexe VI](#).

5.3.1 : L'évaluation

Le recours à un modèle conceptuel dans le cadre d'un suivi facilite l'identification des priorités de prise en charge. Il influence notamment les outils et bilans utilisés pour évaluer l'état actuel de l'utilisateur. **EA, EB, EC, ED, EE** utilisent le MOH dans leur pratique. Il est soit utilisé de manière exclusive (**EA, EC, ED**), soit en complémentarité avec le modèle Vivez Bien Votre Vie (VBVV) (**EB** et **EE**). **EB** et **EE** justifient leur choix par l'approche centrée sur l'équilibre de vie et le bien-être des outils qui le compensent.

Les outils d'évaluation utilisés par les ergothérapeutes combinent des méthodes standardisées et des approches plus qualitatives. Plusieurs instruments du MOH sont cités, tels que :

- Le Volitional Questionnaire (**VQ**), permettant d'évaluer la volition à travers l'observation. Il est utilisé par **EA** et **EB**.
- **Les listes des rôles (LR)** et des **intérêts (LI)**, mobilisées pour explorer l'identité occupationnelle et les domaines d'engagement potentiels. La liste des rôles est utilisée par 3 ergothérapeutes (**EA, EB, EC**) sur les 5 interrogés, tandis que la liste des intérêts est utilisée par 4 d'entre-elles (**EA, EB, EC, EE**).
- L'**OCAIRS** (Occupational Circumstances Assessment Interview and Rating Scale), permettant au travers d'entretien l'évaluation structurée d'un profil occupationnel. Il est utilisé par **EB, ED, EE**.
- L'Occupational Self-Assessment (**OSA**) : outil d'auto-évaluation permettant de mesurer la compétence occupationnelle. Parmi les personnes interrogées, seule **ED** l'utilise.
- L'**ACIS** (Assessment of Communication and Interaction Skills) évalue les habiletés d'interaction et de communication. Il est utilisé par **EC**.
- Occupational Questionary (**OQ**) : auto-évaluation permettant d'évaluer l'utilisation de son temps dans son quotidien, ainsi que ses valeurs, intérêts et déterminants personnels. Il est utilisé par **EC**.

L'échelle Lausannoise d'Autoévaluation des Difficultés et des Besoins (**ELADEB**) et l'Autoévaluation des Ressources (**AERES**) sont également citées. **EA, EC** et **EE** utilisent l'ELADEB. L'AERES est utilisée seulement par **EA**. Ces outils d'évaluation en réhabilitation psychosociale ne sont pas issus du MOH ni spécifique à l'ergothérapie.

Les outils utilisés issus du modèle VBVV mentionnés sont **L'échelle d'équilibre de vie** (IES, utilisée par **EE**), La Mesure de Qualité de l'environnement (**MQE**, utilisé par **EC**) et la Mesure des Habitudes de Vie (**MHAVIE**, utilisée par **EC**).

L'**ED** mentionne l'échelle **STORI** évaluant où la personne se situe en termes de rétablissement. C'est la seule des personnes interrogées l'utilisant.

Ainsi, si nous reprenions les évaluations par leur fréquence d'utilisation dans un nuage de mots, cela pourrait se modéliser ainsi :



Figure 2 Nuage de mot présentant la fréquence des évaluations utilisées par les ergothérapeutes interrogés

Enfin, les objectifs thérapeutiques sont coconstruits avec l'utilisateur en parallèle de l'état initial (**EB**) ou à la suite des évaluations en fonction des ergothérapeutes. Si toutes les ergothérapeutes interrogées s'accordent sur le fait que chaque objectif est patient-dépendant, quelques thématiques récurrentes ont été observées par certaines d'entre-elles. Le renforcement du pouvoir d'agir, à travers la prise de conscience des ressources personnelles et la restauration de la confiance en soi est évoqué par **EA**. Des objectifs orientés vers le lien social et l'autonomie quotidienne, notamment au travers de l'alimentation et la reprise de contacts sociaux sont mentionnés par **ED**. Enfin, trois d'entre-elles mentionnent l'importance d'un projet personnel comme levier motivationnel (**EB**, **EC**, **EE**) et l'investissement des occupations significatives (**EB**, **EC**, **EE**). Cela peut passer par la restauration de routines satisfaisantes (**EE**) liées au projet du patient.

Pour terminer, **EB**, qui coconstruit les objectifs dans les suivis à domicile de ses « clients » (terme préférentiel utilisé en Suisse), ne constate pas de récurrence dans les objectifs des suivis. Elle mentionne une difficulté de la population ayant des troubles dépressifs persistants à créer des objectifs ou construire des projets mais n'a pas observé de similitudes d'un patient à un autre.

La construction des objectifs au travers du projet des usagers est une pratique fidèle au principe de rétablissement.

5.3.2 : Les moyens de suivi

Les cinq entretiens d'ergothérapeute (EA à EE) révèlent une diversité d'approche concernant le cadre des séances.

En effet, **EA, EB, EC, EE** mentionnent spontanément les occupations. **EC** précise qu'elle passe par des mises en situation tandis que **EB** « *décompose étape par étape les objectifs déterminés pour pouvoir les mettre en œuvre* ».

EA, EB, ED, EE peuvent proposer en fonction des demandes une approche groupale. La structure de **EC** ne fait pas de suivi en groupe pour le moment, c'est un projet en cours.

EA, EB et **ED** évoquent la pratique d'entretien motivationnel. **EE** souligne la posture du thérapeute et l'aspect réflexif pouvant être amené comme médiation à part entière. Elle n'est pas formée à la méthode d'entretien motivationnel mais elle a été sensibilisée à certains mécanismes d'entretiens présent dans cette méthode.

L'utilisation d'outils de la réhabilitation en séance individuelle (**EC, EE**) et en groupe (**ED, EE**) telle que la remédiation cognitive, les habiletés sociales ou divers « jeux » sont également évoqués.

Les cinq ergothérapeutes (**EA à EE**) font de la psychoéducation en séance, bien que pour **EC** cela soit plus occasionnels « *On préconise souvent, [mais la demande reste] l'évaluation et l'orientation [vers une autre structure de santé mentale/psy]* » et « *on va en parler dans certaines séances quand c'est vraiment nécessaire* ».

Un graphique reprenant les médiations évoquées lors des entretiens et le nombre d'ergothérapeutes interrogés les pratiquant afin de synthétiser les données précédemment évoquées.

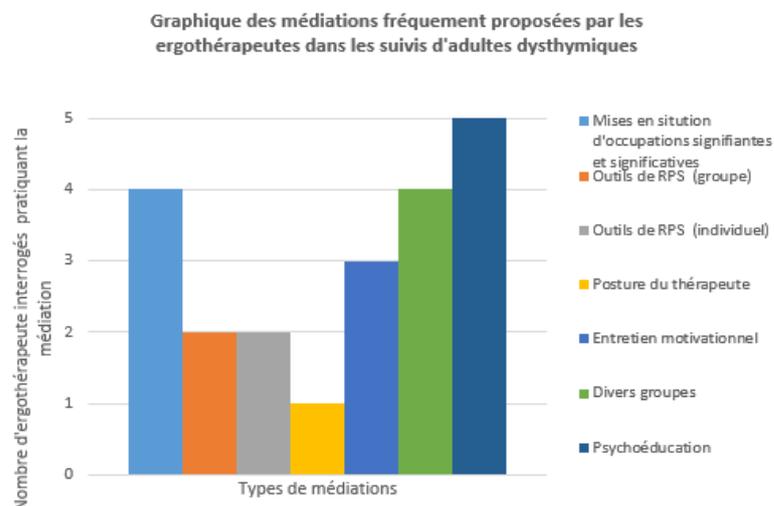


Figure 3 Graphique reprenant les médiations utilisées avec les personnes dysthymiques en ergothérapie

Les axes de pratiques de psychoéducation sont hétérogènes. En effet, **EA** met l'accent sur la déculpabilisation, la déconstruction des stigmatisations et la clarification du rapport entre soi et la pathologie. La psychoéducation est intégrée dans les entretiens individuels, dans une perspective de reconstruction identitaire. Tandis que pour **EB**, la psychoéducation vise à séparer personnalité et pathologie, à travers une approche continue durant l'accompagnement, et permet de dédramatiser le vécu des symptômes. **ED** adopte une approche implicite : la psychoéducation est diffusée dans les activités quotidiennes, à travers l'organisation, le feedback, ou l'animation de groupes à visée éducative sans être nommés comme tels. Enfin, **EE** utilise la pluridisciplinarité pour faire la psychoéducation, intégrant notamment des médiateurs de santé pairs (MSP). La psychoéducation prend la forme d'échanges d'expériences, de ressources audio (comme des podcasts), ou d'orientation vers des groupes spécifiques. Cette pratique est souple et centrée sur l'empowerment de l'utilisateur.

5.4 Leviers et Freins perçus à la réhabilitation psychosociale des personnes dysthymiques

Les ergothérapeutes ont partagé des freins variés à la Réhabilitation Psychosociale des personnes dysthymiques. **EA** souligne le manque de structure relai dans l'environnement et la nécessité de développer des partenariats avec les structures d'accompagner les projets des patients lorsqu'ils commencent à se sentir mieux. **EE** verbalise que parfois il n'y a pas de structures avec des pratiques orientées vers le rétablissement. Et que parfois, lorsqu'il y a une structure RPS, les professionnels ne sont ni sensibilisés ni formés à cette dynamique ou encore impliqués dans le suivi pour orienter vers le rétablissement. **EB** et **EC** soulignent l'inertie et l'apathie, entraînant le manque de motivation. Enfin, pour **ED** le frein survient lorsque le patient n'a pas une adhésion initiale au suivi dès le début du suivi : « *j'ai conscience que j'ai besoin d'aide et je peux prendre la main tendue, même si j'ai peur* » ([Annexe VI](#) tableau de données 5.4). Si le patient n'est pas acteur, l'instauration d'une dynamique orientée vers un rétablissement sera difficile.

Ainsi, pour **EB**, **EC** et **ED**, les principaux freins soulignés sont des facteurs intrinsèques de l'utilisateur, liés à sa condition. Tandis que **EA** et **EE** axent leur réponse sur les freins liés à l'institution en tant que telle et les professionnels y pratiquant. Cela révèle des freins systémiques et un manque de formation des professionnels.

Chaque ergothérapeute a également avancé un levier à la réhabilitation psychosociale. **EA** et **ED** soulignent la prise de conscience du besoin initial d'aide, même partielle ou ambivalente, ainsi que la disposition de l'utilisateur à s'engager dans le suivi. **EB** insiste sur la capacité des usagers à définir leur propre projet, malgré la difficulté que cela représente pour assurer un suivi contextualisé au domicile dans le quotidien de la personne. **EC** valorise la recherche de satisfaction occupationnelle de l'utilisateur, même si elle est minime, avec le soutien des professionnels le suivant comme moteur de changement. Quant à **EE**, elle valorise l'engagement des professionnels partenaires impliqués dans la dynamique de rétablissement s'inscrivant dans une logique de co-intervention.

Ainsi, cette thématique met en évidence la nécessité d'accompagner les usagers de santé mentale, notamment dysthymiques, en s'appuyant sur divers facteurs intrinsèques et extrinsèques. Du point de vue des professionnels, la posture utilisée lors d'entretiens ou de séances peut être un levier comme un frein dans le suivi. L'importance de la coordination entre professionnels et de réseaux adaptés aux principes du rétablissement est mise en avant pour assurer un meilleur accompagnement du patient. L'adhésion et la motivation de l'utilisateur sont essentielles. Les freins identifiés invitent à repenser trois points majeurs : des stratégies d'« accrochage » au suivi de l'utilisateur, sensibiliser et former les équipes ainsi que renforcer les partenariats entre structures et associations.

5.5 Utilisation de l'outil « groupe » comme levier pour la réhabilitation psychosociale et d'empowerment

Plusieurs sous thèmes sont abordés dans cette thématique, notamment : l'utilisation du groupe en ergothérapie, le cadre de ceux-ci, les bénéfiques et les modalités. Les données contenant les verbatims référés ici sont dans l'Annexes VI.

La recours au groupe est une pratique fréquente mais diversifiée : **tous les professionnels interrogés**, à l'exception de **EC** qui est en projet d'élaboration de groupe, utilisent les groupes thérapeutiques dans leur pratique.

En effet, **EA** et **EB** mettent en œuvre des groupes fermés, reposant sur le modèle de remotivation de Las Heras, favorisant un cadre progressif et évolutif pour l'usa-

ger ayant des troubles volitionnels. **EB** cite notamment le groupe « *Partage et Entraide* », conçu spécifiquement pour des personnes présentant des troubles motivationnels.

ED pratique dans un service proposant une offre groupale structurée autour de trois grandes thématiques : remédiation cognitive, psychoéducation/déstigmatisation, et thérapie familiale. L'inscription est libre ou sur proposition des soignants. **EE** pratique également les groupes de manière régulière, dans une logique centrée sur la demande de l'utilisateur. L'utilisateur peut être à l'origine de la proposition en entretien individuel, ou la demande peut être relayée par les soignants.

L'analyse des pratiques groupales chez cinq ergothérapeutes (**EA à EE**) montre la richesse des formats proposés et les apports spécifiques du groupe dans l'accompagnement. Si les modalités varient selon les structures et les populations, l'utilisation du groupe est unanimement perçue comme un levier thérapeutique fort, à la condition qu'un cadre pertinent soit posé. **EA, EB, ED, EE** adaptent leur cadre d'intervention selon les objectifs et la nature du groupe. Les ergothérapeutes adoptent une posture souple et facilitatrice. **EB** et **EA** soulignent l'importance de savoir s'effacer en tant que soignant pour laisser émerger la dynamique du groupe, tout en assurant un suivi individuel complémentaire (**EA, EB, ED, EE**). Il faut également avoir des compétences d'animation, notamment lorsque la dynamique met du temps à s'installer.

L'essentiel des groupes évoqués sont fermés, avec des règles définies dès la première séance (**EA, EB, ED, EE**). Ce qui permet un sentiment de sécurité et une montée en engagement.

Les groupes avec **EE** ont une première séance où l'objectif est de créer une charte construite par usagers sur le cadre qu'ils souhaitent avoir, soulignant une posture égalitaire et collaborative. La souplesse du cadre est parfois modulée selon les thématiques abordées : certains groupes (TCC, estime de soi) restent structurés, alors que d'autres (habiletés sociales, jeux de rôles) laissent une large place à l'initiative des participants. **EB** mentionne notamment que sa posture en retrait lui permet de laisser le groupe construire le projet qu'il souhaite avec pour seule contrainte que le « *projet commun apporte quelque chose à la communauté* » (du groupe). Dans les services de RPS de **ED** et **EE**, il y a des groupes en fonctions des thématiques à renforcer.

Certains, type « programme clé en main », ont une approche Bottom-up : tout est protocolisé pour arriver à un point donné. Notamment lors de groupes de psychoéducatifs centrés sur l'estime de soi, par exemple (**ED**, **EE**). D'autres groupes ont une approche Top-Down, plus libre à l'expression des usagers dans le déroulé des séances et des médiations au sein du groupe proposé. **EE** évoque en exemple les groupes d'habiletés sociales où les usagers proposent eux-mêmes les mises en situations, repartent d'interactions leur ayant posé difficulté récemment dans leur quotidien pour renforcer sous forme de jeu de rôle et la sortie organisée à chaque dernière séance du groupe.

Les bénéfices du groupe sont multiples. Pour certains usagers, l'élan vital, affaibli par la dépression, est partiellement restauré par la dynamique groupale (**EA**). Sur le plan psychologique, les groupes favorisent un regain de motivation et de confiance en soi (**EA**, **EB**), en particulier par l'effet miroir et la reconnaissance entre pairs (**EB**, **EE**). Il permet d'instaurer un sentiment d'appartenance à une communauté confrontée à des problématiques similaires, de rompre l'isolement, ainsi que de mettre en place de la pair-aidance au travers un partage de stratégies (**EB**, **EE**, **ED**). Ce tout permet de favoriser un transfert d'acquis sur le quotidien, évalué au travers de bilan individuel post-groupe (**ED**).

Pour conclure sur cette thématique, l'utilisation du groupe et les modalités d'accès changent d'une pratique à une autre. La population au sein des groupes est variable, il n'y a pas que des usagers ayant des troubles dysthymiques ou dépressifs. Cependant le groupe, en favorisant le lien social et en rompant l'isolement, apparaît comme un espace de transformation. Rendre les usagers moteurs dans l'évolution du groupe permet une reprise du pouvoir d'agir. Cependant, toutes les thématiques abordées en groupes ne semblent pas s'y prêter, notamment lorsque la thématique du groupe est suivie autour de programme protocolisé répondant à une approche bottom-up (ex : groupe type « SCIT » abordant la remédiation de la cognition sociale ou certains programme lié à l'estime de soi). L'implication des usagers dans la définition des objectifs groupaux semble constituer un facteur clé de réussite.

5.6 Développement du pouvoir d'agir et de l'estime de soi de l'utilisateur

Plusieurs sous-thèmes sont abordés dans cette thématique, notamment la gestion des différences de motivations intrinsèques et extrinsèques dans le groupe, les

pratiques favorisants selon elles le pouvoir d'agir, la cotation de l'estime de soi et la manière de la renforcer. Les données contenant les verbatims référés ici sont dans [l'Annexe VI](#).

Différence de motivation intrinsèque et extrinsèque :

Dans un premier temps, la gestion des différences de motivation dans les groupes ne mobilise pas les mêmes moyens d'accompagnement en fonction des ergothérapeutes. En effet, **EA** et **ED** décrivent des stratégies de sollicitation progressive au sein du groupe, fondées sur l'observation, des feedbacks individualisés, et des défis adaptés à la thymie du moment. **EB** et **EE**, elles, valorisent des groupes autogérés. La dynamique interne est favorisée par un retrait partiel du soignant. La régulation se fait en grande partie entre pairs, ce qui permet une répartition naturelle des rôles (leadership, soutien). Dans la démarche de **EE** : « *Le groupe se porte lui-même. Quand ils arrivent, ils ont un minimum d'envie [...] de travailler sur cette problématique-là. Donc, du coup, la motivation, elle est plus ou moins toujours présente. Du moins, un minimum, parce que c'est eux qui ont choisi d'être dans le groupe. C'est rare d'avoir des abandons dans un groupe. [...] Quand ils n'ont pas envie de venir, ils viennent quand même souvent. Et justement, ils le disent en début de groupe. On prend la température de comment va chacun* ». Ainsi, l'utilisateur est directement placé en position d'acteur par la recherche d'informations et thèmes de travaux du groupe par soi-même. Cela entraîne une motivation, même minimale, dès le début du suivi en groupe. La participation est donc souvent maintenue malgré les difficultés.

Pratique(s) favorisant le développement du pouvoir d'agir :

La pratique ergothérapeutique favorisant un développement du pouvoir d'agir du patient est un objectif central de l'intervention. Plusieurs éléments de pratiques reviennent au cours des entretiens.

Le respect du projet personnel est valorisé par **EC**, **ED** et **EE**. **EC** insiste notamment sur le motif subjectif de la demande comme point de départ de l'intervention, même si celle-ci n'est pas socialement valorisée. **EE** complète par la posture professionnelle, restreignant les projections que l'on peut faire sur les besoins de la personne : « *ne pas faire, du coup, à leur place ni proposer notre aide pour voir ce qu'eux peuvent faire à leur échelle. Et de les accompagner là-dessus* » (**EE**).

L'utilisation d'entretiens motivationnels est soulignée par **EA** et **ED** comme développement du pouvoir d'agir. **EB** parle plutôt de « coaching » afin d'entretenir : «

cette motivation, cette volition des personnes. De l'accompagner dans différents stades et de développer sur la base de coaching, d'entretiens, ce pouvoir d'agir et d'améliorer l'estime de soi par des activités « positive », en tout cas en évitant la mise en échec ». **EB** et **EE** considèrent que le développement du pouvoir d'agir repose sur un accompagnement tout au long du suivi favorisé par un ajustement de posture professionnelle. Cela permet à la personne de prendre des décisions, d'initier des actions et d'identifier leur propres ressources, internes comme externes.

EA utilise le groupe pour aider « à la déstigmatisation et la dédramatisation ».

Enfin, **ED** établit la reprise du pouvoir d'agir au travers de l'échelle de rétablissement STORI. Elle ajoute que la reprise du pouvoir d'agir : « passe [aussi] par de l'observation. [...] Tu ne peux pas, en tant que soignant, ne pas amener ce que tu constates, parce que c'est les faits. [...]. Ça peut faire des fois un choc quand tu n'as pas cette conscience-là, mais ça permet aussi à la personne de pouvoir prendre plus de recul et donc d'avancer sur la reprise de son pouvoir d'agir ».

L'évaluation et le renforcement de l'estime de soi :

Les ergothérapeutes mobilisent des outils validés pour coter l'estime de soi. **EE** et **EC** utilisent l'échelle de Rosenberg, parfois complétée par l'échelle de Coopersmith ou le WEMWBS (Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale). Pour **EE**, cela objective le niveau d'estime de soi avant et après les groupes. **EA** se réfère au VQ (Volitional Questionnaire) dans un usage différé, une fois que des signes de reprise d'initiative apparaissent. **EB** s'appuie sur les items de l'OCAIRS relatifs à la volition (valeurs, intérêts, déterminants personnels), intégrés à l'évaluation globale. **ED** mentionne l'usage partagé d'échelles par les infirmiers, mais accorde une large place à l'observation clinique, complétée par l'échelle de rétablissement, comme indicateur du pouvoir d'agir.

Pour renforcer l'estime de soi, les ergothérapeutes **EA** à **EE** mentionnent la posture du soignant. **EA**, **EC** et **EE** mentionnent des éléments pour redonner confiance en soi au patient, notamment le renforcement positif, la réassurance ainsi qu'une attitude humble et empathique, et des feedbacks permettant de reconnaître ses propres progrès. **ED** valorise le lien thérapeutique et ce qui est significatif pour la personne.

EC et **EE** répondent que renforcer le pouvoir d'agir revient à renforcer l'estime de soi. Elle est également renforcée à travers de la pratique d'activités à visée « positive », dans lesquelles l'échec est minimisé (**EB**).

6. Discussions

6.1 Confrontation entre les données scientifiques et les données empiriques

Plusieurs données entre la théorie et la pratique des professionnels interrogés peuvent être discutées.

Dans un premier temps, dans la phase exploratoire, nous avons pu voir que l'ergothérapeute pouvait baser sa pratique sur un modèle conceptuel. Notamment sur le MOH de par son approche holistique de la personne et de sa dynamique constante avec son environnement (cf [Annexe I](#) schéma) pour suivre un usager dysthymique, ou plus largement de santé mentale. Cependant, si les cinq personnes interrogées l'utilisent, deux le couplent avec des outils du modèle Vivez Bien Votre Vie (VBVV). Ce modèle prend en compte la dimension de l'expérience, l'utilisation des horaires dans sa vie et la nature des expériences, l'impact sur la santé de celles-ci sur la santé et le bien-être en émettant comme hypothèse que chaque dimension citée précédemment est influencée par des facteurs personnels et sociaux. Ainsi, le sens (dans l'action), l'équilibre occupationnel, le choix (permettant la création de l'identité personnelle et sociale par l'occupation) et la routine sont les quatre axes de pratiques proposés par ce modèle (Moll, S & all, 2015). Ces quatre axes peuvent répondre à des plaintes de l'usager dans son suivi et apporter des éléments de réponses dans la pratique afin d'atteindre des objectifs thérapeutiques.

La perception du groupe pour travailler les compétences psychosociales (sociales, émotionnelles, cognitives) par les différentes professionnelles coïncident avec les données théoriques. Mettre en place un environnement favorisant la diminution de l'autostigmatisation afin d'augmenter le pouvoir d'agir de l'usager est également en cohérence entre les données empiriques et théoriques.

Ensuite, les entretiens avec les ergothérapeutes, plus particulièrement **EC** et **EE**, m'ont permis de réaliser que j'aurais dû accorder une place dans la phase exploratoire dans la partie rétablissement au terme « autodétermination », qui n'est mentionné que rapidement dans la partie [RPS](#). Cette autodétermination est définie par Tse comme « *ability to regulate behavior to suit one's own goals and values*⁵ » (Tse & al, 2011).

⁵ L'autodétermination se traduirait comme « la capacité à réguler son comportement en fonction de ses propres objectifs et valeurs » (Tse & all, 2011, traduction personnelle)

L'autodétermination est donc facilitée par la motivation intrinsèque et entraîne des conséquences sur le bien-être du sujet (Ryan & Deci, 2000). Ainsi, pour s'épanouir, l'humain doit entreprendre des activités dans lesquelles la motivation est en accord avec ses valeurs et ses objectifs personnels (donc autodéterminés) (Ryan & Deci, 2000). Par conséquent, avoir une posture favorisant l'autodétermination de l'utilisateur facilite son engagement dans un projet personnel et de développe son pouvoir d'agir (Franck & Picolet, 2017).

Enfin, les freins systémiques à la réhabilitation psychosociale liés à la présence de structure ou non avec une approche orientée rétablissement sur un territoire et des professionnels formés à la démarche de rétablissement, soulignés par **EA** et **EE**, sont des données inattendues. Cela souligne un manque d'équité dans les suivis et une inégalité liée à la répartition des soins sur un territoire que je ne pensais pas aborder dans ce mémoire.

6.2 Retour sur les hypothèses de recherche

Les hypothèses de cette étude étaient :

- H1 : La réalisation de séances de groupe permet la restauration de l'estime de soi d'adultes dysthymiques.
- H2 : La réalisation d'activités significatives déterminées par le groupe permet une restauration de l'estime de soi des adultes dysthymiques

À la suite de la collecte puis à l'analyse de données empiriques, nous pouvons valider H1. En effet les 4 ergothérapeutes sur 5 interrogés utilisent la médiation de groupe avec ce type de population et parviennent à évaluer de manière quantitative (évaluations) et qualitatives (observations) l'estime de soi de l'utilisateur dysthymique. Il est cependant à noter que les groupes, bien que fermés, ne sont pas constitués exclusivement de personnes dysthymiques (cf Résultats 5.5 modalités du groupe). De plus, une personne ayant un diagnostic posé pour la dysthymie peut également avoir une autre pathologie.

Quant à H2, les données empiriques récoltées lors des entretiens montrent que l'approche groupale où les activités significatives sont déterminées par les usagers du groupe n'est pas une pratique courante. Seulement **EB**, sur les cinq ergothérapeutes interrogées, utilise cette méthode « Bottom-Up » de suivi. Ainsi, les données récoltées sont trop partielles pour valider H2. Nous ne pouvons ni la réfuter ni la valider.

6.3 Biais

Biais méthodologique :

Il y a les biais induit par la construction de la grille d'entretien. De plus, bien que le guide d'entretien a toujours été utilisé, néanmoins il a été parfois nécessaire de reformuler les questions pour certains participants. Une question fut unanimement incomprise : la question 4 « *Est-ce que des approches théoriques ou certains types d'intervention vous paraissent d'expérience plus adaptées que d'autre ? Pourquoi ?* ». Elle portait à confusion chez les personnes interrogées. Je cherchais à savoir s'ils avaient déjà eu d'autres pratiques que la réhabilitation psychosociale ou bien si dans leur pratique de Réhabilitation Psychosociale avait en elle-même évoluée depuis qu'ils avaient débutés. Peut-être qu'ils avaient abandonné des pratiques, des médiations ou au contraire essayé de nouvelles choses. Or cette question ne fut comprise par aucun des ergothérapeutes. Aucune donnée n'est donc à traiter.

Ensuite, lors du questionnement des freins à la réhabilitation psychosociale des personnes dysthymiques, chaque ergothérapeute a spontanément donné un levier après un frein. L'analyse de ce levier peut constituer un biais en soi car ils n'auraient peut-être pas formulé celui-ci si la question avait été posée.

L'enregistrement de l'entretien de **EB** n'a pas fonctionné. Le fait de lui reposer les questions où je n'avais pas pris de note via *Messenger* et elle qui me réponde par vocal afin que je puisse tout de même avoir des verbatims constitut un biais : un temps de réflexion retirant la spontanéité a été fait. Et mes notes prises initialement lors de l'entretien sont peut-être incomplètes.

Pour finir, tous les entretiens ont eu lieu en distanciel par visioconférence. Leurs réponses ont pu être influencées par la distance mise par l'écran, ce qui en fait donc un biais méthodologique.

Biais d'échantillonnage :

Chaque ergothérapeute m'a contactée après avoir vu mon poste de recrutement sur internet, ou après s'être fait transférer mon mail envoyé au préalable à plusieurs structures. Chaque ergothérapeute m'ayant contactée s'est donc senti intéressé par ma recherche.

De plus, chaque ergothérapeute interrogé pratiquait en utilisant le MOH. Cependant cinq entretiens ne permettent pas de généraliser et de supposer que chaque

ergothérapeute travaillant avec une approche de réhabilitation psychosociale orientée vers le rétablissement l'utilise.

Biais affectif :

EC est diplômée de l'IFE La Musse en 2024, donc de la promotion d'étudiant de l'année d'avant la mienne. Nous ne nous connaissons pas. Cependant, le biais affectif que **EC** peut avoir avec l'école a pu influencer le fait qu'elle m'ait contactée pour un entretien malgré son peu d'expérience professionnelle.

Biais de désirabilité sociale :

Ce biais peut être retrouvé chez toutes les personnes interrogées. Il correspond à l'expression d'opinions supposément attendues. Les personnes interrogées favorisent le partage de « la bonne réponse » supposée plutôt que leur avis. Il est possible que des personnes se soient auto-censurées et ne m'aient pas contactées pour participer à l'étude par appréhension de ne pas savoir répondre aux questions de l'entretien, ou de ne pas se sentir légitime dans leur pratique (p.ex : si prise de poste récente, obtention du diplôme d'ergothérapeute récente, ne pas suivre beaucoup d'usager ayant ce diagnostic...).

Le tutoiement :

La grille d'entretien avait été construite avec une modalité de vouvoiement. Notamment parce que, dans les usages de la langue française, on privilégie le vouvoiement lorsqu'on rencontre une personne afin de montrer son respect. Passer au tutoiement suppose une proximité.

Le tutoiement est cependant très répandu dans le monde du soin entre les professionnels. Le fait de l'avoir instauré, à la demande des personnes interrogées, a peut-être modifié la réponse qu'elles m'auraient fournies si nous étions restées au vouvoiement.

6.4 Limites

Même si les données de ce travail d'initiation à la recherche sont exploitables, des limites persistent. Notamment, dans la création de groupe exclusivement thymie basse ou dépressive pourrait s'annoncer difficile à mettre en place. Pour citer **EA** : « *Je ne ferai jamais de groupe à visée personnes dépressives [ou] avec des thymies*

basses [exclusivement], parce que là, c'est sûr que [...] ça ne marcherait pas. Ou alors, des ateliers où chacun est sur sa tâche, mais pas avec une vie groupale ».

En seconde limite, nous pourrions citer le nombre d'ergothérapeute interrogé, qui est de cinq. Seules cinq pratiques ont donc été interrogées et analysées. On peut ainsi questionner la représentabilité des résultats des pratiques de l'ergothérapie dans une approche de réhabilitation psychosociale avec une population dysthymique.

Une autre limite identifiée de ce travail concerne les données collectées lors de l'entretien semi-directif. En effet, les réponses données se déroulent dans un échange avec un temps limité, conditionnés par des facteurs intrinsèques. Certains ergothérapeutes l'ont verbalisés, notamment **EA** : « *Non, je n'en vois pas d'autres, ça ne me vient pas, ça me viendra peut-être tout à l'heure, mais là ça ne me vient pas* » ou encore « *ça ne me vient pas comme ça, je ne sais pas* » ou **ED** qui n'a pas la réponse à son exemple sur le moment et qui dit : « *Je ne sais pas, il faut que revois ça* ».

6.4 Axes d'amélioration et perspectives

Ce travail d'initiation à la recherche est mon premier travail de recherche. Ainsi ce dernier comporte des biais et des limites. Notamment, durant la passation des entretiens, les retranscriptions et la phase d'analyse, des formulations maladroites ou approximatives me sont apparues. L'utilisation du terme « médiations » plutôt que « moyens exercés » dans la question de relance associée à la question 3 de la grille. Le terme médiation a dérangé **EC**.

De plus, ajouter un critère sur l'homogénéité des groupes aurait donné plus de poids dans la validation de mon hypothèse H1, bien qu'il aurait été difficile de retrouver ces données dans la pratique.

Ensuite, dans le but d'élargir ce sujet de recherche, il pourrait être intéressant d'interroger d'autres professionnels travaillant avec une démarche orientée vers le rétablissement (neuropsychologue, médiateur santé pair, assistante sociale, infirmier, psychiatre, éducateur spécialisé...). Cette pluriprofessionnalité permet d'apporter des données supplémentaires sur les leviers et les suivis possibles des personnes dysthymiques. Elle permet également d'avoir un point de vue complémentaire afin d'assurer un accompagnement efficace.

6.5 Projection professionnelle et apports personnels

Ce travail m'a permis de recueillir de nombreuses données sur la pratique des ergothérapeutes utilisant la réhabilitation psychosociale et de mieux cerner les enjeux du rétablissement en santé mentale. Les liens dans la phase exploratoire entre la volition, l'estime de soi et le pouvoir d'agir me donnent des clés de compréhension de l'usager face à moi.

De plus, les échanges avec les ergothérapeutes m'ont également énormément apportée. Je retiens plusieurs conseils de ces entretiens qui guideront ma pratique une fois que je serais professionnelle. Pour en citer quelques-uns, qu'il est important de développer les réseaux (de la région, de la ville, d'associations et de structures ayant une pratique RPS) pour permettre une pratique en lien avec tout type de projet de l'usager (**EA**). Ensuite, qu'on peut accompagner vers l'agir en développant la confiance en soi. Dédratiser et donner des clés pour diminuer l'autostigmatisation est important (**EA, EB, ED**). Enfin, de faire attention aux biais que l'on induit lors des entretiens avec les usagers et adapter sa posture professionnelle pour ne pas projeter des besoins qui ne sont peut-être pas les leurs. Que l'autodétermination est une notion très importante (**EC, EE**).

Ce mémoire de fin d'étude m'a permis de renforcer mon appétence quant au fait d'exercer le métier d'ergothérapeute en santé mentale. Il m'a également motivée à me former au travers de MOOC sur la pratique orientée vers le rétablissement ainsi qu'à l'utilisation et l'analyse d'outils du MOH une fois le diplôme d'état obtenu.

7. Conclusion

La réhabilitation psychosociale des usagers de santé mentale dysthymique mérite notre attention en tant qu'ergothérapeute. En effet, elle permet d'accompagner cette population dans une dynamique d'empowerment visant à restaurer l'estime de soi et la volition du sujet, de donner les clés à l'usager afin de construire son propre rétablissement. L'ergothérapeute, étant professionnel des occupations (ou activités de vie quotidienne signifiantes et significatives) avec sa vision holistique de la personne a toute sa place auprès de ce public.

L'approche hypothético-déductive a permis la construction d'un cadre conceptuel en phase exploratoire aboutissant à la question de recherche suivante : Par quels moyens l'ergothérapeute peut-il renforcer l'estime de soi de la personne accompagnée

ayant un trouble dépressif persistant (dysthymie) ? Dans une démarche qualitative, 5 entretiens furent réalisés avec des ergothérapeutes dans le but de valider ou non les hypothèses de recherches qui étaient les suivantes : (H1) : La réalisation de séances de groupe permet la restauration de l'estime de soi d'adultes dysthymiques et (H2) : La réalisation d'activités significatives déterminées par le groupe permet une restauration de l'estime de soi des adultes dysthymiques.

H1 a pu être validée. Cependant, les entretiens effectués avec les professionnels ont montré les limites de la seconde hypothèse de recherche qui ne correspondait pas à la pratique des personnes interrogées.

Une recherche ultérieure pourrait questionner la faisabilité de ces groupes ayant une dynamique Bottom-Up, déterminants entre-eux des activités afin de restaurer l'estime de soi au sein des structures de Réhabilitation Psychosociales. Cela pourrait, par exemple, prendre la forme de groupe type « RéActive » (Marrière et Perrine, 2024) basé sur la méthode *Recovery Thought Activity Increasing Participation in Everyday Life* de Sue Parkinson. Dans ces groupes, les participants sélectionnent des occupations quotidiennes parmi une douzaine de proposées en groupe. Ce programme vise le rétablissement et l'épanouissement de l'utilisateur sur son quotidien. Il se comparerait au *Lifestyle Redesign*, utilisé pour les populations âgées, mais en étant à destination des usagers de santé mentale (Parkinson, 2024).

Bibliographie

I .1 - Ouvrages :

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* [DSM-5] (5th ed.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>

Doussin-Antzer, A., & Mignet, G. (2024). Le modèle de l'occupation humaine (MOH) de Gary Kielhofner. In M.-C. Morel-Bracq, *Modèles conceptuels en ergothérapie : Introduction aux concepts fondamentaux* (3e édition, p. 86; 99). DeBoeck Supérieur.

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

Gloria de la Heras C ; Le processus de remotivation : continuum de l'intervention auprès de personnes atteintes d'un trouble grave de la volition ; Illinois, UCI, 2003

Gloria de las Heras de Pablo, C. G. (2015). *Modelo de Ocupación Humana*. Madrid, Spain: Editorial Síntesis.

Kielhofner, G. (2008). *A model of human occupation: Theory and application* (4th ed.). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins

Leriche, R. (1936). De la santé à la maladie, la douleur dans les maladies, où va la médecine. In *Encyclopédie française* (Vol. 6). Comité de l'Encyclopédie française

Marriere S. Perrine C. (2024) *chapitre Réactive : « L'activité a le pouvoir de changer nos vies ! »* p 381-389 dans *Transformations sociales et environnementales : Re-penser les occupations*. De Boeck

R.Taylor & Kielhofner, G. (2017, 5e éd.). *chapter 4 "Volition", chapter 6, "Performance" in a Model of Human Occupation: Theory and application*. Wolters Kluwer. Lippincott Williams & Wilkins,

S. Parkinson (2024, 2e édition). *Chapter 1 "Introducing Recovery Through Activity", Recovery Through Activity, increasing participation in everyday life*. Taylor & Francis.

I .2 - Articles:

Adler, D. A., Lerner, D., Visco, Z. L., Greenhill, A., Chang, H., Cymerman, E., Azocar, F., & Rogers, W. H. (2015). Improving work outcomes of dysthymia (persistent depressive disorder) in an employed population. *General Hospital Psychiatry*, 37(4), 352-359. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2015.04.001>

Amado, I. (2021). Comment la réhabilitation psychosociale guidée par la perspective du rétablissement peut redessiner l'offre de soins en psychiatrie ? *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine*, 205(5), 528-536. <https://doi.org/10.1016/j.banm.2021.02.028>

André, C. (2013) . L'estime de soi au quotidien. Dans Par André, C., Braud, P. et Brun, J. (dir.), *La reconnaissance Des revendications collectives à l'estime de soi.* (p. 90 - 100). Éditions Sciences Humaines. <https://doi-org.ezproxy.normandie-univ.fr/10.3917/sh.colle.2013.01.0090>.

Bonsack, C., & Favrod, J. (2013). De la réhabilitation au rétablissement : L'expérience de Lausanne. *L'information psychiatrique*, 89(3), 227-232. <https://doi.org/10.1684/ipe.2013.1042>

Cardinal, P. L., Roelandt, J.-L., Rafael, F., Vasseur-Bacle, S., François, G., & Marsili, M. (2013). Pratiques orientées vers le rétablissement et pair-aidance : Historique, études et perspectives. *L'information psychiatrique*, 89(5), 365-370. <https://doi.org/10.1684/ipe.2013.1070>

Christiansen, C. H. (1999). Defining lives: Occupation as identity : An essay on competence, coherence, and the creation of meaning. *American Journal of Occupational Therapy*, 53, 547–558

Daumerie, N. (2011) *L'empowerment en santé mentale : recommandations, définitions, indicateurs et exemples de bonnes pratiques* SPF. (s. d.). *La Santé de l'homme*, Mai/juin 2011, n°413 Empowerment et santé mentale. Consulté 9 octobre 2024, à l'adresse <https://www.santepubliquefrance.fr/notices/la-sante-de-l-homme-mai-juin-2011-n-413empowerment-et-sante-mentale>

Duncan, M., & Prowse, C. (2014). Occupational Therapy with Mood Disorders. In Occupational Therapy in Psychiatry and Mental Health (p. 389-407). John Wiley & Sons, Ltd. <https://doi.org/10.1002/9781118913536.ch24>

Durand, Bernard. « Le rétablissement dans le paysage psychiatrique français. Continuité ou rupture ? » In Santé mentale et processus de rétablissement, 31-43. Champ social, 2017. <https://doi.org/10.3917/chaso.arvei.2017.01.0031>.

Du Roscoät E, Forgeot C, Léon C, Doncarli A, Pirard P, Tebeka S, et al. "La santé mentale des Français pendant l'épidémie de Covid-19 : principaux résultats de la surveillance et des études conduites par Santé publique France entre mars 2020 et janvier 2022". Bull Épidémiol Hebd. 2023;(26):570-89. http://beh.santepublique-france.fr/beh/2023/26/2023_26_2.html

Franck, N. et Picolet, É. (2017). Restaurer les capacités d'autodétermination pour favoriser le rétablissement. Perspectives Psy, . 56(3), 203-210. <https://doi.org.ezproxy.normandie-univ.fr/10.1051/ppsy/201756203>.

Gross, O. (2020). L'empowerment, accroissement du pouvoir d'agir, est-il éthique ? Santé Publique France - La Santé en Action, 453, 20-22. <https://www.santepublique-france.fr/docs/l-empowerment-accroissement-du-pouvoir-d-agir-est-il-ethique>

Jouffray, Claire. « Chapitre 1. L'approche DPA-PC ». In *Développement du pouvoir d'agir des personnes et des collectifs*, 2e éd.:17-30. Politiques et interventions sociales. Rennes: Presses de l'EHESP, 2018. <https://doi.org/10.3917/ehesp.jouff.2018.01.0017>.

Lamboy, Arwidson, P., du Roscoät, E., Frery, N., Lecrique, J.-M., Shankland, R., Tessier, D., & Williamson, M.-O. (2022). *Les compétences psychosociales : Un référentiel pour un déploiement auprès des enfants et des jeunes. Synthèse de l'état des connaissances scientifiques et théoriques réalisé en 2021.* (page 12) Santé Publique France. <https://www.santepubliquefrance.fr/docs/les-competences-psycho-sociales-un-referentiel-pour-un-deploiement-aupres-des-enfants-et-des-jeunes.-synthese-de-l-etat-des-connaissances-scientif>

Lanfredi, M., Zoppei, S., Ferrari, C., Bonetto, C., Van Bortel, T., Thornicroft, G., Knifton, L., Quinn, N., Rossi, G., & Lasalvia, A. (2015). Self-stigma as a mediator between

social capital and empowerment among people with major depressive disorder in Europe: The ASPEN study. *European Psychiatry*, 30(1), 58-64. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2014.06.002>

Léon C (2022). *Prévalence des épisodes dépressifs en France chez les 18-85 ans : résultats du Baromètre santé 2021*. Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire (BEH) Gouvernemental. https://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2023/2/2023_2_1.html.

Malhi, G. S., & Mann, J. J. (2018). Depression. *The Lancet*, 392(10161), 2299-2312. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31948-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31948-2)

Moll, S. E., Gewurtz, R. E., Krupa, T. M., Law, M. C., Larivière, N., & Levasseur, M. (2015). "Do-Live-Well" : A Canadian framework for promoting occupation, health, and well-being: « Vivez-Bien-Votre Vie » : un cadre de référence canadien pour promouvoir l'occupation, la santé et le bien-être. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 82(1), 9-23. <https://doi.org/10.1177/0008417414545981>

Naderifar, M., Goli, H., & Ghaljaie, F. (2017). Snowball Sampling : A Purposeful Method of Sampling in Qualitative Research. *Strides in Development of Medical Education*, 14(3). <https://doi.org/10.5812/sdme.67670>

Rouillon, F. (2010) . 18. Épidémiologie de la dépression. Dans Goudemand, M. (dir.), *Les états dépressifs*. (p.152-156). Lavoisier. <https://shs-cairn-info.ezproxy.normandie-univ.fr/les-etats-depressifs--9782257204073-page-152?lang=fr>

Olivier de Sardan Jean-Pierre. Le « je » méthodologique. Implication et explicitation dans l'enquête de terrain. In: *Revue française de sociologie*, 2000, 41-3. pp. 417-445; http://www.persee.fr/doc/rfsoc_0035-2969_2000_num_41_3_5289

Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist*, 55(1), 68–78. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.1.68>

Shearer N. B. (2009). Health empowerment theory as a guide for practice. *Geriatric nursing* (New York, N.Y.), 30(2 Suppl), 4–10. <https://doi.org/10.1016/j.geri-nurse.2009.02.003>

Schramm, E., Klein, D. N., Elsaesser, M., Furukawa, T. A., & Domschke, K. (2020). Review of dysthymia and persistent depressive disorder: History, correlates, and clinical implications. *The Lancet. Psychiatry*, 7(9), 801-812. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30099-7](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30099-7)

Sladana, P. (2017). *Recommandation de bonnes pratiques : Épisode dépressif caractérisé de l'adulte : prise en charge en soins de premier recours*, Haute Autorité de santé (HAS). https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-10/depression_adulte_recommandations_version_mel.pdf

Strandell, J. (2017). Self-esteem in action: From direct causality to motive and mediator of self-performative action. *Culture & Psychology*, 23(1), 74-87. <https://doi.org/10.1177/1354067X16650835>

Tse, W. S., Rochelle, Tina L., & Cheung, J. C. K. (2011). The relationship between personality, social functioning, and depression : A structural equation modeling analysis. *International Journal of Psychology*, 46(3), 234-240. <https://doi.org/10.1080/00207594.2011.554553>

Weisen Rhona Birell, Orley John, Evans Vivienne, Lee Jeff, Sprunger Ben, Pellaux Daniel. (1994). Life skills education for children and adolescents in school. Introduction and guidelines to facilitate the development and implementation of life skills programmes. Genève : OMS, 1994, 53 p. En ligne : https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/63552/who_mnh_psf_93.7a_rev.2.pdf?sequence=1&isallowe

WHO Guidelines on Hand Hygiene in Health Care: First Global Patient Safety Challenge Clean Care Is Safer Care. Geneva: World Health Organization; 2009. 3, Components of the empowerment process. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK144009/>

Woolley, H., Levy, E., Spector, S., Geneau, N., Castro, A., Rouleau, S., & Roy, L. (2020). "I'm not alone": Women's experiences of recovery oriented occupational therapy groups following depression. *Canadian journal of occupational therapy. Revue canadienne d'ergothérapie*, 87(1), 73–82. <https://doi.org/10.1177/0008417419878916>

I.3 – Sitographie

- Gouvernementale :

Assurance Maladie, Ameli. (2023) *Santé mentale : Définition et facteurs en jeu*. (2023). Consulté 17 mars 2025, à l'adresse <https://www.ameli.fr/eure/assurance/sante/themes/sante-mentale-de-l-adulte/sante-mentale-definition-et-facteurs-en-jeu>

Assurance Maladie, Ameli. (2023) *Épisode dépressif caractérisé (EDC) de l'adulte*. (s. d.). Consulté 8 octobre 2024, à l'adresse <https://www.ameli.fr/eure/medecin/sante-prevention/pathologies/episode-depressif-caracterise-adulte>

BO Santé - Protection Sociale. (2010). Arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'État d'ergothérapeute (n° 2010/7 du 15 août 2010; pp. 170-176). <https://sante.gouv.fr/fichiers/bo/2010/10-07/steUne.htm>

Épisode dépressif caractérisé de l'adulte : Prise en charge en premier recours. (s. d.). Haute Autorité de Santé. Consulté 17 mars 2025, à l'adresse https://www.has-sante.fr/jcms/c_1739917/fr/episode-depressif-caracterise-de-l-adulte-prise-en-charge-en-premier-recours

- Autre :

ANFE. (2019). L'ergothérapie : définition. Récupéré sur ANFE: <https://www.anfe.fr/ergotherapie/la-profession> consulté le 25 novembre 2024

Claude, G. (2019, octobre 30). *L'entretien semi-directif : Définition, caractéristiques et étapes*. Scribbr. <https://www.scribbr.fr/methodologie/entretien-semi-directif/>

Kaur, R & Rolland S. (2019). *Le soleil et ses fleurs*. Edition NiL.

Principaux repères sur la dépression. (2023). Consulté 2 mai 2025, à l'adresse <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/depression>

World Federation of Occupational Therapists (WFOT) (2012) Publication : Definitions of Occupational Therapy from Member... |WFOT. (s. d.). Consulté 25 février 2025, à

l'adresse <https://wfot.org/resources/definitions-of-occupational-therapy-from-member-organisations>

I .4 - Images :

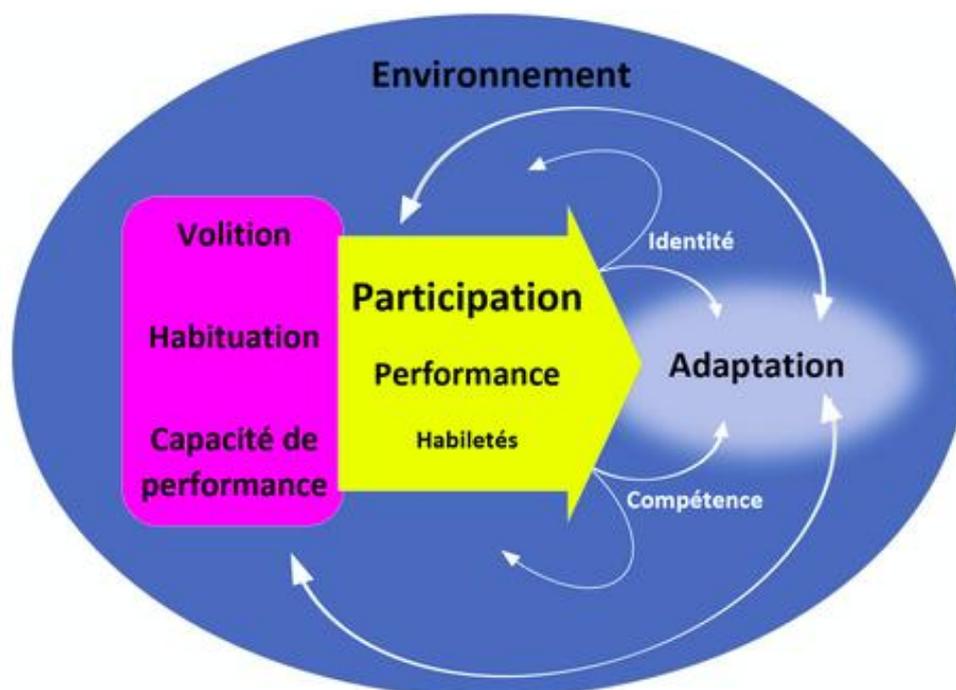
ANNEXE : Modèle de l'Occupation Humaine. (s. d.). Consulté le 10 avril 2024, à l'adresse <https://crmoh.ulaval.ca/modele-de-loccupation-humaine/>

Annexes

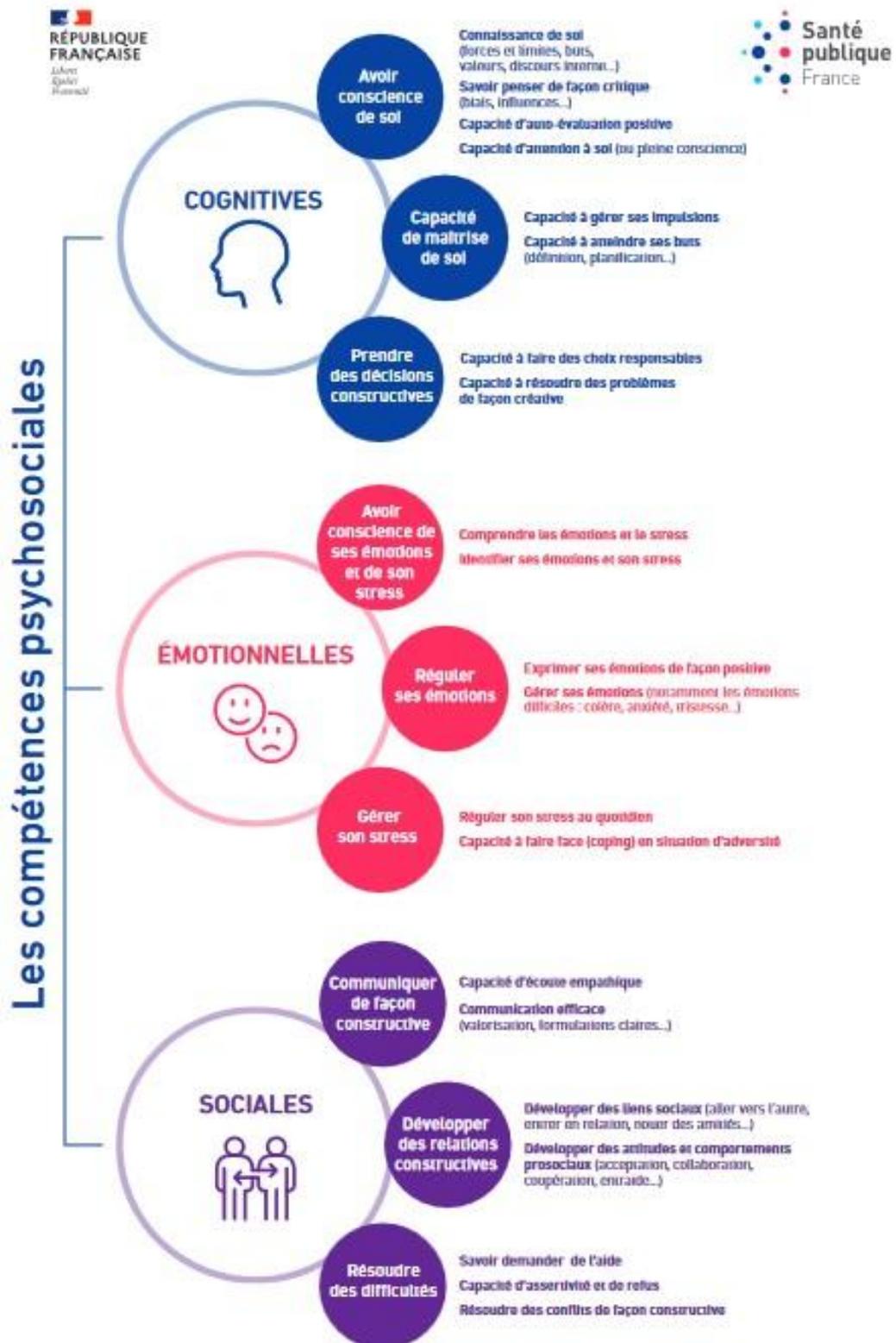
Table des annexes :

Annexe I : Illustrations relatives au MOH.....	p 2
Annexe II :SPF Les compétences psychosociales	p 3
Annexe III : Affiche de recrutement des ergothérapeutes pour les entretiens.....	p 4
Annexe IV : Exemple du Formulaire de consentement à la participation à la recherche	p 5
Annexe V :. Guide d'entretien	p 7
Annexe VI : Résultats des entretiens par thématiques évoquées bruts	p14

Annexe I – Illustration du Modèle de l'Occupation Humaine (MOH)



Annexe I Schéma illustrant la dynamique du Modèle de l'Occupation Humaine (MOH) (« Modèle de l'occupation humaine. Traduit et librement inspiré des travaux de R. Taylor, P. Bowyer & G. Fisher par G. Mignet et A. Doussin (2024). Diffusé par le centre de Référence sur le Modèle de l'occupation humaine (CRMOH) (Université de Laval, Québec)



Annexe III – Affiche de recrutement des ergothérapeutes pour effectuer des entretiens semi-directifs en parallèle d'un post explicatif présentant la thématique de la recherche et les critères d'inclusions

Mémoire d'initiation à la recherche en
ergothérapie

RECHERCHE D'ENTRETIEN SEMI-DIRECTIF

**DYSTHYMIE, REHABILITATION
PSYCHOSOCIALE, ESTIME DE SOI,
EMPOWERMENT**

Contact :
solveig.casado@gmail.com
+337 87 92 45 00

 UNIVERSITÉ
DE ROUEN
NORMANDIE

 FONDATION
pour la Renaissance Sanitaire
Institut de Formation

Formulaire de consentement

1. Contexte de la recherche :

Ce mémoire d'initiation à la recherche s'inscrit dans le cadre de l'obtention du diplôme d'état d'ergothérapie. Il est réalisé par Mme CASADO Solveig, étudiante en 3ème année d'ergothérapie.

2. Thème du mémoire :

La pratique des ergothérapeutes avec des patients adultes ayant un trouble dépressif persistant (dysthymie) et ayant une approche de réhabilitation psycho-sociale. Ma recherche est axée sur la restauration de l'estime de soi et le développement du pouvoir d'agir de cette population.

3. Objectifs de l'entretien :

L'objectif de cet entretien est d'explorer la pratique des ergothérapeutes, en psychiatrie ou dans des structures médico-sociales, auprès de personnes atteintes d'un trouble dépressif persistant (dysthymie). Après un recueil de données scientifiques préliminaires, une question de recherche et une ou des hypothèses de recherche ont émergées. Cet entretien possède pour objectif d'affirmer ou d'infirmer les hypothèses de recherche.

4. Passation de l'entretien :

Cet entretien durera **environ 40 minutes** et explorera votre pratique à travers de 4 thématiques. À tout moment de l'entretien, vous pouvez poser des questions pour obtenir des précisions, demander une reformulation ou interrompre l'entretien.

Afin de faciliter la retranscription de l'entretien et éviter les biais, ce dernier sera enregistré.

Autorisez-vous l'enregistrement audio de cet entretien ? (Entourez la réponse souhaitée)

Oui

Non

5. Confidentialité :

Les données recueillies durant cet entretien seront anonymisées. Seulement les données en lien avec le travail de recherche seront exploitées.

A remplir par l'ergothérapeute participant à l'entretien :

Je soussigné.e..... atteste avoir pris connaissance de ce document et atteste vouloir participer à un entretien dans le cadre du travail d'initiation à la recherche de CASADO Solveig, étudiante en 3ème année d'ergothérapie à l'Institut de Formation en Ergothérapie La Musse ; afin que les réponses soient exploitées et analysées pour poursuivre ce mémoire.

Fait à

Le

Signature de l'ergothérapeute :

A remplir par l'étudiante :

Je, soussignée CASADO Solveig, atteste avoir transmis et expliqué ce formulaire puis avoir répondu aux éventuelles questions de la personne interrogée.

Fait à

Le

Signature de l'étudiante :

I – Création de la matrice d’analyse des entretiens

Thème	Critères à explorer	Indicateurs attendus	Question ouverte	Questions de clarification
1-Parcours professionnel	Expérience professionnelle, formation et année de diplôme, types de structures, public accompagné	Années d’expérience, types de services,	1. Pouvez-vous vous présenter ? 2. Quel est votre parcours professionnel ?	1-a) Depuis quand êtes-vous diplômé.e ? 1-b) A quel institut de formation avez-vous été formé ? 2-a) Depuis combien de temps travaillez-vous avec des populations ayant des problématiques de santé mentale/ psychiatrique ? 2b) Dans quel type de structure exercez-vous ? (Hôpital en HC/HDJ/CATTP, CMP, libéral etc) 2c) Quelles sont, selon-vous les différences dans les prises en charge

				<i>entre ces types de structures ?</i>
2-Perception de la dysthymie (trouble dépressif persistant)	Suivi d'un patient ayant un diagnostic de dysthymie.	Particularités perçues des personnes présentant une dysthymie, Données qualitatives sur des prises en soin,		<i>3c) Quelles sont, selon vous, les principales particularités des patients atteints de dysthymie en comparaison avec d'autres troubles de l'humeur ?</i>
3.Pratique professionnelle et outil utilisés	Approches mises en œuvre, outils d'évaluation ou d'intervention, évolution de la pratique	Références à des outils occupationnels (MOHO, Modèle « Vivez bien votre vie »...), analyse réflexive sur la pertinence de ces outils	3)De quelle manière avez-vous suivi un patient avec un diagnostic de trouble dépressif persistant/dysthymique ? 4) Est-ce que des approches théoriques ou certains types d'intervention vous paraissent d'expérience plus adaptée que d'autre ? Pourquoi ?	<i>2c) Quelles sont, selon-vous les différences dans les prises en charge entre ces types de structures ?</i> <i>3a)Utilisez-vous un modèle conceptuel dans vos prises en charges ? Lequel ?</i> <i>3b)Quelles évaluations utilisez-vous ?</i> <i>3d) Quels objectifs thérapeutiques poursuivez-vous généralement avec ces patients ?</i> <i>3e)Quelles activités ou médiations utilisez-vous le plus</i>

				<p><i>fréquemment pour les accompagner ?</i></p> <p><i>Pourriez-vous m'évoquer un suivi ?</i></p> <p><i>3f) Faites-vous de la psychoéducation ? Si oui, de quelle manière ?</i></p>
4. Frein à la réhabilitation psychosociale	Mots clés issu de leur analyse de pratique	Critère du diagnostic de la dysthymie du DSM-5		<p><i>3g) Quels sont les principaux freins ou obstacles à la réhabilitation psychosociale et à l'amélioration de la qualité de vie de ces patients ?</i></p>
5. Utilisation de l'outil « groupe » dans le suivi	Cadre des groupes et leur fonctionnement	Motivation variable Empowerment Estime de soi de l'utilisateur	5) Dans votre pratique, mettez-vous une médiation en groupe pour ce type de patients ?	<p><i>Si non :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Pourquoi ?</i> <i>Quel suivi préférez-vous mettre en place ?</i> <p><i>Si oui :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Pouvez-vous décrire leur fonctionnement ? Le cadre ?</i>

				<ul style="list-style-type: none"> - <i>Quels sont les bénéfices observés de l'approche groupale pour ces patients ?</i> - <i>Quelles activités spécifiques utilisez-vous en groupe et pourquoi ? Est-ce vous qui les déterminez ou le groupe ?</i> - <i>Comment gérez-vous la dynamique de groupe et les différences de motivation intrinsèques et extrinsèques des participants ?</i>
--	--	--	--	--

6. Développer le pouvoir d'agir et l'estime de l'utilisateur	Le thérapeute donne un retour sur sa pratique et partage ses leviers avec une population dysthymique	Manière quantitative ou qualitative d'évaluation	6) De quelle manière pensez-vous développer le pouvoir d'agir des personnes que vous accompagnez ? 7) Comment parvenez-vous dans votre suivi à renforcer l'estime de soi ?	
--	--	--	---	--

Ce guide est conçu pour laisser place à la parole des participants sur leur pratique tout en orientant l'entretien vers la pratique et les hypothèses.

II – Présentation du texte d'entretien semi-directif :

Dans un contexte de mémoire d'initiation à la recherche, j'effectue une recherche sur la prise en soin des patients ayant un trouble dépressif persistant, aussi appelé dysthymie. Afin de viser le rétablissement du patient, plusieurs approches peuvent être utilisées. Ma recherche se concentre sur l'approche de réhabilitation psychosociale, l'empowerment du patient et la restauration de son estime personnelle.

Grilles d'entretien semi-directif :

<i>Questions principales</i>	<i>Questions de relance</i>
Pouvez-vous vous présenter ?	c) Depuis quand êtes-vous diplômé.e ? d) De quel IFE ?

<p>Quel est votre parcours professionnel ?</p>	<p>e) Depuis combien de temps travaillez-vous avec des populations ayant des problématiques de santé mentale ou psychiatriques ?</p> <p>f) Dans quel type de structure exercez-vous ?(hôpital en HC/HDJ/CATTP, CMP, libéral etc) Quelles sont, selon vous les différences dans les prises en charge entre ces types de structures ?</p>
<p>De quelle manière avez-vous suivi un patient avec un diagnostic de trouble dépressif persistant/ dysthymique ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Utilisez-vous un modèle conceptuel dans vos prises en charges ? Lequel ? • Quelles évaluations utilisez-vous ? • Quelles sont, selon vous, les principales particularités des patients atteints de dysthymie en comparaison avec d'autres troubles de l'humeur ? • Quels objectifs thérapeutiques poursuivez-vous généralement avec ces patients ? • Quelles activités ou médiations utilisez-vous le plus fréquemment pour les accompagner ? Pourriez-vous m'évoquer un suivi ? • Faites-vous de la psychoéducation ? Si oui, de quelle manière ? • Comment parvenez-vous à coter l'amélioration de l'estime de soi ? • Quels sont les principaux freins ou obstacles à la réhabilitation psychosociale et à l'amélioration de la qualité de vie de ces patients ?
<p>Est-ce que des approches théoriques ou certains types d'intervention vous paraissent d'expérience plus adaptée que</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Y a-t-il une approche théorique qui vous semble particulièrement efficace et pertinente pour ces patients ? • À l'inverse, avez-vous rencontré des méthodes ou des stratégies qui se sont avérées peu adaptées ?

<p>d'autre ? Pourquoi ?</p>	
<p>Dans votre pratique, mettez-vous une médiation en groupe pour ce type de patients ? (Afin de favoriser une amélioration de l'estime de soi, l'empowerment)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Si non : Pourquoi ? Quel suivi préférez-vous mettre en place ? <p>Si oui :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Si oui, pouvez-vous décrire leur fonctionnement ? Le cadre ? ○ Quels sont les bénéfices observés de l'approche groupale pour ces patients ? ○ Quelles activités spécifiques utilisez-vous en groupe et pourquoi ? Est-ce vous qui les déterminez ou le groupe ? ○ Comment gérez-vous la dynamique de groupe et les différences de motivation intrinsèques et extrinsèques des participants ?
<p>De quelle manière pensez-vous développer le pouvoir d'agir des personnes que vous accompagnez ?</p>	
<p>Comment parvenez-vous dans votre suivi à renforcer l'estime de soi ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Comment évaluez-vous l'estime de soi ?

Merci pour votre participation, j'ai fini de poser mes questions. Si vous souhaitez avoir accès au mémoire une fois terminé, n'hésitez pas à me le faire savoir... En vous souhaitant une bonne journée.

→ **Données évoquées dans le 5.3 Pratique professionnelle et outils utilisés**

	Modèle utilisé	Outils d'évaluation	Objectifs thérapeutiques
E A	MOH	Echelle Lausannoise d'Auto-Evaluation des Difficultés Et des Besoin (ELADEB), Autoévaluation des ressources (AERES), Liste des intérêts de Kielhofner, Listes des rôles de Kielhofner, Volitional questionnaire (VQ)	« « Prendre confiance en moi », « prendre conscience de mes capacités », « prendre confiance en moi » aussi [reviennent souvent] [...] il y a le grand objectif final qui est de reprendre du pouvoir d'agir. »
E B	MOH + Modèle Vivez bien votre vie	Entretien OCAIRS, Échelle d'équilibre de vie, Elaboration du profil occupationnel (listes de rôles et d'intérêts), Volitional questionnaire (VQ) (notamment dans mises en situation en groupe)	Ils sont tous individualisés et personnalisés, ils se font en parallèle de l'état initial. Difficile à formuler les objectifs avec cette population. « L'ergothérapeute ici demande au moins un objectif concret par période d'accompagnement (ex : « être en capacité de préparer un repas complet et le manger une fois par semaine avec son ami.e »). »
E C	MOH	ELADEB, MHAVIE, Mesure de qualité de l'environnement (MQE), Occupational questionnaire (OQ), ACIS (assessment of interaction and communication skill), Listes des rôles et des intérêts, Questionnaire de sexualité provenant de l'université de Laval (Québec), Bilan d'autonomie de l'université du Vinatier (Lyon)	« on co-construit tout [donc cela dépend de l'utilisateur] [...] quand on fait la demande, on demande un projet pour la personne. Le projet peut être significatif pour la personne et pas signifiant d'un point de vue social. [...] c'est l'accroche, le point de motivation. » « J'ai peur de donner la réponse, [...] je n'ai que 3 patients qui ont un été diagnostiquées par un psychiatre [...] [mais] leur projet c'est de travailler [...] et s'occuper. »

E D	MOH	OCAIRS, OSA, échelle de la STORI (pour évaluer où la personne se situe en termes de rétablissement)	« Il y a des grandes lignes dans leur besoins et leurs demandes, même si évidemment chaque personne est unique. Tu vas avoir beaucoup de gens qui vont chercher le lien social, qui en ont besoin. Même s'ils n'arrivent pas à initier des sorties. » « En termes d'alimentation [...] [elle est soit] perturbée, soit en termes de rythme [...], d'apport. »
E E	MOH + Modèle Vivez bien votre vie	OCAIRS, listes des intérêts du MOH, l'inventaire de l'équilibre de vie, l'ELADEB	« Ce qui ressort beaucoup, c'est d'investir des occupations significatives. Après on va réussir à initier une activité, remettre en place une routine satisfaisante et retrouver du plaisir à faire des choses. Il y a aussi beaucoup en lien avec le lien social. »

	Médiation utilisée ?	Psychoéducation
EA	« Leurs occupations à eux [...] essayer de relancer des choses par rapport à ça. [...] » Entretien motivationnel	« La déculpabilisation [...] la dé-autostigmatisation [...]. Ça passe beaucoup par des entretiens, un peu du coaching je dirais. Parce que justement, mon idée c'est de les reconnecter à la personne qu'ils sont et les distinguer de la maladie » « C'est vraiment les aider à reprendre le cours de leur vie sur des choses pratico-pratiques » « des entretiens [motivationnels] pour faire émerger leur propre moyen d'action »
EB	« très changeant en fonction du suivi, pour ces clients là j'utilise l'entretien motivationnel » « on décompose étape par étape les objectifs déterminés pour pouvoir les mettre en œuvre » « médiation de groupe au cas par cas »	« tout au long de l'accompagnement pour permettre de séparer ce qui relève de la personnalité et de la pathologie. Et dédramatiser. »

<p>EC</p>	<p>« Pas de médiation ici [...] c'est la mise en situation écologique à fond » ou utilisation d'outils de réhabilitation psychosociale : « ça peut être du Pro-jeu [...] médiation cognitive »</p>	<p>« On préconise souvent, [mais la demande reste] l'évaluation et l'orientation [vers une autre structure de santé mentale/psy] » « on va en parler dans certaines séances quand c'est vraiment nécessaire »</p>
<p>ED</p>	<p>« on a des activités médiatrices qu'on propose [comme des activités physiques type natation, randonnée], jeux de société. Et moi, dans ce groupe d'usagers, j'ai au moins 3 patients atteints de trouble dépressif parce que leur objectif c'est de chercher du lien social »</p> <p>« Alors un groupe [où beaucoup de dépressifs sont inscrits] s'appelle « gestion du stress ».</p> <p>Entretien motivationnel</p>	<p>« travailler [...] sur le quotidien. L'organisation [...], le feedback. [...] On en fait tout le temps même si c'est si ce n'est pas par des ateliers spécifiques. »</p>
<p>EE</p>	<p>« Ça dépend, un suivi ne fait pas l'autre. [...] ça va être la posture et l'aspect réflexif qu'on va pouvoir amener avec ces personnes-là, dans le sens où on va utiliser les outils [de la réhabilitation psychosociale tels que :] des plannings qu'ils vont définir eux-mêmes, [...] les accompagner voir des associations qui existent, faire des groupes en fonctions des thématiques... »</p> <p>Sensibilisation aux méthodes de l'entretien motivationnel (mais pas formée</p>	<p>« ça peut arriver [que j'en fasse] ou que j'oriente des personnes sur groupes de psychoéducation, mais ce n'est pas moi qui le fait forcément. [...] On peut travailler en binôme justement sur ces symptômes-là et l'expérience vécue [avec le patient ou avec en plus un•e médiateur•ice santé pair (MSP)]. [...] J'aime bien donner des podcasts par exemple, qu'ils puissent écouter sur la dépression et d'autres personnes qui [la] vive. Donc psychoéducation, oui, et surtout échange d'expérience. »</p>

→ Données évoquées dans le 5.4) Leviers et Freins perçus à la réhabilitation psychosociale des personnes dysthymiques :

	Leviers	Freins
EA	« Accepter le suivi et venir »	«Le manque de structure relai [...] dans l'environnement [des partenariats correspondant au projet du patient] »
EB	« Mes clients sont orientés tardivement en ergothérapie par l'infirmière psy ou le psychiatre. Mais c'est un suivi à domicile avec des objectifs qu'eux-mêmes définissent, même si c'est souvent difficile »	« L'inertie, c'est le principal frein. Le rôle de l'ergothérapeute selon moi est d'accompagner dans l'agir au travers d'entretiens motivationnels »
EC	« On va chercher la satisfaction dans vraiment chacune des occupations qui pourrait intéresser. »	« La motivation ! quelquefois, on a quand même une apathie assez forte. [...] Ils ne viennent pas au RDV [...] il faut réussir à les raccrocher. » « Ils ont du mal à trouver ce qui vraiment leur fait envie »
ED	« quand les [usagers] arrivent sur une quête de réhabilitation, [...] qu'ils soient partant. Que dès le début, qu'ils soient moteurs de leur prise en soin » « quand les [usagers] arrivent sur une quête de réhabilitation, [...] qu'ils soient partant. Que dès le début, qu'ils soient moteurs de leur prise en soin »	« Lorsqu'ils ne sont pas moteurs de leur prise en soin. Apathiques. »
EE	« [Il y a des professionnels] qui ont vraiment envie, qui sont impliqués, qui nous appellent en disant comment je peux faire dans telle situation, quel outil tu as, comment je fais, quelle posture... »	« Des fois, il n'y a pas de structure ou de professionnels qui s'orientent sur des pratiques réhab et des pratiques orientées au rétablissement. [...] Le principal frein c'est d'avoir une structure ou des professionnels dans cette dynamique-là ». « c'est surtout un manque de formation voire d'implication de certains

		professionnels, je dirais, dans ces soins-là. »
--	--	---

→ **Données évoquées dans le 5.5) Utilisation de l’outil « groupe » comme levier pour la réhabilitation psychosociale et l’empowerment :**

	Utilisation du groupe	Cadre exploité	Bénéfices observés	Détermination des activités de groupes
EA	Oui, mais des groupes pluripathologies, pas spécifiques aux troubles dépressifs	Groupes fermés permettant le processus de remotivation de Las Heras. Cadre souple pour laisser la dynamique de groupe émerger. « s’intégrer dans un dispositif pour que les personnes [déprimées] puissent s’appuyer dessus et aller mieux »	« <i>La perte de l’élan vital, on va la compenser un peu par la dynamique groupale</i> »	Pas d’atelier ouverts. Les « dispositifs groupaux à médiations » sont définis par l’ergothérapeute pour répondre aux besoins de la structure (Groupe journal, remédiation cognitive) ou par d’autres professionnels
EB	Oui, pour des clients avec des problèmes de troubles motivationnels	Groupe fermé basé sur le modèle de remotivation. Nom : « Partage et Entraide ». L’ergothérapeute a un rôle de médiateur mais sait s’effacer pour ne pas perturber la dynamique de groupe et de coacher en suivi individuel.	« <i>Il y a un développement de la confiance en eux et une avancée vers le changement</i> » « <i>Une reconnaissance par les pairs et une valorisation qu’on n’arrive pas à avoir en séance individuelle par un groupe, par la communauté et pas seulement par un professionnel de santé.</i> »	Le groupe détermine le projet dudit groupe et a pour contrainte que ce projet ait une visée communautaire.

			<i>C'est vrai que l'impact est tout à fait différent »</i>	
EC	Non : c'est un projet en cours	-	-	Faire de la remédiation cognitive, SCIT, et renforcer les habiletés sociales.
ED	Oui.	<u>Nombreux groupes proposés</u> (3 types : remédiation cognitive, psychoéducation/déstigmatisation, thérapie familiale) Ils s'inscrivent sur proposition des thérapeutes ou spontanément.	Ça dépend des groupes et des objectifs derrière : les activités physiques et les jeux de sociétés ont un but de rompre l'isolement social. <i>« Tu fais aussi un point post-groupe [en général en individuel] été tu vois si, au quotidien, il y a de la transposition. »</i>	Dépendant des thématiques de groupes
EE	Oui	<i>« c'est sur demande de la personne. Soit en entretien, [...] ou les soignants de l'établissement peuvent recueillir la demande »</i> Animés en binômes. Tous les groupes ont une première séance où le contexte de celui-ci est réexpliqué et où les usagers co-construisent une chartre avec ce qui	<i>« Dans les groupes, c'est vrai que souvent, il y a quelque chose qui se passe et ils échangent spontanément, ils se donnent des astuces entre eux. Et je dirais que c'est surtout cet aspect-là d'échange qui est très, très important. Et ils se rendent compte qu'ils ne sont pas tout seuls, à avoir les mêmes problématiques du moins ».</i>	Programme sur l'estime de soi incluant de la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) est plutôt rigide sur le cadre p.ex. <i>« Sur le groupe d'habileté sociale, que je viens de finir avec ma collègue, on était sur un groupe beaucoup plus libre. On utilisait des jeux de rôle pour pouvoir mettre</i>

		est important pour eux.		<p><i>les personnes en situation fictive. Par contre, là, c'était vraiment libre, c'était eux qui nous amenaient les situations, qui leur avaient posé problème dans la semaine, par exemple. » « Et puis, à la fin des groupes, on a toujours une sortie de fin de groupe que les personnes choisissent. Vraiment, c'est les personnes qui sont dans le groupe qui choisissent où elles se souhaitent aller en rapport souvent avec la thématique du groupe. »</i></p>
--	--	-------------------------	--	---

→ **Données évoquées dans le 5.6) Développement du pouvoir d'agir et de l'estime de soi de l'usager :**

	Cotation de l'estime de soi	Renforcer l'estime de soi	Pratique développant le pouvoir d'agir du patient	Gestion des différences de motivations intrinsèque et extrinsèque dans le groupe
EA	Le VQ « <i>je ne l'utilise pas au début.</i>	Par la posture du soignant : « avec	Utiliser le groupe et les situations qu'il	« <i>je les laisse au moins 3 séances juste</i>

	<p><i>Mais je le trouve intéressant pour montrer « quand ça commence à bouger » [...] et que la personne reprend du pouvoir d'agir »</i></p>	<p><i>beaucoup d'écoute active, beaucoup de soutien, de renforcement positif, de réassurance, une attitude très humble, très humaniste, très empathique »</i></p>	<p><i>propose pour contribuer « à la déstigmatisation et la dédramatisation » pour retrouver « ses ressources ». En individuel : entretiens motivationnels</i></p>	<p><i>pour explorer [les usagers avec une thymie basse] » « il y a des petits défis, [...] des feedbacks [en individuel] »</i> <i>« La posture [du soignant] [...] plus on reste dans une approche humaniste, plus ça va aller »</i></p>
EB	<p><i>« Par les items de l'OCAIRS de la volition [déterminants personnels, valeurs, intérêts] »</i></p>	<p><i>« Par les étapes, les entretiens motivationnels et le suivi »</i></p>	<p><i>« Par rapport au développement du pouvoir d'agir des personnes que j'accompagne de manière générale... Le rôle le plus déterminant en ergothérapie va être d'entretenir cette motivation, cette volition, des personnes. De l'accompagner dans différents stades et de développer sur la base de coaching, d'entretien ce pouvoir d'agir et d'améliorer l'estime de soi par des activités « positive », en tout cas en évitant la mise en échec. Pour</i></p>	<p><i>« [L'ergo essaie d'] avoir le moins d'impact possible. Bien entendu on gère, on est médiateur et on essaie de répartir la parole, les objectifs et d'orienter pour qu'ils aillent en avant dans leurs objectifs personnels et de groupe, mais on laisse au maximum le groupe se gérer par lui-même. Qu'il y ait des dynamiques et prises de leadership par certains et... plus ou moins de responsabilité se font de manière interne »</i></p>

			<i>euh, voilà, la reprise de confiance en soi et le pouvoir d'agir. »</i>	
EC	L'échelle de bien-être mental de Warwick Edinburg (WEM-WBS) et l'échelle de Rosenberg	<i>« Déjà en renforçant la confiance en eux. Tout passe par le pouvoir d'agir. La capacité à prendre des décisions »</i>	<i>« La première fois qu'on rencontre la personne on demande son projet. La première ligne de l'intervention c'est le motif de la demande. [Même si ce n'est pas une occupation significative socialement] c'est eux qui vont décider, et c'est ok. » « On parle aussi d'autodétermination. »</i>	-
ED	<i>« Tu peux le voir, le constater » « Mes collègues infirmiers font aussi passer une échelle d'estime de soi »</i>	<i>« Je joue surtout sur le lien thérapeutique et ce qui est significatif pour la personne »</i>	<i>« L'échelle de rétablissement de la personne, c'est vraiment le truc qui nous permet de voir si la personne, elle a repris du pouvoir d'agir. » « ça passe [aussi] par de l'observation. [...] Tu ne peux pas, en tant que soignant, ne pas amener ce que tu constates, parce que c'est les faits. [...] Ça peut</i>	<i>« Le gros dilemme de la santé mentale [...] est de gérer cet aspect d'apathie, d'impossibilité de générer des choses et d'initier [...] [Il faut alors] travailler la motivation » « Tu vas voir la participation [...], les interactions ou non, si la personne même si elle n'interagit pas, est-ce qu'elle est bien présente dans le groupe, est-ce qu'elle fait autre</i>

			<p><i>faire des fois un choc quand tu n'as pas cette conscience-là, mais ça permet aussi à la personne de pouvoir prendre plus de recul et donc d'avancer sur la reprise de son pouvoir d'agir. »</i></p>	<p><i>chose... C'est vraiment de l'observation et, au fil de l'eau, des sollicitations, des choses comme ça. »</i></p>
EE	<p>L'échelle d'estime de soi de Rosenberg et/ou celle de Coopersmith.</p> <p><i>« Il y a des groupes qui se mettent aussi en place [...] on fait une échelle avant/après le groupe pour pouvoir justement évaluer la progression par rapport à ça »</i></p>	<p><i>« C'est avec toutes les feedbacks qu'on va faire. Les points étapes ou à la fin d'une séance, pouvoir faire les retours aussi de ce que moi j'ai pu observer, ce qu'ils ont pu me dire... Vraiment leur renvoyer ceux qu'eux-mêmes ont pu me dire et leur permettre de se rendre compte qu'ils sont capables de certaines choses. »</i></p> <p><i>« Je pense qu'il y a un peu d'entretien motivationnel même si ce n'est pas officiel et que</i></p>	<p><i>« C'est par la posture que j'utilise. Toute cette posture, tout le temps dans le questionnement de qu'est-ce qu'ils ont envie de faire et comment ILS peuvent le faire. Et pas « comment on peut les aider ? » mais « comment ils peuvent le faire ? ». Et de trouver les ressources qu'elles soient internes ou externes. Vraiment s'appuyer sur ça, leur projet, qu'ils puissent développer leur pouvoir d'agir et ne pas faire du coup à leur place ni proposer</i></p>	<p><i>« Le groupe se porte lui-même. Quand ils arrivent, ils ont un minimum d'envie, du moins, de travailler sur cette problématique-là. Donc, du coup, la motivation, elle est plus ou moins toujours présente. Du moins, un minimum, parce que c'est eux qui ont choisi d'être dans le groupe. C'est rare d'avoir des abandons dans un groupe. [...] Quand ils n'ont pas envie de venir, ils viennent quand même souvent. Et justement, ils le disent en début de groupe. On prend la température de comment va chacun. »</i></p>

		<i>je ne dis pas que je fais de l'entretien motivationnel car je ne suis pas formée. »</i>	<i>notre aide pour pouvoir ce qu'eux peuvent faire à leur échelle. Et de les accompagner là-dessus. »</i>	
--	--	--	---	--

La restauration de l'estime de soi l'adulte dysthymique (troubles dépressifs persistants) en ergothérapie par une approche orientée vers le rétablissement

CASADO Solveig

Résumé : Les usagers de santé mentale dysthymiques sont caractérisés par une baisse de l'estime de soi, entraînant des conséquences sur la volition et le pouvoir d'agir. L'objectif de cette étude est de voir comment l'ergothérapeute peut accompagner cette population dans une approche de réhabilitation psychosociale orientée vers le rétablissement. Le groupe comme restaurateur de l'estime de soi est envisagé. Ainsi, il a été utilisé une méthode qualitative. Des entretiens semi-directifs ont été réalisés auprès de cinq ergothérapeutes. L'échantillonnage fut réalisé par la méthode Snowball. Les résultats montrent que le groupe est un moyen de restauration de l'estime de soi et de pouvoir d'agir, cependant les modalités de l'approche groupales forment les principaux biais de cette étude.

Mots clés : Ergothérapie, Dysthymie, Estime de soi, Empowerment, Réhabilitation Psychosociale, Rétablissement, MOH

Restoring self-esteem in dysthymic adults (persistent depressive disorders) with Occupational Therapy using a recovery-oriented approach

Abstract: Decreased self-esteem, which has consequences on volition and self-empowerment, are the main features of Mental Health Dysthymic clients. This study's main objective is to show how Occupational Therapists (OT) support this population in recovery while using psychosocial rehabilitation approach. The group as self-esteem restorer is taken into account. Qualitative methods were used. Semi-structured interviews were conducted with five OTs. They were sampled with the Snowball Method. Results showed that the group is a tool restoring self-esteem and empowerment, however group method's modalities are the main biases of this study.

Key words: Occupational therapy, Dysthymia, Self-esteem, Empowerment, Psychosocial Rehabilitation, Recovery, MOHO