



HAL
open science

Dépression et ergothérapie : alliance thérapeutique, levier d'empowerment

Marie Doin

► **To cite this version:**

Marie Doin. Dépression et ergothérapie : alliance thérapeutique, levier d'empowerment. Médecine humaine et pathologie. 2020. dumas-02865924

HAL Id: dumas-02865924

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02865924>


Submitted on 12 Jun 2020

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

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



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



Aix Marseille Université
Faculté des sciences médicales et paramédicales
Ecole des sciences de la réadaptation
Formation en Ergothérapie

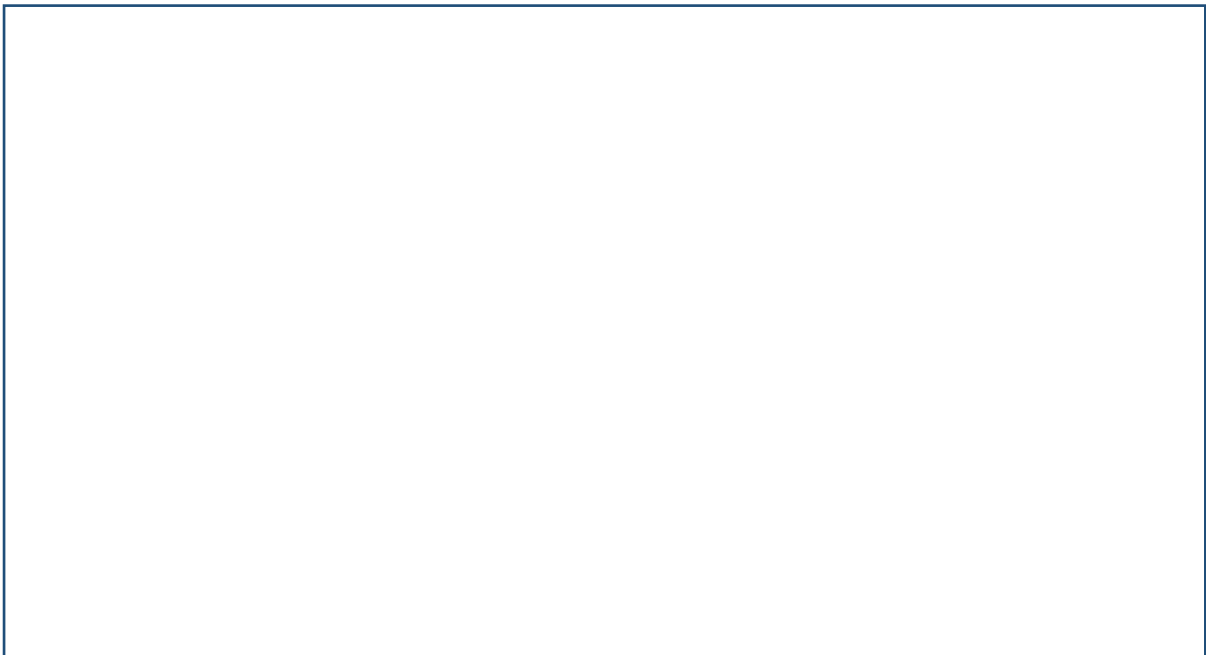
DOIN Marie

UE 6.5S6 : Mémoire
d'initiation à la recherche

18/05/2020

Dépression et ergothérapie : alliance thérapeutique, levier
d'empowerment ?

Sous la direction de BLANC Catheline et BOUTTIER Sabrina



Remerciements

Mes premières pensées vont à ma directrice de mémoire, Catheline, et à ma référente professionnelle, Sabrina, qui m'ont accompagnée pendant plus d'un an. Je les remercie pour leur patience et leur bienveillance.

Je remercie l'ensemble de l'équipe pédagogique de la formation en ergothérapie de Marseille : M^{me} ALBUQUERQUE, M^{me} BLANC, M^{me} DESPRES et M. PAVE, qui m'ont soutenue et qui m'ont permis d'évoluer.

Je remercie et félicite l'ensemble de mon groupe de mémoire : Antoine, Camille, Héloïse, Leslie, Lisa, Margaux, Mathilde, Nora et Yann.

Je félicite également l'ensemble de ma promotion, et les remercie de m'avoir accueillie et incluse dans leur groupe.

Je remercie ma famille, pour leur soutien depuis plus de 26 ans, particulièrement Alice pour sa relecture, mon père et ma belle-mère qui m'ont accueillie durant ces dernières semaines.

Je remercie mes proches, qui m'ont écoutée, m'ont faite parler, évoluer, grandir. Notamment Laura pour son beurre salé, Frédéric pour ses tours de magie, Elisa pour nos repas thérapeutiques, Lancelot pour ses wiki-discours.

INDEX

Tableau 1 : <u>Critères d'inclusion et d'exclusion de la population (enquête exploratoire)</u>	16
Tableau 2 : <u>Critères d'inclusion et d'exclusion de la population (recherche)</u>	34
Tableau 3 : <u>Biais de l'outil de mesure de l'empowerment et stratégies pour les atténuer</u>	36
Tableau 4 : <u>Résultats attendus par la recherche</u>	40

SOMMAIRE

1 Introduction.....	1
1.1 Emergence du thème.....	1
1.1.1 Définition du thème	2
1.1.2 Enjeux et utilité professionnelle	7
1.2 Revue de littérature.....	8
1.2.1 Méthodologie.....	9
1.2.2 Analyse critique de la revue de la littérature	10
1.2.3 Problématisation pratique	15
1.3 Enquête exploratoire.....	15
1.3.1 Méthodologie.....	15
1.3.2 Confrontation des résultats de l'enquête exploratoire avec la revue de la littérature	18
1.3.3 Analyse critique de l'enquête exploratoire	20
1.4 Question initiale de recherche	21
1.5 Cadre de référence	22
1.5.1 Concept de l'alliance thérapeutique.....	22
1.5.2 Concept de l' <i>empowerment</i>	25
1.6 Question et objet de recherche.....	28
2 Matériel et méthode	30
2.1 Choix de la méthode de recherche.....	30
2.2 Les critères de la recherche.....	32
2.2.1 Les hypothèses.....	32
2.1.2 Les variables de la recherche	33
2.1.3 La population enquêtée.....	34
2.1.4 Les sites d'exploration.....	35

2.3 Outil théorisé de recueil des données	35
2.3.1 Choix de l’outil	35
2.3.2 Anticipation des biais et stratégies pour les atténuer	36
2.3.3 Construction de l’outil	36
2.3.4 Test de faisabilité et de validité du dispositif de recherche	38
2.4 Déroulement de l’enquête.....	38
2.5 Choix des outils de traitement et d’analyse des données.....	39
3 Résultats.....	40
4 Discussion.....	41
Bibliographie	43
Sommaire des annexes.....	47

1 Introduction

1.1 Emergence du thème

Ce travail de recherche émerge d'observations faites lors de différents stages en santé mentale. Cela a permis de développer une réflexion et des pratiques selon différents ergothérapeutes, différents établissements, différentes pratiques. Bien que ces terrains de stage accueillent un public varié, il a été possible à chaque fois, d'accompagner des personnes présentant des troubles dépressifs, et d'observer chez elles des difficultés récurrentes à faire les activités de la vie quotidienne et thérapeutiques, à participer aux différentes activités, en d'autres termes, à être dans l'agir.

Ce point de rupture - au vu des observations, des échanges avec les différents ergothérapeutes et des connaissances théoriques - suscite des questionnements :

- Pourquoi ces personnes ont des difficultés à réaliser des activités, au-delà des signes cliniques des troubles dépressifs, comme la perte de plaisir ou d'envie ?
- Les activités proposées lors des séances ergothérapeutiques sont-elles significatives ?
- Quels sont les objectifs thérapeutiques de ces activités si elles ne font pas sens aux personnes ?
- Au vu de la définition de l'ergothérapie qui prône le sens lors de la participation à des activités, sur quoi se basent les ergothérapeutes afin de proposer des activités ?
- Comment les ergothérapeutes évaluent les personnes souffrant de dépression ?
- Comment l'ergothérapeute peut-il favoriser l'agir et la participation de ces personnes ?
- Comment favoriser l'agir et la participation de la personne avec troubles dépressifs ?
- Quelles sont les différentes approches utilisées en ergothérapie auprès des personnes dépressives ? Comment sont-elles utilisées ?

Ainsi, le questionnement de départ s'articule autour du lien entre la participation, l'agir de la personne dépressive et des différentes approches en ergothérapie. Ce thème s'inscrit dans divers champs de discipline :

- Le champ des sciences de l'occupation est sollicité par le domaine ergothérapeutique. Il permettra de définir les principes fondamentaux de l'ergothérapie, et d'expliciter les approches ergothérapeutiques.
- Les champs de la psychologie, de la psychiatrie et de la psychopathologie permettront d'apporter l'expertise nécessaire à la définition des troubles dépressifs.
- Les champs de la sociologie et de l'anthropologie apportent une réflexion sur le terme « adulte ».
- Les champs politico-socio-économiques permettront de contextualiser le thème.

Afin de mieux préciser le thème général, **les différentes approches ergothérapeutiques en santé mentale auprès de l'adulte souffrant de troubles dépressifs en manque d'agir**, il est important de définir et expliciter certains termes.

1.1.1 Définition du thème

Le thème général de cette recherche mérite d'être éclairci. En nous basant sur les champs disciplinaires cités auparavant, les termes « santé mentale », adulte », « troubles dépressifs » et « approche ergothérapeutique » seront développés.

❖ Adulte

Le thème de cette recherche porte sur un public adulte, qui est un terme fréquent mais qui reste à définir. En effet, le concept de l'adulte et l'âge adulte sont deux sujets différents mais intimement liés.

Définir le concept de l'adulte est complexe, bien que ce terme fasse partie du langage courant. La notion de l'adulte a évolué au cours du temps et selon les cultures. A ce jour, le sens courant renvoie à des « caractéristiques convergentes », telles que « la maturité acquise et vécue ; la normalité qui sert de continuelle référence ; le modèle idéalisé auquel s'identifient jeunes et vieux sur un mode anticipateur pour les premiers, nostalgique pour les seconds » (1). De nombreuses définitions sont développées dans différents champs de pratique, tels que les sciences sociales, médicales, philosophiques, psychologiques. Si ce concept varie selon les cultures, il n'est pas étonnant d'observer à travers le monde, des âges de « majorité civile »

différents selon les législations des pays : c'est à cette majorité civile qu'une personne sera reconnue par l'Etat comme étant responsable et actrice de ses dispositions d'ordre civil et d'ordre pénal. En France, la loi fixe la majorité à 18 ans¹.

La recherche s'appuiera implicitement sur les différentes législations des pays interrogés tout au long de l'étude, sans détailler l'âge de majorité de chaque pays.

❖ Troubles dépressifs

Le questionnement de départ porte sur les adultes souffrant de troubles dépressifs. Afin de mieux cerner la pathologie, la recherche se basera sur le terme utilisé dans le DSM-5² : troubles dépressifs. Cependant, le manuel classe plusieurs types de troubles dépressifs : trouble disruptif avec dysrégulation émotionnelle, trouble dépressif caractérisé (ou épisode dépressif caractérisé), trouble dépressif persistant (ou dysthymie), trouble dysphorique prémenstruel, trouble dépressif induit par une substance ou un médicament, trouble dépressif dû à une autre affection médicale, trouble dépressif autre spécifié, trouble dépressif non spécifié. Ces troubles comportent des « caractéristiques communes », telle que « la présence d'une humeur triste, vide ou irritable, accompagnée de modifications somatiques et cognitives qui perturbent significativement les capacités de fonctionnement de l'individu. Ces troubles se différencient entre eux par leur durée, leur chronologie et leurs étiologies présumées » (2).

Afin de préciser le thème de la recherche, il est nécessaire de définir la population à étudier. La recherche exclut les troubles disruptifs avec dysrégulation émotionnelle qui sont relatifs aux enfants, ce qui ne correspond pas à la population étudiée pour la recherche. Les troubles dysphoriques prémenstruels sont également exclus car ils sont spécifiques à une population restreinte qui ne concerne pas le thème général de cette recherche, de la même manière que pour les troubles dépressifs induits par une substance ou un médicament. Les troubles liés à une autre affection médicale, spécifiés et non spécifiés ne sont également pas retenus. Les troubles dépressifs persistants, ou dysthymies, se distinguent des troubles dépressifs caractérisés par une notion de temporalité : les troubles dépressifs persistants font partie des affectations chroniques avec une durée des symptômes supérieure à deux ans, tandis que les troubles dépressifs caractérisés requièrent une durée des symptômes entre deux semaines et deux ans. Le DSM-5

¹ Loi n° 74-631 du 5 juillet 1974 fixant à dix-huit ans l'âge de la majorité.

² Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – version 5

précise que « les individus dont les symptômes remplissent les critères de trouble dépressif caractérisé pendant 2 années doivent recevoir un diagnostic de trouble dépressif persistant et d'un trouble dépressif caractérisé ». Cependant, « une dépression caractérisée peut précéder le trouble dépressif persistant et des épisodes dépressifs caractérisés peuvent survenir au cours d'un trouble dépressif persistant ». Les troubles dépressifs persistants sont donc exclus. (2)

La CIM-10³ regroupe, de la même manière que le DSM-5, les symptômes de l'épisode dépressif caractérisé. Les symptômes majeurs permettant le diagnostic sont « une humeur dépressive, une diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir, une réduction de l'énergie ou une augmentation de la fatigabilité ». D'autres signes cliniques sont notables, comme le sentiment de dévalorisation, de culpabilité, la présence d'idées noires voire suicidaires, la présence de troubles cognitifs et de la concentration notamment, des difficultés à élaborer une pensée, la présence de troubles du sommeil et de troubles alimentaires. (Cf. Annexe 1 p.48) (3)

L'approche psychodynamique propose une autre classification des dépressions selon la structure psychique de la personne. Trois sont notables : la dépression névrotique, la dépression sur une structure limite, et la dépression psychotique. Ces dénominations ne sont pas retenues car n'appartiennent pas au langage de la plupart des études portant sur les troubles dépressifs. Un tableau récapitulatif des différents types de dépressions selon cette approche est répertorié en annexe (Cf. Annexe 2 p.49).

➔ La recherche retient donc seulement les **troubles dépressifs caractérisés**, ou épisodes dépressifs caractérisés. Nous gardons en tête les difficultés diagnostiques des troubles dépressifs, qui pourraient biaiser certaines étapes de la recherche.

Les traitements des troubles dépressifs caractérisés consistent à la « réduction des symptômes et de leurs conséquences fonctionnelles » et à « la prévention de rechutes et récurrences ultérieures ». Les symptômes peuvent perdurer entre 6 à 12 mois, « en l'absence de prise en charge ». La rémission est possible, malgré des « risques de rechute (au cours du traitement), de récurrence (après une rémission), et de chronicité ». (4)

La Haute Autorité de Santé (HAS) s'est appuyée sur de nombreuses études afin de créer un guide de recommandation de bonne pratique dans le cas d'un épisode dépressif caractérisé de l'adulte en prise en charge en soins de premier recours (Cf. Annexe 3 p.50). Les différentes

³ Classification Internationale des Maladies, 10^e version. La nouvelle version, CIM-11, est disponible depuis mai 2019

approches psychothérapeutiques probantes sont : « la psychothérapie de soutien ; les thérapies cognitivo-comportementales (TCC) ; les psychothérapies psychodynamiques ou d'inspiration analytique ; les thérapies systémiques ». La HAS note également « la psychothérapie interpersonnelle (TIP) ou la thérapie d'acceptation et d'engagement ». Les traitements antidépresseurs sont recommandés selon le degré de sévérité des troubles dépressifs, pour une durée totale de 6 mois à 1 an. Il est également spécifié que la prise en compte de l'entourage des personnes souffrant de troubles dépressifs est importante (5).

Pour conclure, l'ensemble des signes cliniques des troubles dépressifs corroborent les observations qui ont fait émerger le thème général de la recherche : la perte significative de plaisir lors des activités explique bien la difficulté observée des personnes dépressives à se mettre en action. Si cette baisse de participation peut s'expliquer par la définition des troubles dépressifs, quel est le rôle de l'approche ergothérapeutique ?

❖ Approche ergothérapeutique

L'ergothérapie est une discipline qui se base sur les sciences de l'occupation. Reconnue par l'Etat comme une profession de rééducation, réadaptation et réinsertion auprès des personnes en situation de handicap, l'ergothérapie a surtout une approche centrée sur les « interactions entre personne – activité – environnement ». L'occupation est spécifiée, selon la définition anglo-saxonne, comme « un groupe d'activités, culturellement dénommées, qui ont une valeur personnelle et socioculturelle et qui sont le support de la participation à la société ». Cette définition illustre parfaitement la spécificité de l'ergothérapie : le « potentiel thérapeutique de l'activité ». L'ergothérapeute intervient dans l'adaptation du trio interactif personne – activité – environnement : il évalue et accompagne la personne en situation de handicap à réaliser une activité qui a du sens pour elle dans son environnement. Le but est de lui permettre ou d'améliorer la réalisation d'activités diverses. (6)

Une approche est une « représentation mentale simplifiée d'un processus qui intègre la théorie, les idées philosophiques sous-jacentes, l'épistémologie et la pratique ». En ergothérapie, Morel-Bracq parle de « modèles conceptuels » : les modèles généraux, les modèles appliqués et les modèles de pratique. Tandis que les modèles généraux « peuvent être utilisés dans de

nombreuses situations professionnelles », les modèles appliqués « s'adaptent à certaines pathologies ou situations », et engendrent les modèles de pratique « qui décrivent des évaluations et des techniques spécifiques ». La recherche parlera essentiellement des modèles appliqués tout au long de l'étude. Il est à noter qu'il n'y a pas de modèle plus valable qu'un autre, puisque ceux-ci sont utilisés selon les « courants qui guident la démarche [...] de l'ergothérapeute ». En d'autres termes, l'approche en ergothérapie permet d'orienter le processus d'intervention, d'avoir une vision spécifique en prenant de la hauteur sur une situation. (7)

❖ Santé mentale

La santé mentale, d'après l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), « englobe la promotion du bien-être, la prévention des troubles mentaux, le traitement et la réadaptation des personnes atteintes de ces troubles », en tenant compte de la définition de la santé⁴ (8,9). Partant de l'histoire de la psychiatrie, elle suscite la réflexion de nombreux auteurs. En effet, la notion de promotion est également évoquée par Nicolas Dissez⁵ : « est appelé santé mentale le domaine de la santé publique regroupant l'ensemble des modalités de prise en charge de la souffrance psychique ». Il rappelle que la notion de santé mentale évolue constamment et qu'elle s'étend entre la « psychiatrie de secteur » et la promotion du « droit pour tous à une qualité de vie toujours supérieure » (10). Jean-Pierre Martin⁶ rejoint Dissez en affirmant que « la santé mentale est une politique de la psychiatrie quand elle l'article à des décisions de santé publique associant [...] les différents tiers sociaux ». Si le terme de « santé mentale » ne fait pas l'unanimité de tous ses acteurs, la promotion de la santé mentale est indéniablement au cœur des discussions et des recommandations des grands organismes. Des termes d'aliénation, de folie, à handicap mental, la santé mentale tend à faire évoluer les représentations. Finalement, la santé mentale résulte d'une évolution politique du domaine de la psychiatrie, et suscite de nombreux enjeux, notamment de santé publique, que nous détaillerons par la suite. (11)

⁴ Selon l'OMS, « La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » (8).

⁵ Nicolas Dissez, psychiatre, psychanalyste.

⁶ Jean-Pierre Martin, psychiatre chef de service, membre fondateur de l'association Accueil, membre actif du Comité européen « Droit, éthique et psychiatrie ». Il s'inscrit dans les pratiques du mouvement social et dans l'approche des phénomènes de précarité.

La définition de ces termes permet à la recherche d'apporter des précisions et permet d'affiner son cadre. Il s'agit à présent de témoigner de la vivacité du sujet en décrivant les enjeux qu'il suscite.

1.1.2 Enjeux et utilité professionnelle

❖ Enjeux de santé publique

D'après l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), les troubles dépressifs sont la cause la plus importante responsable d'incapacités à l'échelle mondiale. Un quart de la population européenne présenterait des troubles dépressifs au moins une fois au cours de sa vie, ce qui représente un coût considérable en matière de santé (12). Les troubles dépressifs seraient des facteurs ou des conséquences fréquentes de comorbidités, ce qui explique des coûts en santé d'autant plus conséquents. La rechute de troubles dépressifs est fréquente, ce qui augmente le risque accru de chronicisation de la pathologie (2). Le risque de suicide constitue également « un enjeu majeur de santé publique » ainsi que des enjeux éthiques : en effet, le taux de suicides varie entre 5 et 20%, un chiffre impactant (13,14). Les recommandations mises en place par l'OMS ainsi que les chiffres, montrent qu'il y a un enjeu au niveau de la santé publique (15).

❖ Enjeux professionnels

L'ergothérapie est une discipline qui intervient auprès de tous les publics se retrouvant en situation de handicap, dont les personnes souffrant de troubles dépressifs. Le métier prône, par différentes approches et modèles de pratique, l'importance de l'activité et de l'occupation : notions étroitement en lien avec le thème général de la recherche. Cette recherche montre des enjeux professionnels, par un apport de questionnements et de réflexions sur les pratiques ergothérapeutiques, ce qui servira l'intérêt de la profession. En effet, la compétence « évaluer et faire évoluer sa pratique professionnelle », détaillée dans le référentiel des compétences ergothérapeutiques⁷, encourage les praticiens à améliorer leurs compétences d'auto-évaluation et leur regard critique afin d'améliorer leur pratique. Il est indéniable alors que cette recherche

⁷ Arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'Etat d'ergothérapeute, annexe II (référentiel de compétences)

servira le domaine de l'ergothérapie dans le mieux-comprendre des pratiques liées aux différentes approches ergothérapeutiques, ou liées à la population avec troubles dépressifs.

❖ Enjeux sociaux, utilité sociale

« La dépression est globalement associée à une qualité de vie médiocre dont les répercussions globales sont également coûteuses : L'OMS estime que le trouble dépressif caractérisé sera en 2020 au premier rang de l'ensemble des maladies en termes de dépenses globales, directes et indirectes pour la société. » Inserm (4)

La santé mentale, dont le trouble dépressif caractérisé, suscite des enjeux sociaux. En effet, comme le rappelle J.-P. Martin⁸, « tout sujet est sujet social ». De plus, il rajoute que « la santé mentale est devenue l'enjeu d'une lutte entre ceux qui en font une nouvelle figure des 'classes dangereuses' et ceux, dont nous sommes, qui en font une action publique de reconnaissance humaine et l'intégration à la protection sociale commune ». Cette constatation met en lumière la stigmatisation dont les personnes souffrant de dépression sont victimes : un membre de l'OMS parle de « conceptions erronées courantes », comme le fait que la dépression soit vue comme un « signe de faiblesse ». Ce type de représentations sociales sur les troubles dépressifs sont un réel obstacle pour les personnes atteintes, qui « empêchent les individus de rechercher l'aide dont ils ont besoin ». Cette « inaction » mène à des risques importants de situation invalidante, voire de suicide. (11,16,17)

1.2 Revue de littérature

Maintenant que le thème général a été contextualisé, il est nécessaire de faire un état des lieux de la littérature, grâce à une méthodologie rigoureuse.

⁸ Jean-Pierre Martin, psychiatre, membre fondateur de l'association Accueil, membre du comité européen Droit, éthique et psychiatrie, animateur de l'Union syndicale de la psychiatrie.

1.2.1 Méthodologie

La recherche choisit d'utiliser les banques de données suivantes, en se basant sur les champs disciplinaires énoncés auparavant :

- AJOT⁹ pour le champ des sciences de l'occupation
- Cairn pour le champ des sciences humaines et sociales, et psychologiques
- Ascodocpsy pour le champ des sciences psychologiques
- Google Scholar pour la diversité des champs

La sélection des mots-clés est une étape importante, afin d'étayer la recherche avec des articles pertinents et relatifs au thème général. Afin d'ouvrir les recherches littéraires à l'international, les mots-clés choisis ont été également traduits en anglais :

- ✓ *Trouble dépressif, dépression, ergothérapie, participation, approche*
- ✓ *Depressive disorder, depression, occupational therapy, participation, approach*

Les différentes équations de recherche sont :

- Trouble dépressif OU dépression ; ET approche ET ergothérapie
(*Depressive disorder OR depression; AND approach AND occupational therapy*)
- Trouble dépressif OU dépression ; ET ergothérapie
(*Depressive disorder OR depression; AND occupational therapy*)
- Trouble dépressif OU dépression ; ET approche
(*Depressive disorder OR depression; AND approach*)
- Trouble dépressif OU dépression ; ET participation
(*Depressive disorder OR depression; AND participation*)

Afin de cibler le public en lien avec le thème général, les articles parlant de gérontopsychiatrie ainsi que de psychiatrie infantile et adolescente sont exclus. La revue de la littérature exclue également les textes associant les troubles dépressifs avec d'autres pathologies.

⁹ The American Journal of Occupational Therapy

L'étude inclut toutes les dates des textes. En effet, l'évolution de la pratique ergothérapeutique au fil du temps peut enrichir la recherche.

Enfin, les articles de recherche utilisant une méthode scientifique sont favorisés afin de répondre au mieux à la rigueur scientifique de cette étude.

La revue de la littérature se base donc sur 9 articles, ainsi que sur des lectures complémentaires (Cf. Annexes 4-5 p.53-54).

1.2.2 Analyse critique de la revue de la littérature

La revue de littérature permet de dégager des sous-thématiques. En effet, les répercussions des troubles dépressifs et les différentes approches thérapeutiques sont deux thématiques récurrentes dans les articles sélectionnés auparavant. Le but ici est de mettre en tension les propos des auteurs, de mettre en lumière la variabilité des discours, afin d'apporter une vision plus large du thème général de cette recherche

❖ Les répercussions des troubles dépressifs

L'ensemble des articles et lectures se rejoignent quant aux répercussions des troubles dépressifs chez les personnes concernées.

La nosologie des troubles dépressifs a pu éclaircir le contexte de la recherche, avec pour appui les différentes classifications. Ainsi, les symptômes caractéristiques sont : « la dépression, comme processus pathologique, vide la psyché de toute dynamique, la perte du sens de la vie s'accompagne d'un manque de plaisir à vivre ». Ce tableau clinique engendre une situation de handicap face « aux exigences du quotidien » qui deviennent ainsi « une problématique biopsychosociale qui influence toutes les sphères du fonctionnement d'un individu » (18,19).

Les symptômes relayés par les différentes classifications (CIM-10 et DSM-5) se rejoignent. Cependant, ceux-ci ne touchent pas seulement les composantes propres à l'individu et à son fonctionnement. En effet, des répercussions sont observables à plusieurs niveaux : « l'environnement social, familial et professionnel de ces individus qui se retrouvent dans l'incapacité d'accomplir leurs rôles en société, et qui deviennent, dans les cas les plus sévères,

enclins au suicide ». En effet, il est à noter que les troubles dépressifs ne sont pas toujours diagnostiqués, ou tardivement, ce qui accentue le risque de chronicisation ou les risques de suicide. (17,19)

Soucy Chartier, Blanchet et Provencher¹⁰ parlent de l'ensemble des symptômes comme étant une « extinction de comportements adaptatifs sains, conduisant ainsi à la passivité, à la perte d'intérêt et à l'humeur dépressive ». De la même manière, Steinberg et West¹¹ affirment que le trouble dépressif « crée une sensation profonde d'impuissance, de désespoir, et souvent impacte les capacités à réaliser les activités de la vie quotidienne, telles que travailler, étudier, dormir, manger, ainsi que d'autres activités banales »¹². Les termes employés par les auteurs de ces deux articles reflètent bien à quel point les troubles dépressifs ont des répercussions sur l'agir de la personne, alors anesthésiée de son *empowerment*¹³. Comment expliquer cette baisse significative de participation aux activités significatives ? (17,19)

Soucy Chartier, Blanchet et Provencher évoquent les ruminations qui envahissent les pensées des personnes souffrant de troubles dépressifs, qui « ont une forte propension à la rumination et à l'auto-culpabilité, deux activités cognitives orientées vers le passé ». Ils appuient leurs propos en rajoutant que ce public a « également tendance à entrevoir un futur démuné d'espoir ou, parfois, à anticiper des conséquences négatives, ce qui les projette alors dans le futur plutôt que dans l'instant présent ». (19)

Cette tendance à ne plus pouvoir se concentrer sur les activités dans le présent, peut avoir des répercussions importantes, notamment sur les occupations ménagères ou dans le domaine professionnel. En effet, les personnes avec des troubles psychiques sévères, dont le trouble dépressif caractérisé, ont un taux d'emploi plus faible (37%) que les personnes avec un handicap non psychique. Les troubles dépressifs peuvent engendrer d'importants coûts dans plusieurs domaines, ce qui peut impacter l'éducation et les carrières professionnelles. Arbesman et Logsdon¹⁴ comparent les symptômes du trouble dépressif à un « poids pour la personne mais aussi pour la société »¹⁵. Leur discours corrobore avec celui de Gervasoni¹⁶ concernant les

¹⁰ Isabelle Soucy Chartier, doctorante en psychologie (université de Laval) ; Valérie Blanchet, doctorante en psychologie (université de Laval) ; Martin D. Provencher, professeur agrégé en psychologie et chercheur régulier au Centre de recherche de l'Institut universitaire en santé mentale de Québec

¹¹ Jeff Steinberg, M.D. MHA graduate student (Pennsylvanie) ; Daniel J. West, Ph. D

¹² Traduction libre de « *creates a deep and profound sense of helplessness and hopelessness and often interferes with the ability to perform ADL's such as working, studying, sleeping, eating and other normal activities* »

¹³ Le concept de l'*empowerment* sera explicité lors du cadre théorique.

¹⁴ Marian Arbesman, chercheure, ergothérapeute ; Dana W. Logsdon, ergothérapeute et kinésithérapeute coordinatrice.

¹⁵ Traduction libre de « *burden for the individual and society* ».

¹⁶ Nicola Gervasoni, psychiatre, chef de clinique en service de psychiatrie adulte (Genève)

répercussions des troubles dépressifs sur les activités parentales. Certaines études montreraient un lien de corrélation entre les troubles dépressifs et les difficultés relationnelles dans un couple. (20,21)

Finalement, l'ensemble de ces répercussions sur les activités de la vie quotidienne n'améliorent pas le bien-être psychique, déjà mis à mal par la pathologie. Se rajoute à ce cercle vicieux des répercussions sociales : la représentation de la santé mentale aux yeux de la société n'évoque souvent qu'une stigmatisation négative. (17,22)

L'ensemble des articles se corroborent concernant les nombreuses répercussions des troubles dépressifs dans la vie d'un individu atteint, mais aussi de son entourage. Il est établi que « s'engager dans des activités productives a renforcé le sens des responsabilités, de l'identité et de l'estime de soi »¹⁷ pour les personnes ayant des troubles dépressifs. La majorité des études montrent l'importance de développer des interventions « rapides et efficaces pour le traitement de la dépression ». Les antidépresseurs sont les traitements administrés les plus fréquents, mais de nombreuses études affirment la nécessité d'associer les traitements médicamenteux avec une psychothérapie, afin de favoriser une rémission totale des symptômes. (19,20)

Cependant, la Haute Autorité de Santé préconise de nombreuses approches psychothérapeutiques, brièvement citées lors du contexte de ce travail. D'après la revue de la littérature, qu'en est-il ? Quelles sont les approches permettant d'accompagner les personnes en perte de participation aux activités ?

❖ Les différentes interventions ergothérapeutiques

L'ergothérapie est une discipline, comme expliqué lors du contexte, qui base ses grands principes sur l'occupation humaine. Comme en ressort de l'analyse de la revue de littérature, il est clair que la profession – qui permet d'accompagner les personnes à améliorer leur participation aux activités – a sa place auprès des adultes présentant des troubles psychiques sévères : « la pratique centrée sur l'occupation permet au client de s'engager dans la gestion de

¹⁷ Traduction libre de « *engaging in productive occupation strengthened a sense of responsibility, identity, and self-worth* »

sa santé et dans la promotion de son indépendance en vivant une vie équilibrée et satisfaisante »¹⁸ (23).

De nombreux modèles permettent d'accompagner les personnes en perte d'occupation, comme chez les personnes souffrant de troubles dépressifs, tels que les « théories psychosociales, [...] la théorie de l'impuissance acquise de Seligman (1975), les théories de l'activation comportementale (AC) [...], ainsi que les théories cognitives », les thérapies cognitivo-comportementales (TCC), ou encore le modèle de la réhabilitation psychosociale. Des programmes d'éducation thérapeutique, ou psychoéducation, pour les sujets ou leur famille, sont également proposés lors des prises en soin. Les approches sont nombreuses, et « il n'est pas rare d'observer un chevauchement entre certaines d'entre elles ». (19,20,23)

L'efficacité des thérapies cognitives et comportementales n'est plus à démontrer. En effet, la TCC, qui « consiste en la réactivation du patient par la participation à des activités gratifiantes, en la modification des pensées ainsi qu'en la résolution de problèmes », a fait l'objet d'un panel conséquent d'études probantes concernant le traitement de la dépression (5,19).

L'activation comportementale (AC), qui est une composante de la TCC, montrerait plus de résultats probants que la TCC « lorsqu'on y ajoute d'autres composantes cognitives ». Cette approche « vise à contrer l'inactivité, l'absence de renforcement et la présence d'états aversifs chez les individus dépressifs », en remplaçant « les stratégies d'évitement par des stratégies de gestion des difficultés plus bénéfiques », comme « l'augmentation de la participation à des activités sociales et personnelles plaisantes ». Selon Soucy Chartier, Blanchet et Provencher, ces stratégies permettent de renforcer le « niveau d'affects positifs ». En effet, il a été montré que l'engagement de personnes atteintes de troubles psychiques sévères dans une activité professionnelle ou d'éducation, favorise une meilleure qualité de vie. L'approche utilise également des techniques de pleine conscience, qui invite les personnes « à se concentrer sur l'ici-et-maintenant plutôt que de perpétuer la tendance à ruminer le passé ». (19,20,24)

L'éducation thérapeutique a également montré son efficacité concernant l'appropriation ou la réappropriation de l'*empowerment* pour les personnes souffrant de troubles psychiques sévères, dont les troubles dépressifs. Elle consiste à permettre à la personne « malade » d'apprendre à mieux gérer les répercussions de ses troubles. Cependant, les résultats sont peu significatifs concernant l'amélioration des compétences sociales grâce à l'ergothérapie (20).

¹⁸ Traduction libre de « *occupation-based practice, engages clients in their health management, and promotes independence in living a balanced and satisfying life* ».

Si certains auteurs affirment que « les méthodes étudiées (principalement la systémie, les suivis d'inspiration analytique et les thérapies cognitives et comportementales) sont toutes valides », le psychiatre Gervasoni assure que des études complémentaires sur la thérapie systémique sont attendues afin de déterminer si un lien de causalité existe avec les troubles dépressifs. En revanche, les résultats montrent que les difficultés relationnelles dans un couple sont corrélées avec l'apparition de troubles dépressifs. (21,25)

Les résultats de l'étude réalisée par Ambresin *et al.*¹⁹ rejoignent une méta-analyse de la Haute Autorité de Santé sur les différents traitements des troubles dépressifs. En effet, l'approche psychodynamique apporte des clés permettant l'analyse de l'origine des souffrances intrapsychiques de l'individu. La phase aiguë d'un trouble dépressif se déroule généralement lors de l'hospitalisation. Cette approche permettrait à la personne dépressive de re-jouer des schémas familiaux – « le patient [...] convie l'hôpital à une danse qu'il connaît, dont il souhaite répéter les pas à l'identique » – et ainsi « permettre une rencontre symbolisante autour du facteur déclenchant, ouverture à un changement progrédient²⁰ ». Ambresin et son équipe proposent un programme se basant sur une approche psychodynamique brève. Ce programme, qui consiste à proposer un suivi thérapeutique intensif en phase aiguë de la dépression, montre des résultats encourageants : des études probantes sont attendues. (18)

Enfin, le modèle centré sur l'occupation humaine (MOHO) est un modèle largement utilisé par les ergothérapeutes qui apprécient son approche holistique et centrée sur le client. Lee et al.²¹ parlent également de l'avantage du MOHO à être complété avec d'autres modèles. (26)

Finalement, la revue de littérature montre que les approches sont multiples et peuvent se compléter lors d'une prise en soin auprès de personnes souffrant de troubles dépressifs.

¹⁹ Gilles Ambresin, psychiatre, chef de projet de recherche sur les soins primaires des troubles dépressifs résistants ; Nicolas de Coulon, psychiatre psychanalyste, membre formateur de la Société Suisse de Psychanalyse ; Yves de Roten, directeur de recherche ; Jean-Nicolas Despland, psychiatre, psychothérapeute, psychanalyste, professeur (université de Lausanne).

²⁰ Progressif

²¹ Sun Wook Lee, Gary Kielhofner, Mary Morley, David Heasman, Mike Garnham, Suzie Willis, Sue Parkinson, Kirsty Forsyth, Jane Melton, Renee R. Taylor

1.2.3 Problématisation pratique

Le questionnement de départ se concentrait sur l'agir et la participation aux activités des personnes souffrant de troubles dépressifs et les différentes approches ergothérapeutiques. A ce stade de la recherche, la théorie a montré que de nombreuses approches peuvent être utilisées par les ergothérapeutes. Mais ce constat suscite des questionnements.

Quelles sont les approches ergothérapeutiques les plus pratiquées auprès des personnes souffrant de dépression ? Quelles sont les évaluations, les objectifs et les moyens mis en place ? Les personnes dépressives ont une faible participation aux activités de la vie quotidienne. Comment les ergothérapeutes favorisent la participation des personnes souffrant de dépression ?

En quoi les ergothérapeutes peuvent accompagner les personnes souffrant de troubles dépressifs dans l'agir ?

La littérature permet de compléter et amène des données théoriques et probantes concernant la spécificité des troubles dépressifs, leurs conséquences et les différentes approches possibles. Mais qu'en est-il de la pratique ? Une enquête exploratoire va permettre de compléter cet état des lieux du thème général.

1.3 Enquête exploratoire

1.3.1 Méthodologie

Les **objectifs généraux** de l'enquête exploratoire sont de :

- Confronter l'état des lieux de la littérature à l'état des lieux de la pratique
- Vérifier la résonance du thème pour mieux orienter la recherche
- Affiner la problématique pratique en apportant de nouveaux questionnements

Des **objectifs spécifiques** découlent des objectifs généraux :

- Connaître les approches les plus utilisées par les ergothérapeutes auprès de personnes souffrant de troubles dépressifs
- Connaître les moyens favorisant la participation des personnes souffrant de troubles dépressifs
- Connaître les moyens favorisant l'engagement des personnes souffrant de troubles dépressifs
- Connaître les moyens favorisant l'équilibre occupationnel des personnes souffrant de troubles dépressifs.

Afin de répondre aux objectifs généraux et spécifiques, l'enquête exploratoire s'oriente vers une population d'ergothérapeutes à interroger. Les **critères d'inclusion et d'exclusion** sont regroupés dans le tableau suivant :

Critères d'inclusion	Critères d'exclusion
-Ergothérapeutes diplômés d'Etat -Exerce ou a exercé auprès d'adultes souffrant de troubles dépressifs en santé mentale -Toutes les années de diplôme sont incluses -Toutes les approches pratiquées consciemment ou non sont incluses	-Praticiens non-ergothérapeutes -Etudiants en ergothérapie -Ergothérapeutes n'exerçant pas en santé mentale

Tableau 1 : Critères d'inclusion et d'exclusion de la population (enquête exploratoire)

Afin de recueillir un nombre de données suffisante à exploiter, les **sites d'exploration** sont :

- Dans toute la France et les pays francophones
- Dans tous les établissements en santé mentale

Le **choix de l'outil de recueil de données** se porte sur l'outil de **questionnaire**. En effet, les objectifs visent des données quantitatives. Qu'est-ce que les ergothérapeutes pratiquent le plus lorsqu'ils accompagnent des personnes avec des troubles dépressifs ? La construction du questionnaire amène à poser des questions ouvertes, proposant des réponses rédactionnelles. En effet, l'utilisation de données qualitatives permettra de définir quelles approches les

répondants utilisent, s'ils ne sont pas familiers avec ce nouveau vocabulaire. L'enquête exploratoire utilisera donc ces données qualitatives dans le but d'alimenter des données quantitatives.

La construction du questionnaire amène inexorablement à des biais. Il est nécessaire de les connaître afin de les éviter ou de les atténuer autant que possible par des stratégies :

- **Biais méthodologique** : à la vue des objectifs de l'enquête exploratoire, il semble inévitable de poser des questions ouvertes : afin de ne pas laisser les enquêtés au fil des questions, le questionnaire ne comptera pas plus de 15 questions et privilégiera des réponses libres mais courtes, avec une seule idée par question. La rédaction des questions sera claire, concise et réfléchie afin d'éviter d'influencer les réponses.
- **Biais affectif** : les enquêtés peuvent être parasités par leur humeur du jour, par leurs affects. Pour atténuer ce biais, le questionnaire sera rédigé de la manière la plus objective possible, comportera une introduction concise expliquant le but de l'enquête et une durée de passation ne dépassant pas les 15 minutes.
- **Biais de désirabilité sociale** : les enquêtés seront susceptibles de vouloir se « montrer sous une facette positive ». Le questionnaire sera diffusé numériquement, ce qui permettra l'anonymat, et donc une plus grande liberté de réflexions et de réponses. Les questions seront également rédigées en évitant tout jugement de valeur.

L'outil de recueil de données a été construit via une matrice, disponible en annexe (Cf. Annexe 6 p.57), qui a ensuite été mis en page grâce à l'outil GoogleForm®.

Le questionnaire comporte 14 questions. La première question permet de filtrer les répondants selon les critères d'inclusion et d'exclusion. Les deux premières questions servent à décrire la population enquêtée. Les questions suivantes sont ciblées sur les approches utilisées par les ergothérapeutes : elles ciblent les différentes étapes du processus d'intervention (évaluations, objectifs, moyens d'intervention), avec une formulation fermée ou ouverte. Les données qualitatives permettront par la suite de déterminer les types d'approches réellement utilisés par les ergothérapeutes.

Avant la diffusion du questionnaire, nous l'envoyons en test à 6 ergothérapeutes, par messages électroniques. Leurs retours permettent de valider l'outil et confirment sa faisabilité.

La diffusion du questionnaire se fait ensuite sur les réseaux sociaux : différents groupes Facebook® composés d'ergothérapeutes. Ce type de diffusion permet d'atteindre un grand nombre de praticiens. La diffusion du questionnaire est accompagnée d'un message recontextualisant ce travail d'enquête exploratoire, en spécifiant la population cible, et du lien GoogleForm®. Il est prévu de clôturer le questionnaire le 20/01/2020. L'analyse des résultats sera réalisée grâce à l'outil Excel® (formules statistiques, tableaux, graphiques).

1.3.2 Confrontation des résultats de l'enquête exploratoire avec la revue de la littérature

Les résultats de l'enquête exploratoire vont dans le sens général des données recueillies dans la revue de littérature.

❖ Description de la population enquêtée

Sur 18 enquêtés, 17 sont ergothérapeutes diplômés d'Etat et 1 est étudiant(e) en ergothérapie. Ses réponses sont donc exclues pour ne pas biaiser les résultats.

Les 17 ergothérapeutes ont été diplômés entre 1993 et 2019. Concernant leur durée d'exercice en santé mentale :

- Le **mode** est de **1** an d'exercice en santé mentale : en d'autres termes, il y a le plus d'ergothérapeutes (4/17) qui ont travaillé pendant une année.
- La **moyenne** est environ de **7,06** années d'exercice en santé mentale, mais cette valeur n'est pas représentative en raison de valeurs extrêmes et d'un échantillon faible de 17 répondants.
- La **médiane** est de **2** ans d'exercice en santé mentale : il y a autant de participants ayant exercé en santé mentale moins de 2 ans que de participants ayant exercé plus de 2 ans.

→ La relation entre ces trois indices (mode < médiane < moyenne) montre qu'il y a une **distribution asymétrique** concernant le nombre d'années d'exercice en santé mentale des ergothérapeutes répondants. L'échantillon de personnes ayant répondu à cette enquête n'est pas suffisamment représentatif, les résultats seront donc à prendre avec précaution.

❖ Approches utilisées par les ergothérapeutes

Les résultats de l'enquête exploratoire (Cf. Annexe 7 p.59) montrent que les ergothérapeutes interrogés utilisent principalement les approches suivantes : thérapies cognitivo-comportementales, activation comportementale, approche psychodynamique, réhabilitation psychosociale. Les données de l'enquête exploratoire concordent avec les données recueillies dans la revue de la littérature. Un ergothérapeute a fait part d'une réflexion qui n'est pas forcément ressortie lors de la revue de la littérature : les évaluations, objectifs et moyens utilisés dépendent fortement du stade de dépression de la personne accompagnée, ainsi que de son niveau de rétablissement.

Au vu de la pluralité des approches utilisées par les ergothérapeutes lors de la prise en soin de personnes souffrant de troubles dépressifs, à quel moment de la pathologie ou de la prise en soin de la personne les approches sont utilisées ? Il semblerait qu'il y ait une complémentarité des approches puisque certains ergothérapeutes en utilisent plusieurs. En quoi sont-elles complémentaires ? A quels objectifs thérapeutiques répondent-elles ?

L'équilibre occupationnel est majoritairement évalué via des entretiens formels et informels. Pourtant, il existe des outils validés permettant d'évaluer cet équilibre occupationnel. Pourquoi ces outils ne sont pas utilisés dans la pratique ? Est-ce par méconnaissance des outils validés ?

La question 9 du questionnaire, concernant le type de séances proposées (individuelles, groupales, les deux), amène une critique du dispositif. En effet, il aurait été intéressant de demander aux interrogés les objectifs en groupe et en individuel. Bien que ces modalités de séances n'aient pas été relevées par la revue de littérature, il semblerait que les thérapies individuelles et groupales soient des thérapies complémentaires auprès des personnes souffrant de dépression. Cette complémentarité a-t-elle un lien avec les approches utilisées ? Si oui, quelle est la nature de ce lien ? Quel est son mécanisme ?

La notion de collaboration avec la personne, d'un consensus de travail entre l'ergothérapeute et la personne, est une thématique qui ressort fréquemment lors de l'analyse des données de

l'enquête exploratoire, ce qui contraste avec l'analyse de la revue de la littérature. Les ergothérapeutes parlent également de « patient acteur de sa prise en soin », qui fait écho à l'éducation thérapeutique, ou psychoéducation. En quoi l'ergothérapeute a-t-il un rôle dans ce travail de collaboration ? Comment peut-il favoriser chez la personne souffrant de dépression ce pouvoir d'agir sur sa prise en soin ?

1.3.3 Analyse critique de l'enquête exploratoire

L'ensemble du dispositif a permis une analyse de données intéressante à comparer avec les données de la revue de littérature. Cependant, comme dit précédemment, l'échantillon ayant participé à cette enquête exploratoire est trop faible, s'il est comparé au nombre d'ergothérapeutes qui travaillent ou qui ont exercé en santé mentale. Il est donc important de prendre les données et leur analyse avec une grande précaution.

Le questionnaire ensuite comportait des biais méthodologiques, malgré la volonté de la recherche de les atténuer au mieux. En effet, 11 questions sur les 14 étaient des questions ouvertes, appelant à une réponse rédigée. Le traitement de ces données a été plus compliqué et long à faire. Cependant, cela aurait pu être évité pour certaines questions, comme pour la question 3 concernant le nombre d'années d'exercice en santé mentale : les réponses des ergothérapeutes sont multiples. Le traitement de ces données a été difficilement interprétable, par le choix de la modalité de réponse, et par la faiblesse numérique de l'échantillon. Un axe d'amélioration possible pour cette question serait par exemple, un choix de réponse parmi plusieurs plages en années (plage de 5 ans).

Néanmoins l'analyse de l'ensemble des données recueillies lors de l'état des lieux de la théorie et de la pratique permet d'apporter des questionnements.

1.4 Question initiale de recherche

L'engagement de la personne présentant des troubles dépressifs dans ses activités usuelles est une problématique que l'on retrouve dans les troubles dépressifs, comme vu lors de la revue de la littérature. On parle d'engagement dans les activités quotidiennes mais également lors de la prise en soin, en vue du travail thérapeutique et de l'équipe soignante. La notion de collaboration et de partenariat est notable entre l'ergothérapeute et la personne accompagnée. Les ergothérapeutes, dans l'enquête exploratoire, parlent également de la relation thérapeutique instaurée, de l'alliance thérapeutique avec le patient. Ces notions de collaboration, de partenariat, et d'alliance thérapeutique se croisent.

De plus, selon les résultats de l'enquête exploratoire, l'approche psychanalytique, l'approche de la réhabilitation psychosociale et l'approche de la thérapie cognitivo-comportementale sont fréquemment utilisées auprès des adultes souffrant de troubles dépressifs. La recherche choisit de poursuivre le travail selon une **approche de réhabilitation psycho-sociale**. Elle englobe plusieurs concepts, notamment celui de *l'empowerment*. Ce concept s'appuie sur un paradigme holistique, qui prône notamment une relation thérapeutique basée sur la notion d'accompagnement de la personne prise en soin, qui n'est plus vue comme une « malade » mais comme une personne citoyenne, égale aux autres citoyens. Cette réflexion nous pousse à ne plus utiliser le terme « personnes souffrant de troubles dépressifs », qui implique que les personnes subissent leur diagnostic. Or, la notion d'*empowerment*, qui prône le pouvoir d'agir, ne semble pas être en adéquation avec la notion de « maladie subie ». Nous parlerons à présent de « personnes présentant des troubles dépressifs ». (27)

A la suite de l'ensemble des données recueillies dans la littérature et sur le terrain, il est indéniable qu'un lien existe entre la création de l'alliance thérapeutique et l'empowerment des personnes présentant des troubles dépressifs. Une question initiale de recherche émerge :

Comment s'articule le lien entre l'alliance thérapeutique et l'*empowerment*, dans le cadre d'une prise en soin ergothérapique auprès de personnes présentant des troubles dépressifs ?

Cette question initiale de recherche renvoie au champ disciplinaire de la psychologie, par l'étude du phénomène d'alliance thérapeutique. Également, l'empowerment, significatif d'une bascule du domaine de la psychiatrie vers le domaine de la santé mentale, évoque le champ sociologique de la santé. Indubitablement, cette question initiale de recherche propose un croisement entre les champs disciplinaires politique, sanitaire, psychologique et social.

A ce stade, nous pouvons distinguer deux concepts : l'**alliance thérapeutique** et l'**empowerment**. Ces concepts sont développés ci-après, afin de mieux comprendre les phénomènes explorés par la recherche.

1.5 Cadre de référence

La conceptualisation de l'alliance thérapeutique et de l'*empowerment* va permettre de « porter un éclairage spécifique » sur la question initiale de recherche (Cf. Annexe 8 p.61). (28)

1.5.1 Concept de l'alliance thérapeutique

L'état des lieux de la recherche montre que l'alliance thérapeutique est un concept-clé, lors d'une prise en soin ergothérapique avec une personne présentant des troubles dépressifs. Si ce concept est né grâce à l'approche analytique, il a fait l'objet d'écrits et de réflexions au fil du temps. Il est à ce jour un princeps dans la plupart des approches psychothérapeutiques. Le cadre théorique propose d'étayer l'analyse des données de la revue de la littérature ainsi que de l'enquête exploratoire, avec une revue simplifiée et chronologique de ce concept, afin d'en comprendre les mécanismes.

L'émergence du concept de l'alliance thérapeutique apparaît au cours du dernier siècle. Selon Freud²², qui fut le précurseur du concept, la collaboration serait un « facteur nécessaire dans le

²² Sigmund Freud (1856-1939), neurologue, fondateur de la psychanalyse.

processus thérapeutique ». La « notion de transfert » lui permet de conceptualiser la relation thérapeute-patient, en évoquant une dimension extrinsèque à eux deux : la « motivation nécessaire du patient pour collaborer avec l'analyste ». Freud parle également d'un « pacte analytique » qu'il définit comme un réel pacte signé entre le patient et lui. Ces notions feront l'objet de nombreux écrits jusqu'à ce jour. Toujours dans une approche analytique, Greenson²³ parle « d'alliance de travail ou alliance thérapeutique ». Il ajoute aux propos de Freud qu'« une habileté à travailler dans le sens de l'objectif visé » est nécessaire à cette alliance. De son côté, Sterba²⁴ s'appuie sur les « théories dissociatives » développées par Janet²⁵ pour amener une réflexion concernant la nécessité de « susciter chez le patient 'une coupure thérapeutique du Moi' », afin que ce moi « s'allie avec le thérapeute » lors des séances. Zetzel²⁶ est la première à affirmer la nécessité, lors d'un suivi thérapeutique quelle qu'en soit sa nature, d'une alliance thérapeutique. Elle spécifie également que cette alliance thérapeutique est « dépendante de la capacité fondamentale à former une relation de confiance stable », ce qui évoque indubitablement les « relations précoces entre le bébé et » ses parents. Cependant, ces relations précoces, à l'origine d'un « climat nécessaire à la relation thérapeutique », sont parfois fragilisées par des « carences » affectives durant l'enfance : il est alors primordial pour le thérapeute de créer en amont une « relation de support », ce qui favorise la création de l'alliance thérapeutique. Les propos de Zetzel sont repris par de nombreux auteurs « qui lièrent la notion d'alliance thérapeutique à celle de 'transfert basique ou primaire' ». (25,29)

Ces réflexions mènent à se questionner sur le « lien complexe entre transfert et alliance ». Pour Greenson et Sterba, la relation thérapeutique est d'une part un lieu où les transferts sont inhérents, et d'autre part une place à l'authenticité : il parle de « *real relation*²⁷ ». En revanche, pour Brenner²⁸, il est « inutile de distinguer alliance et transfert », s'il est admis que la relation thérapeutique soit « déterminée par des expériences passées », comme l'affirmait Zetzel. Brenner, soutenu par Curtis²⁹, craint en réalité que les thérapeutes « délaissent » l'analyse du transfert au profit de l'analyse de l'alliance thérapeutique. Curtis prône cependant

²³ Ralph Greenson (1911-1979), psychiatre psychanalyste américain.

²⁴ Richard Sterba (1898-1989), médecin psychanalyste viennois.

²⁵ Pierre Janet (1859-1947), philosophe, psychologue, médecin. Développe le terme de « subconscient » et de la dissociation, notamment lors des traumatismes psychiques et des amnésies traumatiques.

²⁶ Elisabeth Zetzel (1907-1970), médecin et psychanalyste américaine.

²⁷ *real relation*, traduit par « vraie relation »

²⁸ Charles Brenner (1913-2008), psychiatre et psychanalyste américain.

²⁹ Homer C. Curtis (1917-2013), psychiatre, psychanalyste, professeur.

« l'importance fondamentale de la confiance du patient et sa nécessaire coopération avec le thérapeute », en opposition à Brenner. (25)

Si certains analystes s'éloignent du concept d'alliance thérapeutique, « d'autres courants psychothérapeutiques » voient la « qualité de la relation thérapeutique » comme un « élément central dans les thérapies centrées sur le patient ». Cette place centrale est vue comme un « prérequis du changement » en attente « d'effets positifs ». Rogers³⁰ affirme que l'empathie, la congruence et l'acceptation inconditionnelle du « client » du thérapeute sont essentielles et favorisent l'alliance thérapeutique.

Luborsky³¹ propose quant à lui, une vision plus complexe de l'alliance thérapeutique : elle oscillerait entre deux phases. La première phase s'apparenterait à une relation contenantante rappelant la relation sécurisante et essentielle au bon développement relationnel de l'enfant, comme décrit Zetzel. La seconde phase fait écho aux propos de Freud et de Greenson concernant la notion de collaboration, d'alliance de travail, entre le thérapeute et le patient. Cette phase est vue comme une phase d'exploration. La vision de Luborsky apporte un caractère moins linéaire à l'alliance thérapeutique, à laquelle sa variation favoriserait le changement chez la personne suivie. (25,30)

Bordin³² propose trois composantes à l'alliance thérapeutique : « les tâches, les buts et le lien ». Les « tâches de la thérapie consistent en des activités spécifiques pour lesquelles le patient doit s'engager », les buts sont « les objectifs généraux vers lesquels le suivi est dirigé », et le lien fait référence à la « qualité affective de la relation entre patient et thérapeute (la façon dont le patient se sent compris, respecté, estimé) ». Horvath³³ crée un questionnaire (WAI) visant à mesurer l'alliance thérapeutique, en réutilisant les trois composantes développées par Bordin. Une version courte (WAI SR) a été construite et traduite en français, dans laquelle les termes anglais de *therapist* et *client* ont été traduits respectivement par *médecin* et *patient*. La

³⁰ Carl Rogers (1902-1987), psychologue américain. Reconnu notamment pour ses travaux sur l'approche centrée sur la personne.

³¹ Lester Luborsky (1920-2009), PhD en psychologie, anciennement président du Society for Psychotherapy Research.

³² Edward S. Bordin (1913-1992), professeur et psychologue, chercheur en psychologie.

³³ Adam O. Horvath, psychologue reconnu notamment pour ses écrits sur l'alliance thérapeutique.

traduction littérale amène une vision plus large concernant le terme *therapist*, qui peut être compris comme *thérapeute* ou *soignant* (Cf. Annexe 9 p.62). (25,30)

Ainsi, l'alliance thérapeutique est un concept complexe, repris au fil des années par de nombreux auteurs appartenant à différents courants et approches. Luborsky en fait d'ailleurs le parallèle avec l'expression « *Dodo bird verdict* »³⁴, en référence au conte Alice au Pays des Merveilles de Lewis Carroll : cette référence peut s'interpréter ainsi : peu importe l'approche utilisée tant que la personne prise en soin atteint son but de rétablissement.

Si cet apport conceptuel a permis d'éclairer la définition complexe de l'alliance thérapeutique, comment qualifier celui de l'*empowerment* ? Quel lien les unit ?

1.5.2 Concept de l'*empowerment*

Le concept de l'*empowerment* est un sujet vaste et complexe : de nombreux écrits en font un état des lieux.

Bacqué³⁵ et Biewener³⁶ retracent son émergence : l'*empowerment* résulte tout d'abord de combats anti-discriminatoires : mouvements féministes, sociaux, éducatifs et politiques. Si le concept est utilisé plus tard dans les domaines du social et de la psychologie communautaire, il est pertinent d'en comprendre ses fondements. Si le verbe *to empower*³⁷ existe depuis le XVII^e siècle, ce n'est que deux siècles plus tard que le terme *empowerment*³⁸ naît : « il définit à la fois un état et une action ». Il faut remonter une cinquantaine d'années pour qu'il s'ancre dans le langage commun, notamment lors des manifestations contre les inégalités des communautés

³⁴ « Dans le conte, un dodo organise une course autour d'un lac. Chaque concurrent, initialement mouillé, doit courir jusqu'à ce qu'il soit sec. Il s'agit de la seule condition, et personne ne mesure ni le temps de course, ni la longueur parcourue. A l'issue de cette épreuve, on demande au dodo qui a gagné. Il réfléchit longuement puis annonce que tous les concurrents ont gagné et méritent un prix » (25)

³⁵ Marie-Hélène Bacqué, sociologue et professeure d'études urbaines (université Paris-Ouest-Nanterre).

³⁶ Carole Biewener, professeure d'économie et d'études du genre à Simmons College (Boston), chercheuse sur les politiques financières du gouvernement socialiste français dans les années 1980 et le développement communautaire et l'économie sociale aux Etats-Unis et au Canada.

³⁷ *to empower* : « action de déléguer un pouvoir »

³⁸ *empowerment* : « définit à la fois un état et une action : celle de donner du pouvoir »

discriminées. Selon Deutsch³⁹, le but est alors d'initier une démarche « d'auto-prise en charge, de *self-help* ». Le terme anglo-saxon *empowerment* est complexe à définir et à traduire : pouvant « désigner autant un état (être *empowered*) qu'un processus », il n'y a, à ce jour, pas de véritable consensus quant à une traduction fidèle française. Deutsch le qualifie de « polysémique ». Bacqué et Biewener indiquent plusieurs formulations possibles, mais insatisfaisantes : (31,32)

« [...] les termes 'autonomisation' et 'capacitation', s'ils indiquent bien un processus, ne font pas référence à la notion de pouvoir qui constitue la racine du mot ; et les expressions 'pouvoir d'agir' ou 'pouvoir d'action' ne rendent quant à elles pas compte du processus pour arriver à ce résultat et de sa dimension collective. » (31)

Ces formulations peuvent se qualifier d'individuelles, collectives, sociales ou politiques. La démarche d'*empowerment* s'inscrit tout d'abord dans « le champ des valeurs portées par les orientations politico-sociales ». Bacqué et Biewener évoquent le concept selon trois modèles distinctement nuancés. Le modèle radical demande « la reconnaissance des groupes pour mettre fin à leur stigmatisation, l'autodétermination, la redistribution des ressources et les droits politiques » et au « changement social ». Le modèle socio-libéral appelle à la défense « des libertés individuelles » tout en prenant en compte les contextes « socio-économiques et politiques ». Le modèle néo-libéral, quant à lui, engage à la prise de « décisions rationnelles » concernant l'exercice des « capacités individuelles ». (31,32)

Le concept de l'*empowerment* dans le domaine de la santé, évoque un « processus de transformation », faisant « référence au niveau de choix, de décision, d'influence et de contrôle que les usagers des services de santé mentale peuvent exercer sur les événements de leur vie ». Il s'agit de transformer « les rapports de force et des relations de pouvoir entre les individus, les groupes, les services et les gouvernements ».

Le concept de rétablissement est souvent évoqué comme concept interne à l'*empowerment*, comme l'affirment Greacen⁴⁰ et Jouet⁴¹ : « *Rétablissement, inclusion sociale, empowerment* : trois concepts qui forment la base d'un nouveau paradigme » (33). Ce point de vue diffère avec celui de Deutsch, qui voit le rétablissement comme étant « quelque chose de nécessaire, au

³⁹ Claude Deutsch, co-fondateur de l'Association d'usagers en santé mentale Advocacy France, président de Santé Mentale Europe, docteur en psychologie et en philosophie, psychanalyste.

⁴⁰ Tim Greacen, docteur en psychologie, dirige le laboratoire de recherche en santé mentale et sciences sociales.

⁴¹ Emmanuelle Jouet, docteure en sciences de l'éducation, chercheuse au laboratoire de recherche en santé mentale et sciences sociales.

regard de la souffrance psychique » mais bien distinct de l'*empowerment*, car ne susciteraient pas les mêmes champs : « Est-ce que l'*empowerment* est un dispositif à visée éducative, sociale et/ou thérapeutique ou est-ce que c'est un mouvement d'émancipation, de prise de parole, non seulement DES intéressés mais PAR les intéressés ? ». Cette question en amène une autre : que veulent dire Greacen et Jouet par « nouveau paradigme » ? Selon Deutsch, ce « nouveau paradigme » semble être un « projet contradictoire ». En effet, il impliquerait de remodeler tout le système de santé qui ne se focaliserait « pas exclusivement sur la gestion de la maladie ». De plus, ce « nouveau paradigme » suppose qu'il y ait de nouvelles « pratiques professionnelles », donc remettre « en cause la relation soignant-soigné ». C'est sur ce point que Deutsch reste critique. Il utilise alors plutôt le terme de « nouveau modèle de pratique » à la place de « nouveau paradigme ». Il ajoute que ce « nouveau paradigme est issu de la définition sociale du handicap », évoquant la notion de « privation de santé ». Ces termes amènent alors à « penser la question en termes de [...] situation de handicap » alors qu'ils devraient « permettre une prise de conscience individuelle qui prenne le pas sur la 'maladie' ». (32,34,35)

C'est ainsi que Deutsch évoque un « paradigme alternatif », qui s'appuie sur la définition de l'*empowerment* de Ouellet⁴² :

« L'appropriation du pouvoir est une notion radicale, c'est-à-dire sans compromis. Comme il n'y a pas de compromis quant au respect d'un droit : on le respecte ou on ne le respecte pas. C'est la personne qui peut nous dire si elle sent qu'elle reprend du pouvoir sur sa vie. [...] Choisir, participer, comprendre sont les 3 piliers de l'appropriation du pouvoir. » (32)

Cette définition s'accorde avec le programme de partenariat entre l'Organisation Mondiale de la Santé et la Commission Européenne. Il vise à la « promotion d'une société dans laquelle les personnes souffrant de troubles de santé mentale ont la possibilité de développer et d'exprimer leurs potentiels au même titre que tout autre citoyen ». Ce programme présente 19 indicateurs, répartis dans les quatre champs suivants : « le respect des droits humains et la lutte contre la stigmatisation et la discrimination ; la participation des usagers et des familles aux processus de décision ; l'accès à des soins de qualité et l'implication dans leur évaluation ; l'accès aux informations et aux ressources ». Le programme se compose en trois temps, dont un dédié à un questionnaire visant à mesurer le niveau d'*empowerment* des usagers en santé mentale et de leur entourage. (34)

⁴² Jean-Nicolas Ouellet, ancien usager, coordonnateur du Centre d'activités pour le maintien de l'équilibre émotionnel (Montréal Nord), directeur communautaire de l'Alliance recherche Université communauté (ARUC)

1.6 Question et objet de recherche

Le cadre conceptuel amène une réflexion sur les facteurs qui pourraient favoriser l'*empowerment* et l'alliance thérapeutique. La question initiale de recherche est **comment s'articule le lien entre l'alliance thérapeutique et l'*empowerment*, dans le cadre d'une prise en soin ergothérapeutique auprès de personnes présentant des troubles dépressifs ?**

Au vu de l'état des lieux de la littérature et de la pratique, il semblerait que l'alliance thérapeutique soit au cœur de la prise en soin des personnes présentant des troubles dépressifs. Ce concept émerge de l'approche psychanalytique, jusqu'à s'ancrer dans les autres pratiques psychothérapeutiques : elle devient un principe clé des pratiques en santé mentale. L'analyse des résultats de l'enquête exploratoire et de la revue de la littérature se corroborent également concernant l'importance de la notion d'agir. La recherche conceptualise cette notion en développant le concept de l'*empowerment*, souvent traduit par « pouvoir d'agir » ou « émancipation », qui se rattache généralement à l'approche de réhabilitation psycho-sociale. L'alliance thérapeutique, comme dit précédemment devenue pilier dans la santé mentale, est utilisée dans de multiples approches. Elle est de surcroît reconnue dans la littérature pour être synonyme de « collaboration mutuelle » et de « partenariat », avec la notion de « niveau d'engagement » de la personne à la thérapie (25). Or, ces termes ressortent également lorsque nous parlons d'*empowerment* : la relation entre le praticien et la personne prise en soin devient horizontale, les auteurs parlent de « collaboration », de « partenariat ». (34)

A ce stade, la recherche ne peut pas affirmer un lien direct entre ces deux concepts. En revanche, elle peut partir du postulat qu'un lien existerait entre l'alliance thérapeutique et l'*empowerment*. Ces deux concepts résultent de l'enquête exploratoire préalablement menée par la recherche : ils semblent être des facteurs nécessaires lors de la prise en soin de personnes présentant des troubles dépressifs, en quête de participation aux activités. S'il existe un lien entre l'alliance thérapeutique et l'*empowerment*, quelle en serait sa nature ?

Nous avons vu lors de la définition du thème général, que les troubles dépressifs étaient caractérisés par un éventail de symptômes, le tout engendrant une perte de l'élan vital : la personne subit les symptômes de sa pathologie. Or, l'*empowerment*, par sa définition complexe,

s'oppose à cette perte d'élan vital grâce à un processus de reprise de pouvoir d'action. La personne présentant des troubles dépressifs est donc en perte d'*empowerment*.

D'autre part, l'alliance thérapeutique a été relevée comme étant un principe de prise en soin ergothérapique auprès de personnes présentant des troubles dépressifs. Bioy et Bachelart font référence à une étude menée en 1993 par Henry et al., démontrant que « l'alliance thérapeutique non seulement ne se décide pas, mais elle ne se contrôle pas » (25). L'ergothérapeute est alors susceptible d'être face à une personne en perte d'empowerment. Par l'essence-même de sa pratique, l'ergothérapeute propose une mise en action durant la prise en soin. Le choix des activités thérapeutiques significatives résulte d'une alliance thérapeutique entre le praticien et la personne suivie. Ne serait-ce pas, finalement, un levier pour l'empowerment de la personne présentant des troubles dépressifs ? L'alliance thérapeutique pourrait-elle avoir un impact sur l'empowerment d'une personne présentant des troubles dépressifs ?

Nous pouvons ainsi formuler notre question de recherche : **En ergothérapie, l'alliance thérapeutique favorise-t-elle l'empowerment des personnes présentant des troubles dépressifs ?**

L'objet de recherche est donc : **Etude de l'impact de l'alliance thérapeutique en ergothérapie sur l'empowerment des personnes présentant des troubles dépressifs.**

2 Matériel et méthode

Dans cette partie sera développée clairement la méthode utilisée pour la recherche. Le but est de suivre une démarche scientifique la plus rigoureuse possible afin de permettre une éventuelle reproductibilité.

2.1 Choix de la méthode de recherche

Rappel de la question de recherche : **En ergothérapie, l’alliance thérapeutique favorise-t-elle l’empowerment des personnes présentant des troubles dépressifs ?**

Notre question de recherche cherche à démontrer une relation de cause à effet entre deux variables. Une **recherche expérimentale**, à visée démonstrative, semblerait adaptée et pertinente à l’objet de cette recherche : « elle est la seule qui permette la mise en évidence de liens causaux entre les événements étudiés, la prise de décision quant à la notabilité des effets observée et, par voie de conséquences, l’extraction de lois générales ». Le but de cette méthode est, à partir des informations collectées par la revue de littérature et l’enquête exploratoire, d’extraire une ou plusieurs « hypothèses qui vont ensuite être soumises à vérification ». L’étude permettra ainsi de procéder à une vérification de l’hypothèse – soit la confirmer, soit l’infirmier. Cette méthode est dite quantitative : elle permet d’apporter « une réponse objective et facilement communicable », et d’obtenir des « résultats plus détaillés et plus précis rendant les jugements plus objectifs ». Il est également important d’évoquer que l’objectivité de l’enquêteur se travaille tout au long de la recherche, par « un procédé purement descriptif et comparatif, sans jugement de valeur ». Enfin, cette méthode a pour but d’avoir des résultats suffisants en nombres afin de standardiser et uniformiser les pratiques : un large échantillon d’enquêtés est donc préférable. La méthode d’échantillonnage sera décrite plus tard, lors de l’annonce de la population ciblée par la recherche. (36,37)

Ici, la question de recherche amène à se questionner sur l’impact, en ergothérapie, de l’alliance thérapeutique sur l’empowerment de personnes présentant des troubles dépressifs. Une

méthode expérimentale comparative transversale vise à « comparer un ou plusieurs groupes ayant subi des interventions spécifiques avec un groupe qui n'a pas été exposé à ces interventions ». Le but étant de mesurer « la signification des écarts constatés » entre ces deux groupes (38). Cela mènerait, en d'autres termes, à comparer un groupe « bénéficiant » d'une alliance thérapeutique avec l'ergothérapeute avec un autre groupe qui ne « bénéficie pas » d'une alliance thérapeutique avec l'ergothérapeute, afin de mesurer le degré d'*empowerment* selon les différentes modalités.

Or, pour des raisons éthiques en lien avec la Loi Jardé⁴³, une éventuelle comparaison entre deux populations bénéficiant ou non d'une alliance thérapeutique, comme expliqué ci-dessus, impliquerait « la personne humaine ». Dans le cas de cette recherche, priver des personnes présentant des troubles dépressifs d'une alliance thérapeutique correspond à la deuxième « catégorie de recherche sur l'être humain » : « recherches interventionnelles qui ne comportent que des risques et des contraintes minimales (RIRCM). Ces recherches peuvent porter sur des produits de santé (hormis des médicaments) mais leur utilisation doit alors être faite dans le cadre de la pratique habituelle ». Puisque l'étude pourrait avoir un impact important, voire néfaste, sur la prise en soin des sujets qui présentent des troubles dépressifs – avec un risque de suicide important – il n'est donc éthiquement pas possible, de procéder à une étude expérimentale comparative telle que décrite ici. (39)

De ce fait, une étude expérimentale cherchant des **données longitudinales** pourrait convenir et répondre à la question de recherche. Le principe repose sur le fait de « répéter un protocole d'observation dans le temps ». Cette méthode permet de « rendre compte de la dynamique des trajectoires et des comportements », grâce à l'intégration de la temporalité. Il s'agira ainsi de définir un protocole (afin de mesurer le niveau d'alliance thérapeutique et d'*empowerment* de personnes présentant des troubles dépressifs en ergothérapie), de l'appliquer et le répéter à plusieurs reprises durant le processus d'intervention ergothérapique. Ces différentes temporalités seront déterminées ci-dessous, selon la durée moyenne de symptômes présents lors de troubles dépressifs. La recherche s'appuie sur les données probantes du corpus scientifique, base de la recommandation de bonne pratique de la Haute Autorité de Santé : les troubles dépressifs durent en moyenne 6 à 12 mois. Bien que les « rechutes » et « récurrences » soient

⁴³ Loi Jardé du 5 mars 2012, modifiée en juin 2016, consiste à « renforcer la protection des personnes se prêtant à des recherches visant à développer des connaissances biologiques ou médicales »

fréquentes, la recherche propose une durée de l'étude de **6 mois**, durée qui sera ainsi ponctuée de plusieurs dates-clé. Celles-ci permettront d'évaluer les niveaux d'alliance thérapeutique et d'empowerment à différents temps *t*. Ces dates-clés sont indiquées ci-dessous. (40)

L'étude va dès à présent définir les différents critères de recherche.

2.2 Les critères de la recherche

2.2.1 Les hypothèses

La recherche s'appuie sur des données factuelles de la littérature et de la pratique afin de poser une **hypothèse générale**. Nous la reformulons H_G , soit : en ergothérapie, l'alliance thérapeutique favorise l'*empowerment* des personnes présentant des troubles dépressifs.

L'**hypothèse nulle**, H_0 , indique que l'hypothèse générale H_G est réfutée : en ergothérapie, l'alliance thérapeutique ne favorise pas l'*empowerment* des personnes présentant des troubles dépressifs.

L'hypothèse générale H_G se décline en plusieurs **hypothèses opérationnelles** H_n . Celles-ci s'appuient sur les indicateurs du niveau d'*empowerment*, que nous appellerons par la suite la variable dépendante :

- H_1 : en ergothérapie, l'*empowerment* des personnes présentant des troubles dépressifs augmente de manière significative lorsque l'alliance thérapeutique est forte.
- H_2 : en ergothérapie, l'*empowerment* des personnes présentant des troubles dépressifs augmente peu lorsque l'alliance thérapeutique est forte.
- H_3 : en ergothérapie, l'*empowerment* des personnes présentant des troubles dépressifs n'augmente pas lorsque l'alliance thérapeutique est forte.

2.1.2 Les variables de la recherche

La recherche expérimentale définit plusieurs types de variables.

La **variable indépendante** (VI) agit sur un comportement. Dans cette recherche, la VI est l'**alliance thérapeutique**. Celle-ci peut être soit invoquée, soit provoquée. Dans le cadre de cette étude, nous avons vu que l'alliance thérapeutique ne peut être contrôlée par le thérapeute, mais qu'elle est en revanche introduite par ce dernier. Nous pouvons ainsi qualifier l'alliance thérapeutique comme étant une variable indépendante **provoquée** (VIP) (37). Nous rappelons que l'alliance thérapeutique est évaluable par le praticien et la personne prise en soin. Cette mesure est toutefois subjective, bien qu'elle soit observable. Le cadre conceptuel implique également que l'alliance thérapeutique est nulle en début de prise en soin, puisqu'elle se construit à partir de la rencontre thérapeutique entre le praticien et la personne suivie. Au cours du suivi thérapeutique, elle peut donc rester nulle ou faible, jusqu'à se renforcer et être qualifiée de forte.

La **variable dépendante** (VD), quant à elle, correspond « aux comportements observés par les chercheurs. C'est sur elle qu'on étudie l'effet des variables indépendantes ». Ici, nous déterminons l'**empowerment** comme étant la VD (37). Le concept de l'*empowerment* est, quant à lui, une notion évaluable (27). Sa mesure a fait le sujet de nombreux écrits, notamment de nombreuses études, comme vu lors du cadre théorique.

Les **variables contrôlées** correspondent aux variables qui peuvent avoir une influence sur le phénomène étudié. La recherche tentera ainsi de les contrôler en les mesurant. Dans le cadre de cette étude, le **temps** est défini comme étant une variable contrôlée : en effet, il existe une dynamique temporelle dans la construction et le maintien de l'alliance thérapeutique. Cette variable sera contrôlée par la recherche, en définissant trois dates de recueil des données : une à **t₀** en début de prise en soin ergothérapeutique, une deuxième à **t₁** au bout du 3^e mois de suivi ergothérapeutique, ainsi qu'une dernière à **t₂** au bout du 6^e mois.

Les **variables parasites** sont des variables qui influent sur la recherche mais qui ne pourront pas être contrôlées. La recherche peut alors définir comme telles, en s'appuyant sur le cadre théorique, la posture de l'ergothérapeute. En effet, si elle est invoquée par le thérapeute, l'alliance thérapeutique n'est en revanche pas contrôlable.

2.1.3 La population enquêtée

Comme vu précédemment, la recherche s'oriente vers une méthode démonstrative : elle s'intéresse à l'impact de l'alliance thérapeutique sur l'empowerment. Pour répondre à la question « **en ergothérapie, l'alliance thérapeutique favorise-t-elle l'empowerment des personnes présentant des troubles dépressifs ?** », l'étude se tourne vers une population, en définissant des **critères d'inclusion** et des critères d'exclusion :

Critères d'inclusion	Critères d'exclusion
<ul style="list-style-type: none"> -Personnes présentant des troubles dépressifs (<u>rappel</u> : diagnostic de troubles dépressifs caractérisés ou épisode dépressif caractérisé) -Personnes sachant lire et écrire en français -Personnes débutant une prise en soin ergothérapique avec un ergothérapeute répondant à la recherche 	<ul style="list-style-type: none"> -Personnes n'ayant pas de troubles dépressifs -Personnes ne sachant ni lire ni écrire français -Personnes ayant déjà entamé ou terminé une prise en soin ergothérapique -Personnes n'ayant pas de suivi ergothérapique avec un ergothérapeute répondant à la recherche
<ul style="list-style-type: none"> -Ergothérapeutes diplômés d'Etat exerçant en santé mentale auprès de personnes présentant des troubles dépressifs -Ergothérapeutes accompagnant une ou plusieurs personnes présentant des troubles dépressifs répondant à la recherche 	<ul style="list-style-type: none"> -Praticiens non-ergothérapeutes diplômés d'Etat -Ergothérapeutes n'accompagnant pas de personnes présentant des troubles dépressifs répondant à la recherche

Tableau 2 : Critères d'inclusion et d'exclusion de la population (recherche)

La recherche s'oriente vers une méthode non probabiliste d'échantillonnage, appelée méthode de convenance ou de commodité : seuls les individus volontaires pourront participer à la recherche. En effet, une méthode probabiliste aurait constitué moins de biais sur l'échantillonnage. Cependant, elle aurait été complexe à mettre en place, à la vue des critères d'inclusion et d'exclusion : il aurait fallu recueillir le consentement de l'ergothérapeute accompagnant une ou plusieurs personnes dépressives répondant à l'étude. Afin de favoriser

une analyse de résultats probante, des étapes supplémentaires sont nécessaires pour déterminer la taille de l'échantillon, en spécifiant « les limites d'erreurs admissibles lors du rejet ou de l'acceptation de l'hypothèse nulle ». (38)

Cet échantillon sera donc composé de personnes présentant des troubles dépressifs ainsi que des ergothérapeutes les accompagnant : il est nécessaire d'examiner l'étude d'après la **loi Jardé**. Cette loi, comme expliqué précédemment dans l'étude, consiste à protéger les personnes participantes à des recherches. Dans le cas de cette étude, il n'est pas question d'interférer le processus d'intervention en ergothérapie : il s'agit d'évaluer la cohorte à plusieurs dates de l'enquête. Afin d'être « hors loi Jardé », la recherche proposera aux ergothérapeutes de faire passer les évaluations aux personnes présentant des troubles dépressifs qu'ils accompagnent. Chaque participant devra également remplir une fiche de consentement à la participation de cette recherche, et pourra également se rétracter de l'enquête à tout moment. (39)

2.1.4 Les sites d'exploration

La recherche choisit une méthode multi-centrée : elle décide de se concentrer sur plusieurs établissements de santé mentale accueillant des personnes présentant des troubles dépressifs en début de prise en soin thérapeutique, en d'autres termes en début de phase aigüe. Comme dit auparavant, une méthode expérimentale demande à avoir un nombre conséquent de répondants, « pour assurer la comparabilité des réponses entre enquêtés » (41). Il est donc impératif d'avoir un large échantillon afin de standardiser les réponses.

2.3 Outil théorisé de recueil des données

2.3.1 Choix de l'outil

La recherche est en quête de données quantitatives. Une telle méthode requiert un outil de recueil de données adéquat : le **questionnaire**. Il s'agit de « poser précisément les mêmes questions à l'ensemble des personnes interrogées mais aussi d'homogénéiser les conditions de

passation » afin d'éviter certains biais. Le questionnaire a l'avantage d'atteindre des personnes géographiquement éloignées de l'enquêteur, ce qui favorise donc un plus grand nombre de répondants. Si le format permet l'anonymat des enquêtés, il ne garantit pas l'authenticité des répondants, ce qui peut biaiser les résultats. (41). Ici, l'étude souhaite mesurer les deux variables centrales de la question de recherche : la variable indépendante, le niveau d'alliance thérapeutique, et la variable dépendante, le niveau d'empowerment. Les questionnaires diffusés aux enquêtés seront les mêmes aux trois temps t_0 , t_1 et t_2 de la recherche.

2.3.2 Anticipation des biais et stratégies pour les atténuer

De la même manière que pour l'enquête exploratoire, la construction d'un dispositif de recherche peut conduire à certains biais. Il est important d'apporter une réflexion sur ceux-là, afin de les atténuer et de préserver un regard critique de la recherche. Le tableau ci-dessous recense les biais inhérents au questionnaire :

Biais	Stratégies
Biais méthodologique	Questions courtes, précises, claires Eviter d'orienter la réponse
Biais affectif	Questions neutres Non jugement
Biais de désirabilité sociale	Mettre en confiance les enquêtés Consignes de passation de l'outil « il n'y a pas de bonnes ou mauvaises réponses »
Effet de soumission au groupe	Consignes de passation de l'outil : les questionnaires seront à remplir individuellement.

Tableau 3 : Biais de l'outil de mesure de l'empowerment et stratégies pour les atténuer

2.3.3 Construction de l'outil

Les objectifs de l'outil de recueil de données sont :

- Mesurer à t_0 = début de la prise en soin ergothérapeutique, le niveau d'empowerment de l'échantillon
- Mesurer à t_1 = à 3 mois de t_0 , le niveau d'alliance thérapeutique et le niveau d'empowerment de l'échantillon

- Mesurer à $t_2 = \text{à } 6 \text{ mois de } t_0$, le niveau d'alliance thérapeutique et le niveau d'empowerment de l'échantillon

Afin d'y parvenir, la recherche s'appuie sur des outils préexistants afin d'éviter des biais méthodologiques.

❖ Mesurer le niveau de l'alliance thérapeutique

Concernant la mesure de l'alliance thérapeutique, nous avons vu dans le cadre théorique que O Horvath a développé le questionnaire WAI (*Working Alliance Inventory*), avec deux modes de passation : un pour le *therapist* et un autre pour le *client*. Une version courte du WAI existe également : le WAI SR. Ces deux questionnaires sont en anglais. Une version traduite en français, complète et validée lors d'une thèse par un comité de médecins et de linguistes, est disponible. Les termes *therapist* et *client* ont été traduits respectivement par *médecin* et *patient*. Bien que la traduction française ne permette pas aux autres professionnels que les médecins de s'identifier, la recherche choisit de retenir le terme de la version originale *therapist*, et de faire abstraction de la traduction française *médecin*, afin de pouvoir inclure les ergothérapeutes au terme de *therapist* pour cette étude. (42)

Pour des raisons de faisabilité et afin de faciliter le traitement des données, la recherche décide d'utiliser seulement le questionnaire en version française. La version « patient » est composée de 12 questions tandis que la version « médecin » contient 10 questions. Chaque question a 5 réponses possibles : rarement ; parfois ; assez souvent ; très souvent ; toujours. Ces deux versions sont retrouvables en annexes (Cf. Annexe 9 p.62).

❖ Mesurer le niveau d'empowerment

Le cadre théorique nous a montré que le niveau d'*empowerment* était mesurable. En effet, l'Organisation Mondiale de la Santé et la Commission Européenne ont construit un questionnaire visant à mesurer le niveau d'empowerment communautaire. Il s'appuie sur 19 critères, regroupés en 4 champs d'action. L'empowerment communautaire représente un aspect intéressant, mais comme l'a montré le cadre théorique, la recherche souhaite au préalable

mesurer le niveau d'empowerment individuel. La recherche propose alors de créer un questionnaire permettant de mesurer l'empowerment individuel de personnes présentant des troubles dépressifs, en reprenant une partie des critères du questionnaire.

Les quatre domaines explorés par le questionnaire existant sont gardés pour la construction du nouveau. Les variables de l'*empowerment*, basées sur le questionnaire existant, sont : accès à des soins de qualité et implication dans leur évaluation ; accès aux informations et aux ressources ; participation des usagers, familles et aidants aux processus de décision ; respect des droits humains et lutte contre la stigmatisation. Ces variables sont décomposées en indicateurs, ce qui donne par la suite des items précis (Cf. Annexe 10 p.67).

2.3.4 Test de faisabilité et de validité du dispositif de recherche

Les outils seront envoyés en test à des personnes présentant des troubles dépressifs. Leurs éventuelles remarques seront prises en compte, une amélioration des outils de recueil de données sera possible et sera validée par le comité des experts cité auparavant.

2.4 Déroulement de l'enquête

Une fois les outils validés et testés, ils seront diffusés à l'échelle de la France et des pays francophones aux ergothérapeutes. Ils seront accompagnés de consignes :

- Remplir au préalable une fiche de consentement à participer à cette enquête en énonçant les droits de rétractation à tout moment de l'étude et à l'anonymat
- Passation individuelle afin de privilégier une plus grande liberté de réponse et éviter d'induire des réponses
- Rappeler aux participants qu'il n'y pas de bonnes ou mauvaises réponses et qu'il n'y aura pas de jugement de valeur

La diffusion se fera par mail aux ergothérapeutes participants, qui pourront imprimer les deux questionnaires afin de pouvoir les faire passer aux personnes présentant des troubles dépressifs.

2.5 Choix des outils de traitement et d'analyse des données

Afin de traiter les données recueillies, la recherche utilisera des outils d'analyse adaptés à l'analyse de données quantitatives. Une première analyse par statistiques descriptives sera d'abord réalisée afin de clarifier les résultats aux premiers abords. Une analyse par statistiques inférentielles sera ensuite réalisée. Elle regroupe un « ensemble de règles qui permettent l'interprétation que l'on peut faire et les conclusions qui peuvent être tirées des résultats [...] d'une recherche » (43). Il s'agira d'étudier plus précisément si la relation entre les deux variables est significative, ou si les variables sont indépendantes. Le test d'inférence statistique χ^2 , souvent appelé statistique *Chi deux* de Pearson⁴⁴ ou *Chi carré*, permet ce type d'analyse. Haccoun⁴⁵ et Cousineau⁴⁶ décrivent dans Statistiques : concepts et applications (43) :

« La statistique χ^2 produit un indice mathématique qui compare la taille de la différence entre la fréquence observée et celle prédite par l'hypothèse nulle. Si la différence est grande, la conclusion sera le rejet de l'hypothèse nulle. Sinon, il faudra conclure que la différence observée est attribuable à l'aléa et, par conséquent, il ne sera pas possible de rejeter H_0 . » (43)

La formule permettant de calculer le χ^2 est :

$$\chi^2 = \sum \left[\frac{(f_0 - f_a)^2}{f_a} \right]$$

« f_0 est la fréquence observée et f_a est la fréquence attendue (sous H_0). » (43)

Une fois le χ^2 calculé, il conviendra de se référer à une table du χ^2 (Cf. Annexe 11 p.71). Dans la colonne correspondant à la marge d'erreur admise en sciences humaines (5%, soit la colonne < 5% ou 0,05), se trouve le degré de liberté (calculé en amont). La valeur ν correspondante à ce degré de liberté permettra deux interprétations possibles :

- Si $\nu > \chi^2$, les variables sont indépendantes, il n'y a pas de lien entre elles ;
- Si en revanche $\nu < \chi^2$, les variables sont dépendantes, il y a donc un lien entre elles.

⁴⁴ Karl Pearson (1857-1936), mathématicien, statisticien connu notamment pour avoir développé le test du χ^2 . Il est un des fondateurs de la statistique appliquée à la biomédecine.

⁴⁵ Robert Haccoun, professeur au département de psychologie de l'Université de Montréal, anciennement directeur de l'Organizational Research Services.

⁴⁶ Denis Cousineau, professeur agrégé à l'Université d'Ottawa, fondateur en 2005 de la revue *Tutorials in Quantative Methods for Psychology*.

3 Résultats

La méthode longitudinale et les critères de temps spécifiques à cette étude ne permettent pas de mener à terme la recherche. En effet, la temporalité de l'étude mène à 6 mois minimum, ce qui n'est pas réalisable dans le temps imparti de ce travail.

En revanche, nous pouvons évoquer ce que la recherche attendrait, idéalement.

- Une taille d'échantillon des personnes présentant des troubles dépressifs, au moins égale à 100 personnes pour que l'analyse des résultats soit significative.
- Un taux faible d'abandon au cours de l'enquête : l'étude peut s'attendre à des participants qui se rétractent, pour diverses raisons, notamment en lien avec les symptômes des troubles dépressifs.
- 3 types de résultats sont attendus par la recherche :

Hypothèses	Test d'inférence statistique
H _G : en ergothérapie, l'alliance thérapeutique favorise l' <i>empowerment</i> des personnes présentant des troubles dépressifs.	$\nu < \chi^2$
H ₀ : en ergothérapie, l'alliance thérapeutique ne favorise pas l' <i>empowerment</i> des personnes présentant des troubles dépressifs.	$\nu > \chi^2$
H ₁ : en ergothérapie, l' <i>empowerment</i> des personnes présentant des troubles dépressifs augmente de manière significative lorsque l'alliance thérapeutique est forte.	$\nu < \chi^2$
H ₂ : en ergothérapie, l' <i>empowerment</i> des personnes présentant des troubles dépressifs augmente peu lorsque l'alliance thérapeutique est forte.	$\nu < \chi^2$
H ₃ : en ergothérapie, l' <i>empowerment</i> des personnes présentant des troubles dépressifs n'augmente pas lorsque l'alliance thérapeutique est forte.	$\nu > \chi^2$

Tableau 4 : Résultats attendus par la recherche

4 Discussion

❖ Critique du dispositif de recherche et discussion des résultats

La traduction française du WAI SR a été validée avec le terme de *médecin* à la place de *therapist* en anglais. Est-ce un biais de la recherche ?

Si $v < \chi^2$, l'hypothèse générale serait validée, mais la recherche ne pourra pas distinguer quelle hypothèse entre H_1 et H_2 est validée. En d'autres termes, s'il existe un lien entre le niveau d'alliance thérapeutique et le niveau d'*empowerment*, la recherche ne pourra pas distinguer s'il s'agit d'un lien significatif ou moyennement significatif.

❖ Apports, intérêt et limites des résultats pour la pratique professionnelle

Ce travail de recherche soulève des questionnements concernant la pratique professionnelle, sur la posture de l'ergothérapeute, et de ce qu'elle peut impliquer lors d'un accompagnement avec des personnes qui présentent des troubles dépressifs. Le manque de résultat ne permet en revanche pas d'apporter une réponse à la question de recherche à ce jour.

Ce début de travail de recherche permet cependant de nous projeter dans la pratique ergothérapique : si l'hypothèse H_G est confirmée, cela apporterait un regard nouveau sur la pratique en ergothérapie, par les praticiens exerçant en santé mentale. L'utilisation de l'alliance afin de favoriser et de promouvoir l'*empowerment* des personnes suivies, serait une réelle avancée dans le domaine des sciences humaines, qui prône l'autonomie et l'indépendance des personnes en situation de handicap. De plus, un apport non négligeable serait favorable aux personnes qui présentent des troubles dépressifs, en lien avec les enjeux que le thème général suscite. En continuant la promotion de l'*empowerment* de ce public, il est possible d'impacter positivement les représentations sociales qu'il y a encore à ce jour pour les troubles dépressifs. Un changement des représentations sociales, par une diminution des stigmas de la pathologie,

pourrait permettre aux personnes touchées de suivre une prise en soin adaptée, ce qui réduirait considérablement les coûts en santé, et les risques de suicide.

De futures recherches sur le sujet seraient donc pertinentes, à la vue des enjeux soulevés. Une méthode descriptive complémentaire, qui pourrait amener à interroger la subjectivité de personnes présentant des troubles dépressifs, permettrait d'étayer les données quantitatives qu'aurait souhaité cette recherche.

D'un point de vue plus global, nous pouvons nous demander si l'alliance thérapeutique favoriserait l'*empowerment*, au sein de l'ensemble des professions à visée thérapeutique.

Pour élargir davantage, cette question pourrait également se poser pour un plus vaste public. Qu'en est-il des personnes présentant des troubles psychiques en général ? Qu'en est-il des personnes en situation de handicap ?

Finalement, l'alliance thérapeutique favoriserait-elle l'*empowerment* pour tou.te.s ?

Bibliographie

1. Boutinet J-P. Psychologie de la vie adulte | Cairn.info [Internet]. [cité 1 mai 2020]. Disponible sur: https://www-cairn-info.lama.univ-amu.fr/feuilleter.php?ID_ARTICLE=PUF_BOUTI_2013_01_0011
2. American Psychiatric Association. Troubles dépressifs. In: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5e éd. Elsevier-Masson; 2015. p. 193-236.
3. Haute Autorité de Santé. Épisode dépressif caractérisé de l'adulte : prise en charge en premier recours [Internet]. 2017 [cité 4 mai 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1739917/fr/episode-depressif-caracterise-de-l-adulte-prise-en-charge-en-premier-recours
4. Inserm. Dépression [Internet]. Inserm - La science pour la santé. [cité 1 mai 2020]. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/depression>
5. Haute Autorité de Santé. Recommandation de bonne pratique. Episode dépressif caractérisé de l'adulte : prise en charge en soins de premier recours. 2017.
6. Ministère du Travail, de la solidarité et de la fonction publique, Ministère de la Santé et des Sports. Arrêté relatif au diplôme d'Etat d'ergothérapeute. juill 5, 2010.
7. Morel-Bracq M-C. Modèles conceptuels en ergothérapie: Introduction aux concepts fondamentaux. De Boeck Supérieur; 2009. 176 p.
8. Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Constitution [Internet]. [cité 10 mai 2020]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/about/who-we-are/constitution>
9. Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Santé mentale [Internet]. WHO. World Health Organization; [cité 10 mai 2020]. Disponible sur: http://www.who.int/topics/mental_health/fr/
10. Dissez N. Qu'est-ce que la santé mentale ? Journal français de psychiatrie. 2006;(27):19-21.
11. Martin J-P. La santé mentale est-elle une alternative à la psychiatrie ? In: Santé mentale, ville et violences [Internet]. ERES; 2004 [cité 9 mai 2020]. p. 313-26. Disponible sur: <https://www-cairn-info.lama.univ-amu.fr/sante-mentale-ville-et-violences--9782749202211-page-313.htm>
12. Fondation pour la Recherche Médicale. La dépression en chiffres [Internet]. Fondation pour la Recherche Médicale. [cité 1 mai 2020]. Disponible sur: <https://www.frm.org/la-depression-en-chiffres>
13. M J-M. Suicide enjeu de santé publique, grande cause nationale ? Rev Frnacophone Lab. 2016;2016(478):77.

14. Observatoire National du Suicide (ONS). Les enjeux éthiques associés à la prévention du suicide. 2020.
15. OMS. Dépression [Internet]. WHO. [cité 1 mai 2020]. Disponible sur: https://www.who.int/mental_health/mhgap/evidence/depression/fr/
16. Tremblay P, Garnier C. Une étude des représentations sociales de la dépression chez les patients, les professionnels et les étudiants à travers les enjeux entourant son traitement, Issues related to depression and its treatment: Social representations from patients, professionals and students. *Cah Int Psychol Soc.* 5 juin 2013;Numéro 97(1):39-67.
17. Steinberg J, West DJ. Depression as a major mental health problem for the behavioral health care industry. *J Health Sci Manag Public Health.*
18. Ambresin G, De Coulon N, De Roten Y, Despland J-N. Psychothérapie psychodynamique brève de la dépression pour patients hospitalisés. *Psychothérapies.* 19 juin 2009;Vol. 29(2):75-84.
19. Soucy Chartier I, Blanchet V, Provencher M. Activation comportementale et dépression : une approche de traitement contextuelle. *Santé Ment Au Qué.* 2013;38(2):175-94.
20. Arbesman M, Logsdon DW. Occupational Therapy Interventions for Employment and Education for Adults With Serious Mental Illness: A Systematic Review. *Am J Occup Ther.* 1 mai 2011;65(3):238-46.
21. Gervasoni N. Quelle est la place des thérapies systémiques dans le traitement de la dépression ? *Ther Fam.* 2005;Vol. 26(4):357-63.
22. Ho J, Ngai SPC, Wu WKK, Hou WK. Association between daily life experience and psychological well-being in people living with nonpsychotic mental disorders. *Medicine (Baltimore)* [Internet]. 26 janv 2018 [cité 14 mai 2020];97(4). Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5794399/>
23. Swarbrick M, Noyes S. Effectiveness of Occupational Therapy Services in Mental Health Practice. *Am J Occup Ther.* 2018;72(5):7205170010p1-4.
24. Dimidjian S, Dobson KS, Kohlenberg RJ, Gallop R, Markley DK, Atkins DC, et al. Randomized trial of behavioral activation, cognitive therapy, and antidepressant medication in the acute treatment of adults with major depression. *J Od Consult Clin Psychol.* 2006;74(4):658-70.
25. Bioy A, Bachelart M. L'alliance thérapeutique : historique, recherches et perspectives cliniques. *Perspectives Psy.* 2010;49(4):317-26.
26. Lee SW, Kielhofner G, Morley M, Heasman D, Garnham M, Willis S, et al. Impact of using the Model of Human Occupation: A survey of occupational therapy mental health practitioners' perceptions. *Scand J Occup Ther.* 1 sept 2012;19(5):450-6.
27. Organisation Mondiale de la Santé (OMS), Commission Européenne pour l'Empowerment des usagers et aidants en santé mentale. Santé mentale en Europe: indicateurs favorables à l'autonomisation des usagers et aidants.

28. Kivits J, Balard F, Fournier C, Winance M. Chapitre 2. La problématisation ou l'importance de penser sa question de recherche. In: Les recherches qualitatives en santé [Internet]. Armand Colin; 2016 [cité 6 mai 2020]. p. 43-59. (U). Disponible sur: <https://www-cairn-info.lama.univ-amu.fr/les-recherches-qualitatives-en-sante--9782200611897-page-43.htm>
29. Zetzel ER. The Theory of Therapy in Relation to a Developmental Model of the Psychic Apparatus. *Int J Psycho-Anal.* 1965;46:39-52.
30. O. Horvath A, Luborsky L. The role of the therapeutic alliance in Psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology.* 1993;61(4):561-73.
31. Bacqué M-H, Biewener C. L'empowerment, un nouveau vocabulaire pour parler de participation ? *Idées économiques et sociales.* 2013;(173):25-32.
32. Deutsch C. L'empowerment en santé mentale. *Sciences et Actions Sociales.* 2015;1(1):1-16.
33. Jouet E, Greacen T. Pour des usagers de la psychiatrie acteurs de leur propre vie [Internet]. ERES. 2012 [cité 18 mai 2020]. 344 p. (Actualité de la psychiatrie). Disponible sur: <https://www-cairn-info.lama.univ-amu.fr/pour-des-usagers-de-la-psychiatrie-acteurs-de-leur--9782749216089.htm>
34. Fayard A, Caria A, Loubières C. Empowerment et santé mentale. *La Santé de l'homme.* 2011;(413):7-44.
35. Rappaport J. Empowerment meets narrative: Listening to stories and creating settings. *Am J Community Psychol.* 1995;23(5):795-807.
36. Anceaux F, Sockeel P. Mise en place d'une méthodologie expérimentale : hypothèses et variables. *Rech Soins Infirm.* 2006;N° 84(1):66-83.
37. Borst G, Cachia A. Chapitre III. La méthode expérimentale. *Que Sais-Je.* 1 oct 2018;2e éd.:61-89.
38. Organisation Mondiale de la Santé (OMS). *Méthodologie de la recherche dans le domaine de la santé : Guide de formation aux méthodes de la recherche scientifique.* 2e éd. 2003.
39. Pouplin S, Chaillot F, Chavoix C. Nouvelle réglementation encadrant les recherches en ergothérapie. *Le Monde de l'Ergothérapie.* 2018;14-7.
40. Safi M. Chapitre 10. L'analyse longitudinale données et méthodes. In: *La France dans les comparaisons internationales : guide d'accès aux grandes enquêtes statistiques en sciences sociales* [Internet]. Presses de Sciences Po; 2011 [cité 11 mai 2020]. p. 161-72. (les Manuels de Sciences Po). Disponible sur: <https://www-cairn-info.lama.univ-amu.fr/la-france-dans-les-comparaisons-internationales--9782724612189-page-161.htm>
41. Parizot I. 5 – L'enquête par questionnaire. In: *L'enquête sociologique* [Internet]. Presses Universitaires de France; 2012 [cité 11 mai 2020]. p. 93-113. (Quadrige). Disponible sur: <https://www-cairn-info.lama.univ-amu.fr/l-enquete-sociologique--9782130608738-page-93.htm>

42. Bottemine T. Traduction de la Working Alliance Inventory Short Version (WAI SR) en français par une méthode de consensus Delphi avec une traduction Aller/Retour [Thèse de médecine]. Université de Brest - Bretagne occidentale; 2017.
43. Haccoun RR, Cousineau D. Statistiques : concepts et applications. 2e éd. Les presses de l'Université de Montréal; 2010. 456 p. (Paramètres).

Sommaire des annexes

Annexe 1.....	48
Annexe 2.....	49
Annexe 3.....	50
Annexe 4.....	53
Annexe 5.....	54
Annexe 6.....	57
Annexe 7.....	59
Annexe 8.....	61
Annexe 9.....	62
Annexe 10.....	67
Annexe 11.....	71

Annexe 1

Tableau comparatif des symptômes de l'épisode dépressif d'après la classification CIM-10 et les classification DSM-IV et DSM-5, par la Haute Autorité de Santé

D'après la classification CIM-10	D'après la classification DSM
Les symptômes pour diagnostiquer un épisode caractérisé à partir de la CIM-10 nécessitent :	Les symptômes pour diagnostiquer un épisode caractérisé à partir du DSM nécessitent la présence d'au moins cinq des symptômes suivants :
<p>La présence d'au moins deux de ces trois symptômes clefs :</p> <ul style="list-style-type: none"> • humeur dépressive ; • diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir ; • réduction de l'énergie ou augmentation de la fatigabilité. 	<p>Au moins l'un des symptômes clés qui est :</p> <ul style="list-style-type: none"> • soit une humeur dépressive ; • soit une perte d'intérêt ou de plaisir.
La présence d'au moins un des sept symptômes suivants :	Et parmi les autres symptômes suivants :
	Fatigue ou perte d'énergie
Perte de la confiance en soi ou de l'estime de soi	Sentiment de dévalorisation ou culpabilité excessive
Sentiments injustifiés de culpabilité excessive ou inappropriée	
Pensées de mort ou idées suicidaires récurrentes, ou comportement suicidaire de n'importe quel type	Pensées de mort, idées suicidaires
Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer	Difficultés de l'aptitude à penser, de concentration, ou indécision
Modification de l'activité psychomotrice (agitation ou ralentissement)	Agitation ou ralentissement psychomoteur
Perturbation du sommeil de n'importe quel type	Insomnie ou hypersomnie
Modification de l'appétit ou du poids (diminution ou augmentation) avec variation pondérale	Diminution ou augmentation de l'appétit ou du poids

Annexe 2

Tableau récapitulatif des différents types de dépression selon l'approche psychodynamique

Tableau 1 : Repères des enjeux dynamiques de la dépression selon le fonctionnement psychique du patient.

Structures névrotiques	
Causes	Conflit génital. Conflit entre surmoi et ça. Dévalorisation de l'image narcissique.
Contenu	Angoisse de castration. Culpabilité. La dépression névrotique met en évidence l'importance de la béance narcissique du moi en rapport avec la précarité des identifications qui lui ont permis de se constituer.
Conséquences	Régression de l'investissement objectal vers des investissements narcissiques. Mise en avant de la pulsion agressive. Autopunition. Rumination. Retrait des investissements. Dépression masquée, discrète à manifestation agressive ou d'impatience. Envahissement émotionnel (dépression hystérique). Renforcement de la maîtrise et de l'inhibition affective (dépression obsessionnelle). Coïncidence de la dépression et de la récupération d'une partie importante de la vie psychique. Les confidences prennent le pas sur les symptômes.
Objectif du travail	S'intéresser au contenu du discours et aux associations.
Structures limites	
Causes	Conflit principal entre un univers pulsionnel mal intériorisé et des instances idéales archaïques, demeurant très extériorisées et non intégrées au sein d'un authentique surmoi. Expérience/représentation de la perte de l'objet significatif. Clivage du moi.
Contenu	Angoisse de perte d'objet. Baisse de l'estime de soi, dégoût de soi. Honte. Idéalisation/Dévalorisation.
Conséquences	Effondrement de la vie psychique. Perte de l'énergie vitale. Pensée centrée sur le corps. Pauvreté des objets internes. Seuls les objets externes peuvent servir d'appui.
Objectif du travail	Interprétation des défenses.
Structures psychotiques	
Causes	Conflit du ça avec la réalité.
Contenu	Angoisse de morcellement. Insuffisance du narcissisme primaire. Perte de repères identitaires, confusion. Dépersonnalisation, déréalisation, confusion. Déni de reconnaissance de l'objet réel séparé, fondamentalement différent, et des illusions de toute-puissance et d'omniprésence. Le thérapeute peut être assimilé aux objets partiels.
Conséquences	Diminution/abolition de l'activité synthétique du moi. Prédominance des processus primaires (décervelant) et de l'atemporalité. Autisme, persécution, maîtrise, primauté de l'agressivité. La violence peut prendre une place défensive contre les angoisses plus archaïques (persécution, morcellement...). Paranoïa comme fruit ultime de défenses rigides conjointement dressées contre l'angoisse paranoïde d'engloutissement et contre l'angoisse dépressive de perte d'objet. Le moi n'est pas toujours capable de former une dépression. Défenses maniaques.
Objectif du travail	Permettre au patient de contenir l'angoisse par l'étoffement des défenses adaptatives.

Annexe 3

Synthèse de la recommandation de bonne pratique pour l'épisode dépressif caractérisé de l'adulte : prise en charge en soins de premier recours (octobre 2017)

ALLIANCE THÉRAPEUTIQUE ET INFORMATION DU PATIENT

Construction de l'alliance thérapeutique

Il est recommandé de :

- développer une attitude de compréhension, d'empathie, de confiance, de soutien, d'écoute et d'information ;
- rassurer le patient sur le fait que tout problème qui surviendra au cours du traitement sera pris en compte de façon appropriée.

Cela implique de disposer d'un temps suffisant et d'un cadre adapté, d'où l'intérêt de prévoir des consultations dédiées.

Information du patient

Au terme de l'évaluation de l'épisode dépressif caractérisé il est recommandé :

- d'informer le patient sur la nature des troubles dépressifs, les effets bénéfiques du traitement et les effets indésirables éventuels, et si nécessaire ou utile, d'informer l'entourage du patient avec son accord ;
- d'établir avec le patient un projet thérapeutique afin d'éviter les abandons de traitement ;
- de réévaluer régulièrement le projet thérapeutique, et le réajuster si nécessaire.

SUIVI ET CONSEILS DE MODE DE VIE

Il est recommandé de réaliser un suivi somatique pour surveiller l'apparition d'une éventuelle comorbidité, de la prise d'un toxique ou d'une automédication. Selon le traitement psychotrope, il est recommandé de prendre en compte les contre-indications, les interactions médicamenteuses, les effets indésirables, et inciter à l'adhésion au traitement.

Il est recommandé de prodiguer des conseils de mode de vie après avoir établi une alliance thérapeutique :

- respecter le rythme nyctéméral ;
- pratiquer une activité physique régulière ;
- éviter la consommation d'alcool et autres substances toxiques ;
- encourager une activité sociale régulière ;
- poursuivre les activités habituellement intéressantes ou plaisantes.

STRATÉGIE DE PRISE EN CHARGE THÉRAPEUTIQUE

Principes généraux

La décision du traitement doit se faire en concertation avec le patient selon ses préférences et l'accessibilité à une psychothérapie.

Il est nécessaire d'aborder tout trouble dépressif sans délai dans sa dimension relationnelle. Avant toute prescription médicamenteuse, la consultation du médecin est l'acte thérapeutique initial.

Il est recommandé d'effectuer un suivi rapproché du patient dès le début de la prise en charge ; la fréquence des consultations nécessaires est laissée à l'appréciation du clinicien.

Il est recommandé de ne pas prescrire un antidépresseur pour traiter :

- les symptômes dépressifs subsyndromiques : symptômes en nombre insuffisant pour remplir les critères d'un épisode dépressif caractérisé ou symptômes d'intensité sévère mais d'une durée inférieure à 2 semaines (selon la CIM-10 ou le DSM-5) ;
- les épisodes dépressifs caractérisés d'intensité légère (selon la CIM-10 ou le DSM-5).

PSYCHOTHÉRAPIE

Principes généraux

Les interventions psychothérapeutiques sont choisies selon :

- le fonctionnement psychique et les préférences éventuelles du patient ;
- la présence de facteurs de stress psychosociaux significatifs et des difficultés interpersonnelles du patient ;
- les réponses antérieures positives à un type spécifique de psychothérapie ;
- la disponibilité et les compétences du clinicien dans les approches spécifiques psychothérapeutiques ;
- les possibilités de prise en charge financière.

Une psychothérapie repose sur un rythme de séances régulièrement suivies et adaptées aux besoins du patient.

Il est recommandé d'évaluer régulièrement l'adhésion et la réponse au traitement.

Différentes approches

Les psychothérapies (individuelles, familiales ou de groupe) les plus usuelles et ayant fait leur preuve d'efficacité sont :

- la psychothérapie de soutien ;
- les thérapies cognitivo-comportementales (TCC) ;
- les psychothérapies psychodynamiques ou d'inspiration analytique ;
- les thérapies systémiques.

D'autres psychothérapies existent, comme la psychothérapie interpersonnelle (TIP) ou la thérapie d'acceptation et d'engagement.

En l'absence de données comparatives suffisantes, ces psychothérapies peuvent toutes être mises en œuvre.

Les psychothérapies autres que la psychothérapie de soutien sont des psychothérapies structurées.

Psychothérapie de soutien

En dehors des thérapies structurées, il existe une thérapie non codifiée dans sa technique que l'on appelle volontiers psychothérapie de soutien.

La psychothérapie de soutien peut être réalisée par un médecin généraliste ou un psychiatre, psychologue clinicien ou psychothérapeute.

Le soutien psychothérapeutique propre à la relation de soins est une composante fondamentale du traitement de la dépression et cet accompagnement améliore l'adhésion au traitement médicamenteux.

TRAITEMENT ANTIDÉPRESSEUR

Choix d'un traitement antidépresseur

Il est recommandé de choisir l'antidépresseur le mieux toléré, le moins toxique en cas de surdosage, et le plus simple à prescrire, à dose efficace.

En raison de leur meilleure tolérance, il est recommandé de prescrire en première intention pour un épisode dépressif modéré à sévère : un ISRS, un IRSN, ou un médicament de la classe des « autres antidépresseurs », à l'exception de la tianeptine et de l'agomélatine.

Les antidépresseurs imipraminiques (tricycliques) sont recommandés en deuxième intention en raison de leur risque de toxicité cardio-vasculaire.

La tianeptine et l'agomélatine sont recommandées en troisième intention, en raison respectivement du risque d'abus et de dépendance de la tianeptine et de la toxicité hépatique de l'agomélatine.

Les IMAO ne sont recommandés qu'en dernier recours, après échec des autres alternatives thérapeutiques, en prescription spécialisée du fait de leurs nombreux effets indésirables et interactions médicamenteuses.

Suivi et arrêt du traitement

En cas de réponse insuffisante, il est recommandé d'augmenter la posologie de l'antidépresseur (dose efficace) ou de changer d'antidépresseur.

Il est recommandé de surveiller étroitement le patient par des consultations régulières, plus particulièrement en début de traitement antidépresseur (notamment au bout de la première semaine puis de la deuxième semaine de traitement), pour rechercher un comportement suicidaire, une agitation ou un autre facteur majorant le risque suicidaire (conflit interpersonnel, alcool, etc.), mais également les effets indésirables somatiques. Les effets indésirables éventuels apparaissent en général avant les effets bénéfiques, et doivent donc être anticipés et précisés au patient pour améliorer l'adhésion au traitement. Le patient et son entourage doivent être informés sur le risque suicidaire pour consulter rapidement en cas de modification de l'humeur.

Il est recommandé pour évaluer la dose minimale efficace des antidépresseurs de prendre en compte notamment l'âge du patient, ses comorbidités, les traitements concomitants et les effets indésirables attendus de l'antidépresseur.

Un traitement concomitant par benzodiazépine (ou apparenté) peut être justifié en début de traitement antidépresseur pour une durée de 2 semaines en cas d'anxiété, d'agitation ou d'insomnie invalidantes.

Il est souhaitable que la durée totale du traitement antidépresseur d'un épisode dépressif caractérisé se situe entre 6 mois et 1 an après rémission dans le but de prévenir les rechutes. L'arrêt du traitement ne doit pas se faire à l'initiative du patient ou de sa famille sans accompagnement médical.

Il est recommandé d'arrêter progressivement le traitement antidépresseur, sur plusieurs semaines ou mois, pour prévenir le risque de rechute. Il apparaît préférable de choisir une période de stabilité de la vie sociale et affective du patient afin de mieux apprécier le retentissement et la rechute sans mêler plusieurs variables. En outre, un syndrome de sevrage peut apparaître en cas d'arrêt brutal ou de traitement antidépresseur à demi-vie courte. Dans ce cas il est souhaitable de rassurer le patient sur le caractère temporaire de ce symptôme, et si nécessaire revenir temporairement à la posologie précédente avant de reprendre un arrêt plus progressif.

INTERVENTIONS AUPRES DE L'ENTOURAGE

Lorsque cela est approprié et si le patient est d'accord, il est recommandé d'informer l'entourage du patient sur les symptômes de la dépression, l'évolution de la maladie et le traitement de la dépression.

Lorsque les membres de l'entourage sont impliqués, ils peuvent être également encouragés pour améliorer l'adhésion au traitement et soutenir l'alliance thérapeutique.

Annexe 4

Tableau des banques de données utilisées pour la revue de la littérature

Banque de données	Totalité des textes	Retenus à partir du titre	Retenus à partir des mots clés	Retenus à partir du résumé	Articles retenus
AJOT	101	5	3	3	3
Cairn	778	16	5	2	2
ascodocpsy	351	25	11	6	1
Google Scholar	267	32	8	6	3

Annexe 5

Tableau récapitulatif de la revue de la littérature

Titre de l'article	Revue, année	Constat + questionnement	Méthode	Résultats, analyse	Discussion, limites
1- Activation comportementale et dépression : une approche de traitement contextuelle	Santé mentale au Québec, 2013	Dépression, tb psychologique avec taux de prévalence ⁺⁺ → trouver interven ^o efficaces et peu coûteuses, car pénurie de ttt efficace et simple	Recensement de nombreuses études randomisées et probantes concernant l'efficacité de l'activation comportementale	Méthode plus efficace que les AD et la TCC	Nécessaire de faire des études supplémentaires et à plus grande échelle, pour développer un protocole propre à l'AC. Nécessite une formation pour les intervenants
2- Effectiveness of occupational therapy services in mental health practice	The American Journal of Occupational Therapy, 2018	Serious mental illness (SMI) = schizophrenia, bipolar illness, major depressive disorder OT enhance occupational functioning and participation	Review of 9 articles → shows occupational therapy's importance in many areas : obesity, young individuals with disabilities, weight loss for people with SMI, substance abuse, community integration for people with SMI...	Evidence to support the effectiveness of occupational therapy interventions for adult with SMI to enhance health management skills and promote independence in living a balanced and satisfying life	Need of much more high-level research → investigate the contributions of occupational therapy in all areas of occupation for adults with SMI and to broaden the available evidence base to inform occupational balance
3- Occupational therapy interventions for employment and education for adults with serious mental illness: a systematic review	The American Journal of Occupational Therapy, 2011	1/4 people will be affected by a mental or neurological disorder in the world. People with SMI have the lowest employment rate → consequences on multiple areas (individual and society)	Investigation of a systematic review: evaluation of OT effectiveness concerning participation and performance in paid and unpaid occupations (employment) for people with SMI	Les modèles de réhabilitation socio-professionnelle sont largement utilisés pour pertinence et efficacité. Les programmes d'éducation ont également montré leur efficacité (augment ^o empowerment)	Spécificités de l'ergothérapie → accompagner efficacement les personnes avec tb psychiques sévères dans plusieurs domaines de la vie quotidienne. Cependant, des études complémentaires sont requises → baser la pratique ergo

					sur des données probantes
4- Psychothérapie psychodynamique brève de la dépression pour patients hospitalisés	Psychothérapies, 2009	Dépression → symptômes handicapants face à un quotidien exigeant. Etudes → importance de suivi thérapeutique intensif en phase aiguë de la dépression But : s'intéresser à la thérapie psychodynamique brève	Développement d'un programme thérapeutique psychodyn bref sur 12 séances en hospit° (tb dépressifs) : cadre thérapeutique précis, outils utilisés. Imagé d'un récit clinique	Remettre en mvt en re-jouant une situat°, rôle dynamisant	Proche de la psychothérapie institutionnelle, encourage à continuer ce projet
5- Quelle est la place des thérapies systémiques dans le traitement de la dépression ?	Thérapie Familiale, 2005	Préconis° d'allier pharmacologie et psychothérapie pour les tb dépressifs. Données épidémio → fort impact des tb dep sur l'entourage de la personne	Revue de litt : Ensemble des études randomisées font le lien entre tb dép et rel° conjug., mais aucun sur l'impact de l'app.systémique sur les sympt.dép	Intégrer une thérapie de couple de type comportemental dans le ttt des tb dep serait pertinent si des difficultés au sein du couple existent	Confirmat° difficultés dans le couple est un facteur de stress pour dépression. « Domaine prometteur : prévent° de la dépression par la gest° des facteurs de stress relationnels », à confirmer par des études randomisées
6- Association between daily life experience and psychological well-being in people living with nonpsychotic mental disorders	Study Protocol Systematic Review, 2018	Dépression uni et bipolaire : maladie non psychotique la plus répandue dans le monde. Objectif : lien entre la vie quotidienne et bien-être psy	Population : troubles non psychotiques (DSM4) Objectif : évaluer le quotidien et le bien-être psy	Vie quot. = facteur important dans la PES des troubles non-psychotiques. Import° du pouvoir d'agir des patients dans un but de rétabliss ^t et de réinsert° sociale. Améliorat° du quotidien → prévenir ces troubles	Des études supplémentaires sont à prévoir
7- Depression as a major mental health problem for the behavioral health care industry	Journal of Health Sciences Management and Public Health	Bcp de personnes restent sans traitement en santé mentale, notamment pour la dépression car peu diagnostiquée et maladie peu reconnue. Forte prévalence, parmi les premières maladies invalidantes.			Les avancées n'empêchent pas qu'il y ait de nombreux problèmes (budget restreint,

		De nbrx ttt : psychothérapies (plusieurs modalités), ttt médicamenteux, ttt électrostimulation (ECT) qui a un taux d'efficacité à 70%			format ^o incomplète des soignants, stigmat ^o , difficultés d'accès aux soins
8- Impact of using the model of human occupation: a survey of occupational therapy mental health practitioners' perceptions	Scandinavian Journal of Occupational Therapy, 2012	L'approche centrée sur l'occupation est utilisée par les ergothérapeutes, mais on ne sait pas comment. À ce jour, le modèle de l'occupation humaine (MOHO) est le modèle le plus utilisé à l'international. Le but de cette étude est de documenter les perceptions des praticiens sur la façon dont l'utilisation du MOHO impacte sur leur pratique.	Etude descriptive, plan d'enquête basé sur Internet. Réalisée avec 429 thérapeutes au Royaume-Uni	262/429 répondants (61,07%), W dans établissements de santé mentale en milieu communautaire ou hospitalier. 92,1% utilisent le MOHO → améliorer l'évaluat ^o , fixat ^o d'objectifs et la conduite des intervent ^o ainsi que l'identité professionnelle en tant qu'ergo dans leur pratique en santé mentale	L'utilisation de MOHO augmente le service pour les clients, la posture et l'identité professionnelle pour les thérapeutes. Les résultats sont à prendre avec précaution
9- Randomized controlled pilot study of an occupational time-use intervention for people with serious mental illness	The American Journal of Occupational Therapy, 2011	Evaluat ^o de l'efficacité et de l'utilité clinique d'un nouveau planning d'intervention ergothérapique, Action Over Inertia, créé pour améliorer l'équilibre occupationnel et l'engagement parmi les résidents d'habitations communautaires ayant des troubles de santé mentale.	Etude longitudinale 24 participants ont été répartis entre deux groupes témoin et test. Les données collectées sont : l'utilisat ^o et la répartition de l'emploi du temps, équilibre occupationnel, engagement. Ces données sont ensuite comparées à 12 semaines.	18 participants sont allés au bout de l'étude. Les participants ayant eu l'intervention ont amélioré leur équilibre occupationnel en passant environ 47 minutes par jour dans une activité. Il n'y a pas de différence significative au niveau de l'engagement occupationnel mais l'utilité clinique de cette intervention a prouvé son effet.	Echantillon faible, résultats à prendre avec précaution, participants généralement en difficultés pour s'engager dans les AVQ, donc d'autant plus pour une recherche.

Annexe 6

Matrice du questionnaire de l'enquête exploratoire

Questionnements issus de la revue de la littérature	Questions		Objectifs
Quelle(s) approche(s) sont le(s) plus utilisée(s) par les ergothérapeutes ?	1- Vous êtes :	-Ergo DE -Etudiant en ergo -Autre	Filtrer le public selon les critères d'inclusion et d'exclusion
	2- En quelle année avez-vous été diplômé en ergothérapie ?	Réponse à rédiger	Savoir si l'ergothérapeute a vu les modèles ergothérapeutiques en formation
Comment font les ergothérapeutes pour prendre en compte la participation, favoriser l'engagement et l'équilibre occupationnel ?	3- Depuis combien de temps exercez-vous en santé mentale, ou combien de temps avez-vous exercé en santé mentale ?	Réponse à rédiger	Mesurer l'expérience de l'ergothérapeute en années de pratique en santé mentale
	4- Connaissez-vous différentes approches ou modèles sur la prise en soin ergothérapeutique en santé mentale ?	-Oui -Non	Savoir si l'ergothérapeute connaît des modèles ou des approches
	5- Si oui, lesquels ?	Réponse facultative, à rédiger si « oui » à la question 4	Savoir quels modèles et quelles approches l'ergothérapeute connaît en santé mentale
	6- Quelle(s) évaluation(s) utilisez-vous lorsque vous devez accompagner une personne souffrant de dépression ?	Réponse à rédiger	Avoir une meilleure idée de l'approche utilisée par l'ergothérapeute par le type d'évaluation
	7- Lorsqu'une personne a une gestion satisfaisante et adaptée de ses activités, elle est en « équilibre occupationnel ». Comment évaluez-vous cet équilibre occupationnel ?	Réponse à rédiger	Avoir une meilleure idée de l'approche utilisée par l'ergothérapeute par le type d'évaluation
	8- Quel(s) objectifs pouvez-vous poser lorsque vous accompagnez une personne souffrant de dépression ?	Réponse à rédiger	Avoir une meilleure idée de l'approche utilisée par l'ergothérapeute par le type d'objectif
	9- Vous proposez aux personnes souffrant de dépression des :	-Individuelles -Groupales -Les deux	Connaître les modalités des séances proposées
	10- La participation aux activités est généralement en baisse auprès des personnes atteintes de dépression. Sur quels moyens pourriez-vous appuyer afin de favoriser cette participation ?	Réponse à rédiger	Savoir comment les ergothérapeutes favorisent la participation chez les personnes dépressives

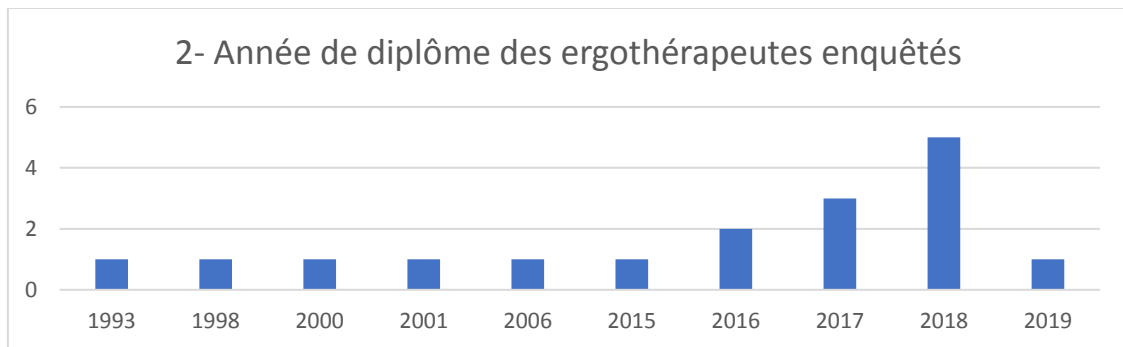
	11- Quel(s) type(s) de cadre thérapeutique proposez-vous lors des séances avec une (ou des) personne(s) souffrant de troubles dépressifs ?	Réponse à rédiger	Savoir ce que les ergothérapeutes posent comme cadre thérapeutique, quelle posture est adoptée
	12- De quelle manière posez-vous ce cadre thérapeutique ?	Réponse à rédiger	Idem
	13- Comment favorisez-vous l'engagement d'une personne lors de sa prise en soin ?	Réponse à rédiger	Savoir comment les ergothérapeutes favorisent l'engagement des personnes souffrant de dépression
	14- Remarques	Réponse facultative, à rédiger	Espace libre de commentaires : proposition de littérature, piste de réflexion, critiques du dispositif, possibilité d'échanges de coordonnées

Annexe 7

Résultats de l'enquête exploratoire

Question 1 : sur 18 enquêtés, 17 sont ergothérapeutes diplômés d'Etat et 1 est étudiant(e) en ergothérapie

Question 2 :



Question 3 :

Mode	Moyenne	Médiane	Nombre d'années d'exercice en santé mentale
1	7,06	2	0,5
			0,5
			1
			1
			1
			1
			1,5
			2
			2
			3
			3,5
			4
			13
			19
			20
			20
			27

Question 4 : sur 17 ergothérapeutes interrogés, tous ont répondu « oui »

Question 5 : réhabilitation psychosociale, psychodynamique, et thérapies cognitivo-comportementales.

Question 6 : évaluations sur l'équilibre occupationnel, l'autonomie, bilans cognitifs, observations et mises en situation, entretiens

Question 7 : majoritairement entretien (11), inventaire équilibre de vie (5), observations et mises en situation (4). Un ergothérapeute dit prendre en compte l'avis de l'équipe soignante → équilibre occupationnel pris en compte par les ergothérapeutes avec des évaluations validées et non validées

Question 8 : engagement et réalisation d'activité / agir, reprise du plaisir, gestion des affects, reprendre un rythme quotidien, améliorer la participation sociale, rétablir un équilibre occupationnel, réhabilitation professionnelle, restaurer l'envie, instaurer alliance thérapeutique, restaurer la narcissisation,

Question 9 : 11 ergothérapeutes sur 17 proposent des séances groupales et individuelles, 5 ergothérapeutes sur 17 ne proposent que des séances individuelles et 1 ergothérapeute propose exclusivement des séances groupales.

Question 10 : relation, expression via médiation, agir, sens, inscription dans un groupe, valorisation, activation comportementale, agir, alliance thérapeutique, emploi du temps, collaboration avec le patient, relaxation.

Question 11 : cadre souple avec références à la loi (présence aux séances, horaires, durée, lieu, vouvoiement), sécurisant, libre d'expression, sans jugement, relation de collaboration

Question 12 : avec la personne, plutôt en début de prise en soin, rappel en début de séance, contrat.

Question 13 : alliance thérapeutique, relation posture de l'ergothérapeute (outils de communication, prise en compte holistique, contenance), collaboration / partenariat, empowerment

Question 14 : questions parfois larges, prendre en compte le stade de la dépression, prendre en compte son niveau de rétablissement

Annexe 8

Matrice du cadre de référence

VARIABLES	INDICATEURS	CRITERES
Alliance thérapeutique	Thérapeute/patient	Collaboration mutuelle
		Partenariat
		Coopération
		Relation de confiance
		Approche centrée sur la personne
	Objectifs	Mêmes objectifs visés par le thérapeute et le patient
		Comprendre la question du changement
	Lien avec le thérapeute	Meilleure santé du patient
		Meilleur état émotionnel après la visite
		Comportements du médecin plus favorables
		Meilleure satisfaction du patient envers le médecin
		Meilleure satisfaction du patient envers la visite
Posture du thérapeute	Contenance	
	Exploration	
Empowerment	Respect des droits humains et lutte contre la stigmatisation et la discrimination	Droit de vote
		Eligibilité en politique et occupation de postes de la fonction publique
		Discrimination à l'emploi
		Législation de l'emploi pour couvrir les besoins des aidants familiaux
	Participation des usagers, familles et aidants aux processus de décision	Implication dans le développement politique et de législations (usagers, famille et aidants)
		Implication dans la conception, planification, mise en place et gestion des services de santé mentale (usagers, famille et aidants)
	Accès à des soins de qualité et implication dans leur évaluation	Accès à des services de santé mentale convenables et adaptés
		Financement et accès aux services généraux de santé comme tout citoyen
		Implication dans la planification et l'évaluation des soins
		Implication dans le contrôle et l'évaluation des services de santé
		Implication dans la formation des équipes des services de santé mentale
	Accès aux informations et aux ressources	Droit d'accès aux données médicales
		Accès à une assistance légale abordable
		Accès aux aides sociales comme tout citoyen (usagers, famille et aidants)
		Accès à des fonds publics pour les organisations d'usagers, famille et aidants
		Accès à l'information sur les services et les traitements
		Accès à l'information et actions prévues pour le soutien des aidants
		Compensation aux implications financières des familles et aidants

Annexe 9

Working Alliance Inventory, short version (patient, médecin, grille de notation (WAI SR))

WAI SR – Version patient – Traduction Française

Consignes : Ci-dessous vous trouverez une liste d'affirmations et de questions sur le vécu que les patients peuvent avoir vis-à-vis de leur généraliste ou de leur prise en charge. Certaines propositions font directement référence à votre généraliste (sous la forme d'un espace souligné _____). En lisant ces propositions, remplacez le nom de votre généraliste à la place de l'espace souligné _____ dans le texte. Pensez au vécu de votre prise en charge, et décidez quelle catégorie décrit le mieux votre vécu personnel.

IMPORTANT : Prenez le temps nécessaire pour considérer attentivement chaque question

1. A la suite de ces consultations je vois plus clairement comment je pourrais être capable de changer

①	②	③	④	⑤
Rarement	Parfois	Assez souvent	Très souvent	Toujours

2. Ce que je fais au cours de ce suivi me donne de nouvelles façons d'envisager mon problème

⑤	④	③	②	①
Toujours	Très souvent	Assez souvent	Parfois	Rarement

3. Je crois que _____ m'apprécie

①	②	③	④	⑤
Rarement	Parfois	Assez souvent	Très souvent	Toujours

4. _____ et moi collaborons pour établir les objectifs de ma prise en charge

①	②	③	④	⑤
Rarement	Parfois	Assez souvent	Très souvent	Toujours

5. _____ et moi nous respectons l'un l'autre

⑤ ④ ③ ② ①

Toujours Très Assez Parfois Rarement
souvent souvent

6. _____ et moi travaillons sur des objectifs convenus ensemble

⑤ ④ ③ ② ①

Toujours Très Assez Parfois Rarement
souvent souvent

7. J'ai le sentiment que _____ m'estime

① ② ③ ④ ⑤

Rarement Parfois Assez Très Toujours
souvent souvent

8. _____ et moi sommes d'accord sur ce qui est important pour moi de travailler

⑤ ④ ③ ② ①

Toujours Très Assez Parfois Rarement
souvent souvent

9. J'ai le sentiment que _____ prend soin de moi même quand je fais des choses qu'il/elle n'approuve pas

① ② ③ ④ ⑤

Rarement Parfois Assez Très Toujours
souvent souvent

10. J'ai le sentiment que les choses que je fais pendant les consultations vont m'aider à accomplir les changements que je souhaite

⑤ ④ ③ ② ①

Toujours Très Assez Parfois Rarement
souvent souvent

11. _____ et moi nous sommes mis d'accord sur le type de changement qui serait bon pour moi

⑤ ④ ③ ② ①

Toujours Très Assez Parfois Rarement
souvent souvent

12. Je crois que la façon dont nous travaillons sur mon problème est appropriée

① ② ③ ④ ⑤

Rarement Parfois Assez Très Toujours
souvent souvent

WAI-SR – Version Médecin - Traduction française

Consignes : Ci-dessous vous trouverez une liste d'affirmations concernant le vécu que les professionnels peuvent avoir vis-à-vis de leur patient. Certaines propositions font directement référence à votre patient (sous la forme d'un espace souligné _____). En lisant ces propositions, remplacez le nom de votre patient à la place de l'espace souligné _____ dans le texte.

IMPORTANT : Prenez le temps nécessaire pour considérer attentivement chaque question

1. _____ et moi sommes d'accord sur les étapes à suivre pour améliorer sa situation

①	②	③	④	⑤
Rarement	Parfois	Assez souvent	Très souvent	Toujours

2. Je suis sincèrement concerné par le bien-être de _____

⑤	④	③	②	①
Toujours	Très souvent	Assez souvent	Parfois	Rarement

3. Nous travaillons sur des objectifs convenus ensemble

①	②	③	④	⑤
Rarement	Parfois	Assez souvent	Très souvent	Toujours

4. _____ et moi sommes tous les deux convaincus de l'utilité de ce que nous faisons actuellement au cours de cette prise en charge

①	②	③	④	⑤
Rarement	Parfois	Assez souvent	Très souvent	Toujours

5. J'estime ____ en tant qu'individu

⑤	④	③	②	①
Toujours	Très souvent	Assez souvent	Parfois	Rarement

6. Nous nous sommes mis d'accord sur le type de changement qui serait bon pour ____

⑤	④	③	②	①
Toujours	Très souvent	Assez souvent	Parfois	Rarement

7. ____ et moi nous respectons l'un l'autre

①	②	③	④	⑤
Rarement	Parfois	Assez souvent	Très souvent	Toujours

8. ____ et moi avons une perception commune de ses objectifs

⑤	④	③	②	①
Toujours	Très souvent	Assez souvent	Parfois	Rarement

9. Je respecte ____ même quand il/elle fait des choses que je n'approuve pas

①	②	③	④	⑤
Rarement	Parfois	Assez souvent	Très souvent	Toujours

10. Nous sommes d'accord sur ce qui est important pour ____ de travailler

⑤	④	③	②	①
Toujours	Très souvent	Assez souvent	Parfois	Rarement

Grille de notation pour la version courte de la WAI (HATCHER GILLASPY) Version patient et médecin généraliste			
Moyenne de l'échelle patient:		Moyenne de l'échelle Médecin Généraliste:	Pour obtenir une échelle ou une note totale, additionnez simplement et prenez la moyenne des propositions.
O = Objectif =		O = Objectif =	
T = Travail =		T = Travail =	
L = Lien =		L = Lien =	
Note totale =		Note totale =	
Item de la WAI SR	Note de la version patient	Note de la version médecin généraliste	Type d'échelle
1			T
2			T
3			L
4			O
5			L
6			O
7			L
8			O
9			L
10			T
11			O
12			T

Annexe 10

Matrice du questionnaire mesurant le niveau d'empowerment

Variables	Indicateurs par variables	Indices	Items	Modalités de réponse	Objectifs
1	1.1		1.1.0.1 Avez-vous eu des explications concernant les objectifs des évaluations et entretiens, par les différents praticiens ?	<input type="checkbox"/> Oui, je suis satisfait(e) <input type="checkbox"/> Oui, mais je souhaiterais en avoir davantage <input type="checkbox"/> Non, je souhaiterais en avoir <input type="checkbox"/> Non, cela ne m'intéresse pas	Savoir si l'utilisateur est impliqué dans son parcours de soin
1	1.1		1.1.0.2 Avez-vous discuté d'objectifs de votre parcours de santé avec les différents professionnels qui vous accompagnent ?	<input type="checkbox"/> Oui, je suis satisfait(e) <input type="checkbox"/> Oui, mais je souhaiterais en rediscuter <input type="checkbox"/> Non, je souhaiterais en avoir <input type="checkbox"/> Non, cela ne m'intéresse pas	Savoir si l'utilisateur est impliqué dans son parcours de soin
1	1.2		1.2.0.1 Si vous êtes sous tutelle ou curatelle, avez-vous pu choisir la personne qui vous accompagne ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne suis pas concerné(e)	Savoir si l'utilisateur a choisi une personne de confiance
1	1.1		1.1.0.3 Vous sentez-vous impliqué dans la planification de vos soins ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Savoir si l'utilisateur est impliqué dans son parcours de soin

1	1.3		1.3.0.1 Pensez-vous que votre entourage soit suffisamment impliqué dans la planification de vos soins ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Savoir si l'entourage de l'utilisateur est impliqué dans la planification des soins
1	1.4		1.4.0.1 Connaissez-vous l'existence d'utilisateur experts, ou ex-utilisateurs experts dans les services de santé mentale ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Savoir si l'utilisateur connaît et échange des pairs experts
1	1.4		1.4.0.2 Avez-vous été mis en contact avec des utilisateurs experts ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
1	1.1		1.1.0.3 Connaissez-vous d'autres services de santé mentale, hors hôpital ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Savoir si l'utilisateur est impliqué dans son parcours de soin
2	2.1		2.1.0.1 Saviez-vous que vous pouviez avoir accès à votre dossier médical ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Savoir si l'utilisateur est expert de son parcours de soin, ou souhaiterait devenir expert de son parcours de soin
2	2.1		2.1.0.2 Avez-vous demandé l'accès à votre dossier médical ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non, je souhaiterais demander l'accès <input type="checkbox"/> Non, cela ne m'intéresse pas	
2	2.2		2.2.0.1 Connaissez-vous les aides	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Savoir si l'utilisateur comprend le

			sociales dont vous pouvez bénéficier ?	<input type="checkbox"/> Je ne suis pas intéressé(e)	système de soins en santé mentale et les aide sociales
2	2.2	2.2.1	2.2.1.1 Connaissez-vous les différents traitements et services de santé mentale ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non, je souhaiterais me renseigner <input type="checkbox"/> Non, je ne suis pas intéressé(e)	
2	2.2	2.2.2	2.2.2.1 Souhaiteriez-vous participer à une formation aux différents services et traitements en santé mentale ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
2	2.3	2.3.1	2.3.1.1 Votre entourage est-il informé aux différents services et traitements en santé mentale ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	Savoir si l'entourage connaît le système de soins en santé mentale et les aides sociales
2	2.3	2.3.2	2.3.2.1 Votre entourage peut-il bénéficier d'une aide sociale ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	
3	3.1		3.1.0.1 Vous sentez-vous pris en compte concernant les différentes législations et politiques de santé mentale ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne suis pas intéressé(e)	Savoir si l'utilisateur se sent pris en compte en tant que citoyen et usager en santé mentale
3	3.2		3.2.0.1 Pensez-vous que les usagers en santé mentale sont	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne suis pas intéressé(e)	Savoir si l'utilisateur se sent pris en compte dans les

			suffisamment représentés dans les équipes de soin ?		services de santé mentale
4	4.1		4.1.0.1 Pensez-vous que les usagers en santé mentale peuvent être éligibles (politique, postes de la fonction publique...)?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	Savoir si l'utilisateur se sent pleinement citoyen
4	4.2		4.2.0.1 Pensez-vous que les usagers en santé mentale sont discriminés à l'emploi sur la base d'un diagnostic ou de l'histoire de la maladie mentale ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Savoir si l'utilisateur se sent discriminé
4	4.3		4.3.0.1 Connaissez-vous des organisations de lutte contre la discrimination liée à la santé mentale ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non, mais je suis intéressé(e) <input type="checkbox"/> Je ne suis pas intéressé(e)	Savoir si l'utilisateur se sent engagé dans la lutte contre les discriminations liées à la santé mentale

Annexe 11

Table du χ^2

Tableau A.4 Distribution des valeurs critiques de χ^2			
	<i>seuil α</i>		
<i>v</i>	< 10%	< 5%	< 1%
1	2,706	5,991	15,086
2	4,605	9,488	21,666
3	6,251	12,592	26,217
4	7,779	14,067	29,141
5	9,236	16,919	32,000
6	10,645	18,307	34,805
7	12,017	21,026	38,932
8	13,362	22,362	40,289
9	14,684	23,685	41,638
10	15,987	24,996	42,980
11	17,275	27,587	46,963
12	18,549	28,869	48,278
15	22,307	33,924	54,776
20	28,412	41,337	64,950
25	34,382	48,602	73,683
30	40,256	55,758	82,292
40	51,805	68,669	98,028
50	63,167	82,529	114,695
100	118,498	144,354	186,393

Dépression et ergothérapie : alliance thérapeutique, levier d'empowerment ?

Le trouble dépressif caractérisé ou épisode dépressif caractérisé (EDC) soulève de nombreux intérêts de santé publique. Les personnes présentant un EDC sont, par leurs symptômes, privées de leur pouvoir d'agir, de leur empowerment. Bien que les approches utilisées par les ergothérapeutes soient multiples, la création d'une alliance thérapeutique ressort comme une nécessité lors du suivi auprès de ce public. Le but de cette recherche est de mesurer l'impact de l'alliance thérapeutique sur le niveau d'empowerment des personnes présentant un EDC. Une méthode expérimentale et longitudinale permettra de répondre à l'objet de recherche. Parmi des individus présentant un EDC, un large échantillon sera sélectionné au hasard. Leur niveau d'alliance thérapeutique avec l'ergothérapeute ainsi que leur niveau d'empowerment seront mesurés à trois dates à partir du début de la prise en soin ergothérapique. Deux dispositifs de recherche ont été construits. Aucun résultat n'a été collecté à ce jour.

Mots clés : ergothérapie, troubles dépressifs, approche, alliance thérapeutique, empowerment

People with depressive disorder and occupational therapy: therapeutic alliance, trigger of empowerment?

Depressive disorders are widely studied in mental health research. Symptoms, such as lack of interest or pleasure, are usually a huge obstacle for people's empowerment. According to a systematic review and an exploratory survey, occupational therapists use many approaches to prevent or restore their empowerment. The therapeutic alliance has shown to be a key process. The aim of this study is to measure how the therapeutic alliance impacts the empowerment process in occupational therapy. A large sample is required, composed of individuals with depressive disorder. The study uses an experimental and longitudinal method to determine the impact, by measuring levels of therapeutic alliance and empowerment on the sample on 3 intervals. Two research designs were developed but no results were collected yet.

Key words: occupational therapy, depressive disorders, approach, therapeutic alliance, empowerment