HAL
open science

Adolescent dépressif et Relation centrée sur la Personne Etude clinique des intérêts et des limites de l'inclusion des attitudes d'authenticité, d'acceptation positive inconditionnelle et d'empathie dans la pratique des ergothérapeutes travaillant avec des adolescents souffrant d'un épisode dépressif

Guillaume Rossetti

To cite this version:

Guillaume Rossetti. Adolescent dépressif et Relation centrée sur la Personne Etude clinique des intérêts et des limites de l'inclusion des attitudes d'authenticité, d'acceptation positive inconditionnelle et d'empathie dans la pratique des ergothérapeutes travaillant avec des adolescents souffrant d'un épisode dépressif. Médecine humaine et pathologie. 2017. dumas-01650036

HAL Id: dumas-01650036

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01650036v1

Submitted on 28 Nov 2017

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License

Institut de Formation en Ergothérapie d' Aix*Marseille

Faculté de Médecine
Aix*Marseille Université

Institut de Formation d'Ergothérapie d'Aix-Marseille

Faculté d'Aix-Marseille

Rossetti

Guillaume

UE 6.5 S6
Mémoire d'initiation à la recherche
6 juin 2017

Adolescent dépressif et Relation centrée sur la Personne

Etude clinique des intérêts et des limites de l'inclusion des attitudes d'authenticité, d'acceptation positive inconditionnelle et d'empathie dans la pratique des ergothérapeutes travaillant avec des adolescents souffrant d'un épisode dépressif

Sous la direction de **MONNARD Mariola** et **BLANC Catheline**

Sommaire

1. Introduction : 1
1.1. Contexte : 1
1.2. Thème général : 1
1.3. Utilité sociale, intérêts et enjeux pour la pratique professionnelle : 2
1.4. Question de départ : 3
1.5. Le trouble dépressif: 4
1.5.1. Définition: 4
1.5.2. Les différentes formes cliniques des dépressions de l'adolescent: 5
1.5.3. Epidémiologie: 6
1.5.4. Dépression de l'adolescent et psychothérapie: 7
1.5.5. Dépression et ergothérapie: 8
1.6. L'adolescent: 9
1.6.1. L'adolescent et la crise identitaire: 9
1.6.2. La relation avec l'adolescent en ergothérapie: 10
1.7. Le modèle Humaniste : 12
1.8. L'Approche Centrée sur la Personne : 13
1.8.1. Le positionnement du thérapeute: 14
1.8.2. L'authenticité: 15
1.8.3. L'acceptation: 17
1.8.4. L'empathie: 18
1.8.5. Regards croisés sur l'ACP: 19
1.9. Pré-enquête exploratoire : 21
1.10. Cadre théorique : 25
1.10.1. La confiance : 26
1.10.2. L'autonomie : 26
1.10.3. La verbalisation : 27
1.10.4. L'engagement : 28
1.10.5. Théorie des effets de l'ACP sur la personnalité et le comportement : 29
1.11. Objet de recherche : 30
2. Matériel et méthode : 30
2. 1. Choix de la méthode : 30

2. 2. Population : 31
2. 3. Choix et construction de l'outil théorisé de recueil des données : 31
2. 4. Déroulement de l'enquête : 34
2. 5. Choix des outils de traitement de données : 35
3. Résultats : 37
3.1. Thème 1 : La modification de la personnalité : 37
3.2. Thème 2 : L'engagement de l'adolescent : 40
3.3. Thème 3 : La relation de confiance : 41
3.4. Thème 4 : L'autonomie : 44
3.5. Thème 5 : La verbalisation : 46
4. Discussion des données : 48
4.1. Interprétation des résultats : 48
4.2. Réponse à l'objet de recherche : 51
4.3. Discussions autour des résultats et critiques du dispositif de recherche : 53
4.4. Propositions et transférabilité pour la pratique professionnelle : 54
4.5. Apports, intérêts et limites des résultats pour la pratique professionnelle et perspectives de recherche à partir des résultats : 55
Bibliographie: 56
Annexe 1 : Résultats de la pré-enquête : 60
Annexe 2 : Retranscription de l'entretien avec l'ergothérapeute A 65
Annexe 3 : Retranscription de l'entretien avec l'ergothérapeute B 68
Annexe 4 : Retranscription de l'entretien avec l'ergothérapeute C 70

Remerciements :

Je souhaiterai tout d'abord remercier Mme Monnard et Mme Blanc pour leur implication, leur suivi, leurs encouragements et leur aide précieuse durant l'élaboration de ce mémoire.

Je tiens aussi à faire part de ma reconnaissance à tous ceux ayant accepté de répondre à mes interrogations, sans qui ce mémoire n'aurait pas abouti.

J'aimerai ensuite remercier les personnes qui ont contribué à mes années de formation, sans qui cet écrit n'existerait pas :

En premier lieu l'équipe pédagogique de l'IFE, toujours très impliquée et soucieuse de notre réussite,

Ainsi que mes camarades de promotion et particulièrement mes acolytes du rang du fond, avec qui j'ai évolué pendant ces trois années : Camille, Clélia et Joris,

Et pour finir, un énorme merci à Delphine pour son soutien, ses encouragements et tout ce qu'elle a pu faire pour moi.

1. Introduction :

1.1. Contexte :

Depuis mes plus jeunes années, j'ai toujours été intéressé par la biologie et les sciences médicales. C'est donc logiquement que je me suis orienté vers un Baccalauréat Scientifique puis que je suis entré en faculté de médecine. Cependant, suite à six mois d'études en PACES et à des discussions avec des étudiants en médecine des années supérieures, des médecins et des professeurs, la médecine m'est apparue comme trop centrée sur l'expertise médicale. J'ai voulu me diriger vers un métier qui me paraissait intervenir davantage au quotidien de la personne, où l'on intervenait auprès des patients et les accompagnait dans la globalité de leur problématique. J'en suis arrivé à la conclusion que je souhaitais me réorienter vers une profession médico-sociale. J'ai alors intégré l'Institut de Formation en Ergothérapie de Marseille. Suite à mon premier stage, je me suis rendu compte de l'importance de la relation dans le soin. Aussi, je savais que j'avais un travail personnel à effectuer sur mes compétences relationnelles. Mes deux premières années d'études en ergothérapie m'ont permis de les travailler de manière théorique en cours et de manière pratique en stage. Lors de mon stage de deuxième année en clinique psychiatrique, j'ai pu expérimenter l'importance et l'intérêt thérapeutique de la relation dans le cadre d'une intervention en ergothérapie. De plus, j'ai pu découvrir à travers la formation la psychologie humaniste et en particulier l'Approche Centrée sur la Personne qui a modifié mon fonctionnement et mon approche dans la relation à l'autre. C'est pour cela qu'à travers mon mémoire de recherche, j'ai choisi d'approfondir mes connaissances à ce sujet en liant cette approche à une problématique de terrain en ergothérapie.

1.2. Thème général :

Au fur et à mesure de mes lectures et de mes interrogations, j'en suis venu à me questionner sur les intérêts d'un positionnement relationnel de l'ergothérapeute selon les attitudes énoncés dans l'Approche Centrée sur la Personne, et plus particulièrement auprès d'adolescents souffrant d'un épisode dépressif.

1.3. Utilité sociale, intérêts et enjeux pour la pratique professionnelle :

Le public traité dans ce mémoire de recherche est celui des adolescents dépressifs. Un adolescent, quel qu'il soit, est sujet à un processus de développement physiologique[1]. L'adolescent traverse alors à plus ou moins grande échelle une crise identitaire et une crise relationnelle. Il rejette les modèles parentaux, ce qui peut aussi amener à un rejet des adultes en général. Il est notamment sujet à des vécus sentimentaux très puissants qui peuvent l'amener à avoir des réactions disproportionnées à un évènement. C'est une période de transformations physiques, de développement des fonctions cognitives, d'évolution de la personnalité, de découverte de la sexualité et de recherche d'identité sociale. Ces facteurs qui évoluent peuvent amener à un développement pathologique. Selon l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM)[2], la prévalence des troubles dépressifs est estimée à 14% chez l'adolescent, ce qui correspond à la tranche d'âge de la population hommes et femmes confondus, où la prévalence de la dépression est la plus forte. Il est aussi déclaré que la dépression est un trouble mental créant des situations de handicap. De plus, selon l'Observatoire National du Suicide (ONS)[3], les pensées suicidaires ont préoccupé 10,7% des adolescents au cours de l'année 2014, ce qui constitue un véritable problème de santé publique. Il y a donc un réel besoin de soins de la dépression pour ce public en particulier. L'ergothérapeute quant à lui, participe à la réalisation de soins en santé mentale par la médiation d'activités selon la partie II de son référentiel d'activités[4]. Et avec le public adolescent en particulier, la relation peut être particulièrement difficile à construire. Cependant, la compétence 6 de son référentiel de compétences[5] stipule que l'ergothérapeute est à-même de conduire une relation dans un contexte d'ergothérapie, et plus précisément, qu'il est capable d'instaurer et maintenir une communication verbale et non verbale avec les personnes en tenant compte des altérations de communication et de leur profil psychologique. Ces deux référentiels sont issus du ministère en charge des affaires sociales et de la santé de la république française et sont spécifiquement associés au Diplôme d'Etat d'Ergothérapeute. Ainsi, selon ces sources, il apparait que l'ergothérapeute doit avoir des compétences relationnelles adaptées à son patient dans le contexte d'une intervention de soins en santé mentale. Cette constatation est notamment confirmée en 2016 par un groupe de réflexion sur l'ergothérapie en santé mentale qui a élaboré un livre blanc publié par l'Association Nationale Française des Ergothérapeutes[6]. Riou et al. spécifient à propos de la relation en santé mentale : « nous accordons une place prépondérante au respect de la singularité de chaque individu. Ainsi nos valeurs humanistes se reflètent dans la qualité de la relation thérapeutique,

d'aide et de confiance, que nous entretenons tout au long de notre démarche d'accompagnement de la personne. » Il apparait que la relation dépend non seulement de l'ergothérapeute, mais doit être adapté à la spécificité de la personne. Cela demande donc un travail spécifique de l'ergothérapeute sur ses compétences relationnelles, une analyse et une remise en question de celles-ci. D'autre part la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002[7] relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé précise les droits du patient qui ne subit plus son traitement, mais en comprend l'intérêt et participe, par sa vigilance et sa bonne observance, à son efficacité. Il devient ainsi acteur de sa prise en charge. Le patient est mis en avant comme le principal acteur de sa guérison, ce qui n'est pas sans rappeler l'Approche Centrée sur la Personne développée par Carl Rogers dès 1951[8]. Elle a pour hypothèse centrale que « Chaque individu a en lui des capacités considérables de se comprendre, de changer l'idée qu'il a de lui-même, ses attitudes et sa manière de se conduire il peut puiser dans ces ressources pourvu que lui soit assuré un climat d'attitudes psychologiques "facilitatrices" que l'on peut déterminer ». Depuis plus de 50 ans, de nombreuses études sur cette approche ont été menées par rapport à ses effets sur la personnalité et le comportement, il s'avèrerait que l'on observe « l'amélioration du fonctionnement psychique de la personne dans le sens optimal »[9]. Selon son auteur elle peut s'appliquer en outre à la psychothérapie, mais aussi dans de nombreux domaines tels que l'éducation, l'enseignement, la santé, l'accompagnement social et la médiation. Elle s'appuie particulièrement sur les capacités de la personne et peut donc être adaptée entre autres, à l'accompagnement des adolescents dépressifs en ergothérapie. Il s'agira dans ce mémoire de tenter d'explorer les modalités d'une possible transposition de cette technique relationnelle dans la pratique ergothérapique auprès des adolescents dépressifs.

1.4. Question de départ :

Quel est l'intérêt de l'Approche Centrée sur la Personne dans l'accompagnement en ergothérapie de l'adolescent souffrant d'un épisode dépressif ?

1.5. Le trouble dépressif:

En premier lieu, nous allons définir et explorer le thème du trouble dépressif et plus précisément ce qui concerne ses modalités spécifiques à l'adolescence ainsi que sa prise en soins. Cela nous permettra de définir notre public avec plus de précision.

1.5.1. Définition:

Selon la CIM-10[10], la dépression est un trouble mental courant. Celle-ci peut être qualifiée de trouble dépressif récurrent s'il y a récidives d'épisodes dépressifs. On peut classifier les épisodes dépressifs en 6 sous-catégories:

- épisode dépressif léger
- épisode dépressif moyen
- épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques
- épisode dépressif sévère avec symptômes psychotiques
- autres épisodes dépressifs
- épisode dépressif, sans précision

Un épisode dépressif est caractérisé dans sa gravité suivant le nombre de symptômes que le patient présente dans les 9 cités ci-dessous par la CIM-10:

- une tristesse quasi-permanente, avec parfois des pleurs (humeur dépressive)
- une perte d'intérêt et du plaisir à l'égard des activités quotidiennes, même celle habituellement plaisantes (anhédonie)
- un sentiment de dévalorisation et de culpabilité excessif ou inapproprié
- des idées de mort ou de suicide récurrentes, le sentiment que la vie ne vaut pas la peine d'être vécue
- un ralentissement psychomoteur
- une fatigue (asthénie), souvent dès le matin
- une perte d'appétit, souvent associée à une perte de poids
- des troubles du sommeil avec en particulier des insomnies matinales
- des difficultés attentionnelles, de concentration et de mémorisation

Le diagnostic de dépression est posé si le patient présente au moins 5 symptômes de cette liste, dont au moins un sur les deux premiers de la liste.

De 5 à 7 symptômes, l'épisode dépressif est dit léger à modéré, au-delà de 8 symptômes l'épisode dépressif est dit sévère.

1.5.2. Les différentes formes cliniques des dépressions de l'adolescent:

Au-delà du diagnostic de dépression tel qu'il est présenté dans la CIM-10, on peut catégoriser les états dépressifs de l'adolescent en plusieurs sous-parties:

1 - Menace dépressive présenté par Braconnier[11]: elle provient de l'existence d'un conflit entre la séparation d'avec les objets parentaux et le lien nouveau à un objet sexuel qui peut conduire à un sentiment d'impuissance et de renoncement.

Symptomatologie:

• L'apparition rapidement progressive d'une terreur, d'être envahi par la tristesse, les idées suicidaires et le désespoir ;

• une symptomatologie neurovégétative en rapport avec l'anxiété (palpitation, trouble digestif, dyspnée...) ;

• des insomnies d'endormissement ;

• une irritabilité ;

• des idées d'indignité et d'autoaccusation.

2- Dépression d'infériorité présentée par Braconnier et Ferrari[12]: elle prend pied dans la fragilité de l'identité et de l'estime de soi des adolescents. Ses symptômes sont une dévalorisation esthétique ou intellectuelle, une timidité excessive, des préoccupations corporelles pouvant aller jusqu'à la dysmorphophobie, un désinvestissement des activités habituelles, et le sentiment d'être mal aimé.

3- Etat dépressif majeur: correspond à l'épisode dépressif sévère (c'est-à-dire au moins 8 des symptômes cités dans la définition du trouble dépressif).

4- Dépression d'abandon[13]: elle apparaitrait à cause d'un vécu abandonnique fort entre l'âge d'1an et demi et 3ans. Ses symptômes sont un sentiment de vide, d'abandon et d'angoisse associés à des passages à l'acte. Les mécanismes de défense sont de l'ordre du déni de la réalité et du clivage.

5- Dépression unipolaire: dépression associée à un trouble bipolaire pouvant démarrer à l'adolescence.

1.5.3. Epidémiologie:

D'après un bilan[14] de 1996 regroupant les résultats des études des dix dernières années sur la dépression infantile et adolescente, la prévalence ponctuelle de la dépression chez l'adolescent est de 0, 4 % à 8,3 %. Ce chiffre varie donc entre les études, mais il est communément admis que cette prévalence est de 5 % de la population générale.

Selon l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES)[2], en 2010, 6,4% des 15-19 ans avaient vécu un épisode dépressif caractérisé au cours des 12 derniers mois. Aussi, le trouble dépressif est plus fréquent chez la femme à partir de l'adolescence avec un sex-ratio de ½, c'est-à-dire 1 homme atteint pour 2 femmes. Le trouble dépressif est associé à un risque suicidaire majeur, car en France il y a 30 à 50% des tentatives de suicide qui font suite à un épisode dépressif caractérisé.

Selon un rapport de 2014 de l'Observatoire National du Suicide (ONS)[3], 10,7% des adolescents ont eu des pensées suicidaires au cours de l'année écoulée (13,7% chez les filles contre 7,8% chez les garçons). Le problème de santé publique est tel qu'à l'occasion de la Journée mondiale de la santé mentale en 2017, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a lancé une campagne d'une durée d'un an « Dépression: parlons-en ».

La dépression est donc un problème majeur à l'heure actuelle, et ne cesse de toucher de plus en plus de jeunes.

1.5.4. Dépression de l'adolescent et psychothérapie:

La Haute Autorité de Santé (HAS)[15] recommande de réaliser en première intention une psychothérapie chez un adolescent présentant un épisode dépressif diagnostiqué. Quant à elle, la prise en charge médicamenteuse n'est pas recommandée en première intention et de manière isolée. Elle peut intervenir après 4 à 8 semaines de résistance ou d'aggravation des symptômes, ou si des signes de gravité empêchent tout travail relationnel.

Les psychothérapies sont réparties en deux catégories suivant le degré de complexité de la dépression. Ainsi, dans le cas d'un épisode dépressif léger à modéré, une psychothérapie relationnelle de soutien est recommandée alors que dans le cas d'un épisode dépressif sévère, il est recommandé de choisir une psychothérapie spécifique. Son choix repose sur différents facteurs dont : la disponibilité et l'engagement du thérapeute ; l'attente des demandeurs, leur culture, leurs croyances, leurs expériences antérieures ; la nature des symptômes et du fonctionnement psychique. Dans tous les cas, il est précisé que l'efficacité d'une psychothérapie repose sur les qualités du thérapeute.

En ce qui concerne les objectifs de soins d'après la HAS[15], il s'agit d'abord à court et moyen terme de gérer la crise suicidaire et de protéger l'adolescent puis à long terme, d'aider l'adolescent à dépasser ses vulnérabilités et à retrouver une estime de soi.

Quant à lui, le Collège National des Universitaires de Psychiatrie a déterminé plusieurs axes pour l'accompagnement du trouble dépressif de l'adulte, de l'adolescent et de l'enfant[16]:

- améliorer la connaissance de soi et de ses schémas de fonctionnement,
- découvrir le sens du symptôme, sa fonction et les bénéfices secondaires qu'il permet,
- développer la conscience et la responsabilité du sujet pour entamer un travail de changement,
- augmenter les actions, les échanges, le plaisir.

Le trouble dépressif laisse ainsi la place à la réflexion et au travail sur soi.

1.5.5. Dépression et ergothérapie:

La HAS[15] précise que dans le cas d'un épisode dépressif sévère de l'adolescent, des approches à médiation corporelle, imaginaire ou créatrice peuvent être proposées en association pour favoriser le soin.

D'après Pibarot[17], l'ergothérapie peut en effet être un espace créatif où la relation duelle thérapeute - individu malade est triangulée par l'objet, ou la matière transformable. Ce lieu thérapeutique proposé par l'ergothérapeute est ainsi mis en parallèle à l'espace potentiel défini par Winnicott[18] en 1975, de la même manière que la matière transformable est mise en parallèle avec l'objet transitionnel. L'objet et donc l'activité serait ainsi considérée comme médiatrice de la relation. La relation médiatisée et l'espace ergothérapique mis en place permettront au bénéficiaire, selon Pibarot (1978), « de trouver confiance en lui et d'inventer de nouveaux modes de relation avec l'environnement, c'est-à-dire avec la matière transformable, les personnes et enfin avec lui-même ».

L'activité et la relation semblent donc intimement liés dans l'intervention ergothérapique. Pibarot[19] souligne que l'activité prend son sens seulement si elle ouvre un espace de relation suffisamment bon entre soignant et soigné, qui permet une relation réelle de soi à l'autre. L'ergothérapeute se place comme accompagnateur de la reconstruction narcissique en favorisant l'introspection par la création et l'expression de soi en utilisant la fonction de symbolisation. La résolution des conflits internes aura pour objectif de diminuer l'état dépressif et ainsi d'améliorer la qualité de vie.

Maintenant que nous avons exploré les spécificités du trouble dépressif adolescent et de sa prise en soins, nous allons nous pencher davantage sur les problématiques spécifiques à l'adolescence et particulièrement la dimension relationnelle, car comme le précisent Rosa et Hasselkus[20], la relation thérapeutique est le cœur de la pratique, essentielle pour l'engagement du patient, et surtout un facteur d'échec ou de réussite de la thérapie.

1.6. L’adolescent:

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, la tranche d'âge correspondant à la période adolescente s'étend de 10 ans à 19 ans et différents travaux de recherche épidémiologique se basent sur cette description.

Le début de l'adolescence correspond à la puberté[21]. L'adolescence est reliée à la notion de crise d'adaptation à un corps nouveau, à des valeurs nouvelles. L'adolescent vit des changements nouveaux, expérimente des contradictions tout en étant en pleine phase de réorganisation psychique.

1.6.1. L'adolescent et la crise identitaire:

Afin d’entrer en relation avec l’adolescent, il est important de comprendre les problématiques qu’il rencontre. L’adolescence est une période de transition où l'adolescent prend possession de son identité propre. D’après Braconnier[22], elle peut ainsi être conçue comme une crise identitaire se manifestant par :

- des modifications corporelles qui questionnent sur l'image du corps

- le désir d'affirmation de soi de l'adolescent et celui du rejet des modèles parentaux qui engendrent une remise en question de son système relationnel et de ses identifications

- l'émergence pulsionnelle notamment sexuelle qui demande un réajustement du Moi.

Selon Nasio[23], la crise pulsionnelle est une crise des défenses où le Moi immature et trop sollicité par la pulsion sexuelle nouvelle. Lorsque le Moi a épuisé ses défenses, l'agir permet de soulager les tensions, il en découle alors différents états du Moi:

- le Moi angoissé: l'adolescent apparait fuyant, inhibé, timide et fatigué, il est verrouillé sous tous les aspects: le corps, le désir, la pensée. L'angoisse devient dégoût du corps, honte de désir, rigidité de pensée et de morale.

- le Moi révolté: l'adolescent est provocateur, agressif, colérique. La rage peut cependant être signe de dépression.

- le Moi triste: le moi est soumis à un surmoi sadique qui le rabaisse, l'humilie, le rend coupable. Il y a contradiction entre attachement aux objets et rejet brutal de ceux-ci. Les changements d'humeur sont brutaux et caractérisés ; une phase de régression voir de dépression succède à une phase d'explosion temporaire.

1.6.2. La relation avec l'adolescent en ergothérapie:

Nous allons à présent nous intéresser à la relation spécifique qu'il faut créer avec l'adolescent car d'après Norrby et Bellner[24] (1995) : « L'ergothérapie est l'art et la science d'aider les personnes à fonctionner comme ils le souhaitent. C'est une science de par les savoirs mis en jeu avec les patients, et c'est un art car il s'agit d'établir une bonne relation interpersonnelle et amener le patient à renouveler sa perception de lui-même, en relation avec ses capacités ».

Selon Jeammet[25], l'adolescent est confronté au paradoxe suivant: il a fondamentalement besoin de la reconnaissance, de l'affection et de l'intérêt de l'autre mais cela menace son autonomie, son travail de prise de conscience et d'acceptation de soi. L'adolescence est une période de test du mouvement d'autonomisation nouveau de la personne face aux objets investis ultérieurement.

Deux mouvements contraires caractérisent le comportement relationnel de l'adolescent : le rapprochement et l'éloignement. Tout rapprochement vient évoquer la sexualité à laquelle l'adolescent répond par un de ces deux mouvements. Ainsi si l'adolescent se rapproche trop, il peut se sentir menacé et se protéger par un éloignement. Au contraire s'il s'éloigne, il peut ressentir un sentiment d'abandon dû à sa dépendance toujours présente. L'adolescent est donc dans un état d'insatisfaction duquel naît une demande importante vis-à-vis des adultes.

L'ergothérapeute doit avoir connaissance et prendre en compte les besoins fondamentaux et spécifiques de l'adolescent : ses besoins de sécurité, d'estime de soi, de repères, d'expériences, d'autorité, ainsi que ses désirs d'autonomie, de reconnaissance, de prise de responsabilité et d'amour.

Pommereau[26] insiste sur la nécessité de l'adhésion de l'adolescent à ce qui lui ai proposé ; celui-ci doit se sentir conforté dans sa démarche. Il faut démystifier l'intervention thérapeutique qui n'est ni une solution miracle, ni une écoute passive, ni une source de

conseils pour orienter les choix de l'adolescent. C'est au contraire une écoute active qui s'intéresse au vécu, aux ressentis pour permettre à l'adolescent l'identification de ses propres fonctionnements. Cependant la relation demeure complexe à mettre en place pour l'ergothérapeute. L'adolescent est en effet dans une période de retrait relationnel. Pommereau (2003) explique que le repli illustre « l'équation insoluble dans laquelle se trouve plongé l'adolescent en grande détresse. En se rétractant il croit se démettre de l'extrême dépendance affective qui l'emprisonne fuyant les relations, le regard et le jugement d'autrui. Une fois replié sur lui-même, il est au contraire plus que jamais dépendant et soumis à son environnement. » Nous pouvons ici noter le besoin de l'adolescent d'être accepté inconditionnellement, ce qu'il sera intéressant de respecter dans la relation.

Simmonet-Guéreau[27] met en avant l'importance du mode relationnel qui doit être propre à chaque ergothérapeute. La distance thérapeutique est adaptable de la neutralité bienveillante à l'engagement authentique et doit être ajustée. Simmonnet-Guéreau (2014) souligne aussi, d'après son expérience, la « grande richesse thérapeutique » apportée par « l'engagement plus authentique et plus profond dans la relation ». La personnalité du soignant s'inscrit de plusieurs manières que ce soit par ses interactions, son organisation, ses choix de médiations ou encore ses limites personnelles. L'ergothérapeute semblerait gagner à être authentique envers lui-même et envers la personne qu'il accompagne.

D'autre part, la HAS[15] recommande aux thérapeutes, dans leur pratique, de « garder une approche empathique, soutenante et collaborative centrée sur l'adolescent. L'adolescent doit être considéré comme un individu singulier, capable de participer autant que possible au processus de prise de décision. Il ne doit pas être réduit au seul point de vue de sa symptomatologie ». Des recommandations quant à la posture relationnelle du thérapeute sont particulièrement présentes, la HAS soulignant même que l'efficacité du soin repose sur les qualités du thérapeute, et les attitudes qu'il adopte dont notamment :

- faire preuve d'empathie et s'adapter au contenu émotionnel de chaque rencontre
- être authentique : exposer clairement sa pensée et communiquer son expérience avec humilité
- être empathique et soutenant sans emprise
- s'adapter à la culture, aux croyances, aux attentes du patient

A travers ces recommandations et ces lectures, nous pouvons nous apercevoir que les adolescents ont des besoins spécifiques qui nécessitent d'être pris en compte et

particulièrement dans notre approche relationnelle. La posture relationnelle ici décrite semble, sur de nombreux points, correspondre à l'approche humaniste qui pourrait paraitre indiquée.

1.7. Le modèle Humaniste :

Le modèle Humaniste a été développé dans les années 1950 à partir des travaux de Rogers qui valorisaient l'expérience subjective de la personne. Morel-Bracq[28] (2009) en rappelle les hypothèses fondamentales : l'expérience personnelle et la conscience de l'individu sont d'importance primordiale. Ainsi, l'expérience étant subjective, les choix et les interprétations de la réalité sont propres à chacun, et les thérapeutes ne devraient pas les influencer. Au contraire, une entière confiance devrait être placée dans les capacités d'auto-développement de la personne, le but de l'individu étant d'être autonome, authentique et de mener une existence qui a un sens pour lui. Il doit alors être considéré avec une vision holistique de la personne, c'est-à-dire une vision globale où la personne est un ensemble dans son environnement. Nous retrouvons ici la prise de considération de l'individu de manière globale dans son environnement, ce qui est le propre de la profession d'ergothérapeute. De plus, l'autonomie de la personne est l'objectif général de ce modèle. Ce sont des concepts clé de l'ergothérapie, telle qu'elle est définie par l'Association Nationale Française des Ergothérapeutes[29] (2016) : « L'objectif de l'ergothérapie est de maintenir, de restaurer et de permettre les activités humaines de manière sécurisée, autonome et efficace. Elle prévient, réduit ou supprime les situations de handicap en tenant compte des habitudes de vie des personnes et de leur environnement ».

En ce qui concerne la relation patient/thérapeute, l'humanisme rejette la notion de pouvoir qui peut être exercée par le thérapeute sur son patient. En effet le « patient », du latin « patiens » signifiant « celui qui endure » ou « celui qui souffre », est définit comme une « personne soumise à un examen médical, suivant un traitement ou subissant une intervention chirurgicale » par le dictionnaire Larousse[30]. Dans l'approche humaniste où le thérapeute agit comme facilitateur, le terme « client » sera préféré au terme « patient », notamment dans les travaux de Rogers et l'Approche Centrée sur la Personne.

1.8. L'Approche Centrée sur la Personne :

Nous allons maintenant nous pencher sur une méthode de psychothérapie et de relation d'aide apportant au courant de la psychologie humaniste : l'Approche Centrée sur la Personne. Il s'agit d'un cadre théorique crée par Carl Rogers qui a été publié dès 1951[8]. Ses applications outre la psychothérapie sont nombreuses dans les domaines de l'éducation, l'enseignement, la santé, l'accompagnement social et la médiation. Comme nous l'avons déjà évoqué, l'hypothèse centrale de cette approche est que : "Chaque individu a en lui des capacités considérables de se comprendre, de changer l'idée qu'il a de lui-même, ses attitudes et sa manière de se conduire. Il peut puiser dans ses ressources pourvu que lui soit assuré un climat d'attitudes psychologiques "facilitatrices" que l'on peut déterminer."

Le thérapeute centré sur la personne cherche à établir une relation où le client pourra petit à petit oser faire face à l'anxiété et à la confusion. Ces états d'esprit surviennent quand le concept de soi est remis en question par l'expérimentation consciente d'éléments qui sont ne sont pas admis de base dans ce concept de soi. Si la relation est réalisée, le client pourra alors espérer progresser au-delà de la confusion et éprouver graduellement la liberté de choisir une façon d'être plus intimement lié avec ses sentiments et ses valeurs très profondes. Le but pour le client est donc de favoriser l'émergence d'une personne entière, qui fonctionne pleinement. L'objectif propre du thérapeute se concentre quant à lui autour d'une relation d'alliance si un contrat mutuel est établi, ou de rencontre de personne à personne et non sur les problèmes et les solutions. Pour cela, il ne doit pas hésiter à s'investir pleinement dans la relation avec son client. La croyance principale du thérapeute réside dans le fait qu'il peut obtenir l'accès au monde de son client, s'il s'engage suffisamment émotionnellement en tant que personne et se révèle avec ses propres forces et ses propres faiblesses (si la situation est opportune). Le but primordial du thérapeute est de voir, ressentir, éprouver le monde de la même manière que le client, ce qui n'est pas possible s'il se tient en retrait et maintient une distance psychologique ayant pour but d'atteindre une objectivité scientifique.

Rogers[31] a énoncé six conditions nécessaires et suffisantes qui permettent d'offrir au client un espace fertile au développement de sa nature, de son potentiel, qui lui permet d'exprimer ses émotions, de devenir lui-même et plus autonome dans les situations de la vie. Ces six conditions sont :

- que deux personnes soient en contact,

- que la première personne appelé "client", soit dans un état d'incongruence, vulnérable ou anxieux,

- que la deuxième personne appelé "thérapeute", soit congruent dans la relation,

- que le thérapeute soit pleinement dans l'expérience d'un regard positif inconditionnel vis-à-vis du client,

- que le thérapeute soit pleinement dans l'expérience d'une compréhension empathique du cadre de référence interne du client,

- que le client perçoive, à quelque degré que ce soit, si minime soit-il, les deux conditions précédentes, à savoir le regard positif inconditionnel du thérapeute et la compréhension empathique du thérapeute.

1.8.1. Le positionnement du thérapeute:

L'Approche Centrée sur la Personne (ACP) a des exigences très lourdes vis-à-vis du thérapeute. Il faut qu'il puisse établir un lien où le client le perçoit comme digne de confiance et sûr en tant que personne. S'il n'y parvient pas, il ne peut y avoir de thérapie dans ce cadre. De plus, il ne doit pas restreindre la personne à son seul diagnostic. Le diagnostic est intéressant pour comprendre son client en le liant à une case théorique de la personnalité, détaillée et complexe, cependant le thérapeute doit aussi prendre en compte les spécificités de la personne. Aussi, sa seule compétence psychologique n'est pas suffisante pour devenir une personne digne de confiance. Cette attitude n'est pas non plus possible à simuler très longtemps de manière très convaincante. Le thérapeute ne peut être digne de confiance pour quelqu'un s'il ne l'est pas pour lui-même. L'attitude du thérapeute envers lui-même est par cela primordiale. Accepter les expériences et les sentiments de quelqu'un d'autre passe par l'acceptation de soi-même et de ses sentiments sans jugement. Sans cela, il est peu probable d'arriver à paraitre digne de confiance pour quelqu'un qui a lui-même des raisons plus profondes de ressentir de la honte et de se dévaloriser. Le thérapeute doit aussi être prêt à accepter la vague d'informations extérieures qui rentrent en conflit avec sa conscience, sans

quoi ouvrir l'exploration des doutes et des peurs de son client sera complexe. Une telle aptitude de la part du thérapeute nécessite un investissement conséquent dans sa propre expérience de vie. La qualité, la profondeur et la continuité de son expérience de vie lui permettra d'inviter avec confiance son client vers un espace où il a déjà voyagé. Ainsi c'est un défi continuel pour le thérapeute de continuer à se développer en tant que personne, de ne pas rester coincé dans une perception passée de soi. Aussi ce sentiment de développement continuel transmis au client lui permettra de ne pas établir de lien qui pourrait le renforcer dans un concept de soi passé.

Le développement de soi du thérapeute a entre autres pour but d'atteindre les aptitudes nécessaires à l'ACP qui ont été décrites par Rogers. En effet, l'accompagnement rogérien met en avant trois conditions primordiales dans l'attitude du thérapeute: l'authenticité, l'acceptation et l'empathie.

Le dictionnaire Larousse[32] définit une attitude comme étant une « manière d'être qui manifeste certains sentiments » ou un « comportement ». « Attitude » vient du latin « aptitudo » qui signifie aptitude. L'attitude et l'aptitude du thérapeute seraient donc liés, Rogers reprend cette définition lorsqu'il parle de l'aspect que le thérapeute manifeste de sa manière d'être.

Nous allons maintenant nous familiariser avec ces trois attitudes telles qu'elles sont définies par Rogers.

1.8.2. L'authenticité:

Le thérapeute est son moi réel dans sa rencontre avec le client. Sans artifices, il laisse simplement affluer ses propres sensations, sentiments et attitudes en lui-même dans l'instant présent. Cela implique que le thérapeute ait une conscience de soi assez développée qui lui donne accès à ses sentiments de manière consciente. Il faut qu'il soit capable de les vivre, de les expérimenter dans sa relation à l'autre mais aussi de les communiquer s'ils tendent à persister. Le thérapeute rencontre son client dans une relation de personne à personne, il reste fidèle à lui-même dans son être intérieur et surtout, ne se renie pas. Cependant, ce concept d'authenticité ne sous-entend pas que le thérapeute doit envahir le client de l'expression manifeste de tous ses sentiments ni qu'il dévoile tout ce qu'il est. Il s'agit dans l'authenticité de ne pas se cacher les sentiments éprouvés à soi-même, de vivre de manière transparente tout

sentiment de la relation et le faire savoir au client. Il ne faut pas créer de façade ou se protéger derrière un masque de professionnalisme ni même adopter une posture de confesseur professionnel. Etre vrai implique d'approcher au plus près du flux expérientiel en perpétuel mouvement à l'intérieur de soi-même alors que celui-ci est caractérisé par sa complexité et ses changements incessants. On peut diviser l'authenticité en deux dimensions:

- une dimension intérieure: la congruence. Elle se réfère au degré de conscience et à la réceptivité du thérapeute envers son flux expérientiel et représente l'unité totale de la conscience avec l'expérience.

- une dimension extérieure: la transparence. Elle se réfère à la communication explicite des attitudes, des sentiments et des perceptions conscientes du thérapeute.

Un thérapeute peut être congruent sans pour autant être transparent et inversement.

La congruence est considérée comme un facteur crucial dans la construction de la confiance, et sans elle, l'acceptation et l'empathie ne peuvent être efficaces. Par le concept de congruence, Rogers insiste particulièrement sur la notion de présence personnelle. Il est opposé à l'idée qu'un thérapeute doit être un "écran vide" et préconise une thérapie en face à face où le thérapeute se montre peu lui-même mais est pleinement impliqué dans le monde expérientiel du client. La congruence lutte contre l'attitude défensive du thérapeute et les problèmes d'existence qu'il n'a pas encore pu résoudre. La présence de vulnérabilités peut donner au thérapeute le sentiment d'être trahi et le rendre incapable de suivre avec quiétude certaines expériences du client. Ce que le thérapeute montre au client c'est un engagement ouvert et direct dans une attitude naturelle et spontanée. Dans une telle relation, l'effet thérapeutique se ressent à travers le thérapeute-modèle. Par sa congruence, il encourage le client à prendre lui-même des risques pour devenir lui-même. Afin de consolider cette présence personnelle, il est nécessaire que le thérapeute se maintienne de tout son être dans sa méthodologie concrète, dans ses interventions et ses procédures. Ses méthodes de travail devraient correspondre à sa personnalité. Il est important que chaque thérapeute respecte son style personnel, sa propre façon de faire sans s'enfermer dans une méthodologie pré-programmée. Cependant, il n'est pas question d'en abuser pour mettre en place une expérimentation irréfléchie, le processus d'évolution du client et le suivi de son parcours expérientiel restent au centre de l'intervention.

Quant à elle, la transparence est la couche extérieure de l'authenticité. Sans avoir recours à de grandes révélations de soi, elle demande au thérapeute d'être honnête vis-à-vis de son client. Chaque thérapeute est reconnaissable à travers tout ce qu'il fait ou ne fait pas au niveau verbal ou non verbal. Le client va ainsi identifier son thérapeute, ce qui va provoquer en lui certains sentiments. Le thérapeute ne peut prétendre fonctionner comme un écran vide. Divers clients vont avoir diverses réactions à la personne du thérapeute, et cela peut être un élément important du succès ou de l'échec de la thérapie. Idéalement, le client doit rencontrer le thérapeute dont la personnalité et la manière d'être dans le monde lui permettent d'avancer où sont ses problèmes. A travers les interventions d'expression de soi du thérapeute, le client peut tirer un matériel important potentiellement utile pour s'explorer lui-même. Cela peut aussi l'inciter à exprimer des sentiments profonds et troublants. Il y a un potentiel thérapeutique qui réside dans l'interaction entre les deux personnes. Cependant, dans une telle rencontre authentiquement mutuelle, le thérapeute peut être amené à abandonner son rôle professionnel et rencontrer le client d'une façon profondément humaine et très personnelle.

1.8.3. L'acceptation:

L'acceptation positive inconditionnelle décrite par Rogers est un concept aux dimensions multiples. Cette attitude fondamentale peut être découpée en trois dimensions relativement indépendantes : la considération positive, l'attitude non directive et l'attitude inconditionnelle.

La considération positive désigne l'attitude affective du thérapeute à l'égard de son client. Elle se doit d'être valorisante pour son client et accueillante à sa venue. Le thérapeute montre qu'il croit aux potentialités de son client et a pour objectif de créer une relation de qualité non basée sur la possessivité. La considération positive est aussi nommée comme une attitude de "chaleur non-possessive" ou de "prendre soin".

L'attitude non-directive se réfère surtout à une notion de respect. C'est à dire que le thérapeute prend en compte la personne du client comme unique et indépendante, qui possède son propre point de vue et qui a le droit de vivre en suivant celui-ci. Cette attitude centrée sur le client vient en totale opposition avec l'attitude paternaliste caractérisée par l'éviction de l'intimité et des rythmes propres du client. Il s'agit ici de ne pas traiter le client selon le cadre de référence du thérapeute pour ne pas le modeler à nos propres schémas de sentiments, de pensées et de comportements.

L'attitude inconditionnelle désigne à la fois la qualité de constance dans l'acceptation du client et l'étendue de son registre. L'acceptation inconditionnelle n'est ni dépendante de l'état émotionnel du client, ni de son comportement général, ni de son attitude envers son thérapeute ou encore de ce que d'autres peuvent penser de lui. L'objectif de cette attitude est de recevoir le client tel qu'il est, de ne pas désapprouver certains aspects de ses sentiments de manière explicite ou non. L'attitude inconditionnelle implique donc l'absence de jugement venant de l'extérieur et la répression du jugement provenant du cadre de référence du thérapeute. Il faut accepter ce qui est plutôt que d'être en attente de ce qui devrait être. Rogers fonde l'importance de l'acceptation inconditionnelle sur l'origine qu'il attribue aux dysfonctionnements psychiques. En effet, il considère l'amour conditionnel des parents et des personnes significatives comme la source première de l'aliénation. Le sujet intériorise des normes pouvant être contraires à ses désirs et à ses expériences pour retenir l'amour de ces personnes. Il y a alors séparation entre l'objet conscient de nos efforts et notre vrai "soi". L'attitude inconditionnelle dans la thérapie a donc pour rôle de créer une sorte de contre conditionnement pour mener une expérience corrective. Par cette acceptation le client acquiert graduellement un sentiment de sécurité suffisant lui permettant de se confronter avec des aspects de lui-même plus profonds et plus menaçants ou honteux. L'abandon de son attitude défensive par rapport aux autres le rend plus intime avec lui-même et permet l'évolution de parties enfouies de la personne. En s’appuyant sur l’hypothèse émise dans l’ACP qu’une personne qui s'accepte peut changer, sa propre expérience devient alors la base majeure de ses choix et de ses décisions.

1.8.4. L'empathie:

C'est une manière d'être avec une autre personne. Elle signifie de nombreux aspects de la relation. Etre empathique c'est entrer dans le monde intérieur de l'autre tel qu'il le perçoit et s'y trouver comme chez soi. C'est-à-dire qu'il faut suivre les variations du flux des sentiments de l'autre quelles qu'elles soient. Il faut vivre temporairement la vie de l'autre, l'explorer sans brusquer ni porter de jugements et capter le sens profond de sentiments à peine conscients pour lui. Cependant, chercher à lui dévoiler des sentiments encore totalement inconscients serait une erreur car cela serait vu comme trop menaçant. Il faut donc communiquer ce que l'on ressent du monde de l'autre en prenant en compte les éléments qui l'effraient en les considérant d'un regard nouveau et libéré de craintes. Il est nécessaire de vérifier avec l'autre

l'exactitude de ce qui est ressenti, et ainsi de se guider par rapport à sa réponse. Etre empathique avec quelqu'un c'est devenir son compagnon digne de confiance et sûr à l'intérieur de son propre monde, c'est à dire devenir celui qui met en avant des significations possibles de son intérieur pour lui permettre de se centrer dessus et de progresser en les vivant pleinement. L'attitude empathique nous pousse à laisser de côté nos propres valeurs et nos opinions, ce qui permet de pénétrer le monde de l'autre sans préjugés. Il faut donc laisser de côté son propre moi, ce qui ne peut être réalisé que si l'on est assez sûr de soi pour ne pas s'égarer dans le monde de l'autre. Il faut pouvoir retourner dans le sien en toute sécurité.

Plusieurs critères peuvent permettre de définir si l'attitude empathique du thérapeute est adaptée. On ne peut le savoir que si on recherche un retour de la part du client sur ses ressentis. Dans l'idéal celui-ci doit se rendre compte que le thérapeute perçoit ce qu'il ressent intérieurement et de ce que cela signifie. Si le client ne perçoit que l'objectivité et le détachement du thérapeute, l'attitude n'est pas empathique. Elle l'est encore moins s'il a l'impression que le thérapeute ne comprend que les mots qu'il prononce et non sa manière de les ressentir.

La compréhension empathique est donc un type d'écoute spéciale, très active qui favorise grandement le processus de changement.

Maintenant que ces notions ont été définies, nous allons tenter d’explorer les retours qui ont pu être faits depuis la diffusion des travaux et du modèle de Rogers.

1.8.5. Regards croisés sur l'ACP:

50 ans après, Zech[33] revient sur les apports et contributions des six conditions suffisantes et nécessaires au changement telles qu’elles sont énoncées par Rogers[31] dans l’ACP, dont les trois attitudes du thérapeute que nous avons étudié précédemment. Durant ce demi-siècle, Rogers a permis entre autres la remise en cause du rôle du thérapeute en mettant l'accent sur l'importance de la relation entre les personnes pour obtenir un effet thérapeutique plutôt que sur des techniques. Il a proposé une perspective prônant le renforcement de l'humanité du processus thérapeutique et a fait rupture dans la conception du client. Par la condition d'empathie, Rogers a fait bouger le modèle médical de la psychothérapie dans lequel le client est considéré comme un patient malade qui a besoin de services experts plutôt que comme une

personne complète en état d'incongruence, qui a des capacités innées de croissance et de changement.

Zech fait aussi le bilan des données empiriques qui soutiennent ou infirment les six conditions nécessaires et suffisantes au changement thérapeutique. Il est établi que la base d'une thérapie efficace réside dans la relation et que le principe de changement est relatif à l'alliance thérapeutique où le client et le thérapeute s'accordent sur les buts et les techniques de changement.

Plus précisément, une étude de Norcross[34] sur l'attitude d'empathie montre qu'elle est de manière consistante associée aux effets positifs sur le résultat thérapeutique.

Les recherches de Goldfried[35] ont aussi démontré qu'il est essentiel que le thérapeute soit patient et qu'il respecte le rythme du client. Dans le cas contraire, la thérapie est contre-productive, on va même jusqu'à observer une détérioration de la santé mentale du client. Par contre, l'authenticité du thérapeute ne serait ni suffisante ni nécessaire au changement thérapeutique, elle serait juste non-néfaste et importante pour éviter les pièges du contre-transfert. Quant à elle, la congruence est considérée comme l'attitude thérapeutique la plus importante car elle permet de donner du sens aux autres attitudes thérapeutiques. Mais celle-ci reste particulièrement difficile à atteindre et nécessite de l'expérience, et des ratés inévitables dont les réparations permettent le processus thérapeutique.

Toutes ces attitudes réunies semblent aussi permettre d'améliorer la satisfaction du client par rapport au résultat de sa thérapie et améliore son engagement aux soins lors de son accompagnement[36].

Les principales critiques de ces conditions nécessaires et suffisantes s'orientent sur le fait qu'elles peuvent être insuffisantes suivant les cas. Ainsi, selon Lazarus[37], certains problèmes ou troubles comme la phobie ne peuvent être traités sans l'utilisation de techniques thérapeutiques spécifiques, la relation n'étant pas suffisante. Cependant, cette problématique est soulevée dans le cadre d'une psychothérapie selon l'ACP, où seule la relation peut permettre le changement. Or, nous nous y intéressons dans le cadre de la pratique de l'ergothérapie, où l'ACP pourrait définir des attitudes pertinentes dans la relation avec un adolescent souffrant d'un épisode dépressif.

Afin de nous rendre compte de la place de la relation dans la pratique des ergothérapeutes en santé mentale et de leur connaissance de l'ACP, et dans le but de préciser l'objet de recherche par rapport à l'état actuel du terrain, une pré-enquête exploratoire a été diffusée.

1.9. Pré-enquête exploratoire :

Cette pré-enquête (Cf. Annexe 1 p60) a été diffusée grâce aux réseaux sociaux en ligne, dans des groupes qui existent pour rassembler les ergothérapeutes francophones. Dans l'intitulé, il a été spécifié que la pré-enquête s'adressait à des ergothérapeutes travaillant dans le domaine de la santé mentale. La pré-enquête entière n'a pas été réduite aux ergothérapeutes travaillant avec des adolescents dépressifs, afin de découvrir l'opinion générale en ce qui concerne l'importance de l'accompagnement relationnel et l'ACP. Tout de même, au sein de l'enquête, les ergothérapeutes qui travaillent avec les adolescents dépressifs ont été identifiés et nous nous intéresserons particulièrement à leurs réponses. Aussi, une sous-partie leur étant adressée a été créée pour explorer davantage ce terrain spécifique.

Cette pré-enquête a eu un total de 36 réponses, cependant, elle a pu être biaisée. En effet, nous ne pouvons être ni sûr de la véracité des réponses ni que les personnes qui ont répondu sont toutes ergothérapeutes.

Elle est constituée de 12 questions :

1. Avec quelle(s) tranche(s) d'âge travaillez-vous ?

Ici, l'objectif était de déterminer le public avec lequel travaille l'ergothérapeute. Sur les 36 répondants, 4 travaillent avec des enfants (-10ans), 9 travaillent avec des adolescents (10-19ans) et 30 travaillent avec des adultes (20ans et +). Certains travaillent donc avec plusieurs publics.

2. Quels sont les principaux diagnostics des patients que vous accompagnez ?

Le terme « patient » a ici été conservé car il reste le plus usité. Nous cherchons à déterminer plus précisément le public avec lequel travaille l'ergothérapeute. Une dizaine de diagnostics différents ont été évoqués, en ce qui nous intéresse, nous pouvons remarquer qu'aucun ergothérapeute ne travaille spécifiquement qu'avec des patients dépressifs.

3. Travaillez-vous ou avez-vous déjà travaillé avec des adolescents souffrant de troubles dépressifs ?

Cette question permet d'introduire les deux suivantes en restreignant l'accès à ceux qui répondent avoir déjà travaillé ou qui travaillent encore en tant qu'ergothérapeute avec des adolescents souffrant de troubles dépressifs. 9 ergothérapeutes déclarent travailler actuellement avec ce public, et 2 ergothérapeutes ont déjà travaillé avec. Nous nous focaliserons particulièrement sur leurs réponses.

4. Pensez-vous que les adolescents souffrant de troubles dépressifs nécessitent un accompagnement relationnel particulier ?

Nous cherchons ici à vérifier la résonnance sur le terrain de ce qui a été développé précédemment, c'est-à-dire que la relation a une importance primordiale dans l'accompagnement ergothérapique, notamment avec ce public. Les 11 ergothérapeutes sont unanimes, il y a bien besoin d'un accompagnement relationnel particulier. 3 ergothérapeutes précisent que chaque relation a besoin d'être adaptée à chaque patient. Un autre parle de l'importance d'être vigilant et à l'écoute avec l'adolescent tout en gardant une certaine distance.

5. Selon votre expérience, quelle est l'utilité de la relation dans le processus de soin des troubles dépressifs d'un adolescent ?

Nous essayons maintenant de déterminer plus précisément l'importance de la relation et son utilité dans l'accompagnement ergothérapique de ce public. Les ergothérapeutes qualifient la relation de « base du travail », « très importante », « primordiale », « essentielle », « moitié du travail de l'ergothérapeute ». La posture de l'ergothérapeute dans la relation est décrite comme devant être qualitative pour permettre le soin, le professionnel devant être disponible et à l'écoute de l'adolescent pour qu'il puisse se sentir en sécurité. Ils évoquent les objectifs de la relation « base pour permettre des propositions de soins », « retrouver la notion de plaisir et se placer au centre du soin », « s'exprimer librement et gagner en autonomie », « installer de la confiance », « remise en action, valorisation, verbalisation », « diminuer le passage à l'acte », « remettre du langage et du sens à ce qui s'exprime par des symptômes ». Aussi deux tendances émergent, d'un côté certains appuient sur le fait que la spécificité ergothérapique est l'utilisation d'une activité médiatrice, et d'autres qualifient ces activités de

prétexte à la mise en place d'une relation. Pour certains, la relation est donc la finalité qui permet le soin, alors que pour d'autres, elle est un outil permettant la mise en place du soin.

6. De quelle(s) approche(s) psychothérapeutique(s) votre pratique découle-t-elle le plus ?

Nous cherchons ici à savoir si le modèle humaniste est connu et utilisé par les ergothérapeutes. 5 ergothérapeutes sur les 11 travaillant avec des adolescents dépressifs l'évoquent comme faisant partie de leur pratique, soit 45,5%. A titre comparatif, pour les 25 autres ergothérapeutes, 9 évoquent l'approche humaniste, soit 36%.

7. Dans quelle mesure êtes-vous d'accord avec la proposition suivante « la relation n'est pas seulement une aide à la thérapie, elle est thérapeutique »

Nous faisons appel ici à l'opinion des ergothérapeutes en ce qui concerne une hypothèse de base de l'ACP, c'est-à-dire que la relation en elle-même a une portée thérapeutique. Sur les 11 ergothérapeutes travaillant avec des adolescents dépressifs, 7 sont totalement d'accord avec cette proposition, 3 sont plutôt d'accord et 1 n'a pas d'avis particulier. La relation telle qu'elle est définie par les ergothérapeutes travaillant avec les adolescents dépressifs semble donc pouvoir être thérapeutique comme le suppose l'ACP.

8. Dans quelle mesure êtes-vous d'accord avec la proposition suivante « L'individu possède en lui-même des ressources considérables pour se comprendre, se percevoir différemment, changer ses attitudes fondamentales et son comportement vis-à-vis de lui-même. Mais seul un climat bien définissable, fait d'attitudes psychologiques facilitatrices, peut lui permettre d'accéder à ses ressources ».

Nous citons ici l'hypothèse principale de l'ACP telle qu'elle est présentée par Rogers afin de recueillir l'avis des ergothérapeutes à son sujet. Sur les 11 ergothérapeutes travaillant avec des adolescents dépressifs, 3 sont tout à fait d'accord avec cette proposition, 7 sont plutôt d'accord et 1 est plutôt en désaccord. Les ergothérapeutes sont donc généralement en accord avec cette hypothèse, cependant la nuance « plutôt d'accord » laisse supposer que cela dépend des situations.

9. Connaissez-vous l'Approche Centrée sur la Personne de Carl Rogers ?

Cette question permet de faire l'état des lieux de la connaissance de l'ACP parmi les ergothérapeutes. Cela permettra aussi de déterminer qui peut être sélectionné pour la suite de la recherche suivant les critères qui pourront être mis en place. Sur les 11 ergothérapeutes

travaillant avec des adolescents dépressifs, 2 ont répondu oui, 7 la connaissent seulement de nom et 2 ont répondu non. C'est donc une approche connue, bien qu'apparemment peu approfondie.

10. Connaissez-vous les attitudes psychologiques facilitatrices qui sont décrites dans l'Approche Centrée sur la Personne ?

Au-delà de l'approche en elle-même, les attitudes du thérapeute qui y sont décrites ont été diffusées notamment dans le modèle humaniste. Il est ici question de savoir si celles-ci sont connues, sans pour autant que les ergothérapeutes fassent le lien avec l'ACP. Sur les 11 ergothérapeutes travaillant avec des adolescents dépressifs, 4 déclarent connaitre les trois attitudes principales, 3 connaissent seulement l'attitude d'empathie et 4 déclarent ne pas en connaitre. Nous pouvons ici observer que l'empathie qui semble être le concept le plus répandu n'est connu que par 63,6% des ergothérapeutes exerçant auprès des adolescents dépressifs.

11. Les pratiquez-vous lors de vos accompagnements ?

Que ces attitudes leurs soient connus ou non, il est intéressant d'interroger leur pratique réelle. Les 4 ergothérapeutes déclarant connaitre les 3 principales attitudes disent les pratiquer. Parmi les 3 ergothérapeutes qui déclarent connaitre le concept d'empathie, 2 disent le pratiquer et 1 dit ne pas le pratiquer. Parmi les 4 ergothérapeutes ne connaissant pas ces attitudes, 3 déclarent ne pas les pratiquer et 1 précise qu'il les pratique peut-être de façon inconsciente. Toujours parmi les 11 ergothérapeutes travaillant avec des adolescents dépressifs, nous pouvons donc constater que ceux qui ont connaissance de ces concepts ont tendance à les pratiquer.

12. Quel est votre avis sur l'utilité et l'efficacité de l'Approche Centrée sur la Personne en ergothérapie ?

Il est ici question d'avoir un premier avis sur l'ACP selon les ergothérapeutes exerçant auprès des adolescents dépressifs. Parmi ceux qui la connaissent, elle est qualifiée par 3 ergothérapeutes d'« incontournable », « utile en psychiatrie », « essentiel ». 1 ergothérapeute précise que c'est une bonne base mais qu'il est possible d'aller plus loin. Parmi ceux qui ne la connaissent pas ou peu, 2 souhaiteraient l'approfondir et 1 annonce qu'elle se renseignera, les 4 autres jugent ne pas la connaitre assez pour se prononcer. Nous pouvons ici noter que l'ACP semble être jugée utile par ceux qui la connaissent.

A la fin de la pré-enquête, les participants ont été invités à laisser leurs coordonnées afin de pouvoir les joindre dans le cadre d'une suite de la recherche. Pour trouver d'autres contacts, l'association ACP-France a été sollicitée, mais ceux-ci ont déclaré qu'il n'y avait eu aucun ergothérapeute qui avait fait la formation à l'ACP qu'ils proposent.

A travers cette pré-enquête, nous avons pu constater que les ergothérapeutes exerçant auprès des adolescents dépressifs associent la relation à des objectifs thérapeutiques variés, et définissent la relation comme primordiale dans le soin, mais que seule une partie la considère comme thérapeutique à part entière. Nous avons donc deux visions de la pratique qui coexistent, soit la relation est un outil permettant la mise en soin par l'activité et la médiation, soit la médiation et l'activité sont des outils pour permettre la mise en soin par la relation. Les concepts présentés dans l'ACP semblent encore méconnus par les ergothérapeutes, seule l'attitude empathique est apparemment davantage connue et répandue. Plus de 60ans après sa théorisation par Rogers et la diffusion d'un modèle humaniste, nous pouvons nous demander pourquoi certains ergothérapeutes la pratiquent et d'autres non, qu'ils voient la relation comme un outil ou non. Le premier questionnement sur sa possible utilité dans cette pré-enquête a été succinct mais a montré que les attitudes semblent efficaces pour ceux qui les pratiquent, et d'autres qui ne les pratiquent pas ont montré leur intérêt quant à en apprendre davantage. Il semble intéressant d'explorer plus en profondeur le sujet, afin de comprendre leur utilité réelle et ce que ces attitudes pourraient apporter à la pratique.

Nous pouvons donc nous demander : quels sont les apports et les limites des attitudes d'authenticité, d'acceptation positive inconditionnelle et d'empathie dans la relation avec les adolescents souffrant d'un épisode dépressif en ergothérapie ?

1.10. Cadre théorique :

Afin de formuler l'objet de recherche final de ce mémoire, nous allons explorer des concepts en lien avec l'utilité d'une relation dans le processus de soin, tels qu'ils ont été évoqués par les ergothérapeutes exerçant auprès des adolescents souffrant d'un épisode dépressif lors de la pré-enquête exploratoire.

1.10.1. La confiance :

La confiance est définie par le dictionnaire Larousse[38] comme étant un « sentiment de quelqu'un qui se fie entièrement à quelqu'un d'autre, à quelque chose ». Celle-ci peut aussi être associé à un « sentiment d'assurance, de sécurité » inspiré par la situation.

Pibarot[17] lie ces deux définitions en parlant de la relation de confiance comme une base permettant au client de se sentir en sécurité, ce qui pourra aussi lui permettre de s'investir davantage dans le processus de soin et de s'exprimer librement.

Pour Rogers[31], la confiance s'obtient par le positionnement du thérapeute qui doit croire aux capacités du client et le lui montrer par une attitude congruente, qui lié avec de la transparence envers le client, amène de l'authenticité dans la relation . Ainsi, le thérapeute signifie au client qu'il peut avoir confiance en lui. Le thérapeute crée par ailleurs un cadre facilitateur à l'émergence de cette confiance par l'attitude non directive et inconditionnelle qu'il prend.

Bellenger[39] définit la confiance comme un processus qui s'identifie par trois facteurs :

- le respect mutuel des personnes qui sont en relation,
- l'engagement d'au moins une des personnes dans la relation,
- la volonté de s'engager pendant un certain temps.

Au-delà de cette dimension de confiance dans la relation, nous avons pu voir que l'adolescent souffrant d'un épisode dépressif a une perte d'estime de soi et qu'il est important qu'il retrouve une confiance envers lui-même.

1.10.2. L'autonomie :

L'autonomie est l'un des objectifs principaux de l'ergothérapeute, selon l'arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'état d'ergothérapeute[40] qui précise que l'objectif de l'ergothérapie est de « réduire et compenser les altérations et les limitations d'activité, développer, restaurer et maintenir l'indépendance, l'autonomie et l'implication sociale de la personne ».

Meyer[41] définit l'autonomie comme la « liberté de faire des choix en considérant des éléments internes et externes et d'agir en fonction de ceux-ci ».

Rogers[9] émet l'hypothèse que chaque personne a le potentiel de changer dans le but d'avoir un fonctionnement optimal de sa personnalité. C'est aux thérapeutes de fournir les attitudes facilitatrices pour ce changement qui se fera par le client dont l'objectif principal est d'être autonome.

Nous avons pu voir que l'adolescence est une période où l'on revendique son autonomie. L'adolescent se développe pour pouvoir prendre et assumer ses propres choix, en ayant pleinement conscience des tenants et des aboutissants de ceux-ci. Pour cela il doit d'abord découvrir sa propre capacité d'agir. Cependant le trouble dépressif entraine la détérioration des capacités décisionnelles de l'adolescent pouvant être inhibés par l'anxiété ou l'angoisse. Pibarot[17] précise que l'ergothérapeute permet au patient de faire l'expérience, à travers l'objet potentiellement transitionnel, de la créativité et de la symbolisation lui permettant de gagner en autonomie.

1.10.3. La verbalisation :

Dans sa première topique, Freud[42] rattache le principe de représentation de mots au conscient. Etre capable de parler d'un ressenti, d'une émotion, d'un désir, c'est prouver leur appartenance au système conscient. La verbalisation, que l'on peut définir comme la capacité à dire, à nommer, à mettre en place une pensée à travers les mots, exprime la prise de conscience. Ainsi ce qui peut être dit, exprimé est conscient, et cette expression dans le conscient pourra être utilisée pour aboutir à une introspection. Marc[43] reprend la notion de verbalisation comme ce qui permet le passage des processus secondaires aux processus primaires, c'est-à-dire de l'inconscient au psychisme conscient. Marc (2002) ajoute que « la verbalisation du non-dit accroît l'espace de liberté du sujet, et c'est pourquoi elle constitue en elle-même un changement ».

Pour Rogers[9] la verbalisation est facilitée par l'acceptation positive inconditionnelle du thérapeute. En valorisant les capacités de la personne, en la prenant en compte comme unique et indépendante, en rejetant tout préjugé et jugement tout au long de la relation, le thérapeute

laissera davantage la place au client de s'exprimer en toute sécurité. Ainsi, le client qui abandonne son attitude défensive par rapport aux autres pourra davantage se livrer à l'introspection. La qualité de la relation influerait donc la qualité de la verbalisation.

La verbalisation est notamment associée en ergothérapie à l'activité médiatrice réalisée. Klein[44] déclare que « toute la finesse, la richesse et la spécificité du travail des ergothérapeutes résident dans leur capacité à lever un coin du voile sur la réalité psychique projetée du patient, grâce aux diverses médiations ». Tosquelles[45] (2009) insiste sur le fait qu' « il ne saurait y avoir de travail proposé et effectué par le malade sans des échanges de paroles ». L'agir et le dire sont ainsi deux espaces qui coexistent en parallèle et de manière complémentaire. Tosquelles les définit comme agissant en « contrepoint » c'est-à-dire qu'« il s'agit d'un enchaînement, dont il convient de permettre que le malade en établisse les chaînons et que les thérapeutes ensemble en saisissent le mouvement ». La verbalisation permet d'une part au thérapeute de saisir les fonctionnements psychiques du « malade » et d'autre part que celui-ci les exprime à sa conscience. La qualité de la relation et l'activité influeraient donc la verbalisation.

Nous évoquons ici encore la médiation par l'activité, qui est le propre de l'ergothérapie. Nous avons vu avec Pibarot[17], que celle-ci triangule la relation, mais l'enquête pré-exploratoire montre que la relation a aussi pour une partie des ergothérapeutes comme objectif de mettre l'adolescent en mouvement, de le faire agir.

1.10.4. L'engagement :

D'après Meyer[41], l'engagement est le sentiment de participer, de choisir, de trouver un sens positif et de s'impliquer tout au long de la réalisation de l'activité. Morel-Bracq[46] précise que « toute activité peut procurer du « flow » à condition qu'elle ait du sens et vise un objectif important pour la personne qui s'y engage ». Csikszentmihalyi[47] (2004) définit le flow comme le sentiment d'implication et d'immersion totale dans l'activité en cours, où l'utilisation optimale de nos capacités permet d'atteindre cet état de conscience. Pibarot[48] ajoute « l'activité ne peut se considérer comme thérapeutique que si elle est porteuse de sens ». Une activité serait donc thérapeutique grâce au sens et à l'engagement que la personne investit dans l'activité. Or, l'épisode dépressif est caractérisé par la perte de l'intérêt et du plaisir dans les activités. La participation de l'adolescent à l'activité ne peut donc pas être optimale.

En 2013, Morrison et Smith[49] ont montré que la relation entre l'ergothérapeute et le client peut donner un élan de volonté d'agir à la personne. Le client s'engage dans des activités en partie grâce à l'implication, la motivation, le soutien et l'encouragement du thérapeute. Ainsi les attitudes de l'ergothérapeute dans la relation pourraient permettre un meilleur engagement dans l'activité de la part de l'adolescent.

Pour Rogers[9] c'est la nature essentiellement positive de chaque personne qui doit être mise en valeur par les attitudes du thérapeute. C'est l'engagement du thérapeute dans cette dynamique qui permettra au client de s'engager dans la relation et d'entamer le processus de changement. Les activités ne sont pas prises en compte dans l'approche de Rogers, cependant, un des buts de l'ACP est de rendre le client plus réceptif à son expérience et au changement qui en découle.

1.10.5. Théorie des effets de l'ACP sur la personnalité et le comportement :

En 1962, Rogers[9] présente les changements de la personnalité observables chez le client qui se sont avérés être de nature relativement permanente :

- Le client évolue vers un état d'accord interne plus complet ; il est plus ouvert à son expérience et il est moins défensif
- Ses perceptions sont plus réalistes, plus différenciées et plus objectives.
- Il devient de plus en plus capable de résoudre ses problèmes
- Son fonctionnement psychique s'améliore et se développe dans le sens optimal grâce au changement de l'image du moi par l'intégration d'éléments d'expérience qui avaient été déformés ou désavoués
- La perception du moi idéal est plus réaliste et, ainsi, plus réalisable
- L'accord entre le moi et le moi idéal s'accroit
- Il se produit un abaissement général du niveau d'angoisse
- La considération positive à l'égard de soi augmente
- Le sujet éprouve une confiance accrue à l'égard de lui-même et se sent plus à même de se charger de la conduite de sa vie
- Il perçoit le monde extérieur de façons plus réaliste et correcte.
- Il éprouve vis-à-vis des autres personnes une tolérance et une acceptation accrue

- Il se perçoit comme plus apte à contrôler et à diriger son comportement
- L'évaluation du comportement du sujet par des tiers est plus favorable. Il est jugé comme plus mûr et plus social.
- Le sujet se révèle comme un être plus créateur, plus souple, plus capable de s'adapter à des conditions nouvelles, à des problèmes nouveaux. Il devient un être qui exprime plus pleinement ses buts et ses valeurs propres.

Bien que ces apports résultent d'une thérapie principalement fondée sur la relation et l'expression verbale, ils semblent en accord avec les objectifs ergothérapiques d'expression des conflits internes, d'introspection, d'accroissement de la confiance dans la relation aux autres et en soi, et avant tout, l'amélioration de l'autonomie de la personne.

1.11. Objet de recherche :

En approfondissant ces concepts, il semblerait que les attitudes présentées par Rogers puissent se rattacher avec les objectifs de la relation en ergothérapie. Cependant, dans la pratique ergothérapique, la relation créée par les attitudes de l'ergothérapeute coexiste avec l'activité. Morel-Bracq[28] (2009) qualifie d'ailleurs le modèle humaniste issu des travaux de Rogers de « parfois peu compatible avec l'intérêt central de l'ergothérapie pour les activités » bien que celui-ci « se retrouve en toile de fond dans la plupart des modèles élaborées en ergothérapie ». Devant cette constatation nous pouvons donc nous demander ce que les attitudes décrites dans l'ACP impliquent concrètement dans la pratique. Notre question de recherche se réajuste pour devenir : Quels sont les intérêts et les limites de l'inclusion des attitudes d'authenticité, d'acceptation positive inconditionnelle et d'empathie dans la pratique des ergothérapeutes travaillant avec des adolescents souffrant d'un épisode dépressif ?

2. Matériel et méthode :

2. 1. Choix de la méthode :

Notre objet de recherche s'intéresse à la découverte de la singularité des ergothérapeutes travaillant avec des adolescents dépressifs dans l'utilisation d'une approche relationnelle

basée sur les compétences personnelles et l'expression verbale. Dans ce contexte la méthode clinique, une méthode qualitative, visant la compréhension de phénomènes de soin liés à la singularité de l'humain nous a semblé intéressante. Cette méthode est à visée exploratoire, c'est-à-dire qu'elle vise la découverte de nouveaux savoirs par l'analyse d'éléments particuliers à l'humain et à un terrain, sans hypothèses à priori.

2. 2. Population :

La population sélectionnée pour l'enquête sur l'objet de recherche est celle des ergothérapeutes travaillant avec des adolescents souffrant d'un épisode dépressif. Aucun ergothérapeute formé officiellement à l'ACP par un organisme n'ayant pu être contacté, nous nous intéresserons à ceux qui déclarent intégrer les attitudes relationnelles constituant l'ACP dans leur pratique.

Les critères d'inclusion sont :

- Etre ergothérapeute diplômé d'état
- Travailler avec des adolescents souffrant d'un épisode dépressif
- Déclarer avoir pratiqué les trois attitudes décrites par l'ACP avec les adolescents dépressifs dans le cadre de leur suivi

Les critères d'exclusion sont donc :

- Ne pas être ergothérapeute diplômé d'état
- Absence de trouble dépressif chez les adolescents suivis
- Absence de pratique des attitudes de l'ACP avec les adolescents dépressifs

2. 3. Choix et construction de l'outil théorisé de recueil des données :

L'étude en méthode clinique s'orientant vers des réponses qualitatives, il nous a paru pertinent de réaliser des entretiens pour répondre à notre question de recherche : « Quels sont les intérêts et les limites de l'inclusion des attitudes d'authenticité, d'acceptation positive inconditionnelle et d'empathie dans la pratique des ergothérapeutes travaillant avec des adolescents souffrant d'un épisode dépressif ? ». Afin de conduire un entretien semi-directif,

une grille d'entretien a été construite à partir du cadre théorique (cf Tableau 1). Elle démarre par une question inaugurale dans le but de permettre l'ajout de thèmes n'ayant pas été prévus par celle-ci. Les 5 thèmes sont : « la modification de la personnalité », « l'engagement », « la relation de confiance », « l'autonomie » et « la verbalisation », ils reprennent les intérêts d'une relation tels qu'ils ont été définis par les ergothérapeutes travaillant avec des adolescents dépressifs lors de la pré-enquête exploratoire. Chaque thème est abordé par une question ouverte permettant à l'ergothérapeute de développer sa réponse en exprimant son avis basé sur sa pratique personnel. Afin de pallier à toute incompréhension ou un possible manque de développement sur un thème, une question de relance reformulant la première a été prévue.

Questions	Objectifs
Question inaugurale : De quelle manière pensez-vous que ces attitudes ont une incidence, directe ou indirecte, sur l'état dépressif de l'adolescent ?	Laisser à l'ergothérapeute la possibilité d'aborder des thèmes non présents dans la grille d'entretien Amorcer une réflexion sur l'objet de recherche
Thème 1 : Modification de la personnalité : **Question 1 :** Qu'observez-vous comme changements dans le comportement de l'adolescent lorsque vous vous montrez authentique, empathique et portez un regard positif inconditionnel ? Question de relance : De quelle manière évolue la personnalité de l'adolescent face à ces attitudes ?	Identifier les modifications de comportement qui s'observent chez l'adolescent dépressif lorsque l'ergothérapeute entretient une relation selon les attitudes de l'Approche centrée sur la Personne
Thème 2 : L'engagement : **Question 2 :** Quels liens faites-vous entre la relation centrée sur la personne et l'activité ? Question de relance : Selon vous, que permettent ces attitudes de relation par rapport à l'activité, ou, que permet l'activité par rapport à ces attitudes de relation ?	Identifier la manière dont l'ergothérapeute utilise la relation centrée sur la personne par rapport à l'activité Découvrir les intérêts et les limites de l'Approche Centrée sur la Personne par rapport à l'activité ergothérapique
Thème 3 : Relation de confiance : **Question 3 :** Comment adaptez-vous la relation pour faire émerger de la confiance entre l'adolescent et vous ? Question de relance : Que faites-vous pour créer une relation de confiance ?	Identifier les attitudes relationnelles qui amènent à une relation de confiance avec l'adolescent dépressif Comprendre la place des attitudes de l'Approche Centrée sur la Personne dans l'émergence de la confiance dans une relation
Thème 4 : L'autonomie : **Question 4 :** Comment vous positionnez-vous dans la relation pour permettre à l'adolescent de développer ses capacités décisionnelles ? Question de relance : D'après vous, quelles attitudes relationnelles permettent à l'adolescent de regagner en autonomie ?	Identifier les stratégies relationnelles de l'ergothérapeute pour stimuler le développement de l'autonomie chez l'adolescent dépressif Comprendre la place des attitudes de l'Approche Centrée sur la Personne dans la construction de l'autonomie de l'adolescent dépressif
Thème 5 : La verbalisation : **Question 5 :** De quelle manière utilisez-vous la relation pour faciliter la verbalisation des ressentis de l'adolescent ? Question de relance : Par quelles attitudes relationnelles parvenez-vous à la mise en mots de pensées par l'adolescent ?	Identifier les stratégies relationnelles facilitant le processus de verbalisation par l'adolescent dépressif Comprendre le rôle des attitudes de l'Approche Centrée sur la Personne dans la facilitation du processus de verbalisation

Tableau 1. Grille d'entretien

2. 4. Déroulement de l'enquête :

Les quatre ergothérapeutes travaillant avec des adolescents dépressifs qui ont déclaré, lors de la pré-enquête exploratoire, pratiquer les attitudes de l'ACP ont été sollicités pour l'entretien semi-directif. Parmi eux, deux ergothérapeutes ont souhaité participer et ont été interrogées. Six institutions ayant un service d'ergothérapie et pouvant accueillir des adolescents dépressifs ont été contactées. Parmi les six ergothérapeutes contactés, une répondait aux critères d'inclusion et d'exclusion et a souhaité participer à l'enquête. Il y a donc eu 3 ergothérapeutes ayant participé à l'enquête, nous les nommerons A, B et C afin de préserver leur anonymat. A et C ont été interviewés par téléphone, et B a pu être interviewé en personne sur son lieu de travail.

Lors de l'entretien, en premier lieu, la question de recherche est rappelée et les thèmes sont présentés. Le caractère anonyme de l'entretien est spécifié aux interviewés. L'enregistrement de l'entretien à des fins d'analyse est communiqué. La relance de l'échange par l'interviewer dans un entretien semi-directif oscille entre des formes directives et non directives[50]. Les formes non directives sont constituées de réitérations, de réitérations thématiques, de reformulations et de reformulations du non-dit. Les formes directives englobent les questions de relance préparées dans la grille d'entretien et les questions spontanées improvisées au cours de l'entretien qui visent à éclaircir des aspects de l'attitude non précisés. Pour les deux entretiens téléphoniques, l'enregistrement a été directement effectué sur le téléphone de l'intervieweur. Pour l'entretien en face à face, le téléphone a été disposé près de l'interviewé afin d'obtenir un son d'enregistrement le plus net possible, mais de manière à ce qu'il ne le voit pas dans son champ visuel.

L'entretien A (Cf. Annexe 2 p65) de l'ergothérapeute A se déroule par téléphone, à la fin de sa journée de travail. Il durera pendant 28 minutes.

L'entretien B (Cf. Annexe 3 p68) de l'ergothérapeute B se déroule en face à face sur son lieu de travail, lors de la pause déjeuner après le repas. Il durera pendant 24 minutes.

L'entretien C de l'ergothérapeute C (Cf. Annexe 4 p70) se déroule par téléphone, en début d'après-midi sur un temps planifié dans ce but par l'ergothérapeute. Il durera pendant 25 minutes.

2. 5. Choix des outils de traitement de données :

Afin d'exploiter nos entretiens dans le cadre d'une méthode de recherche clinique, nous nous appuierons sur une analyse thématique par les facteurs clés du processus de soin des adolescents dépressifs définis dans la grille d'entretien. Pour traiter les données, nous allons repérer à travers les thèmes le rôle que prennent les attitudes d'authenticité, d'acceptation et d'empathie. Nous nous servirons pour cela de la grille d'analyse construite (cf Tableau 2). Les thèmes abordés nous permettront d'identifier l'utilisation des attitudes relationnelles de l'ACP dans la pratique des ergothérapeutes travaillant avec les adolescents dépressifs, et ainsi leurs intérêts et leurs limites dans ce contexte. Le logiciel Nvivo 11 Plus sera utilisé pour classifier les contenus du discours par thèmes et sous thèmes, permettant ainsi l'établissement de connexion entre les données. NVivo est un logiciel développé depuis 1999, il est utilisé entre autres dans le domaine de la recherche médicale. Selon ses concepteurs il « supporte des méthodes de recherches qualitatives et combinées. Il est conçu pour vous permettre d'organiser, analyser et trouver du contenu perspicace parmi des données non structurées ou qualitatives telles que des interviews » [51].

Variables	Critères	Indicateurs
Authenticité	Congruence	Accord interne entre ce qui est ressenti et ce qui est présent à la conscience Se comporte en accord avec ce qui est ressenti
	Transparence	Vit de manière transparente tout sentiment dans la relation Communication explicite des sentiments, des perceptions conscientes
Acceptation	Considération positive	Se montre accueillant Valorise le client Communique sa croyance dans les potentialités du client
	Attitude non directive	Prise en compte du client de manière unique et indépendante Laisse le client libre de son propre point de vue Respect du rythme propre au client Ne modèle pas le client à ses propres schémas
	Attitude inconditionnelle	Absence de jugement quelle que soit la situation Assurance de non jugement au client Transmet un sentiment de sécurité au client
Empathie	Positionnement empathique	Met de côté ses propres opinions S'engage dans une écoute active
	Compréhension empathique	Ressent les significations des expériences du client Accompagne le client dans la compréhension de son monde intérieur Communique les sentiments quasi-conscientes repérés Vérifie leur exactitude avec le client

Tableau 2. Grille d'analyse des attitudes relationnelles de l'ACP.

3. Résultats :

Les résultats qualitatifs des entretiens seront analysés de manière longitudinale, en résumant les réponses de chaque ergothérapeute pour chaque thème, puis de manière transversale, en classant par sous thèmes les éléments de réponses de chaque ergothérapeute dans un tableau à double entrée.

3.1. Thème 1 : La modification de la personnalité :

L'abord de ce thème avait pour but de découvrir les impacts des attitudes de l'ACP observés à travers le comportement de l'adolescent dépressifs face à celles-ci et ainsi faire apparaitre les limites en ergothérapie par rapport à la théorie des effets de l'ACP sur la personnalité.

L'ergothérapeute A observe qu'une relation centrée sur la personne avec l'adolescent « va permettre qu'ils soient moins dans une attitude méfiante et qu'ils puissent petit à petit plus oser se livrer et parler d'eux » (l 13-14). Elle estime que « la personnalité de l'adolescent va évoluer au fur et à mesure de sa prise en charge » (l 19-20) mais qu'« on ne peut pas dire que l'évolution est juste lié à l'intervention en ergothérapie » (l 23-24). Elle pointe deux facteurs : l'évolution personnelle de l'adolescent « de par son âge, ses capacités d'introspection vont être différentes » (l 32-33) et le suivi de l'adolescent par d'autres professionnels de santé « art thérapeute, psychomotricien, psychologue clinicienne, psychiatre, infirmières » (l 21-22) et sa participation à d'autres « espaces thérapeutiques, dans la vie du service en général » (l 34).

L'ergothérapeute B observe que la relation centrée sur la personne va modifier le comportement de l'adolescent « plus de facilité à se livrer et nous faire part de leurs ressentis » (l 15-16) ce qui permet « un accès qui est plus facile à leur monde intérieur et aux problèmes qui en découlent » (l 17-18). L'adolescent devient plus communiquant « la communication verbale va être améliorée » (l 21) mais ces observations changent en fonction de l'adolescent « ça dépend de sa personnalité de base » (l 23). En général elle constate que ces attitudes vont « l'amener à se sentir plus accepté tel qu'il est » (l 27) et « développer ses capacités d'auto détermination, de réflexion sur soi et d'introspection sur les changements qui s'opèrent en lui » (l 27-29).

L’ergothérapeute C constate qu’« en général, bien se positionner dans une relation centrée sur la personne rendra l’adolescent plus ouvert et moins défensif » (l 26-27). Elle évoque aussi la difficulté d’observer des résultats fixes « ça va dépendre de qui j’ai en face » (l 19). Elle précise que les changements s’observeront différemment suivant l’expérience de l’ergothérapeute « ça va beaucoup dépendre de l’expérience du thérapeute et de la manière dont il s’approprie ces attitudes » (l 4-5), « on ne peut pas être subtil et efficace dès le début, ça demande de l’expérience et on peut se planter » (l 100-102).

	Ergothérapeute A	Ergothérapeute B	Ergothérapeute C
Changement du comportement de l'adolescent	« moins dans une attitude méfiante », « plus oser se livrer et parler d'eux ».	« plus de facilité à se livrer et nous faire part de leurs ressentis », « un accès qui est plus facile à leur monde intérieur et aux problèmes qui en découlent », « la communication verbale va être améliorée ».	« en général, bien se positionner dans une relation centrée sur la personne rendra l'adolescent plus ouvert et moins défensif »
Evolution de la personnalité de l'adolescent	« évoluer au fur et à mesure de sa prise en charge ».	« se sentir plus accepté tel qu'il est », « développer ses capacités d'auto détermination, de réflexion sur soi et d'introspection sur les changements qui s'opèrent en lui ».	
Facteurs personnels de l'adolescent	« de par son âge, ses capacités d'introspection vont être différentes ».	« ça dépend de sa personnalité de base »	« ça va dépendre de qui j'ai en face »
Pluridisciplinarité du soin biaisant l'observation	« on ne peut pas dire que l'évolution est juste lié à l'intervention en ergothérapie », « art thérapeute, psychomotricien, psychologue clinicienne, psychiatre, infirmière »		
Expérience de l'ergothérapeute			« ça va beaucoup dépendre de l'expérience du thérapeute et de la manière dont il s'approprie ces attitudes » « on ne peut pas être subtil et efficace dès le début, ça demande de l'expérience et on peut se planter »

Tableau 3 : Thème de la modification de la personnalité

3.2. Thème 2 : L'engagement de l'adolescent :

L'abord de ce thème avait pour but d'identifier le rôle des attitudes de l'ACP en ergothérapie par rapport à l'activité et notamment par rapport à l'engagement de l'adolescent dans celle-ci.

L'ergothérapeute A place la relation centrée sur la personne et l'activité sur un même plan « elles sont complétement imbriquées » (l 40), elle identifie l'activité comme un moyen d'entrée en relation « l'activité va permettre d'entrer en relation avec le patient » (l 42) et la relation comme un moyen d'améliorer l'activité « elle va permettre aussi que l'activité se fasse de mieux en mieux » (l 43-44), ce qui à son tour améliorera la relation « et que la relation évolue » (l 44).

L'ergothérapeute B déclare que la relation et l'activité s'influencent « les deux sont complémentaires dans la thérapie » (l 38-39). La relation centrée sur la personne va permettre un « meilleur engagement dans l'activité » (l 31), va « augmenter l'engagement que va avoir l'adolescent à se livrer de manière authentique » (l 32-33), « lui permettre de participer pleinement à l'activité et d'en tirer tous les profits qui peuvent en ressortir » (l 34-35). Elle place la relation comme un apport à l'activité « la relation, ça permet de favoriser l'expression verbale de ce qui est vécu à travers l'activité » (l 36-37).

L'ergothérapeute C accorde un rôle majeur à la relation « c'est la relation qui va, dans la majorité des cas, apporter une certaine qualité d'activité » (l 30-31), elle souligne l'importance avant l'activité d'une « rencontre individuelle au préalable » (l 32), ce qui permettra l'engagement de l'adolescent « à ce moment l'adolescent pourra s'engager dans un travail » (l 34-35). Elle pense que l'activité devient utile par la relation « l'activité prend sens dans la relation » (l 36) et qu'ensuite « les expériences que sont ces activités peuvent engager des évolutions chez l'adolescent » (l 41-42).

	Ergothérapeute A	Ergothérapeute B	Ergothérapeute C
Lien relation centrée sur la personne – activité	« elles sont complétement imbriquées ».	« les deux sont complémentaires dans la thérapie ».	« l'activité prend sens dans la relation »
Utilité de la relation par rapport à l'activité	« elle va permettre aussi que l'activité se fasse de mieux en mieux ».	« meilleur engagement dans l'activité », « augmenter l'engagement que va avoir l'adolescent à se livrer de manière authentique », « la relation, ça permet de favoriser l'expression verbale de ce qui est vécu à travers l'activité ».	« rencontre individuelle au préalable », « à ce moment l'adolescent pourra s'engager dans un travail», « c'est la relation qui va, dans la majorité des cas, apporter une certaine qualité d'activité »
Utilité de l'activité par rapport à la relation	« l'activité va permettre d'entrer en relation avec le patient », « et que la relation évolue ».		« ces activités peuvent engager des évolutions chez l'adolescent »

Tableau 4 : Thème de l'engagement de l'adolescent

3.3. Thème 3 : La relation de confiance :

L'abord de ce thème avait pour but d'identifier les attitudes relationnelles mises en place par l'ergothérapeute pour favoriser l'émergence d'un sentiment de confiance de la part de l'adolescent et parmi elles, la place des attitudes de l'ACP et leurs différences par rapport à celles-ci.

Afin de créer de la confiance, l'ergothérapeute A se montre congruente entre ce qu'elle fait « je suis pratiquement la seule à les tutoyer » (l 50) et ce qu'elle ressent « je pense qu'il est plus facile d'entrer en relation comme ça » (l 52). D'autre part elle adapte sa transparence à ce qu'elle juge opportun « il ne faut pas se retrouver dans une position trop maternelle » (l 60-61) « quand on est maman soi-même » (l 62) en analysant son transfert. Elle nuance l'attitude

de transparence « faire attention à ce qu'on va livrer de soi, à ne pas leur en donner trop » (l 63-64), « pouvoir donner un petit peu de soi » (l 65) « sans entrer sur des choses personnelles » (l 66-67).

L'ergothérapeute B se montre empathique « en se centrant sur la compréhension de l'adolescent, sur l'explication de ses symptômes avec lui » (l 43-44), met en place une attitude non directive « centré sur le fait d'accueillir la personne comme elle est, ne pas remettre en doute ses convictions, ses valeurs » (l 46-47) et de considération positive de l'adolescent « expliquer ce qu'on fait pourquoi on le fait, de vraiment s'intégrer et de l'intégrer au processus de changement » (l 48-49) sans jugement « écoute non jugeante » (l 42-43). Elle ajoute afficher une transparence face à l'adolescent « en livrant ma personnalité, ce que je ressens, ma façon de penser et ma façon d'être en tant qu'être humain » (l 52-53) tout en étant congruente « je ne change pas mes valeurs pour correspondre aux siennes ni pour correspondre à ce qu'on attend de moi, je reste franche et intègre dans ce que je suis et que je ressens intérieurement » (l 55-57).

L'ergothérapeute C se montre « le plus accueillante possible, je ne suis pas du tout dans une froideur professionnelle » (l 62-63), et laisse de la place à l'adolescent « respecter sa position dans la relation » (l 53-54). Elle évoque l'attitude empathique dans sa posture « j'essaie d'être empathique » (l 66). Elle adapte ce qu'elle livre d'elle-même « en gardant une distance relationnelle et en restant sur un plan verbal assez professionnel » (l 65-66, et n'entre pas sur un terrain personnel dans la relation « je ne parle pas de moi en tant que personne, de ma vie ou des choses comme ça » (l 60). Elle adopte une attitude transparente par rapport à ses ressentis dans la relation si elle le juge opportun « je peux faire part d'un sentiment quand je connais bien l'adolescent » (l 61). Elle précise par rapport à son attitude qu'« il faut comprendre que parfois il faut mettre de la limite » (l 68-69).

	Ergothérapeute A	Ergothérapeute B	Ergothérapeute C
Se comporte en accord avec ce qui est ressenti	« je suis pratiquement la seule à les tutoyer », « je pense qu'il est plus facile d'entrer en relation comme ça ».	« je ne change pas mes valeurs pour correspondre aux siennes ni pour correspondre à ce qu'on attend de moi »	« en gardant une distance relationnelle et en restant sur un plan verbal assez professionnel » « je ne parle pas de moi en tant que personne, de ma vie ou des choses comme ça »
Vit de manière transparente tout sentiment dans la relation	« il ne faut pas se retrouver dans une position trop maternelle », « quand on est maman soi-même ».	« je reste franche et intègre dans ce que je suis et que je ressens intérieurement »	« il faut comprendre que parfois il faut mettre de la limite »
Communication explicite des sentiments, des perceptions conscientes	« faire attention à ce qu'on va livrer de soi, à ne pas leur en donner trop », « pouvoir donner un petit peu de soi », « sans entrer sur des choses personnelles ».	« en livrant ma personnalité, ce que je ressens, ma façon de penser et ma façon d'être en tant qu'être humain »	« je peux faire part d'un sentiment quand je connais bien l'adolescent »
Se montre accueillant, valorise l'adolescent		« expliquer ce qu'on fait pourquoi on le fait, de vraiment s'intégrer et de l'intégrer au processus de changement »	« le plus accueillante possible, je ne suis pas du tout dans une froideur professionnelle »
Laisse l'adolescent libre de son propre point de vue		« centré sur le fait d'accueillir la personne comme elle est, ne pas remettre en doute ses convictions, ses valeurs »	« respecter sa position dans la relation »
Absence de jugement quelle que soit la situation		« écoute non jugeante »	
Accompagne l'adolescent dans la compréhension de son monde intérieur		« en se centrant sur la compréhension de l'adolescent, sur l'explication de ses symptômes avec lui »	« j'essaie d'être empathique »

Tableau 5 : Thème de la relation de confiance

3.4. Thème 4 : L'autonomie :

L'abord de ce thème avait pour but de découvrir les attitudes relationnelles jugées comme efficaces par l'ergothérapeute dans le développement de l'autonomie de l'adolescent et d'identifier les différences par rapport aux attitudes de l'ACP.

Afin de favoriser l'autonomie, l'ergothérapeute A adapte son niveau de directivité dans sa pratique « soutenir sans en arriver à prendre la décision à leur place » (l 77) et propose des stratégies à l'adolescent « les aider à trouver les critères qui vont les aider à faire un choix » l 81-82). Elle s'adapte au rythme de l'adolescent « leur laisser le temps » (l 85) « pour que les choses soient construites » (l 90-91). Elle déclare que l'autonomie se construit par « la multiplication des expériences positives à travers l'activité et la relation » (l 94), et précise sa posture « leur montrer les choses pour qu'après ils puissent se les approprier et acquérir plus d'autonomie » (l 101-102).

L'ergothérapeute B s'identifie comme un « catalyseur, quelqu'un qui est là pour accueillir tout ce qui peut découler de ses différentes réflexions » (l 60-61) qui a « une meilleure compréhension de ce qui se passe en son for intérieur » (l 64-65) qui sert à « éventuellement expliquer, mettre des mots sur des choses qui le dérangent » (l 63-64). Elle décrit son attitude à la fois non directive « écouter, ne pas agir dans la décision de l'adolescent, le laisser prendre ses propres décisions » (l 62-63) et respectueuse du point de vue de l'adolescent « en ne l'orientant pas vers les décisions que moi en tant que personne j'aimerai qu'il prenne, mais en le laissant prendre son propre choix » (l 68-69). Elle se place en position de support « aider à s'organiser, accompagner dans l'organisation des différents processus » (l 61-62).

L'ergothérapeute C adopte une attitude assez directive « en les obligeant dans certains types d'activité à se positionner dans les choix » (l 72-73), elle communique son opinion « je leur dis à quel point c'est important, je donne beaucoup de valeur à ça et je les engage dans ce sens » (l 78-79) tout en gardant pour objectif d'obtenir un avis personnel « je les engage fortement à se forger leur propre avis » (l 77-78). Elle souhaite donc « aller chercher un avis » (l 85), et les soutient en leur proposant des solutions « je peux les aider, leur faire des suggestions, ils peuvent rebondir sur ce qui a été dit par d'autres, savoir si eux ils s'y retrouvent » (l 82-83).

	Ergothérapeute A	Ergothérapeute B	Ergothérapeute C
Laisse l'adolescent libre de son propre point de vue	« soutenir sans en arriver à prendre la décision à leur place ».	« écouter, ne pas agir dans la décision de l'adolescent, le laisser prendre ses propres décisions » « en ne l'orientant pas vers les décisions que moi en tant que personne j'aimerai qu'il prenne, mais en le laissant prendre son propre choix »	« en les obligeant dans certains types d'activité à se positionner dans les choix » » « aller chercher un avis »
Respect du rythme propre de l'adolescent	« leur laisser le temps », « pour que les choses soient construites ».		« je les engage fortement à se forger leur propre avis » « je leur dis à quel point c'est important, je donne beaucoup de valeur à ça et je les engage dans ce sens »
Ne modèle pas le client à ses propres schémas	« leur montrer les choses pour qu'après ils puissent se les approprier et acquérir plus d'autonomie », « les aider à trouver les critères qui vont les aider à faire un choix ».	« aider à s'organiser, accompagner dans l'organisation des différents processus »	« je peux les aider, leur faire des suggestions, ils peuvent rebondir sur ce qui a été dit par d'autres, savoir si eux ils s'y retrouvent »
Accompagne l'adolescent dans la compréhension de son monde intérieur		« catalyseur, quelqu'un qui est là pour accueillir tout ce qui peut découler de ses différentes réflexions », « éventuellement expliquer, mettre des mots sur des choses qui le dérangent »	

Tableau 6 : Thème de l'autonomie

3.5. Thème 5 : La verbalisation :

L'abord de ce thème avait pour but de découvrir les attitudes relationnelles que l'ergothérapeute utilise dans sa pratique pour faciliter le processus de verbalisation de l'adolescent dépressif et d'identifier le rôle des attitudes de l'ACP parmi elles.

Pour faciliter le processus de verbalisation, l'ergothérapeute A adopte une « attitude empathique » (l 116), « nous on est là pour essayer de faire un bout de chemin avec eux et de réfléchir avec eux à ce qui ne va pas » (l 123-125), « leur renvoyer ce que nous on ressent et nos ressentis » (l 6). Elle qualifie son rôle d'une métaphore « une béquille pour eux ». Elle insiste sur l'utilité de l'attitude inconditionnelle « pas de jugement » (l 118-119) « bienveillante » (l 119), qu'elle tente de communiquer à l'adolescent « c'est ce que j'essaie de laisser transparaitre » (l 121).

L'ergothérapeute B évoque particulièrement son attitude empathique « à l'écoute de ce qui est vécu intérieurement » (l 75-76) et l'importance d'en faire un retour à l'adolescent « verbaliser moi-même ce que je ressens par rapport à ce qu'il me dit et par rapport à ce qui s'échange entre nous dans la relation » (l 74-75).

L'ergothérapeute C crée un environnement relationnel favorable « les rassurer sur le fait qu'ils sont dans un espace de sécurité et qu'ils peuvent dire quelque chose sans être jugé » (l 86-88) « il ne faut pas être exigeant sur la quantité » (l 92). Elle précise que l'empathie doit être maitrisé pour qu'elle soit utile « si on ressent correctement ce qui se passe chez l'adolescent, il pourra se servir de nous comme point de départ pour découvrir ses propres ressentis » (l 102-104).

	Ergothérapeute A	Ergothérapeute B	Ergothérapeute C
Accompagne l'adolescent dans la compréhension de son monde intérieur	« nous on est là pour essayer de faire un bout de chemin avec eux et de réfléchir avec eux à ce qui ne va pas »	« verbaliser moi-même ce que je ressens par rapport à ce qu'il me dit et par rapport à ce qui s'échange entre nous dans la relation »	« il pourra se servir de nous comme point de départ pour découvrir ses propres ressentis »
Ressent les significations des expériences de l'adolescent	« leur renvoyer ce que nous on ressent et nos ressentis »	« à l'écoute de ce qui est vécu intérieurement »	« si on ressent correctement ce qui se passe chez l'adolescent »
Communique les sentiments quasi-conscientes repérés	« leur renvoyer»	« verbaliser moi-même »	
Assurance de non jugement à l'adolescent	« pas de jugement »		« les rassurer sur le fait qu'ils sont dans un espace de sécurité »
Transmet un sentiment de sécurité à l'adolescent	« bienveillante » « c'est ce que j'essaie de laisser transparaitre »		« il ne faut pas être exigeant sur la quantité » « ils peuvent dire quelque chose sans être jugé »

Tableau 7 : Thème de la verbalisation

4. Discussion des données :

4.1. Interprétation des résultats :

Parmi les entretiens avec les 3 ergothérapeutes, aucun autre thème d'utilité de la relation centrée sur la personne dans la pratique n'a été mis en avant. Il semble que l'utilité de la relation avec le public des adolescents dépressifs se retrouve principalement dans les thèmes de la modification de la personnalité, l'engagement de l'adolescent, la relation de confiance, l'autonomie et la verbalisation.

Le terme de « client » mis en avant par Rogers n'a été prononcé aucune fois par les ergothérapeutes interrogées, auquel elles ont préféré le terme de « patient ». Par ce changement d'appellation, Rogers souhaitait réduire l'impression de pouvoir du soignant qui pouvait transparaitre. Cependant la conception du soin est connotée autrement en France que dans la culture anglo-saxonne, où le « client » achète un service. Ce qui pourrait expliquer sa non-utilisation par les ergothérapeutes malgré que leur pratique inclue les attitudes de l'ACP.

Dès la question inaugurale, 66% des ergothérapeutes ont associé la mise en mots, la verbalisation des ressentis de l'adolescent dépressif au résultat des attitudes décrites par Rogers. L'Approche Centrée sur la Personne étant particulièrement fondée sur l'expression verbale entre le client et son thérapeute, il apparaitrait donc un rapprochement du but de ses attitudes avec leur fonction première en psychothérapie.

Toutes les ergothérapeutes interrogées ont évoqué le changement du comportement de l'adolescent face aux attitudes de l'ACP. Ils constatent généralement que l'adolescent se montre plus ouvert, plus réceptif à la relation. Selon la théorie de Rogers sur les effets de l'ACP[9], le client est plus ouvert à son expérience et moins défensif. Il semblerait que cette constatation soit partagée dans ce contexte.

En ce qui concerne la personnalité de l'adolescent, deux tiers des ergothérapeutes estiment la voir évoluer lors d'un accompagnement relationnel selon les attitudes d'authenticité, d'acceptation positive inconditionnelle et d'empathie. Cependant cette observation semble biaisée, trois raisons sont évoquées.

100% des ergothérapeutes estiment que l'évolution de la personnalité de l'adolescent va d'abord dépendre de sa personnalité lorsqu'il débute la prise en soins, puis dépendre de son

évolution personnelle dû à son jeune âge et à la période de construction qu'est l'adolescence. 33% des ergothérapeutes évoque l'incidence de l'expérience du professionnel et les échecs probables de celui-ci dans son apport des attitudes facilitatrices à l'évolution de l'adolescent. 33% des ergothérapeutes rappelle que l'ergothérapie est pratiquée en parallèle d'autres interventions qui elles ne sont pas forcément basées sur les mêmes attitudes. Ces facteurs empêchent donc une constatation plus précise des effets de l'ACP.

Toutes les ergothérapeutes interrogées déclarent que la relation centrée sur la personne est intimement liée à l'activité. Selon eux, la relation améliorerait le déroulement qualitatif de l'activité avec l'adolescent dépressif. 66% des ergothérapeutes interrogées constatent un meilleur engagement de l'adolescent dans l'activité grâce à ce type de relation. C'est un phénomène particulièrement décrit en ergothérapie, et il semblerait donc qu'une relation selon les modalités de l'ACP puisse produire un effet comparable par rapport à l'activité, bien que celle-ci ne soit pas explicitement incluse au processus de changement de la personne par Rogers. 66% des ergothérapeutes interrogées évoquent réciproquement l'influence de l'activité sur la relation qui pourra lui permettre de se développer. Ainsi les expériences lors de l'activité, paraissent permettre à l'adolescent dépressif d'inventer des nouveaux modes de relation.

Pour ce qui est de l'attitude de congruence, celle-ci est utilisée par toutes les ergothérapeutes interrogées lors de la création d'une relation de confiance avec l'adolescent. 66% des professionnelles interrogées déclarent adapter leur distance relationnelle selon leurs ressentis. L'une d'elles évoque la notion de professionnalisme nécessaire dans la relation. Il s'agit ici d'une notion rejetée par Rogers dans la relation centrée sur la personne car amenant souvent à la création d'un masque professionnel par le thérapeute, empêchant l'authenticité. Le cadre professionnel qui peut être conservé pourrait notamment s'expliquer par la nature de l'ergothérapie, souvent pratiquée en institution et prescrite par un médecin, qui n'a pas vocation à être exercé dans un cadre libre de toute contrainte comme peut l'être une psychothérapie selon l'ACP.

En ce qui concerne la transparence, 66% des ergothérapeutes interrogées déclarent l'adapter pour créer une relation de confiance avec l'adolescent. Une limite est placée entre ce qui est personnel et ce qui est partageable. Rogers précise par rapport à l'authenticité qu'il ne s'agit pas de dévoiler tout ce que le thérapeute est, celle-ci a aussi un caractère adaptable qui est relié au respect du style personnel du thérapeute. Cependant Rogers insiste sur le fait que la

relation doit se faire dans une rencontre de personne à personne, ce qui ne semble pas pouvoir être spécifiquement le cas pour un ergothérapeute travaillant avec des adolescents dépressifs.

66% des ergothérapeutes interrogées relient la considération positive de l'adolescent à une attitude favorable pour la construction de la confiance, qui est une base du processus de soin selon Pibarot[17]. Leur attitude semble correspondre à l'hypothèse de Rogers selon laquelle le thérapeute doit croire dans les capacités du client pour débuter le processus de changement.

Quant à elle, l'attitude non directive est évoquée par 66% des ergothérapeutes interrogées et semble être adéquate à la création d'un sentiment de confiance entre l'adolescent et l'ergothérapeute. Cependant elle est très controversée dans son efficacité pour le développement de l'autonomie de l'adolescent. 100% des ergothérapeutes s'accordent sur le fait de laisser l'adolescent avoir son propre avis. Cependant, 100% des ergothérapeutes s'accordent aussi sur le fait de proposer des stratégies à l'adolescent pour qu'il puisse construire son autonomie. Il semblerait que l'attitude non directive décrite par Rogers, qui s'appuie sur la volonté intrinsèque de la personne à développer son autonomie, ne soit pas applicable avec des adolescents dépressifs. Cela pourrait s'expliquer par la perte d'intérêt et l'auto-dévalorisation qui peuvent perturber la construction de l'autonomie de l'adolescent, d'où découlerait la nécessité de les orienter. L'adolescent dépressif parait avoir un rythme de développement qui lui est propre, auquel les ergothérapeutes interrogées déclarent réagir de deux manières : 33% essaie de s'adapter à leur rythme et 33% tente de les orienter vers l'autonomie. Cela semble être un choix personnel et il n'apparait pas de manière spécifique de faire unanime.

D'après Rogers, l'attitude inconditionnelle du thérapeute favorise l'émergence de la confiance dans la relation. Dans la population interrogée, seulement 33% déclarent lier l'attitude inconditionnelle à la facilitation de la création d'une relation de confiance. Il semblerait donc que cette attitude ne soit pas directement reliée à la construction de la confiance par les ergothérapeutes. D'autre part l'attitude inconditionnelle est associée à la facilitation du processus de verbalisation par l'adolescent par 66% des ergothérapeutes interrogées. Il semblerait qu'un cadre sécurisant apportée par cette attitude inconditionnelle, comme a pu le décrire Rogers, soit un moyen des ergothérapeutes pour faciliter la mise en mots des ressentis de l'adolescent dépressif.

Pour ce qui est de la compréhension empathique, un tiers des ergothérapeutes interrogées estime qu'elle facilite le processus d'autonomisation de l'adolescent. La position de

l'ergothérapeute est associée à celle d'un catalyseur qui augmenterait la vitesse de la construction de l'autonomie de l'adolescent. L'identification de cette attitude comme un moyen de participation à cette construction ne semble pas être répandue parmi les ergothérapeutes contrairement à Rogers qui décrit l'empathie comme un type d'écoute spécial favorisant grandement le processus de changement vers l'autonomie de la personne. L'empathie est davantage associée à la facilitation du processus de verbalisation des ressentis de l'adolescent. 100% des ergothérapeutes interrogées décrivent qu'ils accompagnent l'adolescent pour mettre des mots sur ses ressentis par la communication empathique des ressentis perçus par l'ergothérapeute. Ainsi le positionnement empathique de l'ergothérapeute dans la relation semblerait être un moyen efficace d'aider à l'éclaircissement des conflits internes de la personne. Cependant un tiers des ergothérapeutes interrogées précise qu'on ne communique pas tout à l'adolescent, seulement ce qu'on juge opportun. Tout ce qui est détecté par l'ergothérapeute ne serait donc pas forcément bon à être éclairci avec l'adolescent dépressif. Une nuance qui entre en contradiction avec l'ACP, où le client est jugé comme apte dans tous les cas à se comprendre et à changer.

4.2. Réponse à l'objet de recherche :

Afin de répondre à l'objet de recherche, nous allons mettre en évidence par rapport à la pratique des ergothérapeutes interrogées, d'un côté les intérêts de l'inclusion des attitudes d'authenticité, d'acceptation positive inconditionnelle et d'empathie, et de l'autre, ses limites.

Intérêts de l'inclusion des attitudes d'authenticité, d'acceptation positive inconditionnelle et d'empathie selon les ergothérapeutes interrogées :

- Les adolescents dépressifs seraient plus ouverts et réceptifs à la relation
- La personnalité des adolescents dépressifs évoluerait face à ces attitudes de l'ergothérapeute
- L'ACP semble compatible avec l'intérêt central de l'ergothérapie pour l'activité, et parait augmenter l'aspect qualitatif de l'activité et de la relation
- Ces attitudes permettraient un meilleur engagement de l'adolescent dans l'activité
- La congruence semble être bénéfique à la création d'une relation de confiance entre l'ergothérapeute et l'adolescent dépressif

- La considération positive de l'adolescent dépressif semble aider à l'émergence d'un sentiment de confiance entre l'ergothérapeute et l'adolescent
- L'attitude non directive permettrait dans un premier temps la création d'une relation de confiance entre l'ergothérapeute et l'adolescent
- L'attitude inconditionnelle semble faciliter le processus de verbalisation des ressentis de l'adolescent dépressif
- L'empathie semble apparaitre comme facilitant le processus de verbalisation des ressentis de l'adolescent dépressif

Limites de l'inclusion des attitudes d'authenticité, d'acceptation positive inconditionnelle et d'empathie selon les ergothérapeutes interrogées :

- Leurs impacts sur la personnalité de l'adolescent dépressif sont difficilement observables en ergothérapie à cause des facteurs personnels de l'adolescent, de l'interdisciplinarité dans le processus de soins et des compétences de l'ergothérapeute
- Une distance relationnelle peut être nécessaire pour l'ergothérapeute suivant la personnalité de l'adolescent
- La transparence semble devoir être adaptée afin de maintenir une relation de type plus professionnelle dans le cadre de l'ergothérapie
- La non-directivité ne semble pas être pertinente pour les ergothérapeutes, la proposition de stratégies par l'ergothérapeute semble pouvoir améliorer le processus d'autonomisation de l'adolescent dépressif
- L'attitude inconditionnelle ne semble pas apparaitre comme un prérequis à la création d'une relation de confiance entre l'ergothérapeute et l'adolescent
- L'empathie ne semble pas reconnue comme facilitant le développement de l'autonomie de l'adolescent dépressif
- La communication, à l'adolescent, de la compréhension empathique de ses ressentis par l'ergothérapeute ne semble pas être judicieuse dans tous les cas et semble dépendre du contexte de l'adolescent
- L'impact de l'utilisation de l'empathie semble dépendre de l'expérience de l'ergothérapeute dans la pratique de cette attitude

4.3. Discussions autour des résultats et critiques du dispositif de recherche :

En premier lieu, il est important de préciser que dans le cadre d'une méthode clinique, les résultats obtenus ne sont pas généralisables à l'ensemble des ergothérapeutes et des prises en soins de l'adolescent dépressif. Ces résultats décrivent une tendance dans la population d'ergothérapeutes interrogés.

L'enquête exploratoire a été réalisée par rapport à 5 thèmes définis de manière arbitraire à partir d'une pré-enquête exploratoire réalisée auprès de 11 ergothérapeutes travaillant avec des adolescents dépressifs. Tous les apports possibles d'une relation n'ont pas été répertoriés et ces thèmes ne recouvrent donc pas de manière exhaustive tous les intérêts et limites des attitudes présentées. De même une partie des sous-thèmes ressortant des entretiens a été tirée de la grille d'analyse pré-construite autour des attitudes de l'ACP, mais l'autre partie a été créée en s'appuyant sur ce qui ressortait des entretiens et pouvait être intégrée dans un des thèmes principaux. Une grille d'analyse préalable aurait pu être construire pour tenter d'organiser l'analyse d'une autre manière.

Quant à elle, la pré-enquête exploratoire aurait pu être constituée de questions plus ouvertes pour explorer davantage les différentes modalités de la relation avec l'adolescent dépressif.

En ce qui concerne les entretiens avec les ergothérapeutes, ils ont été réalisés dans des conditions différentes. Ainsi deux ont eu lieu par appel téléphonique et un a été réalisé en face à face, ce qui modifie les modalités de l'échange et peut biaiser les résultats.

Les résultats ont pu être biaisés lors des entretiens par la définition que chaque ergothérapeute peut faire des attitudes de l'ACP. En effet, leurs définitions sont complexes et interprétables. Aussi, les premières questions portant sur l'utilité de ces attitudes, la suite de l'entretien décrivant les attitudes relationnelles de l'ergothérapeute dans différentes situations a pu être biaisée, l'interviewé a sûrement eu tendance à citer ce de quoi nous venions de parler.

Bien que les ergothérapeutes aient été informés à l'avance du sujet de l'entretien de recherche, analyser ses attitudes relationnelles lors d'un entretien d'environ 25 minutes est un exercice complexe voire impossible. Les réponses obtenues sont sûrement partielles. Il aurait été intéressant de revenir plusieurs fois sur les mêmes thèmes de différentes manières afin d'aider l'ergothérapeute à développer ses réponses.

De même lors des entretiens, les méthodes de relances auraient pu être faites en plus grand nombre et mieux sollicitées. L'entretien semi-directif est un exercice complexe à pratiquer et demanderait plus d'expérience de la part de l'interviewer.

Les résultats obtenus par rapport à ces attitudes sont relatifs à un contexte particulier, la pratique des ergothérapeutes avec des adolescents dépressifs. Cependant les observations émises par les ergothérapeutes sont générales et regroupées autour d'une population qui s'est avérée être vaste, il aurait pu être intéressant de réduire le public à une population plus spécifique par des critères d'âge ou de type de dépression.

4.4. Propositions et transférabilité pour la pratique professionnelle :

Cette étude propose de mettre en réflexion les attitudes relationnelles des ergothérapeutes dans leur pratique avec des adolescents dépressifs en s'appuyant sur l'Approche Centrée sur la Personne, ayant pour objectif principal l'autonomie de la personne. Elle propose de se pencher davantage sur la dimension de soin par la relation, une dimension qui semblerait pouvoir s'intégrer dans la pratique ergothérapique en complémentarité de l'activité.

La description théorique, puis pratique dans un contexte de soin particulier, des attitudes du thérapeute dans l'Approche Centrée sur la Personne pourront permettre aux ergothérapeutes en général de s'interroger sur leur positionnement relationnel dans un but thérapeutique, de l'analyser et de le remettre en question en le comparant à une autre pratique possible.

Ce travail nous a avant tout permis d'approfondir nos connaissances sur la période adolescente et le trouble dépressif. Ces apports théoriques nous permettront entre autres de mieux appréhender la relation et l'accompagnement de ce public particulier. D'autre part toute la recherche autour de l'Approche Centrée sur la Personne nous a permis de mieux la comprendre et d'envisager son intégration à notre pratique. Nous avons principalement, tout au long de ce mémoire, mis en place une méthodologie de recherche, ce qui constitue une première expérience et un entraînement notable à notre pratique de la recherche dans le cadre de l'ergothérapie. Une base de données personnelle conséquente a pu être développée autour du thème et pourra être réinvestie au besoin. Nous avons par ailleurs pu commencer l'établissement d'un réseau professionnel par les recherches de terrain menées. Les professionnels rencontrés pourront nous apporter une aide précieuse dans le début de notre pratique par le partage de leurs expériences dans divers domaines.

4.5. Apports, intérêts et limites des résultats pour la pratique professionnelle et perspectives de recherche à partir des résultats :

Ce travail est celui d'une initiation à la démarche de recherche. Il s'intéresse à l'exploration de phénomènes singuliers auprès d'un public défini et restreint. Les résultats interprétés n'ont pas vocation à être généralisable à la pratique des ergothérapeutes dans leur ensemble. Ils constituent cependant une première approche exploratoire du sujet.

Cette étude pourrait être approfondie par une recherche s'intéressant spécifiquement aux difficultés relationnelles rencontrées avec l'adolescent dans des situations plus précises, comme par exemple un refus d'entrée en relation ou un rejet du cadre, et déterminer comment les attitudes de l'ACP sont adaptées dans ces conditions par les ergothérapeutes. En effet nous avons exploré leurs utilités et leurs limites dans les grandes lignes, il serait intéressant de les spécifier dans des contextes compliqués liés à la population particulière des adolescents dépressifs.

Les résultats obtenus ici appellent à être vérifiés. Il serait intéressant d'interroger à plus grande échelle les ergothérapeutes pratiquant les attitudes de l'ACP afin de mieux se rendre compte des modalités de leur utilisation lors de l'activité et de l'accompagnement des adolescents dépressifs. Il serait aussi intéressant d'y inclure une recherche auprès des adolescents eux-mêmes afin de mettre en évidence leurs ressentis face à cette posture relationnelle de l'ergothérapeute. Leur perception de la relation pourrait être un indicateur qui, par la suite, permettrait de comparer cette posture relationnelle à d'autres cadres de relation mis en place par les ergothérapeutes. L'élargissement, à tous les ergothérapeutes, du questionnement des attitudes relationnelles les plus pertinentes dans des situations données pourrait permettre par exemple, l'élaboration de recommandations de bonnes pratiques avec ce public si particulier.

Bibliographie:

[1] Cloutier R, Drapeau S, Psychologie de l'adolescence. 3ème éd. Boucherville : Gaëtan Morin ; 2008 : 313p.

[2] Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale. Dépression. [En ligne] http://www.inserm.fr/thematiques/neurosciences-sciences-cognitives-neurologie-psychiatrie/dossiers-d-information/depression. Consulté le 08/06/16.

[3] Rapport Observatoire Nationale du Suicide 2014. [En ligne] http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_ONS_2014.pdf. Consulté le 25/02/17.

[4] Diplôme d'Etat d'Ergothérapeute: Référentiel d'activités. [En ligne] http://vae.asp-public.fr/index.php?id=fr81. Consulté le 05/06/16.

[5] Diplôme d'Etat d'Ergothérapeute: Référentiel de compétences. [En ligne] http://vae.asp-public.fr/index.php?id=fr82. Consulté le 05/06/16.

[6] Association Nationale Française des Ergothérapeutes. Ergothérapie en santé mentale : enjeux et perspectives. [En ligne] http://www.anfe.fr/l-ergotherapie/toutes-les-actualites/490-livre-blanc-sante-mentale. Consulté le 25/02/2017.

[7] République Française. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. JORF du 5 mars 2002. p 4118 [En ligne] https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000227015&categorieLien=id . Consulté le 08/06/16.

[8] Rogers C. Client-Centered Therapy, its current practice, implications and theory. Londres : Houghton Mifflin ; 1951, 560p.

[9] Rogers.C. Psychothérapie et relations humaines. Théorie de la thérapie centrée sur la personne. 3ème ed. Issy-les-Moulineaux : ESF Editeur ; 2013 : 157p.

[10] Ministère des Affaires Sociales et de la Santé. Classification statistique Internationale des Maladies et des problèmes de santé connexes. CIM-10 FR à usage PMSI. Paris, Bulletin Officiel, 2015, 2015 9bis, 888p.

[11] Braconnier A. L'angoisse, ses transformations, son traitement à l'adolescence. Annals of general Psychiatry. 1987 ; 2, 199-201.

[12] Ferrari P, Braconnier A. La dépression d'infériorité chez l'adolescent. Revue Neuropsychiatrique de l'enfant. 1976 ; 24 : 319-323.

[13] Bonnot O. Etats dépressifs à l'adolescence. Traité de Médecine Akos. Elsevier Masson, 2009, 7-0354.

[14] Birmaher B, Ryan ND, Williamson DE, Brent DA, Kaufman J. Childhood and adolescent depression: a review of the past 10 years, part I. Journal American Academy Child Adolescent Psychiatry. 1996; 35 : 1427-1439.

[15] Haute Autorité de Santé. Manifestations dépressives à l'adolescence : repérage, diagnostic et prise en charge en soins de premier recours [En ligne] http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1782013/fr/manifestations-depressives-a-l-adolescence-reperage-diagnostic-et-prise-en-charge-en-soins-de-premier-recours. Consulté le 11/03/17.

[16] Collège national des universitaires en psychiatrie. Référentiel de Psychiatrie: psychiatrie de l'adulte, psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, addictologie. Paris, PUF, 2014, 588p.

[17] Pibarot, I. Dynamique de l'ergothérapie. Journal d'Ergothérapie. 1978 ; 26 : 3-20.

[18] Winnicott, D. W. Jeu et réalité. Paris : Gallimard ; 1975, 276p.

[19] Pibarot, I. L'activité, outil thérapeutique. Quelques repères pour une réflexion sur l'activité comme outil thérapeutique. Journal d'Ergothérapie. 1982 ; 4 : 28-29.

[20] Rosa S, Hasselkus B. Connecting with patients: the personal experience of professional helping. The occupational therapy journal of research. 1996; 16 : 245-260.

[21] Birraux A. L'adolescent face à son corps. Paris : Editions universitaires ; 1990 : 204p.

[22] Braconnier A. Le guide de l'adolescent de 10 ans à 25 ans. Paris : Odile Jacob ; 1999 : 582p.

[23] Nasio J.D. Le Discours de l'Adolescent : une contribution au concept d'adolescence. Figures de la psychanalyse. Erès ; 2004, 9 : 67-79.

[24] Norrby E, Bellner A. The Helping Encounter, Occupational Therapists' Perception of Therapeutic Relationships. Scandinavian journal of caring science. 1995, 9 : 41-46.

[25] Jeammet P. Adolescence comment gérer la distance relationnelle. Le courrier de Suresnes, 1995, 63 : 17-25.

[26] Pommereau X. Quand l'adolescent va mal : l'écouter, le comprendre, l'aimer. J'ai lu, 2003, 250p.

[27] Simmonnet-Guéreau B. Construire la relation en ergothérapie. Une histoire d'attachement ? In: Klein F. Etre ergothérapeute en psychiatrie. Erès; 2014: 193-220.

[28] Morel-Bracq MC. Modèles conceptuels en ergothérapie: introduction aux concepts fondamentaux. 2ème ed. Bruxelles: De Boeck Solal; 2013: 174p.

[29] Association Nationale Française des Ergothérapeutes. Définition. [En ligne] http://www.anfe.fr/definition Consulté le 25/03/2017.

[30] Dictionnaire Larousse. Patient, patiente. [En ligne] http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/patient/58655?q=patient+patiente#58298 Consulté le 25/03/2017.

[31] Rogers C. A theory of therapy, personality and interpersonal relationships as developed in the client-centered framework. In Koch S, Psychology: a study of science. 1959, 3: 183-256.

[32] Dictionnaire Larousse. Attitude. [En ligne] http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/attitude/6295 Consulté le 01/04/17.

[33] Zech E. Que reste-t-il des conditions nécessaires et suffisantes au changement thérapeutique ? ACP-PR. 2008, 8 : 31-49.

[34] Norcross J. C. Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to clients. New York, Oxford University Press, 2002.

[35] Goldfried M. R. What has psychotherapy inherited from Carl Rogers ? Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training. 2007, 44, 3: 249-252.

[36] Law M, Baptiste S, Mills J. "Client-centred practice: What does it mean and does it make a difference ?" Canadian Journal of Occupational Therapy. Toronto: 1995, 62, 5: 250-257.

[37] Lazarus A. On necessity and sufficiency in counseling and psychotherapy (revisited), Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training. 2007, 44, 3 : 253-256.

[38] Dictionnaire Larousse. Confiance. [En ligne] http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/confiance/18082 Consulté le 21/04/17

[39] Bellenger L. La confiance en soi : connaissance du problème, applications pratiques. ESF ; 1994 : 131p.

[40] Ministre de la santé et des sports. Arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'Etat d'ergothérapeute. JORF n°0156 du 8 juillet 2010. p 12558 [En ligne] https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000022447668&categorieLien=id Consulté le 22/04/17.

[41] Meyer S. De l'activité à la participation. De Boeck ; 2013 : 274p.

[42] Freud S. La naissance de la psychanalyse. PUF ; 1956 : 426p.

[43] Marc E. Le changement en psychothérapie. Paris : Dunod ; 2002 : 198p.

[44] Klein F. Le moindre des soins. In : Klein F. Etre ergothérapeute en psychiatrie. Erès ; 2014 : 17-38.

[45] Tosquelles F. Le travail thérapeutique en psychiatrie. Paris : Erès ; 2009 : 168p.

[46] Morel-Bracq MC. Activité et qualité de vie, la théorie du Flow. ErgOthérapies. 2001, 4, 19-25.

[47] Csikszentmihalyi M. Vivre, la psychologie du bonheur. Robert Laffont ; 2004 : 283p

[48] Pibarot I. Ne dites pas à ma mère que j'ergonne, elle croit que je travaille. Journal d'ergothérapie. 1999, 21, 4, 200-204.

[49] Morrison T, Smith J. Working alliance development in occupational therapy : A cross-case analysis. Australian Occupational Therapy Journal. 2013; 60 : 326-333.

[50] Salès-Wuillemin, E. Méthodologie de l'enquête, in : M., Bromberg et A., Trognon. Psychologie Sociale 1, Presses Universitaires de France ; 2006 : 45-77.

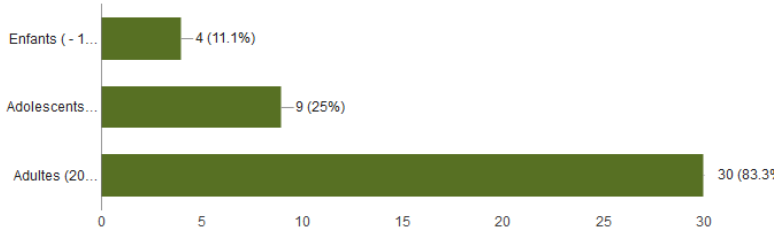
[51] QSR International. Nvivo : le logiciel numéro 1 pour l'analyse de données qualitatives. [En ligne] http://www.qsrinternational.com/nvivo-french Consulté le 03/05/17

Annexes :

Annexe 1 : Résultats de la pré-enquête :

1. Avec quelle(s) tranche(s) d'âge travaillez-vous ?

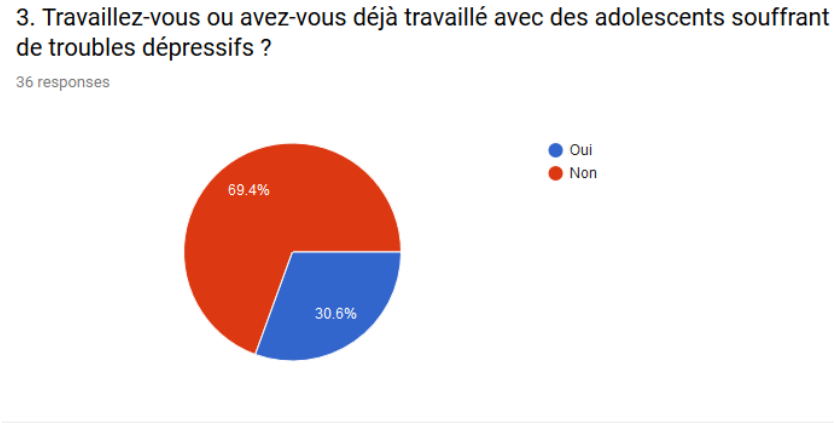
36 responses



2. Quels sont les principaux diagnostics des patients que vous accompagnez ?

POLYHANDICAP, maladies génétiques rares, autisme, quadriplégie spastique
Schizophrénie, psychose infantile, trouble de la personnalité, dépression
Toutes les pathos psychiatriques
Schizophrènie, psychopathie, troubles addictifs, bipolaité
Schizophrène et trouble du comportement
dépression, états limites, début de psychose
Psychose et névrose
toutes pathologies
Tdah (enfants) dépressif alcoolo-dependant bipolaire schizophrène (adulte) deux structures hdj
Psychose
schizophrénie et troubles de l'humeur (manie, dépression)
troubles de l'humeur, troubles de la personnalité, troubles psychotiques
Schizophrénie, dépression
Psychoses, troubles du comportement
Schizophrènie, bipolaité
trouble de l'humeur
schizophrénie, dépression, angoisse, bipolarité, addictions, BD
adultes : névroses / psychose - ados : pas de diagnostique : troubles du comportement, descolarisation, choc post traumatique
schizophrénie, bipolarité, dépression
Tous types de psychose et névroses
Psychose, Autisme, Etat limite, Troubles du comportement
dépression, alcoolisme, troubles anxieux, schizophrénie
Schizophrénie, bipolaire
borderline, dépression, schizophrène, maniaco-dépressif....
schizophrenes, bipolaires, addictions
Schizophrénie, psychopathie, troubles addictifs, bipolaité

Psychose, syndrome dépressif
dépression, états limites, début de psychose
Particulièrement des névroses
toutes
Trouble anxieux, schiophrénie
psychose
schizophrénie et troubles de l'humeur (manie, dépression)
schizophrénie, bipolarité
Schizophrénie, psychose infantile, trouble de la personnalité, dépression
Toutes les pathos psychiatriques



4. Pensez-vous que les adolescents souffrant de troubles dépressifs nécessitent un accompagnement relationnel particulier ?

Oui
oui
Oui
Oui
Oui
comme tout autre patient en psychiatrie
oui! comme avec tout patient il faut s'adapter à la personne!!
oui. pour moi le cadre doit être souple sans qu'il disparaisse
oui
Oui, comme tous les adolescents souffrant de troubles psychiatriques
Oui, il faut être vigilant et à l'écoute tout en gardant un cadre bien définit et en respectant certaine distance avec l'adolescent

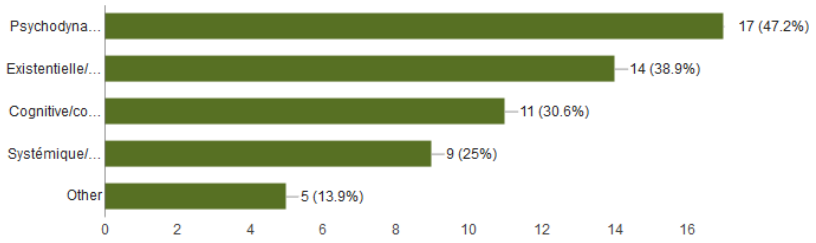
5. Selon votre expérience, quelle est l'utilité de la relation dans le processus de soin des troubles dépressifs d'un adolescent ?

très importante mais la spécificité ergothérapeutique est l'utilisation d'une activité médiatrice l'établissement d'une relation de confiance est la base du travail
La relation est essentielle dans le suivi... les activités et médiations proposées ne sont que

prétextes à la mise en place d'une relation transférentielle!
Elle est capitale, comme dans toute relation de soin, et particulièrement en psychiatrie. Pour un ado, la qualité de la relation sert de base, de constante, qui peut permettre des propositions de soin qui seraient susceptibles d'être refusées. Un adulte sera moins enclin à refuser, dans la mesure où il est plus respectueux de certains codes interpersonnels (ce que propose le soignant, considéré comme le sachant, a de forte chance d'être accepté par l'adulte).
Primordial pour permettre une relation de confiance lui permettant de s'exprimer librement et de gagner en autonomie tout en se sentant à sa place s'enfant
permettre une remise en action, valorisation, verbalisation
Diminuer le risque de passage à l'acte (auto et/ou hétéroagressif)
remettre du langage et du sens à ce qui s'exprime par des symptômes, en étant soi même dans une posture différente de celle d 'un parent ou d'un enseignant
Dans ce domaine, en pratique, il faut installer de la confiance entre l'intervenant et l'adolescent. En restant à l'écoute et disponible, petit à petit, l'adolescent pourra venir vers nous et peut-être déployer des choses pendant l'activité. Il doit se sentir en sécurité dans le système dans lequel il est et avec les gens qui l'entourent pour se livrer et commencer un travail avec lui.
La relation thérapeutique est la moitié du travail de l'ergotherapeute, d'autant plus avec un adolescent en quête de lui-même, de ses repères et de la projection de son avenir

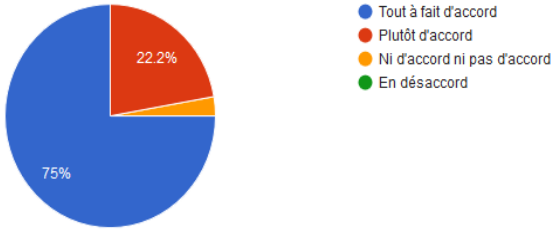
6. De quelle approche psychothérapeutique votre pratique découle t-elle le plus ?

36 responses



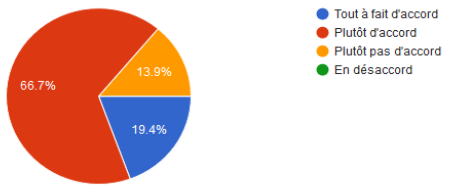
7. Dans quelle mesure êtes-vous d'accord avec la proposition suivante « la relation n'est pas seulement une aide à la thérapie, elle est thérapeutique »

36 responses



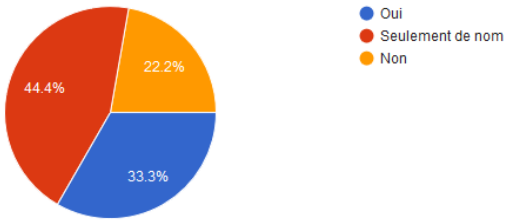
8. Dans quelle mesure êtes-vous d'accord avec la proposition suivante « L'individu possède en lui-même des ressources considérables pour se comprendre, se percevoir différemment, changer ses attitudes fondamentales et son comportement vis-à-vis de lui-même. Mais seul un climat bien définissable, fait d'attitudes psychologiques facilitatrices, peut l permettre d'accéder à ses ressources »

36 responses



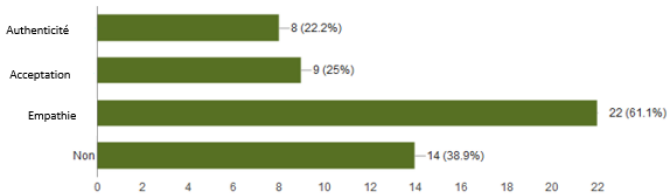
9. Connaissez vous l'Approche Centrée sur la Personne de Carl Rogers ?

36 responses



10. Connaissez vous les attitudes psychologiques facilitatrices qui sont décrites dans l'Approche Centrée sur la Personne ?

36 responses



11. Les pratiquez-vous lors de vos accompagnements ?

Oui
Oui
Oui
Oui
Oui
Oui
Oui
Oui
Non
Non
Non
Non
Non
Non
Probablement partiellement
Pas à ma connaissance
Oui
Oui
Oui
Oui
j'essais
oui mais sans connaître le lien avec Rogers
Peut être de façon inconsciente dans la mesure où je ne connais pas cette approche oui mais pas que!
Pour les 2 dernières je pense. Je ne connais pas la définition de la congruence...!
Pas volontairement, pas de façon pensée car je ne maitrise pas
Schizophrènie, psychopathie, troubles addictifs, bipolaité
Peu être sans le savoir
Un peu, pas forcement de manière très systématique
Partiellement

Sans doute, en les nommant autrement , ou sans les nommer, l'expérience compte aussi
Oui toujours, c'est aussi comme ça que j'installe une relation de confiance avec les patients.
Je prends la personne dans sa globalité et non en fonction de sa pathologie comme le décris cette approche mais je ne la connais pas assez que pour savoir si je la pratique vraiment
Peut être sur le savoir, car cette approche ne m'est pas connue sous ce nom
Quand c'est adapté
Ayant été sensibilise legerement a cette approche lors de mes etudes, je tends a appliquer ces principes. Cependant ils ne decoulent pas directement d'une etude des travaux de Carl Rogers

.

12. Quel est votre avis sur l'utilité et l'efficacité de l'Approche Centrée sur la Personne en ergothérapie ?

comme je ne connais pas vraiment je ne peux pas répondre, mais je vais me renseigner
C'est peut étre une approche intéressante, mais je crois qu'il est important d'utiliser les approches en lien avec un modèle conceptuel ergothérapique (identité professionnelle)
Aucun comme je n'ai pas une idée précise de cette approche
Je n'en sais rien, mais j'en entends parler, et je sais que je m'y pencherai un jour...
c'est 1 approche que j'aimerai approfondir
c'est une bonne base... mais on peut aller plus loin !
utile et efficace si correctement réalisée mais pas toujours simple
ce n'est pas seulement utile, c'est incontournable ! je ne vois pas comment nous pourrions ne pas baser notre relation sur les éléments précités. Par ailleurs, je vous invite à mettre en lien ces éléments avec le développement de la motivation et de l'engagement dans les soins. Je entrent dans la maladie (schizophrénique ou bipolaire). La question de la motivation me semble centrale et totalement corrélée à la relation. Notre regard positif inconditionnel impacte également l'estime de soi, si fragile chez les plus jeunes... Désolée, je ne fais pas que répondre je vous ajoute des pistes. Bon courage pour votre mémoire.
D'après les 2 termes que je comprends, je pense que cette approche doit être utile et efficace. à approfondir
C'est pas mal ca permet de fonder des bases solides pour une bonne relation de confiance
Utile en psychiatrie
ce sont des outils qui peuvent être utilisés et avoir leur efficacité
l'approche semble intéressante... à approfondir
Utile
Pas inutile selon les situations, pas une méthode miracle non plus à approfondir et à appliquer en complémentarité avec des modèles conceptuels
Je pense que cela est très (trop) théorique et que elle n'est pas forcément applicable point par point sur le terrain.
je ne la connais pas assez pour la juger
je n'ai pas d'avis précis, ne connaissant pas suffisamment
Pour moi C'est l'essentiel, la personne est l'essentiel. Nous travaillons avec de l'humain, avec des personnes fragiles. Il faut que nous soyons capable de les accueillir tel qu'ils sont. Les autres approches sont interessantes mais dans un second temps pour moi, pour approfondir un travail personnalisé (comme l'approche cognitivo comportementale ou même l'approche systémique), alors que la relation centré sur le patient est primaire a n'importe quelle relation

thérapeutique.
C'est une très bonne approche mais je ne la connais pas assez
Meilleure compréhension de soi. Meilleur investissement dans le soin
l'efficacité je ne sais pas, mais c'est parfois nécessaire à la relation et l'accompagnement
ce sont de bons outils pour entrer en relation avec la personne et lui permettre de poursuivre
sa réflexion sur elle-même
Je ne m'y connais pas assez pour y répondre

Annexe 2 : Retranscription de l'entretien avec l'ergothérapeute A

De quelle manière pensez-vous que ces attitudes ont une incidence, directe ou indirecte, sur l'état dépressif de l'adolescent ?

A : Je pense que notamment avec les adolescents ce qui est le plus compliqué c'est la mise en mots, déjà de réussir à se rendre compte de ce que, eux ils peuvent ressentir, prendre conscience de leur ressenti et après la mise en mots. Donc le fait, en tant que thérapeute, on puisse leur renvoyer ce que nous on ressent et nos ressentis, ça va leur permettre dans un premier temps de s'appuyer dessus, pour aider leur réflexion et leur prise de conscience et petit à petit ils vont pouvoir prendre l'habitude d'être plus à l'écoute de leurs ressentis, se les approprier et ainsi plus les verbaliser par eux-mêmes.

Du coup, vous avez commencé à aborder le thème suivant, quels sont les changements que vous observez dans le comportement de l'adolescent lorsque vous vous montrez authentique, empathique et portez un regard positif inconditionnel ?

A : Ça va aider à la relation de confiance, ça va permettre qu'ils soient moins dans une attitude méfiante et qu'ils puissent petit à petit plus oser se livrer et parler d'eux. Donc après ça va permettre au fur et à mesure de plus en plus de verbalisation possible

Et au niveau de la personnalité même de l'adolescent, de quelle manière va-t-elle changer dans une relation centrée sur la personne ?

A : il va évoluer, mais après là ce qui est compliqué c'est de dire ce qui est relatif à la prise en charge ergo. La personnalité de l'adolescent va évoluer au fur et à mesure de sa prise en charge mais ce n'est pas forcément que grâce à la prise en charge ergo. Là où je travaille, on est vraiment une très grosse équipe de thérapeutes : art thérapeute, psychomotricien, psychologue clinicienne, psychiatre, infirmières ; il est compliqué d'évaluer l'impact, on ne peut pas dire que l'évolution est juste lié à l'intervention en ergothérapie mais grâce à tout le travail qui va être fait, par le soin en général. Aussi, du fait de l'évolution du patient, mais aussi par rapport à son âge, l'adolescent étant une période charnière où de toute façon tout adolescent est complétement en construction, c'est la période de la vie où il y a la plus grande évolution, donc le changement se ressent aussi même s'il est dépressif, donc réussir à évaluer

l'impact de cette relation est complexe, trop de facteurs s'ajoutent. L'adolescent va grandir. Si tu as un patient qui arrive dans le service qui a 12 ans, forcément les capacités d'élaboration et de verbalisation forcément elles vont être un peu limitées, et s'il sort du service et qu'il en a 16, forcément, presque de par son âge, ses capacités d'introspection vont être différentes. Déjà, juste de par son âge, et après tout le travail qui va être fait par tous les thérapeutes dans tous les espaces thérapeutiques, dans la vie du service en général qui vont s'ajouter. J'aimerais pouvoir dire que je suis trop forte et que tout est grâce à moi mais voilà

Oui effectivement je vois, les liens entre la relation et la modification de personnalité sont complexes à évaluer. Nous passons à une autre question, quels liens faites-vous dans votre pratique entre la relation centrée sur la personne et l'activité ?

A : Elles sont complétement imbriquées. En tant qu'ergo, il y a le schéma de la triangulation patient-thérapeute-activité, c'est complétement imbriqué c'est-à-dire que l'activité va permettre d'entrer en relation avec le patient et la relation, au fur et à mesure qu'elle va se construire, elle va permettre aussi que l'activité se fasse de mieux en mieux, et ainsi que la relation évolue, donc voilà les deux sont complétement imbriqués.

Ca coexiste donc vraiment l'une dans l'autre, en concomitance.

A : Oui c'est ça.

D'accord. Vous aviez évoqué tout à l'heure la relation de confiance, comment vous adaptez la relation pour faire émerger de la confiance entre l'adolescent et vous ?

A : Déjà dans mon service je suis pratiquement la seule à les tutoyer, il y a quelques infirmiers qui tutoient, mais les autres en tout cas vouvoient. Voilà moi j'ai pris le choix du tutoiement, je pense qu'il est plus facile d'entrer en relation comme ça avec eux que de vouvoyer un gamin de 12ans. Je pense que ça va faciliter, ça va mettre une distance un peu moins grande que le vouvoiement mais en même temps ça ne va pas empêcher le respect et le travail thérapeutique. Et eux ont la possibilité de me tutoyer ou de me vouvoyer comme ils veulent, généralement la majorité vouvoie, mais s'ils veulent tutoyer c'est quelque chose que je laisse faire… quel était le sujet exactement ?

C'était à propos de comment vous adaptez votre positionnement relationnel pour créer une relation de confiance.

A : Après c'est la question du positionnement en général, il ne faut pas se retrouver dans une position trop maternelle, parce que ça joue encore plus quand on a des enfants, des adolescents et quand on est maman soi-même, mais en même temps avoir la bonne distance pour rester thérapeute, c'est-à-dire faire attention à ce qu'on va livrer de soi, à ne pas leur en donner trop, en donner un tout petit peu, sur des choses j'ai envie de dire, futiles. Je pense qu'il faut quand même pouvoir donner un petit peu de soi si on veut qu'en face ils puissent se sentir en confiance et avoir envie de nous parler mais sans entrer sur des choses personnelles qui ne les regardent pas. Par exemple je ne leur parle pas de mes enfants par contre ils savent que j'ai un chien et ils connaissent les bêtises de mon chien c'est pas grave.

Ok je vois il y a une limite que vous instaurez par rapport à ce que vous ressentez pouvoir laisser ou pas à l'adolescent.

A : Oui voilà

Ok. Une autre question, par rapport à l'autonomie de l'adolescent, comment faites-vous dans la relation pour développer ses capacités décisionnelles ?

A : L'idée c'est surtout de faire attention à ne pas décider à leur place. Donc toujours leur renvoyer la question, d'essayer au maximum même quand ils sont bloqués, d'essayer de soutenir sans en arriver à prendre la décision à leur place. Si on leur propose quelque chose, c'est toujours plusieurs choix pour essayer de les aider à se positionner, d'essayer au maximum, s'ils n'arrivent pas à faire un choix de trouver des manières pour eux de réfléchir c'est-à-dire comment est-ce qu'ils vont faire ce choix, s'ils peuvent faire un tableau avec pour ou contre, les aider à trouver les critères qui vont les aider à faire un choix...

Du coup, essayer de leur donner des stratégies pour peser des situations et arriver à une décision par eux-mêmes.

A : Voilà c'est ça, puis leur laisser le temps aussi, c'est-à-dire que la majorité du temps en ergothérapie on a le temps de faire des choses. Par exemple s'ils en sont à choisir l'objet qu'ils vont faire, on n'est pas obligés dans les 10minutes d'avoir trouvé l'objet, le temps de la réflexion est très important aussi, on peut aussi essayer de prendre le temps jusqu'à la semaine d'après, de réfléchir, de chercher des modèles des choses comme ça, mais pour pas que les choses se fassent dans la précipitation, pour que les choses soient construites.

Ok, et au final qu'est ce qui pour vous dans la relation fait regagner son autonomie à l'adolescent ?

A : Je dirais la multiplication des expériences positives à travers l'activité et la relation qui va avec. L'adolescent il est dans une période de construction, c'est-à-dire que contrairement à des adultes qui normalement sont sensés avoir « une base » à partir de laquelle tu travailles, pour les adolescents il y en a qui peuvent avoir une base qui n'est pas construite, où les parents n'ont pas eu les ressources suffisantes pour pouvoir leur donner une base solide de fonctionnement et où il y a plein de choses qu'ils ne savent pas faire par eux-mêmes parce qu'on ne leur a jamais montré. Il y a donc d'abord toute cette partie de leur montrer les choses pour qu'après ils puissent se les approprier et acquérir plus d'autonomie.

Quand vous dites montrer des expériences, de quoi parlez-vous exactement ?

A : Souvent il faut d'abord leur montrer des fonctionnements puis au fur et à mesure toutes ces petites expériences qu'ils vont vivre, que ce soit en ergo ou ailleurs vont faire qu'ils vont constituer un bagage qui va leur permettre après de gagner en autonomie.

D'accord. Nous allons finir en revenant sur la verbalisation que vous avez évoqué au début. Comment faites-vous, de quelle manière utilisez-vous la relation pour faciliter la verbalisation des ressentis de l'adolescent ?

A : Parfois la verbalisation va se faire assez rapidement et d'autres pour lesquels la relation va devoir se construire petit à petit de manière à permettre justement qu'ils soient suffisamment en confiance pour en arriver à cette verbalisation. C'est difficile de définir cette relation, c'est une relation qui se construit au fur et à mesure.

Et comment vous placez-vous dans cette relation, quelles attitudes vous mettez en place pour qu'il puisse être amené à verbaliser plus facilement ?

A : Ce qui me parle le plus dans cette situation, c'est l'attitude empathique qui serait très importante et aussi le non jugement. Le fait de leur faire comprendre que l'espace de l'ergo c'est vraiment un espace où ils vont pouvoir se livrer, où y'aura pas de jugement où on aura une attitude bienveillante, dans un but juste d'essayer de les aider, de les aider à réfléchir, d'être plus une béquille pour eux et c'est ça que j'espère, en tout cas, c'est ce que j'essaie de laisser transparaitre pour qu'après ils se sentent suffisamment en confiance pour pouvoir déposer des choses et qu'après on réfléchisse ensemble et leur dire qu'ils ne sont pas tout seul face à leurs difficultés mais que nous on est là pour essayer de faire un bout de chemin avec eux et de réfléchir avec eux à ce qui ne va pas, pourquoi ils ont été hospitalisé et essayer de déblayer un peu tout ce qui va pas.

Annexe 3 : Retranscription de l'entretien avec l'ergothérapeute B

De quelle manière pensez-vous que ces attitudes ont une incidence, directe ou indirecte, sur l'état dépressif de l'adolescent ?

B : Je pense que les attitudes du thérapeute ont une grande incidence sur l'état du patient parce que l'état dépressif c'est lié entre autres à des troubles par rapport à son développement personnel, des évènements qui sont compliqués à accepter. Le fait d'être à l'écoute du jeune et de ce qu'il ressent à l'intérieur ça lui permet d'être accompagné pour continuer ce développement de manière plus harmonieuse avec lui-même et ce qu'il ressent.

Qu'est ce que vous pouvez observer comme changements dans le comportement de l'adolescent lorsque vous vous montrez justement authentique, empathique et portez un regard positif inconditionnel ?

B : On peut observer qu'ils ont une plus grande facilité à se livrer, à nous faire part de leurs conflits internes. Généralement ce qui les préoccupe ça va être des différences entre ce qu'ils ressentent au niveau de leur développement et de ce qui est attendu d'eux de la part de la société, des codes sociaux, ils ont plus de facilité à se livrer et nous faire part de leurs ressentis, tout ce qui les dérange chez eux par rapport à la norme qu'ils sont sensés atteindre, du coup on a un accès qui est plus facile à leur monde intérieur et aux problèmes qui en découlent.

Et donc de quelle manière allez-vous voir la personnalité de l'adolescent évoluer face à ces attitudes ?

B : Surtout au niveau de la communication verbale, elle va être améliorée et il mettra plus de mots sur ce qui le dérange et il nous en fera plus part. Après ça va beaucoup dépendre de l'adolescent avec qui on travaille, ça dépend de sa personnalité de base. Par exemple être tout le temps dans l'empathie ça peut être frustrant pour l'adolescent parce que lui peut chercher à entrer en conflit avec ce qui représente une certaine autorité, de par l'âge adulte. Donc, le fait qu'on n'entre pas en conflit avec lui peut être déstabilisant mais ça va souvent l'amener à se sentir plus accepté tel qu'il est et de développer ses capacités d'auto détermination, de réflexion sur soi et d'introspection sur les changements qui s'opèrent en lui qui peuvent être déstabilisant.

Quels liens faites-vous entre la relation centrée sur la personne et l'activité ?

B : Ça va être un meilleur engagement dans l'activité pour tout ce qui est communiquer ses conflits internes, ces attitudes vont permettre d'augmenter l'engagement que va avoir l'adolescent à se livrer de manière authentique comme nous on peut l'être dans la relation, et lui permettre de participer pleinement à l'activité et d'en tirer tous les profits qui peuvent en ressortir. L'activité va catalyser tout ce qui est manifestation du subconscient et des conflits internes, et notre manière d'être dans la relation, ça permet de favoriser l'expression verbale de ce qui est vécu à travers l'activité, de retranscrire par langage verbal tout ce qui a pu être mis à jour au cours de l'activité. Donc les deux sont complémentaires dans la thérapie.

Comment adaptez-vous la relation pour faire émerger de la confiance entre l'adolescent et vous ?

Ça va être déjà en gardant les principes de Rogers de l'authenticité, de l'écoute non jugeante, de l'empathie. En se centrant sur la compréhension de l'adolescent, sur l'explication de ses symptômes avec lui. Après ça va dépendre de comment l'adolescent entre dans la relation, s'il est plutôt dans un schéma conflictuel ou s'il est plutôt dans un schéma de volonté d'entrer en relation avec nous. Ça va être surtout centré sur le fait d'accueillir la personne comme elle est, ne pas remettre en doute ses convictions, ses valeurs, d'expliquer ce qu'on fait pourquoi on le fait, de vraiment s'intégrer et de l'intégrer au processus de changement, recueillir son accord, ça va passer par toutes ces choses-là.

Et tout cela va aboutir à une relation de confiance ?

B : Oui c'est vraiment en livrant ma personnalité, ce que je ressens, ma façon de penser et ma façon d'être en tant qu'être humain que j'obtiens sa confiance. En étant moi-même il va m'associer à quelqu'un de sûr qui n'a pas de désir caché de lui imposer son pouvoir. Je ne change pas mes valeurs pour correspondre aux siennes ni pour correspondre à ce qu'on attend de moi, je reste franche et intègre dans ce que je suis et que je ressens intérieurement.

Comment vous positionnez-vous dans la relation pour permettre à l'adolescent de développer ses capacités décisionnelles ?

B : Comme un catalyseur, quelqu'un qui est là pour accueillir tout ce qui peut découler de ses différentes réflexions, aider à s'organiser, accompagner dans l'organisation des différents processus, et écouter, ne pas agir dans la décision de l'adolescent, le laisser prendre ses

propres décisions, éventuellement expliquer, mettre des mots sur des choses qui le dérangent, avoir une meilleure compréhension de ce qui se passe en son for intérieur et surtout ne pas prendre la décision à sa place.

Dans tout cela, d'après vous, quelles attitudes relationnelles mettez-vous en place qui permettent à l'adolescent de regagner en autonomie ?

B : En ne l'orientant pas vers les décisions que moi j'ai en tant que personne j'aimerai qu'il prenne mais en le laissant prendre son propre choix, en le respectant, en explicitant les différentes possibilités qu'il a devant lui éventuellement mais le choix ne nous revient pas mais revient à lui. Si on n'oriente pas ça augmentera son autonomie propre.

De quelle manière utilisez-vous la relation pour faciliter la verbalisation des ressentis de l'adolescent ?

B : Je peux être amené à verbaliser moi-même ce que je ressens par rapport à ce qu'il me dit et par rapport à ce qui s'échange entre nous dans la relation, et du coup en étant moi-même à l'écoute de ce qui est vécu intérieurement, ça l'amènera à verbaliser plus fréquemment ce qu'il ressent

Annexe 4 : Retranscription de l'entretien avec l'ergothérapeute C

De quelle manière pensez-vous que ces attitudes ont une incidence, directe ou indirecte, sur l'état dépressif de l'adolescent ?

C : Je pense que ces attitudes peuvent avoir de bons résultats avec l'adolescent dépressif mais ça va beaucoup dépendre de l'expérience du thérapeute et de la manière dont il s'approprie ces attitudes. On n'est jamais sûr de la vérité de ce qu'on ressent pour ma part. Il faut faire attention, ce n'est pas une vérité, c'est un lien entre une vérité intérieure du thérapeute et une vérité supposée du patient. Tout ce qui peut toucher à l'empathie, à la compréhension de ce qui se passe chez le patient, avec un recul qui me fait dire que tout ce que je pense n'est pas juste. C'est une hypothèse que peut-être je vais vérifier de manière indirecte avant de la proposer au patient, du fait de l'écart entre les différents patients. J'ai par exemple un discours empathique avec ceux pour qui je pense que l'empathie peut fonctionner, c'est-à-dire que toute chose sentie n'est pas forcément bonne à dire, ou ce n'est pas forcément à mon sens, le moment de le dire. J'essaie de leur renvoyer des ressentis pertinents, qui peuvent les amener à s'exprimer plus et verbaliser leurs ressentis. C'est très complexe de généraliser un résultat.

Et à partir de cette relation centrée sur la personne que vous mettez en place que pouvez-vous observer comme changements dans le comportement de l'adolescent ?

C : Parce que les adolescents peuvent avoir différentes personnalités, ça va dépendre de qui j'ai en face. En plus il peut y avoir d'autres problématiques que la dépression elle-même chez

l'adolescent dépressif. Ça va dépendre de qui il y a en face, même si je n'ai pas une attitude univoque, ça va dépendre de la rencontre que je fais. Cette rencontre va utiliser le sentiment empathique mais pas forcément le communiquer en direct.

Donc les changements de comportements que vous pouvez observer dépendent vraiment de la personnalité de l'adolescent avec qui vous entrez en relation.

C : Voilà, du temps depuis lequel je le connais, du moment de sa vie auquel on se rencontre. En général, bien se positionner dans une relation centrée sur la personne rendra l'adolescent plus ouvert et moins défensif.

Dans votre pratique, quels liens faites-vous entre la relation centrée sur la personne et l'activité ?

C : Je dirais que c'est la relation qui va, dans la majorité des cas, apporter une certaine qualité d'activité. Je ne prends jamais un patient en séance et en activité sans faire d'entretien, sans qu'il y ait une rencontre individuelle au préalable. La relation se construit en premier lieu, et c'est après cette rencontre que je proposerai ou que j'estimerai que l'indication médicale par rapport à l'activité est indiquée ou pas. A ce moment s'engage un travail, avec au moins un objectif ergothérapique où l'activité prend sens dans la relation.

Et selon vous, que permettent ces attitudes de relation par rapport à l'activité, ou, que permet l'activité par rapport à ces attitudes de relation ?

C : La relation pour moi doit être construite avant toute activité, même si parfois elle est difficile. La relation va évoluer d'elle-même par le temps passé avec l'adolescent, et les mises en situation, les expériences que sont ces activités peuvent engager des évolutions chez l'adolescent.

Comment adaptez-vous la relation pour faire émerger de la confiance entre l'adolescent et vous ?

C : Par des rencontres individuelles avant tout, pour moi c'est la clé du début de la prise en charge. Ce qui va se passer quand je vais rencontrer l'adolescent, c'est que je vais commencer par les faire parler d'eux sur le plan de leur scolarité, de leurs loisirs, tout ce qui touche à l'activité au sens large et donc en même temps il y a un début de relation qui se tisse, sauf s'ils sont incapables de relation, parce qu'il y en a certains qui sont très très en difficulté au niveau de la relation. Ils peuvent être repliés sur eux-mêmes.

Et dans ces cas-ci par exemple, comment vous vous y prenez pour créer une relation de confiance ?

C : Il va falloir s'adapter au plus à la personne, ce qui veut dire parfois respecter sa position dans la relation et commencer par faire des entretiens brefs. Puis en passant par la médiation de l'activité, la relation peut être plus supportable. Aussi dans certains cas, je peux commencer par des questions sur l'adolescent pour créer du lien, par les manières de les poser

pour s'intéresser à lui. Ça peut créer une forme d'ouverture suffisante pour démarrer la relation.

Quel est votre attitude relationnelle à ce moment-là ?

C : Je ne parle pas de moi en tant que personne, de ma vie ou des choses comme ça, par contre je peux faire part d'un sentiment quand je connais bien l'adolescent. J'essaie d'être le plus accueillante possible, je ne suis pas du tout dans une froideur professionnelle, mais parfois il faut mettre de la distance avec certains. Par exemple je ne révélerai rien de ma vie personnelle mais ça n'empêche pas d'être très engagé dans la relation, d'y mettre de ma personne, tout en gardant une distance relationnelle et en restant sur un plan verbal assez professionnel. J'essaie d'être empathique aussi, mais dans une empathie qui fonctionne dans les deux sens. L'empathie fonctionne dans la compréhension de l'autre et aussi il faut comprendre que parfois il faut mettre de la limite.

Comment vous positionnez-vous dans la relation pour permettre à l'adolescent de développer ses capacités décisionnelles ?

C : Intéressant ça. Je travaille beaucoup là-dessus en les obligeant dans certains types d'activité à se positionner dans les choix. Notamment je travaille beaucoup par les sorties qu'on fait, ils sont obligés… tenus de lire les résumés des films, de regarder qui est la troupe de théâtre qu'on va aller voir et de donner un par un, un avis sur leur envie de voir ou de ne pas voir. Ensuite ils donnent un retour de comment ils ont reçu, pour moi c'est là que je travaille ce positionnement. Je les engage fortement à se forger leur propre avis. Je leur dis à quel point c'est important, je donne beaucoup de valeur à ça et je les engage dans ce sens.

Et en plus de cela, que mettez-vous en place qui permet à l'adolescent de regagner en autonomie ?

C : Je peux les aider, leur faire des suggestions, ils peuvent rebondir sur ce qui a été dit par d'autres, savoir si eux ils s'y retrouvent, ça dépend. Là aussi ils peuvent avoir de la difficulté à prendre la parole, être peu sûrs d'eux même, avoir peur de dire qu'ils n'ont pas aimé. C'est aller chercher un avis, même si la personne dit peu de choses, au moins qu'elle exprime un peu son avis personnel. Dans ces conditions j'essaie surtout de les rassurer sur le fait qu'ils sont dans un espace de sécurité et qu'ils peuvent dire quelque chose sans être jugé.

Dans la pratique, de quelle manière utilisez-vous la relation pour faciliter la verbalisation des ressentis de l'adolescent ?

C : déjà quand on interpelle quelqu'un directement sur son ressenti on est dans la relation. Après il ne faut pas être exigeant sur la quantité, laisser le choix à l'adolescent de dire peu. Après c'est surtout le suivi individuel et les temps de relation individuels qui vont permettre à l'adolescent de se sentir pris en compte personnellement par rapport aux autres dans le service. C'est un appui sur ça qui va faire qu'il peut nous confier quelque chose. Surtout que je suis actuellement dans un service où je suis une quinzaine d'adolescents, et la relation se construit sur l'engagement des deux parties. Et parfois même si la quantité de relation est réduite en temps, ça peut être très important pour l'adolescent. Et au contraire si la relation est

trop forte elle peut devenir encombrante. Il y a beaucoup de nuances à apporter, notamment sur l'empathie, on ne peut pas être subtil et efficace dès le début, ça demande de l'expérience et on peut se planter. Mais si on arrive à une certaine compétence avec l'empathie, et si on ressent correctement ce qui se passe chez l'adolescent, il pourra se servir de nous comme point de départ pour découvrir ses propres ressentis.

Résumé et mots clés :

Mots clés : ● Relation ● Dépression ● Adolescents ● Approche Centrée sur la Personne ● Ergothérapie

L'adolescent traverse une période tumultueuse de construction et de changements. Il est particulièrement vulnérable à un épisode dépressif et peut avoir besoin d'un accompagnement relationnel particulier. Après avoir passé en revue les attitudes décrites dans l'Approche Centrée sur la Personne, nous nous intéressons à l'étude clinique des intérêts et des limites de l'inclusion des attitudes d'authenticité, d'acceptation positive inconditionnelle et d'empathie dans la pratique des ergothérapeutes travaillant avec des adolescents souffrant d'un épisode dépressif. Trois ergothérapeutes ont été interrogés sur leurs attitudes relationnelles et leurs réponses ont été analysées par rapport à différents buts de la relation dans ce contexte : la modification de la personnalité, l'engagement de l'adolescent dans l'activité, la création d'une relation de confiance, le développement de l'autonomie et la facilitation du processus de verbalisation. L'Approche Centrée sur la Personne semble présenter des intérêts mais ne semble pas pouvoir être appliquée sans être adaptée à ce contexte particulier.

Abstract and Keys Word :

Key words: ● Relationship ● Depression ●Adolescents ● Client-centred therapy ● Occupational therapy

Adolescents pass through a huge transition phase and are particularly vulnerable to depressive disorders. They often need a relational support. After a description of the client-centred approach, we focus on a clinical study about interests and limitations in the inclusion of congruence, unconditional positive regard and empathy into occupational therapists' practice with adolescents suffering from depressive disorder. Three occupational therapists were interviewed about their attitudes. Their answers were analyzed in relation to the goals of a relationship: personality changes, adolescent's commitment, establishment of the trust relationship, development of autonomy and verbalization of emotions. The client-centred approach seems to present interests but does not seem able to be applied without being adapted to this context.