Dépression et participation sociale : accompagnement en ergothérapie de la personne souffrant de dépression vers une participation sociale

Camille Féry

▶ **To cite this version:**

Camille Féry. Dépression et participation sociale : accompagnement en ergothérapie de la personne souffrant de dépression vers une participation sociale. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02347580

HAL Id: dumas-02347580

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02347580

Submitted on 5 Nov 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.

UFR DE MÉDECINE
ET PROFESSIONS PARAMÉDICALES
Université Clermont Auvergne

La Région
Auvergne-Rhône-Alpes

INSTITUT UNIVERSITAIRE
DE FORMATION EN ERGOTHERAPIE

Camille Féry

Mémoire d'initiation à la recherche
27 Mai 2019

DÉPRESSION ET PARTICIPATION SOCIALE

Accompagnement en ergothérapie de la personne souffrant de dépression vers une participation sociale

UE 6.5 – Evaluation de la pratique professionnelle et de recherche

« La fatigue qui m'épuise me vide et me rend incapable d'agir. »
Alain Ehrenberg

« Etre c'est agir ; l'action est l'existence même. »
Félix Ravaisson

REMERCIEMENTS

« Sous la direction de Thomas CHARPEAUD, médecin psychiatre à la Clinique du Grand Pré, région Auvergne Rhône Alpes, maître de mémoire »

Je voudrais premièrement remercier Thomas Charpeaud, pour sa disponibilité, son engagement dans ce travail d'initiation à la recherche, sa curiosité pour l'ergothérapie, son regard critique et ses conseils.

Je remercie Céline Dauzat, directrice de l'Institut Universitaire de Formation en Ergothérapie d'Auvergne, ainsi que Marie Grillon, formatrice, pour leur accompagnement sur la méthodologie de recherche, ainsi que le suivi tout au long de mon cursus universitaire.

Je remercie également les ergothérapeutes ayant accepté de participer à cette démarche d'initiation à la recherche, à travers les échanges et leur partage d'expériences.

Pour finir, je souhaite remercier mes amis et mes proches pour leur soutien et leur aide apportés lors de ces années d'étude.

SOMMAIRE

LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES 3

INTRODUCTION 4

1. PROBLEMATIQUE PRATIQUE 5

1.1 LA DEPRESSION 5
1.1.1 CLINIQUE DE LA DEPRESSION 5
1.1.2 LA DEPRESSION AU COURS DE LA VIE 10
1.1.3 LA DEPRESSION DANS LA SOCIETE OCCIDENTALE 12
1.2 LES LIENS SOCIAUX 13
1.2.1 LE GROUPE 13
1.2.2 LE RESEAU SOCIAL 14
1.2.3 L'ISOLEMENT ET LE SOUTIEN SOCIAL 14
1.3 L'ERGOTHERAPIE 15
1.3.1 DEFINITION 15
1.3.2 L'ERGOTHERAPIE EN PSYCHIATRIE 16
1.4 VERS UNE QUESTION DE RECHERCHE 18

2 PROBLEMATIQUE THEORIQUE 20

2.1 LA PARTICIPATION SOCIALE 20
2.1.1 DEFINITION 20
2.1.2 PARTICIPATION SOCIALE ET SITUATION DE HANDICAP 21
2.1.3 L'APPARTENANCE SOCIALE ET L'IDENTITE 21
2.1.4 EVALUATION 22
2.2 LA REHABILITATION PSYCHOSOCIALE 22
2.2.1 DEFINITION 22
2.2.2 SON APPARITION 24
2.2.3 LES DIFFERENTES STRUCTURES 25
2.3 LE MODELE DE L'OCCUPATION HUMAINE 25
2.3.1 L'ETRE 27
2.3.2 L'ENVIRONNEMENT 28
2.3.3 L'AGIR 28
2.3.4 LE DEVENIR 29
2.3.5 LES EVALUATIONS 29

3 METHODOLOGIE 30

3.1 CHOIX DE LA METHODOLOGIE DE RECHERCHE 30
3.2 CHOIX DE LA POPULATION 30
3.3 CONCEPTION DU GUIDE D'ENTRETIEN 31
3.4 DEROULEMENT DES ENTRETIENS 31

4 RESULTATS 32

4.1 PRESENTATION DES ERGOTHERAPEUTES 32
4.2 ANALYSE LONGITUDINALE 32
4.2.1 ERGOTHERAPEUTE 1 33
4.2.2 ERGOTHERAPEUTE 2 34
4.3 ANALYSE TRANSVERSALE 36
4.3.1 CONCERNANT L'IMPACT DES SYMPTOMES DEPRESSIFS SUR LE QUOTIDIEN 36
4.3.2 CONCERNANT L'EVALUATION DES BESOINS D'ACCOMPAGNEMENT 37
4.3.3 CONCERNANT LES OBJECTIFS D'ACCOMPAGNEMENT 38
4.3.4 CONCERNANT LES MOYENS D'ACCOMPAGNEMENT 38
4.3.5 CONCERNANT L'ARRET DE L'ACCOMPAGNEMENT 40
4.3.6 CONCERNANT LA REHABILITATION ET LA PLACE DE L'ERGOTHERAPIE EN PSYCHIATRIE 40

5 DISCUSSION 41

5.1 CONFRONTATION DES RESULTATS AVEC LA PROBLEMATIQUE THEORIQUE 41
5.1.1 PAR RAPPORT AU CONCEPT DE LA PARTICIPATION SOCIALE 41
5.1.2 PAR RAPPORT AU CONCEPT DE LA REHABILITATION PSYCHOSOCIALE 43
5.1.3 PAR RAPPORT AU MOH 44
5.2 REPONSE A LA QUESTION DE RECHERCHE 45
5.3 CRITIQUE ET LIMITES DE L'ETUDE 48
5.4 APPORTS ET PERSPECTIVES 48

CONCLUSION 51

BIBLIOGRAPHIE 52

ANNEXES

LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES

AMPS : Assessment of Motor and Process Skills (Evaluation des habiletés motrices et opératoires)

ANFE : Association Nationale Française des Ergothérapeutes

CASIG : Client Assessment of Strengths, Interests and Goals (Évaluation par le client des forces, des intérêts et des objectifs)

CATTP : Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel

CMP : Centre médico-psychologique

ESAT : Etablissement et Service d'Aide par le Travail

GEM : Groupe d'Entraide Mutuelle

HDJ : Hôpital de jour

MOH : Modèle de l'Occupation Humaine

MOHOST: Model Of Human Occupation Screening Tool (Outil d'évaluation de la participation occupationnelle)

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

SAVS : Service d'Accompagnement à la Vie Sociale

VQ : Volitional Questionnaire (Questionnaire de volition)

INTRODUCTION

Lors de mon cursus en ergothérapie, j'ai pu effectuer deux stages dans des cliniques spécialisées en santé mentale. Mon attrait pour cette spécialité médicale s'en est trouvée grandi.

J'ai pu rencontrer des personnes hospitalisées à la suite d'un épisode dépressif majeur caractérisé. L'accompagnement thérapeutique de ces personnes m'a interpellée. J'ai compris que ce trouble mental touchait un nombre important d'individus. En effet, j'ai pu croiser, tout au long de mon parcours de stages, en psychiatrie comme en rééducation, des personnes en pleine souffrance psychique.

La dépression, selon l'OMS, est une pathologie fréquente : elle touche plus de 300 millions de personnes dans le monde, avec une augmentation de plus de 18% de 2005 à 2015. Elle constitue aujourd'hui la plus importante cause d'incapacité. Cette pathologie représente un fardeau majeur en terme de santé publique.

Bien que des traitements efficaces existent actuellement, 50% des personnes touchées par la dépression ne bénéficient pas en totalité ou en partie de ceux-ci. Plusieurs facteurs peuvent expliquer ce constat, notamment la stigmatisation sociale des troubles psychiques, freinant les malades à consulter pour ce motif.

La dépression représente une priorité pour l'OMS, qui a lancé un programme d'action « Combler les lacunes en santé mentale ». Ce programme vise à améliorer les soins de la dépression en proposant des soins appropriés et un soutien psychosocial (OMS, 2018).

La dépression se définit comme une pathologie de l'humeur. Selon J. Delay, « l'humeur est cette disposition affective fondamentale, riche de toutes les instances émotionnelles et instinctives, qui donne à chacun de nos états d'âmes une tonalité agréable ou désagréable, oscillant entre les deux pôles extrêmes du plaisir et de la douleur ». L'humeur anime le quotidien de chacun, mais certaines personnes vont parfois se retrouver déstabilisées dans leurs états d'âme, se confrontant à une sorte de « dérèglement de l'humeur », la dépression (Bourgeois, 2006).

Cette souffrance, amenant à une situation handicapante, peut être soulevée et questionnée en ergothérapie. La dépression touche notamment les liens sociaux d'un individu. Ces personnes, en détresse psychique, se retrouvent en difficulté pour créer

du lien avec autrui. Mais l'autre n'est-il pas essentiel dans ces moments de crise existentielle ?

Je me suis alors demandée : **Comment l'ergothérapeute peut-il intervenir dans les liens sociaux des personnes dépressives ?**

Dans ce dossier, je présenterai ma problématique pratique, puis je développerai l'utilité sociale et professionnelle de mon étude. Je finirai par définir ma question de recherche.

1. PROBLÉMATIQUE PRATIQUE

Dans le but de développer ma problématique pratique, je vais synthétiser au mieux la littérature actuelle traitant de mes trois axes, à savoir : la dépression, la thématique des liens sociaux et l'ergothérapie.

1.1 La dépression

1.1.1 Clinique de la dépression

1.1.1.1 La symptomatologie clinique

D'un point de vue clinique, la description de la dépression est très complexe. Nous verrons les critères du Manuel Diagnostique des troubles Mentaux 5 (DSM 5), puis nous développerons les principaux symptômes que sont l'humeur dépressive, l'anhédonie, les distorsions cognitives, les signes somatiques, l'idéation suicidaire et le suicide, ainsi que les répercussions sociales de cette pathologie.

Les critères du DSM 5

D'après le DSM 5, la dépression est une pathologie appartenant aux troubles de l'humeur. Cet ouvrage de référence répertorie divers symptômes de la dépression, en voici la liste :

- Humeur dépressive
- Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir (*anhédonie*) pour toutes, ou presque toutes les activités
- Perte de poids significative en l'absence de régime, ou gain de poids, ou diminution ou augmentation de l'appétit

- Insomnie ou hypersomnie
- Agitation ou ralentissement psychomoteur
- Fatigue ou perte d'énergie
- Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée
- Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision
- Pensées de mort récurrentes, idées suicidaires récurrentes sans plan précis ou tentative de suicide ou plan précis pour se suicider

Selon le diagnostic posé à l'aide du DSM 5, la personne éprouve un changement de son état antérieur, avec au moins 5 symptômes persistant deux semaines consécutives au minimum, l'humeur dépressive ou la perte d'intérêt devant obligatoirement faire partie du tableau clinique (DSM 5, 2013).

L'humeur dépressive

L'humeur dépressive est un symptôme fondamental correspondant au « noyau dépressif ». Celle-ci s'exprime de différentes manières.

Il s'agit d'une sensation pénible, douloureuse et envahissante, qui ne semble pas toujours faire suite à des circonstances précises ou à un événement particulier.

Une *tristesse profonde*, pathologique, provoque un certain pessimisme envers soi et le monde, parfois jusqu'au désespoir.

L'humeur dépressive peut devenir tellement envahissante et intense qu'on parle de *douleur morale*. Celle-ci s'accompagne souvent d'un ralentissement général des idées et des actions *(Ehrenberg, 1998).*

L'anhédonie

Une *anhédonie,* traduite par un déficit de la capacité à ressentir du plaisir et à s'intéresser aux choses, s'observant dans tous les domaines du quotidien, comme la vie affective, professionnelle, ou encore les loisirs, amène à une absence totale de projets, à une vision d'un avenir sombre.

Pour P. Fédida (2001), la dépression, ou « état déprimé », provoquerait chez la personne une sensation, psychique mais également physique, d'anéantissement. Ce sentiment, issu d'une certaine « violence du vide », laisse la personne dans un état

immobile, dans un quotidien sans goût, sans intérêts, elle se sent démunie, incapable de faire quoi que ce soit.

Les distorsions cognitives

La *dévalorisation de soi* crée un sentiment d'inutilité et d'incapacité, l'estime de la personne s'en trouve touchée.

Une *culpabilité* à l'égard de l'environnement social peut se faire sentir. La personne, ayant l'impression d'être un poids pour son entourage, se sent coupable de ne plus ressentir quoi que ce soit.

L'*anxiété* permanente, due à un sentiment d'avenir sans issue, peut prendre l'allure d'un symptôme phobique, d'une crise de panique, de sensations corporelles diverses. Cette anxiété peut augmenter le risque suicidaire (Ferreri, Agbokou, Nuss, & Peretti, 2006). Ces signes peuvent se retrouver chez des personnes non déprimées. Cependant, la survenue de ces sensations provoque chez la personne dépressive un quotidien bouleversé de manière durable dans le temps.

Les signes somatiques

Ces signes précèdent généralement les symptômes psychologiques. Ils proviennent des perturbations psychobiologiques générées par la dépression.

L'*asthénie* correspond à une forte fatigue psychique et physique, avec une impression de lourdeur corporelle. Celle-ci, curieusement, peut parfois s'améliorer lors d'un effort.

Le *sommeil* est troublé, tendant souvent vers une insomnie. Au moment du coucher, la personne, anxieuse, a du mal à trouver une détente musculaire et psychique suffisante pour l'endormissement.

Des *troubles de l'appétit*, s'exprimant souvent par une anorexie, sont en lien avec l'anhédonie, ainsi qu'un dégoût pour les choses alimentaires.

Des *troubles urinaires, digestifs, cardiovasculaires, musculaires* et *neurologiques* peuvent également s'exprimer (Eisinger, 2008).

L'idéation suicidaire et le suicide

Le thème de la mort est fréquent chez les personnes dépressives. Idées de suicide, tentatives de suicide et suicides reflètent un point important dans le soin de cette pathologie, et doivent faire l'objet d'évaluations rigoureuses de la part des soignants.

Les personnes, ruminant ces idées morbides, peuvent aller jusqu'au suicide si celui-ci représente la seule solution à leur mal être devenu insupportable.

Souvent, envisager le suicide est une manière d'appeler à l'aide. Paradoxalement, la personne, par une idée de mort, cherche des repères pour retrouver la vie. Les personnes suicidaires, bouleversées dans leur vie psychique, imaginent la mort comme une solution pour abréger leur souffrance. L'entourage joue alors un rôle important dans ces moments de crise (Marx, 2012).

A savoir que, selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), près de 800 000 personnes meurent dans le monde, en se suicidant dans le cadre d'une dépression au cours d'une année. Le suicide est devenu, en 2012, en France, la deuxième cause de mortalité chez les 15-29 ans.

Les répercussions sociales

Pour certaines personnes, la dépression peut se répercuter dans l'environnement social.

L'entourage peut tenter de trouver des solutions pour contrer le comportement souffrant : rassurer, soutenir, remonter le moral, faire voir le bon côté des choses, stimuler, faire à la place si besoin...

Face à cet entourage inquiet, les états d'âme de la personne peuvent persister. Les ressources du milieu social peuvent alors s'épuiser. Peu à peu, la bienveillance peut laisser place à un sentiment d'incapacité de changer les choses.

Les proches peuvent déléguer le problème en demandant une hospitalisation, ou en se tournant vers une institution externe (Delroeux, 2008).

La dépression peut donc toucher la sphère sociale. Amis, collègues, famille, connaissances peuvent peu à peu s'éloigner pour laisser la personne dans un isolement social, avec repli sur soi et tristesse. L'estime de soi s'en trouvera bouleversée.

Pourtant, l'entourage peut également représenter un réel outil de soutien social.

1.1.1.2 Les différentes formes de dépression

Le mot dépression renvoie à une grande variété de formes cliniques, voici les principales.

La dépression chronique

Celle-ci correspond à des symptômes perdurant au moins 2 ans, presque tous les jours. Cette forme provoque une souffrance quotidienne et une situation handicapante dans la vie sociale et professionnelle.

L'épisode dépressif à caractéristique psychotique

La personne présente des idées délirantes. Les délires peuvent être liés aux symptômes dépressifs, comme une culpabilité excessive, une incurabilité, des auto-accusations. Ils peuvent également être non congruents, comme un délire de persécution, ou encore des idées hypocondriaques. Ces délires sont transitoires et posent la question du diagnostic différentiel avec une potentielle psychose chez l'adolescent, ou une pathologie dégénérative neurologique chez les personnes âgées.

L'épisode dépressif caractérisé à caractéristique mélancolique

La mélancolie se définit par les signes cliniques de la dépression, mais avec une douleur morale intense. Elle se caractérise par une voix monotone et faible, une démarche lente, un fort ralentissement psychique, des idées d'auto-accusations amenant parfois à un auto-châtiment.

La dépression à caractéristique mixte

Cette forme de dépression se caractérise par la manifestation d'au moins trois symptômes maniaques de manière concomitante aux symptômes dépressifs, hors distractibilité, irritabilité ou agitation. Les personnes touchées par la dépression à caractère mixte peuvent être à risque de résistance thérapeutique, d'usages excessifs de substances et de suicides (Weibel, S. & Bertschy, G., 2016).

Les troubles dépressifs saisonniers

Les symptômes de l'épisode dépressif caractérisé arrivent de manière récurrente en fonction des saisons. Les troubles se manifestent généralement vers Octobre-Novembre, lorsque les jours raccourcissent, et prennent fin vers l'arrivée du printemps. Cette forme touche majoritairement les femmes.

L'épisode dépressif à caractéristiques atypiques

Cet épisode amène divers symptômes, comme une réactivité de l'humeur, une hyperphagie et une hypersomnie. Une sensibilité extrême au rejet dans les relations interpersonnelles peut également apparaître, ce qui engendre une certaine instabilité psychosociale (Lutz, Morali, & Lang, 2013).

La dépression masquée

Cette forme de dépression se manifeste plus régulièrement chez les personnes âgées. Elle repousse les symptômes psychiques au second plan, pour laisser place à des symptômes somatiques. Douleurs corporelles, céphalées, lombalgies peuvent être des manifestations d'une dépression masquée, sans origine organique identifiée. Ces symptômes dominants rendent souvent le diagnostic difficile.

1.1.2 La dépression au cours de la vie

1.1.2.1 L'enfant

Certains épisodes dépressifs peuvent apparaître dès l'enfance. Généralement, c'est l'entourage familial ou scolaire qui alerte le médecin. En effet, l'enfant, parfois, ne parvient pas à exprimer sa tristesse, son mal-être. C'est par le biais de « conduites de lutte » contre ces états d'âme désagréables que l'enfant arrive à extérioriser autrement : agitation, irritabilité psychomotrice, isolement … (de Becker, 2003). Ces réactions, impactant souvent la scolarité de l'enfant (retard au niveau de l'écriture, de la lecture, ou dans les apprentissages…), rendent le diagnostic difficile, la dépression chez l'enfant passant alors inaperçue.

1.1.2.2 L'adolescent

Plus l'enfant grandit, plus la symptomatologie de la dépression s'apparente à celle de l'adulte. L'adolescent va disposer de plus en plus de moyens divers pour exprimer sa souffrance.

La période de l'adolescence correspond à une recherche complexe de soi et de la place que l'on va prendre dans la société. Période de craintes, de doutes, de changements corporels et sociaux, phase de transition entre être enfant et devenir adulte, l'adolescence amène la personne à chercher un équilibre dans sa vie psychique (Fournier, 2015). L'adolescent dépressif passe fréquemment à l'acte pour dire son mal de vivre existentiel : échecs scolaires, isolement, troubles des conduites, auto-mutilations, addictions, tentatives de suicide (Bergès-Bounes & Lacôte-Destribats, 2010).

1.1.2.3 L'adulte

Généralement, les dépressions semblent survenir à la suite d'évènements de vie. Divorces, deuils, pathologies diverses, tous ces aléas de la vie créent chez la personne certains déséquilibres qu'il faut continuellement gérer, avec sa propre vulnérabilité et ses caractéristiques individuelles. Certaines études cherchent à identifier les personnes à risque de dépression, en se basant par exemple sur les capacités de stratégies d'adaptation cognitives. En effet, chaque personne ne va pas réagir de la même manière face à un même événement de vie, et les stratégies d'adaptation cognitives utilisées seront plus ou moins aidantes (Doron, Thomas-Ollivier, Vachon, & Fortes-Bourbousson, 2013). L'adulte, avec son expérience, aura plus de facilité à parler de son mal-être, mais ce sentiment négatif a souvent des répercussions sur le quotidien : au travail, au domicile, dans la vie sociale…

1.1.2.4 La personne âgée

Vieillir s'accompagne d'une diminution du cercle social (perte du conjoint, d'amis…), créant parfois un sentiment de solitude dû à l'isolement. La vieillesse engendre également un déclin de l'indépendance. La personne, face à son corps vieillissant, devient parfois dépendant d'autres personnes, ce qui peut toucher l'estime de soi et favoriser une dépression. Un sentiment d'inutilité, en réponse à

l'histoire de la vie active antérieure, dévalorise également la personne (Thomas & Hazif-Thomas, 2008).

Cette période de la vie, qui parfois est accompagnée d'un changement brutal d'une situation (perte du conjoint, peur d'une maladie grave …), symbolise l'approche de la mort, le temps qui s'arrête, la fin de quelque chose, la disparition.

La personne âgée vieillissante rencontre souvent des problèmes somatiques, pouvant masquer la symptomatologie dépressive.

1.1.3 La dépression dans la société occidentale

La dépression est un sujet questionnant depuis des siècles nombre de disciplines, que ce soit la médecine, l'art, la philosophie, la psychologie, la sociologie, ou encore la religion (Rouillon, 2005). Le mal de vivre, connu de tous et pourtant mystérieux, représente un thème complexe.

Selon A. Ehrenberg, la dépression est liée étroitement à l'environnement social mais également à la culture de l'individu. Elle serait inhérente à l'organisation sociétale moderne.

Jusqu'aux années 70, l'individu construisait son identité à travers la question du « permis ou défendu ». Cette interrogation a laissé place au terme de « possible ou impossible ». Désormais, l'homme doit prendre l'initiative de devenir lui-même, de manière individuelle, à travers tous les possibles.

Aujourd'hui, chacun cherche la performance dans l'action, l'individualisation, la liberté d'être soi, pour tenter de se valoriser soi-même. Sans cesse confronté au regard des autres, et d'autant plus depuis l'arrivée des réseaux sociaux, l'homme moderne s'efforce à se dépasser. La concurrence et la compétition, engendrant une pression de réussir, oppresse et angoisse l'homme moderne. Se dépasser, avoir des projets sans pareil et tenter de les aboutir pour être reconnu socialement, voilà un « devoir » du quotidien. L'individualisation rend l'humain seul responsable de lui-même.

La peur de l'échec, omniprésente et insupportable, entraîne alors l'individu à se dévaloriser, son estime s'en trouve affectée. L'homme se retrouve épuisé de courir vers un idéal inatteignable, et fatigué d'être soi. La dépression, le mal du siècle, devient la maladie de la responsabilité (Ehrenberg, 1998).

Un autre phénomène alerte également de façon exponentielle aujourd'hui, le burn-out. De nombreux auteurs ont tenté de retracer l'historique de cet épuisement professionnel : quelle en est la cause, quels sont les changements…? Il semble que les chercheurs sont en accord sur le fait que le burn-out est apparu en réponse à une multitude de transformations sociales dans la société.

Le burn-out est une réaction mêlant un sentiment d'épuisement d'ordre physique, émotionnel et psychologique, en réponse à une situation stressante au travail. L'évolution des institutions a fait émerger de nouveaux modes d'organisation du travail, dans le but d'une efficacité des résultats. Surcharge de travail, recherche de la performance parfois compétitive, demande de flexibilité et d'adaptabilité, de compétences multiples, déshumanisation professionnelle, asservissement… Toutes ces exigences de travail, mêlées à une pression dans le temps et à un soutien au travail inexistant, vont amenuiser les ressources psychiques et physiques du professionnel, l'amenant à l'épuisement émotionnel. Le burn-out peut être défini comme un sentiment de fatigue intense, engendrant une incapacité de produire des résultats concrets au travail.

Le burn-out n'est pas reconnu par le DSM 5, il ne répond pas à un diagnostic médical, mais ces personnes en souffrance reçoivent très souvent le diagnostic de dépression tant le recoupement symptomatique entre ces deux entités est grand (Munroe & Brunette, 2001).

Problème majeur pour l'OMS depuis presque un demi-siècle, la dépression touche un grand nombre de personnes. Quels sont les éléments déclencheurs ? Est-elle d'origine génétique, neurologique, liée à des évènements de vie ? Toutes ces questions reflètent peut-être la complexité même de la souffrance de l'existence.

1.2 Les liens sociaux

1.2.1 Le groupe

Selon le psychiatre Siegmund Heinrich Foulkes, *« le groupe, la communauté, est la première unité fondamentale qu'il faut considérer, et ce qu'on appelle les processus internes chez l'individu sont en fait des intériorisations des forces opérant dans le groupe auquel il appartient.* » (Marc & Bonnal, 2014). Le groupe nourrit la conscience

de soi. L'homme, dans un groupe, s'affirme, se fait reconnaître, trouve sa place, protège son intimité et s'ouvre quand même à l'autre, cherche le contact, noue des liens, tente de se faire comprendre et de comprendre autrui. L'homme, par le groupe, tente de répondre aux questions existentielles qui animent la vie humaine. Le groupe aide l'homme à construire son identité, à trouver une place, bref à se sentir exister (Knauss, 2009).

Le groupe lie, assemble, accorde les individus. Dans un groupe, la communication est étroitement liée aux histoires de vie, aux états d'âme, aux ressentis de chacun. L'échange peut alors être bénéfique si les personnes arrivent à trouver un équilibre groupal, par l'ouverture d'esprit, l'empathie, la tolérance de la nouveauté.

L'homme est un être sociable et un être socialisé, c'est-à-dire sujet désirant communiquer avec l'autre mais également membre d'une société (Maisonneuve, 2017). Cette partie tend à définir le rôle des liens sociaux chez l'homme.

1.2.2 Le réseau social

L'homme, tout au long de sa vie, expérimente, rencontre et crée des liens avec autrui. Le réseau social correspond à l'ensemble des relations qu'entretient une personne (Briançon, Blanchard, Cherrier-Baumann, Guenot-Gosse, Cales-Blanchard, Deschamps & Senault, 1985).

L'environnement social joue un rôle essentiel dans l'équilibre intérieur. Le lien avec autrui, qu'il soit formel ou non, crée un impact sur l'existence même.

Les liens sociaux deviennent source nécessaire pour l'homme. En effet, le réseau social apporte le sentiment d'être utile pour l'autre, la sensation d'avoir un rôle, il aide à se connaître et se construire (Caron & Guay, 2005).

1.2.3 L'isolement et le soutien social

Le sentiment d'isolement mène la personne vers un état affectif désagréable, sombre et négatif, jusqu'à devenir insupportable si celui-ci enlève tout lien avec autrui. La communication avec autrui s'en trouve réduite (Rioufol, 2006).

La personne peut alors se sentir rejetée, différente, mal à l'aise face à l'autre. Le contact avec les autres peut être perçu comme dangereux, ce qui augmente les

difficultés relationnelles de la personne. Sortir de cette solitude devient parfois compliqué, car la personne doit aller contre ses peurs pour trouver du soutien.

Le soutien social, opposé à l'isolement, créerait un effet sur la santé générale. En effet, le soutien social reflète une potentielle aide lors de périodes difficiles, il rassure et rappelle qu'il existe des ressources multiples à travers les autres (Massé, 1995).

Le soutien social est une représentation personnelle du rôle aidant apporté par l'entourage. Ces ressources sociales agiraient sur le bien-être, l'humeur, les affects (Blois-Da Conceiçao, Galiano, Sagne & Poussin, 2016).

1.3 L'ergothérapie

1.3.1 Définition

Selon l'Association Nationale Française des Ergothérapeutes (ANFE), « l'ergothérapeute est un professionnel de santé qui fonde sa pratique sur le lien entre l'activité humaine et la santé. Elle prend en compte l'interaction personne – activité – environnement » (ANFE, 2017).

Les objectifs généraux sont de maintenir, restaurer, et permettre les activités que fait une personne de manière autonome et indépendante, et de réduire au plus la situation de handicap en tenant compte des habitudes de vie et de l'environnement (Declercq, 2011).

Pour cela, l'ergothérapeute voit la personne dans sa globalité, non comme une « pathologie » à part entière. La personne, vivant un événement particulier, peut se retrouver dans une situation de handicap, mais la pathologie ne définit pas à elle seule cette situation. L'ergothérapeute prend en compte les habitudes de vie, l'environnement social et physique, les facteurs psychosociaux et environnementaux qui influencent la capacité d'agir.

L'ergothérapeute accompagne la personne en proposant des activités signifiantes et/ou significatives. L'activité signifiante se fonde sur le sens que lui donne l'individu, de manière subjective. L'activité significative renvoie au sens donné par les autres, par l'environnement social. Celles-ci permettent à l'individu de devenir acteur de son propre soin, car elles facilitent l'engagement et l'adhésion de l'accompagnement. L'ergothérapeute, par sa spécificité d'analyse d'activité, pourra

aider les personnes à s'engager pleinement dans leurs activités quotidiennes, selon leur propre environnement, leur histoire, leur projet de vie (Hernandez, 2010). Plusieurs outils existent pour guider l'ergothérapeute dans les propositions d'activités, comme la grille d'analyse Geneviève Pépin.

L'ergothérapeute est apte à « mettre en œuvre et conduire des activités de soins, de rééducation, de réadaptation, de réinsertion et de réhabilitation psychosociale en ergothérapie » selon le référentiel de compétences du diplôme d'état de la profession.

Après la définition générale de l'ergothérapie, nous allons développer plus particulièrement la pratique en psychiatrie.

1.3.2 L'ergothérapie en psychiatrie

En santé mentale, la situation de la personne peut engendrer certaines difficultés amenant parfois à un sentiment d'incapacité, de mal-être. La souffrance psychique peut créer un déséquilibre personnel se répercutant dans les habitudes de vie, mais également dans les relations sociales.

Dans ce domaine, l'ergothérapeute agit en interaction avec l'équipe pluridisciplinaire, l'usager, mais également sa famille.

Selon Florence Klein, l'ergothérapeute en psychiatrie a plusieurs « missions », comme celles de :

« *permettre au patient la restauration d'un réseau relationnel et de faire rupture avec l'isolement* »,

« *donner un sentiment d'appartenance à un groupe et d'y être un élément vivant* »,

« *aider à maîtriser ou s'accommoder de son angoisse »,*

« inciter à reprendre confiance en ses propres capacités »,

« inciter à recouvrer une certaine estime de soi »,

ou encore « susciter un minimum de dynamisme vital, un désir de vie » (Hernandez, 2016).

L'ergothérapeute, en santé mentale, intervient dans le suivi thérapeutique de l'usager, en répondant à des objectifs spécifiques pour chaque personne, en fonction du moment. Il vise à réduire l'impact des situations de handicap que la personne peut rencontrer dans sa vie quotidienne, dans ses habitudes de vie, mais également dans

ses rôles sociaux. Il peut accompagner l'usager à mettre des mots sur sa souffrance actuelle, et le guider dans cette période de changement, qui engendre parfois de nouveaux intérêts, un nouveau projet de vie, dans le but d'une qualité de vie plus satisfaisante aux yeux de l'usager.

Pour répondre à ces objectifs, l'ergothérapeute met en place une médiation, une activité, qui permet de faire du lien, de soi à soi (introspection), et de soi à l'autre (lien social). Cette médiation va également confronter la personne à une certaine « réalité » : faire des choix, faire émerger des notions de désir et de plaisir, se revaloriser, se confronter au regard d'autrui, mais également aux contraintes techniques, aux difficultés rencontrées, travailler en groupe, et ainsi favoriser la communication... Le cadre thérapeutique est un élément important, car celui-ci permet de poser les limites d'espace et de temps pour les séances. C'est en fonction de ce cadre que se déroulera la thérapie, la médiation, l'activité.

Pour permettre le suivi thérapeutique, l'ergothérapeute et la personne vont construire une relation particulière, par la rencontre, la confiance mutuelle et l'empathie du professionnel envers l'usager. Des temps de parole, d'expression, permettent au thérapeute de cerner les difficultés personnelles, les craintes, les envies. Tout au long du suivi, l'ergothérapeute veillera à observer et analyser la situation de handicap ressentie, les compétences et les habiletés de la personne, son environnement social, sa participation aux actes quotidiens, ainsi que leur évolution. Différents outils, bilans et moyens existent pour aider l'ergothérapeute dans cette observation : mises en situation écologiques, entretiens individuels, réunions interdisciplinaires… L'ergothérapeute dispose également de modèles conceptuels aidant la thérapie. Le modèle du Processus de Production du Handicap se base sur l'interaction « personne – environnement – habitudes ». Dans ce modèle, l'interaction entre les facteurs intrinsèques et les facteurs extrinsèques permet la participation sociale (Morel-Bracq, 2017). L'environnement social et la participation sociale sont des éléments fondamentaux dans le regard de l'ergothérapeute.

En psychiatrie, la réinsertion et la réhabilitation psychosociales restent au centre de l'accompagnement, et l'objectif de la rémission fonctionnelle vient

désormais supplanter celui de la seule rémission symptomatique, dans la plupart des troubles psychiques. L'ergothérapeute concoure totalement à l'objectif fonctionnel fixé pour le malade. Un des objectifs de l'ergothérapeute en psychiatrie peut ainsi être de re-donner une place entière à la personne au sein de son espace social.

Pour répondre à cet objectif, l'ergothérapeute mènera un projet de soins en corrélation avec le projet de vie personnel, par un accompagnement individuel mais également collectif, autour d'activités signifiantes et significatives, tout en étant intégré à une équipe pluridisciplinaire.

L'ergothérapie et la dépression

L'humeur dépressive, l'anhédonie, les distorsions cognitives ou encore les répercussions sociales se manifestant parfois dans la dépression peuvent rendre difficiles voire impossibles les activités de loisirs, le travail, et les actes de la vie quotidienne (se laver, faire ses courses, cuisiner…).

Quand les symptômes dépressifs se répercutent dans la vie quotidienne, l'ergothérapeute aide la personne à retrouver sa capacité d'agir pour une qualité de vie plus satisfaisante. L'ergothérapeute cherche à développer les ressources personnelles, les centres d'intérêts, pour permettre à la personne de reprendre des activités. La reprise progressive des activités dans le quotidien aide la personne à retrouver un sentiment de bien-être et un équilibre de vie.

Réaliser des activités agréables, de loisirs par exemple, permettent de retrouver l'intérêt et le plaisir de faire. L'ergothérapeute pourra proposer des activités manuelles, mais également des activités signifiantes en situation écologiques. Les activités en groupe permettent de travailler l'estime de soi, les compétences sociales, l'affirmation de soi.

1.4 Vers une question de recherche

La dépression mène la personne vers une souffrance psychique qui affecte la vie quotidienne. La personne souffrant de dépression, par cette douleur morale, peut perdre confiance en elle, jusqu'à ne plus ressentir de dynamisme vital et de désir de vie. Ces états d'âme peuvent isoler la personne, et ainsi créer un repli sur soi, une souffrance du lien avec autrui. Le sentiment d'identité en est alors touché, car pour exister, il faut être vu.

Cette pathologie, connue depuis longtemps et pourtant difficile à soigner, peut toucher le plus grand nombre. La dépression représente un problème majeur pour la santé contemporaine. Bien que les traitements médicamenteux soient efficaces, l'accompagnement de ces personnes en souffrance reste complexe.

Le lien entre dépression et environnement social doit, à mon sens, être pris en compte par tous les professionnels soignants que la personne peut rencontrer.

Pour tenter d'améliorer le suivi thérapeutique, je pense que l'ergothérapie, en lien avec les autres professionnels, peut apporter une vision globale et une thérapie appropriée dans le traitement de la dépression.

En psychiatrie, il me semble important de ne pas négliger le travail de l'équipe pluridisciplinaire, qui représente une aide essentielle dans l'accompagnement de ces personnes parfois vidées de tout sentiment d'identité. Un travail déconnecté et isolé ne rime à rien si l'on souhaite tendre vers un objectif de réhabilitation sociale. Lorsqu'une personne se retrouve dans un environnement social très fragile, il est important de faire du lien, des liens, entre professionnels. C'est avec cette communication et cet accompagnement pluridisciplinaire que la personne dépressive pourra retrouver un lien avec autrui.

L'ergothérapie est une discipline prenant en compte la globalité de la personne. Elle vise à guider l'usager vers une autonomie et une indépendance suffisante pour qu'il puisse vivre au mieux dans sa vie quotidienne. L'ergothérapeute tente d'aider la personne à retrouver un rôle dans sa vie quotidienne, et du sens dans « l'action de prendre part », qui découle de l'interaction entre les facteurs personnels et environnementaux. Il tend vers une participation sociale. Dans le contexte d'une équipe pluridisciplinaire, l'ergothérapeute, par sa connaissance globale des capacités, des attentes et du contexte de la personne, s'intéressera au milieu écologique, et aura l'objectif de développer la participation dans les activités du quotidien, et ainsi apporter un équilibre dans l'environnement social (Person, 2007). Mais comment l'ergothérapeute peut-il mettre en œuvre ses compétences pour améliorer la complexité du lien social chez les personnes dépressives ? Quelles sont les démarches ?

Suite au développement des trois axes de ma problématique pratique, à savoir *« Comment l'ergothérapeute peut-il intervenir dans les liens sociaux des personnes dépressives ? »,* je vais maintenant définir ma question de recherche :

Comment l'ergothérapeute favorise-t-il, chez l'adulte en dépression, la participation sociale en vue d'une réhabilitation psychosociale ?

2 PROBLÉMATIQUE THÉORIQUE

Pour répondre à ma question de recherche, je vais m'appuyer et développer les concepts de participation sociale, de réhabilitation psychosociale, ainsi que du modèle de l'occupation humaine (MOH).

2.1 La participation sociale

2.1.1 Définition

La participation sociale est un terme apparu récemment dans le domaine de la santé.

Selon Pierre Fougeyrollas, elle se définit « *comme étant la possibilité de réaliser pleinement ses habitudes de vie. Une habitude de vie est une activité courante ou un rôle social valorisé par la personne ou son contexte socioculturel selon ses caractéristiques (âge, sexe, l'identité socioculturelle, ...). Les habitudes de vie ou la performance de réalisation en situation de vie sociale assurent la survie et l'épanouissement d'une personne dans sa société tout au long de son existence.* ».

La participation sociale parle de l'implication dans les activités d'une personne qui permet de se sentir exister en tant qu'individu singulier, dans un environnement social. Chaque individu appartient à un environnement social personnel, tout au long de sa vie : à l'école, au travail, lors des loisirs, la famille, les amis, etc. Chacun entretient un rapport propre avec autrui. Les habitudes de vie correspondent aux diverses interactions qu'une personne peut avoir dans son quotidien. Elles sont plus ou moins importantes, en fonction de chacun, mais également en fonction de la société : en effet, l'homme vit par rapport à certaines attentes sociales, comme par exemple avoir un travail. La participation sociale entraîne l'échange réciproque entre

la personne et la collectivité (Fougeyrollas, 2010). Il existe trois types de participation sociale : la *participation sociale collective*, où l'intention des personnes est dirigée vers le groupe (jouer aux cartes), la *participation sociale productive*, où les personnes partagent des habiletés et des compétences (le travail rémunéré), et la *participation politique*, où les individus prennent des décisions concernant des groupes sociaux (Bukov, Maas & Lampert, 2002).

2.1.2 Participation sociale et situation de handicap

Selon l'article 2 de la loi du 11 février 2005 : *"Constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant."*

Une personne en situation de handicap, à un moment de sa vie, peut donc se sentir parfois limitée dans sa participation sociale. Celle-ci peut être influencée par certains facteurs, comme le réseau social, le sentiment d'appartenance, la confiance envers autrui… Dans le domaine du soin, l'objectif sera de favoriser l'intégration et la participation à la vie sociale, à l'aide de différents moyens.

2.1.3 L'appartenance sociale et l'identité

Selon Pierre-Eric Sutter, psychologue, le sentiment d'appartenance « *se définit au sens large comme le fait pour un individu de se considérer et de se sentir comme faisant partie intégrante d'un groupe ou d'un ensemble social. Le sentiment d'appartenance mesure ainsi l'attachement et la reconnaissance ressentis par un groupe d'individus à l'égard d'une communauté.*». Ce sentiment est donc intimement lié à autrui. L'individu se sent appartenir à un groupe, mais pour que ce sentiment puisse paraître, il faut une certaine forme d'acceptation et de reconnaissance par l'autre.

Le sentiment d'appartenance sociale correspond au rapport particulier qu'un individu entretient avec autrui. Cette notion complexe se caractérise donc par le sentiment d'appartenir à un groupe et d'y être reconnu. Cette reconnaissance amène

la question du fondement de l'identité individuelle et du sentiment de Soi (Jumageldinov, A., 2009.).

L'identité personnelle, développée notamment en psychologie sociale, renvoie à la construction de l'image de soi, en fonction d'un contexte social, et des apprentissages sociaux. Elle se définit en fonction d'une interaction entre l'individu et autrui. Elle est donc en constante évolution, et se construit à travers les relations que tisse un individu tout au long de sa vie. Ces interactions renforcent le sentiment d'existence. Ce processus psychologique de représentation de soi se caractérise par des traits, des valeurs, des sentiments personnels acquis par les expériences passées, ce qui permet de reconnaître sa différence par rapport à autrui (Fisher, 2015).

L'identité sociale quant à elle renvoie au sentiment d'appartenance qu'une personne ressent envers un groupe perçu comme semblable à lui-même, le « nous », et ainsi au sentiment que d'autres personnes sont différentes, le « eux » (Lazzeri, 2013).

2.1.4 Evaluation

Dans le domaine de la santé, et particulièrement en réhabilitation, l'amélioration de la participation sociale définit un objectif majeur. Divers outils permettent d'évaluer cette notion, ainsi que son évolution :

- Evaluations en situation écologique des actes de la vie quotidienne,
- Le guide d'évaluation des besoins de compensation (GEVA),
- La mesure des habitudes de vie (MHAVIE), (Annexe I),
- Evaluation Systémique des Objectifs Prioritaires En réadaptation version Bande Dessinée (ESOPE BD)…

2.2 La réhabilitation psychosociale

2.2.1 Définition

La réhabilitation psychosociale peut se définir ainsi : c'est « *l'ensemble des actions mises en œuvre auprès des personnes souffrant de troubles psychiques au sein d'un processus visant à favoriser leur autonomie et leur indépendance dans la communauté* » (Duprez, 2008).

Pour Cnaan, la réhabilitation psychosociale se centre non plus sur la maladie mais sur les forces de l'individu, et inclue la réadaptation au travail, le rôle social,

l'adaptation personnelle ou encore l'éducation. Les 13 grands principes de la réhabilitation psychosociale, selon Cnaan, sont :

L'utilisation maximale des capacités humaines : la vie est faite de processus de croissance et de changement. Les professionnels soutiendront les personnes dans leur évolution, en se basant sur les forces, les capacités.

Doter les personnes d'habiletés : L'objectif de la réhabilitation sera d'apprendre ou de réapprendre des habiletés afin de retrouver la capacité d'agir dans un environnement personnel, de façon autonome et indépendante.

L'auto-détermination : La personne est actrice de sa thérapie. Elle fera des choix et des décisions qui permettront de poser des objectifs personnels.

La normalisation : Un des objectifs de la réhabilitation est d'aider la personne à vivre indépendamment dans le même environnement que les autres, dans la communauté.

L'individualisation des besoins et des services : La réhabilitation est un suivi personnalisé, répondant aux besoins de chaque personne.

L'engagement des intervenants : Les professionnels tissent un lien avec les personnes, et prennent le temps de garder contact afin d'apporter un soutien social quotidien.

La déprofessionnalisation de la relation d'aide : Le professionnel est avant tout une personne avant d'être un thérapeute. Il doit voir la personne non plus comme un malade mais comme une personne à part entière. La relation se doit d'être spontanée.

Intervenir précocement : L'accompagnement précoce a pour but de prévenir les réhospitalisations.

Structurer l'environnement immédiat : Le réseau social de la personne (famille, amis, milieu de travail…) doit être analysé et structuré pour permettre un soutien social.

Changer l'environnement plus large : Pour aider la personne à se sentir autonome dans sa communauté, la réhabilitation tente de toucher plus largement l'environnement en informant par exemple sur les symptômes d'une maladie.

Pas de limite à la participation : La réhabilitation psychosociale permet un suivi thérapeutique quotidien et continu, sans temps limité, réévalué en fonction de l'évolution de la personne.

La valeur du travail : Dans la philosophie de la réhabilitation, le travail est un besoin qui permet l'intégration. L'un des objectifs sera de se réaliser dans un emploi.

Priorité au social par rapport au médical : Le modèle médical (réduire les symptômes avec les médicaments, juger ce qui est bon pour le patient…) est dépassé par un modèle plus global, centré sur les capacités, les choix, les habiletés, l'environnement social, à l'aide d'un partenariat entre la personne, son entourage personnel et les professionnels (Cnaan, 1998).

La réhabilitation psychosociale correspond aux alternatives à l'hospitalisation pour permettre à l'usager de participer dans son environnement social, c'est-à-dire la société, sa communauté, ses proches. La réhabilitation sociale tente donc d'intégrer au mieux la personne en souffrance psychique dans son environnement (Vidon, 1995). Cette proximité tend à maintenir le soin dans le milieu de vie de la personne, afin d'anticiper les potentielles périodes de crises.

Par la réhabilitation sociale, les thérapeutes peuvent aider la personne à se reconstruire, dans l'idée qu'elle devienne actrice et experte de sa propre maladie, inscrite dans son histoire de vie. La démarche de réhabilitation sociale guide l'usager en proposant un travail thérapeutique pour faire évoluer la situation de handicap (Roussel, 2007).

2.2.2 Son apparition

A partir des années 50, la psychiatrie en France vit une période de changement : la politique sanitaire souhaite laisser les « asiles » de côté. En 1960, la circulaire du 15 mars relative à la sectorisation participe à l'évolution du soin en psychiatrie. Cette circulaire a pour but de permettre au malade une proximité de soin par rapport à son environnement physique et social, et d'assurer une continuité après l'hospitalisation à l'aide de structures extrahospitalières. Ainsi, l'ancien « asile » se transforme et s'ouvre vers l'extérieur. La notion de réhabilitation s'inscrira peu à peu dans cette évolution.

2.2.3 Les différentes structures

La réhabilitation a fait naître nombres de structures extrahospitalières, afin d'assurer une proximité de soins et un suivi s'étendant dans le temps. Voici les principales :

- Les hôpitaux de jour (HDJ)
- Les centres médico-psychologiques (CMP)
- Les centres d'accueil thérapeutiques à temps partiel CATTP)
- Les Services d'Accompagnement à la Vie Sociale (SAVS),
- Les Etablissements et Services d'Aide par le Travail (ESAT)…

Ces structures ont pour objectif d'assurer une transition entre l'hospitalisation complète et la vie à l'extérieur.

Pour se faire, l'équipe pluridisciplinaire accompagne la personne, dans le but commun de lui apporter un mieux-être. Des activités thérapeutiques en groupe ou individuelles, un soutien psychologique, ou encore un accompagnement dans les actes de la vie quotidienne peuvent représenter des moyens multiples afin de favoriser la participation sociale. La personne, à travers ces temps thérapeutiques, pourra acquérir peu à peu une certaine autonomie et une indépendance dans sa communauté. L'équipe pluridisciplinaire, en fonction du suivi, d'échanges et d'analyse de l'évolution, pourra orienter la personne vers une autre structure sociale de proximité.

2.3 Le Modèle de l'Occupation Humaine

Ce modèle conceptuel, repris régulièrement par les ergothérapeutes, théorise une vision globale, en développant particulièrement les notions de volition et d'engagement dans une activité. Cette approche peut apporter divers outils pour l'accompagnement de personnes dépressives.

Figure 1 : Schéma du modèle de l'occupation humaine (Kielhofner, 2009)

Ce modèle holistique, créé par Gary Kielhofner en 1980, se centre sur la personne et ses activités signifiantes, renvoyant au sens personnel, et significatives, liées au sens porté par la société. La philosophie de ce modèle donne une représentation de la personne en fonction de son activité, dite « occupation », dans un environnement physique et social propre. Pour Kielhofner, c'est par l'occupation que l'identité se construit.

L'occupation humaine peut se définir ainsi : c'est « *la réalisation des activités de la vie quotidienne, du travail et des loisirs d'une personne, dans un espace-temps délimité, un environnement physique précis et un contexte culturel spécifique* » (Kielhofner, 2009).

L'occupation implique trois composantes : l'être, l'agir et le devenir. Celles-ci sont constamment en interaction et représentent un mécanisme amenant à un changement et une évolution tout au long de la vie. La manière d'agir est influencée par les caractéristiques propres de la personne et son environnement. Ce contexte environnemental peut offrir des ressources mais également des contraintes et des exigences (sociales par exemple).

Par ce modèle, le thérapeute peut observer et analyser l'adaptation de l'homme lorsqu'il réalise ses occupations dans son environnement. Il s'interroge sur

l'engagement actif de la personne dans ses occupations, en tenant compte des souhaits, des besoins, des forces et faiblesses, des perceptions.

Le MOH tend vers deux hypothèses :

« *Les interactions entre la personne, ses motivations, son style de vie, ses capacités et l'environnement, instaurent une adaptation dynamique dans les activités humaines.* »

« *L'activité humaine signifiante et significative est essentielle dans l'auto-organisation de la personne.* » (Morel-Bracq, 2009).

2.3.1 L'être

Selon le MOH, l'être peut être notamment défini par trois composantes : la volition, l'habituation et la capacité de rendement. Celles-ci sont en interaction avec l'environnement, et peuvent expliquer le choix d'une personne pour réaliser une activité particulière.

2.3.1.1 La volition

La volition correspond à la motivation d'une personne à réaliser une activité dans un environnement. Elle comprend trois composantes :

- *Les valeurs* : ce qui est important et ce qui a du sens pour la personne,
- *Les centres d'intérêts* : le sentiment agréable et satisfaisant lors d'une action, ce qui rend une activité plus attractive qu'une autre,
- *La causalité personnelle* : la prise de conscience de sa propre efficacité et de ses capacités dans la réalisation d'une action.

Ces composantes, en interaction, vont mener la personne à faire des choix, lui permettant ensuite de s'engager dans une activité particulière.

La volition résulte d'un processus renvoyant à l'histoire personnelle : la personne expérimente des actions, elle les interprète par la suite afin de pouvoir ultérieurement anticiper et faire des choix. Le sentiment d'efficacité et la conscience des capacités seront améliorés lorsque l'expérience occupationnelle sera positive. La volition aide l'homme à s'accomplir dans l'action, et permet l'évolution (Morel-Bracq, 2009). Les symptômes rencontrés dans une dépression peuvent influencer la volition, jusqu'à parfois la rendre inerte.

2.3.1.2 L'habituation

L'habituation est en lien avec les comportements semi-automatiques intégrés lors d'expériences devenues familières. Elle est composée :

- des *habitudes* : les actions automatiques lors de situations connues,
- et des *rôles* de la personne : le statut social et personnel intégré.

L'habituation permet de simplifier et d'organiser les actions du quotidien.

2.3.1.3 La capacité de rendement (capacité de performance)

La capacité de rendement renvoie à l'aptitude à agir, à la possibilité de réaliser une action. Les capacités physiques et cognitives objectives ainsi que l'expérience subjective du corps de ces capacités (par des sensations, des perceptions, le vécu…) rendent possible l'action.

2.3.2 L'environnement

Cette composante renvoie à l'environnement physique et social d'une personne, c'est-à-dire à l'aspect architectural (l'aménagement des espaces, les objets) ainsi qu'aux conditions sociales, économiques, à la culture et la société.

Cet environnement peut devenir facilitateur pour la personne, car il amène des ressources, des opportunités. Il peut au contraire devenir obstacle si celui-ci présente des contraintes ou des exigences.

2.3.3 L'agir

L'être, en interaction avec son environnement, se met ensuite en action, il agit.

La composante de l'agir, selon le MOH, est décomposée en trois niveaux d'actions :

- La *participation occupationnelle* : c'est l'engagement dans une activité au sens général (les loisirs , le travail, les actes de la vie quotidienne…),
- La *rendement occupationnel* : c'est la réalisation d'un ensemble de tâches, nécessaires pour mener une activité et ainsi assurer la participation (jouer du piano, se brosser les dents…),

- Les *habiletés occupationnelles* : ce sont les actions observables et élémentaires, qui permettent de réaliser une tâche (appuyer sur les touches de piano, ouvrir le dentifrice…).

2.3.4 Le devenir

L'être agit dans un environnement, et modifie ses capacités à travers l'expérience. La composante de l'agir permet donc à l'homme de s'adapter à son environnement. En conséquence de ses actions, l'homme « devient » (le devenir), il évolue. Cette évolution est décrite par :

- *L'identité occupationnelle* : la perception de ce que nous sommes et de ce que nous voulons devenir. Celle-ci se développe à l'aide du sens que nous donnons aux activités.
- *La compétence occupationnelle* : la capacité à agir de manière cohérente par rapport à notre identité occupationnelle, elle maintient la participation, et concrétise l'identité.
- *L'adaptation occupationnelle* : la construction de l'identité occupationnelle, par le biais des compétences occupationnelles, évolue dans le temps et dans un environnement particulier. C'est le résultat de la dynamique entre l'être, l'agir et l'environnement.

2.3.5 Les évaluations

Les professionnels utilisant le MOH ont différentes évaluations à disposition, à l'aide d'observations et d'entretiens. Il existe par exemple :

- Le *Model of Human Occupation Screening Tool* (MOHOST) : cet outil aide à repérer les facilitateurs et les obstacles par rapport à la participation occupationnelle,
- Le *Volitional Questionnaire* (VQ) (Annexe II) : celui-ci analyse la motivation et l'engagement dans une occupation.

Ce modèle permet donc de comprendre le processus d'engagement de la personne dans ses activités et leur rôle dans la construction de soi. Il est un outil de l'ergothérapeute pour accompagner la personne dans un processus de changement suite à des modifications de l'être, comme c'est le cas pour les personnes dépressives.

Ce modèle holistique permet d'apporter à l'ergothérapeute une vision précise quant aux activités qui influencent l'identité d'une personne. Il peut être intéressant, dans un projet de réhabilitation sociale, d'utiliser cet outil, afin de créer un processus de changement pour amener la personne vers un équilibre quotidien entre son être, ses actions, et son environnement, et ainsi améliorer la participation sociale.

3 MÉTHODOLOGIE

Mes problématiques pratique et théorique ayant défini le cadre de mon étude, je vais maintenant développer la méthodologie qui me permettra de répondre à ma question de recherche : **Comment l'ergothérapeute favorise-t-il, chez l'adulte en dépression, la participation sociale en vue d'une réhabilitation psychosociale ?**

3.1 Choix de la méthodologie de recherche

Cette initiation à la recherche interroge la pratique professionnelle des ergothérapeutes afin de développer la participation sociale chez des personnes dépressives, inscrite dans un projet de réhabilitation psychosociale.

La méthode qui semble la mieux adaptée est la méthode clinique. Par une approche qualitative et basée sur des entretiens, elle se centre sur le discours de la personne interrogée. Cette méthode pourra peut-être mettre en lumière différentes pratiques. Avec ces informations, je pourrai par la suite en tirer des points communs et des différences, en faisant du lien avec ma problématique théorique.

A l'inverse, la méthode quantitative tend vers une recherche pour démontrer des faits, des pratiques déjà existantes. Cette méthode me paraît moins pertinente puisque je cherche à décrire et comprendre une pratique.

3.2 Choix de la population

M'interrogeant sur l'accompagnement des personnes en dépression pour améliorer la participation sociale dans le but d'une réhabilitation psychosociale, ma population cible sera : des ergothérapeutes travaillant avec des personnes dépressives en psychiatrie.

Les critères d'inclusion seront :

- Etre ergothérapeute diplômé d'état exerçant en santé mentale,
- Travailler auprès de personnes atteintes de dépression,
- Travailler dans l'institution depuis plus d'un an.

Les critères de non-inclusion seront :

- Ergothérapeute ne travaillant pas en structure de santé mentale,
- Ergothérapeute ne travaillant pas avec des personnes dépressives,
- Ergothérapeute arrivé dans la structure depuis moins d'un an.

3.3 Conception du guide d'entretien

Pour recueillir des informations, je me base sur un entretien semi-directif. Cet outil donne une liberté de parole à la personne interrogée, tout en permettant à l'enquêteur de poser des questions ouvertes sur les thèmes de la recherche.

Ce questionnaire se base sur les matrices théoriques (Annexe III). Cet outil décrit les concepts développés auparavant (la participation sociale, la réhabilitation psychosociale et le MOH), par le biais de leurs critères et de leurs indicateurs.

Les questions de l'entretien permettront ensuite de récolter les indices des différentes matrices, et ainsi d'établir un lien avec les concepts choisis.

Les matrices sont donc un outil pour construire l'entretien et analyser les réponses obtenues en fonction des concepts choisis.

Le questionnaire est composé de questions préalables, qui permettront de recueillir les informations concernant le professionnel, ainsi que des détails sur l'institution dans laquelle il travaille. Il y a ensuite cinq questions (Annexe IV) en lien avec les matrices théoriques, et des questions dites de relance afin d'orienter la personne vers une information précise.

3.4 Déroulement des entretiens

Pour mener à bien ma recherche, j'ai contacté différents ergothérapeutes travaillant en santé mentale et des structures psychiatriques ayant un ergothérapeute par mail. En fonction des réponses, nous avons pu convenir d'un entretien par téléphone pour les professionnels exerçant dans une structure éloignée.

Je commence, pour chaque entretien, par présenter mon travail et ma question de recherche, puis je continue en suivant mon questionnaire.

4 RÉSULTATS

Afin d'analyser les propos des ergothérapeutes interrogés, j'ai tout d'abord retranscrit les entretiens à l'écrit (Annexe V). Je vais maintenant présenter les ergothérapeutes participants, puis je développerai les résultats des entretiens.

4.1 Présentation des ergothérapeutes

L'ergothérapeute 1 (E1) travaille depuis 19 ans. Elle a d'abord exercé pendant 3 ans dans le domaine de la rééducation, puis elle s'est dirigée vers la psychiatrie. Elle travaille à temps plein, depuis 14 ans, dans un centre hospitalier, plus particulièrement dans un des pôles psychiatrie adulte, avec deux autres ergothérapeutes. Cet établissement comprend un service d'hospitalisation ouvert et fermé, un hôpital de jour pour adultes, et un CATTP. Il n'existe pas d'unité de réhabilitation psychosociale. Actuellement, cette ergothérapeute voit majoritairement des personnes suivies de manière ambulatoire, et tend vers une démarche de réhabilitation, ouverte vers l'extérieur. Les personnes suivies en ergothérapie viennent sur prise de rendez-vous.

L'ergothérapeute 2 (E2) travaille depuis 14 ans, d'abord pendant quelques mois en service de neurologie puis il s'est axé sur la psychiatrie. Le centre hospitalier comporte un CMP, un CATTP, un hôpital de jour et continu, et des services intersectoriels comme la thérapie familiale, et le centre de réhabilitation psychosociale. Cet ergothérapeute travaille à temps plein dans ce centre de réhabilitation, qui est une unité labellisée, avec un centre ressource et d'autres centres référents dans les grandes villes, ainsi que des centres de proximité. L'idée de ce service est de diffuser les pratiques de réhabilitation, d'éducation thérapeutique, de remédiation cognitive et d'habiletés sociales. Il suit actuellement un master en science de l'éducation.

4.2 Analyse longitudinale

Avec cette analyse, je pourrai mettre en évidence les informations importantes relevées par chaque ergothérapeute en rapport à mes questions.

4.2.1 Ergothérapeute 1

	Question 1 : Quel est l'impact des symptômes dépressifs sur le quotidien d'une personne ?
E1	*« La perte de l'envie, de l'élan vital, de l'intérêt, de désirs, de plaisir à faire les choses »* se répercute dans la participation sociale, notamment dans les activités quotidiennes et rôles sociaux. Impacte l'environnement social.

	Question 2 : Comment évaluez-vous les besoins d'accompagnement ?
E1	Par des entretiens et des temps d'échange. Par des supports questionnant les activités quotidiennes, les rôles sociaux, les valeurs, les choses qui sont importantes pour la personne.

	Question 3 : Quels objectifs pouvez-vous poser dans votre accompagnement afin de faire évoluer l'impact des symptômes sur le quotidien de la personne ?
E1	« *retrouver du plaisir à faire les choses* », « *travailler sur la motivation* », « *redonner de l'envie* », « *retrouver des centres d'intérêts, des choses qui ont du sens* », l'épanouissement par le domaine de l'agir. Travailler les habiletés personnelles dans les activités signifiantes, s'accomplir pleinement. Travailler les habiletés sociales.

	Question 4 : Quels moyens utilisez-vous afin de répondre à ces objectifs ?
E1	« *Expériences de plaisir* » à travers le jeu et des activités signifiantes pour la personne. Approche extra-hospitalière.

	Séances d'entraînement aux habiletés sociales, par le Dixiludo ® ou le jeu Compétences ®, et par la thérapie de groupe. Groupe « *Affirmation de soi* » basé sur des techniques et des situations concrètes. Environnement social peu pris en compte dû aux habitudes de travail institutionnelles.

	Question 5 : Comment jugez-vous qu'un accompagnement arrive à terme ?
E1	Décidé à 2, avec la personne. Fait le point sur les objectifs atteints ou non. Peut passer le relais à un autre collègue, un autre professionnel, une autre structure lorsque les limites d'accompagnement apparaissent.

4.2.2 Ergothérapeute 2

	Question 1 : Quel est l'impact des symptômes dépressifs sur le quotidien d'une personne ?
E2	Impacte la participation sociale, dans le sens de la participation occupationnelle, le fait « *d'être impliqué* » dans ses rôles sociaux. *« Le champ occupationnel qui se réduit »* dû à la baisse de l'estime de soi, au ralentissement psychomoteur. L'environnement social est impacté par les « *troubles de la cognition sociale* », les « *stratégies d'évitement* », l'isolement.

	Question 2 : Comment évaluez-vous les besoins d'accompagnement ?
E2	Dans le cadre de l'unité de réhabilitation, un bilan fonctionnel sur la vie quotidienne et l'élaboration d'un projet de vie, comme le bilan Client Assessment of Strengths, Interests and Goals (CASIG), un bilan neuropsychologique et un bilan médical sont passés.

	Par des grilles abordant les questions « *d'insight, de rétablissement, d'estime de soi* ». Par des entretiens pour comprendre comment la personne réalise ses activités signifiantes et significatives, avec l'outil Assessment of Motor and Process Skills (AMPS) par exemple. Entretien avec les proches avec le bilan CASIG.

	Question 3 : Quels objectifs pouvez-vous poser dans votre accompagnement afin de faire évoluer l'impact des symptômes sur le quotidien de la personne ?
E2	Réentraîner les « *fonctions neurocognitives de type attention, mémoire, raisonnement* ». Travailler les habiletés sociales. Améliorer la qualité de vie.

	Question 4 : Quels moyens utilisez-vous afin de répondre à ces objectifs ?
E2	Un accompagnement en groupe pour travailler l'entraînement aux habiletés sociales. Remédiation cognitive par éducation thérapeutique, pour valoriser les capacités ou compenser les pertes de capacités. L'accompagnement extérieur permet d'apporter des éléments adaptés à chaque situation. Accompagnement dans des activités concrètes. Aménagement du domicile. Prise en compte de l'environnement social lorsqu'il y a les proches au moment de la visite au domicile.

	Question 5 : Comment jugez-vous qu'un accompagnement arrive à terme ?
E2	L'arrêt doit se faire progressivement. Les Groupes d'Entraide Mutuelle (GEM) permettent de faire la transition entre l'accompagnement thérapeutique et le futur quotidien. Ces GEM permettent de transférer ce qui a été travaillé pendant l'accompagnement dans le futur quotidien.

4.3 Analyse transversale

4.3.1 Concernant l'impact des symptômes dépressifs sur le quotidien

Les ergothérapeutes s'accordent à dire que les symptômes dépressifs impactent la vie quotidienne, et notamment la participation sociale. Celle-ci est impactée dans le fait que la dépression influe l'investissement dans les activités et les rôles sociaux. Pour E1, ce sont les symptômes dépressifs comme *« la perte de l'envie, de l'élan vital, de l'intérêt, de désirs, de plaisir à faire les choses »* qui engendrent ce désinvestissement. Pour E2, une personne dépressive voit son *« champ occupationnel qui se réduit »*. Ce phénomène, toujours selon E2, s'explique notamment par le ralentissement psychomoteur, qui engendre une sensation de lourdeur, autant dans la vie psychique que dans le domaine de l'action, et par la baisse de l'estime de soi, qui impacte les capacités de la personne. Toute activité parait alors difficile à entreprendre. Malgré ces difficultés, la personne peut tenter de maintenir au mieux une activité, comme le travail.

Selon les deux ergothérapeutes, la dépression impacte aussi l'environnement social. Cet impact peut amener la personne à « *rompre certaines relations sociales* », voire à faire « *fuir des amis* » qui ne comprennent pas l'état de souffrance de la personne dépressive, et se retrouver ainsi isolée. Pour E2, des « *stratégies d'évitement* » peuvent se mettre en place, comme le fait de ne plus sortir ou de ne plus répondre à ses proches, afin de faire face à la souffrance induite par la dépression. Ces stratégies peuvent conduire à l'isolement.

Selon E2, ce phénomène de stigmatisation impacte le quotidien, avec l'apparition du sentiment de culpabilité par rapport à la situation vécue. L'hospitalisation vient souvent tardivement, car la personne a fait de nombreux

« *efforts pour tenir* » des mois voire des années parfois, jusqu'à décompenser et avoir l'impression de ne plus pouvoir avancer. Des « *troubles de la cognition sociale* », comme pour « *l'attribution des intentions d'autrui* », ou une inhibition dans les habiletés sociales peuvent alors survenir.

4.3.2 Concernant l'évaluation des besoins d'accompagnement

Les deux ergothérapeutes évaluent les besoins par des temps d'entretiens, où l'ergothérapeute et l'usager vont tenter de « *faire émerger des choses qui ont du sens pour la personne* ». Pour E2, il ne faut pas seulement s'arrêter au type d'activités menées, mais de comprendre comment elles sont effectuées : « *comment la personne réalise ses activités signifiantes et significatives ?* », quel est son rythme, son organisation, quelles sont ses capacités ? Aller dans le détail de la vie quotidienne, et faire émerger les difficultés rencontrées, même les plus insignifiantes. E1 utilise parfois des outils spécifiques pour aider cet entretien, qui vont questionner la personne sur les activités quotidiennes, les rôles sociaux, familiaux, les valeurs, les choses qui semblent ou semblaient importantes. E2 peut parfois s'appuyer sur l'AMPS, un outil ergothérapique d'évaluation international. Le fait de « *partir de ce que vit la personne* » permet de proposer un accompagnement cohérent et personnalisé qui tente de prendre en compte toutes les dimensions de la vie quotidienne de la personne. Selon lui (E2), c'est ce point qui fait la spécificité de l'ergothérapie. E1 précise qu'il est parfois compliqué de faire émerger ce qui peut avoir du sens pour la personne en un seul entretien, que cela demande du temps.

Dans le cadre du centre de réhabilitation où travaille E2, trois bilans sont mis en place : un bilan fonctionnel sur la vie quotidienne et l'élaboration d'un projet de vie, comme le bilan CASIG, un bilan neuropsychologique et un bilan médical pour faire le point sur les traitements. Lors du bilan CASIG, un entretien avec l'environnement social proche permet de récolter des informations nécessaires pour comprendre la situation familiale. Il y a également des grilles abordant les questions « *d'insight, de rétablissement, d'estime de soi* ». D'autres outils comme des témoignages de personnes dépressives, des sites d'informations comme Psycom, l'existence d'associations, aident à parler de la pathologie et des retentissements au quotidien, et ainsi « *mettre à distance la culpabilité* ». Ces échanges approfondissent la question du

rapport entre la personne et sa maladie, et représentent un premier pas vers la réappropriation du pouvoir d'agir.

4.3.3 Concernant les objectifs d'accompagnement

Selon les deux ergothérapeutes, les objectifs sont posés avec la personne, en fonction de ses demandes et ses besoins, dans le but d'améliorer la qualité de vie.

E1 peut poser des objectifs concernant l'épanouissement par le domaine de l'agir comme « *retrouver du plaisir à faire les choses* », « *travailler sur la motivation* », « *redonner de l'envie* », « *retrouver des centres d'intérêts, des choses qui ont du sens* », afin de « *pouvoir s'accomplir plus aisément* » dans les activités qui ont du sens.

E1 et E2 posent également des objectifs en lien avec les habiletés personnelles dans la vie quotidienne de la personne. Dans le cadre du centre de réhabilitation, les objectifs peuvent être de réentraîner les « *fonctions neurocognitives de type attention, mémoire, raisonnement* », selon E2.

Les deux ergothérapeutes posent d'autres objectifs en lien avec « *l'entraînement aux habiletés sociales* », comme « *développer toutes les capacités qui permettent d'être bien au niveau relationnel, avec l'entourage* », « *dédramatiser les situations d'interaction sociale* ». Ces habiletés sociales sont souvent perturbées chez les personnes dépressives, notamment dans l'attribution de l'intention d'autrui, la reconnaissance des émotions, ou l'interprétation des situations.

Ils s'accordent sur le fait que ces objectifs permettent de travailler la participation sociale.

4.3.4 Concernant les moyens d'accompagnement

Selon E1, lorsque la personne se retrouve dans un état d'anhédonie totale, il sera essentiel de chercher avec elle des activités qui puissent la motiver, par des « *expériences de plaisir* », comme jouer, aller manger à l'extérieur… Pour « *redonner de l'envie* », il est important de s'appuyer sur des activités signifiantes, qui susciteront la motivation. E2, quant à lui, proposera un accompagnement individuel autour de la remédiation cognitive pour aider à valoriser les capacités ou compenser les pertes de capacités, en proposant une éducation thérapeutique sur les troubles cognitifs engendrés par la maladie, les effets de la maladie sur la mémoire, les effets des traitements.

E1 et E2 portent une réelle importance sur le fait d'accompagner la personne à l'extérieur de l'institution, en fonction des demandes et des objectifs. Pour E2, l'hôpital est parfois iatrogène, et génère une « *représentation* », où la personne se met « *en position de patient* », dans un rôle de personne malade. L'hôpital a un fonctionnement particulier et des conditions spécifiques. Dans la vie de tous les jours, il y a parfois des imprévus, des situations stressantes et insoupçonnées. Accompagner quelqu'un à l'extérieur, dans son contexte environnemental, permet de voir la manière de vivre le quotidien, la manière de se comporter socialement avec autrui, dans un rôle propre, et ainsi d'apporter des éléments adaptés à chaque situation.

Toujours selon E2, la participation sociale a un lien étroit avec cette question institutionnelle. En effet, voir la personne dans son propre environnement peut apporter des éléments clefs sur le réseau social fréquenté, les leviers du quotidien, les adaptations déjà mises en place par la personne. L'aménagement du domicile par exemple, qui parfois n'est pas évident, représente un point important en ergothérapie : Comment se sentir bien chez soi ?, Comment optimiser son domicile ? L'indépendance et l'autonomie ne peuvent être travaillées de façon optimale que dans l'environnement personnel, surtout pour ces personnes qui ont parfois abandonné toutes activités, et qui appréhendent de se remettre en action. S'appuyer sur des activités concrètes, comme « *prendre le bus, aller voir une exposition* », va permettre d'accompagner la personne dans des activités vues comme difficiles, et de retrouver ainsi le pouvoir d'agir, un équilibre occupationnel et un mieux-être.

La prise en compte de l'environnement social, pour E1, n'est pas toujours développée, notamment dû aux habitudes de travail que connaît l'institution. E2 quant à lui peut être amené à rencontrer les proches lors de ses visites au domicile, et ainsi apporter des adaptations répondant également aux proches.

Pour les deux ergothérapeutes, un accompagnement en groupe peut être proposé pour travailler l'entraînement aux habiletés sociales, et le fait même d'être en groupe. Les objectifs travaillés dans ces séances peuvent être de développer les bases de la communication, de l'affirmation de soi, de la reconnaissance des comportements relationnels, « *s'entraîner à faire un compliment, poser des questions, savoir dire non* »… E1 utilise divers moyens, en s'appuyant sur divers outils, comme le Dixiludo ®, le jeu Compétences ®, ou un groupe « *Affirmation de soi* » en collaboration avec un infirmier. Ce groupe aborde des notions théoriques cognitivo-

comportementales, comme les pensées automatiques. Les séances se basent sur des techniques et des situations concrètes. Selon E2, la baisse d'estime de soi peut être parfois contrée dans ce groupe, dans le fait de *« partager des bons moments »* par exemple.

4.3.5 Concernant l'arrêt de l'accompagnement

Selon E1, la durée du suivi varie, en fonction des ressources, des réactions, des demandes personnelles. La fin d'un accompagnement se décide à deux, en faisant le point sur les objectifs atteints ou non. Lorsque l'ergothérapeute sent une limite dans l'accompagnement qu'elle propose, elle cherche d'autres solutions, comme passer le relais à un autre collègue, un autre professionnel, une autre structure… Selon E2, un arrêt d'accompagnement doit se faire progressivement, afin d'éviter un changement brutal et « *la peur de ne plus avoir de soutien* ».

E2 pense que les Groupes d'Entraide Mutuelle (GEM) représentent un levier thérapeutique pour l'arrêt d'accompagnement. Pour lui, ces groupes répondent à la finalité de la participation sociale, le fait de « *participer à la société* », car les personnes, se retrouvant dans une communauté tolérante par rapport aux histoires de vie de chacun, partagent des choses, choisissent de faire des activités. La mise en place du GEM est aussi intéressante concernant la participation sociale : faire des démarches pour trouver un local, des subventions, monter une association, prendre des décisions, faire des choix… C'est « *apprendre la vie citoyenne ».* Le GEM renvoie à la vie sociale après l'hospitalisation. C'est transférer ce qui a été travaillé pendant l'accompagnement dans le futur quotidien.

4.3.6 Concernant la réhabilitation et la place de l'ergothérapie en psychiatrie

Suite à l'entretien et la fin du questionnaire, un échange s'est déroulé concernant certains éléments que je juge utiles à ma démarche de recherche. Selon E2, la démarche de réhabilitation psychosociale est nouvelle en France, et reste encore peu développée. Cette démarche vient « *réinterroger la pratique* » de la psychiatrie française, qui tend parfois vers une culture psychodynamique. Ces changements de points de vue viennent bouleverser certaines démarches ancrées depuis longtemps chez les ergothérapeutes, comme l'utilisation de médiations telle que la vannerie, la poterie... Ces activités, selon lui, ne sont plus utilisées à bon escient. En effet, à

l'époque de Tosquelles, l'utilisation de ces médiations là correspondait au quotidien des personnes, au travail par exemple. Le fondement de l'ergothérapie en psychiatrie, c'est de permettre un équilibre occupationnel, dans la vie de tous les jours. Dans la dépression, le champ occupationnel diminue, il faut donc permettre à la personne de se remettre en activité, par le biais de médiations signifiantes et qui renvoient au quotidien personnel. La réhabilitation, selon lui, s'inscrit dans cette démarche : la médiation par des activités qui font sens pour les personnes.

Selon lui, la responsabilité de l'ergothérapeute en psychiatrie est de questionner la vie quotidienne, l'équilibre occupationnel, le fonctionnement de la personne dans une activité, afin d'accompagner l'individu là où la pathologie impacte le quotidien. Le champ occupationnel renvoie à la manière dont la personne est au monde. L'ergothérapeute a donc, selon lui, toute sa place dans l'évaluation et l'accompagnement du handicap psychique.

5 DISCUSSION

Cette partie va permettre de confronter les éléments tirés de l'analyse des résultats des entretiens avec les éléments théoriques développés dans ce dossier, à savoir : la participation sociale, la réhabilitation psychosociale et le MOH, et ma problématique pratique. Ce lien entre pratique professionnelle et théorie me permettra de tenter de répondre à ma question de recherche.

5.1 Confrontation des résultats avec la problématique théorique

5.1.1 Par rapport au concept de la participation sociale

Les ergothérapeutes mettent l'accent sur le fait que la dépression influe la participation sociale. En effet, les personnes dépressives ont tendance à se désinvestir dans leurs activités courantes, car l'implication dans toutes sortes d'activités leur paraît difficile. Les habitudes de vie sont alors impactées, réduites, voire abolies.

Le faible niveau socio-économique d'une personne peut également influencer la participation sociale (Desmarquis, 2009). De ce fait, ce contexte n'est sans doute pas sans conséquence sur le risque de dépression. Les liens entre participation sociale et dépression sont probablement réciproques.

Cependant, la corrélation entre dépression et participation sociale doit tenir compte de l'habitude de fonctionnement social de l'individu. En effet, la participation sociale d'une personne peut être limitée, sans que celui-ci ne soit dépressif.

D'après E1 et E2, la dépression touche également la sphère de l'environnement social. La personne dépressive peut voir ses liens sociaux se rompre. En référence à E2, les stratégies d'évitement, mises en place pour répondre à cette situation dépressive, mènent la personne vers un isolement, elle finit par ne plus s'impliquer dans les activités sociales, et par ne plus interagir. Ce contexte impacte donc l'appartenance sociale ainsi que le sentiment d'identité et le sentiment de soi. Néanmoins, il ne faut pas oublier que la dépression peut aussi enrichir les liens sociaux d'une personne. Au sein d'une famille, par exemple, les liens peuvent se souder quand un membre est dépressif. Il serait donc important d'évaluer le soutien social dont dispose la personne, afin d'inclure par la suite ces personnes dans l'accompagnement.

Pour aider la personne à faire face à la situation de handicap en lien avec l'isolement social, et à retrouver un équilibre dans sa participation sociale, plusieurs objectifs sont posés. Ceux-ci peuvent concerner la motivation, ou le plaisir par des activités signifiantes. D'autres objectifs en rapport avec les habiletés sociales peuvent aider la personne à retrouver un équilibre dans son appartenance sociale.

Les moyens mis en œuvre pour favoriser la participation sociale sont propres à chaque personne. L'accompagnement extrahospitalier, dans le milieu de vie, permet à l'ergothérapeute de voir la personne réaliser ses activités courantes, ses habitudes de vie et ses rôles sociaux. Les propositions d'adaptation faites par l'ergothérapeute seront alors pertinentes pour optimiser le développement de l'indépendance et de l'autonomie. Il paraît nécessaire de s'appuyer sur des activités signifiantes et concrètes, afin d'aider la personne à s'impliquer plus facilement dans sa vie quotidienne.

La thérapie de groupe est utilisée pour développer la capacité de communiquer, de reconnaître autrui et d'être reconnu. A travers une thérapie à visée comportementale et cognitive, dite thérapie d'activation comportementale, les ergothérapeutes peuvent avoir pour objectif de revaloriser la personne, et que celle-ci puisse retrouver du plaisir dans ses relations aux autres. D'une façon indirecte, l'appartenance sociale peut être développée.

Les 2 ergothérapeutes, par l'accompagnement individuel dans le milieu de vie, ainsi que l'accompagnement en groupe, aident la personne à (re)trouver du sens dans le quotidien et à entrer en relation avec autrui par le biais d'activités. Ils favorisent ainsi la participation sociale.

5.1.2 Par rapport au concept de la réhabilitation psychosociale

La démarche de réhabilitation psychosociale semble être utilisée par les 2 ergothérapeutes, bien que l'un d'entre eux n'intervienne pas dans une unité spécifique de réhabilitation.

Les ergothérapeutes évaluent les besoins de la personne dépressive en échangeant sur les occupations du quotidien, les rôles sociaux, les valeurs. A travers ces entretiens, les ergothérapeutes aident la personne à mettre en lumière ses activités signifiantes et significatives. Pour eux, ce temps nécessite d'approfondir la compréhension de la réalisation des occupations. E2, à l'aide du bilan CASIG (Annexe VI), s'entretient avec les proches, ce qui amène divers éléments parfois nécessaires pour le futur accompagnement. Cette recherche permet de faire émerger les capacités de la personne et les difficultés rencontrées au quotidien, et guide l'ergothérapeute dans l'élaboration de son futur accompagnement.

Les objectifs sont posés avec la personne, afin que celle-ci puisse être actrice dans sa thérapie. Les deux ergothérapeutes posent des objectifs sur les habiletés personnelles, dans le but d'aider la personne à retrouver la capacité d'agir.

Les moyens mis en place sont alors personnalisés et cohérents par rapport aux besoins et aux demandes. Lorsque la dépression mène la personne vers un état d'anhédonie, E1 cherche à apporter des expériences de plaisir à l'aide d'activités agréables. E2, quant à lui, s'appuie sur la remédiation cognitive par l'éducation thérapeutique afin de valoriser les capacités ou compenser les pertes de capacités. La thérapie d'activation comportementale, visant à changer le comportement, aide la personne à mieux se connaître, ou encore changer ses réactions face aux expériences quotidiennes.

Les deux ergothérapeutes accompagnent la personne dans son milieu de vie. Cette démarche permet de proposer des adaptations avisées, puisque la personne est suivie dans son propre quotidien. Pour E2, la participation sociale est favorisée par le

fait de remettre en action une personne dans son propre environnement. Cette démarche prend en compte toutes les dimensions de la vie quotidienne et rend alors l'accompagnement signifiant.

La spécificité de l'ergothérapie dans la démarche de réhabilitation psychosociale, pour E2, se trouve dans la conciliation entre l'accompagnement, la vie quotidienne et le milieu de vie personnel. De ce fait, l'indépendance et l'autonomie sont travaillées dans la communauté. Concernant les proches, il est parfois difficile de les inclure dans l'accompagnement. Ce manque d'intégration représente une limite dans l'accompagnement ergothérapique.

Lorsque les objectifs sont atteints, les ergothérapeutes questionnent l'arrêt de l'accompagnement. E1 peut orienter la personne vers d'autres structures sectorielles. Selon E2, les GEM établissent une continuité entre l'accompagnement ergothérapique et l'après. Ces groupes ont pour but d'aider les personnes à prendre part à la vie citoyenne, et à retrouver une vie sociale. La participation sociale incarne donc une finalité pour ces GEM.

5.1.3 Par rapport au MOH

Les 2 ergothérapeutes s'accordent sur le fait que la dépression, impactant l'être et l'environnement social, influence la capacité d'agir.

Concernant la composante de l'être, la volition, l'habituation et la capacité de rendement sont touchées. La volition, souvent affaiblie chez les personnes dépressives, laisse la personne en difficulté face à l'aptitude à agir. En conséquence, l'habituation et la capacité de rendement rendent le domaine de l'action fragile.

L'environnement social est également touché, les personnes peuvent se retrouver isolées. E2, utilisant le bilan CASIG, évalue cette dynamique entre la personne et son entourage proche.

La personne, par une volition faible et un environnement social parfois non soutenant, va se désinvestir dans ses occupations.

Pour aider la personne à retrouver un engagement occupationnel, les 2 ergothérapeutes sont d'accord sur le fait que la personne doit d'abord retrouver un sentiment de plaisir pour retrouver la volonté d'agir. Au début de l'accompagnement, les ergothérapeutes tentent de faire émerger les activités signifiantes et significatives,

puis posent des objectifs en fonction des demandes et de besoins, ils prennent donc en compte la dynamique Etre-Agir.

Les ergothérapeutes mettent l'accent sur les activités signifiantes. En accompagnant la personne à l'extérieur de l'hôpital, dans le milieu de vie, les ergothérapeutes favorisent l'indépendance et l'autonomie, ainsi que l'adaptation entre l'être, l'agir et l'environnement. La personne peut alors (ré)expérimenter ses occupations, et « devenir ».

Les ergothérapeutes posent la question de l'arrêt de l'accompagnement lorsque les objectifs ont été atteints. Ils prennent en compte la continuité du suivi thérapeutique et le parcours de vie futur. Lorsque les ergothérapeutes considèrent que la personne a retrouvé un équilibre occupationnel et un mieux-être, ils peuvent s'appuyer sur d'autres structures sectorisées, ou des associations visant la participation sociale comme les GEM.

La volition, chez les personnes dépressives, est souvent touchée. Cet impact peut influencer la capacité de faire des choix occupationnels et d'agir, et engendre donc une immobilisation dans l'évolution des actions. Les ergothérapeutes agissent sur cette dynamique entre l'être, l'agir et le devenir, en fonction d'un environnement particulier, pour aider la personne à retrouver ce processus de changement essentiel pour l'épanouissement personnel.

5.2 Réponse à la question de recherche

Initialement, cette étude visait à comprendre la prise en considération des liens sociaux chez les personnes dépressives en tant qu'ergothérapeute.

Après plusieurs recherches, je me suis demandée comment l'ergothérapeute pouvait-il favoriser la participation sociale des personnes dépressives, en vue d'une réhabilitation psychosociale. La mise en relation de l'analyse des résultats avec les problématiques pratiques et théoriques me permet de dégager certaines notions répondant à ma question de recherche.

La dépression, se manifestant par des symptômes tels que la perte de l'envie, d'élan vital, ou encore le ralentissement psychomoteur, engendre une certaine inertie tant au niveau psychique que physique. Cela amène la personne à réduire son champ occupationnel et sa participation sociale.

Pour aider la personne à s'investir dans ses rôles sociaux et ses occupations, l'ergothérapeute construit son plan d'accompagnement en prenant en compte la personne dans sa globalité. Il évalue la dimension de l'être pour comprendre les caractéristiques personnelles, ainsi que la dimension de l'agir en analysant les occupations à l'aide de différents outils, comme des entretiens, des bilans (CASIG, AMPS), des jeux (Dixiludo ®).

Les premiers objectifs travaillés par les ergothérapeutes seront d'abord en lien avec la volition, si celle-ci est complètement réduite. Une personne, pour retrouver son engagement occupationnel, doit retrouver le plaisir de faire.

La participation sociale, en ergothérapie, est favorisée grâce à deux pratiques thérapeutiques : l'accompagnement groupal, et l'accompagnement extrahospitalier, en milieu de vie.

La thérapie par le groupe a pour but d'entraîner les personnes aux habiletés sociales. Ce groupe est mené en collaboration avec d'autres professionnels, et aide les personnes à communiquer, à s'affirmer, à reconnaître autrui et à être reconnue. Cette démarche permet de favoriser la dimension sociale de l'individu.

Les ergothérapeutes, s'inscrivant dans une démarche de réhabilitation psychosociale, travaillent avec la personne dans son propre environnement. L'ergothérapeute accompagne la personne dans ses occupations personnelles, et l'aide ainsi à retrouver une qualité de vie satisfaisante, par le biais d'adaptations physiques (aménagement du domicile), organisationnelles et sociales (comportement par rapport aux personnes du quotidien). Il peut, par exemple, proposer des aides techniques comme une simple poubelle dans chaque pièce du domicile, un robot pour cuisiner, un agenda électronique pour organiser ses journées, ou encore donner des conseils sur les adaptations au niveau du comportement dans un magasin…

Les personnes de l'entourage ne sont pas toujours incluses dans le parcours de soin. Cependant, il semble essentiel de créer une relation avec elles, puisqu'elles font parti du quotidien, et du projet de vie. Dans le livre blanc de l'ergothérapie, l'adhésion de l'entourage dans le parcours de soin peut avoir un rôle dans la limitation des risques de rechute (Audoit et al., 2016).

L'ergothérapeute reste vigilant sur la continuité de la thérapie dans le parcours de vie. Toujours dans une optique de maintenir la participation sociale, l'ergothérapeute peut accompagner la personne à trouver des associations (GEM,

loisirs), ou des structures qui pourront lui permettre de participer activement dans son futur quotidien, et d'évoluer dans son contexte de vie.

La démarche de réhabilitation, souligne E2, semble encore peu développée en France. Cette nouvelle approche réinterroge la pratique du soin des ergothérapeutes en psychiatrie. Cependant, il pense que les fondements de l'ergothérapie s'inscrivent dans la démarche de réhabilitation psychosociale, puisque l'ergothérapeute vise à ce que la personne puisse effectuer ses occupations quotidiennes de façon équilibrée pour s'accomplir pleinement. En effet, il me semble que la philosophie de l'ergothérapie est en lien étroit avec la démarche de réhabilitation psychosociale, celle-ci tendant vers un rétablissement et un niveau de vie et d'adaptation satisfaisant dans la vie quotidienne. Cependant, la démarche de réhabilitation, encore aux prémices de son développement, est encore aujourd'hui principalement dédiée aux personnes souffrant de schizophrénie ou de psychoses. Les individus souffrant de dépressions chroniques et résistantes sont encore peu nombreux à bénéficier de cette démarche. Le travail de l'ergothérapeute pour favoriser la participation sociale est encore à éclaircir. Cela dans le but d'homogénéiser la pratique et d'apporter un accompagnement bénéfique aux soins de santé mentale.

Confrontation des résultats avec la problématique pratique

Pour l'ergothérapeute, l'occupation représente un besoin pour la personne. Elle aide à trouver un équilibre quotidien et à donner du sens à son existence.

L'homme, pris dans sa globalité, agit dans un environnement particulier, dans son milieu de vie. Dans la dépression, les liens sociaux sont affectés. L'environnement social est propre à chacun, influencé par les caractéristiques personnelles, les valeurs, les intérêts, les appartenances, la culture, les représentations… L'homme, pour évoluer dans sa vie, aspire à se sentir sujet, distinct d'autrui, mais également à se sentir membre d'une communauté (Maisonneuve, 2017). L'environnement social doit donc être analysé profondément, en interrogeant les interactions qui s'y jouent. Cela demande du temps, et la pluridisciplinarité (médicale, para-médicale et sociale) a un rôle essentiel pour questionner cette dimension sociale.

5.3 Critique et limites de l'étude

Les critères d'inclusion m'ont permis d'interroger des personnes travaillant sous différentes approches. Mais la limite principale de mon travail renvoie au nombre très restreint des ergothérapeutes participants. Deux entretiens ne suffisent pas pour analyser intégralement l'ensemble des approches et des pratiques des professionnels. Il serait également intéressant de compléter mon étude avec l'analyse du vécu d'un patient, pour avoir un avis supplémentaire sur l'accompagnement ergothérapique.

Concernant la méthode utilisée, certaines limites apparaissent. Les entretiens, effectués par téléphone, peuvent perdre de leur spontanéité, et la communication non verbale ne peut être accessible. La forme d'entretiens semi-directifs permet de récolter de nombreuses informations, cependant, il m'était parfois compliqué de recentrer les échanges sur le sujet qui m'intéressait. Le questionnaire pour les entretiens pourrait être à revoir pour récolter des informations plus précises.

Il serait intéressant de compléter ma recherche par d'autres questionnaires plus précis, pour ainsi récolter des informations plus quantitatives. Cela aurait pu permettre de récolter plus facilement le vécu de professionnels n'ayant pas le temps pour s'entretenir.

5.4 Apports et perspectives

Tout d'abord, ce travail de fin d'étude m'a aidé à développer certaines compétences que je considère comme fondamentales pour ma future pratique professionnelle : la recherche littéraire, l'écoute, l'observation, l'analyse.

Ce travail d'initiation à la recherche m'a également permis de questionner une pratique spécifique de l'ergothérapie. Mon interrogation concernant le fait de prendre en compte la dimension sociale chez les personnes dépressives soulèvent d'autres problématiques et réflexions.

L'ergothérapie est une discipline qui prend en compte l'aspect médical, mais également social d'un individu. Dans la pratique, les ergothérapeutes analysent l'identité d'une personne, son environnement et ce qui la motive à agir. Sachant que la dépression reflète un problème majeur dans le monde d'aujourd'hui, ne faudrait-il pas réfléchir également de manière plus globale, en considérant l'individu dans sa dimension communautaire, voire sociétale ?

Cette question éthique met en valeur l'approche sociale des ergothérapeutes. D'après l'ANFE, « *l'ergothérapeute est l'intermédiaire entre les besoins d'adaptation de la personne et les exigences de la vie quotidienne en société* » (ANFE, 2019). Le rôle de la société dans la vie d'un individu est donc à prendre en compte. D'après Mireille Tremblay, « *la participation sociale peut prendre diverses formes : travail rémunéré, investissement humain et financier dans une entreprise ou dans un projet communautaire, entraide et bénévolat, engagement dans les institutions démocratiques, etc. Elle prend aussi des formes plus informelles. L'implication dans sa propre famille constitue également une forme de participation sociale. En conséquence, elle se manifeste d'abord à l'intérieur du lien existant entre l'individu, sa famille et ses proches. Elle prend ensuite forme dans les relations entre l'individu et ses différents milieux de vie que sont l'école, le milieu de travail, la vie communautaire, etc. Finalement, la relation entre l'individu et sa collectivité traduit elle aussi, un aspect de la participation sociale.* » (Tremblay, 2004).

Bien que la finalité du soin ergothérapeutique soit le bien-être dans le quotidien et une qualité de vie satisfaisante, je pense qu'il peut être intéressant de questionner la problématique exogène (communautaire, voire sociétale) qui peut possiblement générer chez les personnes des réponses « inadaptées », dans le cas de cette étude, une dépression. Par exemple, le burn-out, amenant la personne vers un épuisement professionnel, représente une réaction répondant aux ressentis face à la surcharge de travail, aux modalités particulières de management, à la recherche de performance, bref, aux nouvelles politiques d'efficacité des résultats au travail. L'ergothérapeute, dans un contexte médical, se centre sur l'individu. Ne pourrait-il pas aussi intervenir dans un contexte social en axant ses actions vers une visée communautaire ? D'après le livre blanc de l'ergothérapie, c'est aussi en menant des actions de prévention, d'information et d'éducation que la situation de handicap peut être limitée (Audoit et al. 2016). En reprenant l'exemple du burn-out, il peut être intéressant de mettre en place une démarche préventive sur les conditions de travail, afin de repérer le stress professionnel et ainsi diminuer le risque de décompensation. En effet, les retentissements fonctionnels des maladies psychiatriques n'étant pas encore tout à fait connus, il peut être intéressant d'informer, de prévenir, voire de conseiller les institutions et les communautés côtoyant des personnes soignées en psychiatrie.

Il serait intéressant, dans une étude future, de voir si les actions préventives à visées communautaires faites par un ergothérapeute diminuent les risques de dépression.

CONCLUSION

L'expérience d'une dépression engendre une souffrance psychique marquée par divers symptômes comme la perte de l'envie, la perte de l'élan vital, le ralentissement psychomoteur, la baisse d'estime de soi. La personne, face à cette souffrance, peut être amenée à s'isoler. Elle voit alors son champ occupationnel se réduire, voire s'abolir.

La participation sociale d'un individu dépressif peut être touchée par ces symptômes. La personne ne s'investit plus dans ses activités et ses rôles sociaux comme avant.

L'étude avait pour but de répondre à la question de recherche : *Comment l'ergothérapeute favorise-t-il, chez l'adulte en dépression, la participation sociale en vue d'une réhabilitation psychosociale ?* Cette étude s'est appuyée sur la méthode clinique qualitative.

L'ergothérapeute favorise la participation sociale en s'appuyant sur une pratique liée à la démarche de réhabilitation psychosociale. Il accompagne la personne en la considérant dans sa globalité. En suivant la personne dans son quotidien, à l'extérieur de l'hôpital, c'est-à-dire dans son milieu de vie, l'ergothérapeute répond aux besoins d'adaptations de façon pertinente. Cette démarche favorise l'indépendance et l'autonomie, mais également la participation sociale, puisque l'ergothérapeute intervient dans l'environnement physique et social.

L'ergothérapie est une discipline qui se place à la croisée des champs médicaux et sociaux. Les professionnels appréhendent la problématique de la dépression de manière individuelle, dans un environnement propre. L'ergothérapie communautaire, dans le but de prévenir, d'informer et de réduire la stigmatisation que connaissent les personnes dépressives, pourrait être une nouvelle approche d'accompagnement plus sociale.

Ce travail d'initiation à la recherche a enrichi ma réflexion, mes connaissances, mes compétences méthodologiques et ma future pratique professionnelle. Cette étude m'a fait découvrir des pratiques, telles que la réhabilitation psychosociale. Cette étude m'a également aidé à me questionner sur mes valeurs et mon identité professionnelles.

BIBLIOGRAPHIE

ANFE. (2019, février). La profession. Consulté 14 mai 2019, à l'adresse http://www.anfe.fr/l-ergotherapie/la-profession.

Audoit, C., Delourme, G., Folliet, O., Gosme, M., Gouineau, D., Katsaros, I., …, Riou, G. (2016, septembre). Ergothérapie en santé mentale : enjeux et perspectives. p. 31-38.

Cnaan R.A. et al. (1988). Psychosocial Rehabilitation : Toward a Definition. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 11: 4, p.61-77.

Delroeux, O. (2008). La thérapie brève de Palo Alto : l'approche interactionnelle des situations dépressives. *Thérapie Familiale*, *29*(4), 513.

Desmarquis, Myriam. (2009). "La participation sociale des personnes en situation de pauvreté dans un organisme communautaire en milieu urbain", Mémoire de master en Service social, sous la direction de Martine Duperré, Québec, École de service social, faculté des sciences sociales.

Duprez, M. (2008). Réhabilitation psychosociale et psychothérapie institutionnelle. *L'information psychiatrique*, *84*(10), 907.

Eisinger, P. (2008). Syndrome dépressif. *EMC - Traité de médecine AKOS*, *3*(3), 1-9.

Fougeyrollas, P. (2010). La funambule, le fil et la toile. Transformations réciproques du sens du handicap, PU Laval, 315 pages.

Ferreri, F., Agbokou, C., Nuss, P., & Peretti, C.-S. (2006). Clinique des états dépressifs. EMC - Psychiatrie, 3(2), 1-19.

Fisher, G.-N. (2009-2013). Psychologie et société. Consulté le 13 Mai 2018, à l'adresse http://www.psychologie-et-societe.org/identite-sociale.aspx.

France. Code de l'action sociale et des familles, Loi n°2005-102 du 11 février 2005 - art. 2 (V), Article L114 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

Hernandez, H. (2010). L'ergothérapie une profession de réadaptation. *Journal de réadaptation médicale*, 30(4), 194-197.

Jumageldinov, A. (2009). Diversités culturelles et construction identitaire chez les jeunes appartenant aux différents groupes ethniques au Kazakhstan. Approche comparative. Thèse en psychologie. Université de Lyon, France.

Kielhofner, G. (2009). *Conceptual foundations of occupational therapy*. 4th ed. Philadelphia, PA: F.A. Davis Co., p.147-174.

Knauss, W. (2009). Le groupe comme thérapeute. Pourquoi faut-il un analyste de groupe ? *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, *52*(1), 31.

Lazzeri, C. (2013). Identité et appartenance sociale. Tracés, (#13), 73-102.

Lutz, M., Morali, A., & Lang, J.-P. (2013). La dépression atypique : perspectives cliniques. *L'Encéphale*, *39*(4), 258-264.

Maisonneuve, J. (2017). *La psychologie sociale* (Que sais-je ?). Paris.

Marc, E., & Bonnal, C. (2014). *Le groupe thérapeutique : Approche intégrative* (Dunod).

Marx, C. (2012). Renoncer au suicide pour choisir de vivre. *Actualités en analyse transactionnelle*, *144*(4), 1.

Morel-Bracq, M.-C. (2009). Le modèle de l'occupation humaine de Gary Kielhofner (MOH). *Modèles conceptuels en ergothérapie : introduction aux concepts fondamentaux* (De Boeck Supérieur, pp. 69–78). Bruxelles.

Munroe, V., & Brunette, N. (2001). L'épuisement professionnel (burn-out) : un problème réel. *Reflets: Revue d'intervention sociale et communautaire*, *7*(1), 165.

Rioufol, M.-O. (2006). Personne qui présente des perturbations dans ses relations sociales. *Kinésithérapie, la Revue*, *6*(51), 25-26.

Rouillon, F. (2005). La dépression, hier, aujourd'hui et demain : évolution historique des concepts. *Thérapie*, *60*(5), 425-429.

Roussel C. (2007). Evaluer et compenser le handicap psychique : schéma du parcours de réhabilitation. *La lettre de Reh@b*', n° 8, septembre/octobre, 3-4.

Person, Y. (2007). Ergothérapie et réhabilitation : le sens de l'action, Ergothérapie en psychiatrie : de la souffrance psychique à la réadaptation, Marseille, Solal, p.169-174.

Thomas, P. & Hazif-Thomas, C. (2008). Les nouvelles approches de la dépression de la personne âgée. *Gérontologie et société*, vol. 31 / 126,(3), 141-155.

Tremblay, M. (2004). Droits, santé et participation démocratique. *Nouvelles pratiques sociales*, vol. 17, n° 1, p. 43.

Turner J. C. (1979). Comparaison sociale et identité sociale : quelques perspectives pour l'étude du comportement intergroupes, p. 154 in W. Doise. *Expériences entre groupes*, Paris, Mouton.

Vidon, G. (1995). La réhabilitation dans tous ses états. La réhabilitation psychosociale en psychiatrie. 27-62. Paris, France : Frison-Roche.

Weibel, S., & Bertschy, G. (2016). Dépression mixte et DSM-5 : mise au point critique. *L'Encéphale*, 42(1), 90–98.

ANNEXES

ANNEXE I : Mesure des habitudes de vie

ANNEXE II : The volitional questionnaire

ANNEXE III : Matrices théoriques

ANNEXE IV : Questionnaire

ANNEXE V : Retranscription des entretiens

ANNEXE VI : Bilan Client Assessment of Strengths, Interests and Goals

ANNEXE I : Mesure des habitudes de vie

Suivez les trois étapes suivantes (cochez les cases appropriées)	Étape 1			Étape 2									Étape 3				
	Cette habitude de vie est :			A Type d'aide utilisé (1 réponse ou plus, selon le cas)						B Niveau de difficulté			Niveau de satisfaction				
Note : Ne pas oublier qu'il s'agit de la façon habituelle pour la personne de réaliser ses habitudes de vie.	Réalisée (par la personne ou quelqu'un d'autre)	Non réalisée (Passez directement à l'étape 3)	Ne s'applique pas (Passez à l'habitude de vie suivante)	Aide technique **	Aménagement **	Aide humaine * (1 réponse seulement) Sans aide	Légère	Importante	Complète	Sans ou avec peu de difficulté	Avec une certaine difficulté	Avec beaucoup de difficulté	☺☺ Très satisfait	☺☹ Satisfait	☹☺ Insatisfait	☹☹ Très insatisfait	
Soins personnels et de santé																	5
Vous occuper de votre hygiène corporelle (vous laver les mains, se brosser les dents, prendre un bain ou une douche…)	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	5.1
Utiliser les équipements sanitaires de votre domicile (incluant lavabo, toilettes et tout autre matériel nécessaire à l'élimination…)	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	5.2
Utiliser les équipements sanitaires autre que ceux de votre domicile (incluant lavabo, toilettes et tout autre matériel nécessaire à l'élimination …)	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	5.3
Vous habiller et vous déshabiller (choisir et mettre vos vêtements incluant boutons, fermeture éclair, lacets de chaussures, bijoux…)	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	5.4
Changer vos vêtements lorsqu'ils sont souillés ou salis	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	5.5
Mettre, enlever et entretenir vos orthèses, prothèses, lentilles, lunettes, appareil auditif…	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	5.6
Vous soigner (appliquer un pansement, prendre vos médicaments, renouveler vos prescriptions, suivre les consignes thérapeutiques, demander de l'aide…)	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	5.7
Utiliser les services de santé (une clinique médicale, un centre hospitalier ou de réadaptation, une clinique dentaire…)	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	5.8

SPÉCIMEN

* « **L'aide humaine** » correspond à tout soutien humain supplémentaire (aide physique, supervision, rappel de consignes, encouragement, etc.) apporté dans le cadre de la réalisation des habitudes de vie d'une personne en raison « de ses incapacités » ou « des obstacles présents dans son environnement ». « **Sans aide** » doit être coché, même si la personne n'a pas besoin d'aide humaine.

Suivez les trois étapes suivantes (cochez les cases appropriées) Note : Ne pas oublier qu'il s'agit de la façon habituelle pour la personne de réaliser ses habitudes de vie.	Étape 1 Cette habitude de vie est :			Étape 2 A Type d'aide utilisé (1 réponse ou plus, selon le cas)						B Niveau de difficulté			Étape 3 Niveau de satisfaction				
	Réalisée (par la personne ou quelqu'un d'autre)	Non réalisée (Passez directement à l'étape 3)	Ne s'applique pas (Passez à l'habitude de vie suivante)	Aide technique **	Aménagement **	Aide humaine * (1 réponse seulement) Sans aide	Légère	Importante	Complète	Sans ou avec peu de difficulté	Avec une certaine difficulté	Avec beaucoup de difficulté	☺☺ Très satisfait	☺☹ Satisfait	☹☺ Insatisfait	☹☹ Très insatisfait	
Responsabilités																	7
Faire des achats (choisir la marchandise, payer, achats par téléphone ou internet, accès intérieur des commerces…)	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	7.1
Utiliser les cartes bancaires ou le guichet automatique	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	7.2
Planifier votre budget et respecter vos obligations financières (répartir vos dépenses et vos économies, paiement des comptes…)	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	7.3
Respecter les droits et biens d'autrui, voter, respecter les lois et règlements	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	7.4
Faire respecter vos droits (prendre sa place, revendiquer, exprimer votre opinion…)	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	7.5
Prendre soin et soutenir les membres de votre famille incluant votre conjoint	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	7.6
Accepter l'aide des membres de votre famille, d'un proche, incluant votre conjoint	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	7.7
Assurer l'éducation de vos enfants	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	7.8
Prendre soin d'un animal de compagnie	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	7.9

SPÉCIMEN

* « **L'aide humaine** » correspond à tout soutien humain supplémentaire (aide physique, supervision, rappel de consignes, encouragement, etc.) apporté dans le cadre de la réalisation des habitudes de vie d'une personne en raison « de ses incapacités » ou « des obstacles présents dans son environnement ». « **Sans aide** » doit être coché, même si la personne n'a pas besoin d'aide humaine.

Suivez les trois étapes suivantes (cochez les cases appropriées) Note : Ne pas oublier qu'il s'agit de la façon habituelle pour la personne de réaliser ses habitudes de vie.	Étape 1 — Cette habitude de vie est :			Étape 2 — A — Type d'aide utilisé (1 réponse ou plus, selon le cas)						Étape 2 — B — Niveau de difficulté			Étape 3 — Niveau de satisfaction				
	Réalisée (par la personne ou quelqu'un d'autre)	Non réalisée (Passez directement à l'étape 3)	Ne s'applique pas (Passez à l'habitude de vie suivante)	Aide technique **	Aménagement **	Aide humaine * (1 réponse seulement)				Sans ou avec peu de difficulté	Avec une certaine difficulté	Avec beaucoup de difficulté	☺☺	☺	☹	☹☹	
						Sans aide	Légère	Importante	Complète				Très satisfait	Satisfait	Insatisfait	Très insatisfait	
Relations interpersonnelles																	**8**
Maintenir des relations affectives avec votre conjoint (intimité, encouragement, soutien moral…)	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	8.1
Maintenir des relations affectives avec votre famille autre que le conjoint (intimité, encouragement, soutien moral…)	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	8.2
Maintenir des liens avec des amis	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	8.3
Maintenir des liens sociaux avec votre entourage (voisins, collègues de travail, d'études ou de loisirs…)	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	8.4
Gérer des conflits avec autrui	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	8.5
Avoir des relations sexuelles	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	8.6
Utiliser une ou des méthodes de prévention (contraception, protection contre les maladies transmises sexuellement…)	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	8.7

** L'« **Aide technique** » et l'« **Aménagement** » doivent être cochés seulement lorsque la réalisation de l'habitude de vie par la personne le nécessite. Les aides techniques spécifiques aux déplacements et à la communication ne devront être considérées que pour les sections *Déplacements* et *Communication*.

SPÉCIMEN

Suivez les trois étapes suivantes (cochez les cases appropriées) Note : Ne pas oublier qu'il s'agit de la façon habituelle pour la personne de réaliser ses habitudes de vie.	Étape 1			Étape 2									Étape 3				
	Cette habitude de vie est :			A Type d'aide utilisé (1 réponse ou plus, selon le cas)						B Niveau de difficulté			Niveau de satisfaction				
	Réalisée (par la personne ou quelqu'un d'autre)	Non réalisée (Passez directement à l'étape 3)	Ne s'applique pas (Passez à l'habitude de vie suivante)	Aide technique **	Aménagement **	Aide humaine * (1 réponse seulement) Sans aide	Légère	Importante	Complète	Sans ou avec peu de difficulté	Avec une certaine difficulté	Avec beaucoup de difficulté	☺☺	☺	☹	☹☹	
Vie associative et spirituelle																	**9**
Participer à titre de membre à des associations étudiantes (conseil d'école, conseil de classe, comité parascolaire…)	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	9.1
Participer à titre de membre à des associations sportives ou de loisirs (club de hockey…)	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	9.2
Participer à titre de membre à des associations, groupes culturels et artistiques (théâtre, danse, cinéma…)	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	9.3
Participer aux activités d'un organisme de promotion des droits (droits de la personne, écologie, syndicats…)	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	9.4
Participer aux activités d'un parti politique	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	9.5
Participer aux activités de groupes sociaux (club Lions, Âge d'Or…)	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	9.6
Participer aux activités de groupes d'entraide	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	9.7
Participer à des activités reliées à des pratiques religieuses ou spirituelles (au domicile, à l'église ou autres lieux de culte, les cérémonies…)	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	9.8

SPÉCIMEN

* « **L'aide humaine** » correspond à tout soutien humain supplémentaire (aide physique, supervision, rappel de consignes, encouragement, etc.) apporté dans le cadre de la réalisation des habitudes de vie d'une personne en raison « de ses incapacités » ou « des obstacles présents dans son environnement ». « **Sans aide** » doit être coché, même si la personne n'a pas besoin d'aide humaine.

Suivez les trois étapes suivantes (cochez les cases appropriées) Note : Ne pas oublier qu'il s'agit de la façon habituelle pour la personne de réaliser ses habitudes de vie.	Étape 1 — Cette habitude de vie est :			Étape 2 — A — Type d'aide utilisé (1 réponse ou plus, selon le cas)						Étape 2 — B — Niveau de difficulté			Étape 3 — Niveau de satisfaction				
	Réalisée (par la personne ou quelqu'un d'autre)	Non réalisée (Passez directement à l'étape 3)	Ne s'applique pas (Passez à l'habitude de vie suivante)	Aide technique **	Aménagement **	Aide humaine * (1 réponse seulement) — Sans aide	Légère	Importante	Complète	Sans ou avec peu de difficulté	Avec une certaine difficulté	Avec beaucoup de difficulté	☺☺ Très satisfait	☺ Satisfait	☹ Insatisfait	☹☹ Très insatisfait	
Travail																	**11**
Choisir un métier ou une profession	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	11.1
Rechercher un emploi	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	11.2
Réaliser des activités de travail rémunérées Note : si vous ne travaillez pas actuellement et que vous désirez travailler, cochez « **Non réalisée** »	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	11.3
Fréquenter un centre de jour comme occupation principale	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	11.4
Réaliser des activités de stages en milieu de travail non rémunérées	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	11.5
Réaliser des activités bénévoles	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	11.6
Réaliser des tâches familiales ou domestiques comme occupation principale	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	11.7
Utiliser les services de votre milieu d'occupation principale (cafétéria, services au personnel, salle de repos…)	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	11.8

SPÉCIMEN

* « **L'aide humaine** » correspond à tout soutien humain supplémentaire (aide physique, supervision, rappel de consignes, encouragement, etc.) apporté dans le cadre de la réalisation des habitudes de vie d'une personne en raison « de ses incapacités » ou « des obstacles présents dans son environnement ». « **Sans aide** » doit être coché, même si la personne n'a pas besoin d'aide humaine.

Suivez les trois étapes suivantes (cochez les cases appropriées) Note : Ne pas oublier qu'il s'agit de la façon habituelle pour la personne de réaliser ses habitudes de vie.	Étape 1 — Cette habitude de vie est :			Étape 2 — A — Type d'aide utilisé (1 réponse ou plus, selon le cas)						Étape 2 — B — Niveau de difficulté			Étape 3 — Niveau de satisfaction				
	Réalisée (par la personne ou quelqu'un d'autre)	Non réalisée (Passez directement à l'étape 3)	Ne s'applique pas (Passez à l'habitude de vie suivante)	Aide technique **	Aménagement **	Aide humaine * (1 réponse seulement)				Sans ou avec peu de difficulté	Avec une certaine difficulté	Avec beaucoup de difficulté	☺☺ Très satisfait	☺ Satisfait	☹ Insatisfait	☹☹ Très insatisfait	
						Sans aide	Légère	Importante	Complète								
Loisirs																	**12**
Choisir vos activités sportives, physiques et récréatives	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	12.1
Pratiquer des activités sportives ou récréatives (marche, sports et jeux…)	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	12.2
Pratiquer des activités artistiques, culturelles ou artisanales (musique, danse, bricolage…)	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	12.3
Assister à des événements sportifs (hockey, soccer, football…)	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	12.4
Assister à des événements artistiques ou culturels (spectacles, cinéma, théâtre…)	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	12.5
Réaliser des activités de type touristique (voyages, visites de sites naturels ou historiques…)	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	12.6
Réaliser des activités de plein air (randonnée, camping…)	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	12.7
Utiliser les services de loisirs de votre milieu (bibliothèque, centre de loisirs municipal…)	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	12.8

SPÉCIMEN

** L'« **Aide technique** » et l'« **Aménagement** » doivent être cochés seulement lorsque la réalisation de l'habitude de vie par la personne le nécessite. Les aides techniques spécifiques aux déplacements et à la communication ne devront être considérées que pour les sections *Déplacements* et *Communication*.

ANNEXE II : The volitional questionnaire

Volitional Questionnaire (Form D- Volitional Continuum)

Increased Sense of Ability and Control

Level of Volitional Development	Client: _____ Date: ___/___/___ Setting: _____	VQ Ratings: Needs more support → Needs less support				
Achievement	Seeks Challenges	N/O	P	H	I	S
	Seeks Additional Responsibilities	N/O	P	H	I	S
	Invests Additional Energy/ Emotion/Attention	N/O	P	H	I	S
	Pursues Activity to Completion/Accomplishment	N/O	P	H	I	S
Competency	Tries to Correct Mistakes	N/O	P	H	I	S
	Tries to Solve Problems	N/O	P	H	I	S
	Shows Pride	N/O	P	H	I	S
	Stays Engaged	N/O	P	H	I	S
	Indicates Goals	N/O	P	H	I	S
Exploration	Shows that an Activity is Special or Significant	N/O	P	H	I	S
	Shows Preferences	N/O	P	H	I	S
	Tries New Things	N/O	P	H	I	S
	Initiates Actions/Tasks	N/O	P	H	I	S
	Shows Curiosity	N/O	P	H	I	S

N/O = No Opportunity: No opportunity to observe
P = Passive: Does not show behavior even with support, structure, or encouragement
H = Hesitant: Shows behavior with maximal amount of support, structure, or encouragement
I = Involved: Shows behavior with minimal amount of support, structure, or encouragement
S = Spontaneous: Shows behavior without support, structure, or encouragement

Interpretation of Volitional Levels

Exploration Level: Client has a desire to engage in the environment for pleasure and enjoyment, and to make discoveries in low risk situations.
Competency Level: Client has a drive to actively interact and influence the environment, practice skills, and meet performance standards.
Achievement Level: Client strives to increase their capacity to do a challenging task and to have successful performance outcomes.

SAMPLE

ANNEXE III : MATRICES THÉORIQUES

LA PARTICIPATION SOCIALE

CRITERES	INDICATEURS	INDICES	QUESTIONS
Appartenance sociale	Liens sociaux	- Sentiment d'appartenir à un groupe - Attachement - Reconnaissance d'autrui	**Question 1, 3, 4** *Question 1.2*
Identité et sentiment de soi	Identité sociale	- Sentiment d'appartenance à un groupe « semblable »	*Question 1.4*
	Identité personnelle	- Implication dans les activités sociales - Interactions qui renforcent le sentiment d'existence - Sentiment d'épanouissement	*Question 4.2* *Question 4.4*
Habitudes de vie	Rôle social	- Etre enfant - Etre parent - Etre collègue - Etre ami - Etre conjoint…	*Question 1.3* *Question 3.1* *Question 4.3*
	Activité courante	- Réalisation des activités quotidiennes - Habitudes - Travail - Loisirs	*Question 1.1* *Question 4.1*

LA REHABILITATION PSYCHOSOCIALE

CRITERES	INDICATEURS	INDICES	QUESTIONS
Autonomie et indépendance dans la communauté	Prise en compte de l'environnement social	- Soutien social personnel - Rôle social - Maintenir le soin dans le milieu de vie - Intégration dans l'environnement	**Question 2, 3, 4, 5** *Questions 4.3, 4.5*
	Adaptation	- Faire évoluer la situation de handicap - Guider l'usager - Accompagner dans les actes de la vie quotidienne	*Question 5.2*
Actions thérapeutiques et démarches	Utilisation des capacités humaines	- Thérapie basée sur les forces - Réapprendre ou apprendre des habiletés pour retrouver la capacité d'agir	*Questions 2.1, 2.2, 2.3* *Questions 3.1, 3.2, 3.3*
	Auto-détermination	- Devenir acteur dans son suivi - Objectifs personnels basés sur les choix de la personne	*Question 4.1* *Question 4.4* *Question 5.1*
Intégration dans l'environnement	Sectorisation et structures extrahospitalières	HDJ CMP CATTP SAVS SAMSAH ESAT	*Question 4.3, 4.5* *Questions 5.3*

LE MODELE DE L'OCCUPATION HUMAINE (Kielhofner, 1980)

CRITERES	INDICATEURS	INDICES	QUESTIONS
Etre	Volition	-Valeurs (Priorités) -Projet de vie -Sens donné aux activités -Centres d'intérêt et goûts -Activité signifiante et significative -Causalité personnelle (conscience de l'efficacité et des capacités) -Sentiment d'efficacité -Motivation intérieure de la personne -Estime de soi -Implication de la personne dans l'accompagnement	**Questions 1, 2, 3, 4, 5** *Question 1.5* *Question 2.1, 2.2* *Question 3.1* *Question 4.2* *Question 4.3*
	Habituation	-Habitudes -Routines - Manière de réaliser les activités - Rôle social -Comportements attendus socialement	*Question 1.3*
	Capacité de rendement	- Capacités physiques et cognitives - Développement des capacités - Perception subjective des capacités - Vécu de l'expérience (la réussite ou l'échec)	
Agir	Participation occupationnelle	Engagement dans une activité	*Question 1.1*
	Rendement occupationnel	Manière de réaliser les activités	*Question 1.5*
	Habiletés	- Habiletés motrices - Habiletés procédurales	

	occupationnelles	- Habiletés de communication et d'interaction	
Devenir	Identité occupationnelle	- Perception de son identité - Perception de ce qu'elle souhaiterait être	
	Compétences occupationnelles	- Mise en place d'activités pour améliorer le sentiment d'identité	*Question 4.1*
	Adaptation occupationnelle	- Développement de stratégies d'adaptation -Evolution des habitudes de vie -Evolution du projet de vie	*Questions 5.1, 5.2*
Environ-nement	Social	- Famille, proches - Voisins et amis - Collègues - Professionnels, intervenants - Aides sociales	*Question 1.2*
	Physique	- Aménagements - Lieu d'habitation - Services à proximité - Transports et mobilité	*Questions 4.3, 4.5*

ANNEXE IV : QUESTIONNAIRE

Comment l'ergothérapeute favorise-t-il, chez l'adulte en dépression, la participation sociale en vue d'une réhabilitation psychosociale ?

Questions préalables :

- Depuis quand exercez-vous en tant qu'ergothérapeute ?
- Depuis quand travaillez-vous en santé mentale ?
- Pouvez-vous donner des informations sur la structure ? *(sectorisation, les différents projets mis en place, professionnels dans l'équipe, nombre d'usagers, durée moyenne d'une séance, type de pathologies rencontrées …)*
- Avez-vous des formations complémentaires ?

Question 1 : Selon vous, quel est l'impact des symptômes dépressifs sur le quotidien d'une personne ?

Questions de relance :

1.1 : Certaines activités sont-elles impactées ? Si oui, lesquelles (significatives, signifiantes) ?

1.2 : L'environnement social est-il impacté ?

1.3 : Le rôle social d'une personne est-il impacté ?

1.4 : Les personnes dépressives se sentent-elles souvent isolées ?

1.5 : Quelle importance les personnes accordent-elles à la répercussion de ces symptômes sur leur quotidien ?

Question 2 : Comment évaluez-vous les besoins d'accompagnement ?

Questions de relance :

2.1 : Avez-vous des outils spécifiques d'évaluation ? Sont-ils validés ?

2.2 : Comment se passent les premiers entretiens ?

2.3 : Faites-vous des évaluations régulières ?

Question 3 : Quels objectifs pouvez-vous poser dans votre accompagnement afin de faire évoluer l'impact des symptômes sur le quotidien de la personne ? Avez-vous des exemples ?

Questions de relance :

3.1 : Les objectifs sont-ils posés avec la personne ?

3.2 : Sont-ils réévalués par la suite ?

3.3 : Posez-vous des objectifs communs avec d'autres professionnels ?

Question 4 : Quels moyens utilisez-vous afin de répondre à ces objectifs ?

Questions de relance :

4.1 : Quels types d'activités proposez-vous ? En groupe, en individuel ? Activités signifiantes, significatives ?

4.2 : Quels sont les éléments facilitateurs et les freins pour permettre l'engagement dans ses activités ?

4.3 : Prenez-vous en compte l'environnement personnel de la personne (proches, amis, …) ? Par quels moyens ?

4.4 : Comment stimulez-vous l'implication de la personne dans l'accompagnement thérapeutique ?

4.5 : Faites-vous des séances de mise en situation écologique (à l'extérieur de la structure par exemple) ?

Question 5 : Comment jugez-vous qu'un accompagnement arrive à terme ?

Questions de relance :

5.1 : Les personnes demandent-elles à arrêter l'accompagnement ?

5.2 : Quels sont les critères d'une fin d'accompagnement ?

5.3 : Proposez-vous d'autres structures ou associations susceptibles d'amener un soutien après l'arrêt de l'accompagnement ?

Avez-vous d'autres éléments à apporter ?

ANNEXE V : RETRANSCRIPTION DES ENTRETIENS

Ergothérapeute 1

Depuis quand exercez-vous en tant qu'ergothérapeute ?

Depuis 2000, mais pas particulièrement en psychiatrie.

Et depuis quand travaillez-vous en en psychiatrie ?

Alors sur le poste actuel, ça va faire 14 ans, et après je peux rajouter quelques années par ci par là en psychiatrie, donc environ 15 16 ans je vais dire.

Est-ce que vous pouvez me donner des informations sur la structure ? Par exemple les différents secteurs, l'organisation, les personnes avec qui vous travaillez…

En psychiatrie à Aurillac, il y a 2 secteurs, qui correspondent à la situation géographique des personnes. Sur les 2 secteurs, on est 5 ergothérapeutes. Après, on tend à s'intersectorialiser au niveau du service ergothérapie, mais on reste des ergothérapeutes référents sur les secteurs, donc moi sur le secteur où je suis on est 2 ergothérapeutes.

Ensuite on travaille avec les psychiatres, des psychologues, des assistantes sociales, des art-thérapeutes, un relaxologue, et des infirmiers formés en sport adapté.

Au niveau du fonctionnement du service, on peut suivre des personnes en intra. C'est-a-dire qu'on a un service d'hospitalisation ouvert, et un autre fermé. Il y a un hôpital de jour adulte, un CATTP, et globalement les secteurs sont pareils. Donc on peut toucher à tout. On n'a pas d'unité de réhabilitation par contre.

Pour les personnes que nous voyons, on peut voir des personnes hospitalisées, qui seront plus en période de crise. On peut voir des personnes de l'unité fermée et ouverte. Actuellement, la majorité de nos suivis concerne des personnes qui ont été hospitalisées, mais qu'on continue à suivre de manière ambulatoire, c'est-à-dire des personnes qui ne sont plus hospitalisées mais qui continuent à venir à des séances d'ergothérapie. Ca ce n'est pas une volonté qui est pris par notre service, mais c'est que dans notre service ergo, on est assez libre de prendre l'orientation que l'on souhaite, ce qui est un avantage et un inconvénient car l'orientation du service n'est du coup pas clairement défini, en terme de modèle conceptuel, ce qui est un peu problématique puisque tout le monde fait un peu ce qu'il veut dans son coin, ce qui est moins cohérent. Mais ce qui est bien, c'est que nous, les ergothérapeutes, nous nous sommes positionnés vers une démarche de réhabilitation, ouvert vers l'extérieur, et c'est pour ça que maintenant la majorité de nos suivis concerne des personnes que l'on voit de manière ambulatoire, et peu de suivis finalement de personnes hospitalisées. Les personnes viennent parce qu'elles ont rendez-vous, et quand c'est terminé, elles s'en vont de l'hôpital. C'est un choix de notre part qui n'est pas forcément porté par les médecins, ni par personne, juste notre propre volonté d'ergothérapeute.

Pour les personnes accueillies, on voit tout type de pathologies, il n'y a pas de spécificités. A part que le service addictologie n'est plus dans l'unité psychiatrique.

Mon mémoire se concentre sur les personnes atteintes de dépression. Selon vous, quel est l'impact des symptômes dépressifs sur le quotidien d'une personne ?

La dépression a des impacts sur la vie quotidienne en effet. Dans la dépression, il y a tout ce qui est de la perte de l'envie, d'élan vital, de désirs, de plaisir à faire les choses, donc ça impacte notamment la participation sociale. La participation, c'est la manière dont la personne s'investit dans ses rôles, ses activités, tout ce qui a du sens pour elle à l'extérieur, mais aussi toutes les activités plus contraignantes auxquelles on échappe pas dans la vie de tous les jours, comme les soins personnels, qui sont nécessaires. C'est la manière dont la personne va s'engager dans des activités qu'elles soient autant significatives que signifiantes. La dépression touche cet investissement, car la personne, souvent, n'a plus goût à faire les choses, n'a plus d'intérêt.

L'environnement social est-il impacté ?

Oui. L'environnement social c'est large. Au niveau de la famille, forcément ça a un impact. Vivre avec une personne dépressive, ça dépend quel est le rôle de cette personne au sein de la famille. Etre conjoint ou enfant d'une personne dépressive, forcément ça impacte sur ces personnes-là. Après pour l'entourage plus large, le réseau amical, les proches plus largement, on voit aussi que les personnes face à la personne dépressive ne savent pas comment faire, on peut vouloir les aider mais ne pas être la bonne personne pour le faire, puisque justement elle fait partie de la famille, etc. Oui, il y a un gros impact, et ça peut arriver aussi à rompre certaines relations sociales, parce qu'être en contact avec une personne dépressive qui n'a rien à dire, rien à raconter, c'est pas forcément facile à gérer quand on est un proche. Comment faire, comment se comporter ? Entre ceux qui vont dire « mets toi un coup de pied dans les fesses », ou l'incompréhension face à cette pathologie qu'est la dépression…

Et lorsque vous voyez une nouvelle personne, comment évaluez-vous les besoins d'accompagnement ?

Alors nous c'est beaucoup de temps de parole, d'entretiens, et on utilise divers supports pour essayer de faire émerger des choses qui sont importantes, qui ont du sens pour la personne.

L'intérêt des supports, c'est que l'on peut passer en revue tous types d'activités, toutes sortes de rôles sociaux, de rôles familiaux, ou même d'ailleurs de rechercher aussi des choses qui avaient du sens pendant l'enfance. Moi ça m'arrive d'utiliser des supports ou je demande « quelles activités aimiez-vous faire quand vous étiez petit ? », car des fois il y a des choses que les personnes aimaient faire et que, la vie passant, laissent de côté des choses qui étaient importantes pour elles, des choses qui avaient du sens. Il y a pas mal de supports, sur papier, ou encore sous forme de jeu, pourquoi pas le Dixiludo, qui permettent vraiment de faire émerger. Il y a des

supports issus d'un livre « Actions contre l'inertie ». Ce sont des outils qui permettent de questionner la personne sur ce qui est important pour elle, dans sa vie, est-ce que c'est son rôle social, etc… Enfin faire un peu le point, évaluer « c'est quoi sa vie ? », puis voir ensuite dans tout ça qu'est-ce qui peut être travaillé ensemble.

Dans un premier temps, peut-être que ça va être ça le travail, faire émerger ce qui peut avoir du sens pour la personne, et après on essaye. Mais parfois c'est super compliqué, parce qu'on n'arrive à rien sortir… Et d'avoir des échanges avec la personne, sur touts types de sujets, on peut parfois sentir un petit truc sur lequel on va pouvoir tirer pour accrocher la personne, donc on va essayer d'investiguer un peu plus à ce niveau là. On va tenter de trouver des trucs sur lesquels on peut s'appuyer.

Et donc suite à cette évaluation, quels sont les objectifs que vous pouvez poser pour faire évoluer l'impact des symptômes sur le quotidien de la personne ?

Les objectifs sont très personnels, et sont posés avec la personne. Ils sont très variés, et définis selon chacun !

Ca peut être pourquoi pas de d'abord retrouver du plaisir, reprendre du plaisir à faire les choses, dans le domaine de l'agir. Pourquoi pas travailler sur la motivation de la personne, redonner de l'envie, d'avoir goût à faire des choses. La spécificité de la personne dépressive là, de mon point de vue, c'est de reprendre goût à faire des choses, retrouver des centres d'intérêt, des choses qui ont du sens, de motivant, s'épanouir.

Après avoir fait le point sur les habiletés qu'elle a ou qu'elle n'a pas, par des évaluations, on peut également poser des objectifs, comme par exemple s'affirmer envers autrui pour un objectif de communication, ou encore pouvoir aller seul au cinéma car c'est un loisir que la personne appréciait beaucoup mais qu'elle n'arrive plus à faire. Des objectifs pour justement pouvoir s'accomplir plus aisément, dans ce qui est important pour elle. Des objectifs au final en lien avec la participation sociale.

Quels moyens utilisez-vous afin de répondre à ces objectifs ?

Je n'aime pas du tout décrire quelque chose de très protocolisé, car on s'adapte vraiment à chaque personne.

Alors par exemple, s'il s'agit de redonner de l'envie, d'avoir goût à faire des choses, c'est de s'appuyer sur des choses qui motivent la personne, parce que forcément si elle n'est pas motivée, ça ne va pas opérer. Si c'est une personne qui ne manifeste aucun souhait, qui n'a envie de rien, déjà il va falloir trouver des choses qui puissent la motiver, et qu'elle soit déjà d'accord pour essayer. Ca peut être des expériences de plaisir, en trouvant des activités qu'on a au sein du service, et voir avec la personne si on a des activités déjà dans un premier temps dans lesquelles elle pourrait essayer de reprendre un peu du plaisir à faire les choses. Par exemple, si on se rend compte que la personne aime bien jouer, et bien on peut lui proposer de faire un jeu ensemble, voir comment ça se passe… Ca peut être même pourquoi pas l'envie

de faire une « bonne bouffe » : Qu'est-ce que vous voudriez manger, qu'est-ce qui vous ferait plaisir ? Un kebab ? Alors allons manger un kebab. Ca peut être plein de choses.

Et donc vous faites des séances à l'extérieur de la structure ?

Oui, souvent. Si ce qui est important pour la personne, c'est qu'on aille directement à l'extérieur, et bien on y va. Ca peut être d'aller manger un truc ensemble, ça peut être d'aller à la piscine, par exemple : une personne aimait y aller, mais ça fait très longtemps, et la démarche est compliquée pour y aller seul. Je peux être amenée à lui demander « Est-ce que ça vous aiderait si je vous accompagne la première fois ? » Ou encore, faire un cadeau pour quelqu'un : ok, mais c'est compliqué d'y aller seul, donc on va l'accompagner. Ca peut aussi être une démarche pour chercher et trouver une activité, donc voir des associations, etc. Quand on peut, on travaille cette démarche dans le service, et si la personne se sent capable d'y aller seule, elle y va seule.

Vous faites des séances en groupe aussi ?

Alors de manière générale, c'est en suivi individuel. L'objectif que l'on pose est tellement personnel, tellement individualisé, que le groupe n'apporte pas forcément quelque chose. On est vraiment sur des choses qui correspondent à une personne, c'est difficile d'appliquer ça à un groupe avec des objectifs globaux qui s'appliqueront à tous. Ca peut se faire, mais nous ne le faisons pas ici.

Après, ça peut nous arriver de faire des séances en groupe. On a particulièrement développé ici l'entrainement aux habiletés sociales, c'est-à-dire développer toutes les capacités qui permettent d'être bien au niveau relationnel, avec notre entourage. On utilise pour ça parfois le support de groupes, avec le Dixiludo dans un premier temps par exemple, ou encore le jeu Compétences. Là, on vient de mettre en place un groupe Affirmation de soi, ou on travaille les habiletés relationnelles. Le groupe Affirmation de soi, c'est un groupe qu'on a mis en place récemment, qu'on co-anime avec une infirmière, où l'on est vraiment sur un module de base, sur les bases de l'affirmation de soi. On aborde les bases de la communication, de l'affirmation de soi, savoir différencier les différents types de comportements relationnels (passif, affirmé, agressif…). Identifier les caractéristiques verbales et non verbales qui justifient et argumentent en faveur de tel ou tel comportement relationnel. Puis ensuite on va aborder 2 points d'affirmation de soi qui sont Faire une demande, et Refuser. Il y a un apport théorique, un apport plus cognitivo-comportemental qui parle des pensées automatiques : qu'est-ce qui fait que la personne ne va pas oser demander ? Qu'est-ce qui se passe dans la tête de la personne quand elle va refuser ? Qu'est-ce qu'elle met derrière tout ça ? Dire non c'est mal poli, dire non ça va entrainer un conflit… Donc on aborde les pensées automatiques. Et puis on propose une technique à suivre pour faire une demande, pour refuser, et après on va proposer des situations, ou les personnes peuvent choisir, et faire un jeu de rôles. Ca c'est en groupe.

Après c'est un travail que l'on fait beaucoup aussi individuellement, ou l'on se base sur des situations relationnelles particulières que les personnes nous amènent,

et qu'on travaille par le biais de jeux de rôles, mises en situation, on utilise la vidéo, etc.

Et vous prenez en compte l'environnement personnel de la personne ?

Oui ça peut arriver, mais c'est assez rare malheureusement, car ce ne sont pas des habitudes de travail qui sont mises en avant la où on travaille. Mais quand on a besoin, on le fait, avec l'accord de la personne, évidemment.

Pour finir, comment jugez-vous qu'un accompagnement arrive à terme ?

Ca se fait à 2. On a défini des objectifs ensemble, donc soit l'objectif est atteint, là on fait le point : est-ce que vous pensez que je peux vous aider pour autre chose ? Est-ce qu'on arrête là et puis s'il y a un souci vous savez que je suis disponible, vous pouvez me recontacter ? Donc le suivi peut être arrêté car l'objectif est atteint et il n'y a plus d'attentes. On peut aussi faire le constat qu'à un moment, l'objectif n'est pas atteint, et du coup il faut peut-être revoir certaines choses. Par exemple, je pense à quelqu'un, il avait du mal au niveau administratif, le suivi de son courrier, etc. On a posé l'objectif du fait d'arriver à se mettre à jour, arriver à se maintenir à jour, ouvrir son courrier, ranger, etc. On a donc travaillé ça. Mais l'objectif n'a pas été atteint, il n'est pas arrivé à maintenir ça, donc là je lui ai dit que j'atteignais mes limites pour l'accompagner. On voit que ça fonctionne pas, que c'est trop difficile, maintenant il faut voir s'il y a d'autres solutions : une mesure de protection, un rendez-vous avec une assistante sociale... Donc là on peut décider d'arrêter car on a touché les limites.

La durée du suivi peut être parfois très courte : lorsque ce que l'on propose à la personne se met rapidement en place, ça fait un peu un déclic, la personne se saisit toute seule de certaines ressources, elle avait juste besoin d'un petit coup de pouce pour que ça parte tout seul… Ca peut également durer un mois, deux mois, enfin c'est très variable en fonction de la personne. Après quand ça dure plus d'un an, il faut quand même se poser la question des objectifs : ne les a-t-on pas perdus de vue ? N'a-t-on pas perdu le sens du suivi ? La question de l'arrêt de l'accompagnement est parfois difficile à traiter.

Remerciements

Ergothérapeute 2

Depuis quand exercez-vous en tant qu'ergothérapeute ?
Depuis 2005.

Et depuis quand en santé mentale ?
Pareil, j'ai travaillé quelques mois en neuro puis j'ai été ensuite en psychiatrie.

Pouvez-vous me donner des informations sur la structure ? Les services, vos collègues …

Alors c'est un service de psychiatrie dans un hôpital général. On a un service de pédopsychiatrie, et 2 services qui correspondent au secteur général, donc c'est assez classique, avec CMP, CATTP, hôpital de jour et continu, et ensuite des services intersectoriels comme la thérapie familiale, ou le centre réhabilitation. C'est une psychiatrie publique donc on reçoit un peu tout le monde, c'est assez large.

Pour les personnes avec qui je travaille, principalement des infirmiers, des psychologues, quelques aides soignants, assistante sociale et on est 3 ergos.

Et au niveau du centre réhabilitation, vous pouvez m'en dire plus ?

C'est une unité à part entière. On est labellisé, parce que sur la région on est un peu pilote sur quelque chose qui doit se faire sur toute la France, en théorie. Donc on a un centre ressource, à Lyon, des centres référents dans les grandes villes, et des centres de proximité, à Roanne. Donc l'idée, c'est de diffuser les pratiques de réhabilitation, éducation thérapeutique, remédiation cognitive et habiletés sociales, au sein des secteurs. Commencer à parler de ces questions là, de programmes, d'évaluations, ou en psychiatrie on est souvent allergique à ces questions là alors qu'il y a un intérêt, mais c'est plus le patient qui voit l'intérêt.

Alors, selon vous, quel est l'impact des symptômes dépressifs sur le quotidien d'une personne ?

Dans la dépression, s'il y a bien un impact, c'est dans la participation sociale, assez rapide même. Derrière la participation sociale, je vois la participation occupationnelle. C'est comment une personne va pouvoir avoir sa place dans la société, dans les rôles sociaux que lui offre sa société. Donc c'est le champ des associations, de la citoyenneté, de la vie de quartier, ou le champ des divers rôles sociaux, ne serait-ce que les courses, faire ses démarches administratives… C'est le fait d'être vraiment impliqué, au-delà des définitions officielles qui existent. La dépression, c'est un champ occupationnel qui se réduit, car il y a une baisse de l'estime de soi. Car dès lors où il y a une baisse de l'estime de soi, on désapprend, on perd en capacité, un peu comme quelqu'un qui n'a pas fait de sport pendant des années, il faut qu'il se reconditionne.

La maladie fait qu'il y a un ralentissement psychomoteur, donc évidemment, ils vont être moins actifs, dans tous les sens du terme, autant dans la pensée que dans les actions, tout peut paraître lourd. Donc ce qui paraît superflu, mais qui est souvent

essentiel, toutes ces activités de loisirs, elles sont réduites. Après comme tout est difficile, il y a parfois des stratégies d'évitement, où du coup on va éviter de sortir, de répondre à des amis, de montrer dans l'état où l'on est parce que le dépressif ne respire pas la joie de vivre. Il y a aussi le 2ème volet, c'est que des patients dépressifs qui essayent de parler un peu de ce qui leur arrive, ça fait fuir des amis, on a des patients qui le disent, que du coup ils évitent de dire que ça ne va pas, dire comment ils se sentent, parce qu'ils ont perdu des amis qui ont fui. Il y a un côté stigmatisation quand même chez le dépressif, soit on pense qu'il fait exprès, soit on pense qu'il va nous contaminer.

Parfois, une personne qui a une dépression peut tenir au travail, mais pour maintenir le travail, c'est souvent au détriment de ce qu'il y a autour. Finalement, le peu d'énergie que j'ai, je l'investie là où c'est crucial, car il faut quand même que je tienne au travail, il faut que j'y arrive quoi qu'il arrive. C'est pour ça, on voit souvent que les personnes dépressives sont un peu vite dénigrées, alors que quand on écoute bien les gens, on se rend compte qu'ils ont fait de sacrés efforts pour tenir, jusqu'à craquer, et tout décompenser. Parfois ça a tenu pendant des mois et des mois, et du coup, tous ces efforts là sont tellement invisibles… Comme c'est un handicap invisible, le petit coup de mou, le ralentissement ne se justifient pas par un bras dans le plâtre ou finalement quelque chose de bien visible. Et souvent, les patients en psychiatrie adulte, leur parcours avant l'hospitalisation, avant la déclaration de la maladie, est très antérieur. Il y a eu pas mal d'années où il faut remonter le courant.

Et comment évaluez-vous les besoins d'accompagnement ?

Quand on a une prescription, on a un médecin référent de l'unité qui suit le parcours, le projet, voir ce que la personne veut travailler, et si elle s'engage dans un parcours de réhabilitation, c'est là où on met en place 3 bilans :

Le bilan fonctionnel, c'est la vie quotidienne. On a la CASIG qui est une grille d'évaluation canadienne qui reprend plein de sphères de la vie quotidienne,

Le bilan neurospycho,

Et le bilan médical où on fait le point par rapport aux traitements, voir s'il y a des choses à dire au médecin prescripteur.

A l'issu de ça, on refait une restitution au patient pour voir ce que nous en disons, ce que lui en dit, pour voir ensuite si on s'engage dans une prise en charge individuelle, ou groupale.

En complément des évaluations, c'est ce qu'il y a déjà, car comme on est tous regroupé au même endroit, on sait à peu près ce qu'a déjà le patient, ce qui a déjà été fait.

Après, si on en reste juste à « Vous faites quoi comme activités ? », on n'en sait pas assez. Les questions de « Comment on peut rythmer une vie ? Comment on peut aussi s'organiser ? », et de partir de ce que vit le patient c'est déjà un peu plus adapté, car il y a d'autres enjeux derrière ce rythme de vie « A quelle heure je me lève, à quelle heure je me couche ? ». Pourquoi se lever aux aurores, à 8h du matin, pour prendre un traitement alors que finalement là où il y a un peu de vie, où il y a des

interactions sociales, ça oblige la personne à se coucher plus tard. Là, il y a notre responsabilité où il faut garder à l'esprit que l'on est ergothérapeute et pas que soignant psy. Comment la personne réalise ses activités signifiantes et significatives ? Mais également aller dans le détail, car souvent ils ne vont surtout pas dire leurs difficultés, pour faire plaisir aux soignants.

Aussi, l'intérêt de la réhabilitation, c'est d'avoir des grilles qui abordent les questions d'insight, de rétablissement, d'estime de soi, et de pouvoir leur dire « Vous voyez, les questions que vous vous posez, d'autres se sont-déjà posés, la preuve il y a même des évaluations là-dessus », du coup on peut identifier ce qui est de l'ordre de la maladie, ce qu'on peut améliorer. C'est tout l'intérêt de ces grilles, qui au-delà des chiffres, c'est aussi d'avoir un support qui vient mettre sur la table et mettre à distance la culpabilité.

On a énormément de supports numériques maintenant qui aide à parler de la pathologie et de son impact dans la vie quotidienne, ce que propose le Psycom, les vidéos sur Internet, les forums, les blogs, alors il faut souvent accompagner car il y a de tout, mais il y a des choses qui sont très bien faites. Et ça permet de triangulariser, on a des choses de l'ordre d'une médiation. Le médecin vous a dit que vous aviez telle maladie, vous, vous ressentez les choses comme ça, voilà ce que d'autres en disent, vous en pensez quoi ? Est-ce que ça vous parle ? Ces outils, c'est une chance car ça permet d'approfondir des choses, et la personne peut se réapproprier le fait de pouvoir faire des choses. La preuve, il y a des gens qui en parlent, ils font des vidéos sur Internet, il y a des associations qui existent.

Pour faire évoluer l'impact des symptômes sur le quotidien de la personne, quels objectifs pouvez-vous poser dans votre accompagnement ?

Alors ils seront en lien avec le quotidien, et également la participation sociale.

Finalement les objectifs qu'on pose en réhabilitation font écho aux approches des groupes en hôpital de jour, en CATTP, donc il faut s'ajuster en fonction de ce qui a déjà été fait, où ce qui n'a pas été fait pleinement.

Il faut faire attention à nos propres préjugés, enfin ce n'est pas miraculeux cette affaire, mais toujours resté ouvert à ce que peut amener le patient, et garder cette curiosité.

Après, dans le cadre de la réhabilitation, il y a tous les objectifs en lien avec les fonctions neurocognitives, de type attention, mémoire, raisonnement, et la cognition sociale, qui est aussi perturbée chez les personnes dépressives car ça va être l'attribution de l'intention d'autrui, la reconnaissance des émotions, ou l'interprétation des situations. Chez les personnes dépressives, on voit des troubles de la cognition sociale, notamment dans l'attribution des intentions d'autrui, où souvent quand il y a un problème, les patients s'attribuent les problèmes à eux-mêmes. Et dans les habiletés sociales il y a une forme d'inhibition, donc se réentraîner, et finalement dédramatiser la situation d'interaction sociale.

Quels moyens utilisez-vous afin de répondre à ces objectifs ? Et comment ? En groupe, individuellement ?

Alors déjà, tout ce qui est de l'ordre du social, c'est toujours mieux en groupe. Alors que le neuro cognitif, en groupe, c'est plus compliqué.

Souvent dans la dépression, la prise en charge individuelle autour de la remédiation cognitive est intéressante. Ca permet de valoriser ce qui va bien, de faire de pédagogie sur les troubles cognitifs et la maladie, sur le fait qu'il y a l'effet de la maladie sur la mémoire et l'effet des traitements, puisque ce sont quand même des outils qui sont nés à cause de l'effet des traitements.

Et souvent on amène vers quelque chose de plus groupal, dans un 2ème temps, avec l'entraînement aux habiletés sociales, ou le fait d'être en groupe. Avec un support, ça permet en fait de contrer la baisse d'estime de soi, et de partager des bons moments, de voir qu'elles sont les difficultés au quotidien.

Qu'est-ce que la remédiation cognitive ?

La remédiation cognitive, c'est toutes les techniques pour réentraîner les fonctions cognitives, ou compenser les pertes. Il y a eu tout un tas de programmes, beaucoup développés dans le champ de la psychose, mais déclinées aussi dans les autres pathologies.

L'entraînement aux habiletés sociales c'est souvent des groupes d'inspiration un peu TCC, où c'est s'entraîner à faire un compliment, à poser des questions, savoir dire non, etc.

L'idée ce n'est pas forcément d'être dans la bonne note, c'est plus en terme de qualité de vie, donc de se dire « Comment améliorer la qualité de vie ? » en fonction de ce qui tient à cœur à la personne.

Vous faites des séances de mise en situation écologique, à l'extérieur ?

Il faut sortir, et pas que au domicile ! Car le fait d'accompagner le patient à faire ses courses, l'accompagner dans une démarche, de le voir dans un autre contexte, on se rend compte qu'à l'hôpital, on génère une représentation, où le patient se met dans une position de patient, finalement ça biaise un peu les choses. Ils ont plus de potentiel à l'extérieur, parce qu'à l'hôpital il faut être patient, il faut être malade, et c'est impressionnant de voir la différence. On joue tous des rôles, mais le rôle de patient et le rôle de client dans un magasin, ce n'est pas le même. C'est incroyable à quel point le fait de les recevoir en hôpital psy, n'est pas iatrogène mais ne produit pas quelque chose qui est adapté.

C'est pour ça que la question de la participation sociale, c'est la question du in vitro et in vivo. Ce n'est pas pareil. Déjà, l'hôpital a son matériel, son fonctionnement, et c'est complètement différent de la vraie vie. Et parfois, on les surprotège à l'hôpital et ce n'est pas forcément aider, car du coup on a des conditions assez confortables, la moindre crise on a l'hospitalisation juste à côté, le temps est calibré, il y a des rendez-vous, des rappels, etc. Alors que dans la vraie vie, ce n'est pas aussi bien adapté. Que fait-on quand on a un imprévu, quand ça se passe pas comme on veut ? C'est une attaque du cadre à l'hôpital, alors que dans la vraie vie, c'est la normalité. Je vais dans une boulangerie, je veux des croissants, il n'y en a plus, qu'est-ce que je fais ?

Donc moi j'ai fait le choix de travailler la question du quotidien, en accompagnant à l'extérieur. Avant de travailler au centre réhabilitation, je m'étais déjà intéressé à la question du domicile depuis quelques années. Sur l'aménagement du domicile, de savoir quel matériel, quelle chose ou comment aménager son logement pour être bien, ce n'est finalement pas si évident que ça, et les patients n'ont pas forcément le réflexe. Ca peut être plein de choses, comme d'avoir une poubelle pour mettre le sac poubelle, mettre des rideaux aux fenêtres alors qu'on est au rez-de-chaussée, c'est vraiment comment j'aménage mon logement, ce qui peut paraître tout bête, logique, mais qui peut être très compliqué chez des patients qui n'ont parfois jamais vécu tout seul, et qu'après une hospitalisation ils se retrouvent tout seul, et qu'ils doivent penser des choses qu'ils n'ont jamais eu à penser. C'est peut-être là la petite plus value de l'ergo par rapport à d'autres professions dans ce domaine là.

Je pense qu'il est important de mettre le patient en situation écologique. Par exemple, tous les professionnels font de la cuisine en psy, mais en fait quand on décrypte un peu, ce sont des groupes, où finalement il y a la question de l'entraide, se faire plaisir. Alors c'est une chose, mais après quand on revoit les patients et que l'on parle de la vie quotidienne, ils disent qu'ils n'arrivent pas à cuisiner, ou même que les groupes cuisine leur ont fait peur, parce que finalement ils se sont dit « Je n'y arriverai jamais tout seul, à faire un repas complet ! ». Déjà, ça peut paraître une montagne quand on ne l'a pas fait depuis longtemps, mais en plus avec la maladie, ça rajoute quand même des étages à la montagne. C'est impressionnant de voir que cuisiner, ça peut faire peur et que juste un cuit-vapeur, un petit robot ou d'autres choses comme ça, d'avoir des stratégies simples, pour ne pas que ça paraisse une montagne. Moi je vois la spécificité ergo là-dessus, sur les aides techniques pour cuisiner, comme on a des aides techniques pour enfiler des chaussettes, etc.

J'ai fait la formation AMPS, un outil international ergo sur les activités de la vie quotidienne, et qui à l'étranger est utilisé en psy. C'est là où je me suis rendu compte que l'on propose finalement peu de choses en terme de choses très concrètes, comme faire son petit-déjeuner, se faire à manger, et c'est là où il y a du travail à faire en fait. Les patients psy ne sont pas forcément accompagnés dans ce domaine là, même s'ils ont un accompagnement SAVS, SAMSAH. Et c'est aussi toute les difficultés des maladies psy qui s'expriment dans la vie quotidienne, les personnes ne vont pas forcément s'en plaindre, car le lien entre maladie et activités ne paraît pas forcément évident. Là, j'ai eu un patient dernièrement, je l'ai accompagné dans un bar où il va régulièrement. C'est peut-être la meilleure chose que j'ai faite, car c'est à ce moment là où il a été le plus authentique, peut-être moins dans ce rôle de patient. Je pense à ce patient en particulier, mais c'est valable pour plein de choses. C'était assez impressionnant, je me suis dit « Mais finalement, ne suis-je pas plus utile à l'accompagner là, et rencontrer les personnes avec qui il parle, de voir que finalement il arrive à maintenir des liens sociaux autour des jeux en réseau ? ». Car c'est un bar avec une partie bar classique et une autre avec des ordinateurs et les jeunes devant avec leur casque qui jouent. Et du coup ce qui est considéré comme de l'addiction, de

l'ordre de la pathologie, ce qui est assez dénigré dans le champ du soin, finalement c'est un levier pour entretenir des liens sociaux, pour avoir une participation sociale, et dans ces jeux ils y arrivent car c'est moins difficile que de parler avec des vrais gens, du coup c'est une adaptation finalement.

Mais du coup, sur la question de la participation sociale, ça dépend aussi de comment l'ergo propose un certain type d'activités, aussi en fonction de ses moyens, parce que c'est bien beau de dire ça, mais quelle est la marge de manœuvre qu'on lui laisse ? Parfois, la vie sociale, sortir dehors, aller voir une expo, ou prendre le bus, ce n'est pas quelque chose qui coûte énormément cher. Moins la personne le fait (de sortir dehors), plus ça paraît une montagne. Et souvent, la personne dépressive, elle culpabilise, tout lui paraît difficile, mais si en plus on ne la confronte jamais, on ne la met jamais en situation et bien elle pourra toujours se faire une montagne sur des trucs tout bêtes, prendre le bus, attendre, aller à la médiathèque, en revenir… Si on ne le fait jamais, et bien ça paraît trop étranger.

Pour en revenir à la dépression, c'est vraiment un champ occupationnel qui se réduit. Et il y a d'abord le fait de remettre en situation d'activité, revaloriser, mais si on s'arrête là, on a finalement accéléré la chronicisation, on les a cantonné à une activité qui n'est pas naturelle. Car aujourd'hui, faire de la vannerie dans un service de psychiatrie, c'est quand même loin de la réalité de la vie de tous les jours. Ca l'a été à une époque, quand on lit Tosquelles, et les fondements de l'ergothérapie en psychiatrie, si on faisait de la vannerie, de la poterie, tout ça, c'est que ça correspondait à la vie des gens. Et finalement tout ce qui nous paraît moderne, nouveau, sur l'équilibre occupationnel, c'est juste que l'on a complètement décroché de l'idée de départ. L'idée des médiations, ce n'est pas faire des groupes cuisine pour faire plaisir aux infirmiers, c'est finalement tout ce qui parle aux gens. C'est l'idée du doudou. Le doudou, si pour moi c'est un vieux tee-shirt troué, et bien tant pis si la belle peluche toute neuve je ne la prends pas, ça restera le vieux tee-shirt troué. Et bien, les groupes, c'est pareil. On est toujours dans ce qui est thérapeutique ou non, le scrapbooking qui ne serait pas thérapeutique alors que la poterie c'est bien, c'est thérapeutique, mais peut-être que le scrapbooking c'est thérapeutique si ça correspond à quelque chose dans la vie du patient.

Qu'est ce qui peut aider, faire levier face à une situation ? Et du coup comment redonner le pouvoir d'agir au patient ? Ce qui est particulièrement vrai dans la dépression, car ils ont vraiment l'impression que ça ne peut plus revenir comme avant, ils n'avancent plus. L'esprit de la réhabilitation est intéressant pour ça, de ne pas vouloir être comme avant, car souvent c'est une illusion totale, mais être comme après. J'ai une dépression, mais il y a des gens qui s'en sortent, pourquoi je ne m'en sortirai pas ? En aménageant un rythme, en se connaissant mieux, peut-être que l'on peut faire d'autres choses, ou en tout cas être mieux.

Vous prenez en compte l'environnement personnel de la personne ?

Oui, avec la CASIG, on a la partie Famille et proches. C'est la personne qui intervient dans la vie du patient, et c'est intéressant car on a des éléments que le patient ne nous donne pas forcément, ça permet de créer un lien avec la famille, où souvent le lien avec la famille est assez distendu, car avec l'hospitalisation continue, l'époque de la crise, de certaines privations …

La CASIG c'est un entretien, alors que quand on va à domicile, parfois, il y a des gens qui ne vivent pas tout seul. Ce qui est plus difficile d'ailleurs, car autant quelqu'un qui habite seul, aménager son appartement c'est assez simple, mais par contre quand il y a le conjoint, c'est là où rentrer est plus compliqué, et il n'y a pas que le patient que l'on suit à ce moment là, donc toute modification doit être accordée par l'autre. Au delà des problèmes de communication que l'on peut constater, où parfois ce n'est pas tout rose !

Comment jugez-vous qu'un accompagnement arrive à terme ?

Arrêter une prise en charge, c'est toujours délicat, car on n'ose pas forcément. Pour arrêter une prise en charge, c'est souvent des essais, diminuer les séances, changer de groupe, c'est un peu comme une relation, où l'on décide de se séparer. C'est jamais bien évident car des fois la personne a tout simplement peur de ne plus avoir ce soutien là. Donc jusqu'à quel point on abandonne la personne, à quel point on essaye.

Il y a une évolution en santé mentale, c'est les groupes d'entraide mutuelle. Les GEM, c'est né il y a longtemps, sur les clubs thérapeutiques, qui sont de purs produits de la psychothérapie institutionnelle. C'était comment les soignés et les soignants utilisent l'outil de l'association comme levier thérapeutique. A Roanne, il y a une association qui est en train de se monter. Je les ai accompagnés, car sur les démarches ou les papiers, c'était compliqué. Et c'est intéressant pour mon encadrement. Ce n'est pas du travail, car c'est associatif, c'est leur problème, ça ne nous concerne pas, mais ça reste quand même la finalité, c'est-à-dire comment ils arrivent à être ensemble, à participer à la société ? Et du coup c'est bien beau de dire « C'est bon, ils arrêtent le CATTP, ils vont aller en centres sociaux. ». Le centre social, à Roanne, c'est des personnes âgées, qui n'ont pas forcément des problèmes, mais quand arrive un jeune dépressif, qui ne travaille pas, ils se disent « Qu'est-ce que c'est que ce type là ? ». C'est-à-dire que pour participer à la société, il faut aussi être dans une communauté qui soit à peu près adapté à la situation, ou qui soit tolérante face aux troubles, car un dépressif aura un rythme bien à lui. Et le GEM, c'est quand même un outil qui a vraiment permis de travailler la participation sociale. Car du coup, là les patients sont en train de faire une démarche pour trouver un logement, car pour avoir des subventions, il faut qu'ils aient déjà le local, donc c'est quand même un gros boulot. C'est sans aide, faire toutes les démarches de taper aux portes des maisons, de négocier avec une association parraine pour les aider… Mais du coup c'est un super prétexte pour faire des visites, pour s'entraîner à ce que l'on va dire à un agent immobilier. La dernière visite que l'on a faite était marrante, car les jeunes ne savent pas ce que c'est, parler de psychiatrie, on va peut-être éviter, comment on présente ça,

et c'est super intéressant : qui on est, pourquoi on est, qu'est-ce qu'on veut faire ensemble, qu'est-ce qui serait pertinent ou pas ? Et ça change la donne, car les activités qu'ils veulent faire ensemble ce n'est pas forcément ce qu'on propose : ils vont se faire à manger, jardiner, jouer aux jeux vidéos, vivre des choses ensemble, comme une famille. Les GEM c'est parler de choses sans juger, c'est pouvoir parler de problèmes car ils ont eu les mêmes, ils peuvent comprendre. Le GEM c'est apprendre la vie citoyenne, prendre des décisions, faire des choix, c'est l'outil associatif au service de la pathologie mentale. Il y a des GEM maintenant qui sont vraiment autonomes, où des usagers qui ont monté seuls l'association.

Et du coup, dans la participation sociale, c'est un levier qui peut être intéressant pour nous ergos, même si les GEM essayent un peu de se mettre à distance du soin, car on est vraiment dans la vie sociale, on n'est pas dans le soin. Et c'est le but ! C'est vraiment la difficulté que l'on a, on aborde plein de questions qui renvoient à la vie sociale. Comme dans le groupe cuisine, où symboliquement c'est la famille, il y a un enjeu, il y a beaucoup de choses qui se passent autour d'une table : qui fait à manger, qui fait la vaisselle, qui ne pense pas partager… ? Mais du coup, s'il n'y a pas une traduction dans la vraie vie, c'est un peu dommage. Et le GEM permet d'aborder ces questions là. Alors entre le fait de faire une sortie amené par un mini bus, par des infirmiers de l'hôpital de jour, et le fait qu'il faut que je me débrouille pour trouver la réduction de train pour aller en vacances, et bien ce n'est pas la même chose. C'est beaucoup plus naturel que quand on demande au patient de nous aider à organiser une sortie. C'est sympa, on leur montre comment on s'organise. Mais quand c'est eux tous seuls qui doivent se débrouiller, c'est autre chose. Par exemple, le GEM de Roanne va aller voir des GEM à Lyon, et ils ont trouvé qu'ils avaient droit à la carte Illico Mobilité, donc ils ont un accès aux trains avec 90% de réduction. Alors s'organiser, aller réserver sur Internet, moi ils me sollicitent juste pour imprimer le billet en ligne, donc je me dis que quand je sers juste d'imprimante, et bien c'est plutôt pas mal, c'est que le travail a peut-être servi à quelque chose.

Merci pour cet échange ! Ca amène à beaucoup de questionnements, sur le système du soin.

La réhabilitation, c'est tout nouveau en France. La psychiatrie française est assez résistante à ces pratiques là car ça vient réinterroger la pratique. C'est aussi ça qui crée des résistances par rapport à une culture plus psychodynamique, qui est très riche mais qui a parfois tendance à s'enfermer dans un dogmatisme. Mais c'est ma culture, alors je m'autorise à être critique, car moi je suis convaincu de l'intérêt des pratiques de médiations, et de psychothérapie institutionnelle mais parfois, ça manque d'ouverture.

Mais ça oblige des changements de points du vue, car c'est quoi le soin en psy ? Jusqu'où on va ? Les ergos sont très attachés à la philosophie psychodynamique, et ont vu l'arrivée des outils de réhabilitation comme un truc hors de propos. Et les ergos, pour l'évaluation du handicap psychique, ils n'y touchent pas, car ils se disent que ce n'est pas leur domaine. Mais au final, l'ergo a toute sa place dans l'évaluation

du handicap psychique, car on est dans le champ occupationnel, comment la personne est au monde, donc il y a peut-être des outils qui manquent, pour évaluer l'indépendance. Mais toute nouveauté est inquiétante.

Il y a toutes nos manières de faire qui sont interrogées. La question du traitement, c'est souvent intéressant, pourquoi un traitement ne marche pas ? En fait quand on discute un peu, on se rend compte que la prescription est adaptée aux soignants mais pas forcément au patient.

C'est une question qui a été soulevée assez récemment, où du coup dans un groupe sur les habiletés sociales, on parlait de la question de la prise de traitement, mais en fait, il n'y en a aucun qui fait le traitement matin midi soir, car ils se lèvent plus tard que l'individu lambda qui se lève pour aller au travail. Donc au final, la manière de prescrire des médecins n'est pas toujours adaptée à la vie du patient, donc il est obligé de jongler et de décaler les prises, mais il n'a pas d'opportunité d'en parler, car on ne lui a jamais posé la question. Et le patient n'ose pas forcément dire au médecin qu'il ne prend pas le traitement comme il faut car il a trop peur de se faire réhospitaliser. Peut-être aussi que notre responsabilité d'ergo, sur la question de la vie quotidienne, sur toutes ces questions d'équilibre occupationnel, de décomposer une activité, de comprendre comment ça fonctionne, car ce sont quand même des personnes dépendantes, c'est d'ensuite savoir quelle éducation thérapeutique, quelles applications on peut proposer. En fait, c'est toujours la même logique qu'on trouve dans toutes les disciplines, et le regard de l'ergo qui vient décortiquer ça. Car pendant des années, j'ai fait des groupes en menuiserie, en vannerie, en poterie, et la question du domicile elle est venue au détour d'un patient qui se plaignait de la manière dont il s'organisait dans la maison, et là je me suis rendu compte que pendant des années j'avais pratiqué d'une certaine façon car c'est comme ça qu'il faut pratiqué, c'est comme ça que l'institution et la profession voit la pratique de l'ergo. Et je me suis alors intéressé à ce qui se faisait ailleurs, à l'étranger, comme en Angleterre par exemple, ils ne faisaient pas du tout la même chose que nous. Accompagner les patients à sortir, aller au cinéma, tout ça, c'est là où l'impact de la maladie se trouve. Il ne faut pas oublier à valoriser l'activité.

Se baser sur la subjectivité, s'intéresser à l'intime des personnes, c'est peut-être permettre à la personne de pouvoir accéder après à une psychothérapie. C'est Nicolas Franck qui en a beaucoup parlé. Il disait que d'accéder à une psychothérapie c'est bien beau, mais les patients avaient de grosses difficultés d'attention, de mémoire, d'organisation, et il était donc difficile de tenir dans un groupe psychothérapique, et dans une analyse. Et finalement, tous ces outils là, de réhabilitation, ça peut être de permettre un accès aux thérapies plus classiques.

Remerciements

ANNEXE VI : Bilan Client Assessment of Strengths, Interests and Goals

BUTS DU CLIENT- RELATIONS INTERPERSONNELLES

Aimeriez-vous améliorer vos relations interpersonnelles (en général), avec ses amis, sa famille ou améliorer sa relation de couple au cours de l'année? (oui ou non)_____ Si oui : *Comment pourriez-vous améliorer cette (ou ces) relation(s)?* _____

_____

_____

_____

*Que possédez-vous actuellement (p.ex., habiletés, expériences passées ou ressources pour vous aider à attendre ce(s) but(s)*_____

_____

_____

*De quel type d'aide (p.ex., soutien ou service) auriez-vous besoin pour atteindre ce(s) but(s)?*___

_____

_____

_____

AMITIÉS

Au cours des 3 derniers mois, avez-vous :	Oui	Non	Pas rép.
1. Entretenu des amitiés?……..	___	___	___
Si oui, qui et combien?_____			
2. Passé du temps à parler avec vos amis?…….	___	___	___
3. Fait des activités avec vos amis?……..	___	___	___
4.a. Eu des contacts quotidiens avec vos amis?……..…….....	___	___	___
4b. **(Si 4a est <<non>>, posez la question, sinon cochez <<oui>>)** Eu des contacts hebdomadaires avec vos amis?……..……..…….	___	___	___
4c. **(Si 4b est <<non>>, posez la question, sinon cochez <<oui>>)** Eu des contacts mensuels avec vos amis?……..……...	___	___	___
5. Réussi à vous faire un (ou plus) nouvel(le) ami(e)……..	___	___	___

But: *Voulez-vous fixer comme but personnel d'améliorer vos relations amicales ou de vous faire de nouveaux amis?* (Oui ou non)____

Dans quelle mesure auriez-vous besoin d'aide ou de soutien pour améliorer vos amitiés ou vous en faire de nouvelles?

1----------2----------3----------4

Pas du tout Un peu Assez Beaucoup

Commentaires ou observations: _____

_____

_____

ABSTRACT

Introduction : This dissertation studies the care given to depressive people in a psychosocial rehabilitation approach. Symptoms encountered, such as low self-esteem, loss of interest, loss of vital momentum, or social isolation, often disrupt social participation. The aim of the occupational therapist is to help the depressive person regain an occupational involvement in their daily life and community, in order to stimulate social participation for the purpose of psychosocial rehabilitation. The purpose of this study was to question the professional practice of occupational therapists regarding social participation with depressive people.

Methods : This work was based on a qualitative method, in the form of semi-structured interviews. Two occupational therapists were interviewed. Each interview was then analyzed according to the concepts of social participation, psychosocial rehabilitation, and the model of human occupation.

Results : The interviewed occupational therapists considered that depression had an impact on social participation. This was due in particular to the disinvestment in daily activities and social roles, and to the impact on the social environment, since depression often led to isolation. Occupational therapists valued care outside the hospital. This enabled them to support the person in meaningful activities in their living environment, and to help the person regain the empowerment, an occupational balance and a daily well-being. They also worked on social skills with the group. These approaches stimulated social participation.

Conclusion : Care outside the hospital seems to encourage social participation. By offering therapeutic follow-up adapted to daily life, the occupational therapist will help the person to regain an occupational and relational balance. This approach matches the psychosocial rehabilitation action, since the occupational therapist's aim is for the person to be involved in their activities and social roles in their community, in order to achieve their full potential. A future study could be interesting to analyse the effect of community-based preventive actions to reduce the risk of depression.

Keywords : Depression ; occupational therapy ; social participation ; psychosocial rehabilitation approach ; environment

RÉSUMÉ

Introduction : Ce mémoire étudie l'accompagnement des personnes dépressives. Les symptômes rencontrés, comme la faible estime de soi, la perte d'intérêt et d'élan vital, ou encore l'isolement social perturbent souvent la participation sociale. Le but de l'ergothérapeute est d'aider la personne dépressive à retrouver un engagement occupationnel dans sa vie quotidienne et dans sa communauté, afin de favoriser la participation sociale en vue d'une réhabilitation psychosociale. Le but de cette étude était d'interroger la pratique professionnelle des ergothérapeutes sur le travail de la participation sociale chez les personnes dépressives.

Méthode : Ce travail est fondé sur une méthode qualitative, sous forme d'entretiens semi-directifs. Deux ergothérapeutes ont été interrogés. Chaque entretien a ensuite été analysé en fonction des concepts de la participation sociale, de la réhabilitation psychosociale, et du modèle de l'occupation humaine.

Résultats : Les ergothérapeutes interrogés considèrent que la dépression a un impact sur la participation sociale. Cela est notamment dû au désinvestissement dans les activités quotidiennes et les rôles sociaux, et à l'impact sur l'environnement social, puisque la dépression mène souvent vers un isolement. Les ergothérapeutes valorisent l'accompagnement extrahospitalier. Cela permet d'accompagner la personne dans les activités signifiantes dans son milieu de vie, et de retrouver ainsi le pouvoir d'agir, un équilibre occupationnel et un mieux-être au quotidien. Ils travaillent également les habiletés sociales à travers le groupe. Ces démarches favorisent la participation sociale.

Conclusion : L'accompagnement extrahospitalier semble favoriser la participation sociale. En proposant un suivi thérapeutique adapté au quotidien, l'ergothérapeute aidera la personne à retrouver un équilibre occupationnel et relationnel. Cette approche s'inscrit dans la démarche de la réhabilitation psychosociale, puisque le but de l'ergothérapeute est que la personne puisse s'impliquer dans ses activités et rôles sociaux dans sa communauté, afin de s'accomplir pleinement. Une future étude pourrait être intéressante pour analyser l'effet des actions préventives à visées communautaires dans le but de diminuer les risques de dépression.

Mots clés : dépression ; ergothérapie ; participation sociale ; réhabilitation psychosociale ; environnement