



Institut de Formation en Ergothérapie
Association pour le Développement, l'Enseignement
et la Recherche en Ergothérapie
52 rue Vitruve, 75020 PARIS



Place et rôle de l'ergothérapeute dans la prise en soin pluridisciplinaire du trouble d'anxiété sociale en France

Mémoire d'initiation à la recherche réalisé dans le cadre de la validation de l'U.E. 6.5

S6 : Évaluation de la pratique professionnelle et recherche

Sous la direction de Madame Charlotte COUTANSAIS (Ergothérapeute D.E)

Mélanie ERNENS
Session juin 2026

NOTES AUX LECTEURS

Ce mémoire est réalisé dans le cadre d'une scolarité. Il ne peut faire l'objet d'une publication que sous la responsabilité de son auteur et de l'Institut de Formation concerné.

REMERCIEMENTS

Je remercie tout d'abord ma maîtresse de mémoire, pour son accompagnement et ses conseils tout au long de l'année.

Je remercie l'équipe pédagogique de l'ADERE, et plus particulièrement ma référente pédagogique pour son soutien dans le choix de mon sujet et ses précieux conseils pour le choix de ma maîtresse de mémoire.

Je remercie également les ergothérapeutes qui m'ont accueillie en stage et m'ont aidée à confirmer mon choix de reconversion professionnelle.

Merci à Aurélie, Elodie et Marie, que j'ai aimé retrouver à l'école ou en dehors. Elles ont été pour moi d'un grand soutien tout au long de cette scolarité.

Et un grand merci à Marine pour sa bonne humeur et son efficacité incomparable dans la réalisation des supports de présentation. Sa présence à mes côtés et son amitié m'ont permis d'affronter les innombrables travaux de groupe sans trop de difficulté et de tenir bon dans les périodes de doute.

Enfin, un grand merci à ma famille pour son soutien indéfectible pendant ces trois années de dur labeur. Merci de m'avoir permis de réaliser cette reconversion malgré les impacts dans notre vie quotidienne.

TABLE DES MATIÈRES

GLOSSAIRE	6
INTRODUCTION	7
CADRE CONCEPTUEL.....	9
I. L'anxiété sociale.....	9
A. L'anxiété.....	9
1. Qu'est-ce que l'anxiété ?	9
2. L'anxiété : du normal au pathologique	10
3. Quels sont les mécanismes en jeu dans l'anxiété ?.....	11
B. L'anxiété sociale	13
1. Qu'est-ce que l'anxiété sociale ?.....	13
a. Critères diagnostiques	13
b. Symptomatologie	14
c. Comorbidités et diagnostics différentiels.....	15
2. Quels sont les mécanismes en jeu ?	16
3. Quels sont les impacts sur les occupations ?	19
4. Parcours de soin et moyens thérapeutiques	21
II. L'ergothérapie et l'anxiété sociale.....	22
A. Quel lien entre les occupations et la santé ?	22
B. Qu'est-ce que l'ergothérapie ?.....	23
C. Le Modèle de l'Occupation Humaine (MOH)	25
1. Les fondements du modèle	25
a. L'Être occupationnel.....	26
b. L'Agir.....	26
c. Le Devenir et l'environnement	26
2. Impact de l'anxiété sociale et le Modèle de l'Occupation Humaine.....	27
D. L'ergothérapie en santé mentale	28
1. L'approche psychodynamique	29
2. La réhabilitation psychosociale	31
CADRE DE RECHERCHE	34
I. Methodologie de recherche	34
A. Objectifs de recherche.....	34
B. Choix de la méthode de recherche	34
C. Choix de la population	35
D. Description de l'outil de recueil de données utilisé	37
E. Envoi du questionnaire	38

F.	Choix de l'outil d'analyse des données	39
II.	Résultats de l'enquête et analyse des résultats.....	40
A.	Population des répondants	40
B.	Réponses relatives à la prise en soin de l'anxiété sociale	43
1.	Parcours de soin du trouble d'anxiété sociale	43
2.	Impact du trouble sur les occupations	44
3.	Prise en soin pluridisciplinaire	45
4.	Demandes des patients.....	47
5.	Pratiques professionnelles	48
a.	Approches	48
b.	Outils d'évaluation.....	50
c.	Méthodes.....	51
III.	Discussion.....	52
A.	Confrontation avec le cadre conceptuel	52
1.	Parcours de soin du patient et prise en soin pluriprofessionnelle	52
2.	Impact du trouble sur les occupations de la personne	53
3.	Pratiques professionnelles	54
4.	Demandes des patients, objectifs de prise en soin en ergothérapie	55
B.	Validation de l'hypothèse	57
C.	Biais et limites de l'enquête.....	57
	CONCLUSION	59
	BIBLIOGRAPHIE	61
	TABLE DES ILLUSTRATIONS.....	67
	ANNEXES	68

GLOSSAIRE

- AERES : Échelle d'Auto-Evaluation des RESsources
- ANFE : Association Nationale Française des Ergothérapeutes
- ARS : Agence Régionale de Santé
- CATTP : Centres d'Accueil Thérapeutiques à Temps Partiel
- CMP : Centre médico-psychologique
- CO-OP : Cognitive Orientation to daily Occupational Performance
- COVID-19 : Maladie à Coronavirus 2019
- CPP : Comité de Protection des Personnes
- CSAPA : Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie
- DSM-5 : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
- ELADEB : Échelle Lausannoise d'Auto-évaluation des Difficultés Et des Besoins
- ESPIC : Etablissement de Santé Privé d'Intérêt Collectif
- ETP : Éducation Thérapeutique du Patient
- HAS: Haute Autorité de Santé
- HDJ : Hôpital De Jour
- MCREO : Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel
- MOH: Modèle de l'Occupation Humaine
- MOHOST: Model of Human Occupation Screening Tool
- OCAIRS: Occupational Circumstances Assessment Interview and Rating Scale
- OSA: Occupational Self Assesment
- RGPD: Règlement Général sur la Protection des Données
- SAMSAH : Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés
- SMR : Soins Médicaux de Réadaptation
- TCC : Thérapie CognitivComportementale
- VQ: Volitional Questionnaire

INTRODUCTION

Depuis le premier confinement lié à la pandémie de COVID-19 (mars - mai 2020), la santé mentale est devenue une priorité de santé publique. Le 3 mars 2021, le Haut Conseil de la Santé Publique a conduit des travaux de recherche sur les conséquences de la crise sanitaire sur la santé mentale qui ont démontré que la crise avait révélé et amplifié des problématiques de santé mentale déjà existantes nécessitant la mise en œuvre d'une politique de prévention et de promotion de la santé (Michel et al., 2022).

Plus tard, le 29 juin 2022, les résultats d'une autre enquête menée par Santé publique France ont révélé qu'au cours du premier confinement, 20% de la population rapportait des symptômes dépressifs et 20% des symptômes d'anxiété, soit deux fois plus qu'avant 2020 (Melchior et al., 2022). D'autres études ont également révélé que les personnes fragiles et démunies mais aussi les enfants, adolescents et jeunes jusqu'à 24 ans ont été particulièrement touchés par des problématiques de santé mentale pendant la pandémie de la COVID-19 (Melchior et al., 2022; Michel et al., 2022) et alertent sur de potentielles conséquences à moyen et long terme de ces épisodes de pandémie notamment sur les jeunes, conséquence telles que l'isolement ou encore un risque pour leur développement psychique à un moment de transition personnel et social important (études, autonomie, entrée dans l'emploi, création d'un réseau social et affectif, ...).

Ainsi, les travaux menés par le gouvernement français sur l'impact de la pandémie de Covid-19 soulignent la nécessité d'agir dans le champ de la santé mentale, tant pour prévenir l'augmentation de la prévalence des troubles que pour soutenir le rétablissement des personnes concernées, défini comme « le processus personnel par lequel une personne vivant avec des troubles psychiques parvient à mener une vie satisfaisante, en accord avec ses aspirations, malgré les défis liés à sa condition » selon l'Agence Régionale de Santé Île de France (2026).

Dans cette optique, la santé mentale a été déclarée « Grande Cause Nationale » les 11 octobre 2024 et 27 novembre 2025 avec quatre objectifs prioritaires : la déstigmatisation, la prévention et le repérage précoce, l'amélioration de l'accès aux

soins sur tout le territoire français, l'accompagnement des personnes concernées dans toutes les dimensions de leur vie quotidienne (formation, emploi, logement, loisirs, etc.).

Cependant, selon les recommandations de la Haute Autorité de Santé (2007a), l'ergothérapie ne figure pas parmi les professionnels explicitement mentionnés dans la prise en soin des troubles anxieux, contrairement aux médecins psychiatres, médecins traitants, psychologues, infirmières, médecins du travail (et/ou médecins scolaires) services sociaux, médico-sociaux et éducatifs.

Dans ce contexte, ce travail de recherche s'intéresse à la place, au rôle de l'ergothérapeute et aux approches utilisées dans la prise en soin pluridisciplinaire du trouble d'anxiété sociale chez l'adulte en France.

Afin de mieux comprendre les enjeux liés à ce sujet, il apparaît essentiel de poser tout d'abord les bases théoriques qui sous-tendent cette réflexion au travers d'une étude de la littérature relative à l'anxiété sociale et aux pratiques ergothérapiques en santé mentale en France.

CADRE CONCEPTUEL

Dans un premier temps, il convient d'examiner les fondements théoriques de l'anxiété et, plus spécifiquement, de l'anxiété sociale.

I. L'anxiété sociale

A. L'anxiété

1. Qu'est-ce que l'anxiété ?

Le DSM-5 distingue la peur de l'anxiété en fonction du moment où elle survient et de la nature de la menace qui la déclenche : la peur est une réaction émotionnelle qui intervient face à une menace immédiate, réelle ou perçue, tandis que l'anxiété correspond à l'anticipation d'un danger futur (Crocq et al., 2023). Pichot (1978, cité par Pasquier, 2021, pp. 70–84) décrit l'anxiété comme un état émotionnel associant « la perception d'un danger imminent, une attitude d'attente devant ce danger et un sentiment [...] d'impuissance ». Par exemple, la vue d'une araignée va déclencher de la peur, alors que la simple idée d'entrer dans un lieu propice à leur présence, comme une cave, va générer de l'anxiété.

Les deux émotions diffèrent également par leurs mécanismes physiologiques et leur fonction (Crocq et al., 2023). La peur active le système nerveux sympathique, déclenchant des réactions automatiques de fuite ou de lutte : accélération cardiaque, hausse de la pression artérielle, inhibition du système digestif (Lotstra, 2002, pp. 79–81). Lorsque la menace disparaît, le cortex cérébral met fin à cette alerte en réactivant le système parasympathique, favorisant le retour au calme et la récupération (LeDoux, 1994, cité par Lotstra, 2002, pp. 79–81). Cette réponse est donc brève et proportionnée à une menace réelle, comme une voiture s'approchant dangereusement sur la route ou la présence effective d'une araignée. En revanche, l'anxiété implique une anticipation de danger sans menace réelle immédiate. Selon le Docteur Hantouche (2011), elle survient lorsque l'individu ne parvient pas à se détacher d'un souci ou d'une émotion négative, et cherche avant tout à écarter le danger perçu ou à maîtriser son angoisse. Cette logique conduit souvent à des comportements

d'évitement : la personne ne va pas traverser une rue par peur d'un accident hypothétique ou bien elle va refuser d'entrer dans une cave de crainte d'y rencontrer une araignée. Le DSM-5 parle ainsi « de vigilance [dans la préparation au danger futur] et de conduites de prudence ou d'évitement » face à une menace anticipée (Crocq et al., 2024).

2. L'anxiété : du normal au pathologique

Ressentir de la peur ou de l'anxiété est une réaction émotionnelle normale et adaptative, car ces émotions visent à protéger la personne face à un danger potentiel. Cependant, lorsqu'elles deviennent récurrentes, intenses, disproportionnées à la situation ou perturbent le fonctionnement quotidien, elles prennent un caractère pathologique (Pasquier, 2021).

Selon le DSM-5 (Crocq et al., 2023), le trouble anxieux correspond à une rupture avec l'état antérieur et se distingue de la peur ou de l'anxiété normale par l'intensité de l'émotion, les répercussions dans la vie quotidienne et la persistance des symptômes (supérieure ou égale à 6 mois) qui en fait une pathologie souvent chronique.

Dans cette perspective, Aurélie Pasquier (2021) précise qu'une émotion est pathologique lorsque son intensité et le vécu qui l'accompagne entraînent des conséquences sur la vie psychique et la capacité d'action de la personne, compromettant son fonctionnement quotidien. Le Docteur Hantouche (2011) ajoute qu'il est question de trouble lorsqu'apparaissent des signes de détresse, d'interférence ou de handicap dans la vie sociale.

Enfin, Cora Greipl (2023) décrit l'anxiété pathologique comme une émotion qui est « forte, douloureuse, démesurée et incontrôlable », avec une durée prolongée ou une fréquence importante. Elle apparaît face à des situations « peu ou pas dangereuses », déclenchant des attaques de panique - « apparition soudaine d'une crainte, d'une angoisse ou appréhension intense, d'une peur ou terreur » (Assurance maladie, 2024) - et des « soucis irréalistes ou exagérés » ayant un impact significatif

sur la capacité d'agir, provoquant ainsi « un handicap ou une détresse psychique », et nécessitant souvent des changements de vie (Greipl, 2023).

Anxiété normal	Anxiété pathologique
Situations objectivement dangereuses	Situations pas ou peu dangereuses
Soucis raisonnables	Soucis irréalistes et exagérés
Contrôlable et d'intensité limitée	Forte, douloureuse, démesurée Incontrôlable (→ panique)
Durée brève Disparaît avec la situation en cause	Prolongée (au-delà de la situation) ou trop fréquente
Peu de handicap	Handicap significatif / détresse psychique
Pas d'influence sur l'organisation de la vie	Changements majeurs dans l'organisation du quotidien (vie affective, familiale, professionnelle, sociale)

Tab. I : caractéristiques principales de l'anxiété normale ou pathologique (Greipl, 2023)

3. Quels sont les mécanismes en jeu dans l'anxiété ?

Les origines de l'anxiété sont multiples. Elles sont le résultat d'une interaction entre des facteurs biologiques, psychologiques et environnementaux. Parmi les principales causes identifiées, on retrouve les prédispositions génétiques (Tignol, 2014), le tempérament et la sensibilité émotionnelle de l'individu (Hawkes, 2013 ; Tignol, 2014), la qualité de l'attachement entre l'enfant et ses figures parentales (Tignol, 2014), ainsi que le mode d'interaction sociale des parents, ou encore le type d'éducation (une éducation surprotectrice peut favoriser un terrain anxieux) (Tignol, 2014). Les expériences vécues influencent également la manière dont les individus interprètent les événements et peuvent entraîner un conditionnement au stress (Hantouche, 2011 ; Hawkes, 2013).

Sur le plan neurobiologique, les recherches montrent que les structures cérébrales impliquées dans le stress (« état d'inquiétude ou de tension mentale causée par une situation difficile » selon l'Organisation Mondiale de la Santé (2026))

sont similaires à celles sollicitées dans les troubles anxieux (Hantouche, 2011). Lorsqu'un stimulus apparaît, le thalamus distribue l'information en direction de trois structures principales (Mikolajczak, 2020) :

- L'amygdale, qui évalue la menace et déclenche les réactions automatiques d'alerte en activant le système nerveux sympathique (Lostra, 2002) ;
- L'hippocampe, qui mémorise les situations menaçantes afin d'adapter les réponses futures selon l'expérience (Hantouche, 2011) ;
- Le cortex préfrontal, qui analyse consciemment la situation et module la réponse de l'amygdale. Ainsi, si le danger est écarté, le système parasympathique est réactivé pour rétablir l'équilibre physiologique (Hantouche, 2011 ; Mikolajczak, 2020).

Chez les personnes atteintes de troubles anxieux, l'amygdale s'active de manière excessive même en l'absence de menace objective ; cette hyperactivation a été confirmée par imagerie cérébrale (Mikolajczak, 2020). L'amygdale stimule alors la production de cortisol, hormone du stress impliquée dans la vigilance, la régulation du métabolisme et la réponse énergétique (Hantouche, 2011 ; Mikolajczak, 2020). Or, une sécrétion prolongée de cortisol entraîne un affaiblissement du système immunitaire et perturbe les rythmes veille-sommeil. Parallèlement, l'activation prolongée du système sympathique réduit la production de sérotonine, neurotransmetteur essentiel au bien-être émotionnel, à la régulation du sommeil et à la production de mélatonine (Dervaux, 2014).

Lorsque le stress devient chronique, le cerveau reste en état d'alerte permanent. L'excès de cortisol peut altérer l'hippocampe, empêchant la régulation du stress et maintenant l'hyperactivation sympathique (Mikolajczak, 2020). Ce déséquilibre hormonal favorise la fatigue, les troubles du sommeil, les modifications de l'humeur et, à long terme, le syndrome d'épuisement (burn-out). Par ailleurs, les personnes anxieuses présentent une activité réduite du cortex frontal et préfrontal, limitant leurs capacités d'inhibition de la peur et de régulation émotionnelle, ce qui renforce les processus de conditionnement anxieux (Hantouche, 2011).

Après avoir défini l'anxiété dans sa dimension générale, il convient maintenant de s'intéresser à une forme spécifique de ce trouble : l'anxiété sociale.

B. L'anxiété sociale

1. Qu'est-ce que l'anxiété sociale ?

a. Critères diagnostiques

L'anxiété sociale fait partie des troubles anxieux. Son âge médian d'apparition se situe autour de 13 ans, avec un début entre 8 et 15 ans pour 75 % des personnes concernées. Elle peut toutefois survenir plus tôt dans l'enfance ou, plus rarement, à l'âge adulte. Le trouble se développe soit progressivement, soit brutalement à la suite d'un événement stressant, humiliant ou d'un changement de vie impliquant de nouveaux rôles sociaux (Crocq et al., 2023).

L'intensité et l'étendue des situations sociales redoutées évoluent également avec l'âge. Ainsi, chez les jeunes enfants, on observe un panel restreint de peurs mais une anxiété plus marquée, tandis que chez les personnes âgées on retrouve une anxiété moindre mais une diversité plus large de situations de peur, souvent liée à la perte de fonctions (Crocq et al., 2023).

Selon le DSM-5, l'anxiété sociale se définit comme une peur marquée des situations d'interaction, d'observation ou de performance, liée à la crainte d'un jugement négatif, de l'embarras ou du rejet (Crocq et al., 2023 ; Lévesque et al., 2022). Elle se manifeste notamment lors de prises de parole, d'échanges sociaux, d'affirmation de soi ou lorsqu'une personne se sait observée (Hantouche, 2011). Cela a des conséquences fonctionnelles majeures dans la vie de la personne (Crocq et al., 2023).

Cette anxiété, qui persiste pendant au moins six mois, entraîne souvent des comportements d'évitement. Lorsqu'il n'est pas possible d'éviter la situation, la personne la subit avec une anxiété intense, généralement disproportionnée à la situation réelle. Enfin, ce trouble altère de manière significative le fonctionnement social, scolaire ou professionnel (Hantouche, 2011 ; Lévesque et al., 2022).

Le diagnostic s'appuie sur dix critères principaux (Annexe 1). Toutefois, le contexte culturel du patient doit toujours être pris en compte pour éviter de considérer comme excessifs des comportements qui peuvent relever de normes sociales ou de signes de respect propres à sa culture (Crocq et al., 2023).

b. Symptomatologie

Les personnes atteintes d'anxiété sociale ressentent de nombreux symptômes physiques et cognitifs qui peuvent être fortement handicapants au quotidien. Ces manifestations sont liées à l'activation du système d'alerte physiologique (Crocq et al., 2023). Les symptômes les plus fréquemment rapportés sont : l'accélération du rythme cardiaque, les rougissements, les tremblements, les palpitations, la transpiration ou les mains moites, les sensations de chaud et de froid, ainsi que des difficultés de concentration, de mémoire ou d'élocution pouvant aller jusqu'au bégaiement (Crocq et al., 2023).

Ces réactions sont la conséquence de croyances négatives limitantes concernant l'apparence ou les comportements. Par exemple, une personne anxieuse imaginera rougir beaucoup plus qu'elle ne le fait réellement lorsqu'elle doit parler en public. Cette perception déformée renforce la peur du jugement social et aggrave davantage le trouble (Crocq et al., 2023).

Cela provoque le développement de comportements d'évitement variés tels que ne pas manger, boire, écrire ou saluer en public ; éviter les regards ; parler à voix basse ; détourner la conversation ; ou encore limiter les situations d'interaction sociale (Crocq et al., 2023 ; Hantouche, 2011). Dans les cas les plus sévères, cela peut aboutir à des refus de sorties ou à l'évitement d'activités sociales et professionnelles, comme ne pas aller à des fêtes ou au travail (Crocq et al., 2023).

L'anxiété sociale influence également la posture et le comportement social de la personne : certaines peuvent paraître rigides, autoritaires ou fermées à la discussion (Crocq et al., 2023), voire sembler froides, distantes ou prétentieuses (André et al., 2023). Ces attitudes sont souvent des mécanismes défensifs visant à masquer leurs émotions et à éviter les situations sociales anxiogènes (André et al., 2023).

c. Comorbidités et diagnostics différentiels

Le trouble d'anxiété sociale présente un taux élevé de comorbidité : entre 50 % et 80 % des personnes concernées présentent au moins un autre trouble psychiatrique (Lépine et al., 2005 ; Lévesque et al., 2022). Les plus fréquents sont le trouble dépressif caractérisé et les troubles liés à l'usage de substances. Le diagnostic doit donc s'appuyer sur l'identification précise des diagnostics différentiels et la recherche de comorbidités, qui tendent à aggraver les symptômes et l'impact fonctionnel du trouble (Lévesque et al., 2022 ; Renson et al., 2020).

Les troubles de l'humeur constituent la principale comorbidité. Environ la moitié des personnes souffrant d'anxiété sociale connaissent au moins un épisode dépressif au cours de leur vie (Lévesque et al., 2022). Certains symptômes — tels que le manque d'estime de soi, la crainte du jugement ou l'anhédonie (perte de la capacité à ressentir du plaisir) — peuvent être communs aux deux troubles, mais leurs origines diffèrent : dans la dépression, ils découlent d'un sentiment d'indignité ou de dévalorisation, tandis que dans l'anxiété sociale, ils proviennent de la peur d'être jugé négativement (Crocq et al., 2023 ; Tignol, 2014).

Les troubles de l'usage de substances sont également courants : l'alcool, les drogues ou encore certains médicaments sont utilisés à des fins d'automédication, pour réduire l'anxiété ou faciliter les interactions sociales (André et al., 2023). Ainsi, chez les jeunes adultes, le risque de développer un trouble d'usage de l'alcool dans les deux ans suivant l'apparition du trouble est particulièrement élevé (Renson et al., 2020), et 20 à 40 % des patients consomment de manière excessive pour leurs effets anxiolytiques (André et al., 2023). Toutefois, ces consommations peuvent induire des hallucinations et des idées de persécution, renforçant la peur du regard d'autrui (Tignol, 2023). D'autres addictions comportementales sont également observées, notamment au sport (course à pied, pour canaliser les émotions) ou aux jeux vidéo, qui offrent un refuge symbolique et la possibilité d'adopter une identité sans contrainte sociale (Hawkes, 2013).

Certaines pathologies somatiques peuvent mimer ou accompagner le trouble, comme les traumatismes crâniens, tumeurs cérébrales ou démences, qui entraînent des symptômes dépressifs, des troubles cognitifs ou des hallucinations. Dans le trouble d'anxiété sociale, toutefois, les craintes demeurent conscientes et irréalistes, ce qui permet de les distinguer de ces affections organiques (Crocq et al., 2023).

L'attaque de panique partage également certains comportements d'évitement, notamment la fuite des lieux publics, mais la source de l'anxiété diffère : dans l'attaque de panique, la peur est liée à la crainte d'une crise de panique, tandis que dans l'anxiété sociale, elle provient du regard et du jugement d'autrui (Tignol, 2014).

Enfin, plusieurs troubles de la personnalité peuvent être confondus avec l'anxiété sociale. Le trouble de la personnalité schizoïde se manifeste par un retrait social et une froideur apparente, mais contrairement à ces individus, la personne souffrant d'anxiété sociale désire établir des relations, tout en s'en sentant incapable (Tignol, 2014). Le trouble de la personnalité évitante présente également des comportements d'évitement, mais ceux-ci s'étendent à des contextes non sociaux, contrairement à la phobie sociale (Crocq et al., 2023 ; Lévesque et al., 2022).

2. Quels sont les mécanismes en jeu ?

Les personnes atteintes d'anxiété sociale éprouvent une peur intense d'échouer, d'être jugées ou humiliées dans des situations où elles risquent de manifester leur anxiété par des signes physiques visibles tels que le rougissement, le bégaiement ou la transpiration (Lévesque et al., 2022). Malgré ces appréhensions, elles cherchent activement à produire une impression favorable et à obtenir l'approbation d'autrui, motivées par un fort besoin de reconnaissance sociale (André et al., 2023).

Ces craintes découlent de croyances profondes façonnées par l'expérience personnelle, l'histoire de vie et l'environnement socioculturel. Elles sont le résultat du principe de conditionnement opérant selon lequel, l'être humain apprend et construit ses réactions en fonction des conséquences des situations vécues (Manidi, 2005). Ces schémas cognitifs, souvent rigides et inconscients, guident les comportements et entretiennent le trouble. Parmi les croyances typiques figurent : « Je ne dois pas

contrarier ou déranger, sinon je serai rejeté », « Je dois être aimé et apprécié de tous », ou encore « Je dois réussir pour être crédible aux yeux des autres » (André et al., 2023).

Les psychiatres Christophe André, Patrick Légeron et Antoine Pellisolo (2023) ont classé les situations génératrices d'anxiété sociale en quatre grandes familles, selon le type de crainte ressentie, afin de mieux comprendre et cibler les mécanismes à l'œuvre dans ce trouble.

Familles de situations	Exemples	Exigences supposées de la situation	Craintes
Accomplir une prestation ou une performance sous le regard d'autrui	Exposé ou lecture en public, tour de tables ou prise de parole en réunion, examen oral, entretien d'embauche, ...	Être, ou paraître, performant	Peur de perdre ses moyens, de mal faire, de donner une mauvaise image de soi
Avoir une discussion informelle, superficielle ou approfondi	- Bavarder ou parler de la pluie et du beau temps avec un voisin, un collègue, un commerçant ... - Faire la connaissance d'une personne inconnue, exprimer ses sentiments à quelqu'un, ...	Avoir quelque chose d'intéressant à dire	Peur de se révéler sans intérêt, sans conversation, sans répartie
Se faire entendre et faire passer son point de vue	Donner son avis, exprimer son désaccord, faire une réclamation, ...	Se montrer sûr de soi et s'imposer	Peur d'échouer ou de déclencher de l'agressivité, peur du conflit
Accepter d'être observé dans ses gestes quotidiens	Marcher, conduire, travailler sous le regard de quelqu'un, ...	Paraître à l'aise et naturel	Peur de révéler son émotivité et son malaise intérieur (en tremblant, rougissant, ayant l'air bizarre, ...)

Tab. II : Les quatre grandes familles de situations sources d'anxiété sociale (André et al., 2023)

Par ailleurs, les personnes souffrant d'anxiété sociale présentent une distorsion cognitive : elles ont tendance à surestimer les risques, sous-évaluer leurs capacités, amplifier les événements négatifs et minimiser les événements positifs. Cette interprétation biaisée conduit à anticiper le déroulement négatif de la situation, souvent

imaginé sous la forme d'images mentales où la personne se voit ridicule ou incompétente (André et al., 2023).

Bien que ces scénarios soient possibles, ils ne reflètent pas nécessairement la réalité (Hantouche, 2011). Ces perceptions erronées déclenchent alors des pensées automatiques négatives et des ruminations involontaires, centrées sur l'image de soi et la crainte du regard ou du jugement des autres, comme cela est illustré dans le tableau 3 ci-dessous (André et al., 2023).

Pensées sur soi-même	Pensées sur ce que disent les autres	Pensées sur ce que vont faire les autres
« Ma voix n'est pas assurée »	« Ils voient bien que je ne suis pas à l'aise »	« Ils vont me poser une question à laquelle je ne saurai pas répondre »
« Je tremble trop »	« Ils ont repéré mes tremblement »	« Ils vont me faire une remarque à ce sujet »
« Je ne suis pas intéressant »	« Ils me trouvent ennuyeux »	« Ils ne me réinviteront plus »
« Je suis allé trop loin en demandant ça »	« Elle va me trouver impoli »	« Elle va se mettre en colère et m'envoyer paître »

Tab. III : Exemples de pensées chez un anxieux social (André et al., 2023)

Par ailleurs, le cerveau dispose d'un mécanisme d'anticipation visant à améliorer son système d'alerte face au danger qui repose lui aussi sur le principe du conditionnement (Manidi, 2005). Par l'intermédiaire de l'hippocampe, il enregistre les informations issues d'expériences passées afin de réagir plus vite lors de situations similaires. Ainsi, lorsqu'une nouvelle situation rappelle un épisode perçu comme négatif, l'hippocampe la catégorise immédiatement comme potentiellement risquée, amplifiant progressivement l'étendue des situations anxiogènes (Hantouche, 2011) et incitant la personne anxieuse à l'éviter au plus vite. Or, si elle ne parvient pas à éviter la situation redoutée, la personne anxieuse va avoir tendance à focaliser toute son attention sur elle-même, persuadée « d'être le centre de l'attention » du groupe (André et al., 2023). Cette auto-focalisation accapare ses ressources cognitives, l'empêche de se concentrer sur la situation sociale réelle et de prendre du recul, la

laissant dans un état d'impuissance face à la montée de l'angoisse (André et al., 2023).

Enfin, lorsqu'une situation vient contredire les schémas appris par une personne, une situation de conflit intervient dans le but de faire évoluer les schémas de cette personne en lui donnant l'occasion de réorganiser sa pensée. C'est le principe de l'accommodation décrit par Piaget. Or, dans le cas de la personne anxieuse, cette accommodation ne se fait pas. La personne anxieuse adopte un raisonnement auto-justificateur décrit par Piaget comme le principe d'assimilation, c'est à dire pour adapter la situation à son propre schéma et donc à ses croyances en cherchant des explications extérieures pour valider son interprétation anxieuse (André et al., 2023).

Par exemple, si, lors d'une présentation publique, les personnes applaudissent, la personne anxieuse pensera que les applaudissements visent simplement à mettre fin à sa prise de parole plutôt qu'à la féliciter. De la même manière, lorsqu'une personne anxieuse évite une situation, l'hippocampe interprète cette absence d'échec comme la preuve de l'utilité de la fuite, ce qui renforce le conditionnement anxieux et freine toute mise à l'épreuve corrective de ses craintes (André et al., 2023).

Ainsi, les personnes souffrant d'anxiété sociale se trouvent prises dans un processus d'ultra-cognition, caractérisé par un flot constant de pensées récurrentes qui intensifient les sensations physiques, renforcent les croyances négatives et favorisent l'évitement des situations redoutées, alimentant ainsi le cercle vicieux de l'angoisse (André et al., 2023 ; Hantouche, 2011).

3. Quels sont les impacts sur les occupations ?

Comme nous avons commencé à le voir et comme cela est précisé dans le DSM-5, l'anxiété sociale provoque un retentissement fonctionnel majeur sur la vie personnelle, sociale et professionnelle. Celui-ci constitue un critère essentiel du diagnostic clinique, car les comportements d'évitement et les réactions anxieuses ont un impact significatif sur le fonctionnement global de la personne (Crocq et al., 2023).

Sur le plan éducatif et professionnel, on observe un taux élevé d'échec ou d'abandon scolaire, entraînant des difficultés dans le choix de carrière et la progression professionnelle (Pélissolo et al., 2006). Ces difficultés s'expliquent entre autres par une productivité réduite, un taux d'absentéisme 2,7 fois supérieur à celui observé chez les personnes sans trouble psychiatrique (Norton et al., 2014) et une procrastination importante liée à la peur de l'échec. Bien que les personnes souffrant d'anxiété sociale soient souvent compétentes et travailleuses, leurs craintes — de ne pas être à la hauteur, de subir des critiques ou d'assumer des responsabilités — peuvent les amener à refuser des promotions et à stagner professionnellement (Hawkes, 2013).

Les relations sociales et familiales sont elles aussi gravement affectées. Selon Pélissolo et al. (2006), la vie affective est altérée dans 56,3 % des cas (de façon importante) et 31 % (modérément), la vie familiale dans 41,1 % et 40 % respectivement, et le réseau relationnel, respectivement dans 64,3 % et 29,1 % des cas. L'évitement des interactions entraîne une perte des compétences sociales et une diminution de l'estime de soi, rendant plus difficile la création ou le maintien de liens (Hawkes, 2013). La peur du rejet, de l'intimité ou de l'attachement empêche souvent la formation de relations amoureuses, ou conduit à des relations fusionnelles où la peur de perdre l'autre restreint toute ouverture sociale. Contrairement à d'autres troubles psychiatriques, cette incapacité à interagir librement est vécue avec souffrance, car la personne souhaite sincèrement nouer des relations satisfaisantes (Hantouche, 2011).

L'anxiété sociale a également des répercussions sur les loisirs : 43,6 % des participants à l'étude de Pélissolo et al. (2006) déclarent en effet un impact certain et 40,2 % un impact modéré sur ces activités. Concernant les activités sociales, 57,1% des personnes se sent fortement impacté et 31% modérément (Pélissolo et al., 2006). Ces restrictions découlent de la faible estime de soi et de la volonté d'éviter toute exposition sociale (Hawkes, 2013).

Concernant la vie quotidienne, l'impact est surtout modéré : 49,9 % le perçoivent comme tel contre 31,4 % qui le qualifient de certain (Pélissolo et al., 2006). Les tâches domestiques solitaires — comme l'entretien du logement ou la cuisine — posent en

effet, peu de problèmes, contrairement à celles impliquant le contact social, telles que faire des courses.

Enfin, l'anxiété sociale génère un retentissement psychique majeur : on retrouve de la fatigue chronique, un risque dépressif et suicidaire élevé, et une forte probabilité de comorbidités psychiatriques (Lépine et al., 2005). En effet, environ 70 % des personnes concernées présentent au moins un autre trouble de santé mentale (André et al., 2023), ce qui confirme la gravité et la complexité de ce trouble.

4. Parcours de soin et moyens thérapeutiques

La prise en soin des troubles anxieux et plus particulièrement du trouble d'anxiété sociale est réalisée, en premier lieu, en ville par le médecin traitant. Il évalue la situation et oriente vers d'autres professionnels en fonction des besoins

Dans le cadre de troubles anxieux légers, le médecin traitant peut décider d'orienter la personne soit vers un psychiatre et un psychologue intervenant en libéral soit vers des soins ambulatoires au sein d'un CMP.

Dans le cadre de troubles anxieux plus sévères, les patients sont dirigés vers une offre de soins hospitaliers au sein d'établissements publics ou privés. Plusieurs services de soins peuvent alors intervenir en première intention, tels que les urgences, les équipes mobiles ou encore les services d'hospitalisation complète (services intra hospitaliers). En cas d'addictologie, les personnes concernées peuvent être dirigées en complément vers des structures dédiées telles que les CSAPA ou les services d'addictologie.

Dans un second temps, des soins dits de rétablissement peuvent être enclenchés au sein de structures telles que des hôpitaux de jour ou de nuit, des CATTP et des CMP, auxquelles vont s'ajouter des structures d'accompagnement et de suivi dans des domaines tels que l'hébergement ou encore la réinsertion scolaire ou professionnelle (Communauté Territoriale de Santé Mentale Yvelines Nord, 2026).

Les moyens thérapeutiques qui vont être proposés en première intention sont : une psychothérapie non structurée afin d'accompagner et apporter un soutien

psychologique à la personne ainsi qu'un traitement médicamenteux ou une psychothérapie structurée (de type thérapie cognitivo-comportementale). Une prise en soin médico-sociale peut être proposée dans les cas d'anxiété les plus graves. Dans ce cas, une équipe pluridisciplinaire intervient pour une prise en soin globale et en réseau, des problématiques de la personne (Haute Autorité de Santé, 2007a).

Après avoir étudié les caractéristiques et les mécanismes de l'anxiété sociale, il convient de s'intéresser à sa prise en soin en ergothérapie.

II. L'ergothérapie et l'anxiété sociale

A. Quel lien entre les occupations et la santé ?

L'occupation constitue un besoin humain fondamental, aussi essentiel que la nourriture ou la respiration. Elle regroupe l'ensemble des activités et des tâches quotidiennes réalisées par un individu et qui, selon sa culture, donnent sens à sa vie et la structure : les soins personnels, les loisirs et les activités productives (Association Canadienne des Ergothérapeutes, 2008).

Dès l'Antiquité, la pratique d'activités, telles que l'art ou le jardinage, était déjà perçue comme un moyen de préserver la santé. Du XVII^e au XIX^e siècle, les activités productives, domestiques et thérapeutiques ont progressivement été intégrées dans les soins, puis utilisées au XX^e siècle dans les hôpitaux à des fins de rééducation et de bien-être (Charret & Thiébaud Samson, 2017).

Selon Barbier (2015), l'activité représente l'ensemble des processus d'action par lesquels l'être humain interagit avec son environnement physique, social et mental. Ces activités s'effectuent en fonction des habitudes de vie de la personne : elles reflètent sa culture, ses valeurs, sa façon de penser et ses rôles sociaux. Ces habitudes de vie permettent à l'individu de fonctionner au quotidien dans son environnement social.

L'activité humaine agit à la fois sur l'environnement et sur la personne elle-même. Selon son âge et ses rôles sociaux, l'individu développe des habiletés (des savoir-faire et des savoir-être), acquiert de nouvelles connaissances et renforce sa santé physique

et psychique, en s'engageant dans ses activités, en se sentant utile et compétent (Ferland, 2015). Les activités signifiantes (ayant du sens pour la personne) et significatives (socialement valorisées) favorisent ainsi le bien-être et la motivation. À l'inverse, un retrait ou une perte d'activités peut entraîner dépendance, perte de confiance en soi ou dépression. Aider une personne à retrouver son autonomie décisionnelle et à reprendre le contrôle de sa vie améliore donc sa productivité et sa satisfaction personnelle (Association Canadienne des Ergothérapeutes, 2008).

L'efficacité de ces occupations repose sur un équilibre occupationnel, c'est-à-dire la capacité d'une personne à satisfaire ses besoins et à assumer ses différents rôles — familiaux, professionnels, personnels — sans qu'aucun ne prenne toute la place (Ferland, 2015). Cet équilibre, lorsqu'il est atteint, contribue à la santé et au bien-être, en équilibrant les activités selon leur nature, leur intensité, le temps qu'elles exigent et le niveau de défi qu'elles représentent (Martins, 2015).

Enfin, les occupations et les habitudes de vie évoluent en même temps que la société. D'une part, les transformations technologiques ont profondément modifié nos modes de communication ; d'autre part, les crises sociales, les maladies ou encore les périodes de transitions qui interviennent au cours de la vie forment des obstacles dans le quotidien qui forcent les individus à explorer d'autres manières de s'engager dans leurs activités. (Association Canadienne des Ergothérapeutes, 2008). L'anxiété sociale fait partie de ces obstacles et modifie donc les occupations et les habitudes de vie, obligeant la personne à redéfinir ses activités et ses rôles pour préserver sa santé et son équilibre de vie.

Les éléments présentés précédemment mettent en évidence l'importance des occupations dans la santé, il convient donc maintenant de s'intéresser à l'ergothérapie, discipline fondée précisément sur cette interaction.

B. Qu'est-ce que l'ergothérapie ?

L'ergothérapie est définie par l'arrêté du 5 juillet 2010 relatif au Diplôme d'État d'ergothérapeute comme un « professionnel de santé » s'adressant à des personnes présentant des maladies, déficiences, incapacités ou situations de handicap, qu'elles

soient temporaires ou permanentes (Caire, 2012). Sa pratique repose sur le lien entre activité humaine et santé, considérant l'activité comme un levier d'équilibre, de réadaptation et de participation sociale (Arrêté du 5 juillet 2010).

Selon l'Association Nationale Française des Ergothérapeutes (2025), l'ergothérapeute est le « spécialiste du rapport entre activité et santé » : il intervient sur prescription médicale, pour « assurer l'accès des individus aux occupations qu'ils veulent ou doivent faire et rendre possible leur accomplissement de façon sécurisée, autonome, indépendante et efficace ». « L'objectif de l'ergothérapie est de [...] prévenir, réduire ou supprimer les situations de handicap, en tenant compte des habitudes de vie et de l'environnement des personnes » (Arrêté du 5 juillet 2010).

Ainsi, l'ergothérapie s'attache à résoudre les obstacles qui empêchent une personne d'accomplir les activités signifiantes et significatives, c'est-à-dire celles qui ont du sens pour elle et participent à son équilibre de vie. Elle vise à promouvoir à la fois l'autonomie (capacité à décider) et l'indépendance (capacité à agir par soi-même) dans les activités quotidiennes. Cette approche s'inscrit en cohérence avec la définition légale du handicap donnée par l'article L114 du Code de l'action sociale et des familles, qui décrit toute limitation d'activité ou restriction de participation liée à une altération durable ou définitive d'une fonction physique, sensorielle, mentale, cognitive ou psychique.

De plus, l'ergothérapeute agit comme un « intermédiaire entre les besoins d'adaptation de la personne et les exigences de la vie quotidienne en société » (Arrêté du 5 juillet 2010). Il élabore avec elle un projet de soin personnalisé, fondé sur son projet de vie, ses besoins, envies et priorités. Ce partenariat favorise l'engagement actif de la personne dans son processus de rééducation et dans la reconstruction d'une vie significative (Caire & Chabaille, 2018).

Pour approfondir la compréhension de l'intervention en ergothérapie, il convient d'examiner l'un des modèles conceptuels de référence dans ce domaine : le Modèle de l'Occupation Humaine.

C. Le Modèle de l'Occupation Humaine (MOH)

1. Les fondements du modèle

De nombreux modèles conceptuels permettent de structurer la pratique ergothérapique. Parmi eux, le Modèle de l'Occupation Humaine (MOH), élaboré par Gary Kielhofner à la fin des années 1970, est un modèle très utilisé en ergothérapie, particulièrement en santé mentale (Lee et al., 2012). Fondé sur le principe que « l'être humain est un être occupationnel » et que « c'est en agissant que les personnes façonnent ce qu'elles sont » (Morel-Bracq, 2024 ; Taylor & Kielhofner, 2017), il considère que la santé et l'identité se construisent à travers une participation active et significative aux occupations.

Le modèle vise à comprendre le rôle de l'occupation dans la dynamique santé - maladie (Manidi, 2006). La participation occupationnelle y est décrite comme un processus influencé par la motivation, les habitudes, les rôles, les capacités et l'environnement (Morel-Bracq, 2024). En prenant conscience de ses capacités et de son identité, la personne peut renforcer son adaptabilité (Koch, 2016).

Le MOH distingue trois catégories d'occupations dépendantes du contexte socioculturel, physique et temporel (Assises nationales de l'ergothérapie & Association nationale française des ergothérapeutes, 2015 ; Taylor & Kielhofner, 2017) :

- Les activités productives (travail, études, bénévolat) ;
- Les activités de loisirs, librement choisies ;
- Les activités de vie quotidienne, liées aux soins personnels et à l'entretien du domicile.

L'objectif est de favoriser une adaptabilité occupationnelle afin de garantir un équilibre entre les différentes sphères de vie. Le modèle place donc l'expérience vécue de la personne au centre de la pratique ergothérapique (Taylor & Kielhofner, 2017).

Dans le MOH, quatre concepts centraux interdépendants représentent la nature occupationnelle de l'être humain (Manidi, 2006 ; Morel-Bracq, 2024) : l'Être occupationnel, l'Agir, le Devenir et l'Environnement.

a. L'Être occupationnel

L'Être Occupationnel renvoie aux composantes internes qui motivent et structurent l'action humaine. Il comprend :

- La volition, c'est-à-dire la motivation à agir fondée sur les valeurs, les intérêts et le sentiment de compétence (Assises nationales de l'ergothérapie & Association nationale française des ergothérapeutes, 2015 ; Manidi, 2006) ;
- L'habitation, qui correspond aux habitudes et rôles sociaux influencés par la culture et la répétition (Morel-Bracq, 2024) ;
- Les capacités de performance, à savoir le sentiment d'efficacité personnelle selon ses capacités physiques, cognitives et sociales (Assises nationales de l'ergothérapie & Association nationale française des ergothérapeutes, 2015).

b. L'Agir

Ce concept recouvre trois niveaux d'action interconnectés (Manidi, 2006) :

- La participation occupationnelle, à savoir l'engagement dans les grands domaines d'activité (s'occuper de soi, étudier, entretenir son logement, etc.) ;
- La performance occupationnelle, qui désigne la manière concrète de réaliser les tâches en lien avec cette participation ;
- Les habiletés, regroupant les composantes motrices, opératoires et interactionnelles nécessaires à l'action (Assises nationales de l'ergothérapie & Association nationale française des ergothérapeutes, 2015).

c. Le Devenir et l'environnement

Ce concept correspond à la dynamique d'adaptation : les expériences vécues façonnent une identité occupationnelle et renforcent les compétences adaptatives, permettant la participation harmonieuse aux rôles sociaux (Manidi, 2006).

L'environnement, quant à lui, inclut les ressources, contraintes et opportunités issues du contexte physique, social et culturel ; son impact dépend de la volition, de l'habitation et des capacités de la personne (Manidi, 2006).

2. Impact de l'anxiété sociale et le Modèle de l'Occupation Humaine

L'anxiété sociale perturbe profondément le fonctionnement occupationnel. La volition est altérée par la peur du jugement et la personne va mettre en place des conduites d'évitement pour se protéger de l'environnement qui est perçu comme menaçant. Cette réorganisation des habitudes réduit la motivation et la confiance à s'engager dans de nouvelles activités.

L'agir est également impacté : la performance occupationnelle et les habiletés sociales diminuent, limitant ainsi significativement la participation occupationnelle. Le Devenir est lui aussi affecté. Les stratégies d'adaptation, centrées sur l'évitement, entraînent un déséquilibre occupationnel, restreignent le développement identitaire (Manidi, 2006) et impactent les opportunités d'avenir de la personne (Hawkes, 2013 ; Pelissolo et al., 2006).

L'utilisation du MOH et de ses outils standardisés — MOHOST, VQ, OCAIRS — permet d'évaluer le fonctionnement occupationnel global (passé, présent, futur) et d'identifier les facteurs entravant l'adaptabilité (Manidi, 2006). Dans le contexte de l'anxiété sociale, cette approche rend possible :

- L'identification des situations et environnements anxiogènes et des comportements d'évitement (Lévesque et al., 2022) ;
- La compréhension des mécanismes cognitifs et physiologiques et des moyens de compensation déjà mobilisés (Caire, 2012 ; Criquillon-Ruiz, 2023) ;
- La mise en évidence des forces et ressources personnelles et environnementales soutenant le processus d'adaptation.

À la lumière de ces éléments théoriques, il est maintenant nécessaire d'explorer la pratique ergothérapique dans le domaine de la santé mentale.

D. L'ergothérapie en santé mentale

L'organisation de la psychiatrie a été replacée dans une politique globale de santé mentale par la loi de la modernisation de notre système de santé en 2016 (LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, 2016). Cela a eu pour effet de réaffirmer les objectifs suivants : mise en place d'actions de prévention, de diagnostic, de soins, de réadaptation et de réinsertion sociale, en associant tous les acteurs : médecins libéraux, psychologues et les acteurs sociaux et médico-sociaux (du logement, de l'hébergement et de l'insertion). Il ne s'agit plus seulement de prendre en soin la pathologie et les troubles somatiques mais aussi de prendre soin de la personne et de se préoccuper de sa vie, afin de limiter « les conséquences sociales de la maladie, les restrictions à la citoyenneté, la perte de qualité de vie et parfois une immense solitude qui pèsent tout autant sur les personnes que l'impact de la symptomatologie clinique » (Laforcade, 2017). Pour se faire, il faut limiter au maximum les ruptures dans le parcours de soin et promouvoir le rétablissement de la personne. Ce modèle de pensée est fondé sur l'idée de replacer le patient au centre de sa prise en soin, en tant qu'acteur, et de considérer que la personne présentant des troubles psychiques peut récupérer son pouvoir d'agir en utilisant ses compétences, ses forces et son bien-être et en mettant à distance sa pathologie, sa maladie et ses symptômes.

Ainsi, pour tenir compte des spécificités de la prise en soin des pathologies psychiatriques (évolution dans le temps, chronicité, stigmatisation, parfois faible conscience des troubles) et garantir à l'ensemble de la population un accès de proximité ainsi qu'une continuité des soins, la psychiatrie publique s'appuie sur un ensemble de structures au sein desquelles exercent de nombreux professionnels en équipes pluridisciplinaires, permettant de proposer des modalités d'accompagnement diversifiées (Coldefy, 2016). On retrouve notamment dans ces équipes, des médecins psychiatres, des psychologues cliniciens, des infirmiers, des assistants sociaux, des psychomotriciens, des ergothérapeutes ou encore des enseignants en activité physique adaptée.

Tout comme les autres professionnels, l'ergothérapeute joue un rôle important dans la prise en soin des personnes en santé mentale. Il intervient, en s'appuyant sur différentes approches thérapeutiques sous-tendues par des modèles de pensée et de pratique, afin de choisir les outils d'évaluation et les méthodes de prise en soin adaptées aux besoins des personnes. Deux types d'accompagnement prédominent : l'approche psychodynamique et la réhabilitation psychosociale.

1. L'approche psychodynamique

Comme évoqué précédemment, l'examen conjoint de l'histoire de l'ergothérapie et de celle de la prise en soin en santé mentale (Charret & Thiébaud Samson, 2017) montre que, dès l'Antiquité puis à l'époque moderne, les effets bénéfiques de l'occupation étaient déjà reconnus. Le travail pénible, les activités récréatives, ainsi que la participation des patients à la gestion du quotidien de l'hôpital (cuisine, travail aux champs, lingerie) étaient utilisés comme supports de soin. De nombreux médecins psychiatres mettaient alors en avant la nécessité de donner du sens aux soins pour en garantir l'efficacité, de s'appuyer sur la relation interhumaine comme moyen thérapeutique et de rendre le patient acteur de sa prise en soin (Pibarot, 2016).

Cette capacité à transformer une occupation en activité thérapeutique est le cœur de métier de l'ergothérapeute. Toute activité peut être thérapeutique dès lors que le cadre, la relation et l'activité sont adaptés aux besoins spécifiques de la personne.

Dans l'approche psychodynamique, l'activité est utilisée non « pas [comme] une fin en soi [mais] comme un moyen d'atteindre une fin plus élevée : faire progresser psychiquement les malades » (Simon, 1929, cité par Pibarot, 2016, p. 30). L'ergothérapie est, dans cette approche, « le cadre [...] qui donne au patient la possibilité d'entrer dans son [...] action psychique propre » (Pibarot, 2016, p. 34). La variété des matériaux utilisés (argile, bois, tissu, etc.) favorise l'expression et la mobilisation de la vie psychique. Ces supports concrets permettent à la personne de se relier à elle-même et à son environnement, en participant à la construction de son image de soi et de ses représentations de l'autre.

Grâce au travail créatif et à la transformation de la matière, l'ergothérapeute aide le patient à donner forme à ce qu'il ne peut exprimer, et contribue ainsi à sa reconstruction psychique. Cette approche s'appuie sur l'idée d'utiliser une forme de communication primitive, fondée sur l'action du corps plutôt que sur les mots, semblable à celle qui existe entre le nourrisson et sa mère (Pibarot, 2016).

Dans cette approche, l'ergothérapie constitue un espace thérapeutique symbolique où la personne qui souffre d'un trouble psychique peut rejouer, transformer et réinvestir ses expériences et retrouver progressivement un sens à son existence et une place dans le monde (Pibarot, 2016).

A travers cette approche, plusieurs objectifs de prise en soin peuvent être poursuivis dans le cadre de l'anxiété sociale :

- Agir contre les mécanismes destructeurs qui tendent à rompre les liens et à isoler le patient afin de l'aider à affronter le conflit intérieur souvent marqué par l'agressivité ou l'inertie (Klein, 2016) ;
- L'amener à se réinvestir psychiquement dans les occupations qui font sens pour lui, signe qu'il parvient à mettre temporairement à distance ses préoccupations (Klein, 2016) ;
- Engager le patient dans un processus de renarcissisation (Caire, 2012).

Dans cette optique, l'ergothérapeute va « évaluer le patient tout au long de sa prise en charge [...], dès la rencontre et tout au long de l'activité » afin d'identifier le « symptôme et son sens non explicite » mais aussi « son organisation psychique ». Ensuite, la prise en soin ergothérapique, par le biais de la médiation thérapeutique, va permettre de rendre à la personne ses capacités de mise en lien et de l'accompagner dans une dynamique d'introspection lui permettant de rejouer ses conflits psychiques dans un cadre structurant et sécurisant, et donc de se réapproprier son histoire (Sement, 2016).

2. La réhabilitation psychosociale

Comme nous l'avons vu, l'un des objectifs de la prise en soin de la pathologie psychiatrique repose sur le rétablissement de la personne en travaillant avec ses forces, en favorisant son bien-être et en lui permettant de prendre de la distance avec sa symptomatologie afin de favoriser son autonomie et son indépendance. Ainsi, le fait de recourir aux occupations des personnes peut participer à ce rétablissement.

Les recommandations de la Haute Autorité de Santé détaillées dans le programme pluriannuel « santé mentale et psychiatrie » 2025-2030 paru en novembre 2024 indiquent que les patients doivent bénéficier « de soins leur permettant d'accéder à un logement et de s'y maintenir ainsi qu'à un emploi qui leur convienne et à une participation à la vie sociale et citoyenne par des solutions adaptées à leurs besoins et projets [grâce à une] coordination des acteurs ». Elles précisent également que la personne concernée doit être actrice de sa prise en soin et qu'elle doit être encouragée à surmonter ou contourner ses incapacités par la mise en avant de ses compétences par le biais de la réhabilitation psychosociale au travers de thérapies telles que la remédiation cognitive et d'entraînement des compétences et habiletés sociales.

En effet, la réhabilitation psychosociale sert à « augmenter les capacités de la personne jusqu'à ce qu'elle puisse fonctionner avec succès et satisfaction dans l'environnement de son choix, avec, idéalement, un minimum d'intervention professionnelle » (Person, 2007, cité par Lépine, 2018, p. 40). Il s'agit donc, pour les professionnels, de permettre aux personnes de vivre dans leur contexte de vie avec la maladie et/ou ses incidences. Dans cette optique, la réhabilitation psychosociale s'intéresse aux champs de « la remédiation cognitive, de l'Entraînement aux habiletés sociales (EHS) et aux habiletés fonctionnelles, de la psychoéducation individuelle et familiale ainsi que de l'insertion professionnelle » (Lépine, 2018).

Dans cette optique, l'ergothérapeute va chercher à identifier où se situe la problématique d'adéquations entre l'environnement et les capacités de la personne en réalisant des « bilans, comme l'ELADEB (Échelle lausannoise d'auto-évaluation des besoins) ou encore des mises en situation » (Fays, 2018). Cela va lui permettre d'avoir

une connaissance approfondie des capacités de la personne, de ses attentes et de son contexte environnemental, afin de l'accompagner au mieux, dans une dynamique de rétablissement.

Plusieurs objectifs de prise en soin en ergothérapie en santé mentale peuvent ainsi être envisagés afin de répondre à cette problématique de réhabilitation (Klein, 2016) :

- Favoriser la reconstruction du réseau relationnel de la personne afin de rompre son isolement ;
- Renforcer son sentiment d'appartenance à un groupe et la perception d'y jouer un rôle ;
- Gérer ou apprivoiser ses symptômes et notamment ses angoisses ;
- Encourager la reprise de confiance en ses propres capacités ;
- Améliorer son estime de soi ;
- Pouvoir réaliser des activités significatives et significatives ;
- Retrouver un équilibre occupationnel satisfaisant.

Pour atteindre ces objectifs, « des outils, tels que des mises en situation, sont alors proposés pour rechercher ensemble une solution adaptée et entraîner certaines capacités si besoin, ou encore adapter le quotidien » (Fays, 2018). Cette adaptation des activités, de l'environnement ou du quotidien doit permettre à la personne de s'engager pleinement dans une activité qui lui tient à cœur, de se lancer des défis et d'atteindre ses objectifs dans le but de reprendre confiance en elle. Ce concept appelé expériences optimales ou Flow permet d'améliorer la qualité de vie de la personne qui se sent de nouveau « capable de » (Caire, 2012).

Les éléments théoriques décrits précédemment permettent d'éclairer la question de départ et de poser la question de recherche suivante.

Question de recherche : Comment les ergothérapeutes accompagnent-ils les personnes adultes présentant un trouble d'anxiété sociale afin de réduire l'impact de celle-ci sur leur participation occupationnelle ?

Au vu des éléments présentés dans le cadre conceptuel, voici mon hypothèse :

Hypothèse : Les outils d'évaluation ainsi que les approches et méthodes utilisées en réhabilitation psychosociale dans le cadre de l'ergothérapie permettent d'améliorer la participation occupationnelle des personnes présentant un trouble d'anxiété sociale.

CADRE DE RECHERCHE

Pour apporter des éléments de réponse à ce questionnement et vérifier la validité de mon hypothèse, une étude a été menée auprès de professionnels. La première partie de ce document présentera la méthodologie de recherche retenue ; la deuxième partie sera consacrée aux résultats obtenus et à leur analyse. Enfin, la dernière partie proposera une mise en discussion de ces résultats avec le cadre théorique.

I. Méthodologie de recherche

A. Objectifs de recherche

L'objectif de cette étude est donc de réaliser un état des lieux des pratiques afin de valider ou invalider mon hypothèse en confrontant la partie théorique de mon travail d'initiation à la recherche avec la pratique des professionnels de santé intervenant sur le terrain. Dans cette optique, plusieurs objectifs d'enquête concernant la prise en soin des personnes souffrant d'un trouble d'anxiété sociale ont été identifiés :

- Évaluer la typologie des patients adultes souffrant de ce trouble, dirigés vers une prise en soin en ergothérapie ;
- Identifier les raisons qui conduisent les médecins à orienter les patients en ergothérapie ;
- Déterminer les facteurs amenant les psychologues cliniciens à recommander une prise en soin en ergothérapie ;
- Identifier les demandes des personnes adultes prises en soin en ergothérapie pour un trouble d'anxiété sociale ;
- Répertorier les approches thérapeutiques, outils d'évaluation, méthodes et moyens utilisés par les ergothérapeutes dans le cadre de cette prise en soin.

B. Choix de la méthode de recherche

La littérature française, concernant la pratique de l'ergothérapie auprès des personnes adultes présentant un trouble d'anxiété sociale, reste très limitée, ce qui restreint les connaissances disponibles sur ce sujet. Dans ce contexte, il apparaît

pertinent de recueillir un nombre important de réponses afin d'obtenir à la fois des données quantitatives exploitables et des données qualitatives descriptives (Guével & Pommier, 2012), qui pourront ensuite être confrontées aux écrits scientifiques existants.

Une méthode mixte, combinant dimensions quantitative et qualitative, est ainsi retenue pour cette étude (Guével & Pommier, 2012 ; Pluye, 2023). Le questionnaire est choisi comme outil, car il permet de « standardiser un recueil de données précises et quantifiables » et de « quantifier et qualifier un phénomène » (Tétreault & Guillez, 2014) grâce à des questions fermées, semi-fermées et ouvertes.

Ce type de recueil de données correspond à une démarche descriptive et non interventionnelle : il vise simplement à recueillir des informations déclarées par les participants sur leurs attributs, attitudes et comportements. Selon la loi Jardé, ce type d'étude ne nécessite pas de validation par un comité d'éthique ni par un comité de protection des personnes (CPP). Enfin, les participants sont entièrement libres de répondre ou non au questionnaire.

C. Choix de la population

Pour pouvoir réaliser cet état des lieux des pratiques professionnelles, trois populations distinctes sont ciblées dans cette étude :

- Médecins Psychiatres diplômés d'État ou assimilés, prenant en soin ou ayant déjà pris en soin des personnes adultes de 18 à 65 ans présentant un trouble d'anxiété sociale en France ;
- Psychologues diplômés, prenant en soin ou ayant déjà pris en soin des personnes adultes de 18 à 65 ans présentant un trouble d'anxiété sociale en France ;
- Ergothérapeutes diplômés d'État, prenant en soin ou ayant déjà pris en soin des personnes adultes de 18 à 65 ans présentant un trouble d'anxiété sociale en France.

L'ensemble des professionnels interrogés doit disposer d'un diplôme permettant de travailler au sein de sa profession en France.

Enfin, concernant ces trois populations, l'absence de prise en soin d'au moins une personne présentant un trouble d'anxiété sociale constitue un critère de non-inclusion car l'objectif de l'étude consiste à déterminer les pratiques de ces professionnels uniquement dans le cadre de ce trouble.

Les critères d'inclusion et de non-inclusion relatifs aux trois populations prévues sont présentés dans des tableaux ci-dessous.

Critères d'inclusion	Critères de non-inclusion
Médecins Psychiatres diplômés d'Etat ou assimilés, prenant en soin ou ayant déjà pris en soin des personnes adultes de 18 à 65 ans présentant un trouble d'anxiété sociale en France	Absence de diplôme de spécialité en psychiatrie
	Absence de pratique auprès de personnes présentant un trouble d'anxiété sociale
	Absence de pratique auprès d'adultes de 18 à 65 ans
	Absence de pratique en France

Tab. IV : Critères d'inclusion et de non-inclusion pour le questionnaire à destination des médecins psychiatres

Critères d'inclusion	Critères de non-inclusion
Psychologues diplômés, prenant en soin ou ayant déjà pris en soin des personnes adultes de 18 à 65 ans présentant un trouble d'anxiété sociale en France	Absence de diplôme permettant d'exercer en France en tant que psychologue
	Absence de pratique auprès de personnes présentant un trouble d'anxiété sociale
	Absence de pratique auprès d'adultes de 18 à 65 ans
	Absence de pratique en France

Tab. V : Critères d'inclusion et de non-inclusion pour le questionnaire à destination des psychologues cliniciens

Critères d'inclusion	Critères de non-inclusion
Ergothérapeutes diplômés d'Etat, prenant en soin ou ayant déjà pris en soin des personnes adultes de 18 à 65 ans présentant un trouble d'anxiété sociale en France	Absence de diplôme d'Etat
	Absence de pratique auprès de personnes présentant un trouble d'anxiété sociale
	Absence de pratique auprès d'adultes de 18 à 65 ans
	Absence de pratique en France

Tab. VI : Critères d'inclusion et de non-inclusion pour le questionnaire à destination des ergothérapeutes

Les critères d'exclusion de l'étude lors du traitement des données sont détaillés ci-dessous :

- Les questionnaires destinés aux psychiatres, aux psychologues et aux ergothérapeutes dont les réponses aux questions 1 à 5 mettent fin au questionnaire ;
- Les questionnaires interrompus en cours de réponse ;
- Tous les questionnaires à destination de tous les professionnels dont les réponses aux questions sont incompréhensibles, hors sujet ou susceptibles de compromettre l'anonymat des répondants.

D. Description de l'outil de recueil de données utilisé

Trois questionnaires en ligne ont été conçus afin d'interroger les trois populations cibles de cette étude. L'enchaînement des questions y est conditionnel. Par conséquent, certaines questions ne sont accessibles qu'en fonction de la réponse apportée aux questions précédentes. Enfin, toutes les questions accessibles sont obligatoires.

Le questionnaire à destination des médecins psychiatres comporte au maximum 10 questions en fonction des réponses qui sont apportées (modèle de questionnaire en annexe 2). Parmi ces questions, on trouve : 1 question à réponses dichotomiques

(*Oui/Non*), 5 questions fermées, 4 questions semi-fermées (avec une réponse *Autre, préciser*), 2 questions ouvertes à développement long. Ces questions correspondent pour 5 d'entre elles à des questions sur les attributs, 3 à des questions sur les savoirs, 3 sur les croyances et 1 sur les comportements.

Le questionnaire à destination des psychologues cliniciens comporte, en fonction des réponses données, au maximum 15 questions (modèle de questionnaire en annexe 3). On y trouve 2 questions à réponses dichotomiques (*Oui/Non*), 5 questions fermées, 7 questions semi-fermées (avec une réponse *Autre, préciser*) et 3 questions ouvertes à développement long. Parmi ces questions, 5 correspondent à des questions sur les attributs, 5 à des questions sur les savoirs, 3 sur les croyances et 4 sur les comportements.

Enfin, le questionnaire à destination des ergothérapeutes est, quant à lui, composé d'au maximum 17 questions en fonctions des réponses apportées (modèle de questionnaire en annexe 4) dont 3 questions à réponses dichotomiques (*Oui/Non*), 4 questions fermées, 8 questions semi-fermées (avec une réponse *Autre, préciser*) et 3 questions ouvertes à développement long. 6 questions concernent des attributs, 4 des savoirs, 3 des croyances et enfin 5 des comportements.

E. Envoi du questionnaire

Ces questionnaires ont été proposés en ligne sur la plateforme Drag'N'Survey afin de respecter la sécurité et la confidentialité des données conformément aux contraintes fixées par le Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD). Ce mode de diffusion permet d'interroger rapidement et de façon anonyme des personnes se trouvant sur l'ensemble du territoire (Bennaceur, 2022). Il s'agit d'une auto-évaluation réalisée en administration directe par la personne interrogée elle-même.

Afin d'interroger un large panel de professionnels présents sur le territoire, deux listes de contacts ont été créées :

- Une liste de 63 contacts contenant les coordonnées des cadres de santé présents dans les structures de santé mentale référencées au sein de notre école pour la réalisation de nos stages. Cette liste de contacts a pour objectif de permettre de contacter des professionnels issus des trois populations visées par ma recherche.
- Une liste de 29 contacts contenant les coordonnées des ergothérapeutes présents dans les structures de santé mentale référencées au sein de notre école pour la réalisation de nos stages pour lesquels aucun contact de cadre n'était disponible.

Une demande de participation à ma démarche de recherche a été envoyée par courriel à l'ensemble des personnes présentes sur ces deux listes (modèles de courriel en annexe 5 et 6).

Enfin, une demande a également été envoyée au Groupe de Réflexion sur l'Ergothérapie en Santé Mentale sur recommandation de l'un des ergothérapeutes sollicités lors de mon premier envoi.

Les questionnaires sont restés disponibles en ligne jusqu'à la date du 10/05/2026.

F. Choix de l'outil d'analyse des données

Les données issues des questionnaires en ligne ont été traitées à l'aide du logiciel Microsoft Excel, permettant leur organisation, leur gestion et leur analyse. Le type d'outil d'enquête utilisé et la présence de questions ouvertes au sein des questionnaires, ont nécessité un traitement des données basé sur une double approche : une analyse quantitative pour les questions fermées à réponses uniques et multiples et les questions semi-fermées (réponse *Autre, préciser*), et une analyse qualitative pour les réponses aux questions ouvertes à développement long.

Les questions fermées et semi-fermées permettent de réaliser une analyse statistique descriptive afin de déterminer la répartition des données et d'en déduire des tendances et des fréquences.

Les questions ouvertes, quant à elles ont pour but d'enrichir l'interprétation des résultats quantitatifs, en permettant aux participants de s'exprimer de manière plus

libre et détaillée. Leur analyse, menée selon une approche thématique, vise à repérer, regrouper et interpréter les éléments récurrents des discours. Chaque réponse est examinée avec attention afin d'identifier les idées principales, à partir desquelles des catégories sont construites. Celles-ci seront ensuite affinées pour dégager des thématiques transversales, en cohérence avec les objectifs de la recherche.

Après avoir présenté la méthodologie retenue, il est à présent nécessaire d'explorer les résultats obtenus et d'en proposer une analyse.

II. Résultats de l'enquête et analyse des résultats

Tout d'abord, il convient de présenter la population des répondants.

A. Population des répondants

Les envois réalisés ont permis de prendre contact avec des professionnels issus des trois populations visées par cette recherche. Au total, 43 réponses ont été obtenues dans le délai imparti, dont 23 de la part d'ergothérapeutes, 13 de psychologues cliniciens et 7 de médecins psychiatres.

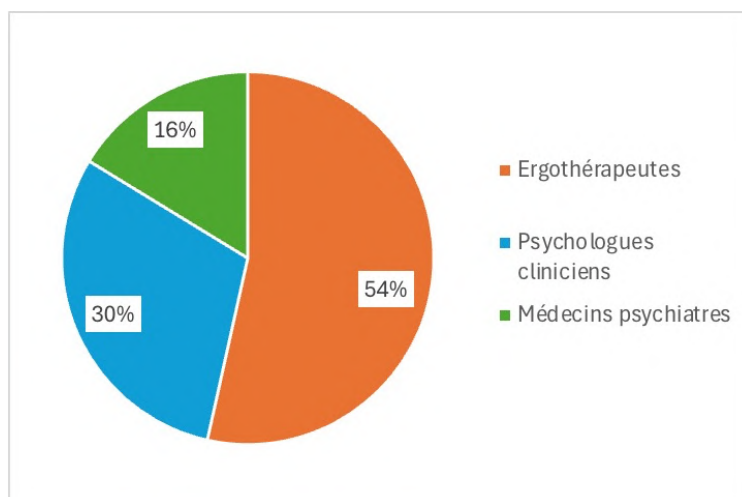


Fig. 1 : Répartition des réponses obtenues par type de professionnels

Parmi ces 43 réponses, seules 27 (63%) ont été retenues après prise en compte des critères d'inclusion, de non-inclusion et d'exclusion (Fig. II). Ce qui nous amène au tableau récapitulatif suivant :

Type de répondants	Nombre de réponses	Réponses retenues
Ergothérapeutes	23	16 (70%)
Médecins psychiatres	7	3 (43%)
Psychologues cliniciens	13	8 (61%)
Total	43	27 (63%)

Tab. VII : Tableau récapitulatif de répartition des réponses aux questionnaires

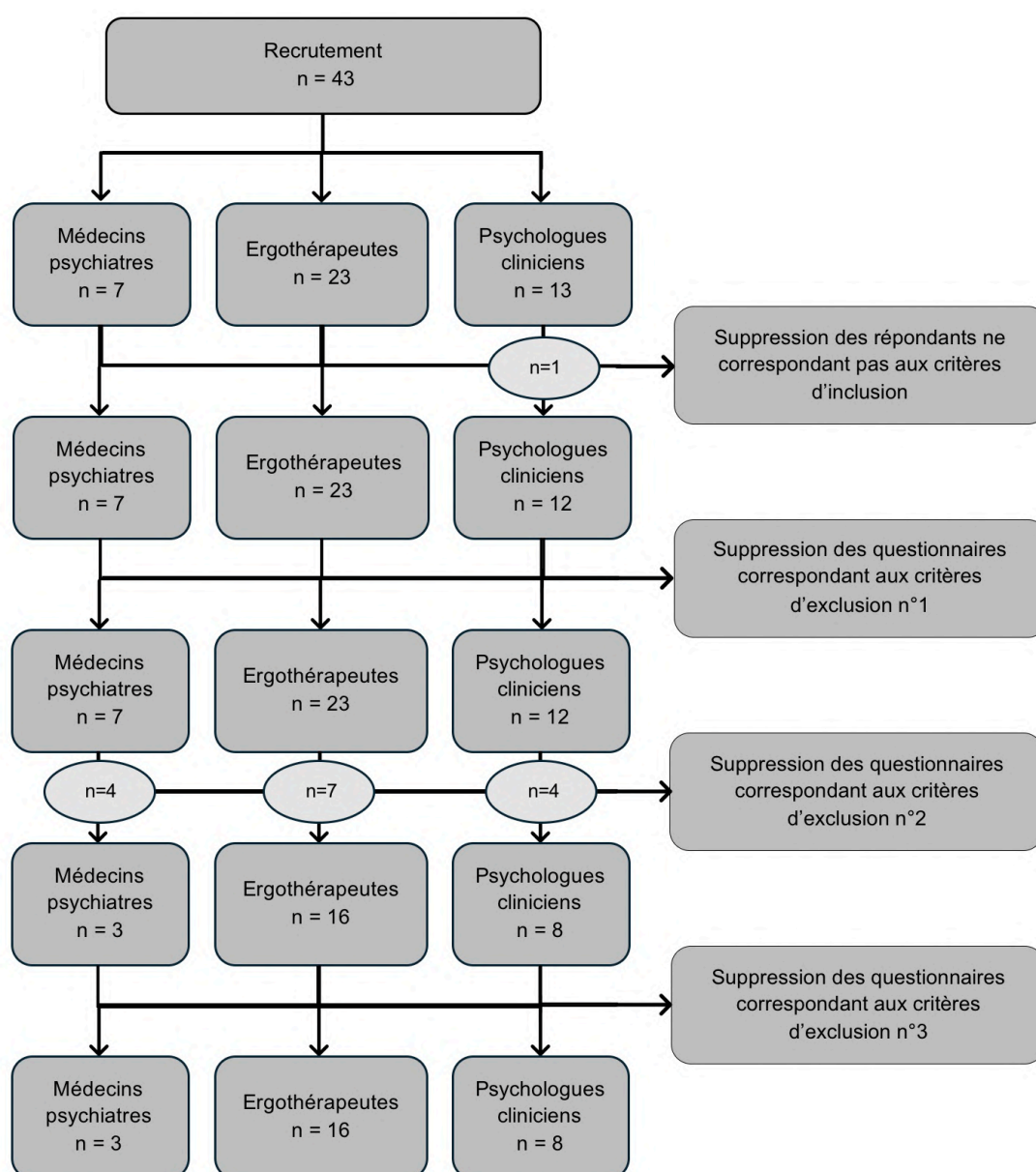


Fig. II : Diagramme de flux de sélection des réponses aux questionnaires

Par ailleurs, presque 2/3 d'entre eux, toute profession confondue, ont moins de 10 ans d'ancienneté dans leur profession, répartition qui se confirme également au sein de chaque profession.

Enfin, 56% des répondants finaux indiquent avoir pris en soin plus de 15 patients concernés depuis leur entrée dans la profession.

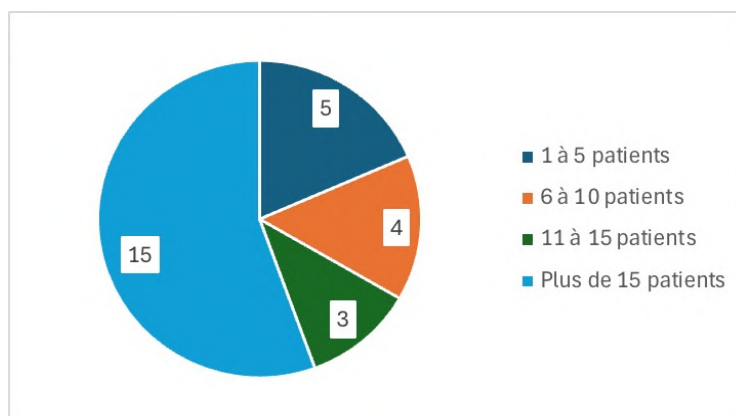


Fig. III : Nombre de patients avec un trouble d'anxiété sociale pris en soins par les répondants

L'analyse croisée de ces deux derniers résultats montre que la quantité de patients pris en soin pour un trouble d'anxiété sociale est globalement proportionnelle à l'ancienneté des professionnels interrogés. Cela laisse penser que ce type de patients n'est pas extrêmement répandu au sein des structures dans lesquels les professionnels interrogés interviennent et que seulement un à deux patients de ce type est pris en soin par an.

Cependant, on observe également le cas de certains professionnels avec moins de trois ans d'ancienneté ayant pris en soin plus de 15 patients de ce type et inversement des professionnels ayant plus de 10 ans d'ancienneté ayant pris en soin moins de 3 patients de ce type. Ce constat suggère que certaines structures sont peut-être mieux adaptées à la prise en soin de ces patients (équipes mieux formées, professionnels plus diversifiés, etc.). Les médecins psychiatres auraient alors tendance à les orienter en priorité vers ces structures plutôt que vers d'autres, ce qui pourrait expliquer pourquoi certains professionnels ont pris en soin plus ou moins de patients, malgré une expérience similaire dans la profession.

Les répondants à l'enquête ayant été décrits, il convient de présenter les réponses obtenues concernant la prise en soin spécifique du trouble d'anxiété sociale chez la personne adulte en France. Dans un premier temps, les réponses relatives au parcours de soin seront présentées. Puis, nous examinerons l'impact des troubles sur les occupations, la question de la prise en soin pluridisciplinaire, les demandes des patients et enfin les pratiques professionnelles mises en œuvre pour répondre à ces demandes.

B. Réponses relatives à la prise en soin de l'anxiété sociale

1. Parcours de soin du trouble d'anxiété sociale

Concernant l'orientation des patients souffrant d'un trouble d'anxiété sociale vers les ergothérapeutes et les psychologues cliniciens, les réponses diffèrent. En ergothérapie, les patients sont pris en soin sur orientation d'un médecin ou dans de rares cas, suite aux évaluations réalisées par les équipes pluridisciplinaires. Pour les psychologues cliniciens, l'orientation des patients ne passe pas forcément par une prescription médicale. Les patients peuvent demander à être pris en soin directement par le professionnel.

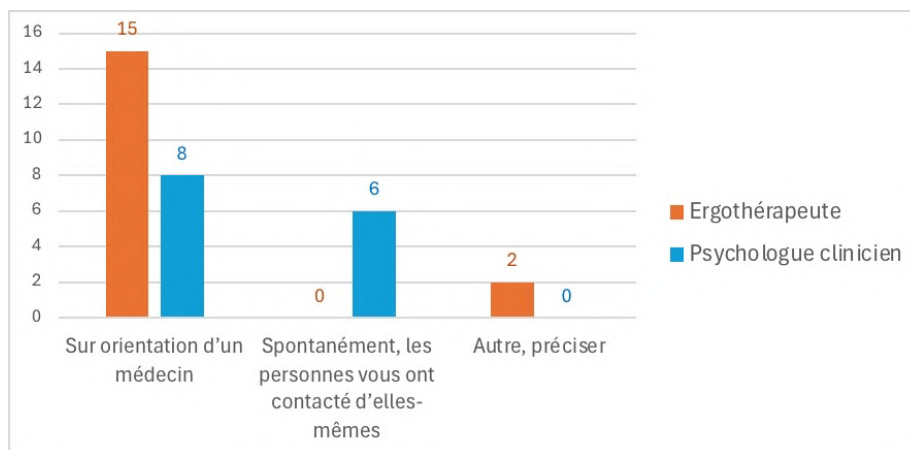


Fig. IV : Lieux de prise en soin des personnes présentant un trouble d'anxiété sociale

D'après les réponses obtenues, les prises en soin s'effectuent majoritairement au sein de services intrahospitaliers (32%) puis en CMP (25%), en HDJ (19%) et en CATTP (14%). En effet, seul 1 psychologue clinicien a répondu avoir pris en soin ce type de patient en libéral mais aucun ergothérapeute ni psychiatre. En ergothérapie,

comme le montre le graphique suivant, le CMP n'apparaît qu'en 4ème position des lieux de prise en soin de ces patients. Enfin, les autres structures citées sont : un SAMSAH, un SMR addictologie, un Centre de réhabilitation psychosociale, un ESPIC et un CSAPA.

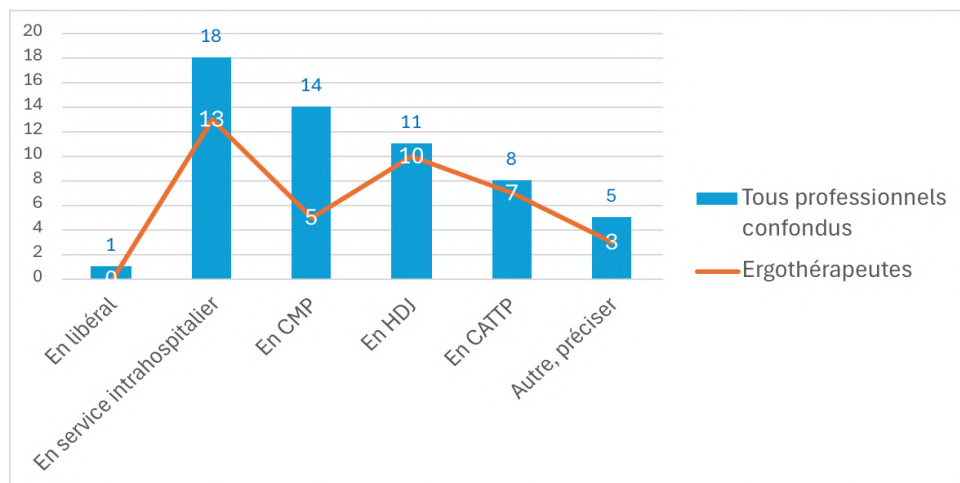


Fig. V : Lieux de prise en soin des personnes présentant un trouble d'anxiété sociale

2. Impact du trouble sur les occupations

Tous les professionnels interrogés considèrent que le trouble d'anxiété sociale a des impacts sur les occupations de la personne concernée. Pour la majorité d'entre eux, les impacts sont systématiques. Cependant, pour certains d'entre eux, les impacts sont observés dans la moitié des cas seulement.

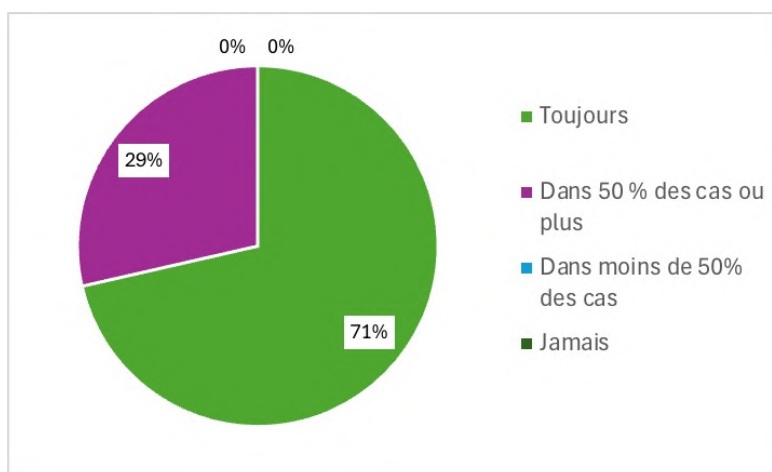


Fig VI : Impact du trouble d'anxiété sociale sur les occupations de la personne

Concernant le type d'activité le plus impacté, les résultats sont assez variables et différent selon le type de professionnel interrogé. Les activités productives ressortent en première place pour les ergothérapeutes et les médecins psychiatres mais pas pour les psychologues cliniciens pour lesquels ce sont les activités de loisirs qui sont les plus impactées. Enfin, seuls certains ergothérapeutes considèrent que les activités de vie quotidienne sont les plus touchées par le trouble.

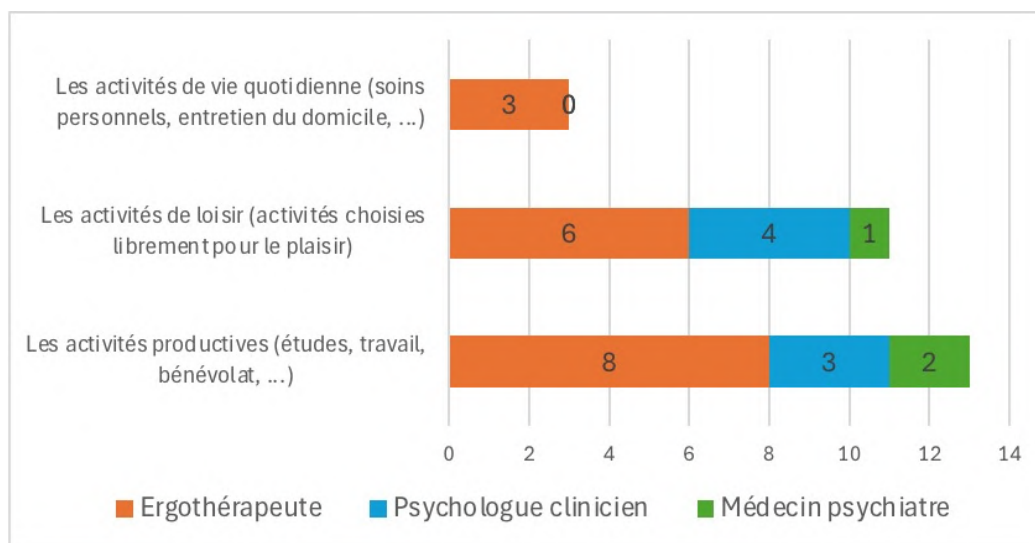


Fig. VII : Type d'activité de la personne le plus impacté par le trouble d'anxiété sociale

3. Prise en soin pluridisciplinaire

Afin de connaître le type de professionnels intervenant dans les différentes structures citées précédemment auprès des patients présentant un trouble d'anxiété sociale, les médecins psychiatres ont été interrogés sur les professionnels vers lesquels ils orientent ce type de patients.

Deux répondants sur trois ont indiqué les orienter vers un médecin généraliste et un psychologue clinicien. Selon eux, « l'ergothérapie n'est pas adaptée aux problématiques de leurs patients » car la « thérapie TCC est plus efficace en première intention » (Médecin psychiatre 3 ; Médecin psychiatre 5).

Le troisième répondant, quant à lui, a indiqué orienter les patients vers des ergothérapeutes, des psychomotriciens, des infirmiers ou encore des psychothérapeutes TCC. Il a également précisé prescrire de l'ergothérapie à

l'ensemble de ces patients afin de « travailler sur les facteurs favorisant ses anxiétés et concevoir des environnements sécurisés, accessibles, adaptés et durables » (Médecin psychiatre 7)

Les psychologues cliniciens, de leur côté, ont été interrogés sur leur connaissance des autres professionnels accompagnant leurs patients. 7 sur 8 citent la présence d'un médecin psychiatre dans l'équipe pluriprofessionnelle et 5 sur 8 font référence à un ergothérapeute et un infirmier. 50% d'entre eux indiquent la présence d'un médecin généraliste, d'un psychomotricien et d'un assistant social et un psychologue clinicien fait référence à une prise en soin conjointe par un autre psychologue. Enfin, un psychologue clinicien répond ne pas savoir quels autres professionnels interviennent auprès de ces patients (Psychologue clinicien 1).

Par ailleurs, sur les 3 psychologues ayant indiqué être en difficulté pour prendre en soin leurs patients, 2 sur 3 considèrent qu'une prise en soin complémentaire en ergothérapie serait nécessaire pour la moitié des patients (Psychologue clinicien 10 ; Psychologue clinicien 12).

De plus, les 4 ergothérapeutes ayant indiqué être en difficulté dans la prise en soin des personnes présentant un trouble d'anxiété sociale considèrent la nécessité d'une prise en soin par une équipe pluridisciplinaire composée d'un médecin psychiatre, d'un psychologue clinicien et d'un psychomotricien. Par ailleurs, la moitié d'entre eux préconisent également la présence d'un assistant social et d'un infirmier (Ergothérapeutes 2 ; Ergothérapeute 19) alors que seulement l'un d'entre eux recommande la présence d'un médecin généraliste (Ergothérapeute 19) ou d'un éducateur spécialisé (Ergothérapeute 2).

Enfin, selon les ergothérapeutes interrogés, la prise en soin pluridisciplinaire permet « une offre de soin plus complète » (Ergothérapeute 7) avec « différentes approches » (Ergothérapeute 2) afin de permettre une prise en soin « centrée sur la personne » (Ergothérapeute 19) pour une « approche globale de l'intégralité des difficultés » (Ergothérapeute 7).

4. Demandes des patients

Concernant les demandes des patients, quatre thématiques principales ressortent des réponses aux questionnaires.

Tout d'abord, les ergothérapeutes interrogés décrivent la motivation des patients à trouver des solutions pour diminuer les symptômes liés à leur trouble. Parmi les symptômes cités, on retrouve : la « détresse émotionnelle » (Ergothérapeute 8), la « peur de ne pas être à la hauteur » et la « dépression et dégradation de l'estime de soi » (Ergothérapeute 8), le « sentiment de jugement » (Ergothérapeute 8 ; Ergothérapeute 19), le « sentiment d'abandon » (Ergothérapeute 19) et « la culpabilité » (Ergothérapeute 7 ; Ergothérapeute 19). Les ergothérapeutes indiquent également que les patients parlent de leur souhait de ne « pas trop souffrir » (ergothérapeute 19) ou encore de ne pas « déclencher de symptômes trop invalidants » (Ergothérapeute 17). Les ergothérapeutes 18 et 21 évoquent quant à eux une volonté de « limiter l'anxiété » et les ergothérapeutes 2 et 20 relatent un désir de « diminuer le stress ». Enfin, les ergothérapeutes 7, 11 et 22 rapportent une volonté des patients « d'apaiser voir de supprimer les angoisses ».

La deuxième demande des patients qui émerge des réponses obtenues est de diminuer l'impact du trouble dans les occupations. En effet, Ergothérapeute 11 cite le fait d'avoir « moins d'impact dans les activités » et Ergothérapeute 9 indique le fait de « minimiser l'impact dans les activités de vie quotidienne ». De la même manière, Ergothérapeute 2 cite l'objectif des patients « d'accéder à des activités de loisirs » et de « reprendre les transports » tandis qu'Ergothérapeute 14 évoque la « poursuite ou la reprise du travail ». Enfin, les ergothérapeutes 18 et 22, évoquent la capacité à « sortir de chez soi ».

En troisième point, les ergothérapeutes interrogés indiquent que les patients demandent à augmenter leur participation sociale afin de « rompre leur isolement » (Ergothérapeute 3 ; Ergothérapeute 8 ; Ergothérapeute 10). Il est, en effet, question « d'accéder à une sociabilité » (Ergothérapeute 19), de « développer des relations amicales et/ou amoureuses (Ergothérapeute 14), « d'être en lien avec quelqu'un »

(Ergothérapeute 7) ou encore « d'aller vers » (Ergothérapeute 4), « de se rendre dans des lieux publics » (Ergothérapeute 17) et de « lien à l'autre » (Ergothérapeute 22). Enfin, des ergothérapeutes parlent de « compétences sociales » (Ergothérapeute 22) et « psychosociales » (Ergothérapeute 4).

Enfin, en dernier point, les ergothérapeutes ayant répondu aux questionnaires expliquent que les patients présentant un trouble d'anxiété sociale souhaitent reprendre le contrôle de leur vie. On peut notamment citer la demande de retrouver de l'indépendance et de l'autonomie en « gérant son stress » (Ergothérapeute 2), en « gérant son quotidien » et en « se mobilisant » (Ergothérapeute 11), en « reprenant confiance en soi » (Ergothérapeute 2 ; Ergothérapeute 4), et en « s'affirmant (prise de décision, faire des choix, les assumer) » (Ergothérapeute 20) afin de « retrouver de l'autonomie » (Ergothérapeute 10 ; Ergothérapeute 21). Il est également question de remettre du sens et de l'équilibre dans leur vie afin de « retrouver des objectifs » et « des activités signifiantes » (Ergothérapeute 10 ; Ergothérapeute 22) ainsi qu'un « équilibre occupationnel satisfaisant » (Ergothérapeute 7) au travers de « routines plus équilibrées » (Ergothérapeute 3).

5. Pratiques professionnelles

a. Approches

Les psychologues cliniciens et les ergothérapeutes ont été interrogées sur les approches utilisées dans le cadre de leur pratique.

Concernant ces approches, 75% des psychologues cliniciens interrogés indiquent combiner différentes approches dans leur prise en soin. En effet, seuls deux professionnels indiquent n'utiliser que l'approche psychanalytique (Psychologue clinicien 3 ; Psychologue clinicien 10). Les autres approches utilisées sont : l'approche cognitivo-comportementale, l'approche humaniste et existentielle, l'approche systémique et l'EMDR.

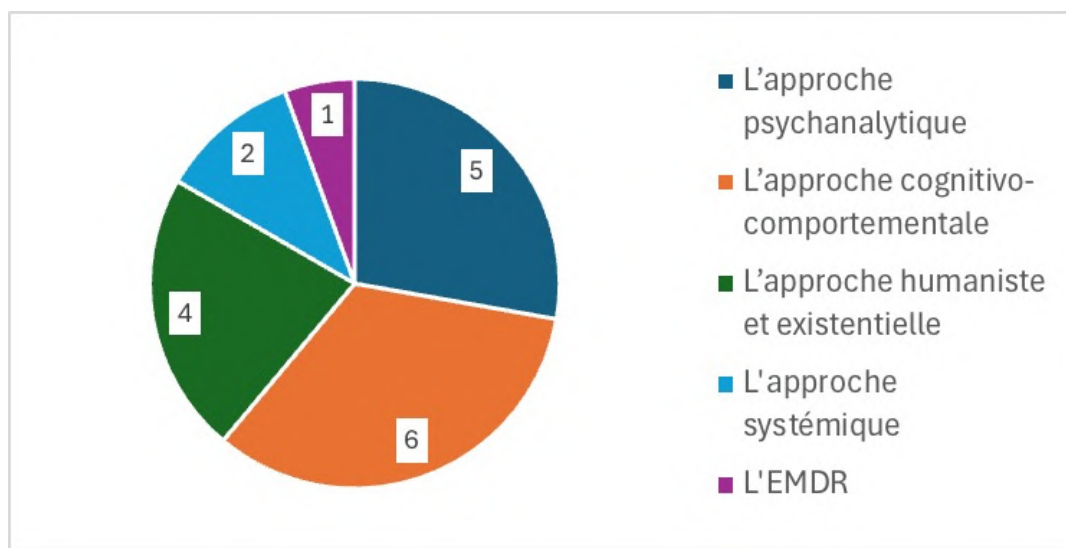


Fig. VIII : Répartition des types d'approches utilisées par les psychologues cliniciens

Concernant celles utilisées par les ergothérapeutes, deux approches sont prédominantes : l'approche psychodynamique (63%) et la réhabilitation psychosociale (69%). Enfin, 62,5% des ergothérapeutes interrogés indiquent utiliser conjointement plusieurs approches dans leur prise en soin, telles que l'approche cognitivo-comportementale et l'approche systémique.

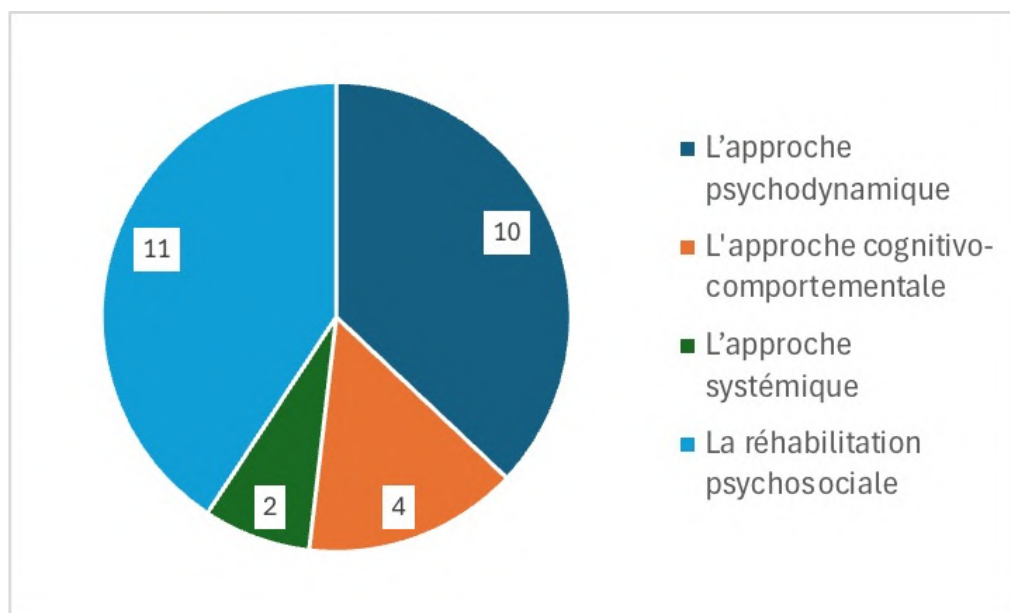


Fig. IX : Répartition des types d'approches utilisées par les ergothérapeutes

L'analyse des réponses apportées par les professionnels démontre que l'approche cognitivo-comportementale peut être utilisée également en ergothérapie.

Cela renforce donc la pertinence d'une prise en soin par les ergothérapeutes en première intention contrairement à ce que laissent supposer les réponses apportées au questionnaire par 2 des 3 médecins psychiatres.

b. Outils d'évaluation

Seuls les ergothérapeutes ont été questionnés concernant les outils d'évaluation utilisés dans la prise en soin des personnes souffrant de trouble d'anxiété sociale.

L'analyse des réponses montre que 56% d'entre eux indiquent utiliser plusieurs outils d'évaluation en parallèle. Les outils les plus cités étant :

- L'Échelle Lausannoise d'Auto-évaluation des Difficultés Et des Besoins (43,75%) ;
- Les entretiens formels et informels (25%) ;
- Les observations cliniques ou encore le Model of Human Occupation Screening Tool (19%).

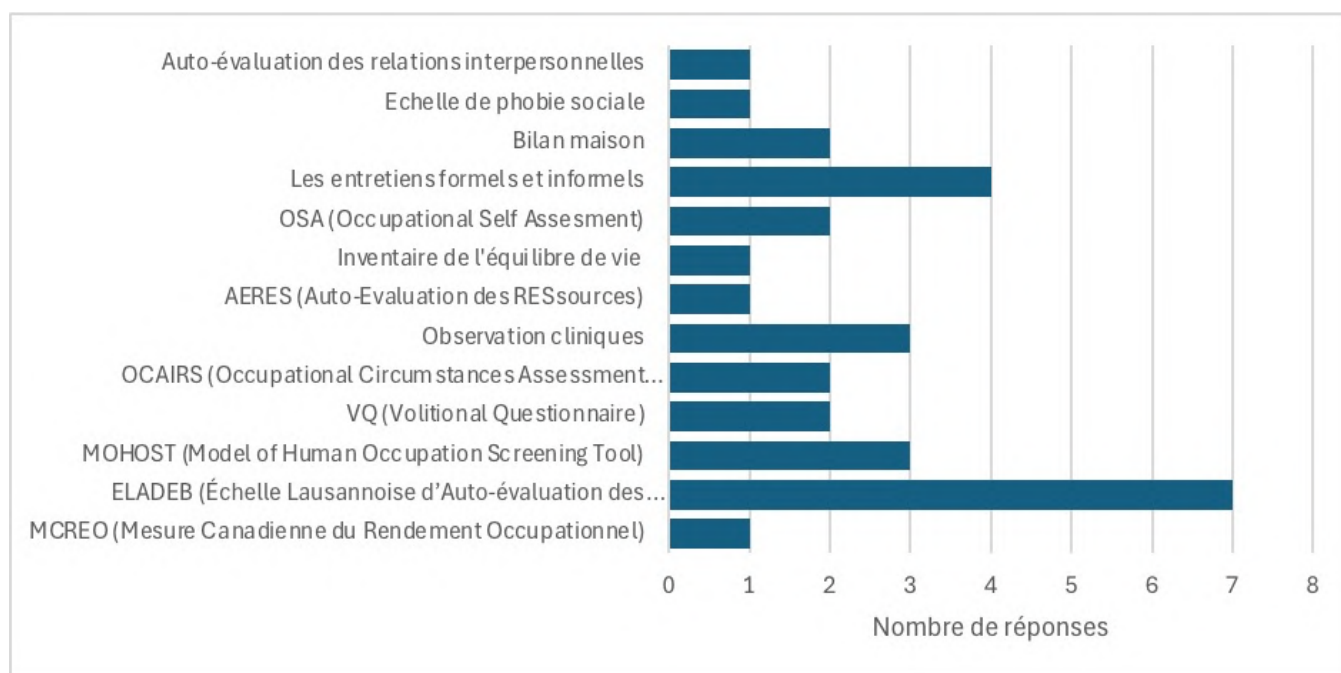


Fig. X : Répartition des outils d'évaluation utilisés par les ergothérapeutes

Au regard de ces réponses, on constate que l'auto-évaluation a une grande place dans les outils d'évaluation utilisés par les ergothérapeutes dans la prise en soin du trouble d'anxiété sociale, avec 5 outils utilisés sur 13. Par ailleurs, on retrouve 4 outils

du MOH parmi les outils d'évaluation cités, ce qui semble montrer que le MOH est bien un modèle conceptuel utilisé par les ergothérapeutes dans la prise en soin en santé mentale.

c. Méthodes

Plusieurs méthodes ont été indiquées par les ergothérapeutes dans leur réponse au questionnaire. Parmi celles-ci, deux sont utilisées de façon prépondérante : la médiation thérapeutique (88% des répondants) ainsi que les mises en situation écologiques (69% des répondants).

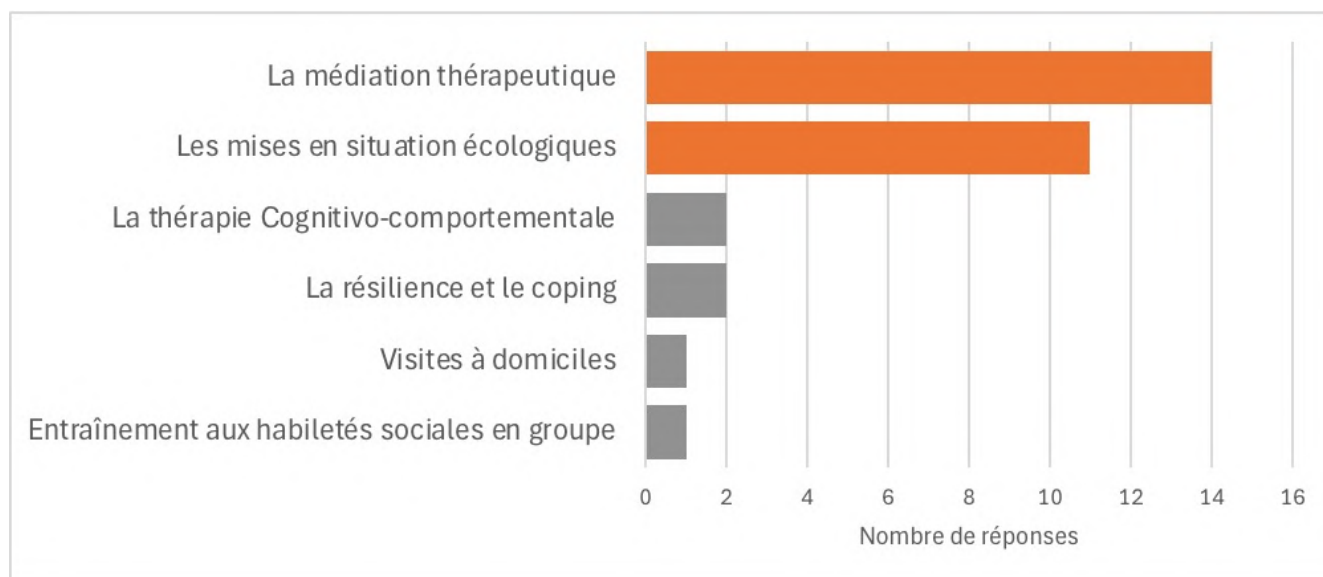


Fig. XI : Répartition des méthodes utilisées par les ergothérapeutes

Ces méthodes sont cohérentes avec les approches indiquées en amont dans les réponses au questionnaire puisque la médiation thérapeutique et les mises en situation écologiques correspondent aux moyens utilisés respectivement en approche psychodynamique et dans le cadre de la réhabilitation psychosociale.

Maintenant que les résultats de l'enquête ont été présentés, il convient de les discuter au regard du cadre théorique précédemment exposé.

III. Discussion

La discussion a pour but d'analyser et de comprendre les résultats obtenus en les replaçant dans le contexte global de la recherche, afin d'en tirer des implications concrètes, aussi bien sur le plan théorique que pratique. Elle consiste, dans un premier temps, à comparer les résultats obtenus aux éléments présents dans le cadre théorique afin de tenter de répondre à la question de recherche et de déterminer si l'hypothèse initiale est confirmée ou non (Fovet-Rabot, 2015). Enfin, cette partie permet de mettre en évidence les limites et les biais de l'étude.

A. Confrontation avec le cadre conceptuel

1. Parcours de soin du patient et prise en soin pluriprofessionnelle

Les réponses obtenues aux questionnaires concernant le mode d'orientation des patients, les structures dans lesquels ses patients sont rencontrés ou encore les différents professionnels intervenants auprès des personnes présentant un trouble d'anxiété sociale, confirment les éléments retrouvés dans la littérature et présentés dans le cadre conceptuel de ce mémoire. En effet, comme cela est décrit dans les recommandations de bonnes pratiques de la Haute Autorité de Santé (2007a), les personnes présentant un trouble d'anxiété sociale sont généralement prises en soin, en première intention, par un médecin généraliste et/ou un médecin psychiatre ainsi que par un psychologue clinicien, éléments confirmés par les psychologues cliniciens et médecins psychiatres interrogés.

Lorsque le trouble anxieux est plus sévère ou pour les patients « les plus défendus » (Psychologue clinicien 10) ou encore lorsque les personnes ont « des difficultés à s'inscrire dans un suivi » (Psychologue clinicien 12), les patients sont dirigés vers une prise en soin médico-sociale (Haute Autorité de Santé, 2007a). Comme cela est décrit par les répondants et par la Communauté Territoriale de Santé Mentale Yvelines Nord (2026), cette prise en soin est réalisée sur prescription médicale, dans des structures offrant des soins d'hospitalisation complète (dans des services intra hospitaliers) ou d'hospitalisation à temps partiel (dans des Hôpitaux de jour, des CMP, ou des CATTP). Comme cela est confirmé par les différents

professionnels interrogés au sein des réponses aux questionnaires et comme cela a été décrit par Coldefy (2016) dans sa description des modalités de prise en soin disponibles en santé mentale, ces structures permettent une prise en soin par une équipe professionnelle élargie, formée d'ergothérapeutes, de psychomotriciens, d'infirmiers ou encore d'assistants sociaux.

2. Impact du trouble sur les occupations de la personne

Concernant les conséquences du trouble d'anxiété sociale sur les occupations de la personne, toutes les personnes interrogées au sein des trois populations de professionnels s'accordent sur l'existence d'un impact. Selon elles, celui-ci touche prioritairement les activités productives puis, en deuxième position, les activités de loisirs et, enfin, dans quelques cas, les activités de vie quotidienne.

Les réponses obtenues sur ce point mais aussi concernant la répartition des activités touchées sont cohérentes avec le cadre conceptuel détaillé précédemment qui démontre un impact majeur dans plusieurs sphères de la vie de la personne. En effet, les personnes interrogées dans le cadre de l'étude réalisée par Pelissolo et al. en 2006, indiquent être majoritairement affectées dans leurs relations sociales dans le contexte scolaire et professionnel, avec un fort impact constaté sur la productivité et au niveau des loisirs mais un impact plus modéré sur la vie quotidienne.

Cependant, selon 47% des psychologues cliniciens et ergothérapeutes interrogés, cet impact n'est présent que pour 50% des patients pris en soin. Or, si l'on se réfère au cadre théorique de ce mémoire et notamment au DSM-V, le retentissement fonctionnel constitue un critère essentiel du diagnostic clinique de ce trouble (Crocq et al., 2023), critère par ailleurs confirmé par les trois médecins psychiatres interrogés, pour lesquels le trouble d'anxiété sociale impacte systématiquement les occupations de la personne.

Cette différence de point de vue entre les professionnels mais aussi au regard des éléments de littérature est questionnant. Puisque le retentissement fonctionnel est un critère diagnostique du trouble d'anxiété sociale, comment est-il possible que cet impact ne soit pas visible pour certains ergothérapeutes et certains psychologues

cliniciens dans 50% des cas ? Par ailleurs, puisque l'ergothérapeute intervient auprès des personnes dans le but de lever les obstacles les empêchant d'accomplir les activités qui leur sont signifiantes et significatives (Association Nationale Française des Ergothérapeutes, 2025), on peut se demander pour quelles raisons les médecins psychiatres prescrivent-ils de l'ergothérapie en l'absence d'impact dans les occupations.

3. Pratiques professionnelles

Les questions présentes dans les questionnaires relatives aux pratiques professionnelles concernant les approches, outils d'évaluation et méthodes utilisées sont en adéquation avec les éléments retrouvés dans la littérature et cités dans ce mémoire.

Les approches les plus citées par les psychologues cliniciens sont l'approche cognitivo-comportementale et l'approche psychanalytique. Celles-ci sont cohérentes avec les recommandations de bonnes pratiques de la Haute Autorité de Santé (2007a) qui préconise deux types de psychothérapies : une psychothérapie non structurée comme soutien psychologique généralement réalisée par des psychologues ayant une approche psychanalytique et une psychothérapie structurée de type cognitivo-comportementale.

De leur côté, les ergothérapeutes répondants, indiquent utiliser différentes approches. Parmi celles citées, on retrouve principalement l'approche psychodynamique ainsi que la réhabilitation psychosociale comme cela a également été décrit dans le cadre conceptuel.

Parmi les outils d'évaluation cités par les ergothérapeutes, on retrouve plusieurs outils décrits dans le cadre conceptuel de ce mémoire. Par exemple, l'ELADEB qui est le plus cité, est un outil utilisé en réhabilitation psychosociale et cité par Fays (2018). On retrouve également les mises en situation qui sont, elles aussi, un outil d'évaluation de la réhabilitation psychosociale. Par ailleurs, quatre outils issus du MOH ont également été cités par les répondants, ce qui suggère que ce modèle conceptuel est

pertinent pour la prise en soin en ergothérapie en santé mentale comme cela a été décrit dans le cadre conceptuel (Manidi, 2006).

Enfin, concernant les méthodes utilisées, les ergothérapeutes interrogés utilisent principalement la médiation thérapeutique et les mises en situation écologiques qui sont respectivement les méthodes majoritairement utilisées dans le cadre de l'approche psychodynamique et de la réhabilitation psychosociale.

Ces outils d'évaluation et méthodes tendent donc également à confirmer l'idée que ces deux approches correspondent bien aux approches prédominantes utilisées en ergothérapie en santé mentale

4. Demandes des patients, objectifs de prise en soin en ergothérapie

Comme nous l'avons vu dans les résultats, les demandes des patients, telles qu'elles sont rapportées par les ergothérapeutes interrogés, concernent quatre thématiques :

- La diminution des symptômes liés à leur anxiété
- La diminution de l'impact du trouble dans les occupations
- L'augmentation de leur participation sociale
- La reprise du contrôle de leur vie.

Ces demandes renvoient aux objectifs définis par la loi de la modernisation de notre système de santé (2016) et affirmé par Laforcade en 2017 concernant la nécessité de « limiter les conséquences sociales de la maladie, les restrictions à la citoyenneté et la perte de qualité de vie » de la personne, mais aussi, de permettre au patient d'être acteur de sa prise en soin et de récupérer son pouvoir d'agir.

Ces demandes sont également en adéquation avec les objectifs de prise en soin retrouvés dans la littérature et décrits dans ce mémoire au niveau des différentes approches vues précédemment.

En effet, si l'on considère la question de la reprise du contrôle de sa vie, on observe dans les réponses obtenues, que cette thématique implique la reprise de la confiance en soi, un gain d'estime de soi et la capacité à se mobiliser, objectifs que l'on retrouve notamment dans l'approche psychodynamique au travers de la renarcissisation (Caire 2012) et du réinvestissement psychique dans les activités qui font sens (Klein, 2016). De la même manière, la réhabilitation psychosociale permet de travailler autour d'objectifs d'amélioration de l'estime de soi, de reprise de la confiance en ses propres activités et dans le fait de retrouver des activités signifiantes et significatives notamment grâce à des mises en situation réalisées en condition optimale, à l'entraînement des habiletés sociales et fonctionnelles ou encore grâce à la recherche de stratégies dans des contextes de résolution de problème (Caire, 2012 ; Fays, 2018 ; Lépine, 2018).

Concernant la question des symptômes, celle-ci est également prise en compte dans les deux approches mais avec un point de vue différent. En approche psychodynamique, on va chercher à en comprendre la cause et à permettre à la personne de se réapproprier son histoire pour gérer ses symptômes (Sement, 2016). En réhabilitation psychosociale, on va plutôt s'entraîner à dépasser le symptôme, à le dédramatiser pour apprendre à vivre avec, en s'y confrontant progressivement (Caire, 2012 ; Fays, 2018).

L'ergothérapeute peut travailler les mécanismes psychiques et des conflits intérieurs qui isolent le patient (Klein, 2016) dans le cadre d'une approche psychodynamique. En réhabilitation psychosociale, l'ergothérapeute va, plutôt travailler à renforcer le sentiment d'appartenance à un groupe, entraîner les habiletés sociales et favoriser la reconstruction d'un réseau relationnel (Klein, 2016).

Enfin, concernant la diminution de l'impact du trouble sur les occupations, la réhabilitation psychosociale semble être l'approche la plus adaptée pour répondre à cet objectif. En effet, les bilans réalisés afin d'identifier les impacts occupationnels, ainsi que les mises en situation, les adaptations du quotidien ou encore le travail sur le volet de l'insertion professionnelle, permettent d'améliorer l'équilibre occupationnel et la satisfaction de la personne (Caire, 2012 ; Fays, 2018 ; Lépine, 2018).

B. Validation de l'hypothèse

Pour rappel, l'hypothèse définie à l'issue du cadre conceptuel de ce mémoire et que nous cherchons à valider est la suivante :

Les outils d'évaluation ainsi que les approches et méthodes utilisées en réhabilitation psychosociale dans le cadre d'une prise en soin en ergothérapie, permettent d'améliorer la participation occupationnelle des personnes adultes présentant un trouble d'anxiété sociale.

Au regard des éléments décrits précédemment, celle-ci semble partiellement validée.

En effet, les éléments retrouvés dans la littérature mais aussi les réponses apportées par les professionnels, tendent à confirmer l'idée d'une ergothérapie qui redonne du pouvoir d'agir à la personne, permet une meilleure gestion des symptômes, offrant une amélioration de l'adaptation occupationnelle, réduisant ainsi l'impact du trouble sur la participation occupationnelle de la personne.

Par ailleurs, la réhabilitation psychosociale apparaît bien comme une approche thérapeutique adaptée et utilisée par les ergothérapeutes pour prendre en soin les personnes présentant ce type de trouble. Cependant, cette approche ne semble pas suffisante pour répondre à cet objectif. Il semble, en effet, ressortir de la recherche réalisée, que l'utilisation combinée de plusieurs approches et notamment de l'approche psychodynamique et de la réhabilitation psychosociale, est une réponse plus adaptée à la prise en soin du trouble d'anxiété sociale chez la personne adulte.

C. Biais et limites de l'enquête

L'analyse des résultats obtenus dans le cadre de cette enquête, a révélé plusieurs biais et limites.

Tout d'abord, la construction de la liste de contacts, constituée à partir de la base de données des lieux de stages en santé mentale en France de l'institut de formation dans lequel j'effectue mes études, n'a pas permis d'interroger des professionnels

intervenant en libéral. Bien que la pratique libérale de l'ergothérapie en santé mentale soit très peu développée, la pratique de la psychiatrie et de la psychologie en libérale est, quant à elle, très développée en France, et aurait nécessité d'être interrogée, afin d'obtenir notamment des données concernant la prise en soin des personnes ayant un trouble anxieux léger.

Ce biais peut également expliquer la taille restreinte de l'échantillon des réponses de médecins psychiatres et de psychologues cliniciens, échantillon qui ne semble donc pas représentatif de la population des professionnels prenant en soin ce type de trouble, ce qui constitue une limite à cette démarche de recherche.

De plus, la conception des questionnaires a fait que, seules les personnes se sentant en difficulté dans la prise en soin de ces patients, ont eu accès aux questions concernant l'intérêt d'un accompagnement complémentaire par d'autres professionnels. Cela a limité le nombre de réponses obtenues à ces questions, ne permettant pas de généralisation fiable des résultats obtenus.

Enfin, le type de recherche sélectionné (questionnaire), bien qu'adapté pour réaliser un état des lieux des pratiques, ne permet malheureusement pas d'approfondir certains points et notamment les incohérences observées concernant l'impact sur les occupations ce qui peut constituer une autre limite à cette recherche.

Ainsi, compte tenu de ces différents éléments, il semble important de souligner que les résultats obtenus, bien qu'intéressants et en adéquation avec la littérature, ne sont pas exhaustifs et ne correspondent donc pas forcément à des données représentatives de la prise en soin des personnes adultes présentant un trouble d'anxiété sociale.

CONCLUSION

Ce mémoire d'initiation à la recherche propose un premier état des lieux du rôle et de la place de l'ergothérapeute dans la prise en soin pluridisciplinaire du trouble d'anxiété sociale en France.

En effet, les réponses recueillies lors de l'enquête ainsi que les éléments de la littérature suggèrent la pertinence de la présence de l'ergothérapeute dans l'équipe pluridisciplinaire. De plus, la combinaison de différentes approches thérapeutiques, notamment l'approche psychodynamique et la réhabilitation psychosociale ainsi que leurs outils d'évaluation et méthodes, semblent permettre de limiter l'impact du trouble sur la participation occupationnelle et de répondre au mieux aux besoins spécifiques de chaque patient.

Cependant, au regard des limites et biais présentés dans la discussion de cette étude mais aussi au regard de la faible quantité de littérature disponible sur la prise en soin du trouble d'anxiété sociale en ergothérapie, il serait intéressant de poursuivre cette recherche afin d'obtenir des réponses plus détaillées et validées scientifiquement.

Dans cette optique, différents types de recherche complémentaires pourraient être envisagées.

Tout d'abord, il pourrait être intéressant de réaliser une nouvelle enquête via des questionnaires afin de faire un état des lieux plus complet en interrogeant notamment des professionnels travaillant en libéral et en questionnant des thématiques non abordées dans ce mémoire de recherche telles que la question de l'Education thérapeutique du Patient ou encore celle de la pair-aidance et des patients experts.

Il serait également pertinent de réaliser une enquête auprès d'ergothérapeutes en utilisant une autre méthodologie de recherche telle que les entretiens ou un focus group afin de pouvoir obtenir des réponses plus détaillées concernant les pratiques professionnelles des ergothérapeutes.

Par ailleurs, le manque de consensus observé parmi les médecins psychiatres interrogés concernant le rôle et l'efficacité de l'ergothérapie dans le traitement du trouble d'anxiété sociale suggère la nécessité d'évaluer cette efficacité en réalisant une étude randomisée contrôlée afin de pouvoir valider la pertinence du recours à cette pratique à l'aide de données probantes. Il serait également intéressant de réaliser une étude similaire afin de comparer l'efficacité des différentes approches thérapeutiques utilisées en ergothérapie. Ainsi, cela permettrait de disposer de données scientifiques afin de sensibiliser davantage les médecins psychiatres aux bénéfices d'une prise en soin pluridisciplinaire du trouble d'anxiété sociale incluant notamment des ergothérapeutes en première intention et y compris pour les troubles anxieux plus légers.

Enfin, bien que ce sujet soit encore peu abordé dans la littérature et bien que la méthode CO-OP ne soit pas ressortie parmi les méthodes utilisées dans les réponses aux questionnaires, il semble que cette approche puisse être pertinente dans la prise en soin de l'anxiété sociale. Cette approche, en permettant aux personnes de mettre en œuvre des stratégies de résolution de problèmes, a fait l'objet d'une étude en 2024 auprès de personnes souffrant de troubles anxieux et a permis de démontrer une amélioration de la performance occupationnelle, de la satisfaction mais aussi une diminution des symptômes chez les participants à l'étude (Wong et al., 2024).

BIBLIOGRAPHIE

- Assurance maladie. (2024, août 12). *Trouble panique : définition et facteurs déclenchants*. Consulté le 18 février 2026 sur <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/trouble-panique/definition-facteurs-declenchants>
- André, C., Légeron, P., & Pelissolo, A. (2023). *La nouvelle peur des autres : trac, timidité et phobie sociale*. Odile Jacob.
- Arrêté du 05 juillet 2010 relatif au diplôme d'état d'ergothérapeute et annexes I et II (2010). https://anfe.fr/wp-content/uploads/2021/01/TO_arrete_5_juillet_2010.pdf
- Agence Régionale de Santé Île de France. (2025, décembre 08). *Soutenir le rétablissement en santé mentale : une dynamique à l'œuvre en Île-de-France*. Consulté le 19 février 2026 sur <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/soutenir-le-retablissement-en-sante-mentale-une-dynamique-loeuvre-en-ile-de-france>
- Assises nationales de l'ergothérapie & Association nationale française des ergothérapeutes (Éds.). (2015). *L'activité humaine, un potentiel pour la santé ?* De Boeck-Solal.
- Association Canadienne des Ergothérapeutes (2008), Prise de position de l'ACE : Les occupations et la santé. *Actualités ergothérapiques*, (11.1), 24-26.
- Association Nationale Française des Ergothérapeutes. (s. d.). *Qu'est-ce que l'ergothérapie ?* Consulté le 2 octobre 2025 sur https://anfe.fr/qu_est_ce_que_l_ergotherapie/
- Barbier, J.-M. (2015). Saisir l'activité ! Dans M. C. Morel-Bracq, *L'activité humaine, un potentiel pour la santé ?* (pp. 1-6). De Boeck.
- Bennaceur, I. (2022). Analyse des données quantitatives : cas de l'enquête par questionnaire. *Langues & Cultures*, 3(02), 44-55. <https://doi.org/10.62339/jlc.v3i02.150>
- Caire, J.-M. (2012). *Nouveau guide de pratique en ergothérapie entre concepts et réalités*. Solal.

- Caire, J.-M., & Schabaille, A. (2018). *Engagement, occupation et santé : une approche centrée sur l'accompagnement de l'activité de la personne dans son contexte de vie*. ANFE.
- Charret, L., & Thiébaud Samson, S. (2017). Histoire, fondements et enjeux actuels de l'ergothérapie. *Contraste*, 45(1), 17-36. <https://doi.org/10.3917/cont.045.0017>
- Coldefy, M. (2016). Les soins en psychiatrie : organisation et évolutions législatives récentes. *Revue française des affaires sociales*, pp. 21-30. <https://doi.org/10.3917/rfas.162.0021>
- Criquillon-Ruiz, J., Soum-Pouyalet, F., & Tétreault, S. (2023). *L'évaluation en ergothérapie*. De Boeck supérieur.
- Crocq, M.-A., Guelfi, J.-D., & Boehrer, A. É. (avec American psychiatric association). (2023). *DSM-5-TR : manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (5e éd., texte révisé). Elsevier Masson.
- Communauté Territoriale de Santé Mentale Yvelines Nord (s. d.). *Parcours en santé mentale*. Consulté le 19 mai 2026 sur <https://www.ctsm78nord.fr/app/uploads/2022/02/Le-parcours-en-sante-mentale.pdf>
- Dervaux, J.-L. (2014). *Ces hormones qui rythment notre vie : forme, humeur, poids, sexe dialogues santé*. Dangles éd.
- Fays, C. (2018). Ergothérapie et écriture dans un département de réhabilitation psycho-sociale. *ErgOTHérapies*, 68, 49-57.
- Ferland, F. (2015). L'activité au cœur du développement de la personne. Dans M. C. Morel-Bracq, *L'activité humaine, un potentiel pour la santé ?* (pp. 35-41). De Boeck-Solal.
- Fovet-Rabot, C. (2015). Rédiger la discussion de l'article scientifique en 6 points. CIRAD. Consulté le 27 mai 2026 sur <https://collaboratif.cirad.fr/alfresco/s/d/workspace/SpacesStore/026172d9-37fe-4c10-a001-a965ce40bdd1/rediger-la-discussion-de-l-article%20-20151006.pdf>

- Greipl, C. (2023). *Les troubles anxieux*. Centre de Médecine de Premiers Recours des Hôpitaux Universitaires de Genève.
https://www.hug.ch/sites/interhug/files/2023-11/strategie_troubles_anxieux_2023_1.pdf
- Guével, M.-R., & Pommier, J. (2012). Recherche par les méthodes mixtes en santé publique : enjeux et illustration. *Santé Publique*, 24(1), 23-38.
- Hantouche, É. (avec Centre des troubles anxieux et de l'humeur). (2011). *L'anxiété : vaincre ses peurs, soucis et obsessions au quotidien* (2e éd). J. Lyon.
- Haute Autorité de Santé. (2007a). *Guide - Affections psychiatriques de longue durée : Troubles anxieux graves*. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/guide_medecin_troubles_anxieux.pdf
- Haute Autorité de Santé. (2024). *Programme pluriannuel « santé mentale et psychiatrie » 2025-2030*. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2025-02/programme_pluriannuel_sante_mentale_et_psychiatrie_2025-2030.pdf#page14
- Hawkes, L., & Petit, A. (2013). *La peur de l'autre : surmonter l'anxiété sociale*. Librairie générale française.
- Klein, F. (2016). Ergothérapeute, pour quoi faire ? Dans H. Hernandez, *Ergothérapie en psychiatrie : de la souffrance psychique à la réadaptation* (2e éd) (pp. 37-54). De Boeck supérieur.
- Koch, B. (2016). Apport d'une démarche évaluative en santé mentale. Dans H. Hernandez, *Ergothérapie en psychiatrie : de la souffrance psychique à la réadaptation* (2e éd) (pp. 111-124). De Boeck supérieur.
- Laforcade, M. (2017). Le rétablissement au cœur des politiques de santé. *Rhizome*, 65-66(3), 25-26. <https://doi.org/10.3917/rhiz.065.0025>

- Lee, S. W., Kielhofner, G., Morley, M., Heasman, D., Garnham, M., Willis, S., Parkinson, S., Forsyth, K., Melton, J., & Taylor, R. R. (2012). Impact of using the Model of Human Occupation: A survey of occupational therapy mental health practitioners' perceptions [Impact de l'utilisation du modèle de l'occupation humaine : enquête sur les perceptions des ergothérapeutes spécialisés en santé mentale]. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 19(5), 450-456. <https://doi.org/10.3109/11038128.2011.645553>
- Lépine, Ch. de (2018). La réhabilitation psychosociale en secteur médico-social, *ErgOTHérapies*, 68, pp. 39-48.
- Lépine, J.-P., Gasquet, I., Kovess, V., Arbabzadeh-Bouchez, S., Nègre-Pagès, L., Nachbaur, G., & Gaudin, A.-F. (2005). Prévalence et comorbidité des troubles psychiatriques dans la population générale française : résultats de l'étude épidémiologique ESEMeD/MHEDEA 2000/(ESEMeD). *L'Encéphale*, 31(2), 182-194. [https://doi.org/10.1016/S0013-7006\(05\)82385-1](https://doi.org/10.1016/S0013-7006(05)82385-1)
- Lévesque, C., Ngô, T.-L., Goulet, J., Tchambo, Hervé., & Wang, S. (2022). *Guide de pratique pour le diagnostic et le traitement cognitivo-comportemental du trouble anxiété sociale : le manuel du thérapeute (1ère édition)*. Jean Goulet - tccmontreal.
- LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. (2016). <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT00003191264>
- Lotstra, F. (2002). Le cerveau émotionnel ou la neuroanatomie des émotions : *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, 29(2), 73-86. <https://doi.org/10.3917/ctf.029.0073>
- Manidi, M.-J. (Éd.) (2006). *Ergothérapie comparée en santé mentale et psychiatrie*. Haute école de travail social et de la santé - EESP-Vaud.
- Martins, S. (2015). Le défi est-il nécessaire en ergothérapie ? Dans M. C. Morel-Bracq, *L'activité humaine, un potentiel pour la santé ?* (pp. 143-152). De Boeck-Solal.
- Melchior, M., Van Der Waerden, J., Galéra, C., Davige-Paturet, C., Vuillermoz, C., & Rouquette, A. (2022). L'impact de la pandémie Covid-19 sur la santé mentale des Français. *La santé en action*, 461. 12-15.

- Michel, P., Franck, N., Chambon, L., & Euller-Zieglert, L. (2022). Avis du Haut Conseil de la Santé publique relatif à l'impact de la Covid-19 sur la santé mentale. *La santé en action*, 461.7-9.
- Mikolajczak, M. (2020). *Les compétences émotionnelles*. Dunod.
- Morel-Bracq, M.-C. (2024). *Les modèles conceptuels en ergothérapie : introduction aux concepts fondamentaux* (3e éd. [actualisée]). De Boeck supérieur.
- Norton, J., Capdevielle, D., & Boulenger, J.-P. (2014). 13. Épidémiologie, facteurs de risque, incapacité et coût social des troubles anxieux. Dans J.-P. Boulenger & J.-P. Lépine, *Les troubles anxieux* (pp. 119-131). Lavoisier.
- Organisation Mondiale de la Santé. (2026, mars 30). Stress. Consulté le 27 mai 2026 sur <https://www.who.int/fr/news-room/questions-and-answers/item/stress>
- Pasquier, A. (2021). *Psychologie et psychopathologie des émotions* (2e éd). Dunod.
- Pélissolo, A., Huron, C., Fanget, F., Servant, D., Stiti, S., Richard-Berthe, C., & Boyer, P. (2006). Les phobies sociales en psychiatrie : caractéristiques cliniques et modalités de prise en charge (étude Phoenix). *L'Encéphale*, 32(1), 106-112. [https://doi.org/10.1016/S0013-7006\(06\)76143-7](https://doi.org/10.1016/S0013-7006(06)76143-7)
- Pibarot, I. (2016). Activité thérapeutique et ergothérapie. Dans H. Hernandez, *Ergothérapie en psychiatrie : de la souffrance psychique à la réadaptation* (2e éd) (pp. 27-36). De Boeck supérieur.
- Pluye, P. (2023). *Les méthodes mixtes*. LIEPP.
- Renson, A., Maurage, P., Luts, A., Germeau, N., & Timary, P. De (2020). Comorbidité entre trouble d'usage d'alcool et trouble d'anxiété sociale : perspectives cliniques à partir d'éléments de la littérature. *Alcoologie et Addictologie*, 42(2), 59-68.
- Sement, D. (2016). Le modèle psychodynamique. *ErgOTHérapies*, 62, 43-48.
- Taylor, R. R., & Kielhofner, G. (Éds.). (2017). *Kielhofner's model of human occupation: theory and application* (Fifth edition) [Le modèle de l'occupation humaine de Kielhofner : théorie et application (5e édition)]. Wolters Kluwer.
- Tétreault, S., & Guillez, P. (2014). *Guide pratique de recherche en réadaptation*. De Boeck-Solal.

- Tignol, J. (2014). 16. Phobie sociale. Dans J.-P. Boulenger & J.-P. Lépine, *Les troubles anxieux* (p. 155-178). Lavoisier.
- Wong, S. R., Chan, M. R., Chong, E., & Dancza, K. M. (2024). Cognitive Orientation to daily Occupational Performance (CO-OP) for mood, anxiety, and adjustment disorders: a pilot study. *Frontiers in Psychiatry*, 15(1428811). <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2024.1428811>

TABLE DES ILLUSTRATIONS

Tab. I : caractéristiques principales de l'anxiété normale ou pathologique (Greipl, 2023)	11
Tab. II : Les quatre grandes familles de situations sources d'anxiété sociale (André et al., 2023)	17
Tab. III : Exemples de pensées chez un anxieux social (André et al., 2023)	18
Tab. IV : Critères d'inclusion et de non-inclusion pour le questionnaire à destination des médecins psychiatres	36
Tab. V : Critères d'inclusion et de non-inclusion pour le questionnaire à destination des psychologues cliniciens	36
Tab. VI : Critères d'inclusion et de non-inclusion pour le questionnaire à destination des ergothérapeutes	37
Fig. 1 : Répartition des réponses obtenues par type de professionnels	40
Tab. VII : Tableau récapitulatif de répartition des réponses aux questionnaires	41
Fig. II : Diagramme de flux de sélection des réponses aux questionnaires	41
Fig. III : Nombre de patients avec un trouble d'anxiété sociale pris en soins par les répondants	42
Fig. IV : Lieux de prise en soin des personnes présentant un trouble d'anxiété sociale	43
Fig. V : Lieux de prise en soin des personnes présentant un trouble d'anxiété sociale	44
Fig VI : Impact du trouble d'anxiété sociale sur les occupations de la personne	44
Fig. VII : Type d'activité de la personne le plus impacté par le trouble d'anxiété sociale	45
Fig. VIII : Répartition des types d'approches utilisées par les psychologues cliniciens	49
Fig. IX : Répartition des types d'approches utilisées par les ergothérapeutes	49
Fig. X : Répartition des outils d'évaluation utilisés par les ergothérapeutes	50
Fig. XI : Répartition des méthodes utilisées par les ergothérapeutes	51

ANNEXES

Annexe I : critères diagnostiques à prendre en compte afin de poser un diagnostic d'anxiété sociale (Crocq et al., 2023)

Annexe II : Questionnaire à destination des médecins psychiatres

Annexe III : Questionnaire à destination des psychologues cliniciens

Annexe IV : Questionnaire à destination des ergothérapeutes

Annexe V : Modèle de courriel à destination des cadres de santé

Annexe VI : Modèle de courriel à destination des ergothérapeutes

Annexe I : critères diagnostiques à prendre en compte afin de poser un diagnostic d'anxiété sociale (Crocq et al., 2023)

- A. Présence d'une peur ou d'une anxiété marquée face à une ou plusieurs situations sociales, où l'individu pense être observé attentivement par autrui.
- B. L'individu redoute de se comporter d'une certaine manière ou de manifester des signes d'anxiété qui pourraient être perçus négativement.
- C. Les situations sociales suscitent quasi systématiquement de la peur ou de l'anxiété.
- D. Ces situations sociales sont évitées ou vécues avec une peur ou une anxiété intense.
- E. Cette peur ou anxiété apparaît excessive par rapport au danger réel de la situation et au contexte socioculturel.
- F. La peur, l'anxiété ou l'évitement perdurent habituellement pendant au moins 6 mois faisant de ce trouble un trouble chronique.
- G. La peur, l'anxiété ou l'évitement provoquent une souffrance notable ou altèrent significativement la vie sociale, professionnelle ou les autres domaines importants de la vie de la personne.
- H. Ces manifestations ne sont pas dues aux effets d'une substance ou à une affection médicale.
- I. La peur, l'anxiété ou l'évitement ne s'expliquent pas mieux par un autre trouble mental tel qu'un trouble panique, une obsession d'une dysmorphophobie corporelle ou un trouble du spectre autistique.
- J. Si une autre maladie est présente, la peur, l'anxiété ou l'évitement sont clairement disproportionnés ou sans lien direct avec cette affection.

Annexe II : Questionnaire à destination des médecins psychiatres

Voici un questionnaire réalisé dans le cadre de mon mémoire d'initiation à la recherche. Vos réponses sont anonymes et seront utilisées uniquement à des fins de recherche académique.

En répondant à ce questionnaire, vous donnez votre consentement pour que les données soient recueillies et utilisées pour un mémoire d'ergothérapie.

Ce questionnaire s'adresse à des **médecins psychiatres** prenant en soin ou ayant déjà pris en soin des **personnes adultes souffrant d'un trouble d'anxiété sociale**.

Si vous n'êtes pas médecin psychiatre ou si vous n'avez jamais pris en soin de personnes adultes souffrant d'un trouble d'anxiété sociale, merci de ne pas répondre à ce questionnaire.

1. Quelle est votre profession ?

- Médecin psychiatre
- Psychologue clinicien
- Ergothérapeute
- Autre, préciser : _____

*Si **Autre** alors remercier la personne et demander à transmettre le questionnaire à des collègues médecins psychiatres travaillant ou ayant déjà travaillé avec des personnes adultes souffrant d'un trouble d'anxiété sociale et mettre fin au questionnaire.*

*Si **Psychologue clinicien**, alors remercier la personne et la rediriger vers le questionnaire à destination des Psychologues cliniciens.*

*Si **Ergothérapeute**, alors remercier la personne et la rediriger vers le questionnaire à destination des Ergothérapeutes.*

2. Depuis combien de temps exercez-vous en tant que médecin psychiatre ?

- Je n'ai encore jamais exercé en tant que médecin psychiatre
- Moins de 3 ans

- De 3 à 5 ans
- De 5 à 10 ans
- Plus de 10 ans

*Si la réponse **Je n'ai encore jamais exercé en tant que médecin psychiatre** est sélectionnée à la question 2, alors remercier la personne et demander à transmettre le questionnaire à des collègues qui sont médecins psychiatres travaillant ou ayant déjà travaillé avec des personnes adultes souffrant d'un trouble d'anxiété sociale et mettre fin au questionnaire.*

3. Avez-vous déjà pris en soin des **personnes adultes (de 18 à 65 ans)** souffrant d'un **trouble d'anxiété sociale** en première intention ou en tant que comorbidité d'un autre trouble ?

- Oui
- Non

*Si **Non** à la question 3, alors remercier la personne et demander à transmettre le questionnaire à des collègues qui sont médecins psychiatres travaillant ou ayant déjà travaillé avec des personnes adultes souffrant d'un trouble d'anxiété sociale et mettre fin au questionnaire.*

4. Combien de patients souffrant d'un trouble d'anxiété sociale avez-vous pris en soin dans votre carrière professionnelle de médecin psychiatre ?

- Aucun
- De 1 à 5
- De 6 à 10
- De 11 à 15
- Plus de 15

*Si la réponse **Aucun** est sélectionnée à la question 4 alors remercier la personne et demander à transmettre le questionnaire à des collègues qui sont médecins psychiatres travaillant ou ayant déjà travaillé avec des personnes adultes souffrant d'un trouble d'anxiété sociale et mettre fin au questionnaire.*

Toutes les questions suivantes concerneront la prise en soin des personnes adultes souffrant d'un trouble d'anxiété sociale

5. Dans quel(s) type(s) de structure avez-vous pris en soin ces personnes (plusieurs réponse possibles) ?

- En libéral
- Dans un service intrahospitalier
- Dans un CMP
- Dans un HDJ
- Dans un CATTP
- Autres, préciser : _____

6. Selon votre expérience, le trouble d'anxiété sociale a-t-il des conséquences significatives sur la vie des patients que vous prenez en charge ?

- Toujours
- Dans plus de 50% des cas
- Dans moins de 50% des cas
- Jamais

*Si à la question 6, la réponse est différente de jamais, alors poser la question **6bis**, sinon question 7*

6bis. Quelles sont les catégories d'occupation les plus impactées ?

- Les activités productives (études, travail, bénévolat, ...)
- Les activités de loisir (activités choisies librement pour le plaisir)
- Les activités de vie quotidienne (soins personnels, entretien du domicile, ...)

7. Vers quel(s) autre(s) professionnel(s) dirigez-vous les patients présentant un trouble d'anxiété sociale (plusieurs réponses possibles) ?

- Aucun
- Médecin généraliste
- Psychologue clinicien
- Ergothérapeute
- Psychomotricien
- Infirmiers
- Assistant social
- Autre, préciser : _____

En fonction de la réponse à la question 7, diriger vers la question 8a ou 8b

8a. Pour quelle(s) raison(s) ne dirigez-vous pas vos patients souffrant d'un trouble d'anxiété sociale vers un ergothérapeute (plusieurs réponses possibles) ?

- Je ne connais pas l'ergothérapie
- Il n'est pas facile de trouver un ergothérapeute
- L'ergothérapie n'est pas remboursée par la sécurité sociale
- Je pense que l'ergothérapie n'est pas adaptée aux problématiques de mes patients
- Autre raison, préciser : _____

*Si réponse **Je pense que l'ergothérapie n'est pas adaptée aux problématiques de mes patients** à la question 8a alors question 8a-bis, sinon fin du questionnaire.*

8a-bis. Pour quelle(s) raison(s), pensez-vous que l'ergothérapie n'est pas adaptée aux problématiques de vos patients ?

8b. Selon votre estimation, quelle part de patients souffrant d'un trouble d'anxiété sociale redirigez-vous vers un ergothérapeute ?

- Environnement 1/3
- Environ 1/2
- Environ 2/3
- Tous (sauf exception)

8b-bis. Pour quelle(s) raison(s) dirigez-vous vos patients souffrant d'un trouble d'anxiété sociale vers un ergothérapeute ?

Fin du questionnaire

Je vous remercie pour le temps que vous avez consacré à ce questionnaire afin de me permettre de finaliser mon mémoire d'initiation à la recherche.

Si vous connaissez d'autres médecins psychiatres prenant en soin ou ayant déjà pris en soin des personnes adultes souffrant de troubles d'anxiété sociale, merci de bien vouloir leur faire suivre ce questionnaire.

Par ailleurs, dans le cadre de cette recherche, je souhaiterais également pouvoir interroger deux autres catégories de professionnels de santé :

- des psychologues cliniciens prenant en soin ou ayant pris en soin des personnes adultes présentant un trouble d'anxiété sociale
- des ergothérapeutes prenant en soin ou ayant pris en soin des personnes adultes présentant un trouble d'anxiété sociale.

Aussi si vous connaissez des personnes correspondant à ces critères, pourriez-vous leur faire parvenir les liens vers mes autres questionnaires afin qu'ils puissent y répondre et m'aider dans ma démarche de recherche ?

Voici les liens vers les différents questionnaires :

- [Lien vers le questionnaire à destination des psychologues cliniciens](#)
- [Lien vers le questionnaire à destination des ergothérapeutes](#)

Annexe III : Questionnaire à destination des psychologues cliniciens

Voici un questionnaire réalisé dans le cadre de mon mémoire d'initiation à la recherche. Vos réponses sont anonymes et seront utilisées uniquement à des fins de recherche académique.

En répondant à ce questionnaire, vous donnez votre consentement pour que les données soient recueillies et utilisées pour un mémoire d'ergothérapie.

Ce questionnaire s'adresse à des **psychologues cliniciens** prenant en soin ou ayant déjà pris en soin des **personnes adultes souffrant d'un trouble d'anxiété sociale**.

Si vous n'êtes pas psychologue clinicien ou si vous n'avez jamais pris en soin de personnes adultes souffrant d'un trouble d'anxiété sociale, merci de ne pas répondre à ce questionnaire.

1. Quelle est votre profession ?

- Médecin psychiatre
- Psychologue clinicien
- Ergothérapeute
- Autre, préciser : _____

*Si **Autre** alors remercier la personne et demander à transmettre le questionnaire à des collègues psychologues cliniciens travaillant ou ayant déjà travaillé avec des personnes adultes souffrant d'un trouble d'anxiété sociale et mettre fin au questionnaire.*

*Si **Médecin psychiatre**, alors remercier la personne et la rediriger vers le questionnaire à destination des Médecins psychiatres.*

*Si **Ergothérapeute**, alors remercier la personne et la rediriger vers le questionnaire à destination des Ergothérapeutes.*

2. Depuis combien de temps exercez-vous en tant que psychologue ?

- Je n'ai encore jamais exercé en tant que psychologue clinicien

- Moins de 3 ans
- De 3 à 5 ans
- De 5 à 10 ans
- Plus de 10 ans

*Si la réponse **Je n'ai encore jamais travaillé en tant que psychologue clinicien** est sélectionnée à la question **2** alors remercier la personne et demander à transmettre le questionnaire à des collègues qui sont psychologues cliniciens travaillant ou ayant déjà travaillé avec des personnes adultes souffrant d'un trouble d'anxiété sociale et mettre fin au questionnaire.*

3. Avez-vous déjà pris en soin des **personnes adultes (de 18 à 65 ans)** souffrant d'un **trouble d'anxiété sociale** en première intention ou en tant que comorbidité d'un autre trouble ?

- Oui
- Non

*Si **Non** à la question **3** alors remercier la personne et demander à transmettre le questionnaire à des collègues qui sont psychologues cliniciens travaillant ou ayant déjà travaillé avec des personnes adultes souffrant d'un trouble d'anxiété sociale et mettre fin au questionnaire.*

4. Combien de patients souffrant d'un trouble d'anxiété sociale avez-vous pris en soin dans votre carrière professionnelle de psychologue clinicien ?

- Aucun
- De 1 à 5
- De 6 à 10
- De 11 à 15
- Plus de 15

*Si la réponse **Aucun** est sélectionnée à la question **4** alors remercier la personne et demander à transmettre le questionnaire à des collègues qui sont psychologues cliniciens travaillant ou ayant déjà travaillé avec des personnes adultes souffrant d'un trouble d'anxiété sociale et mettre fin au questionnaire.*

Toutes les questions suivantes concerneront la prise en soin de ces personnes adultes souffrant d'un trouble d'anxiété sociale

5. Dans quel(s) type(s) de structure avez-vous pris en soin ces personnes (plusieurs réponse possibles) ?

- En libéral
- Dans un service intrahospitalier
- Dans un CMP
- Dans un HDJ
- Dans un CATTP
- Autres, préciser : _____

6. Comment les personnes concernées arrivent-elles jusqu'à vous (plusieurs réponses possibles) ?

- Sur orientation d'un médecin (médecin généraliste, psychiatre, ...)
- Spontanément, les personnes vous ont contacté d'elles-mêmes
- Autres, préciser : _____

7. Selon votre expérience, le trouble d'anxiété sociale a-t-il des conséquences significatives sur la vie des patients que vous prenez en charge ?

- Toujours
- Dans plus de 50% des cas
- Dans moins de 50% des cas
- Jamais

Si à la question 7, la réponse est différente de jamais, alors poser la question 7bis, sinon question 8.

7bis. Quelles sont les catégories d'occupation les plus impactées ?

- Les activités productives (études, travail, bénévolat, ...)
- Les activités de loisir (activités choisies librement pour le plaisir)
- Les activités de vie quotidienne (soins personnels, entretien du domicile, ...)

8. Quelles sont les types d'approches que vous utilisez pour prendre en soin ces personnes (plusieurs réponses possibles) ?

- L'approche psychanalytique
- L'approche cognitivo-comportementales
- L'approche humaniste et existentielle
- L'approche systémique
- Autre, préciser : _____

9. Y a-t-il d'autres professionnels qui interviennent auprès de ces personnes en parallèle de vous (plusieurs réponses possibles) ?

- Aucun à ma connaissance
- Médecin généraliste
- Psychiatre
- Ergothérapeute
- Psychomotricien
- Infirmier
- Assistant social
- Je ne sais pas
- Autres, préciser : _____

10. Rencontrez-vous des difficultés pour accompagner ces personnes ?

- Oui
- Non

*Si **Oui** à la question 10, alors questions 11, 12 et 13. Sinon, fin du questionnaire.*

11. Pouvez-vous s'il vous plait préciser les difficultés que vous rencontrez ?

12. Compte tenu de ces difficultés, quel(s) serai(en)t, d'après-vous, le(s) professionnel(s) le(s) plus adapté(s) pour prendre en soin ces personnes en complément de votre accompagnement (plusieurs réponses possibles) ?

- Aucun

- Médecin psychiatre
- Ergothérapeute
- Psychomotricien
- Infirmier
- Assistant social
- Autres, préciser : _____

*Si réponse **différente d'ergothérapeute** à la question 12, alors question 13a. Si réponse **Ergothérapeute** à la question 12, alors question 13b et 14b.*

13a. Pour quel(les) raison(s) pensez-vous que l'ergothérapie n'est pas adaptée aux problématiques de vos patients ?

13b. Selon votre estimation, quelle est la part de patients souffrant d'un trouble d'anxiété sociale, pour laquelle préconiseriez-vous un accompagnement complémentaire par un ergothérapeute ?

- Environnement 1/3
- Environ 1/2
- Environ 2/3
- Tous (sauf exception)

14b. Pouvez-vous expliquer pourquoi préconiseriez-vous un accompagnement complémentaire par un ergothérapeute

Fin du questionnaire

Je vous remercie pour le temps que vous avez consacré à ce questionnaire afin de me permettre de finaliser mon mémoire d'initiation à la recherche.

Si vous connaissez d'autres psychologues cliniciens prenant en soin ou ayant déjà pris en soin des personnes adultes souffrant de troubles d'anxiété sociale, merci de bien vouloir leur faire suivre ce questionnaire.

Par ailleurs, dans le cadre de cette recherche, je souhaiterais également pouvoir interroger deux autres catégories de professionnels de santé :

- des médecins psychiatres prenant en soin ou ayant pris en soin des personnes adultes présentant un trouble d'anxiété sociale
- des ergothérapeutes prenant en soin ou ayant pris en soin des personnes adultes présentant un trouble d'anxiété sociale.

Aussi si vous connaissez des personnes correspondant à ces critères, pourriez-vous leur faire parvenir les liens vers mes autres questionnaires afin qu'ils puissent y répondre et m'aider dans ma démarche de recherche ?

Voici les liens vers les différents questionnaires :

- [Lien vers le questionnaire à destination des médecins psychiatres](#)
- [Lien vers le questionnaire à destination des ergothérapeutes.](#)

Annexe IV : Questionnaire à destination des ergothérapeutes

Voici un questionnaire réalisé dans le cadre de mon mémoire d'initiation à la recherche. Vos réponses sont anonymes et seront utilisées uniquement à des fins de recherche académique.

En répondant à ce questionnaire, vous donnez votre consentement pour que les données soient recueillies et utilisées pour un mémoire d'ergothérapie.

Ce questionnaire s'adresse à des **ergothérapeutes** prenant en soin ou ayant déjà pris en soin des **personnes adultes souffrant d'un trouble d'anxiété sociale**.

Si vous n'êtes pas ergothérapeute ou si vous n'avez jamais pris en soin de personnes adultes souffrant d'un trouble d'anxiété sociale, merci de ne pas répondre à ce questionnaire.

1. Quelle est votre profession ?

- Médecin psychiatre
- Psychologue clinicien
- Ergothérapeute
- Autre, préciser : _____

*Si **Autre** alors remercier la personne et demander à transmettre le questionnaire à des collègues ergothérapeutes travaillant ou ayant déjà travaillé avec des personnes adultes souffrant d'un trouble d'anxiété sociale et mettre fin au questionnaire.*

*Si **Médecin psychiatre**, alors remercier la personne et la rediriger vers le questionnaire à destination des Médecins psychiatres.*

*Si **Psychologue clinicien**, alors remercier la personne et la rediriger vers le questionnaire à destination des Psychologues cliniciens.*

2. Depuis combien de temps exercez-vous en tant qu'ergothérapeute ?

- Je n'ai encore jamais exercé en tant qu'ergothérapeute
- Moins de 3 ans
- De 3 à 5 ans

- De 5 à 10 ans
- Plus de 10 ans

*Si la réponse **Je n'ai encore jamais travaillé en tant qu'ergothérapeute** est sélectionnée à la question 2 alors remercier la personne et demander à transmettre le questionnaire à des collègues ergothérapeutes travaillant ou ayant déjà travaillé avec des personnes adultes souffrant d'un trouble d'anxiété sociale et mettre fin au questionnaire.*

3. Avez-vous déjà travaillé en tant qu'ergothérapeute en santé mentale ?

- Oui
- Non

4. Avez-vous déjà pris en soin des **personnes adultes (de 18 à 65 ans)** souffrant d'un **trouble d'anxiété sociale** en première intention ou en tant que comorbidité d'un autre trouble ?

- Oui
- Non

Toutes les questions suivantes concerneront la prise en soin des personnes adultes souffrant d'un trouble d'anxiété sociale

5. Combien de patients souffrant d'un trouble d'anxiété sociale avez-vous pris en soin dans votre carrière professionnelle d'ergothérapeute ?

- Aucun
- De 1 à 5
- De 6 à 10
- De 11 à 15
- Plus de 15

*Si la réponse **Oui** est sélectionnée à la question 3 et que la réponse **Non** est sélectionnée à la question 4 ou que la réponse **Aucun** est sélectionnée à la question 5 alors diriger vers la question **5bis**.*

*Si la réponse **Non** est sélectionnée à la question 3 et que la réponse **Non** est sélectionnée à la question 4 ou que la réponse **Aucun** est sélectionnée à la question 5 alors remercier la personne et demander à transmettre le questionnaire à des collègues ergothérapeutes travaillant ou ayant déjà travaillé avec des personnes adultes souffrant d'un trouble d'anxiété sociale et mettre fin au questionnaire.*

Dans les autres cas, diriger vers la question 6.

5bis. D'après vous, quelles sont les raisons qui expliquent que vous n'ayez jamais pris en soin des personnes présentant un trouble d'anxiété sociale (plusieurs réponses possibles) ?

- Je ne suis pas formé(e) et/ou ne sais pas comment accompagner ce type de pathologie
- Ce sont mes collègues ergothérapeutes qui prennent en soin ce type de pathologie
- Ce sont mes collègues psychologues qui prennent en soin ce type de pathologie
- Ce sont mes collègues psychomotriciens qui prennent en soin ce type de pathologie
- Je ne sais pas
- Autre, préciser : _____

6. Dans quel(s) type(s) de structure avez-vous pris en soin ces personnes (plusieurs réponses possibles) ?

- En libéral
- Dans un service intrahospitalier
- Dans un CMP
- Dans un HDJ
- Dans un CATTP
- Autre, préciser : _____

7. Comment les personnes concernées arrivent-elles jusqu'à vous ?

- Sur orientation d'un médecin (médecin généraliste, psychiatre, ...)
- Spontanément, les personnes vous ont contacté d'elles-mêmes

- Autre, préciser : _____

8. Selon votre expérience, le trouble d'anxiété sociale a-t-il des conséquences significatives sur la vie des patients que vous prenez en charge ?

- Toujours
- Dans plus de 50% des cas
- Dans moins de 50% des cas
- Jamais

*Si à la question 8, la réponse est **différente de jamais**, alors question 8bis, sinon question 9.*

8bis. Quelles sont les catégories d'occupation les plus impactées ?

- Les activités productives (études, travail, bénévolat, ...)
- Les activités de loisir (activités choisies librement pour le plaisir)
- Les activités de vie quotidienne (soins personnels, entretien du domicile, ...)

9. Quels sont les principales demandes de ces patients ?

10. Quelles sont les types d'approches que vous utilisez pour prendre en soin ces personnes (plusieurs réponses possibles) ?

- L'approche psychodynamique
- La Réhabilitation psychosociale
- L'approche systémique
- La thérapie cognitivo-comportementale
- Autres, préciser : _____

12. Quelles sont les bilans que vous utilisez pour évaluer le retentissement du trouble d'anxiété sociale dans la vie de la personne (plusieurs réponses possibles) ?

- La Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel (MCREO)
- L'Échelle Lausannoise d'Auto-évaluation des Difficultés Et des Besoins (ELADEB)

- Le Model of Human Occupation Screening Tool (MOHOST)
- Le Volitional Questionnaire (VQ)
- L'Occupational Circumstances Assessment Interview and Rating Scale (OCAIRS)
- La Behavioural Assesment of the Dysexecutive Syndrome (BADs)
- Le Route Finding Test
- Autres, préciser : _____

13. Quelles sont les méthodes que vous utilisez dans le cadre de votre intervention auprès de personnes présentant un trouble d'anxiété sociale (plusieurs réponses possibles) ?

- La médiation thérapeutique
- Les mises en situation écologiques
- La résilience et le coping
- L'approche CO-OP
- La thérapie Cognitivo-comportementale
- Autres, préciser : _____

14. Rencontrez-vous des difficultés pour accompagner ces personnes ?

- Oui
- Non

*Si **Oui** à la question 14, alors questions 15 et 16 et 17. Sinon, fin du questionnaire*

15. Pouvez-vous décrire les difficultés que vous rencontrez ?

16. Compte tenu de ces difficultés, quel(s) serai(en)t, d'après-vous, le(s) professionnel(s) le(s) plus adapté(s) pour prendre en soin ces personnes en complément de votre accompagnement (Plusieurs réponses possibles) ?

- Aucun à ma connaissance
- Médecin généraliste
- Médecin psychiatre
- Psychologue clinicien

- Psychomotricien
- Infirmier
- Assistante sociale
- Je ne sais pas
- Autre, préciser : _____

Si réponse **différente de Aucun** et de **Je ne sais pas**, alors question 17. Sinon fin du questionnaire.

17. Pouvez-vous expliquer pourquoi préconiseriez-vous un accompagnement complémentaire par ce(s) professionnel(s) ?

Fin du questionnaire

Je vous remercie pour le temps que vous avez consacré à ce questionnaire afin de me permettre de finaliser mon mémoire d'initiation à la recherche.

Si vous connaissez d'autres ergothérapeutes prenant en soin ou ayant déjà pris en soin des personnes adultes souffrant de troubles d'anxiété sociale, merci de bien vouloir leur faire suivre ce questionnaire.

Par ailleurs, dans le cadre de cette recherche, je souhaiterais également pouvoir interroger deux autres catégories de professionnels de santé :

- des médecins psychiatres prenant en soin ou ayant pris en soin des personnes adultes présentant un trouble d'anxiété sociale
- des psychologues cliniciens prenant en soin ou ayant pris en soin des personnes adultes présentant un trouble d'anxiété sociale.

Aussi si vous connaissez des personnes correspondant à ces critères, pourriez-vous leur faire parvenir les liens vers mes autres questionnaires afin qu'ils puissent y répondre et m'aider dans ma démarche de recherche ?

Voici les liens vers les différents questionnaires :

- [Lien vers le questionnaire à destination des médecins psychiatres](#)
- [Lien vers le questionnaire à destination des psychologues cliniciens.](#)

Annexe V : Modèle de courriel à destination des cadres de santé

Objet : Mémoire d'initiation à la recherche en ergothérapie - questionnaire prise en soin de l'anxiété sociale

Bonjour,

Je suis étudiante en 3ème année à l'institut de formation d'ergothérapie ADERE.

Je travaille actuellement sur mon mémoire d'initiation à la recherche dans le but de dresser un état des lieux de la prise en soin en ergothérapie du trouble d'anxiété sociale chez l'adulte.

Dans cette optique, je souhaiterais pouvoir interroger, par le biais de questionnaires anonymes, 3 populations distinctes de professionnels de santé :

- des médecins psychiatres prenant en soin ou ayant pris en soin des personnes adultes présentant un trouble d'anxiété sociale ;
- des psychologues cliniciens prenant en soin ou ayant pris en soin des personnes adultes présentant un trouble d'anxiété sociale ;
- des ergothérapeutes prenant en soin ou ayant pris en soin des personnes adultes présentant un trouble d'anxiété sociale.

Vous serait-il possible, s'il vous plait, de transmettre aux membres de votre équipe répondant à ces critères, les liens vers les différents questionnaires afin qu'ils puissent y répondre et m'aider dans ma démarche de recherche ?

Voici les liens vers les différents questionnaires :

- [Lien vers le questionnaire à destination des médecins psychiatres](#)
- [Lien vers le questionnaire à destination des psychologues cliniciens](#)
- [Lien vers le questionnaire à destination des ergothérapeutes](#)

Ces questionnaires seront accessibles jusqu'au 10/05/2026.

Je vous remercie par avance pour la prise en compte de ma demande et vous souhaite une agréable fin de journée.

Bien cordialement,
Mélanie ERNENS

Annexe VI : Modèle de courriel à destination des ergothérapeutes

Objet : Mémoire d'initiation à la recherche en ergothérapie - questionnaire prise en soin de l'anxiété sociale

Bonjour,

Je suis étudiante en 3ème année à l'institut de formation d'ergothérapie ADERE.

Je travaille actuellement sur mon mémoire d'initiation à la recherche dans le but de dresser un état des lieux de la prise en soin en ergothérapie du trouble d'anxiété sociale chez l'adulte.

Dans cette optique, je souhaiterais pouvoir interroger des ergothérapeutes prenant en soin ou ayant pris en soin des personnes adultes présentant un trouble d'anxiété sociale.

Accepteriez-vous de répondre à un questionnaire afin de m'aider dans ma démarche de recherche ?

Si oui, voici le lien vers le questionnaire correspondant :

- [Lien vers le questionnaire à destination des ergothérapeutes](#)

Ce questionnaire sera accessible jusqu'au 10/05/2026.

Je vous remercie par avance pour la prise en compte de ma demande et vous souhaite une agréable fin de journée.

Bien cordialement,
Mélanie ERNEN

Place et rôle de l'ergothérapeute dans la prise en soin pluridisciplinaire du trouble d'anxiété sociale en France

Mots clés :

Trouble d'anxiété sociale - ergothérapie - participation occupationnelle - réhabilitation psychosociale - équipe pluridisciplinaire

Résumé :

Depuis l'épidémie de la COVID 19, la santé mentale n'a cessé de prendre de l'importance dans les préoccupations politiques et sociétales en France avec notamment pour but de limiter l'impact des troubles de santé mentales sur la participation occupationnelle des personnes concernées (productivité, loisirs, vie quotidienne). Cette recherche vise à étudier la place et le rôle de l'ergothérapeute dans la prise en soin pluridisciplinaire de l'anxiété sociale chez l'adulte en France, et à identifier les pratiques professionnelles utilisées afin d'évaluer si la réhabilitation psychosociale est l'approche la plus adaptée pour limiter l'impact de ce trouble sur la participation occupationnelle. Des médecins psychiatres, psychologues cliniciens et ergothérapeutes ont ainsi été interrogés par le biais de questionnaires. Les 27 réponses recueillies ont confirmé la pertinence de la présence de l'ergothérapeute dans l'équipe pluridisciplinaire et l'importance de combiner différentes approches thérapeutiques, notamment l'approche psychodynamique et la réhabilitation psychosociale ainsi que leurs outils d'évaluation et méthodes, afin de répondre au mieux aux besoins spécifiques de chaque patient.

Mélanie ERNENS

Sous la direction de madame Charlotte COUTANSAIS

The role and place of occupational therapists in the multidisciplinary management of social anxiety disorder in France

Keywords :

Social anxiety disorder - occupational therapist - occupational participation - psychosocial rehabilitation - Multidisciplinary team

Abstract :

Since the COVID-19 pandemic, mental health has become an increasingly important issue in political and societal discourse in France, with a particular focus on limiting the impact of mental health disorders on the occupational participation of those persons affected (productivity, leisure activities, daily life). This research aims to examine the place and role of the occupational therapist in the multidisciplinary care of social anxiety in adults in France, and to identify the professional practices used in order to assess whether psychosocial rehabilitation is the most appropriate approach for limiting the impact of this disorder on occupational participation. Psychiatrists, clinical psychologists and occupational therapists were therefore surveyed using questionnaires. The 27 responses received confirmed the relevance of the occupational therapist's presence within the multidisciplinary team and the importance of combining different therapeutic approaches, notably the psychodynamic approach and psychosocial rehabilitation, along with their assessment tools and methods, in order to best meet the specific needs of each patient.

Mélanie ERNENS

Under the direction of Charlotte COUTANSAIS