



HAL
open science

L'utilisation des pratiques psycho corporelles par les ergothérapeutes auprès de patients anxieux et dépressifs

Adlie Jouanny

► **To cite this version:**

Adlie Jouanny. L'utilisation des pratiques psycho corporelles par les ergothérapeutes auprès de patients anxieux et dépressifs. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02269165

HAL Id: dumas-02269165

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02269165v1>

Submitted on 22 Aug 2019

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



Adlie JOUANNY

UE 6.5 S6 : Mémoire d'initiation à
la recherche
16/05/2019

**L'utilisation des pratiques psychocorporelles par les
ergothérapeutes auprès de patients anxieux et
dépressifs.**

Sous la direction de BLANC Catheline et BOUTTIER
Sabrina

Diplôme d'état d'ergothérapie

REMERCIEMENTS

Je tiens tout particulièrement à remercier ...

Ma directrice de mémoire, Mme Catheline BLANC pour ses conseils précieux, ses encouragements et sa présence durant ces trois années de formation,

Ma référente professionnelle de mémoire, Mme Sabrina BOUTTIER pour son écoute et son aide tout au long de mon travail,

L'ensemble des personnes qui ont accepté de m'accompagner jusqu'au bout, de participer à la construction et l'enrichissement de mon travail,

Mes amis de classe, pour leur soutien et leur présence dans les moments difficiles,

Les membres de ma famille pour leurs encouragements et leur amour quotidien,

Et enfin, merci à l'équipe pédagogique pour son accompagnement de qualité tout au long de la formation en ergothérapie.

« Prends soin de ton corps pour que ton âme ait envie de l'habiter »

-Proverbe Indien-

Table des matières

1. Introduction.....	1
1.1. Emergence du thème.....	1
1.1.1. <i>Le contexte</i>	1
1.1.2. <i>Le thème général</i>	1
1.1.3. <i>Les enjeux</i>	2
1.1.4. <i>Définition des termes du thème</i>	3
1.1.4.1. <i>Les troubles anxio-dépressifs</i>	3
1.1.4.2. <i>Ergothérapie en psychiatrie</i>	5
1.2. La revue de littérature	7
1.2.1. <i>Méthodologie de la revue de littérature</i>	7
1.2.2. <i>Synthèse de la revue de littérature</i>	8
1.3. L'enquête exploratoire	14
1.4. Résultats de l'enquête exploratoire :.....	16
1.5. Analyse critique des résultats :	22
1.6. Le cadre de référence	24
1.6.1. <i>Psychologie du travail</i>	24
1.6.2. <i>Les pratiques psychocorporelles</i>	31
2. Matériel et méthode	36
2.1. Population et critères d'inclusion et d'exclusion :.....	36
2.2. Choix de l'outil théorisé de recueil de données :.....	37
2.3. Construction de l'outil théorisé de recueil de données :.....	39
2.4. Le choix des outils de traitement et d'analyse de données :.....	45
3. Discussion des données	45
3.1. Critiques du dispositif de recherche.....	45
3.2. Apports, intérêts et limites des résultats pour la pratique professionnelle.....	46
3.3. Perspectives de recherche et ouverture vers une nouvelle recherche	47
4. Bibliographie	48

5. Annexes :	56
5.1. <i>Annexe 1 : Tableau de bases de données de la recherche</i>	56
5.2. <i>Annexe 2 : Tableau de synthèse de la revue de littérature</i>	57
5.3. <i>Annexe 3 : Tableau de questionnements de l'enquête exploratoire</i>	61
5.4. <i>Annexe 4 : Schema des différents types d'apprentissage par l'expérience</i>	62

1. Introduction

1.1.Émergence du thème

Lors de notre formation en ergothérapie, nous sommes parfois confrontés à différentes situations professionnelles nous remettant en question. En effet, la rupture entre la théorie et la pratique peut être sujette à questionnement.

1.1.1. Le contexte

J'ai pu voir, sur le terrain professionnel, que certains ergothérapeutes utilisent par exemple la relaxation avec succès comme un moyen d'apaiser et calmer les patients présentant des troubles anxio-dépressifs. Effectivement, les ergothérapeutes faisant appel à cet outil en connaissent déjà les bienfaits de manière personnelle. Cependant, cette technique ne semble pas toujours connue ou utilisée par l'ensemble des ergothérapeutes auprès de ce type de patients. Il semble donc important d'interroger l'objectif et la pertinence de l'utilisation de soins et techniques afin d'en mieux cerner les apports.

C'est ainsi, qu'en pratiquant des techniques telle que la relaxation et, en constatant les bienfaits, je me suis questionnée sur une généralisation possible de l'utilisation de ce type de soin dit « psychocorporels » par les ergothérapeutes auprès de patients présentant des troubles anxieux et dépressifs.

1.1.2. Le thème général

Mon travail de mémoire d'initiation à la recherche s'intéresse à l'utilisation des techniques psychocorporelles sur les patients présentant des troubles anxieux et dépressifs par les ergothérapeutes. L'ensemble de ces termes seront définis par la suite.

Ce thème recouvre différents champs de pratiques tels que :

- la psychiatrie en lien avec le public concerné, soit les patients atteints de troubles anxieux et dépressifs
- les sciences humaines, médicales et sociales en lien direct avec l'ergothérapie

- les pratiques psychocorporelles intégrant les pratiques de différents domaines professionnels
- la psychologie puisque l'utilisation des pratiques psychocorporelles en psychiatrie nécessite une compréhension du fonctionnement psychologique des patients.

1.1.3. Les enjeux

Dans le cadre de la thématique abordée, des enjeux apparaissent dans plusieurs domaines, sur lesquelles il est pertinent de se questionner.

➤ **Des enjeux socio-économiques :**

D'après l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé), très peu de pays proposent des aides pour les personnes présentant des troubles mentaux (1). Dans les pays à revenus élevés, 50% des personnes dépressives ne sont pas traitées. De manière générale, 3% des budgets publics sont investis dans la santé mentale. Ainsi, au vu du faible pourcentage dédié à la prise en soin en santé mentale, il semble important et urgent d'intervenir auprès de ces personnes atteintes de dépression.

➤ **Des enjeux professionnels :**

L'objectif de l'ergothérapeute est d'accompagner les personnes en situation de handicap dans la résolution de problèmes en lien avec les activités signifiantes, qui leurs tiennent à cœur. D'après son référentiel d'activité, l'ergothérapeute est en capacité de proposer des « mises en situation d'activités à visée thérapeutique en individuel ou en groupe, visant le développement des capacités motrices, sensorielles, cognitives, comportementales, d'interaction et de communication : expérimentation et utilisation d'activités d'artisanat, d'expression, projectives, ludiques, sociothérapeutiques à visée psychothérapeutique ». Ainsi, l'utilisation d'une technique psychocorporelle met à profit certaines compétences de l'ergothérapeute dans le domaine de la psychiatrie.

➤ **Des enjeux en santé publique :**

D'après l'OMS, « La dépression est la première cause de morbidité et d'incapacité dans le monde ». Selon elle, plus de 300 millions de personnes dans le monde vivent désormais avec ce problème, soit une augmentation de plus de 18% de 2005 à 2015 (2). Le manque de soutien aux personnes ayant des troubles mentaux, associé à la peur de la stigmatisation, empêchent

beaucoup d'entre elles d'accéder aux traitements dont elles ont besoin pour mener une vie de qualité et en bonne santé.

De plus, l'OMS affirme qu'entre 1990 et 2013, le nombre de personnes atteintes de dépression et/ou d'anxiété a augmenté de 50%. De ce fait, il a été publié : « Un programme d'action : combler les lacunes en santé mentale ». Ce programme a pour objectif de lutter contre les différents troubles mentaux et proposer des soins adaptés.

Finalement, les différents enjeux actuels amenés indiquent qu'il y a nécessité d'action, vis-à-vis des patients présentant des troubles anxio-dépressifs, dans l'objectif d'améliorer leur qualité de vie. Ainsi, émerge la dynamique socialement vive de la thématique.

1.1.4. Définition des termes du thème

Afin de mieux saisir les différentes notions abordées dans ce questionnaire, il est nécessaire, avant tout, de définir les termes utilisés.

1.1.4.1. Les troubles anxio-dépressifs

L'anxiété et la dépression peuvent se croiser dans leurs symptomatologies avec complexité. En effet, les troubles dépressifs sont souvent associés à des troubles anxieux plus ou moins sévères. Dans le Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux (DSM IV), les troubles anxieux et dépressifs sont déterminés comme mixtes. Cependant, la nouvelle version de ce manuel, le DSMV, évoque la proximité des symptômes anxieux et dépressifs et parle de comorbidité (3). Il les définit, ainsi, de manière séparée :

« D'après le DSM V, « Les troubles dépressifs comportent le trouble disruptif avec dysrégulation émotionnelle, le trouble dépressif caractérisé (incluant l'épisode dépressif caractérisé), le trouble dépressif persistant (dysthymie), le trouble dysphorique prémenstruel, le trouble dépressif induit par une substance ou un médicament, le trouble dépressif dû à une autre affection médicale, le trouble dépressif autre spécifié et le trouble dépressif non spécifié [...] La caractéristique commune de tous ces troubles est la présence d'une humeur triste, vide ou irritable, accompagnée de modifications somatiques et cognitives qui perturbent significativement les capacités de fonctionnement de l'individu. Ces troubles se différencient entre eux par leur durée, leur chronologie et leurs étiologies présumées. ». La dépression peut se présenter sous forme d'épisodes. En effet, d'après le DSMV, « Les troubles dépressifs caractérisés est l'affection classique dans ce groupe de trouble. Il est caractérisé par des

épisodes délimités d'une durée d'au moins deux semaines, comprenant des changements manifestes dans les affects, les cognitions et les fonctions neurovégétatives, et des rémissions entre les épisodes. Un diagnostic reposant sur un épisode unique est possible, même si ce trouble est récurrent dans la majorité des cas. »

Toujours d'après le DSMV, « les troubles anxieux regroupent des troubles qui partagent les caractéristiques d'une peur et d'une anxiété excessive et des perturbations comportementales qui leur sont apparentés. La peur est la réponse émotionnelle à une menace imminente réelle perçue, alors que l'anxiété est l'anticipation d'une menace future. Les troubles anxieux diffèrent de la peur ou de l'anxiété présente dans le développement normal ; la peur ou l'anxiété est excessive et persistante au-delà des périodes développementales appropriées. Les critères diagnostiques de l'anxiété généralisée sont définis par :

- A. Anxiété et soucis excessifs survenant la plupart du temps durant au moins 6 mois concernant un certain nombre d'évènements ou d'activités.
- B. La personne éprouve de la difficulté à contrôler cette préoccupation
- C. L'anxiété et les soucis sont associés à trois (ou plus) des six symptômes suivants :
 - 1. Agitation ou sensation d'être survolté ou à bout
 - 2. Fatigabilité
 - 3. Difficultés de concentration ou trous de mémoire
 - 4. Irritabilité
 - 5. Tension musculaire
 - 6. Perturbation du sommeil
- D. L'anxiété, les soucis ou les symptômes physiques entraînent une détresse ou une altération cliniquement significative du fonctionnement social, professionnel, ou dans d'autres domaines importants
- E. La perturbation n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance ou d'une autre affection médicale
- F. La perturbation n'est pas mieux expliquée par un autre trouble mental. »

Après un épisode dépressif, dans 50 % des cas, les conséquences peuvent être :

- Émotionnelles : perte de confiance en soi, se manifestant surtout par la crainte importante de rechute.
- Somatiques : troubles du sommeil, fatigabilité
- Sociales : modification des relations intrafamiliales, répercussions professionnelles

Enfin, l'objectif de prise en soin auprès des personnes présentant des troubles anxieux et dépressifs est de limiter les rechutes. En effet, il sera nécessaire de travailler sur les conséquences émotionnelles, sociales, professionnelles et somatiques, telles que l'estime de soi, la réinsertion sociale, la gestion de l'énergie, et des émotions.

1.1.4.2. Ergothérapie en psychiatrie

L'ergothérapeute est amené à intervenir dans de nombreux domaines de la santé, dont la santé mentale, dans lequel il trouve à amener sa spécificité.

➤ **Définition et rôle de l'ergothérapie en Santé Mentale**

D'après l'Association Nationale Française des Ergothérapeutes (ANFE), « **l'objectif de l'ergothérapie (*occupational therapy*) 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. L'ergothérapeute (*occupational therapist*) est l'intermédiaire entre les besoins d'adaptation de la personne et les exigences de la vie quotidienne en société.

L'ergothérapie (*occupational therapy*) vous permet de résoudre les problèmes qui vous empêchent d'accomplir les choses qui vous tiennent à cœur. Si une blessure, une maladie, une déficience ou un autre problème limitent vos capacités :

- A effectuer vos soins personnels
- A vous déplacer, de communiquer, de vous divertir
- A travailler, d'étudier
- A réaliser toutes les tâches qui vous sont propres

L'ergothérapeute (*occupational therapist*) va trouver avec vous des solutions pour relever le défi du quotidien, faire disparaître les barrières et vous permettre d'agir, de retrouver votre rôle social et ainsi de mener une vie satisfaisante. » (4)

Les ergothérapeutes font peu à peu leur place au sein des services de santé mentale. Ils peuvent contribuer à l'accompagnement des patients présentant un trouble dépressif ou un trouble anxieux par le biais de médiations signifiantes et significatives (professionnelles,

manuelles, créatives, ludiques). Son objectif est d'aider les personnes à rétablir un équilibre dans leur vie et d'atteindre progressivement un sentiment de bien-être. En ergothérapie, les patients présentant des troubles anxieux et dépressifs peuvent bénéficier d'activités thérapeutiques afin de développer un accès aux émotions et une meilleure gestion du stress à travers différentes techniques de médiation. De plus, un principe fondamental pour l'ergothérapeute est de construire une relation thérapeutique avec le patient, basée sur la confiance, l'écoute et le non jugement des valeurs personnelles. Cette relation thérapeutique est effectivement un pilier, à la fois pour l'adhésion du patient à sa prise en soin, mais aussi dans l'intervention en ergothérapie.

➤ **L'empowerment : un concept clé en ergothérapie**

L'empowerment est un concept basé sur le développement de la capacité à agir, individuellement ou collectivement, pour favoriser l'autonomie et l'auto-gestion. La personne a donc accès à la compétence d'auto-efficacité. Cette dernière dépend de la capacité à agir de la personne. Ainsi, l'empowerment vise à la fois l'autonomie mais aussi le développement d'une meilleure estime de soi et une croyance en ses capacités. Morsa M annonce l'empowerment comme étant « la capacité d'un individu à prendre des décisions et à exercer un contrôle sur sa vie personnelle, l'accent mis sur le développement d'une représentation positive de soi-même ou de ses compétences personnelles »(5).

En effet, ce concept vise à acquérir des compétences psychosociales et à améliorer la qualité de vie de la personne. L'objectif est donc de tendre vers le bien-être maximal de la personne de manière individuelle ou collective. Ainsi, la personne déterminera des stratégies efficaces permettant de se contrôler et de se confronter au stress, mieux se connaître, mieux s'affirmer, etc. Effectivement, mieux se connaître donne un sens à nos réactions et nos ressentis, nous permet de mieux les accepter puis les changer. L'acceptation de ses forces et de ses faiblesses est une ressource pour pouvoir agir, évoluer et s'adapter.

L'ergothérapeute va donc également se baser sur le concept d'empowerment, comme un objectif ultime pour le patient. Il est alors nécessaire de prendre en compte la globalité de la personne : ses interactions avec son environnement et ses occupations. L'ergothérapeute est un accompagnateur du patient vers l'atteinte de cet objectif d'empowerment.

Finally, the occupational therapist accompanies the people towards the autonomy and the independence in the daily life, that is the empowerment. Thus, he can use different activities adapted to the objectives, needs and capacities of the anxious and depressive patient. In order to respond to the objectives of improvement of the self-esteem, the reduction of the stress or even the management of the emotions, the occupational therapist can propose techniques issued from psychosomatic practices such as yoga, hypnosis, meditation, relaxation, dance therapy, etc.

Problématique professionnelle : Est-il pertinent pour l'ergothérapeute d'utiliser ces pratiques psychosomatiques ?

1.2. La revue de littérature

In connection with the professional problem raised, a literature review will be developed in order to establish a state of the art of the knowledge and professional practices.

1.2.1. Méthodologie de la revue de littérature

➤ **Bases de données :**

- Cairn, qui réunit de nombreux ouvrages du domaine social et sciences humaines ;
- Pubmed, une banque de données scientifiques pouvant appuyer l'aspect scientifique et médical de ma recherche ;
- Canadian journal of Occupational Therapy m'a permis de chercher le lien avec l'ergothérapie ;
- Dumas, qui propose des thèses et des mémoires validés et scientifiques.

➤ **Les mots-clés ont été choisis en vue de l'importance et la pertinence des termes définis précédemment. Les mots-clés incontournables sont :**

- En français: pratiques psychosomatiques, approches psychosomatiques, troubles anxieux, troubles dépressifs, troubles anxio-dépressifs, ergothérapie, psychiatrie.
- En anglais : occupational therapy, body psychotherapy approach, mind-body approach, anxious disorders, depression, depressive disorders.

- **Les filtres utilisés** : textes accessibles, santé mentale/psychiatrie, français et anglais, à partir de 2000.
- **Critères d'inclusion** : adultes, psychiatrie/ santé mentale, stress/anxiété puisque ces notions sont comprises dans mon choix de sujet.
- **Critères d'exclusion** : enfants, personnes âgées, démences car je ne veux pas aborder cette population ni cette pathologie.

De manière générale, les articles ont été retenus puisqu'ils sont en lien direct avec mon thème, souvent à travers leur titre (Cf. Annexe 1 p.57). L'ensemble de ces articles sont issus de la littérature scientifique, professionnelle mais aussi de la littérature dite grise.

1.2.2. Synthèse de la revue de littérature

Dans cette partie, nous établissons un état des lieux de la recherche sur le thème abordé, ce qui fera l'objet d'une problématisation. Les textes sélectionnés ont été résumés dans le tableau de synthèse de cette revue de littérature (Cf. Annexe 2 p.58).

Suite à l'exploitation des données scientifiques, 3 sous-thèmes ont émergé :

- **Le concept d'approches psychocorporelles : des définitions encore discutées**

L'OMS a retenu le terme de « Médecines Alternatives et Complémentaires » comme étant « des approches, des pratiques, des produits de santé et médicaux, qui ne sont pas habituellement considérés comme faisant partie de la médecine conventionnelle (médecine occidentale, médecine allopathique) » (6). Pour l'OMS, ces pratiques psychocorporelles peuvent se définir par l'ensemble des thérapies partant du corps, ou utilisant le corps comme une médiation, visant un travail psychothérapeutique préventif.

De plus, l'OMS a pu fournir des chiffres concernant l'utilisation de ces pratiques par la population dans différents pays : 75% de la population fait appel à ces techniques en France, 70% au Canada et 42% aux États-Unis. Ainsi, l'OMS développe une stratégie mondiale afin d'informer la population sur l'existence de ces pratiques et d'évaluer leur efficacité. Pour des chercheurs de nombreux pays, il est important d'élargir la prise en soin des patients pour

toucher l'ensemble de leur vie quotidienne. Cependant, les patients mais aussi les soignants sont très peu informés sur ces thérapies psychocorporelles.

« Le terme de médecine complémentaire recouvre un large ensemble de pratiques de soins. Il renvoie à l'idée de traiter un patient dans sa globalité et non pas seulement de s'attacher à traiter un organe, un symptôme ou une fonction précise ». D'après l'Institut National de Santé des Etats-Unis, les médecines complémentaires sont définies comme « un large domaine de ressources de guérison qui englobe tous les systèmes, modalités, et pratiques de santé, de même que leurs théories ou croyances, autres que ceux qui sont intrinsèques au système de santé politiquement dominant d'une société ou culture particulière à une période historique donnée » (7). L'APHP (Assistance Publique-Hôpitaux de Paris) a établi un rapport sur les médecines complémentaires dans lequel ils différencient deux groupes de traitements selon :

- La nature : biologiques naturels (plantes, compléments alimentaires) ; psychocorporels (hypnose, yoga) ; physiques manuels (ostéopathie, chiropractie, massage) ; autres (médecine traditionnelle)
- Le mode d'administration : auto-administration ; par un tiers praticien ; auto-administration avec supervision (8)

Ainsi, on peut penser que les pratiques psychocorporelles font partie de médecines complémentaires pouvant être reconnues dans un établissement de soin.

« De nombreuses thérapies se fondent principalement sur la prise en compte du corps. Leur but est d'assurer une harmonisation des sensations, des pensées et des émotions, avec une focalisation sur l'instant présent », c'est ainsi que sont définies les pratiques psychocorporelles par Célestin-Lhopiteau I (9). Elle y place des pratiques telles que : la relaxation, la bioénergie, l'art-thérapie, la sophrologie, le bio-feed-back, le yoga, le qi gong, les massages, ou encore l'hypnose.

A l'issu des articles de littérature, différentes techniques sont abordées :

➤ L'hypnose : Dans le champ de la santé, ses applications sont essentiellement la médecine de la douleur et la gestion des troubles anxieux (du stress à la phobie, en passant par les troubles de l'affirmation de soi ou encore les états de panique). On utilise également l'hypnose dans le traitement des addictions, c'est-à-dire de changement de comportements de dépendance, comme le tabagisme ou les troubles de l'alimentation. Mais d'autres applications sont possibles à la fois dans le champ du somatique (dermatologie, gastroentérologie...) et dans

celui de la psychopathologie (troubles de la personnalité, troubles de l'humeur...). Se mettre en état d'hypnose, ou faire de l'hypnose avec un praticien, c'est reproduire intentionnellement cet état de conscience avec un objectif qui varie selon le cadre dont il est question (détente, soin, évolution personnelle...). L'état hypnotique étant la reproduction d'un état naturel et spontané (10).

➤ La méditation : « la méditation est une pratique qui permet de cultiver et développer certaines qualités humaines fondamentales. Il s'agit principalement de se familiariser avec une vision claire et juste des choses, et de cultiver des qualités que nous possédons tous en nous mais qui demeurent à l'état latent aussi longtemps que nous ne faisons pas l'effort de les développer »(11).

➤ La relaxation : « La relaxation englobe l'ensemble des techniques qui permettent d'obtenir une réponse de relaxation. La réponse de relaxation décrite par Herbert Benson en 1974 correspond à un état marqué par une diminution du niveau d'alerte, de la fréquence cardiaque et respiratoire et de la tension artérielle : il en résulte une sensation de détente et de bien-être » (12).

➤ Autres pratiques : yoga, danse thérapie, la réflexologie, l'acupuncture, le sophrologie, etc.

On peut voir que les différentes techniques évoquées ont été développées pour que chacun puisse trouver la technique qui lui convienne. Ces pratiques peuvent solliciter des parties du corps, des capacités et des ressentis différents en fonction de l'objectif visé. Il peut être intéressant d'interroger les objectifs les plus courants menant à l'utilisation de ces pratiques. Cependant, on peut également se demander en quoi l'ergothérapeute est concerné par l'utilisation de celles-ci. En effet, ces pratiques psychocorporelles pourraient-elles rejoindre des objectifs ergothérapeutiques comme l'empowerment ?

➤ **La pertinence et les objectifs de ces pratiques en lien avec l'empowerment**

De manière générale, l'ensemble de ces approches ont des origines et des buts communs, ce ne sont que les techniques et les outils qui diffèrent. En effet, elles prennent naissance au sein du corps pour arriver à une réponse plus psychologique.

- **La pratique :**

Le corps est défini par l'ensemble de la structure anatomique et culturelle, constituant l'être humain. Mais, d'après Launois M, le corps est la « maison » qui contient l'âme, l'intellect

et la spiritualité, et les organes qui nous font vivre. De plus, « le corps est aussi notre premier « outil » de travail » (13). En effet, l'ergothérapeute met en activité le patient, ce qui implique un investissement corporel par l'action et la sensorialité. Il peut être intéressant pour le patient d'utiliser son corps comme médiateur, autre que l'objet ou les matériaux. Launois M, ergothérapeute en psychiatrie, base sa prise en soin sur la proposition d'outils issus de pratiques psychocorporelles, simplifiées et facilement reproductibles. De cette manière le patient peut s'approprier la technique pour développer un sentiment de bien-être. Pour elle, il est donc question de transmission d'une technique, bien au-delà de la simple pratique d'un outil corporel

- **Les objectifs :**

D'après l'OMS, la mise en place du 3^{ème} plan stratégique 2011-2015, définit 3 objectifs :

- Faire avancer la science et la pratique de la gestion des symptômes.
- Développer des pratiques et stratégies efficaces et personnalisées pour promouvoir la santé et le bien-être.
- Permettre une meilleure prise de décision et une intégration dans les soins de santé et de promotion de la santé (14).

Ainsi, à l'issue de ces articles, on peut voir que la pratique et les objectifs de ces pratiques psychocorporelles semblent pertinent pour ce public. En effet, l'ergothérapeute possède les compétences pour utiliser ces techniques et peut établir des objectifs répondant au plan stratégique de l'OMS pour ces personnes. Cependant, on peut interroger les effets des pratiques psychocorporelles sur les troubles anxieux et dépressifs. Effectivement, il semble important pour un professionnel de connaître les apports et le potentiel thérapeutique d'une pratique pour les patients.

➤ **Les effets de ces pratiques sur les troubles anxieux et dépressifs : un débat actuel**

Au-delà des objectifs avancés par l'OMS, de nombreux auteurs ont pu dégager d'autres objectifs plus spécifiques liés à l'utilisation des pratiques psychocorporelles.

Tout d'abord, d'après Launois M, les pratiques psychocorporelles possèdent des objectifs communs : accorder une importance particulière à l'écoute de soi (corps et sensations) et du monde, s'intégrer dans sa propre vie et en être acteur, savoir laisser exprimer ses émotions,

ou encore, savoir mieux gérer les situations de stress. Cependant, chaque patient est différent et possède donc des difficultés à gérer différentes : problèmes personnels ou professionnels, des angoisses, des émotions, un vécu, un ressenti, perception du corps, ... En fin de compte, comme l'avance Launois M, ces pratiques faciliteraient la libération des pensées envahissantes de certains individus, et pas seulement pour les patients mais aussi pour les soignants. En effet, « ce sont des approches pour les humains » (15).

Ensuite, Morsa M évoque la notion de régulation à 3 niveaux chez le patient anxieux : émotionnel, impulsivité et attentionnel (16). Ces techniques d'approche psychocorporelle auraient une action bénéfique sur les manifestations des troubles liés aux troubles anxio-dépressifs, pour un objectif d'autonomie et d'empowerment de la personne. Effectivement, ces pratiques peuvent apporter une prise de conscience du corps, des ressentis et des émotions menant à une meilleure connaissance de soi. Le développement de l'écoute de soi et de son corps peut permettre à la personne d'être davantage maître d'elle-même, et par conséquent, de sa vie. Cela favorisera la confiance en soi et l'estime de soi, et pourra possiblement amener un sentiment de bien-être au quotidien. En effet, pour Launois M, ces pratiques soulagent des tensions corporelles au-delà de la simple compréhension de leurs origines. Cependant, Célestin-Lhopiteau I amène une autre dimension dans les objectifs des pratiques psychocorporelles : la notion de sensorialité. Selon elle, « méditer, utiliser l'hypnose, la pratique du yoga permettent de lâcher une sensorialité restreinte, focalisée sur le problème pour entrer dans une sensorialité plus riche, une ouverture, qui permet au patient de sortir de la psychologie individualiste, de s'endormir sur son fonctionnement habituel pour s'éveiller à autre chose, lâcher le contrôle pour se repositionner au sein de sa vie » (9). En effet, Célestin-Lhopiteau I, mais aussi Launois M, se rejoignent sur les ressentis corporels de la personne, comme un retour à soi semblant fondamental afin de développer des capacités d'écoute de soi. Cela rejoint également l'objectif d'empowerment évoqué par Morsa M, dans le fait d'être positionné dans sa propre vie et faire ses propres choix.

Tout d'abord, Alsubaie M et Abbott R évoquent les effets de la méditation sur des patients présentant de troubles anxieux et/ou dépressifs (17). En effet, la pratique diminuerait les symptômes tels que : l'inquiétude, les ruminations ou encore les débordements d'émotions. L'étude de Proeve M a également montré, principalement sur les troubles anxieux, que la Meditation Based Cognitive Therapy (MBCT) avait des effets sur : le sentiment de honte, de culpabilité, d'auto-compassion, le stress et l'angoisse (18). La pratique développerait une réaction en chaîne d'impacts puisqu'elle augmente l'auto-compassion, diminuant les

ruminations et diminuant, par conséquent, le sentiment de honte. Contrairement à Alsubaie M et Abbott R, il n'a pas observé ses effets sur les troubles dépressifs (17). Montarnal C, elle, ajoute à ces impacts une meilleure estime et connaissance de soi (forces, faiblesses, et limites) (19). Concernant plus spécifiquement la relaxation et les rêves éveillés, Cases-Jolinon M reprend les concepts de contenance psychique et de champs psychique (20). Ces pratiques donneraient accès à des zones refoulées et développerait différentes formes de créativité chez les personnes atteintes de troubles anxieux et/ou dépressifs.

Ensuite, Faszenko L apporte des éléments supplémentaires sur les impacts des pratiques psychocorporelles : le patient avec une atteinte psychique développe une nouvelle relation avec son corps et ses capacités de ressenti (21). En effet, ces approches psychocorporelles telles que la méditation, demande une écoute de soi et de son corps permettant de prendre conscience de son enveloppe psychique, de son Moi intérieur et de ses propres ressentis, tout comme a pu l'avancer Montarnal C (19). En dehors de la pratique de la méditation, les séances analytiques expliquées par Lombardi R, mettent en évidence ce lien entre le corps et le psychisme. Ainsi, la prise de conscience du corps donnerait accès au psychisme. Ce retour aux sensations et aux émotions permettrait de restructurer la relation corps/psychisme. Cela montre bien que si le patient anxio-dépressif prend conscience de son corps il pourra atteindre ses émotions et donc peut-être mieux les appréhender (22).

Enfin, Precart G dénonce l'importance d'utiliser des solutions alternatives avant même de déterminer un traitement médicamenteux (23). Dans cette même optique, Montarnal C présente une étude sur des patients ayant déjà eu des troubles dépressifs ou anxieux et qui n'ont jamais utilisé de traitements médicamenteux (19). Pourtant, leurs témoignages ont laissé émerger de nombreux impacts positifs. Les différents auteurs ont décidé de montrer les effets de ces pratiques sur la santé globale, en lien avec l'empowerment. Finalement, cette approche est basée sur les capacités de la personne à se prendre en main, prendre conscience de ses émotions, son corps mais aussi sur la sphère sociale, professionnelle, économique afin d'améliorer sa qualité de vie.

En complément de l'enjeu culturel, l'enjeux social quant à la pratique de l'ergothérapeute émerge dans l'article de McColl MA, puisqu'il doit respecter l'opinion ou les croyances du patient sur les notions d'esprit et de spiritualité (24). Un des enjeux de l'article de Montarnal C, de Lombardi R est d'apporter une autre vision de la santé, avec son étude sur la MBCT (19,22). Pour finir, l'amélioration du bien-être et de la qualité de vie des personnes anxieuses

par la méditation est un enjeu que l'on retrouve dans les articles de Cases-Jolinon M, Faszenko L, McColl MA, Proeve M, Alsubaie M et Abbott R (17,18,20,21,24).

Ainsi, l'analyse de la littérature au sujet des effets des pratiques psychocorporelles sur le bien-être des patients présentant des troubles anxio-dépressifs, montre que la pertinence de ces outils est encore en débat. De manière générale, on peut observer que de nombreuses études ont prouvé l'effet de ces techniques sur l'anxiété et la dépression. Cependant, il est difficile d'affirmer pleinement ces résultats puisque le ressenti des effets est propre à chacun. Cette subjectivité soulève une question de mesure ou d'évaluation des effets de ces pratiques psychocorporelles. On peut également s'interroger sur l'efficacité et la pertinence de l'utilisation de ces approches à long terme.

Finalement, je m'interroge sur la connaissance qu'ont les ergothérapeutes des pratiques psychocorporelles, de leurs pertinences et de leurs effets sur les personnes souffrant d'anxiété et de dépression.

Problématique pratique : à l'heure actuelle, quelle est la connaissance et l'utilisation de ces pratiques par les ergothérapeutes auprès de patients présentant des troubles anxieux et dépressifs ?

1.3. L'enquête exploratoire

Afin de confronter la revue de littérature avec le terrain professionnel, une enquête exploratoire sera menée afin d'en extraire une question initiale de recherche.

➤ **Objectifs visés :**

L'objectif de cette enquête est de recueillir des informations professionnelles de l'ergothérapeute auprès des patients atteints de troubles anxio-dépressifs. Ainsi, on s'intéressera à la connaissance et à l'utilisation d'une ou plusieurs approches psychocorporelles par les ergothérapeutes en santé mentale. Cela permettra d'obtenir une vision, à l'heure actuelle, de l'utilisation de ces approches et de la pratique professionnelle ergothérapique auprès de ces patients.

➤ **Population ciblée :**

L'enquête inclura les ergothérapeutes travaillant ou ayant travaillé auprès de personnes présentant des troubles anxio-dépressifs. Ces ergothérapeutes auront pratiqué une ou des approches psychocorporelles avec ce public.

➤ **Site d'exploration :**

L'enquête exploratoire sera distribuée au sein d'établissements de santé mentale ainsi que dans plusieurs forums. Ces derniers mettent en lien les ergothérapeutes de France travaillant ou ayant travaillé à l'aide des approches psychocorporelles auprès d'une population anxio-dépressive.

➤ **Le choix de l'outil de recueil de données :**

L'utilisation d'un questionnaire Google Form permet de recueillir des informations quantitatives. Ce support est issu de la plateforme internet, donnant accès à l'élaboration de questionnaires. Il est facile d'utilisation et de publication sur les différents réseaux. Cependant, certaines questions ouvertes vont permettre d'obtenir des renseignements qualitatifs (les effets, les observations, l'association des approches, les objectifs).

➤ **L'anticipation des biais et les stratégies d'atténuation:**

Les biais	Stratégies d'atténuation des biais
<u>Biais méthodologiques</u> : la longueur du questionnaire, questions trop ouvertes, trop larges.	Élaborer des questions claires, ciblées, sans ambiguïté.
<u>Biais affectifs</u> : les questions pouvant affecter l'interrogé de manière émotionnelle.	Élaborer des questions en restant objectif et neutre.
<u>Biais cognitifs</u> : utilisation de termes trop vagues ou trop complexes.	Demander de définir le terme en question, ou le définir en amont.
<u>Biais sociaux et culturels</u> : proposer le questionnaire seulement à des ergothérapeutes qui travaillent actuellement auprès de ce public	Proposer le questionnaire à un ensemble d'ergothérapeutes qui travaillaient ou travaillent encore auprès de ce public.

➤ **Matrice de questionnement :**

Le questionnaire distribué par Google form a été établi grâce à une matrice de questionnement (Cf. Annexe 3 p.62) . Les questions élaborées sont issues de la confrontation entre les articles de la revue de littérature et les questionnements personnels. Cela a permis de construire des questions ciblées et claires.

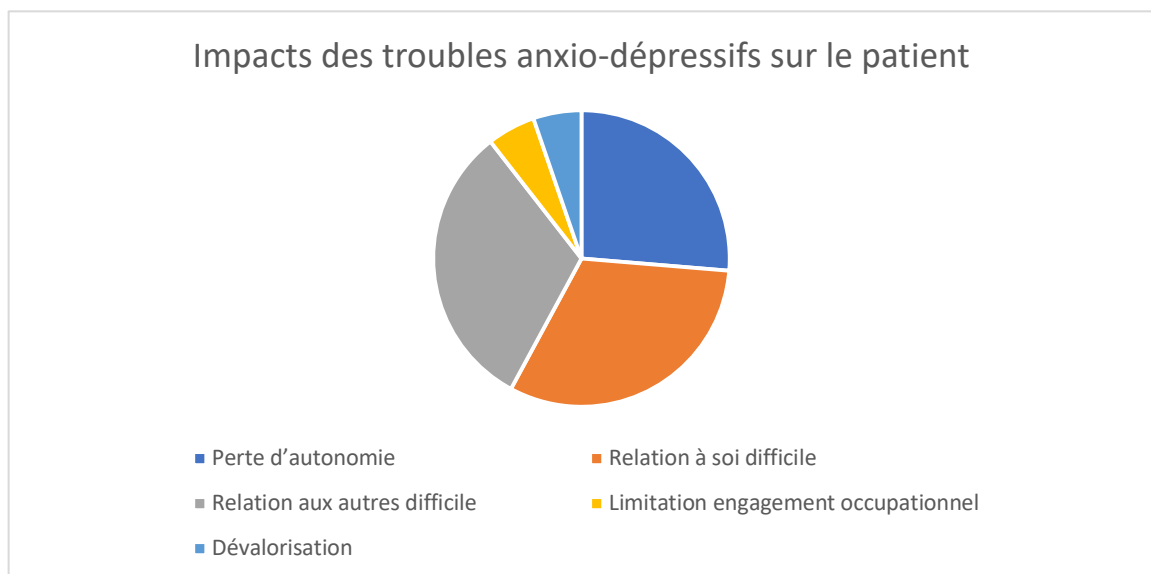
1.4. Résultats de l'enquête exploratoire :

Cette enquête exploratoire cible les ergothérapeutes travaillant auprès de patients anxieux et dépressifs. Elle s'intéresse à l'utilisation des approches psychocorporelles par ces professionnels, ainsi que leurs conséquences sur ces patients.

L'ensemble des 8 réponses d'ergothérapeutes ont été incluses dans l'étude. La totalité de l'échantillon a travaillé ou travaille actuellement auprès de patients atteints de troubles anxio-dépressifs.

De plus, cet ensemble de professionnels utilisent une ou plusieurs approches psychocorporelles. On peut donc les inclure dans l'échantillon de l'étude.

Tableau 1 : Appréciation de l'impact des troubles anxio-dépressifs sur le patient. (N=8)



La majorité des ergothérapeutes de l'échantillon évoquent des difficultés du patient dans la relation à soi et aux autres en lien avec les troubles anxio-dépressifs.

On peut voir que les conséquences de l'anxiété et de la dépression sur une personne s'observent à plusieurs niveaux : personnelles, sociales mais aussi dans la vie quotidienne. On peut cependant s'interroger sur la mesure qu'utilisent les ergothérapeutes pour définir l'impact de l'anxiété et de la dépression sur une personne.

Finalement, existe-t-il des outils spécifiques à la mesure de l'impact de l'anxiété et de la dépression sur une personne ? Ou bien, est-ce que les ergothérapeutes font appel à l'observation clinique ou à l'expérience professionnelle pour analyser les comportements liés à l'anxiété et la dépression ?

Tableau 2 : Représentation donnée par les interrogés des approches psychocorporelles.

Représentation	Lien entre le corps et l'esprit	Le corps est une médiation	Aide à l'analyse, l'expression et la gestion des émotions
Effectifs (N=8)	6	3	3

Les $\frac{3}{4}$ de l'échantillon ont une représentation des approches psychocorporelles comme étant un moyen d'établir un lien entre le corps et l'esprit de la personne. De manière globale, les ergothérapeutes interrogés perçoivent les pratiques psychocorporelles comme un moyen, un outil permettant de donner l'accès à la personne à la prise de conscience de son corps et de son esprit. Ainsi, il pourrait davantage identifier, exprimer et gérer ses émotions, comme il a été évoqué dans la revue de littérature.

Finalement, je m'interroge sur les différentes représentations évoquées par les ergothérapeutes : sont-elles fondées sur des concepts théoriques ou sur des expériences professionnelles ?

Tableau 3 : La ou les pratiques utilisées par les ergothérapeutes de l'échantillon.

Pratique utilisée	Sophrologie Relaxation	Méditation	Expression corporelle	Snnozelen	Hypnose	Mise en situation, théorie du Flow
Effectifs (N=8)	6	2	3	1	1	1

La relaxation et la sophrologie sont les pratiques les plus utilisées par les sondés, auprès des patients atteints de troubles anxio-dépressifs. En effet, ces deux techniques sont comprises dans les pratiques psychocorporelles, tout comme les autres pratiques évoquées, que l'on a pu retrouver dans la définition des approches psychocorporelles de la revue de littérature.

Il serait intéressant de questionner le choix d'une technique psychocorporelle ou d'une autre par l'ergothérapeute. Est-ce par préférence ou expérience personnelle ? Sont-elles des pratiques abordées lors de la formation initiale d'ergothérapie ? Sont-elles des pratiques qui s'inscrivent dans un modèle conceptuel ergothérapique, ce qui induirait son utilisation ?

Tableau 4 : Utilisation de ces approches par d'autres professionnels de leur structure.

Professionnels	Psychomotriciens	Infirmières ou aides-soignantes
Effectifs (N=5) *	2	3

- Données inexploitable pour 3 des répondantes.

D'autres professionnels utilisent effectivement ces approches psychocorporelles au sein des différentes structures. Nous avons pu voir précédemment que l'utilisation des pratiques psychocorporelles nécessitent des compétences présentes dans le référentiel de compétences de l'ergothérapeute. Cependant, celles-ci ne sont ni spécifiques ni réservées aux ergothérapeutes et apparaissent donc également dans le référentiel de compétences de d'autres professionnels.

Ainsi, je m'interroge sur ce que peut apporter de spécifique un ergothérapeute dans ce type de pratique. En quoi est-il pertinent pour lui d'aller chercher des pratiques moins communes pour son intervention auprès de patients atteints de troubles anxio-dépressifs ?

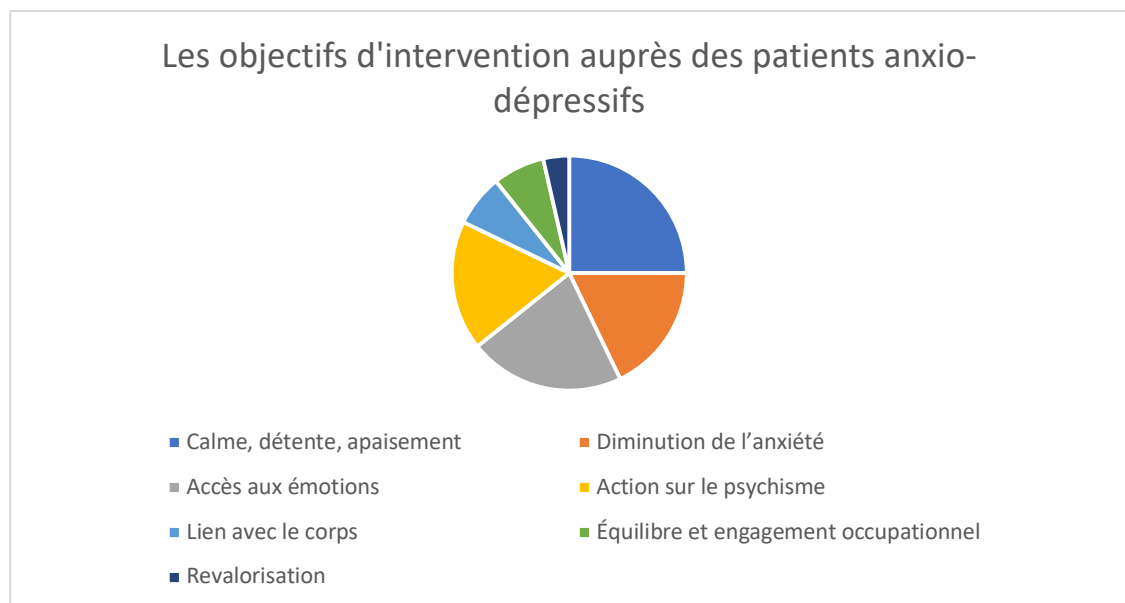
Tableau 5 : Formation ou diplôme supplémentaires en lien avec les approches psychocorporelles.

DU ou formation	Aucun	DU méditation	Formation
Effectifs (N=8)	5	1	2

La plupart des ergothérapeutes de l'échantillon utilisent les approches psychocorporelles sans avoir de formation ou DU. Nous avons pu voir qu'effectivement les pratiques psychocorporelles nécessitent une formation, parfois difficile d'accès pour les professionnels en fonction de l'institution et des financements.

On peut se demander quels seraient les facteurs facilitant l'accès aux formations pour ces ergothérapeutes. A défaut de formation, se basent-ils sur des recherches théoriques à propos des techniques utilisées ? Et, finalement, quels ont été les motivations et les obstacles pour les ergothérapeutes formés ?

Tableau 6 : Objectifs d'intervention auprès des patients anxio-dépressifs. (N=8)



Les objectifs d'apaisement, de calme et de détente sont ciblés par la majorité de l'échantillon, correspondant aux objectifs de soins auprès des personnes présentant des troubles anxieux et dépressifs. L'accès aux émotions, la diminution de l'anxiété et l'action sur le psychisme sont des objectifs également utilisés par la plupart des ergothérapeutes de l'échantillon, comme il l'a été montré dans la revue de littérature précédemment.

En fin de compte, comment les ergothérapeutes sondés ont-ils fixé leurs objectifs d'intervention auprès du patient : est-ce qu'ils établissent leurs objectifs à partir d'un modèle conceptuel en ergothérapie ? Établissent-ils des objectifs avancés par le patient ? Par l'institution ?

On peut également se demander si les objectifs établis sont les mêmes pour tous les patients atteints de troubles anxieux et dépressifs.

Tableau 7 : Limites liées à l'utilisation de ces approches.

D'après la moitié des ergothérapeutes interrogés, l'utilisation de ces approches peut être limitée par la présence d'autres troubles comme des troubles cognitifs ou une psychose : « En effet, certaines approches psychocorporelles peuvent avoir des contre-indications, notamment pour une psychose. »

¼ de l'échantillon mentionne l'adhésion du patient. D'après cet échantillon d'ergothérapeutes, ces approches ne font pas partie des pratiques habituelles des patients, cela peut être une limite pour leurs utilisations par les ergothérapeutes.

¼ des ergothérapeutes de l'échantillon pensent que l'utilisation des approches psychocorporelles est spécifique au travail des psychomotriciens.

1 interrogé sur 8 fait allusion aux traitements pris par les patients anxio-dépressifs qui pourraient interférer avec l'utilisation et les effets de ces approches.

1/8 des ergothérapeutes de l'échantillon pensent être limités dans l'instauration du cadre et des objectifs spécifiques dans la prise en charge ergothérapique.

Enfin, un des interrogés pense ne pas avoir les formations nécessaires à la bonne utilisation de ces approches.

D'après les ergothérapeutes sondés, de nombreuses limites peuvent émerger de l'utilisation des pratiques psychocorporelles. Qu'elles soient personnelles, professionnelles,

médicales ou encore pratico-pratiques, je me questionne sur l'identification, l'anticipation et la gestion de ces limites. Comment ces ergothérapeutes se sont confrontés à ces limites ? Aurait-il été plus évident de les anticiper et gérer en étant formés à ces pratiques ? La formation apporte-t-elle d'autres possibilités d'adaptations aux patients ?

Finalement, on peut se demander ce que les formations aux pratiques peuvent réellement apporter aux ergothérapeutes dans leur activité. On peut ajouter que des professionnels formés auraient plus de crédibilité auprès des autres acteurs de la santé mentale.

Tableau 8 : Effets des approches psychocorporelles pour les personnes présentant des troubles anxio-dépressifs.

Effets	Effet Immédiat	Détente, apaisement	Diminution de l'anxiété et du stress	Développement personnel	Lien corps et esprit	Plaisir
Effectifs (N=7)	2	5	2	2	1	1

On observe pour plus de la moitié de l'échantillon des effets d'apaisement et de détente dans l'utilisation de ces approches. Effectivement, d'après la littérature, les effets des pratiques psychocorporelles sont significatifs auprès de personnes souffrant d'anxiété et de dépression. On retrouve des notions d'effets similaires tels que la détente, l'apaisement, la diminution du stress et de l'anxiété mais aussi le lien entre le corps et l'esprit.

Ainsi, je me demande comment les ergothérapeutes sondés mesurent les effets auprès des patients ? Cela induit une relation thérapeutique de confiance et d'écoute avec la personne, demandant donc des compétences directement liées à l'utilisation de la pratique psychocorporelle choisie. Mais est-ce que tout ergothérapeute possède cet accès aux émotions et au psychisme de l'autre ? Cela nécessite-t-il d'avoir soi-même vécu et expérimenté la pratique utilisée et d'avoir établi un travail personnel d'introspection en amont ?

Tableau 9 : Connaissance de la notion d'empowerment.

Sur 8 ergothérapeutes de l'échantillon, 3 connaissent la notion d'empowerment.

1.5. Analyse critique des résultats :

Cette enquête exploratoire nous a apporté des réponses concernant le travail des ergothérapeutes auprès de patients anxieux-dépressifs. C'est-à-dire, leurs objectifs, les moyens utilisés et leurs observations vis-à-vis de ce public. Elle nous a également permis de recueillir les connaissances de 8 ergothérapeutes sur les concepts suivants : approches psychocorporelles et empowerment. Cependant, au vu du faible nombre de réponses, cela ne donne pas une vision exhaustive du questionnement, mais une infime partie de ce que pensent les ergothérapeutes à ce sujet.

A travers la revue de littérature, on a pu identifier le concept d'approche psychocorporelle, ses principes, ses objectifs ainsi que ses effets sur l'anxiété et la dépression. Ici, s'est posée la question de la connaissance et l'utilisation de ces approches par les ergothérapeutes. L'enquête exploratoire a donc pu apporter des éléments de réponse auxquels nous avons pu confronter ceux de la littérature.

De manière générale, l'enquête exploratoire me ramène à un questionnement sur différents points de l'utilisation d'une pratique psychocorporelle.

Dans un premier temps, mon questionnement s'est porté sur la mesure, par les ergothérapeutes, de l'impact des troubles anxio-dépressifs sur les personnes. En effet, l'observation clinique fait partie du référentiel de compétence en ergothérapie. Cependant, chaque professionnel utilise un outil propre à sa pratique et engage une part de subjectivité. Lequel est-il dans le cadre d'intervention auprès de personnes anxieuses et dépressives ?

Dans un deuxième temps, mes interrogations concernent la mesure des effets des pratiques psychocorporelles sur les troubles anxieux et dépressifs des personnes. En effet, on peut questionner les critères sur lesquels se basent les ergothérapeutes afin d'évaluer les effets d'une pratique sur les patients. Utilisent-ils des évaluations ergothérapeutiques spécifiques et validées ? Ces évaluations sont-elles issues d'un modèle conceptuel en ergothérapie ?

Ensuite je m'interroge sur les ressources et l'émergence de l'utilisation des pratiques psychocorporelles par les ergothérapeutes auprès de personnes anxieuses et dépressives. En effet, chacun vit ses expériences et développe ses propres valeurs professionnelles. De là émerge la question de choix d'utilisation d'une pratique par l'ergothérapeute. Est-ce subjectif et/ou expérientiel ? Est-ce conditionné par la formation initiale d'ergothérapeute ? Est-

ce issu d'un modèle conceptuel ergothérapeutique ? Est-ce que ce choix provient de la veille professionnelle ?

Enfin, une nouvelle notion est apparue à travers l'enquête exploratoire : le manque de formation à ces pratiques psychocorporelles. Il est effectivement important d'interroger l'accès aux formations aux pratiques psychocorporelles par les ergothérapeutes. Quels seraient les éléments facilitateurs et les obstacles pour accéder aux formations ? Suffit-il simplement d'être motivé et intéressé par ces pratiques ? Avant cela il est donc nécessaire de savoir ce qu'elles apporteraient à la pratique ergothérapeutique, mais aussi ce qu'un ergothérapeute peut, lui, apporter de spécifique à l'utilisation de ces pratiques pour le bien-être des personnes anxieuses et dépressives.

Finalement, c'est ici que se croisent l'ergothérapie et les pratiques psychocorporelles : l'utilisation d'une nouvelle pratique par un professionnel pour permettre une prise en soin du patient plus adaptée.

Suite à la réflexion issue de la confrontation entre l'enquête exploratoire et la revue de littérature, je me questionne sur la proportion d'ergothérapeutes qui utilise ces pratiques psychocorporelles. La réponse de 8 ergothérapeutes semble peu représentative de cette proportion. Je m'interroge donc sur les raisons pour lesquelles les ergothérapeutes utilisent ou non les pratiques psychocorporelles auprès des personnes présentant des troubles anxio-dépressifs.

Pour conclure, mon interrogation portée sur l'utilisation ou non des pratiques psychocorporelles par les ergothérapeutes est socialement vive. En effet, elle met en tension la pratique de l'ergothérapie auprès de personnes anxieuses et dépressives. Cela nous amène à une remise en question et une réflexion sur la pratique ergothérapeutique en santé mentale.

➤ **Utilité :**

- **Sociale :** les pratiques psychocorporelles peuvent être pratiquées par un large public. Toute personne se retrouvant dans les différents objectifs de ces techniques, peut l'utiliser. Il est donc intéressant de connaître les bienfaits et les particularités de chacune de ces pratiques afin trouver celle qui lui correspond. Ainsi, comme il a été dit dans la revue de littérature, en montrant la pertinence et les effets de l'utilisation de ces pratiques psychocorporelles auprès de ces personnes, cela peut permettre leur développement et, finalement l'intégrer comme un mode de vie.

- Professionnelle : en tant qu'accompagnant à l'amélioration de la qualité de vie, l'ergothérapeute doit faire évoluer sa pratique en utilisant de nouvelles techniques adaptées à la personne et son environnement. Ici est la spécificité de l'ergothérapeute en santé mentale, le développement des compétences en continu à travers l'adaptation et la personnalisation des activités proposées. A travers la revue de littérature et l'enquête exploratoire, on peut remarquer l'importance de l'efficacité d'une pratique sur les patients. Ajouté à cela, la nécessité d'une formation à ses pratiques, pouvant développer de nouvelles compétences et mettre en place de nouveaux outils d'intervention en ergothérapie.

Question initiale de recherche : Qu'est-ce qui amène l'ergothérapeute à utiliser ou non une pratique psychocorporelle auprès de personnes anxieuses et dépressives ?

1.6. Le cadre de référence

Afin d'amener des éléments pour mettre en lumière et appuyer mes questionnements, un cadre de référence sera développé. A la suite de la question initiale de recherche, différents concepts ont pu émerger :

- La psychologie du travail, en lien avec les facteurs qui amènent un ergothérapeute à se former et faire évoluer sa pratique professionnelle.
- La pratique psychocorporelle sous un angle théorique.

Ainsi, l'élaboration de ces deux concepts se fait en lien avec les personnes atteintes de troubles anxieux et dépressifs, ce qui permet de cibler la question de recherche, puis l'objet de recherche.

1.6.1. Psychologie du travail

➤ **Le concept de psychologie de l'orientation**

D'après Guichard J et Huteau M, un individu développe des compétences tout au long de sa vie (25). A travers le domaine de la sociologie et de la psychologie, ils amènent le concept de psychologie de l'orientation. Pour ces deux professeurs en psychologie, ce concept se définit

par « l'étude des conduites d'orientation, c'est-à-dire l'approche de la construction de soi à travers les multiples expériences (notamment scolaires et professionnelles, mais pas seulement) qui constituent le cours d'une vie ». Cette étude établit un lien entre les individus eux-mêmes et les situations de formation ou de travail. Ils parlent également de « développement personnel » : confrontation de l'individu aux transitions professionnelles et personnelles affectant son existence. Cette étude menée par Guichard J et Huteau M tente d'expliquer les choix et la prise de décision d'un individu concernant une formation ou une profession. En effet, l'individu a, de nature, besoin de donner du sens à son activité : développer des compétences, des savoirs et des habiletés correspondant à ses valeurs, croyances et intérêts le définissant. Ainsi, chaque personne apprend et s'adapte en fonction du sens qu'il donne à son activité. Guichard J et Huteau M partent du postulat que tout individu a besoin d'un « projet » marquant son propre développement » en surpassant ses propres limites (25).

Ce concept de psychologie de l'orientation présente un lien étroit avec la sociologie. En effet, il étudie le choix et les décisions des individus en fonction de leur conditionnement, leurs croyances, leurs valeurs, etc. Guichard J et Huteau M parlent alors de projets individuels : la nécessité de validation d'une formation par des institutions sociales (25). Ces conditions d'admission prennent en compte l'aspiration de l'individu à une nouvelle pratique. Le sujet doit effectivement être libre de ses choix pour donner du sens à son activité. Finalement, il doit être maître de ses décisions. Les deux auteurs interrogent alors les facteurs multiples qui impactent le chemin professionnel d'un individu. D'après Maugeri S, la motivation est un des facteurs principaux stimulant le comportement humain (26). Elle permet à un individu d'éprouver une intense volonté pour atteindre un objectif ou une tâche. Il parle également de « forces environnementales » : forces internes ou externes à l'individu, le conduisant à adopter un comportement lui permettant de satisfaire ses volontés. Cependant, selon Maugeri S, la motivation n'est perceptible qu'à travers un comportement, soit « un effort vers un résultat » (26).

Finalement, mes interrogations portent sur la frontière entre la réflexion personnelle et professionnelle. Est-ce que cette dimension subjective du choix définit l'ergothérapeute dans sa pratique ? De plus, est-ce qu'il est nécessaire de présenter une certaine ouverture d'esprit pour porter son choix dans l'utilisation des pratiques psychocorporelles ? Y-a-t-il une prédisposition issue de la formation initiale en ergothérapie ? Ou bien est-ce principalement un choix issu d'une expérience personnelle ? On peut également se demander si le choix de faire une formation en lien avec les pratiques psychocorporelles se fait en fonction du public. Est-ce

la population qui définit les formations dans lesquelles l'ergothérapeute peut s'orienter ? Est-ce que la formation aux pratiques psychocorporelles est la plus abordée par les ergothérapeutes auprès de patients présentant des troubles anxieux et dépressifs ? Ainsi, par quel processus de réflexion passe l'ergothérapeute pour faire le choix de se former à une nouvelle pratique ?

➤ **Analyse de la pratique professionnelle**

Tout d'abord, d'après Lagadec AM, un professionnel envisage une formation afin d'acquérir et développer des compétences spécifiques. Pour elle, l'analyse de sa pratique professionnelle est un moyen pour atteindre un objectif de professionnalisation et ainsi, affirmer son identité professionnelle. L'analyse de la pratique professionnelle nécessite une adaptation permanente face aux différentes situations professionnelles. Pour Lagadec AM, l'expérience est un élément clé lié à la connaissance. Cependant elle n'est pas suffisante en elle-même, il faut aussi prendre en compte les représentations propres au sujet. L'expérience reste tout de même fondamentale dans l'apprentissage, définie comme « une démarche complexe de problématisation de l'expérience première par un processus de modification de la représentation des rapports du sujet aux autres et au monde et par une suspension des évidences qui assureraient la compréhension » (27). D'après Lagadec AM, le professionnel doit débiter sa réflexion à partir de situations de travail qu'il rencontre. Ceci le conduit à une remise en question de ses actions, une prise de conscience de ce qu'il a vécu, ainsi il se l'approprie et l'exploite pour en faire une connaissance. Il est donc davantage à-même de faire face à ce genre de situation et a pu identifier ses propres ressources développant ainsi son identité professionnelle. Cependant, il n'est pas toujours évident de revenir sur ses actions, et de remettre en cause ses propres représentations de soi et du monde.

Ensuite, pour Robo P, le « savoir analyser » fait partie des compétences qui fondent les formations initiales dans le domaine de la Santé ou de l'Éducation, perçu comme un accompagnement à l'entrée dans la vie professionnelle (28). D'après lui, la compétence d'analyse de sa pratique est basée sur une démarche réflexive et analytique demandant des prérequis tels que : la responsabilité de ses actes, se confronter à soi et aux autres, capacité de prise de recul, l'écoute de soi, la connaissance de sa pratique, l'adaptation aux situations, mais également assurer sa veille professionnelle grâce à la recherche documentaire. Il est aussi

important de déterminer des objectifs personnels afin de faciliter l'engagement dans un nouvel apprentissage.

Finalement, Tremblay V ajoute que la capacité de mettre à jour et gérer ses ressources permet de mieux vivre son activité professionnelle et lui donner le sens que l'on souhaite (29). Cela rejoint donc l'importance de l'identité professionnelle. De plus, elle fait le lien avec le référentiel de compétence en ergothérapie. Ce dernier attribue une compétence spécifique de l'analyse de sa pratique professionnelle (30). Pour cette ergothérapeute, Tremblay V, cette compétence nécessite de passer par l'analyse de l'activité, élément au cœur du métier de l'ergothérapeute. En effet, il est important de donner du sens à notre activité en tant qu'ergothérapeute mais aussi de rendre l'activité signifiante pour le patient, au centre de sa prise en soin.

On peut donc s'interroger sur l'origine du questionnement posé par l'ergothérapeute vis-à-vis de sa pratique professionnelle ? Est-ce en raison d'un manque de reconnaissance au sein de l'établissement ? Quelle est l'importance de donner du sens à son activité professionnelle ? Dans ce cas, cela interroge la subjectivité de l'activité de l'ergothérapeute dans sa pratique. Est-ce que chacun affirme son identité professionnelle de la même manière ? Est-ce que cela nécessite d'utiliser un modèle conceptuel en ergothérapie ? Y-a-t-il une rupture de l'identité professionnelle de l'ergothérapeute entre la formation initiale et la pratique professionnelle en institution ? Les valeurs professionnelles sont-elles applicables de la même manière ? La remise en question professionnelle émerge-t-elle de questionnements interprofessionnels ? Nécessite-t-elle d'un appui théorique ?

Enfin, est-ce que le domaine et le public avec lequel l'ergothérapeute intervient influencent l'affirmation de son identité professionnelle ? Est-ce que sa réflexion professionnelle en dépend ?

➤ **L'analyse d'activité et adaptation, pour une activité thérapeutique**

- **L'analyse d'activité**

D'après Gaillard I, « l'analyse de l'activité est une démarche de compréhension et d'explication de l'activité réelle ayant pour visée de transformer et d'améliorer les situations de travail (ou d'usage). L'analyse de l'activité relève de l'analyse des pratiques. Elle repose sur un ensemble de connaissances, de modèles, de savoirs, de méthodes, de techniques qui permettent

à partir des situations de travail de collecter des données, de les mettre en forme, de les interpréter pour aider à la prise de décision et à l'action sur ces situations. » (31). En effet, l'analyse de l'activité détermine l'interaction entre la personne et les caractéristiques de l'activité : les gestes, les émotions, les actions, la communication. Cela permet de faire émerger les effets que peuvent avoir l'activité sur le patient et d'en voir son potentiel thérapeutique. Pour I Gaillard, la mise en activité d'une personne révèle sa capacité à agir et réagir à certaines situations pouvant être sources de difficultés. Elle relève également l'importance du retour des ressentis de la personne pendant ou après l'activité : feed-back émotionnel, les difficultés éprouvées, questionnements, projections ou encore facilités.

Launois M, ergothérapeute en psychiatrie, considère que « une activité n'a pas de pouvoir thérapeutique en soin, si ce n'est à être proposée dans un cadre et surtout inscrite dans une relation thérapeutique. » (15). De plus, la proposition d'une activité présente des résultats différents en fonction de chaque personne. Launois M revient sur la notion d'expérience qui, pour elle, permet de connaître l'activité proposée, ses dimensions et tout ce qu'elle engage chez le patient. En effet, l'ergothérapeute est un expert de l'activité, c'est ce qui fait sa spécificité. Enfin, elle évoque également l'importance de l'approfondissement des compétences d'analyse, impliquant l'utilisation d'activités significatives, qui fait sens pour elle, permettant un meilleur engagement de la personne dans sa prise en soin (d'après cette ergothérapeute, l'analyse d'activité ou des médiations passe par l'utilisation d'un modèle conceptuel en ergothérapie, tel que le modèle psychodynamique, le modèle Kawa, ou le Modèle de l'Occupation Humaine).

Ensuite, Launois M, mentionne trois phases d'analyse d'une activité : avant, pendant, après. En amont, l'analyse et la connaissance de l'activité ou la médiation proposée (ses objectifs, ses effets, les adaptations possibles) permettent de mieux appréhender et agir sur elle afin qu'elle soit adaptée au mieux à la personne. Pendant la séance, l'observation est la clé principale de l'ergothérapeute. De plus, il est important, dans un objectif d'empowerment, que la personne expérimente par elle-même l'activité pour la rendre actrice de la séance, de ses actions, de ses choix, etc. Et pour finir, après la séance, la personne peut s'exprimer sur ses ressentis, ses difficultés ou encore ses questionnements, permettant à l'ergothérapeute de cerner ce qu'il s'est joué durant la séance pour elle. Ainsi, le thérapeute pourra adapter certaines modalités de la séance à la personne mais aussi sa posture en tant que professionnel.

C'est en analysant sa pratique et les activités que l'ergothérapeute rend celles-ci thérapeutiques. En effet, d'après Hernandez H, l'activité thérapeutique est la création d'un

espace-temps où la personne peut laisser la place à son inconscient, son imaginaire, sa symbolique et ses représentations pour s'en libérer, tout cela dans un cadre et une relation thérapeutique établie (32). Finalement, la personne est au centre de sa prise en soin par l'activité. De ce fait, le thérapeute considère la personne dans sa globalité et est en constante adaptation à la personne afin que l'activité soit thérapeutique : c'est-à-dire favoriser l'autonomie, l'indépendance et l'empowerment mais aussi le mieux-être de la personne au quotidien.

L'ergothérapeute est effectivement défini par ses compétences d'adaptations et d'analyse d'activité. Cependant, quelles sont ses limites ? Est-ce qu'une population anxieuse et dépressive peut être un obstacle à la proposition d'une activité ? Ainsi, de quelle manière l'ergothérapeute va amener au patient une activité peu commune, issue des pratiques psychocorporelles ? Comment va-t-il susciter l'intérêt du patient pour ce type d'activité ? Comment envisage-t-il son intervention en amont ? L'ergothérapeute doit-il faire appel à la théorie pour en obtenir des réponses ? Cela enrichit-il sa pratique professionnelle ? Finalement, qu'est-ce que l'ergothérapeute peut apporter de spécifique dans l'utilisation de ces pratiques psychocorporelles ?

- **Adaptabilité : une réelle compétence auprès des patients atteints de troubles anxieux et dépressifs**

Le référentiel établi en 2010, présente les compétences liées à la pratique, les comportements et attitudes professionnelles liés au métier d'ergothérapeute (33). Dans la pratique, ces compétences doivent se présenter dans une démarche de prise en soin centrée sur la personne, à travers une relation thérapeutique et la prise en compte des besoins, attentes et difficultés de la personne. L'ergothérapeute doit favoriser l'engagement et la participation de la personne grâce à une activité signifiante, intégrant sa culture, ses croyances et ses valeurs. Cette posture professionnelle, basée sur l'adaptation en continu, relève donc des compétences même de l'ergothérapeute, comme une définition de son identité professionnelle.

De plus, il a été démontré par Pelissolo A mais aussi par Lesage B que les adultes présentant des problématiques anxieuses et dépressives, nécessitaient un accompagnement dans le domaine de l'affectif, la gestion des émotions mais aussi dans l'estime de soi et la perception du corps. L'accompagnement thérapeutique dans ces différentes sphères de la personne a de réelles conséquences sur l'empowerment et l'autonomie de la personne (34). Ces auteurs

présentent et justifient l'importance des soins pour ces personnes vivant dans l'anxiété. D'ailleurs, ils abordent le fait que cela peut concerner une large partie de la population actuelle.

➤ **De l'expérience à la compétence**

Kolb D, théoricien de l'éducation en Amérique, a développé une théorie sur l'apprentissage par l'expérience (35). Cette théorie s'intéresse aux différents types d'apprentissages : divergent, assimilateur, convergent, accommodateur. Pour cela, il détermine quatre attributs : expérience concrète, observation réfléchie, conceptualisation abstraite et expérimentation active (Cf. Annexe 4 p.63). L'ensemble de ces types d'apprentissages est propre à chaque individu. Kolb D développe l'importance de connaître le moyen qui permet à un professionnel de mieux apprendre. Il est vrai qu'en fonction de nos préférences d'apprentissages découle notre capacité d'analyse de situations professionnelles. En effet, le fait de reconnaître notre manière de fonctionner, de penser et de réfléchir, peut indiquer la manière dont on va analyser notre pratique. La connaissance de soi et de ses ressources influencent les compétences professionnelles. Kolb D développe l'importance de comprendre son profil d'apprentissage dans l'établissement d'objectifs d'amélioration de ses compétences mais également dans la capacité de comprendre comment s'adapter aux autres dans le transfert de savoirs.

Finalement, cela demande au professionnel une capacité d'analyse des autres mais aussi de sa pratique professionnelle. Cette remise en question permet de s'adapter aux autres et de pouvoir transmettre un savoir ou une technique de qualité. Ce qui sera nécessaire dans l'utilisation de nouvelles techniques, telles que les pratiques psychocorporelles. Ainsi, on peut s'interroger sur l'origine de ces capacités d'analyse. Est-ce que tout ergothérapeute utilise cette compétence ? Ce qui peut être intéressant à questionner, c'est la capacité de l'ergothérapeute à utiliser l'expérience d'une activité vécue pour en faire une activité thérapeutique auprès de patients ? Cette compétence de transférabilité est-elle toujours nécessaire dans la pratique professionnelle ?

1.6.2. Les pratiques psychocorporelles

➤ **La médecine intégrative : une approche centrée sur la personne**

Au départ de la médecine Occidentale, influencée par des philosophes comme Descartes, le corps était considéré comme séparé de la psyché. Ceci a changé la représentation du corps mais aussi les approches thérapeutiques associées à la maladie. Ce courant de pensées a fait évoluer la pratique médicale sur des bases principalement pathologiques en mettant parfois de côté le principe de relation thérapeutique. Cependant, en passant par la pensée Orientale, les thérapeutes ont pu revenir sur des pratiques reliant le corps et l'esprit : les pratiques psychocorporelles, complémentaires à la médecine dite traditionnelle. A partir de là, il y a eu un besoin de renouvellement des soins de santé par les thérapeutes. Remillieux M définit les pratiques psychocorporelles comme « un travail sur la relation du sujet au monde. Les patients découvrent ces possibilités de changement à partir de leurs expériences corporelles. » (36). Ces pratiques permettent un retour à de nouvelles sensations, le lâcher prise, une nouvelle vision et une ouverture aussi bien à soi qu'au monde. Ainsi, le but pour Remillieux M est d'intégrer les pratiques psychocorporelles dans la pratique professionnelle et pouvoir développer de nouvelles compétences. Cela irait bien au-delà d'une transmission de savoir aux patients mais justement leur permettrait de pratiquer seuls, en toute autonomie, afin qu'ils les incluent dans leurs habitudes de vie. Ces pratiques donnent accès au développement personnel du soigné mais aussi du soignant en termes d'amélioration de la qualité de vie, de la connaissance de soi et de ses ressources.

Remillieux M évoque également une notion issue de cette évolution de la pratique médicale : la médecine intégrative. Cette notion vise à intégrer au parcours de soin du patient différents types de médecine, de manière à ce qu'il soit davantage adapté à ses besoins, sa culture et ses attentes. Un des grands principes de la médecine intégrative est la prise en compte de la globalité de la personne. Cela induit une personnalisation des prises en soin mais aussi le développement d'une relation thérapeutique de confiance. Ce cadre thérapeutique ne consiste pas seulement à informer ou transmettre au patient mais surtout à ce que celui-ci intègre les activités ou les soins à son quotidien pour favoriser son autonomie et permettre un changement de vie durable. Ainsi, le patient se réapproprie sa santé et sa vie à travers de nouvelles pratiques, ce qui répond à l'objectif d'empowerment. La médecine intégrative est définie par quatre axes d'objectifs :

- « D'incorporer ou d'assimiler de nouveaux outils dans sa pratique ou conceptualisation habituelle ;
- De juxtaposer sans chercher à les imbriquer différents outils ou cadres de soins et ainsi multiplier les perspectives ;
- De développer un méta-modèle théorique à partir de la synthèse de différentes théories ;
- De déterminer l'efficacité spécifique de telle technique sur tel patient et pour telle problématique. »

Enfin, cette approche intégrative pousse la recherche de nouvelles dynamiques de soins, où le soignant et le patient coopèrent. Ceci impliquant la remise en question de la pratique professionnelle du soignant, pour une prise en soin adaptée en fonction de la demande, des attentes et la globalité de la personne. Ainsi, on peut s'interroger sur l'influence de l'institution sur la pratique professionnelle de l'ergothérapeute. Est-ce que l'institution impacte l'identité et la pratique de l'ergothérapeute ? Est-ce que les activités proposées en dépendent ? Est-ce que l'institution laisse la place aux formations et appuie la remise en question professionnelle ?

En lien avec la médecine intégrative, est-ce que ce principe est adapté au fonctionnement de la psychiatrie ?

➤ Compétences requises

Pour Thibault P, les pratiques psychocorporelles amènent à une conception différente de la personne et de sa pathologie (37). La personne peut s'approprier certaines techniques pour redonner la place aux émotions et à l'affect, dans le but de devenir maître de son corps et de sa vie. Thibault P souligne l'accessibilité des pratiques psychocorporelles par tout individu désirant un changement dans sa vie, malgré la nécessité d'une formation. Cependant, ces pratiques sont peu connues auprès du grand public mais aussi auprès des professionnels de la santé. En effet, ces derniers n'ont pas toujours connaissance des pratiques existantes, de leur intérêt ou encore de leurs effets sur les personnes.

Thibault P évoque également l'apport de l'utilisation et de la formation à ces pratiques psychocorporelles pour les professionnels : acquérir des compétences dans une technique mais aussi savoir l'ajuster, l'approfondir et la faire évoluer, accepter la proximité corporelle et

psychique avec la personne (38). Selon lui, les compétences nécessaires à l'utilisation de ces pratiques sont : l'écoute, la communication, l'observation, l'analyse, la connaissance de soi, les capacités relationnelles mais aussi la veille professionnelle. Ce travail de développement personnel et de compétences mène le professionnel à améliorer la qualité de la relation avec le patient, et donner du sens à sa pratique professionnelle. Pour cela il est important de connaître des principes liés aux pratiques psychocorporelles tels que les mécanismes d'action, d'identifier les capacités et modes d'apprentissages du patient, le travail pluridisciplinaire ou encore l'évaluation de l'efficacité de la pratique utilisée.

Lesage B ajoute une autre dimension à celle proposée par Thibault P : la notion d'outils pour la personne (38). En effet, ces techniques se basent sur des principes communs : le mouvement, la perception, la représentation, ou encore, la conscience. Ces pratiques mettent en tension l'affect et les émotions éprouvées par la personne, un outil au quotidien pour les personnes ayant besoin de libérer des tensions psychiques ou corporelles. Lesage B aborde également l'importance de la formation à ces pratiques psychocorporelles : par rapport au développement personnel et professionnel, la connaissance et la maîtrise de l'activité proposée, la reconnaissance en lien avec les résultats bénéfiques pour le patient, et enfin, un nouveau savoir-faire améliorant sa pratique professionnelle.

Marcellini A amène une notion propre à la posture professionnelle liée à l'utilisation des pratiques psychocorporelles : une attitude de recherche du professionnel (39). Entre autres, développer de nouvelles compétences et assurer la veille professionnelle, permet de développer de nouveaux outils thérapeutiques pour accompagner au mieux la personne et proposer des soins personnalisés. De plus, le patient est réceptif à ce genre de démarche professionnelle puisque cela montre une capacité de remise en question, d'écoute et de considération à son égard. Ajoutons à cela que le patient, durant sa prise en soin, est également en recherche de soi, de ses ressources et de ses compétences. Finalement, le soigné -comme le soignant- se retrouve dans une posture de chercheur, et de volonté d'apprendre une nouvelle technique.

➤ **L'empowerment : un processus et un objectif clé**

Wijers Buffet I, développe dans son livre le concept d'empowerment, qu'elle définit comme la capacité à « développer une expertise d'auto-contrôle, d'auto-gestion, associée à une capacité de prise de conscience personnelle et de prise de décision. » (40). Ce concept est issu des années 80, abordé par différentes disciplines : sociale, éducative et psychologique. Il se

base sur la croyance de la personne en ses capacités, ses moyens et ressources pour pouvoir devenir acteur de sa vie, et ainsi, influencer ou changer son environnement professionnel, social ou personnel. Wijers Buffet I détermine quatre éléments essentiels de l'empowerment :

- La compétence, développée par la pratique ;
- L'engagement, la participation active au travail sur soi ;
- L'estime de soi, la représentation de soi ;
- La conscience critique, savoir se remettre en question.

L'empowerment est à la fois un processus de changement mais est aussi considéré comme un résultat, un but et un moyen. En effet, l'empowerment est un concept de développement du potentiel et du pouvoir individuel et collectif, visant l'autonomie et l'auto-gestion.

Ainsi, l'empowerment c'est :

- La faculté à prendre une décision en cherchant les informations permettant de prendre cette décision seul
- La capacité à résoudre des problèmes à travers un choix
- Savoir s'affirmer soi-même et dans ses relations
- Croire en soi, son changement positif et son environnement
- Développer des compétences pour pouvoir agir personnellement
- Faire évoluer sa perception de soi et ses habitudes de manière positive

D'après Wijers Buffet I, l'empowerment s'évalue selon deux types de mesure :

- « L'acquisition de compétences psychosociales
- L'aptitude à prendre des décisions et mettre en œuvre un projet de développement »

Pour le professionnel accompagnant la personne dans ce projet, des principes sont à connaître nécessairement :

- « Le respect du choix de la personne,
- La capacité d'accueillir les différents types de réaction de la personne (colère, peur, tristesse, frustration...),

- Une approche « globale » des problèmes, dans laquelle sont prises en compte aussi les dimensions psychosociales et affectives,
- Enfin, l'éducateur/formateur devrait être à même d'encourager la personne dans la résolution de ses problèmes sans toutefois se substituer à lui. »

Finalement, l'empowerment est un processus et un objectif permettant à la personne de tendre vers le sentiment de bien-être au quotidien. Ceci passe par le fait d'acquérir des compétences personnelles, de devenir acteur de ses soins et ainsi de sa propre vie. Ce qui, pour l'ergothérapie, est un concept fondamental pour rendre la personne autonome et maître de sa vie.

➤ **Conclusion :**

Les concepts de psychologie du travail et de pratiques psychocorporelles éclairent et proposent de nouveaux axes de réflexion en lien avec la question initiale de recherche. En effet, l'interaction entre l'ergothérapeute, sa pratique professionnelle et les techniques psychocorporelles, auprès de personnes anxieuses et dépressives, est mise en avant. Ces deux concepts montrent l'importance de la réflexion sur la pratique professionnelle, propre à chaque ergothérapeute, ainsi que la capacité d'adaptation de ce professionnel envers le patient. Finalement, l'analyse et l'utilisation de nouvelles pratiques sont des principes fondamentaux pour les ergothérapeutes, et pas seulement en santé mentale.

Question de recherche :

Est-ce que l'utilisation des pratiques psychocorporelles peut participer à l'évolution de la pratique professionnelle de l'ergothérapeutes auprès des patients atteints de troubles anxio-dépressifs ?
--

Objet de recherche :

Le développement de la pratique professionnelle de l'ergothérapeute par l'utilisation des pratiques psychocorporelles auprès des patients atteints de troubles anxieux et dépressifs.

2. Matériel et méthode

Ce questionnaire donne lieu à une recherche, qui sera menée à travers une méthode clinique : méthode exploratoire permettant une analyse de contenu. Cette méthode est centrée sur la personne : sa particularité, son vécu et ses ressentis en tant qu'ergothérapeute. L'objectif sera d'analyser le contenu apporté par le discours des ergothérapeutes de manière singulière afin de découvrir le phénomène définissant l'objectif de recherche. Effectivement, Eymard C souligne que « le but de la méthode clinique n'est pas de généraliser mais de s'intéresser au discours singulier du sujet », soit, sa « dynamique identitaire » (41). En effet, grâce à cette méthode clinique, on peut s'intéresser au phénomène généré par l'utilisation des approches psychocorporelles par les ergothérapeutes auprès des personnes anxieuses et dépressives. Cette recherche fera référence à des domaines tels que la psychologie du travail et l'activité professionnelle des ergothérapeutes auprès de cette population.

D'après Vial M, la méthode clinique s'axe sur l'agir professionnel et sa dynamique d'action (42). Cette méthode amène à analyser des processus définissant des changements de pratique, le développement de compétences, de savoirs, ou de techniques. En effet, dans le cadre de cette recherche, l'analyse de la pratique professionnelle est un moyen pour l'ergothérapeute d'approfondir ou de déployer de nouveaux savoirs, de nouvelles compétences. L'apport des expériences présentées par les ergothérapeutes va pouvoir permettre d'analyser le phénomène étudié en lien avec l'objet de recherche.

2.1. Population et critères d'inclusion et d'exclusion :

Dans cette recherche, relativement à la loi Jardé du 5 mars 2012 (43), ce sera non pas des patients mais des professionnels qui seront interrogés puisque l'on s'intéresse à leurs pratiques et aux techniques psychocorporelles utilisées en tant que professionnel.

Ainsi, nous allons explorer la pratique professionnelle d'ergothérapeutes accompagnant des personnes présentant des troubles anxieux et dépressifs.

➤ **Critères d'inclusion :** les ergothérapeutes possédant un Diplôme d'Etat en ergothérapie, pratiquant des techniques psychocorporelles en France auprès d'adultes anxieux et dépressifs, les ergothérapeutes intervenant en psychiatrie.

➤ **Critères d'exclusion** : les ergothérapeutes ne travaillant pas auprès du public spécifique à cette recherche, les ergothérapeutes intervenant à l'étranger et qui n'utilisent pas de pratiques psychocorporelles.

➤ **Sites d'exploration** :

Les ergothérapeutes pouvant potentiellement participer à la recherche, proviennent du domaine de la santé mentale et accompagnent des personnes souffrant d'anxiété et de dépression. Il sera donc nécessaire de contacter différents instituts de psychiatrie où travaillent un ou plusieurs ergothérapeutes.

De plus, il existe des sites internet réunissant de nombreux ergothérapeutes français dont l'intervention consiste à accompagner des personnes anxieuses et dépressives et pouvant correspondre aux critères d'inclusion pour cette recherche.

2.2. Choix de l'outil théorisé de recueil de données :

Le recueil des données, répondant à la question de recherche élaborée, se fera à travers des entretiens semi-directifs. Pour le chercheur, le principe de l'entretien directif est de mener l'interview d'une personne. L'élaboration de ce type d'entretien se fait à partir d'un guide d'entretien constitué de quelques questions afin d'orienter l'interview et relancer sur les notions que le chercheur veut aborder. Basé sur l'échange, l'entretien nécessite d'être mené avec des questions ouvertes pouvant laisser une large possibilité de réponses à l'interviewé. Le chercheur doit utiliser un vocabulaire et une communication adaptés et clairs tout au long du dialogue, et laisser le temps au sujet de s'exprimer librement.

Ce choix d'outil de recueil de données s'est porté sur l'entretien semi-directif puisqu'il laisse au sujet interviewé, ici un ergothérapeute, la possibilité de s'exprimer sur ses ressentis et vécus subjectifs liés à l'objet de recherche. D'après Kaufmann JC, l'entretien est un outil pertinent pour recueillir des données concernant « la pratique et la représentation » (44). En effet, cet outil a pour objectif de recueillir la vision, le regard de l'ergothérapeute sur l'évolution de sa pratique à travers l'utilisation de pratiques psychocorporelles. Ces données basées sur

l'expérience, la subjectivité et la spontanéité de l'ergothérapeute interrogé, apporteront des axes de réflexion en lien avec l'objet de recherche.

➤ **Modalités des entretiens :**

Les entretiens auprès des ergothérapeutes s'effectueront par téléphone. En effet, l'entretien téléphonique permet d'interroger un large nombre d'ergothérapeutes en France, pour réunir un grand nombre d'informations. Cependant, cet outil peut présenter des limites : le regard et le langage corporel ne sont pas évaluables, car seul le langage verbal est utilisé; l'ergothérapeute peut éprouver des difficultés à rester concentré sur l'interview s'il ne voit pas l'interlocuteur. En effet, durant un entretien, une relation doit s'établir entre les deux individus grâce aux regards, aux différentes expressions du visage ou encore des postures corporelles. Au téléphone, ces dimensions n'existent pas, ce qui peut être un frein à la construction d'une relation. L'ergothérapeute interviewé peut donc éprouver des difficultés à livrer des éléments de son vécu ou de ses expériences, s'il ne voit pas l'interlocuteur.

➤ **Anticipation des biais et stratégies d'atténuation :**

Les biais	Stratégies d'atténuation des biais
<u>Biais méthodologiques</u> : une mauvaise ou une incompréhension des questions posées par l'enquêteur, ce qui modifierait les recueils de données.	Élaborer des questions claires, ciblées, sans ambiguïté et sans induire de réponse pour l'interrogé.
<u>Biais affectifs</u> : les questions qui induisent une réponse significative et les émotions éprouvées par l'enquêteur et l'interrogé au cours de l'entretien et pendant le traitement des données.	Élaborer des questions en restant objectif et neutre afin d'éviter une influence, et prendre du recul sur l'entretien au niveau affectif.

<p><u>Biais cognitifs</u> : utilisation de termes trop vagues ou trop complexes, des difficultés d'attention ou de réflexion de l'interrogé</p>	<p>Anticiper les termes à définir avant l'entretien, analyser les difficultés de l'interlocuteur, formuler des questions simples et claires.</p>
<p><u>Biais sociaux et culturels</u> : on peut dire qu'il peut exister une différence culturelle et sociale entre les deux interlocuteurs. Cela peut également impacter la communication entre ceux-ci.</p>	<p>Prendre en considération l'existence de ce biais socio-culturel, s'adapter à chaque personne interrogée, et, sans jugement, accepter la différence de chacun.</p>

2.3. Construction de l'outil théorisé de recueil de données :

Dans un premier temps, la démarche initiale auprès des ergothérapeutes se fera par e-mail ou par téléphone. Ce premier contact permettra de proposer aux ergothérapeutes de participer à ma démarche de recherche en lien avec l'utilisation des pratiques psychocorporelles.

Dans un deuxième temps, suite à l'acceptation de l'ergothérapeute, il faudra lui expliquer ma démarche de recherche, l'informer du sujet et des conditions de l'entretien : déroulement de l'entretien, annonce de l'anonymat et de la durée approximative de l'entretien (30 min). Ainsi, une date d'entretien pourra être convenue ensemble.

Afin d'assurer le déroulement de l'entretien, un guide d'entretien est établi par une matrice de questionnement, présentée ci-dessous.

Concepts et auteurs	Critères	Indicateurs	Thèmes	Questions et questions de relance
Psychologique de l'orientation (J Guichard et M Huteau 2001)	Compétences et identité professionnelle	Développement professionnel	Apports de compétence	<p>Selon vous, quelles compétences vous a apporté votre formation aux pratiques psychocorporelles, en plus de celles initialement présentes dans la formation en ergothérapie ?</p> <p>Relance : Quel impact a eu l'utilisation des pratiques psychocorporelles sur votre pratique professionnelle ?</p>
		Formations Remise en question		<p>Quelles adaptations avez-vous mises en place par rapport au public ?</p> <p>Relance : De quelle manière avez-vous rendu l'activité</p>
		Adaptation	Compétence d'analyse de sa pratique	
		Analyse d'une activité		
		Analyse de sa pratique		

				<p>signifiante pour les patients ?</p> <p>De quelle manière avez-vous approché les pratiques psychocorporelles ?</p> <p>Relance : Quels liens avez-vous établis entre l'activité et les personnes anxieuses et dépressives ?</p>
	Choix	Motivation	Veille professionnelle	<p>Quelles ont été vos motivations pour accéder à la formation aux pratiques psychocorporelles ?</p> <p>Relance : Quel était votre projet professionnel en choisissant de vous former ?</p>
	Analyse d'activité	Identifier le potentiel thérapeutique d'une activité	Spécificité de l'ergothérapeute	Par quel type de questionnement êtes-vous passé afin de pouvoir mettre en pratique les pratiques psychocorporelles auprès des patients anxio-dépressifs ?
		Expertise ergothérapique		

<p>Analyse</p>				<p>Relance : Quelles compétences ergothérapeutiques vous ont été nécessaires ?</p>
<p>de la pratique professionnelle (AM Lagadec 2009)</p>	<p>Apprentissage par expérience</p>	<p>Types d'apprentissage</p>	<p>Capacité de transférabilité de l'ergothérapeute</p>	<p>De quelle manière avez-vous transféré une expérience vécue en une activité thérapeutique pour les personnes atteintes de troubles anxio-dépressifs ?</p> <p>Relance : Quelles démarche avez-vous entreprises afin d'élaborer une activité thérapeutique ?</p>
<p>Les pratiques psychocorporelles (B Lesage, 2012 ; M Remilleux, 2018, et B Thibault, 2006)</p>	<p>Activité thérapeutique</p>	<p>Empowerment</p>	<p>Maitrise et expertise de l'activité par l'ergothérapeute</p>	<p>Quels outils ou compétences ergothérapeutiques sont nécessaires pour mettre en lien les pratiques psychocorporelles et le concept d'empowerment ?</p> <p>Relance : de quelle manière avez-vous évalué le besoin de pratiques psychocorporelles</p>

				auprès des patients anxieux et dépressifs ?
	Compétences et ressources de l'ergothérapeute	Médecine intégrative Approche centrée sur la personne et relation thérapeutique	L'importance du cadre et des principes ergothérapeutiques	Quels sont les principes ergothérapeutiques auxquels vous vous faites référence dans l'utilisation des pratiques psychocorporelles auprès des patients souffrant de troubles anxieux et dépressifs ? Relance : Selon vous, quels peuvent être les facilitateurs (institutionnels) à l'utilisation des pratiques psychocorporelles auprès des patients anxio-dépressifs ?

Ce guide est construit en lien avec l'objet de recherche et basé sur la matrice conceptuelle. Du fait de sa nature semi-directive, l'entretien sera constitué de quelques questions amenant aux idées principales et dirigeant légèrement la discussion. En effet, le but de l'entretien semi-directif est de laisser le sujet explorer sa pensée et pousser sa réflexion sans être influencé. Les termes évoqués devront être clairs et définis pour faciliter le déroulé de l'entretien. L'ergothérapeute devra seul élaborer sa réflexion sur l'évolution de sa pratique professionnelle à travers l'utilisation des pratiques psychocorporelles auprès de personnes

anxieuses et dépressives. Il devra donc faire appel à ses ressentis et son vécu, d'où l'importance de le mettre en confiance durant l'entretien.

➤ **Test de faisabilité :**

Avant de lancer le dispositif de recherche, il est nécessaire de le valider auprès d'une cohorte d'entraînements. Cette validation consiste à tester le dispositif de recherche auprès d'un ergothérapeute. Ce dernier, une fois l'entretien fini, devra faire un retour sur ses ressentis et remarques concernant le dispositif de recherche proposé. Ses conseils pourront permettre au chercheur d'anticiper davantage les biais, d'adapter sa posture et d'obtenir un échange plus complet et exploitable pour sa recherche. Ce test m'aide à savoir les termes et définitions à donner en amont de l'entretien, certaines notions pouvant être incomprises.

De plus, les questions posées semblent mener vers une réflexion plus approfondie de la pratique de l'ergothérapeute interrogé. Ceci peut être difficile à exprimer et à restituer pour lui. Il peut être intéressant de poser des questions plus simples avec moins de notions compliquées pour l'individu.

Il sera peut-être nécessaire de clarifier davantage les questions et les concepts évoqués pour une meilleure compréhension pour l'interrogé. De ce fait, les réponses seront plus claires et les données plus exploitables pour le chercheur.

➤ **Déroulement de l'enquête :**

Lors du premier contact avec les ergothérapeutes, peut être établi par mail ou par téléphone, je présente l'objet d'étude et propose un entretien, dont nous conviendrons d'une date ensemble. La demande est claire et explicite.

Lors de l'entretien, une présentation du contexte, de l'étude et des modalités de l'entretien est réalisée. A cet instant, il est important de préciser que l'entretien sera enregistré et les conditions qui en découlent. Ainsi, seront énoncés leurs droits conformément au Règlement Général Européen sur la Protection des données (RGPD) (45). Une fois ce cadre posé, l'entretien débute avec la question inaugurale. Puis l'objet de recherche est abordé au fur et à mesure, à savoir, le développement de la pratique ergothérapique par l'utilisation des pratiques psychocorporelles auprès de patients anxieux et dépressifs. L'entretien se poursuit grâce au guide établi en amont, tout en laissant place aux différentes discussions informelles.

Une fois l'entretien terminé, l'ergothérapeute est libre de poser des questions ou d'ajouter d'autres informations, s'il le souhaite. Si validation, l'échange peut être clos.

2.4 Le choix des outils de traitement et d'analyse de données :

Afin de traiter les données recueillies à l'issue des entretiens, une analyse thématique sera utilisée. Ce type d'analyse consiste, en deux étapes, à faire émerger des thèmes en lien avec l'objet de recherche. Les 2 étapes sont :

- La décontextualisation : l'analyse des nœuds (notions, thèmes, idées, mots-clés) en dégagant les idées globales de l'entretien. Cette étape se base sur la subjectivité du chercheur, la manière dont il saisit les idées de l'entretien.
- La recontextualisation : cette étape consiste à regrouper par thème les différents nœuds dégagés à l'issue de la décontextualisation. Cette étape se réfère davantage à l'objectivité du chercheur en utilisant un modèle choisi.

L'analyse par thématique semble pertinente en vue de la volonté de recueil de données subjectives concernant « la pratique et les représentations » de la personne (44). Ainsi, il est nécessaire d'interpréter au minimum les propos des ergothérapeutes interviewés.

3. Discussion des données

A défaut d'avoir pu mener des entretiens auprès des ergothérapeutes, la discussion concernera l'outil de recueil de données, les possibles résultats à anticiper et l'ouverture vers d'autres recherches.

3.1. Critiques du dispositif de recherche

L'ensemble des biais ont pu être expérimentés durant l'élaboration de l'enquête exploratoire. En effet, même si le questionnaire est un outil qui diffère de l'entretien, certains biais sont communs : des questions ouvertes, claires et ciblées, prendre en compte la culture et l'aspect émotionnel de chaque sujet, ou encore ne pas induire de réponses. D'ailleurs, il est également important de préserver leur anonymat tout au long de l'entretien.

Au vu des concepts abordés dans le cadre de référence, il est possible que les ergothérapeutes, en fonction de leur année d'obtention de diplôme, ne connaissent pas ces notions. Ainsi, il sera nécessaire de les clarifier en amont pour assurer une bonne compréhension des questions et obtenir des données exploitables. L'explication des termes peut être délicat puisqu'il faut éviter, au maximum, d'induire des pistes de réponses pour l'interrogé, sinon les données sont biaisées.

3.2. Apports, intérêts et limites des résultats pour la pratique professionnelle

Cette méthode clinique peut permettre de recueillir des données en lien avec la pratique professionnelle de l'ergothérapeute. Cependant, les résultats qui seront obtenus après les entretiens, seront difficilement généralisables car nous questionnons la subjectivité de chaque ergothérapeute. Ajoutons à cela, un faible nombre d'ergothérapeutes intégrant les critères d'inclusion de la recherche puisque peu de ces professionnels utilisent des pratiques psychocorporelles.

Le traitement des données par analyse thématique fera également référence à la subjectivité du chercheur. Par conséquent, les résultats devront être traités en conservant un maximum d'objectivité. La difficulté à laquelle nous pouvons nous confronter est l'analyse et l'interprétation de ces informations, basées sur le vécu et l'expérience professionnelle de chaque ergothérapeute. Il sera nécessaire de ne pas déformer les propos des interviewés et d'en faire émerger de nouvelles pistes de réflexion justes.

Au vu des questions et des questions de relance de la matrice de questionnement, les ergothérapeutes pourront librement répondre en développant l'analyse de leur pratique professionnelle. Nous pourrions donc en savoir davantage sur les apports liés à leur utilisation des pratiques psychocorporelles auprès des patients anxieux et dépressifs. Le partage de vécu et d'expérience sera différent en fonction de chaque ergothérapeute. Ainsi, de nouvelles pistes de réflexion pourront émerger et cela donnera des possibilités d'ouverture vers d'autres recherches. Il pourra également être intéressant d'analyser la connaissance qu'ont les ergothérapeutes sur les différents concepts évoqués dans le cadre théorique. Ceci permettrait une diffusion et une transmission de savoir sur ces notions, en amont de l'entretien.

Finalement, une fois les résultats recueillis, il sera nécessaire de développer leurs liens avec les objectifs de recherche de l'enquête. Pour cela, il faudra confronter les différentes notions du cadre de référence, de la revue de littérature mais aussi de l'enquête exploratoire, afin d'établir de nouvelles perspectives en lien avec l'objet de recherche.

3.3.Perspectives de recherche et ouverture vers une nouvelle recherche

A la suite de ce mémoire d'initiation à la recherche interrogeant des professionnelles sur leur pratique professionnelle, il serait intéressant de questionner les patients présentant des troubles anxieux et dépressifs sur leurs ressentis par rapport à l'utilisation de ces pratiques psychocorporelles par les ergothérapeutes. On peut aussi étendre cette recherche auprès d'un autre public, pouvant répondre aux objectifs d'utilisation de ces pratiques.

Outre cela, nous pouvons également questionner et développer des moyens permettant de faciliter l'accès aux formations de ces pratiques pour les ergothérapeutes. De ce fait, il peut être pertinent d'inscrire ces pratiques dans un modèle conceptuel en ergothérapie, permettant un ancrage dans les plans d'intervention de cette profession. On peut également penser que cela rassurerait ou développerait davantage l'utilisation de ces pratiques par les ergothérapeutes.

4. Bibliographie

1. OMS | Programme d'action: combler les lacunes en santé mentale (mhGAP) [Internet]. WHO. [cité 13 mai 2019]. Disponible sur: https://www.who.int/mental_health/mhgap/fr/
2. OMS | La dépression [Internet]. WHO. [cité 13 mai 2019]. Disponible sur: http://www.who.int/mental_health/management/depression/fr/
3. dsm5.pdf.
4. Accueil [Internet]. [cité 13 mai 2019]. Disponible sur: <https://www.anfe.fr/>
5. Morsa M, Deccache A. REALISE PAR UCL-RESO EDUCATION SANTE PATIENT INSTITUT RECHERCHE SANTE ET SOCIETE. :59.
6. DGS. Les pratiques de soins non conventionnelles [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2019 [cité 13 mai 2019]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/qualite-des-soins-et-pratiques/securite/article/les-pratiques-de-soins-non-conventionnelles>
7. Morandini C. La place des médecines complémentaires chez les patients sous chimiothérapie: étude prospective multicentrique réalisée auprès des patients et des professionnels de santé de cancérologie dans 4 hôpitaux de la région Rhône-Alpes. :107.
8. Rapport_Med_Compl_AP-HP-05-20122.pdf [Internet]. [cité 28 févr 2019]. Disponible sur: https://www.aphp.fr/sites/default/files/presse/1091/Rapport_Med_Compl_AP-HP-05-20122.pdf
9. Célestin-Lhopiteau I, d'Ailleurs AT d'Ici et. Soigner par les Pratiques Psycho-Corporelles: Pour une stratégie intégrative. Dunod; 2015. 335 p.
10. Qu'est-ce que l'hypnose? - Définition de l'hypnose [Internet]. [cité 28 févr 2019]. Disponible sur: <https://www.hypnose.fr/hypnose/definition-hypnose/>
11. RICARD M. L'Art de la méditation. Groupe Robert Laffont; 2011. 130 p.
12. Servant D. La relaxation: Nouvelles approches, nouvelles pratiques. Elsevier Masson; 2015. 225 p.
13. ergopsy, processus thérapeutiques en ergothérapie, en psychiatrie et addictologie [Internet]. [cité 13 mars 2019]. Disponible sur: <http://www.ergopsy.com/index.html>
14. Plan_Psychiatrie_et_Sante_Mentale_2011-2015-2.pdf [Internet]. [cité 13 mai 2019]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_Psychiatrie_et_Sante_Mentale_2011-2015-2.pdf
15. ergopsy, processus thérapeutiques en ergothérapie, en psychiatrie et addictologie [Internet]. [cité 29 avr 2019]. Disponible sur: <http://www.ergopsy.com/index.html>

16. Morsa M, Deccache A. REALISE PAR UCL-RESO EDUCATION SANTE PATIENT INSTITUT RECHERCHE SANTE ET SOCIETE. :59.
17. Alsubaie M, Abbott R, Dunn B, Dickens C, Keil TF, Henley W, et al. Mechanisms of action in mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) and mindfulness-based stress reduction (MBSR) in people with physical and/or psychological conditions: A systematic review. *Clin Psychol Rev.* 1 juill 2017;55:74-91.
18. Proeve Michael. Effects of mindfulness-based cognitive therapy on shame, self-compassion and psychological distress in anxious and depressed patients: a pilot study. Australia. 2018. 16. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29345803>. Consulté le 16 juin 2018.
19. Montarnal Cynthia. Prendre soin de soi avec la méditation: les effets de la MBCT sur la santé. thèse de médecine. Université de Nice. 2014. 107.
20. Cases-Jolinon M. Contenance et créativité du champ psychique Du corps éprouvé par la relaxation en séance au rêve éveillé, Containment and creativity of the psychic field, Contenza e creatività del campo psichico. *Imagin Inconsc.* 1 juill 2011;(27):13-30.
21. Faszczenko L. Les approches psychocorporelles : des outils pour le rétablissement, Psychotherapy approaches and recovery. *Perspect Psy.* 2017;56(3):224-8.
22. Lombardi R. Le corps dans la séance analytique : étude sur la relation corps/psychisme. *L'Année Psychanal Int.* 2009;me 2009(1):131-57.
23. Précart Grégory. Les techniques non médicamenteuses dans le trouble anxieux. Thèse de pharmacie. Université de Bordeaux 2. 2016. 146.
24. McColl Mary Ann. Spirit, occupation and disability. 2000. 12. <http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/000841740006700403>. Consulté le 12 juin 2018.
25. Guichard J, Huteau M. Psychologie de l'orientation. Paris: Dunod; 2001.
26. Maugeri S. Motivation et travail [Internet]. Dunod; 2009 [cité 2 avr 2019]. Disponible sur: <https://www-cairn-info.lama.univ-amu.fr/traite-de-psychologie-de-la-motivation--9782100515837-page-187.htm>
27. Lagadec AM. L'analyse des pratiques professionnelles comme moyen de développement des compétences: ancrage théorique, processus à l'œuvre et limites de ces dispositifs. *Rech Soins Infirm.* 2009;N° 97(2):4-22.
28. Développer le « savoir analyser » pour analyser sa pratique professionnelle [Internet]. *Revue de l'analyse de pratiques professionnelles.* 2013 [cité 27 avr 2019]. Disponible sur: <http://www.analysedepatique.org/?p=435>
29. 031894542.pdf [Internet]. [cité 28 avr 2019]. Disponible sur: <http://depote.uqtr.ca/8266/1/031894542.pdf>
30. Référentiel de compétences [Internet]. 2017 [cité 21 nov 2017]. Disponible sur: <http://vae.asp-public.fr/index.php?id=fr72>

31. document.pdf [Internet]. [cité 28 avr 2019]. Disponible sur: <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-01576759/document>
32. Hernandez H. Ergothérapie en psychiatrie: De la souffrance psychique à la réadaptation. De Boeck Supérieur; 2016. 288 p.
33. Profession ergothérapeute | SIFEF [Internet]. [cité 1 mai 2019]. Disponible sur: <https://www.sifef.fr/profession-ergotherapie/>
34. e8b05f640c07361c2d50e7418412c81e54d6bdfb.pdf [Internet]. [cité 24 févr 2019]. Disponible sur: <https://www.fondationpierredeniker.org/uploads/factSheets/e8b05f640c07361c2d50e7418412c81e54d6bdfb.pdf>
35. dabaptiste. David KOLB – L'apprentissage par l'expérience [Internet]. Innovalie. 2015 [cité 28 avr 2019]. Disponible sur: <https://innovalie.wordpress.com/2015/08/20/david-kolb-lapprentissage-par-lexperience/>
36. Place des pratiques psychocorporelles et définitions [Internet]. Elsevier Masson, le blog. 2018 [cité 28 févr 2019]. Disponible sur: <http://www.blog-elsevier-masson.fr/2018/03/place-pratiques-psychocorporelles-definitions/>
37. Thibault P. CS21 LES MÉTHODES PSYCHOCORPORELLES AU SERVICE DES PATIENTS ET DES SOIGNANS. :2.
38. Jalons pour une pratique psychocorporelle [Internet]. [cité 28 mars 2019]. Disponible sur: <https://www-cairn-info.lama.univ-amu.fr/jalons-pour-une-pratique-psychocorporelle--9782749233697.htm>
39. Marcellini A, Turpin J-P, Rolland Y, Ruffié S. Corps et culture, Numéro 5 | 2000. 2000;16.
40. Buffet IW. Acteur de sa vie - Développer l'empowerment: Mieux être au travail et dans sa vie personnelle. Mon Petit Éditeur; 2012. 274 p.
41. Tanda-Soyer N, Eymard C, Alderson M. État des lieux de l'initiation à la recherche en formation initiale en soins infirmiers : recherche et professionnalisation. Rech Soins Infirm. 23 mai 2014;N° 116(1):70-80.
42. Vial M, Caparros-Mencacci N. L'accompagnement professionnel ? [Internet]. De Boeck Supérieur; 2007 [cité 4 mai 2019]. Disponible sur: <http://www.cairn.info/l-accompagnement-professionnel--9782804155186.htm>
43. LOI n° 2012-300 du 5 mars 2012 relative aux recherches impliquant la personne humaine. 2012-300 mars 5, 2012.
44. Kaufmann J-C. L'entretien compréhensif - 4e éd. Armand Colin; 2016. 96 p.
45. Le règlement général sur la protection des données s'applique dans tous les États membres à partir du 25 mai 2018 - EUR-Lex [Internet]. [cité 13 mai 2019]. Disponible sur: <https://eur-lex.europa.eu/content/news/general-data-protection-regulation-GDPR-applies-from-25-May-2018.html?locale=fr>

5. Annexes :

5.1. Annexe 1 : tableau de bases de données de la recherche

Base de données	Mots-clés	Sélection selon le résumé	Sélection selon le titre	Articles retenus	Argumentation
Cairn	<i>Méditation</i>	195	71	1	Les ouvrages proposés dans cette banque de données sont souvent accessibles (disponibles et compréhensibles). Elle permet de réaliser des recherches dans le domaine des sciences humaines et sociales.
	<i>Relaxation</i>	1812	3	1	
	<i>Approches psychocorporelles</i>	110	110	1	
Canadian journal of Occupational Therapy	<i>Meditation, occupational therapy, psychiatry</i> <i>/article accessible/</i>		474	1	Cette banque de données a permis de faire un lien entre la méditation et l'ergothérapie. Les recherches établies proviennent du Canada, qui semble relativement développé à ce sujet. Cette banque propose des articles dans le domaine ergothérapique, médical et sociale.
Pubmed	<i>MBCT (Mindfulness Based Cognitive Therapy) et troubles anxieux</i>	25	56	2	Cette banque est pertinente puisqu'elle propose des articles dans le domaine uniquement médical
Dumas	<i>Méditation</i>	15	15	2	Cette banque de données est intéressante puisqu'elle présente les travaux de recherches déjà réalisés. Ceci permet de voir si notre thème est actuel et socialement vif.

5.2. Annexe 2 : Tableau de synthèse de la revue de littérature

Sources	Thème/objet traité	Méthode utilisée	Population	Approche théorique privilégiée	Champ(s) disciplinaire(s) d'étude	Principaux résultats	Question, dimension non abordée
1.Cairn.info « Le Mindfulness ou la méditation pour la guérison et la croissance personnelle : des bricolages psychospirituels dans la médecine mentale »	La distinction entre la méditation « religieuse » et « scientifique »	Comparaison sociologique générationnelle	Toutes populations	Reconstruction psychospirituelle	Sociologie, spiritualité, santé mentale, bien-être	Passage de la méditation « religieuse » à la méditation « scientifique » provenant d'envies grandissantes d'évolution spirituelle	Effets de la méditation sur les troubles anxieux, Et l'ergothérapeute ?
2. Cairn.info « Contenance et créativité du champ psychique Du corps éprouvé par la relaxation en séance au rêve éveillé »	Travail imaginaire par la médiation corporelle et la restauration du contenant psychique	Expérience auprès d'un patient	Patient atteint de dépression, forte anxiété	L'axe être-faire et le champ psychique, rêve éveillé	Psychanalyse, psychologie santé, santé mentale	Relaxation et rêve éveillé permettent d'avoir accès à des zones de contenance percées. Observation de différentes formes de créativité.	Méditation, état émotionnel du patient avant/après (stress ?) Et l'ergothérapeute ?

<p>3. Cairn.info</p> <p>« Les approches psychocorporelles : des outils pour le rétablissement »</p>	<p>Place des approches psychocorporelles en psychiatrie (réhabilitation)</p>	<p>Expérience menée sur différents groupes</p>	<p>Patient en psychiatrie (psychotiques, schizophrènes, troubles anxieux et émotionnels)</p>	<p>Approches psychocorporelles</p>	<p>Santé mentale, psychologie, bien-être</p>	<p>Ces approches apportent une aide afin de mieux percevoir et sentir son corps, le calme, et modifient la capacité de contenance.</p>	<p>Apport spécifique de la méditation</p> <p>Et l'ergothérapeute ?</p>
<p>4. Cairn.info</p> <p>« Le corps dans la séance analytique : étude sur la relation corps/psychisme »</p>	<p>Lien corps/psychisme</p>	<p>Quatre études de cas</p>	<p>Troubles anxieux, troubles du comportement, troubles des relations sociales, troubles de la gestion des émotions</p>	<p>Relation verticale/horizontale</p> <p>Dissociation corps/psychisme</p> <p>Découverte du corps</p>	<p>Santé mentale</p> <p>Psychologie</p> <p>Bien-être</p> <p>Psychanalyse</p>	<p>Amélioration de la mise en mot des patients sur leur perception corporelle. Progression vers une relation corps/psychique.</p>	<p>En quoi la méditation aborde cette relation ?</p> <p>Et l'ergothérapeute ?</p>
<p>5. CJOT</p> <p>« Spirit, occupation and disability »</p>	<p>La spiritualité et l'ergothérapie</p>		<p>Toutes personnes ayant un handicap</p>	<p>Approche par la spiritualité</p>	<p>Sciences humaines, médical, sociologie, psychologie</p>	<p>Importance de la spiritualité dans une approche ergothérapique</p>	<p>La méditation permettrait de faire évoluer la spiritualité ? Patient réceptif ? Si chacun a son propre niveau de spiritualité ? Pour des troubles anxieux ?</p>

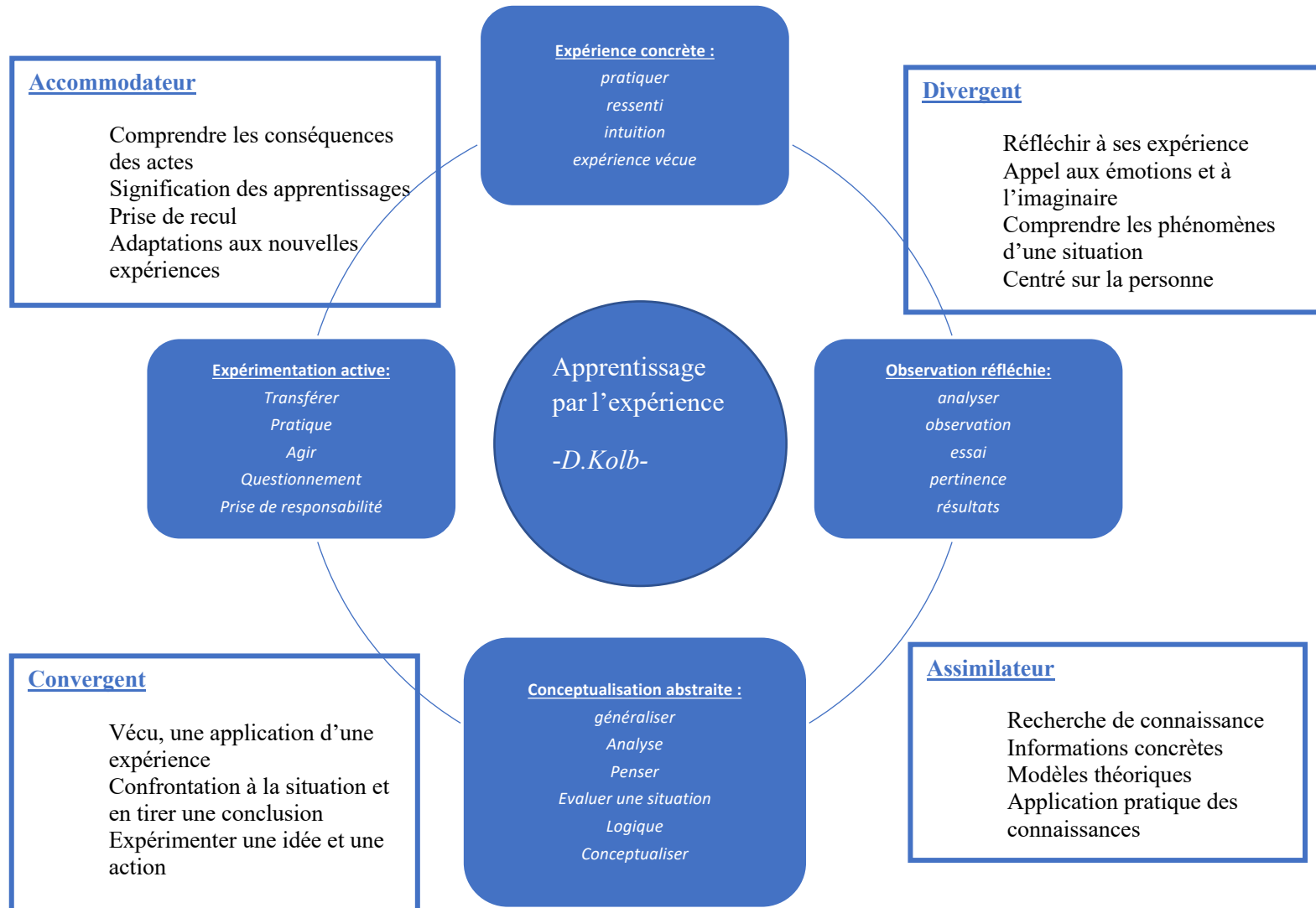
<p>6. Pubmed</p> <p>« effects of MBCT on shame, self-compassion and psychological distress in anxious and depressed patients : pilot study »</p>	<p>Les effets de la MBCT (liés à la honte, l'auto-compassion, culpabilité)</p>	<p>Etude expérimentale longitudinale de 32 patients (19 femmes, 13 hommes) entre 25 et 70 ans</p> <p>Participation à 40 min de MBCT/jours pendant 8 semaines.</p>	<p>Patient ayant des troubles anxieux et dépressifs</p>	<p>MBCT (Mindfulness Based Cognitive Therapy)</p>	<p>Médical , psychologie, sciences humaines</p>	<p>MBCT fait augmenter l'auto-compassion, et diminuer les ruminations et donc diminuer le sentiment de honte</p>	<p>Effets sur troubles anxieux en eux-mêmes ?</p> <p>Et l'ergothérapeute ?</p>
<p>7. Pubmed</p> <p>« Mechanisms of action in mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) and mindfulness-based stress reduction (MBSR) in people with physical and/or psychological conditions »</p>	<p>Mécanismes d'action de la MBCT et de la MBSR sur des troubles physiques et psychologiques</p>	<p>Recherches basées sur 7 banques de données afin de faire émerger des mécanismes d'action</p>	<p>Patients ayant un handicap physique et psychologique</p>	<p>MBCT / MBSR</p>	<p>Médical, psychologie, sciences humaines, psychiatrie</p>	<p>Les différentes études montrent des effets plus ou moins importants sur les troubles psychologiques</p>	<p>Et l'ergothérapeute ?</p>
<p>8. Dumas – thèse</p> <p>« prendre soin de soi avec la méditation, les effets de la</p>	<p>Les effets de la méditation sur la santé</p>	<p>Etude qualitative , 11 patients : 10 femmes 1 homme</p>	<p>Patients ayant eu des symptômes dépressifs</p>	<p>MBCT / MBSR et empowerment</p>	<p>Santé publique, médical, psychologie, psychiatrie</p>	<p>Evocation de l'amélioration de l'état de santé par tous les patients et décrivent divers</p>	<p>Et l'ergothérapeute ?</p>

MBCT sur la santé »						changements psychiques.	
9. Dumas « Les techniques non médicamenteuses dans le trouble anxieux. »	Les techniques médicamenteuses accessibles pour le traitement des troubles anxieux	Recherches scientifiques des apports des différentes techniques	Patients présentant des troubles anxieux	Techniques non médicamenteuses	Santé publique, médical, psychologique, psychiatrique	Amélioration de la qualité de vie et du bien-être. Diminution de l'anxiété.	Et l'ergothérapeute ?

5.3. Annexe 3 : Tableau de questionnements de l'enquête exploratoire

La thématique précise à questionner issue du questionnement	Objectif de la question	Questions	Modalités de réponse
Le travail de l'ergothérapeute avec un public spécifique	Cibler la capacité de recul de la personne questionnée sur les troubles anxio-dépressifs	Concernant le travail auprès de patient atteints de troubles anxio-dépressifs : Selon vous, quels sont les impacts des troubles anxio-dépressifs les plus présents sur les patients ?	Fermée Ouverte
L'utilisation des approches psychocorporelles	Renseignements à recueillir : Connaissance Utilisation Adaptations Limites Effets Formations Les autres professionnels	Connaissez-vous la notion d'approches psychocorporelles ? La ou lesquelles pratiquez-vous ? Quelles observations avez-vous faites ? quels effets ? Disposez-vous d'un diplôme ou d'une formation pour cette ou ces pratique(s) utilisée(s) ? Citez le type d'adaptations que vous réalisez Quelles techniques/principes associez-vous ? Pour quels objectifs les utilisez-vous ? Dans votre établissement, y a-t-il d'autres professionnels pratiquant une ou plusieurs de ces approches ? si oui, quel professionnel et quelle pratique ?	Ouverte Fermée Ouverte Fermée Ouverte Semi-ouverte Ouverte Ouverte
La notion d'empowerment	Renseignements à recueillir : Connaissance Objectifs	à Connaissez-vous la notion d'empowerment ? Si oui, expliquez Est-ce un objectif pertinent pour ce public ?	Semi-ouverte Fermée

5.4. Annexe 4 : Schéma des différents types d'apprentissage par l'expérience.



Résumé : Les troubles anxieux et dépressifs touchent une grande partie de la population française et représentent un enjeu majeur de la santé publique. En réponse à ce phénomène, de nombreuses pratiques non médicamenteuses susceptibles d'aider ce public, telles que les pratiques psychocorporelles, tendent à se développer, et de plus en plus au cours des prochaines années. Cependant, l'ergothérapie, dont les compétences et les domaines d'intervention sont vastes, est souvent méconnue par les acteurs en santé mentale. Ainsi, cette étude s'intéresse au développement de la pratique ergothérapique grâce à l'utilisation de ces pratiques psychocorporelles auprès des patients anxieux et dépressifs. A travers une méthode clinique, ceux-ci travaillant auprès d'une population présentant des troubles anxio-dépressifs seront interrogés. Puis, les données recueillies seront traitées par analyse thématique.

Mots-clés :

Ergothérapie, troubles anxieux, dépression, thérapies corps-esprit, analyse de la pratique professionnelle (formation), santé mentale

Summary: Anxiety and depressive disorders affect a large part of the French population and represent a major issue for public health intervention. In addition, many non-drug practices, such as body-mind practices, tend to develop over the next few years that can help the public. As for occupational therapy, whose skills and areas of intervention are vast, is often unrecognized in mental health. Thus, this study is interested in the development of occupational therapist practice through the use of these body-mind practices on anxious and depressive patients. Through a clinical method, occupational therapists working with a population with anxio-depressive disorders will be interviewed. Then, the data collected by interviews with occupational therapists will be treated by thematic analysis.

Keywords :

Occupational therapist, anxiety disorders, depression, body-mind therapy, professional practice analysis (formation), mental health