

ACCOMPAGNEMENT EN PSYCHIATRIE



A- L'ergothérapie et sa pratique

1. Qu'est-ce que l'ergothérapie ?

L'ergothérapie est une profession de santé reconnue par le Code de la santé publique : Loi n°95-116 du 4 février 1995 portant diverses dispositions d'ordre social (dont la profession d'ergothérapeute).



Son champ d'expertise est centré sur les liens entre la santé et l'occupation, entendue au sens anglo-saxon comme « un groupe d'activités, culturellement dénommé, qui a une valeur personnelle et socioculturelle et qui est le support de la participation à la société. » (Meyer, 2013, p. 59).

En France, l'ergothérapie s'inscrit dans les standards professionnels reconnus à l'échelle internationale, portés par la Fédération mondiale des ergothérapeutes (World Federation of Occupational Therapists - <https://wfot.org>), à laquelle la profession est affiliée depuis 1964.

L'objectif de l'ergothérapeute est d'aider toute personne, quel que soit son âge et les difficultés qu'elle rencontre, à réaliser les activités qui sont importantes et nécessaires pour elle dans sa vie quotidienne et dans son environnement habituel. Cette démarche vise à soutenir sa capacité d'autodétermination et à améliorer son autonomie, sa santé et sa qualité de vie. Ces activités peuvent concerner, par exemple, l'hygiène, l'habillage, la préparation des repas, l'entretien du logement, le travail, les loisirs, le jeu, la participation à des activités culturelles ou bénévoles. Pour atteindre cet objectif, l'ergothérapeute ne s'intéresse pas uniquement aux difficultés de la personne, mais aussi à son environnement et aux conditions dans lesquelles les activités sont réalisées. L'ergothérapeute prend en compte, par exemple, les déplacements, le positionnement, l'utilisation d'aides techniques, l'aménagement du domicile, du lieu de travail ou des espaces publics, ainsi que le contexte social et culturel.



Le fonctionnement d'une personne dans ses activités résulte ainsi de l'interaction entre trois éléments indissociables : la personne, son environnement et ses activités.

Ce fonctionnement dépend notamment :

- des capacités physiques, sensorielles, mentales et psychiques de la personne, mais aussi de ses valeurs, de ses intérêts et du sens qu'elle attribue à ses activités ;
- des caractéristiques de l'environnement, telles que l'accessibilité des lieux, la présence et les attentes d'autres personnes, les ressources matérielles et financières disponibles, ainsi que tout autre élément qui conditionne les possibilités et les conditions de réalisation des activités ;
- des caractéristiques des activités elles-mêmes, par exemple leur complexité, les compétences nécessaires ou le matériel requis.

Une difficulté à réaliser une activité peut donc apparaître lorsqu'il existe un décalage entre les capacités de la personne, les exigences de l'activité et/ou les ressources offertes par l'environnement matériel et social. L'ergothérapeute adopte ainsi une approche globale systémique, qui ne réduit pas les difficultés d'une personne à ses seules capacités physiques, cognitives ou psychiques, ou aux contraintes de son environnement.

Pour guider son intervention, l'ergothérapeute s'appuie sur des modèles de référence scientifiquement validés, qui l'aident à analyser les situations et à proposer des solutions adaptées aux besoins des personnes et aux contextes dans lesquels elles évoluent (Morel-Bracq, 2024). Son action s'inscrit dans des valeurs humanistes et de justice sociale, en considérant que la participation aux activités de la vie quotidienne est un déterminant majeur de la santé et du bien-être.



2. Processus de diagnostic en ergothérapie

Lors de l'évaluation, l'ergothérapeute commence par recueillir les priorités, les attentes et les habitudes de vie de la personne, ainsi que les caractéristiques de son environnement (humain, matériel, organisationnel ou institutionnel).

L'ergothérapeute s'intéresse aux activités que la personne réalise au quotidien afin de dresser un « profil occupationnel », qui permet de comprendre ce qui est important pour elle, ce qu'elle doit faire dans sa vie de tous les jours et les difficultés qu'elle rencontre (Criquillon-Ruiz et al., 2023).

Lorsque la personne n'est pas en mesure de s'exprimer directement, ces informations peuvent être recueillies auprès de son entourage, comme la famille ou les professionnels qui l'accompagnent, notamment lorsque la personne vit en institution.

L'ergothérapeute recueille ensuite des données, à l'aide d'entretiens, d'observations et d'outils d'évaluation, permettant de comprendre où se situent les forces et les difficultés de la personne, les facilitateurs et les obstacles au sein de l'environnement, et d'analyser les composantes des activités qu'elle souhaite ou doit réaliser (Criquillon-Ruiz et al., 2023).

Pour appuyer son évaluation, l'ergothérapeute mobilise des connaissances issues du champ biomédical (anatomie, fonctionnement du corps, pathologies), de la rééducation, de la réadaptation et du handicap, ainsi que des compétences techniques liées, par exemple, aux aides techniques, à l'aménagement de l'environnement ou aux technologies du quotidien (Delaisse et al., 2022). Ces connaissances permettent d'identifier avec précision les facteurs facilitant ou limitant la réalisation des activités au niveau de la personne et de son environnement.

Cette démarche conduit à l'établissement d'un diagnostic en ergothérapie (Dubois et al., 2017). Celui-ci permet ainsi d'analyser et de relier les données collectées afin de comprendre comment la personne réalise ses activités au sein de son environnement habituel. Ce diagnostic met en évidence les causes des difficultés observées, leurs conséquences sur la vie quotidienne de la personne, ainsi que les ressources et les leviers sur lesquels s'appuyer, afin de pouvoir agir sur l'un ou plusieurs de ces facteurs.

Il permet également d'évaluer les possibilités de récupération, d'adaptation ou de maintien des capacités, orientant également la nature des interventions qui seront menées (par exemple, réentraînement des capacités ou adaptation des activités et de l'environnement).

Le diagnostic en ergothérapie guide ainsi l'établissement d'objectifs en co-construction avec la personne et/ou son entourage, qui s'inscrivent dans un plan d'intervention interprofessionnel et dans le projet de vie de la personne.



3. Processus d'intervention en ergothérapie



Les interventions de l'ergothérapeute peuvent répondre à différents objectifs, en fonction des besoins de la personne et de la situation rencontrée (Meyer, 2013; Caire et al., 2023; Morel-Bracq, 2024) :

- favoriser la récupération des capacités par des actions de rééducation ;
- accompagner l'apprentissage de nouvelles compétences, par exemple dans le cadre de l'éducation thérapeutique ;
- maintenir les capacités existantes lorsque la récupération n'est pas possible ;
- compenser les difficultés et favoriser l'autonomie, en adaptant les activités, en proposant des aides techniques ou en aménageant l'environnement ;
- agir en prévention et en promotion de la santé.

La spécificité de l'ergothérapeute réside dans son analyse systémique des interactions entre la personne, ses activités et son environnement. Contrairement à des interventions centrées principalement sur les fonctions, les symptômes ou des activités décontextualisées, l'ergothérapeute s'intéresse à ce que la personne fait effectivement, ou souhaite faire, dans son environnement habituel.

L'ergothérapeute intervient ainsi directement sur les interactions entre la personne, ses activités et son environnement, en cherchant à ajuster l'un ou plusieurs de ces éléments afin de favoriser la participation, l'autonomie et l'autodétermination de la personne. Cette approche permet d'agir non seulement sur les capacités de la personne, mais aussi sur les conditions matérielles, sociales et organisationnelles qui influencent la réalisation des activités.



Dans cette perspective, l'ergothérapeute est un professionnel polyvalent, capable d'intervenir auprès de publics très variés, de la petite enfance au grand âge, et dans de nombreux contextes : santé physique ou cognitive, santé mentale et secteur médico-social. Il peut ainsi intervenir en prévention, en coordination, en rééducation, en réadaptation, en réinsertion ou en réhabilitation psychosociale.

L'ergothérapeute peut intervenir à différents moments du parcours de vie et du parcours de soins, en fonction des besoins des personnes et des contextes d'intervention. Il peut ainsi être mobilisé en amont, pour anticiper ou prévenir des difficultés dans la réalisation des activités, pendant les phases de soins ou de réadaptation, et en aval, pour accompagner le retour ou le maintien dans les lieux de vie habituels.

Par son intervention, l'ergothérapeute contribue à assurer une continuité entre les soins, les lieux de vie et les différents acteurs impliqués, en tenant compte des réalités du quotidien des personnes. Cette position transversale lui permet d'intervenir en lien avec les secteurs sanitaire, social et médico-social, et de s'adapter aux différentes modalités d'organisation des services.

Références

Caire, J.M., Poriel, G. (2023). *L'ergothérapie centrée sur la personne et ses occupations*. De Boeck Supérieur.

Criquillon-Ruiz, J., Soum-Pouyalet, F., et Tétreault, S. (2023). *L'évaluation en ergothérapie*. De Boeck Supérieur.

Delaisse, A.-C., Bodin, J.-F., Charret, L., Hernandez, H., et Morel-Bracq, M.-C. (2022). *L'ergothérapie en France : Une perspective historique*. De Boeck Supérieur.

Dubois, B., Thiébaud Samson, S., Trouvé, É., Tosser, M., Poriel, G., Tortora, L., Riquet, K., et Guesné, J. (2017). *Guide du diagnostic en ergothérapie*. De Boeck Supérieur.

Meyer S. (2013). *De l'activité à la participation*. ANFE-De Boeck-Solal.

Morel-Bracq, M.-C. (2024). *Modèles conceptuels en ergothérapie: Introduction aux modèles fondamentaux* (3e éd.). De Boeck Supérieur.

Dans ce cadre, le rôle de l'ergothérapeute se construit en articulation avec celui des autres professionnels, en fonction des missions des structures et des besoins identifiés, afin de garantir la cohérence et la complémentarité des interventions au sein des équipes. La suite de ce document présente plusieurs situations concrètes illustrant le rôle de l'ergothérapeute dans différents domaines d'intervention.

Zoom sur un cas clinique

Description de la situation

Madame K., âgée de 25 ans, est en arrêt de travail depuis trois mois et présente un diagnostic de bipolarité. Elle a été hospitalisée pour un épisode dépressif majeur déclenché par le décès de son père et est maintenant suivie par une équipe mobile de réhabilitation psychosociale. Au moment de l'arrêt de travail, elle occupait un emploi au service clientèle d'une grande entreprise. Madame K. est fille unique, ses parents sont séparés et était l'aidante principale de son père, ce dernier étant malade depuis quelques années. Elle a pour objectif de retourner rapidement au travail, toutefois elle n'arrive pas à se mobiliser dans ses activités quotidiennes à la maison en raison d'une fatigue accrue et de la persistance d'émotions envahissantes.

Recueil de données

1. Entretien basé sur l'OCAIRS^[14] (Forsyth et al., 2005) avec Madame K. afin de cerner son profil occupationnel, c'est-à-dire comprendre ses routines, ses rôles sociaux significatifs, la nature de son emploi et de ses tâches, ainsi que les activités réalisées en dehors du travail (activités domestiques, loisirs) (fonctionnement antérieur). L'entretien visait également à explorer la manière dont elle organise ses journées, les difficultés rencontrées dans ses activités quotidiennes, ainsi que les lieux et les personnes qui composent son quotidien (fonctionnement actuel), et enfin à identifier ses priorités et les obstacles qu'elle anticipe pour son retour au travail (projections futures).

2. Bilan complémentaire : questionnaire auto-administré OSA^[15] (Baron et al., 2006), afin d'identifier les activités jugées les plus difficiles actuellement et la valeur accordée à chacune d'entre elles, ce qui permet d'établir les priorités d'interventions.

^[14] L'Occupational Circumstances Assessment Interview and Rating Scale (OCAIRS) est un outil d'évaluation par entrevue semi-structurée associée à une grille de cotation mettant en évidence les forces et les difficultés rapportées par la personne au sujet de sa participation occupationnelle.

^[15] L'Occupational Self-Assessment (OSA) est un outil d'autoévaluation validé en ergothérapie qui permet d'évaluer comment la personne perçoit la réalisation de ses activités quotidiennes et d'identifier les activités les plus importantes pour elle. L'OSA présente 21 énoncés pour lesquels la personne doit déterminer le degré de difficulté et la valeur accordée à cet énoncé.



Diagnostic ergothérapique

Avant son arrêt de travail et le décès de son père, la vie de Madame K. était principalement organisée autour de son rôle professionnel et de son rôle d'aidante, avec peu d'activités significatives en dehors de ces sphères. L'évaluation en ergothérapie montre que la perte de ces deux rôles a déclenché un épisode dépressif majeur, caractérisé par une atteinte importante de son identité occupationnelle, se traduisant par une difficulté à occuper son temps, entraînant un faible niveau d'activité et une fatigue persistante. Elle présente également des difficultés dans la gestion et l'identification de ses émotions, avec des flashbacks liés à la maladie de son père qui freinent la participation aux activités. Madame K. ne présente pas de stratégies adaptées pour gérer ces émotions ; elle privilégie l'évitement en dormant excessivement (plus de 12h/nuit, siestes de 3h en journée). Madame K. anticipe des obstacles majeurs pour son retour au travail, notamment en lien avec la tolérance à l'effort et le respect d'une routine équilibrée. En revanche, elle ne projette pas de difficultés liées au contenu ou aux exigences de ses tâches professionnelles. De plus, elle est motivée, soutenue par son entourage, et commence à investir de nouvelles activités significatives, comme la photographie.

Définition du plan d'intervention

- **Objectif 1.** Que Madame identifie et nomme ses émotions, pensées et sensations physiques associées dans une situation de son quotidien au moins une fois par jour d'ici 3 semaines, afin de soutenir sa régulation émotionnelle.
- **Objectif 2.** Que Madame intègre au moins deux activités de loisirs significatives en lien avec ses intérêts, réalisées chaque semaine d'ici 4 semaines, afin de diminuer l'apathie, l'aboulie et soutenir son identité occupationnelle.
- **Objectif 3.** Que Madame utilise une stratégie d'expression ou de régulation émotionnelle (écrite, verbale ou créative) une à deux fois par jour d'ici 6 semaines, afin de diminuer l'envahissement émotionnel.
- **Objectif 4.** Que Madame réduise progressivement son temps de sieste diurne pour atteindre 45 minutes en moyenne d'ici 8 semaines, afin de favoriser une meilleure gestion de la fatigue et soutenir sa tolérance à l'effort.

Processus d'intervention

- **Entraînement des capacités** via l'utilisation d'activités manuelles ou créatives en groupe pour développer la conscience et l'expression des émotions et favoriser le réengagement dans des activités sociales (objectif 1).
- **Apprentissage de nouvelles compétences**
 - en gestion des émotions et favoriser et maintenir la participation dans les activités (objectif 1 et 3),
 - en gestion de l'énergie, planification et séquençage des tâches (objectifs SMART, horaire occupationnel...) pour apprendre à graduer la reprise des activités significatives et améliorer la tolérance à l'effort (objectifs 2 et 4)
- **Éducation thérapeutique** visant à soutenir l'établissement d'une routine satisfaisante : exploration des valeurs et des intérêts de Madame, sélection et expérimentation d'activités permettant d'activer le corps et l'esprit, d'éprouver du plaisir et de se ressourcer, puis intégration progressive des activités choisies dans la routine. ETP appuyés par le modèle "Vivez bien votre vie"^[16] (Moll et al., 2015).

^[16] Le modèle "Vivez bien votre vie" est un modèle de promotion de la santé fondé sur l'importance de l'activité signifiante pour la santé et le bien-être, développé par des ergothérapeutes canadiens.

Résultats post intervention

Madame K a atteint un niveau de fonctionnement compatible avec un retour au travail : son niveau d'activité global a augmenté, la durée des siestes a diminué et ses horaires de sommeil se sont régularisés (avec des heures de lever compatibles avec une journée de travail). L'intégration d'activités signifiantes créatives (photographie, peinture), sportives (marche sportive) et sociales (a repris contact avec ses amies) dans sa routine quotidienne, couplé à la stabilisation de sa médication a permis de réguler son humeur et ses émotions.

L'entraînement à l'utilisation de ses propres stratégies de gestion des émotions ainsi que de son énergie, lui permet de se sentir plus outillée pour faire face aux enjeux lors du retour au travail. Toutefois, le niveau d'énergie demeure variable et Madame K. craint de ne pas réussir à tolérer des journées entières de travail.

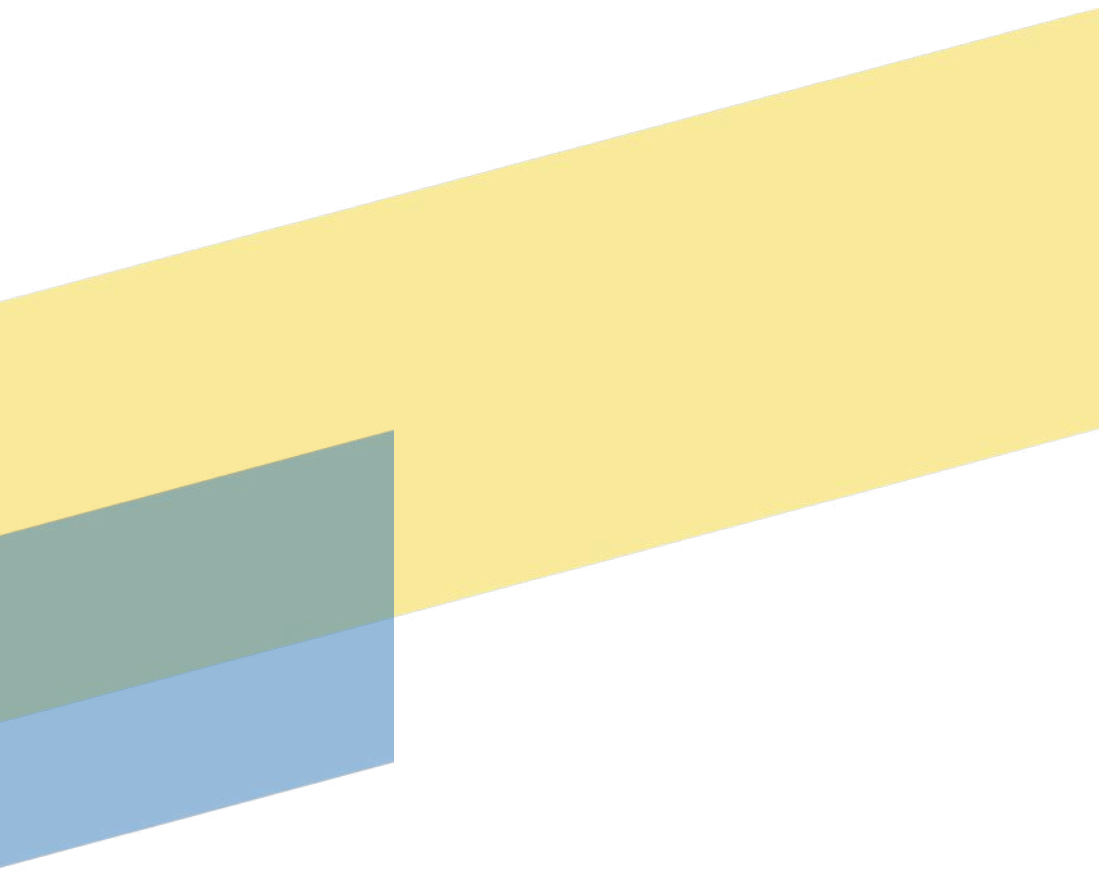
Pour faciliter le retour au travail, les recommandations suivantes ont été partagées au médecin :

- Progression du temps de travail, en démarrant par des demi-journées, de la façon suivante : semaine 1 et 2 : trois demi-journées ; semaine 3 et 4: quatre demi-journées; semaine 5 et 6: 1 journée et 3 demi-journées ; semaine 7 et 8 ; 2 journées et 2 demi-journées ; semaine 9 et 10: 3 journées et 2 demi-journées ; semaine 11 et 12 : 4 journées et 1 demi-journée ; puis retour à temps plein.
- Faciliter la préparation d'un entretien entre Madame K. et son chef afin de discuter des craintes vis-à-vis du retour au travail et trouver des solutions conjointes pour faciliter le retour. Par exemple: adapter les exigences de performance pendant le temps du retour progressif et trois mois supplémentaires ; réduire le nombre d'appels client au départ ; permettre la prise de pauses plus fréquentes ; aménager un espace clos "retour au calme".

Baron, K., Kielhofner, G., Goldhammer, V. et Wolenski, J. (2006) *Occupational Self Assessment* (V 2.2) [outil d'évaluation] (Révision de la traduction (2006) par Monique Gillet du Centre de référence du modèle de l'occupation humaine, Université Laval, Québec, Canada)

Forsyth, K., Deshpande, S., Kielhofner, G., Henriksson, C., Haglund, L., Olson, L., Skinner, S. et Kulkarni, S. (2005). *The Occupational Circumstances Assessment Interview and Rating Scale* (V 4.0) [outil d'évaluation] (traduit (2009) par le Centre de référence du modèle de l'occupation humaine, Université Laval, Québec, Canada)

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. *Canadian journal of occupational therapy. Revue canadienne d'ergothérapie*, 82(1), 9-23. <https://doi.org/10.1177/0008417414545981>



ANFE
64, rue Nationale
752013 PARIS
Tél : 01 45 84 30 97
accueil@anfe.fr
www.anfe.fr



Membre de la Fédération Mondiale des
Ergothérapeutes - W.F.O.T. et du Conseil
des Ergothérapeutes pour les pays
européens - C.O.T.E.C. Membre Fondateur
de l'Union Interprofessionnelle des
Associations de Rééducateurs et Médico-
techniques - U.I.P.A.R.M.