



Université Claude Bernard



Lyon 1

**DEPARTEMENT DE FORMATION EN ERGOTHERAPIE**

Mémoire pour l'obtention du diplôme d'Etat en Ergothérapie

2020

# **Accompagnement en ergothérapie de l'adulte atteint de dépression avec des douleurs associées**

Recherche exploratoire

Soutenu par : Laura ZAFFALONE

11712406

Tuteur de mémoire : Laurent FIDRY



---

**Université Claude Bernard Lyon 1**

Président

**Pr. FLEURY Frédéric**

Président du Conseil Académique

**Pr. BEN HADID Hamda**

Vice-président CA

**Pr. REVEL Didier**

Vice-président CFVU

**Pr. CHEVALIER Philippe**

Vice-président CS

**M. VALLEE Fabrice**

Directeur Général des Services

**M. VERHAEGHE Damien**

**Secteur Santé :**

U.F.R. de Médecine Lyon Est

Doyen **Pr. RODE Gilles**

Institut des Sciences Pharmaceutiques et  
Biologiques

Directrice **Pr. VINCIGUERRA Christine**

U.F.R de Médecine et de maïeutique -

Lyon-Sud Charles Mérieux

Doyenne **Pr. BURILLON Carole**

Institut des Sciences et Techniques de la  
Réadaptation (I.S.T.R.)

Directeur **Dr. PERROT Xavier**

Comité de Coordination des Etudes

Médicales (C.C.E.M.)

**Président** Pr. COCHAT Pierre

U.F.R d'Odontologie

Directrice **Pr. SEUX Dominique**

Département de Formation et Centre de  
Recherche en Biologie Humaine

Directrice **Pr. SCHOTT Anne-Marie**

**Secteur Sciences et Technologies :**

U.F.R. Faculté des Sciences et

Technologies

Directeur **M. DE MARCHI Fabien**

Institut des Sciences Financières et  
d'Assurance (I.S.F.A.)

Directeur **M. LEBOISNE Nicolas**

U.F.R. Faculté des Sciences

Administrateur provisoire

**M. ANDRIOLETTI Bruno**

Observatoire Astronomique de Lyon

Directeur **Mme DANIEL Isabelle**

U.F.R. Biosciences

Administratrice provisoire

**Mme GIESELER Kathrin**

Ecole Supérieure du Professorat et de  
l'Education (E.S.P.E.)

Administrateur provisoire

**M. Pierre CHAREYRON**

U.F.R. de Sciences et Techniques des

Activités Physiques et Sportives

(S.T.A.P.S.)

Directeur **M. VANPOULLE Yannick**

POLYTECH LYON

Directeur **M. PERRIN Emmanuel**

Institut Universitaire de Technologie de  
Lyon 1 (I.U.T LYON 1)

Directeur **M. VITON Christophe**

---

# **INSTITUT DES SCIENCES ET TECHNIQUES DE READAPTATION**

Directeur ISTR : Dr **Xavier PERROT**

## **DÉPARTEMENT / FORMATION ERGOTHERAPIE**

Directeur du département

**Bernard DEVIN**

Coordinateurs pédagogiques

**Jean-François BODIN**

**Denis JACQUEMOT**

**Fanny LEBIGRE**

**Sabine LIONNARD-RETY**

Responsable des stages

**Sabine LIONNARD-RETY**

Responsable des mémoires

**Bernard DEVIN**

Secrétariat de scolarité

**Claire IACOUZZO PAOLI**

**Audrey MOIRON**



# Remerciements

Je tiens tout d'abord à remercier mon tuteur de mémoire pour son soutien, ses conseils avisés et le temps qu'il m'a consacré.

J'adresse également un grand merci à toute l'équipe pédagogique pour sa présence et sa bienveillance tout au long de ces trois années de formation ainsi que leurs enseignements de qualité.

J'aimerais exprimer toute ma gratitude envers mes tuteurs de stage qui, au-delà de leurs riches enseignements, ne se sont jamais départis de leur sourire et de leur bonne humeur.

Je remercie aussi mes camarades de promotion pour nos fous rires et leur présence dans les bons comme dans les mauvais moments.

Enfin je ne remercierai jamais assez ma famille et mes amis pour leur amour et leur soutien inconditionnel, à tous les niveaux, qui m'ont permis d'aller au bout des études qui me plaisent.

# Table des matières

<b>1</b>	<b>TABLE DES ILLUSTRATIONS</b> .....	<b>3</b>
<b>2</b>	<b>GLOSSAIRE</b> .....	<b>4</b>
<b>3</b>	<b>PREAMBULE</b> .....	<b>6</b>
<b>4</b>	<b>INTRODUCTION</b> .....	<b>8</b>
<b>5</b>	<b>PARTIE THEORIQUE</b> .....	<b>9</b>
5.1	LA DOULEUR EN PSYCHIATRIE.....	9
5.1.1	<i>Qu'est-ce que la douleur ?</i> .....	9
5.1.2	<i>Une douleur à évaluer et à comprendre</i> .....	10
5.1.3	<i>Une douleur à traiter</i> .....	11
5.1.4	<i>Une douleur difficile à prendre en charge</i> .....	13
5.2	LA DEPRESSION.....	14
5.2.1	<i>Qu'est-ce que la dépression ?</i> .....	14
5.2.2	<i>Une maladie très répandue</i> .....	15
5.2.3	<i>Une maladie aux conséquences lourdes</i> .....	15
5.2.3.1	Pour la personne .....	15
5.2.3.2	Pour la société .....	16
5.2.4	<i>Prendre en charge la dépression</i> .....	17
5.2.4.1	L'évaluation .....	17
5.2.4.2	Le traitement.....	17
5.2.5	<i>Douleur dans la dépression et dépression dans la douleur</i> .....	18
5.2.5.1	Douleur dans la dépression .....	18
5.2.5.2	Dépression dans la douleur .....	20
5.3	L'ACCOMPAGNEMENT ERGOTHERAPIQUE D'UNE PERSONNE SOUFFRANT DE DEPRESSION .....	21
5.3.1	<i>Qu'est-ce qu'un accompagnement en ergothérapie ?</i> .....	21
5.3.1.1	Ergothérapie et ergothérapie en santé mentale .....	21
5.3.1.2	Des modèles conceptuels .....	22
5.3.2	<i>Une remise en activité nécessaire</i> .....	25
5.3.2.1	La mise en place d'une routine .....	25
5.3.2.2	Limiter les risques de récurrence et suicidaire.....	26
5.3.2.3	Des moyens d'action multiples.....	27
5.3.2.4	La notion de flow.....	28
5.3.3	<i>Et la douleur dans tout ça ?</i> .....	29
5.4	PROBLEMATISATION .....	31
<b>6</b>	<b>METHODOLOGIE</b> .....	<b>33</b>
6.1	OBJECTIFS DE RECHERCHE .....	33
6.2	TYPE DE RECHERCHE ET OUTIL D'INVESTIGATION .....	33
6.3	CHOIX DES PERSONNES INTERVIEWEES.....	34
6.4	CONSTRAINTES PREVISIONNELLES DE L'ETUDE.....	34
6.5	METHODE DE DEPOUILLEMENT ET D'ANALYSE DES RESULTATS .....	35
6.6	RESPECT DES REGLES ETHIQUES.....	36
<b>7</b>	<b>RESULTATS ET DISCUSSION</b> .....	<b>36</b>
7.1	FACTEURS LIMITANTS ET FAVORISANTS DU CONTEXTE D'INVESTIGATION .....	36
7.2	PRESENTATION DES RESULTATS PAR THEMATIQUE.....	37
7.2.1	<i>Un parcours de soins variable et chronophage</i> .....	37
7.2.2	<i>Utilisation de la médiation et du travail corporel dans le cadre d'un accompagnement individualisé</i> .....	38
7.2.3	<i>Une prise en charge rendue complexe par ses acteurs</i> .....	39

7.2.4	<i>Une place pour l'ergothérapeute dans l'accompagnement de ce public, en collaboration avec l'équipe pluridisciplinaire</i>	40
7.2.5	<i>Développer et faire évoluer les traitements non médicamenteux, une perspective d'avenir</i>	41
7.2.6	<i>Et chez la personne âgée ?</i>	42
7.3	DISCUSSION	43
7.3.1	<i>Confrontation des résultats en rapport aux études théoriques</i>	43
7.3.1.1	Mise en perspective avec le premier objectif de recherche	43
7.3.1.2	Mise en perspective avec le second objectif de recherche	45
7.3.1.3	Mise en perspective avec le troisième objectif de recherche	46
7.3.2	<i>Question de recherche et suggestions pour la poursuite de l'étude</i>	47
<b>8</b>	<b>CONCLUSION</b>	<b>49</b>
<b>9</b>	<b>BIBLIOGRAPHIE</b>	<b>51</b>
<b>10</b>	<b>TABLE DES ANNEXES</b>	<b>I</b>

# 1 Table des illustrations

Figure 1 : Modèle d'évitement de la douleur lié à la crainte et au handicap (LYNCH et al., 2011, page 208)..... 121

Figure 2 : Cercles vicieux psychologique et physique en lien avec la douleur (BARON, 2007) ..... 154

Figure 3 : Modèle bidimensionnel du flow (CSIKSEZNTMIHALYI, 1988)..... 27

## 2 Glossaire

**Activités de médiation** : Dispositifs spécifiques de soin organisés autour d'un « médium malléable », qui désigne conjointement un objet médiateur et le clinicien qui présente au patient cet objet médiateur dans sa matérialité, comme une « matière à symbolisation ». Les médiations thérapeutiques sont la plupart du temps des médiations sensorielles ou/et des médiations artistiques (BRUN, 2018).

**Approche centrée sur le client** : Cette approche s'intéresse à la manière dont la personne participe à la société en accomplissant diverses occupations dans son contexte de vie. L'environnement devient ainsi un élément important en ergothérapie (MEYER, 2010).

**Bottom-up** : Cette approche prône une intervention ciblant les habiletés du client avec l'espoir d'améliorer subséquemment la performance dans les occupations. Cette approche est donc axée sur la récupération des composantes motrices, cognitives, perceptuelles, sensorielles et/ou sociales (GRAHAM et al., 2009).

**Douleur chronique** : Définie comme une douleur qui dure ou réapparaît pendant plus de trois mois (OMS, 2019).

**Empowerment** : C'est l'accroissement du pouvoir d'agir, la capacité à piloter sa propre vie. Par l'empowerment, le patient va acquérir l'autonomie lui permettant de mieux maîtriser son destin (DAUMERIE, 2011).

**Entretien de recherche** : Procédé d'investigation oral basé sur un processus discursif sur le mode de la conversation, visant à recueillir des informations en relation avec un but fixé (BLANCHET, 1987).

**Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux (DSM)** : Classification des troubles mentaux associés à des critères désignés pour appuyer des diagnostics plus fiables de ces troubles (American Psychiatric Association, 2013).

**Qualité de vie** : La perception qu'a un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lequel il vit, en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes. Il s'agit d'un large champ conceptuel, englobant de manière complexe la santé physique de la personne, son état

psychologique, son niveau d'indépendance, ses relations sociales, ses croyances personnelles et sa relation avec les spécificités de son environnement (OMS, 1999).

**Réhabilitation psychosociale** : Ensemble de procédés visant à aider les personnes souffrant de troubles psychiques à se rétablir, c'est-à-dire à obtenir un niveau de vie et d'adaptation satisfaisant par rapport à leurs attentes (BON, 2018).

**Sophrologie** : Approche phénoménologique, cette méthode repose sur des relaxations dynamiques qui permettent l'intégration du schéma corporel comme contenant et lieu à être, favorisant l'harmonisation corps-mental et la présence à soi et au monde (BOUTTIER, 2018).

**Thérapies psychocorporelles** : Comprennent l'ensemble des approches psychothérapeutiques partant du corps, ou se servant du corps comme médiation, mais aussi plus largement des méthodes impliquant un travail corporel à visée psychothérapeutique, prophylactique et préventif. [...] Chacune des pratiques psychocorporelles pourra avoir des objectifs différents en fonction de la ou les théories auxquelles elle se réfère (CELESTIN-LHOPITEAU & THIBAUT-WANQUET, 2018).

### 3 Préambule

Au cours de mes stages, un cas clinique m'a amenée à réfléchir et développer ce sujet de mémoire.

Il s'agissait d'une personne âgée d'environ 65 ans que j'ai eu l'occasion de rencontrer en Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) : Mme I. Elle présentait un problème de coiffe des rotateurs au niveau de son épaule gauche et il y avait une suspicion de tendinite pour son épaule droite. En parallèle, elle souffrait de troubles psychiatriques et de troubles cognitifs, sans qu'un diagnostic précis n'ait été posé.

Le problème était que les kinésithérapeutes ne parvenaient pas à déceler la présence d'une tendinite malgré les nombreuses plaintes de cette personne. De plus, leur jugement était influencé par ses troubles psychiatriques qui, à leurs yeux, la discréditaient au moins en partie. Le médecin du service avait malgré tout prescrit un antalgique mais qui n'avait que peu d'effets selon Mme I.

En ergothérapie, nous avons constaté que lorsque Mme I bougeait ses épaules, elle était incapable de décrire clairement sa douleur. De plus, elle rapportait avoir mal aux épaules à chaque mouvement or, lorsqu'elle était distraite par un élément extérieur, elle pouvait à nouveau bouger librement, sans que son langage corporel ou verbal ne traduise une gêne quelconque.

Ainsi, du fait de la disparité entre les plaintes de la personne et les observations des différents professionnels de santé, il était très complexe de l'accompagner en ergothérapie. En effet, comme nous ignorions si la douleur rapportée par Mme I était réelle, physiologique ou bien résultait de son trouble psychiatrique, nous étions en difficulté au cours des séances de rééducation pour savoir quand faire une pause ou quand pousser Madame à se dépasser et poursuivre les activités proposées.

A partir de cette situation, je me suis demandé si les personnes présentant un trouble psychiatrique étaient plus susceptibles que la population générale de ressentir des douleurs corporelles. Je me suis également questionnée sur la possible existence d'un accompagnement spécifique de la douleur pour les personnes ayant un problème de santé mentale. Si un tel accompagnement existe, quelle est la place de l'ergothérapeute ?

A-t-il une action directe sur la douleur (conseils de postures, positionnements, aides techniques ...) ou bien une action indirecte (travail avec la personne sur la gestion de la douleur au travers d'activités ...) ?

Au fil de mes recherches, j'ai rapidement trouvé des chiffres sur la dépression qui m'ont interpellée, aussi bien concernant sa prévalence dans la population générale que la prévalence de la douleur chez les personnes ayant un trouble dépressif. J'en suis ainsi arrivée à ma question initiale : quel accompagnement est possible en ergothérapie, pour des personnes dépressives présentant des douleurs ?

## 4 Introduction

Depuis près de vingt ans, les pouvoirs publics s'engagent dans la lutte contre la douleur (ANNEQUIN & CULLET, 2002). Plusieurs plans se sont ainsi succédés, certains s'appuyant davantage sur la création de structures adaptées, d'autres sur l'évaluation des pratiques professionnelles, la prise en charge de la douleur chronique, la formation des professionnels, l'utilisation plus pertinente des différents traitements existants, l'information du public (BERTRAND, 2006; DGOS, 2019) ... La prise en charge de la douleur apparaît donc à la fois comme un sujet d'actualité et un enjeu de santé publique.

La dépression quant à elle est la pathologie psychiatrique la plus fréquente dans le monde. Cette pathologie, dont le diagnostic peut s'avérer difficile, a de graves conséquences, telles que des comorbidités somatiques, le handicap ou encore le suicide par exemple. Ainsi, elle constitue également un enjeu de santé publique majeur (ONEIB et al., 2018). Or, une association de la dépression avec des symptômes douloureux est possible. Cette association est fréquente, puisqu'elle concerne près de 70% des personnes dépressives, et va complexifier la prise en charge du patient qui en souffre. Pourtant, elle n'est que peu prise en compte dans les thérapies proposées (COTTENCIN, 2009; ONEIB et al., 2018).

L'ergothérapeute, professionnel de santé paramédical, est en mesure d'accompagner des personnes en situation de handicap mental, en particulier les personnes atteintes de dépression. Son objectif est de favoriser l'autonomie et l'indépendance de ces personnes dans leurs activités quotidiennes (ANFE, 2019). La présence de douleurs associées complexifiant la prise en charge et diminuant la qualité de vie de ces personnes (PELISSOLO, 2009), quel accompagnement l'ergothérapeute pourrait-il proposer pour agir à la fois sur la dépression et sur les plaintes douloureuses ?

Pour traiter ce sujet, des données théoriques seront présentées dans un premier temps. Ainsi la douleur et la dépression seront d'abord décrites, ainsi que leurs interactions. Ensuite seront expliquées les actions pouvant être menées par l'ergothérapeute dans le cadre de l'association de ces pathologies. Dans un second temps, un travail de recherche exploratoire en lien avec ce sujet sera développé. La méthodologie sera d'abord exposée, viendront ensuite les résultats et leur analyse, pour enfin aboutir à une question de recherche.

# 5 Partie Théorique

## 5.1 La douleur en psychiatrie

### 5.1.1 Qu'est-ce que la douleur ?

De multiples définitions existent et ont vu le jour au fil du temps. Celle qui nous intéresse provient de l'Association Internationale pour l'Etude de la Douleur (IASP en anglais), selon qui la douleur peut se définir comme suit : « une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle ou décrite dans ces termes » (DGOS, 2019). Ainsi, deux composantes sont mises en avant : la douleur est à la fois un ressenti (physique, « sensorielle ») et un vécu (psychologique, « émotionnelle ») (SERRA, 2014).

Ces deux composantes font ressurgir un débat souvent soulevé dans les écrits : quelle est la différence entre douleur et souffrance ? La souffrance concernerait davantage le versant psychologique et la douleur le versant physique (BLET, 2014). Cependant, l'une et l'autre ont des interactions réciproques. En ce qui concerne la douleur, on peut distinguer plusieurs dimensions :

- Somatique : qui se rapporte à une plainte physique
- Affective : qui se rapporte au vécu de la douleur
- Cognitive : qui se rapporte à l'idée que la personne a de cette douleur, ce qu'elle en comprend
- Comportementale : qui se rapporte à ce que la personne exprime, aussi bien à travers son langage verbal que corporel
- Anticipation et conditionnement : la personne sait que certaines situations ou personnes peuvent être sources de douleur, elle fait des associations, pertinentes ou non (BLET, 2014).

La douleur est subjective et interdépendante d'une multitude de facteurs : « psychologiques, sociaux, culturels, religieux, environnementaux » (SARAVANE, 2015). Effectivement, selon les pays ou même au sein d'un pays selon les régions, l'éducation, l'environnement sociétal, humain et matériel une personne réagira différemment à la douleur. Certaines personnes y sont résistantes quand d'autres en souffrent mais ne

l'expriment pas ou bien que certaines ont besoin d'exprimer de nombreuses plaintes pour être reconnues comme une personne qui a mal par exemple.

L'expression de la douleur pouvant prendre de multiples formes, il est important de l'évaluer.

### **5.1.2 Une douleur à évaluer et à comprendre**

Les patients sont le point de départ de l'évaluation de leur douleur. En effet, s'agissant d'un phénomène subjectif, comprendre leur ressenti, les informer et les écouter fait partie intégrante du rôle du professionnel de santé qui rencontre ces patients. Trois points en particulier doivent être abordés afin de mieux comprendre cette douleur : son intensité, ses éventuelles fluctuations au quotidien ainsi que son impact sur les activités de la vie quotidienne. Les infirmières et les médecins sont présentés comme les premiers professionnels de santé confrontés à la douleur (DGOS, 2019).

Selon D. SARAVANE, dans le domaine de la psychiatrie, les patients perçoivent la douleur différemment des autres personnes (SARAVANE, 2015). Par exemple, 58% des personnes atteintes de dépression (en unités de soins psychiatriques) présentent une sensibilité augmentée à la douleur (HALLOUCHE et al., 2012). Leur état psychologique (pathologie, angoisse, fatigue ...) peut non seulement déformer leur ressenti mais également les gêner pour communiquer cette douleur et ainsi entreprendre une démarche de soins. Dans ce cas, « comment reconnaître ce patient qui souffre » sachant qu'il n'existe pas de bilan spécifiquement dédié à l'évaluation de la douleur chez une personne ayant un trouble psychiatrique ? Comme vu précédemment, il est important d'avoir une image du contexte de survenue de cette douleur (vécu de la personne, sa culture, son histoire, son intensité ...). De plus, des bilans existant peuvent être ajustés. Il existe par exemple l'Echelle Verbale Simple, l'échelle des six visages, des échelles d'auto-évaluation (SARAVANE, 2015) ...

Lors de la démarche d'évaluation de la douleur, il est nécessaire de réaliser dans un premier temps un entretien afin de voir la personne et d'échanger avec elle. Par la suite, des examens sont réalisés afin de définir la ou les régions douloureuses. Un autre indicateur en psychiatrie peut être le changement d'attitude ou d'habitude de vie d'une personne qui était stabilisée (il faut bien sûr se renseigner afin de savoir si cette perturbation des us de la personne est en

lien ou expliquée par un évènement récent ou un changement dans son environnement par exemple) (SARAVANE, 2015).

L'évaluation de la douleur dans le cadre d'une dépression doit pouvoir prendre en compte les facteurs psychologiques qui, quand ils influencent une affection médicale, sont désignés sous le terme de « psychosomatique ». Il est en effet des évènements dans la vie d'une personne qui peuvent engendrer une telle tension psychique qu'ils sont ingérables mentalement et vont alors entraîner des troubles somatiques. Si cette somatisation n'est elle-même plus en mesure de contenir l'expression du stress psychologique, « une désorganisation mentale » va naître, donnant lieu à ce que l'on appelle une dépression essentielle (c'est-à-dire « sans objet ») (LABROUSSE & MICHAS, 2013). La douleur psychogène est un exemple de trouble psychosomatique. Il s'agit d'un mécanisme où la douleur ne serait pas expliquée par l'altération d'une structure ou fonction organique mais par une maladie mentale. Dans ce cas, « comment être vraiment sûr que la douleur ressentie par le patient soit d'origine psychologique ? » Apporter la réponse à ce questionnement reste très complexe d'où une difficulté de prise en charge (SERRA, 2014).

Une fois l'évaluation faite, un traitement peut être mis en place.

### **5.1.3 Une douleur à traiter**

La prise en charge de la douleur constitue un enjeu de santé publique. La mise en place de plans de lutte contre la douleur en est la preuve (BERTRAND, 2006). La prise en charge de la douleur est également un indicateur de la qualité des soins. Selon la loi du 4 mars 2002, « le soulagement de la douleur est un droit fondamental de toute personne ». Certaines structures sont spécialisées dans la prise en charge de la douleur, plus particulièrement la douleur chronique. Elles font partie intégrante d'établissements de santé et sont reconnues par l'ARS (DGOS, 2019). On peut également noter l'existence de Comités de Lutte contre la Douleur (CLUD) qui sont des organisations internes à certains établissements de santé. Dans ces établissements, elles ont pour rôle d'orchestrer les éléments mis en place pour lutter contre la douleur (*Comité de Lutte contre la Douleur - Qualité et sécurité des soins*, 2017).

Les médicaments peuvent être utilisés mais d'autres techniques sont également reconnues comme efficaces pour lutter contre la douleur : l'éducation thérapeutique, l'hypnose, les thérapies cognitivo-comportementales, la relaxation avec des images, l'exercice

physique (BLET, 2014). Pourtant, seul un patient sur deux environ « peut bénéficier d’une prise en charge non médicamenteuse » (HALLOUCHE et al., 2012).

En tant qu’ergothérapeute, il est possible d’avoir une action sur la douleur. Au Canada par exemple, pour lutter contre une douleur chronique, il peut collaborer avec la personne qui en souffre pour élaborer des méthodes lui permettant de réaliser les activités qu’elle souhaite de façon adaptée à ses difficultés (en préconisant des aides techniques, en fractionnant l’activité, en structurant sa journée ...) et plus sécuritaire (CHARRETTON, 2006; KLINGER & KLASSEN, 2012). Pour faire face à une douleur dite persistante (ce terme signifie que la douleur est intermittente et que l’on utilise une « approche centrée sur le client » car on lui donne « l’espoir que la douleur peut changer »), l’ergothérapeute peut avoir recours à la méditation de pleine conscience, un processus qui permet à la personne de ne pas anticiper la douleur, de moins l’appréhender (STROH-GINGRICH, 2012). En effet, la douleur peut être responsable d’un cercle vicieux, à l’origine de handicaps notamment, comme nous le montre le schéma ci-dessous (CHARRETTON, 2006; LYNCH et al., 2011).

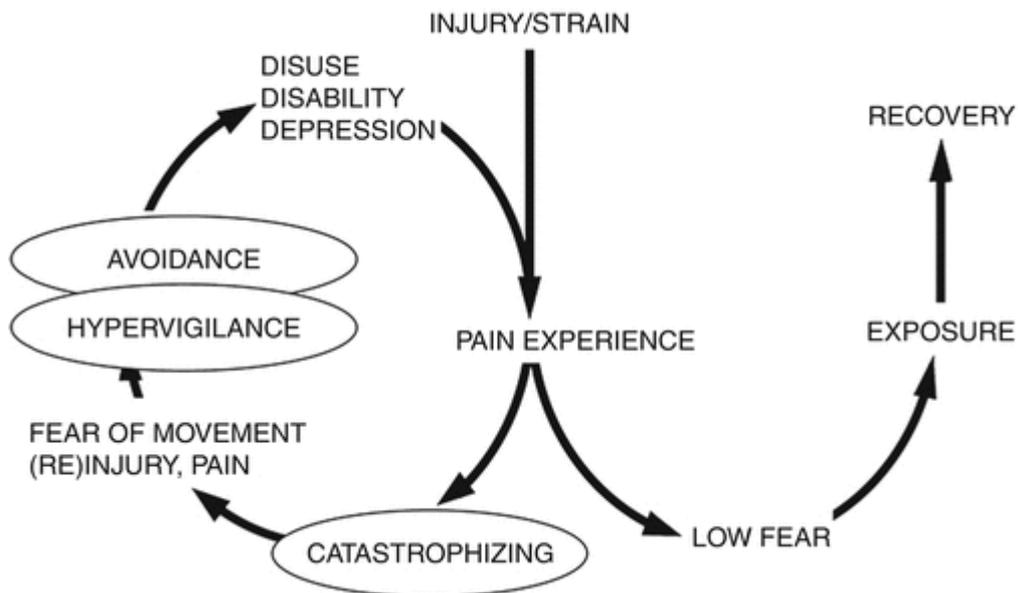


Figure 1 : Modèle d'évitement de la douleur lié à la crainte et au handicap (LYNCH et al., 2011, page 208)

La méditation de pleine conscience soutient ainsi l’individu dans l’application de stratégies lui permettant de plus participer à des « activités quotidiennes significatives » (STROH-GINGRICH, 2012).

Cependant, dans le domaine de la psychiatrie, la lutte contre la douleur est bien souvent laissée de côté. C'est pourquoi à l'hôpital Saint-Jean-de-Dieu de Lyon, une « consultation douleur » a été mise en place. Des personnes ayant un trouble psychiatrique et souffrant essentiellement de douleurs chroniques y sont admises. Toute une équipe est présente pour prendre en charge ces personnes et proposer un accompagnement individuel ou en groupe (« hypnothérapie, psychothérapie, éducation thérapeutique » ...). Il s'agit d'une prise en charge « globale » puisqu'elle prend en compte à la fois le trouble psychiatrique et le trouble somatique (*De l'importance de traiter la douleur en psychiatrie*, 2015).

Dans le cadre du traitement de l'association entre douleur et dépression, il est important de passer par une « prise en charge multimodale et interdisciplinaire ». Les personnes sont encouragées à se réengager dans des activités qui leur correspondent (en fonction de leurs capacités, envies, du contenu de l'activité ...) (SERRA, 2014).

Certains médicaments présentent une efficacité à la fois sur la douleur et la dépression (SERRA, 2014).

Malgré ces différents moyens d'action possibles, la douleur reste complexe à traiter.

#### **5.1.4 Une douleur difficile à prendre en charge**

Une entrave à la prise en charge de la douleur dans la dépression est le manque de formation des équipes soignantes, en partie responsable d'une prise en charge inadaptée des plaintes douloureuses dans le domaine de la psychiatrie (SARAVANE, 2015). En effet, plus de 60% des chefs de service de psychiatrie pensent être insuffisamment formés à la douleur et les trois quarts pensent qu'il en est de même pour leurs équipes (RADAT & SERRA, 2009). Selon une enquête datant de 2013, « 20% des soignants ignorent si dans leur unité il existe un protocole de prise en charge de la douleur ». 38% affirment que non et 37% estiment cette prise en charge déficiente. Le manque de formation des professionnels de santé et le désintéressement des structures feraient partie des « principaux obstacles à la prise en charge de la douleur » (HALLOUCHE et al., 2012).

## 5.2 La dépression

### 5.2.1 Qu'est-ce que la dépression ?

La dépression s'inscrit dans les troubles de l'humeur. Selon le DSM V, un épisode dépressif majeur est diagnostiqué lorsqu'au moins cinq des neuf symptômes suivants perdurent au moins deux semaines et ont des conséquences sur la personne et ses habitudes de vie :

- « humeur dépressive (ou tristesse)
- Perte d'intérêt (ou anhédonie)
- Perte d'énergie (ou asthénie)
- Culpabilité inappropriée
- Baisse de l'estime de soi avec sentiment d'infériorité
- Difficultés de concentration et autres troubles cognitifs
- Idées suicidaires
- Ralentissement ou agitation psychomotrice
- Troubles du sommeil (insomnie essentiellement)
- Troubles de l'appétit » (anorexie le plus souvent) (American Psychiatric Association, 2013).

Ces symptômes sont corrélés à l'âge, au sexe féminin (les femmes sont deux fois plus touchées), au statut socio-économique et à la situation familiale (veuvage, divorce) (FERRERI et al., 2006). Il est prouvé que la totalité des patients ayant une dépression, ou un épisode dépressif majeur, ont des symptômes physiques (maladies cardio-vasculaires, diabète, obésité, migraines, douleurs ...) (ONEIB et al., 2018; VAIRET, 2017).

Ces symptômes ont un impact sur la situation globale de la personne, aussi bien sur elle-même qu'au niveau de son environnement ou encore de ses occupations (« abandon des loisirs, difficultés à maintenir ses rôles sociaux, limitation des sorties, » arrêt de l'activité professionnelle ...). On constate une rupture de la routine des activités ainsi que l'instauration d'un cercle vicieux. En effet, la personne dépressive désinvestit son quotidien ce qui aggrave les symptômes, eux-mêmes responsables de ce désinvestissement (FOUCAULT, 2018).

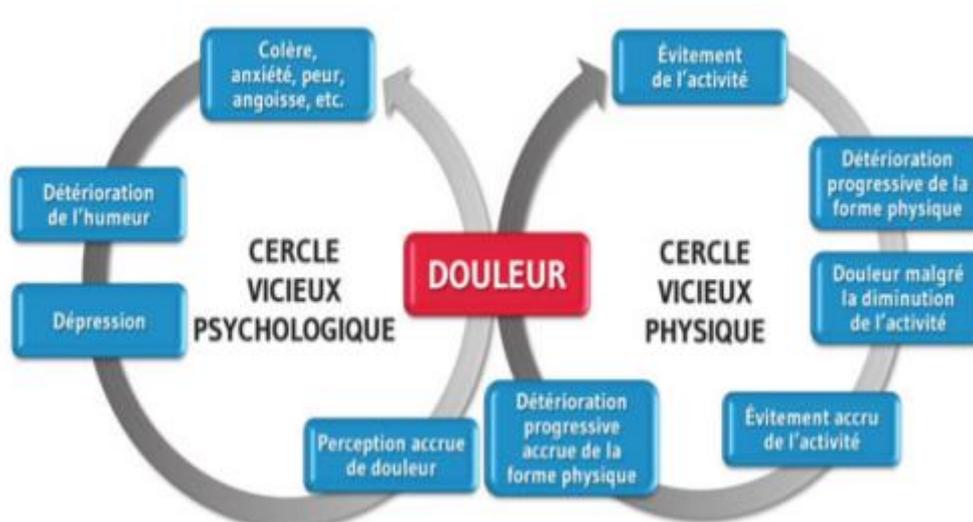


Figure 2 : Cercles vicieux psychologique et physique en lien avec la douleur (BARON, 2007)

La dépression, apparaît comme une pathologie complexe, dépendante d'une multitude de facteurs. Mais combien de personnes concerne-t-elle ?

### 5.2.2 Une maladie très répandue

La dépression est l'affection psychiatrique la plus courante au monde. Elle devrait même être la seconde cause d'invalidité d'ici 2020 (FOUCAULT, 2018; ONEIB et al., 2018; VAIRET, 2017).

En France, près de 5% de la population serait touchée (FERRERI et al., 2006; PELISSOLO, 2009). A une autre échelle, dans la tranche d'âge 15-85 ans, environ 7,5% des individus en souffriraient (VAIRET, 2017), soit environ 4 millions de personnes (Clément NESTRIGUE et al., 2017). Il a également été vu précédemment que les femmes en étaient plus fréquemment atteintes. Des chiffres corroborent ces affirmations et soulignent la fréquence d'apparition de la dépression : « la prévalence vie entière » de cette pathologie s'élève jusqu'à un quart chez les femmes et oscille de 5 à 12% chez les hommes (SERRA, 2014).

En plus d'être fréquente, cette maladie a également de nombreux impacts.

### 5.2.3 Une maladie aux conséquences lourdes

#### 5.2.3.1 Pour la personne

Un patient souffrant de dépression voit sa qualité de vie diminuée. Par ailleurs, plus d'un tiers de ces personnes est concerné par le risque suicidaire (ONEIB et al., 2018). C'est le plus grand risque pour une personne atteinte de dépression. On estime que « jusqu'à 15% des sujets avec un trouble dépressif majeur sévère meurent de suicide ». Les conséquences d'une dépression peuvent donc être dramatiques pour la personne qui en souffre et son entourage (EISINGER, 2008; SERRA, 2014).

Les rechutes sont également très fréquentes, touchant jusqu'à 85% des personnes. Ces rechutes sont favorisées par l'importance de la dépression, une mauvaise prise des médicaments prescrits ainsi qu'un « faible sentiment d'efficacité personnelle » (VAIRET, 2017). L'incorrecte observance du traitement pourrait être en lien avec des symptômes de la dépression, tels que le ralentissement psychomoteur, les troubles cognitifs et les conduites para-suicidaires (COTTENCIN, 2009). La qualité de vie de ces personnes est également moindre (FERRERI et al., 2006).

Pour ce qui est de leur parcours de soins, il s'avère être long avec une multiplication des consultations, le plus souvent chez le médecin généraliste, parfois chez le psychiatre. Si le patient vient ensuite à être hospitalisé, sa prise en charge sera influencée par son parcours de soins antérieur (sachant que la grande majorité de ces patients a déjà été suivie « en ambulatoire avant cet épisode hospitalier ») (C. NESTRIGUE et al., 2016; Clément NESTRIGUE et al., 2017).

Ces éléments ont également des répercussions plus globales, au niveau de la société.

### **5.2.3.2 Pour la société**

La dépression est aussi un enjeu de santé publique. En effet, en 2006 il s'agissait déjà de la troisième maladie handicapante et, selon l'OMS, elle sera « la principale cause de charge excessive en 2030 » (FERRERI et al., 2006; ONEIB et al., 2018). De surcroît, en dépit du développement des politiques de prévention, les décès par suicide ne diminuent pas (EISINGER, 2008).

Cette pathologie représentant un coût important pour la société, un rapport IGAS datant de 2019 a étudié la possibilité en France de financer les psychothérapies utilisées dans le cadre de la dépression et de renforcer la coordination des soins, dans le but de diminuer ce coût. Ces deux solutions seraient économiquement avantageuses. En effet, elles permettraient d'accroître « l'adhésion aux soins » mais aussi de diminuer « le recours aux

soins inutiles » ainsi que les « phénomènes pathologiques associés » comme la douleur par exemple. D'autres pays ont déjà sauté le pas et conclu à l'intérêt de ces financements (EMMANUELLI et al., 2019).

Cependant, avant de proposer au patient une thérapie, il est important d'évaluer sa dépression.

## **5.2.4 Prendre en charge la dépression**

### **5.2.4.1 L'évaluation**

Près de la moitié des personnes atteintes d'une dépression ne sont pas diagnostiquées. Ceci peut s'expliquer par la distinction parfois complexe qui doit être faite entre un simple « mal-être » et une dépression à proprement parler. De plus, cette pathologie peut être dissimulée par « des plaintes somatiques » (EISINGER, 2008).

La plupart du temps, le diagnostic de dépression est étayé par ce que l'on appelle des « spécificateurs de sévérité et d'évolution », tels que « épisode unique ou récurrent », « léger, modéré ou sévère », « en rémission partielle ou en rémission complète » (Psychomédia, 2016). Des évaluations psychométriques existent, qu'il s'agisse d'hétéro (échelle de dépression de Hamilton, échelle d'évaluation de Montgomery ...) ou d'auto évaluations (échelle de Beck, échelle d'autoévaluation de la dépression de Zung ...) (FERY, 2019; HAS, 2017).

La réalisation de ces évaluations permet par la suite de proposer des solutions adaptées à la personne.

### **5.2.4.2 Le traitement**

Des antidépresseurs sont prescrits et ont déjà prouvé leur efficacité en permettant la guérison de plus des trois quarts des dépressions (SERRA, 2014). Cependant, ils ne s'adaptent pas à toutes les personnes et ne constituent pas l'unique solution existante (FOUCAULT, 2018; SARAVANE, 2015; VAIRET, 2017). En effet, des psychothérapies (efficaces dès les épisodes légers), de l'électro-convulsivothérapie (en cas d'épisode sévère) ou encore de la Stimulation Magnétique Transcrânienne (TMS) peuvent être proposées (VAIRET, 2017). De plus, des problèmes d'observance sont fréquemment rencontrés lors de la prise de traitements médicamenteux : quasiment la moitié des personnes arrêtent leur traitement au cours des

trois premiers mois, contre avis médical (SERRA, 2014). Le manque de conscience du trouble mais aussi d'information du patient et de son entourage sont des explications à ce phénomène (EISINGER, 2008). En revanche, on peut constater que les médicaments sont plus efficaces lorsqu'ils sont combinés avec des traitements non médicamenteux (SERRA, 2014).

De manière plus générale, en psychiatrie, les traitements non médicamenteux sont préconisés en sus du traitement médicamenteux. Le choix des moyens mis en œuvre dépend notamment de la personne (selon ses besoins, ses difficultés ...). Des thérapies cognitivo-comportementales peuvent être proposées, de la thérapie systémique, de l'ergothérapie ainsi que de la kinésithérapie ou encore des « pratiques psychocorporelles », de la musicothérapie, du yoga ... Cependant il faut bien garder à l'esprit que ces pratiques nécessitent des professionnels formés (EMMANUELLI et al., 2019; SARAVANE, 2015).

L'exercice physique est une activité qui peut être proposée aux personnes dépressives, en vue de l'amélioration de leurs performances cognitives. Cependant, les résultats concernant leur efficacité restent variables selon les études (BUSCHERT et al., 2019). D'autres approches nouvelles sont à l'essai, comme l'éducation thérapeutique par exemple (VAIRET, 2017), ou bien le développement de psychothérapies via un ordinateur (SERRA, 2014).

Dans tous les cas, la prise en charge est longue et doit prendre en compte trois éléments : « l'histoire du trouble » (éléments déclencheurs ...), « les éléments liés au patient » (idées suicidaires) et les éléments contextuels (contexte familial, professionnel ...) (EISINGER, 2008). Il est enfin nécessaire de donner des informations claires au patient et d'inclure son entourage afin de maximiser son efficacité (EISINGER, 2008; WIROTIUS & PETRISSANS, 2005).

Cette appréciation de la situation globale de la personne permet de prendre en compte dans l'accompagnement du patient les autres affections dont il peut parfois souffrir, comme la douleur par exemple.

## **5.2.5 Douleur dans la dépression et dépression dans la douleur**

### **5.2.5.1 Douleur dans la dépression**

Moult patients ayant une dépression ont déjà rapporté des douleurs à leur médecin traitant (68,6%) et 99% ont rapporté des plaintes somatiques (ONEIB et al., 2018). En population générale, les chiffres sont bien moins importants, 17% environ déclarant avoir des

douleurs corporelles. Dans le cadre de la dépression, ces douleurs vont non seulement compliquer le diagnostic et accentuer la sévérité de l'épisode, mais également prolonger sa durée de 6 mois en moyenne et favoriser les rechutes (aggravant ainsi le pronostic à long terme) (BAIR et al., 2003; PELISSOLO, 2009). En cas d'hospitalisation, c'est 92% des personnes dépressives qui rapportent une douleur, dont les trois quarts une douleur multiple ! Les plaintes les plus fréquentes sont des douleurs musculaires, des cervicalgies, des maux de têtes ainsi que des lombalgies (LYNCH et al., 2011; PELISSOLO, 2009; SERRA, 2014). La dépression est en effet un facteur capable d'induire diverses pathologies (hypertension artérielle, accident vasculaire cérébral, lombalgie ...) (WIROTIUS & PETRISSANS, 2005). Les hommes sont moins sujets à ces douleurs que les femmes dans le cadre d'une dépression (PELISSOLO, 2009). Les personnes dépressives grossissant les expériences négatives qu'elles vivent, leur perception de la douleur s'en trouve accrue. Cette dernière est également plus susceptible de se chroniciser, tout comme les handicaps ont plus de chance de se multiplier (WIROTIUS & PETRISSANS, 2005). En dépit de ces chiffres, les symptômes physiques ne sont nullement inclus dans les critères diagnostiques de la dépression (ONEIB et al., 2018).

D'une façon générale, les pathologies psychiatriques affectent une personne bien au-delà de son psychisme : il y a un impact physique, un impact sur le corps (troubles de l'image du corps, perte de l'estime de soi, tensions psychomotrices, douleurs ...). La douleur corporelle devient alors le support de l'expression de la souffrance psychique. Cette douleur corporelle va changer la relation que la personne a avec son environnement (BOUETTIER, 2018). La dépression dite « masquée » correspond à cette situation de « somatisation de la souffrance psychique » et va être un moyen pour la personne d'entrer en relation avec l'autre (WIROTIUS & PETRISSANS, 2005). Par conséquent, lorsqu'une personne dépressive rapporte des douleurs physiques, une « comorbidité médicale », c'est-à-dire une autre pathologie, n'est pas forcément présente (PELISSOLO, 2009).

Selon Antoine PELISSOLO, il existe peu d'études s'intéressant à la façon dont la qualité de vie est impactée par les douleurs physiques des personnes dépressives. Selon les quelques données existantes, la qualité de vie de ces personnes serait moindre, en comparaison avec celle des personnes dépressives ne présentant pas de douleurs physiques (PELISSOLO, 2009).

### 5.2.5.2 Dépression dans la douleur

A l'inverse, on peut également affirmer qu'il existe un lien entre la présence d'une douleur et celle d'une dépression, ou au moins de symptômes dépressifs (COTTENCIN, 2009; ONEIB et al., 2018).

Selon Éric SERRA, c'est essentiellement la douleur chronique qui est susceptible d'entraîner une dépression. Près d'un tiers des patients ayant une douleur chronique seraient dépressifs (SERRA, 2014), la durée et l'importance de cette douleur étant corrélées à celles de la dépression (COTTENCIN, 2009). De plus, la dépression et les douleurs chroniques sont influencées par les mêmes facteurs environnementaux (WIROTIUS & PETRISSANS, 2005). Les plaintes douloureuses sont le plus fréquemment liées à des douleurs musculaires et des lombalgies (SERRA, 2014). Quelle que soit la douleur ou la pathologie à laquelle la dépression est associée, cette combinaison entraîne un risque de négligence des symptômes de la dépression (« c'est normal d'être triste avec une telle maladie »), compliquant d'autant plus son diagnostic (COTTENCIN, 2009).

La régularité de l'association entre douleur et dépression pourrait être expliquée par « l'hypofonctionnement des systèmes sérotoninergiques et noradrénergiques d'où un phénomène d'amplification « somatosensorielle » » (PELISSOLO, 2009). Là où cette association est vraiment problématique, c'est qu'elle entraîne une « aggravation des pronostics » réciproques. Par exemple, un patient ayant une dépression associée à un symptôme somatique voit ses chances de guérir amoindries en comparaison avec un patient dépressif sans symptôme somatique. Elle augmente également le mal-être du patient et le travail des professionnels de santé (RADAT & SERRA, 2009; SERRA, 2014). De plus, la « comorbidité somatique est un facteur de chronicisation, d'aggravation et d'augmentation du risque suicidaire » et accentue les « handicaps psychosociaux liés à chacune des pathologies » (COTTENCIN, 2009). Pourtant, l'association entre douleur et dépression n'est qu'insuffisamment évaluée (COTTENCIN, 2009) et incluse dans la thérapeutique. En 2008, on ne trouvait encore aucune recommandation officielle pour la prise en charge de cette association (PELISSOLO, 2009). Selon les recommandations françaises actuelles sur la dépression, c'est par une approche globale que l'on parvient « à un traitement multimodal de la comorbidité douleur/dépression » (SERRA, 2014).

## **5.3 L'accompagnement ergothérapeutique d'une personne souffrant de dépression**

### **5.3.1 Qu'est-ce qu'un accompagnement en ergothérapie ?**

#### **5.3.1.1 Ergothérapie et ergothérapie en santé mentale**

Selon le Syndicat des Instituts de Formation en Ergothérapie Français, « L'ergothérapie est une profession paramédicale qui fonde sa pratique sur le lien entre l'activité humaine et la santé et prend en compte l'interaction entre la personne, l'environnement et l'activité ». Un accompagnement en ergothérapie est donc personnalisé, puisque dépendant de l'individu accompagné et de ses habitudes de vie. L'objectif de l'ergothérapeute est de soutenir les personnes en situation de handicap dans la réalisation de leurs activités quotidiennes. En cela, il permet d'améliorer, maintenir ou restaurer l'autonomie et l'indépendance de ces personnes. Ses moyens d'actions sont variés : bilans, mises en situation, préconisations et réalisation d'aides techniques (du fauteuil roulant à l'orthèse, en passant par la pince à long manche), aménagement de l'environnement, réalisation d'orthèses, activités manuelles (SIFEF, 2019) ...

Dans le domaine de la santé mentale, bien que les ergothérapeutes soient compétents pour intervenir auprès d'un public de psychiatrie, ils sont peu présents (RIOU, 2016). En effet, seuls 5% environ de ces professionnels exercent dans ce domaine (ANFE, 2015). Pour la majorité, ils exercent dans les structures sanitaires, bien qu'il leur arrive de travailler dans des structures médico-sociales ou encore en libéral (RIOU, 2016). Les rôles de l'ergothérapeute en santé mentale sont également multiples (aider la personne à développer ses relations, « lui donner un sentiment d'appartenance à un groupe [...], l'aider à maîtriser son angoisse [...], l'inciter à reprendre confiance en ses propres capacités » ...). Ils visent à « sauvegarder et restaurer une activité psychique » chez la personne (HERNANDEZ, 2016), mais aussi à évaluer l'impact de la pathologie dans les domaines professionnel, scolaire, relationnel et de la santé. Ceci permet à la personne suivie de conserver une qualité de vie adéquate, en se construisant et en s'épanouissant « en tant que sujet » (RIOU, 2016).

Un accompagnement ergothérapeutique en santé mentale se déroule classiquement selon la chronologie suivante : recueil des données et évaluation initiale, réalisation du diagnostic ergothérapeutique et utilisation d'un cadre conceptuel, formulation des objectifs de

suivi, choix du cadre de l'intervention, réalisation de bilans. La famille est impliquée autant que possible, puisqu'elle sera la première concernée par le retour à domicile de la personne (RIOU, 2016).

Le cadre est un élément essentiel dans ce type d'accompagnement, que l'ergothérapeute accompagne un groupe ou une seule personne, qu'il observe, écoute ou utilise une médiation thérapeutique. La constance du cadre thérapeutique permet de rassurer la personne (caractère contenant et sécurisant), aide à instaurer une relation de confiance et aide à détecter un changement dans le comportement de la personne (HERNANDEZ, 2016). Bien que cette stabilité du cadre soit essentielle, une certaine souplesse est également à conserver afin de s'adapter à la personne accompagnée (KLEIN, 2014).

Le choix d'accompagner une personne en groupe ou en individuel est un autre point important. L'individuel lui permet d'évoluer à son rythme, dans un espace-temps qui lui est dédié et où elle peut se sentir exister. Des problématiques personnelles peuvent y être librement abordées. Le groupal quant à lui permet à l'individu d'appartenir à un groupe. Ici, l'ergothérapeute sera davantage attentif à la façon dont la personne s'intègre (ou non) dans le groupe : l'aspect social est en première ligne (KLEIN, 2014).

La proposition de matériaux variés est également un aspect important pour accompagner l'individu vers une appropriation des activités proposées. L'ergothérapeute s'intéresse aussi aux symptômes de la personne. Cet intérêt s'explique par ce que représente un symptôme en psychiatrie, à savoir un mal-être psychologique (HERNANDEZ, 2016).

Globalement en santé mentale, c'est l'autonomie de la personne qui est essentiellement visée, quels que soient les moyens mis en œuvre (KLEIN, 2014).

Cependant, l'accompagnement ergothérapeutique s'appuie également sur des éléments plus théoriques : les modèles conceptuels.

### **5.3.1.2 Des modèles conceptuels**

Le modèle psychodynamique est le plus utilisé par les ergothérapeutes en psychiatrie (ZUNA et al., 2016). Cependant, d'autres modèles existent, comme le modèle de réhabilitation psychosociale, le modèle cognitivo-comportemental, le Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel, le modèle Kawa (RIOU, 2016; ZUNA et al., 2016). Les deux derniers modèles cités sont spécifiques à la pratique de l'ergothérapie, contrairement aux deux modèles précédents qui sont interprofessionnels.

Afin de jauger l'intérêt de ces différents modèles, on se base sur l'expérience d'une ergothérapeute exerçant au sein d'une structure psychiatrique dont le public est pour la majorité composé de personnes adultes dépressives (ZUNA et al., 2016). Les séjours s'étendent la plupart du temps sur une période de cinq semaines. Des traitements médicamenteux peuvent être prescrits à ces personnes, des soins à visée psychothérapique également. L'ergothérapie s'inscrit dans ce dernier type de soins. Elle peut parfois aider à poser le diagnostic. L'ergothérapeute va pouvoir mettre en place des activités créatives (écriture, menuiserie, arts plastiques ...) qui s'inscrivent dans un cadre précis : le lieu est la salle d'ergothérapie, les personnes peuvent y venir selon leur souhait ou bien suite à une préconisation de l'équipe (ZUNA et al., 2016).

Deux modèles essentiellement permettent de comprendre l'utilisation qui est faite de ces activités à visée psychothérapique :

- Le modèle psychodynamique : ce modèle se base sur une approche bottom-up ; il permet de comprendre quels sont les éléments intrapsychiques qui vont dérégler le quotidien de la personne.
- Le modèle cognitivo-comportemental : il s'appuie sur l'acceptation des faits qui ont déstabilisé la personne ainsi qu'un changement de son comportement (ZUNA et al., 2016).

Ces modèles s'utilisent dans l'ordre ci-dessus. En effet, le modèle psychodynamique aide à l'instauration d'une relation de confiance et sécurisante, permettant de faire remonter à la surface les événements qui posent problème à la personne. Ici, l'ergothérapeute passe par la réalisation d'un collage thématique (plaisir/déplaisir ou positif/ négatif) puis des entretiens autour de la création (ZUNA et al., 2016). Ensuite, le modèle cognitivo-comportemental va permettre de faire un travail sur les événements ressurgis afin que la personne apprenne à vivre avec. L'ergothérapeute va proposer des exercices de projection, de symbolisation (écrire une lettre à quelqu'un, représenter l'auteur d'un traumatisme par le biais de la poterie ...) puis la réalisation d'un « rite » qui va marquer l'intégration de l'évènement ressurgi (brûler la lettre, enterrer l'objet modelé ...) (ZUNA et al., 2016). Que l'on utilise l'un ou l'autre de ces modèles, la permanence du cadre thérapeutique est toujours un élément essentiel (HERNANDEZ, 2016; ZUNA et al., 2016). L'ergothérapeute peut ainsi se servir de la médiation pour accompagner les personnes ayant une dépression. Cette technique

aide la personne à s'exprimer autrement, à « rendre concrète son intériorité » et à dévoiler ses difficultés (KLEIN, 2014). En filigrane, on utilise le modèle de résolution de problème afin de connaître les difficultés de la personne, les faire ressortir, travailler sur ce qui ressort et évaluer l'impact de l'intervention ergothérapique. L'avantage de ce modèle est qu'il est interprofessionnel ce qui facilite les échanges entre les membres de l'équipe (ZUNA et al., 2016). Globalement, les modèles interprofessionnels sont les plus usités du fait du nombre restreint d'ergothérapeutes dans les établissements psychiatriques (comme vu précédemment), qui ne sont alors pas en mesure d'imposer leurs propres modèles.

Ce type d'accompagnement semble fonctionner : plusieurs personnes dépressives l'ont expérimenté et ont été recontactées un an plus tard. Elles étaient favorables à cette méthode bien qu'elle nécessite de faire face à ses difficultés. Elles ont également pu constater un impact positif sur leur environnement humain. Enfin, des prises de médicaments ont pu être stoppés (ZUNA et al., 2016).

Mais alors qu'en est-il du MCREO et du modèle Kawa ? Les modèles psychodynamique et cognitivo-comportemental utilisent davantage l'activité comme moyen d'intervention, plutôt que comme but. Dans le cadre d'une dépression, les personnes sont plutôt intégrées à la société ce qui incite davantage à utiliser l'activité comme moyen thérapeutique. Or, selon les auteurs, les modèles Kawa et MCREO seraient davantage adaptés à un contexte de réadaptation, et donc à une utilisation de l'activité comme but. Ils ne semblent ainsi pas en mesure de remplacer les modèles psychodynamique et cognitivo-comportemental (ZUNA et al., 2016).

Pour ce qui est du modèle de réhabilitation psychosociale, il joue un rôle important dans le rétablissement de la personne dépressive et permet de réduire les réhospitalisations (SIU-CHONG CHEUNG et al., 2016). Il pourrait même être en lien avec un phénomène de neurogénèse, laissant envisager de nouvelles perspectives pour faire évoluer ce type d'accompagnement (SIU-CHONG CHEUNG et al., 2016). L'ergothérapeute est un professionnel qui s'inscrit tout à fait dans un accompagnement de type réhabilitation psychosociale. En effet, il vise la participation et l'engagement de la personne « dans ses activités et rôles sociaux dans sa communauté » (FERY, 2019).

Une fois que le modèle conceptuel a été choisi, l'ergothérapeute peut intervenir de plusieurs façons auprès des personnes atteintes d'une dépression avec des douleurs associées.

### **5.3.2 Une remise en activité nécessaire**

#### **5.3.2.1 La mise en place d'une routine**

La reprise des activités est bien souvent synonyme de « moteur de changement » dans le cadre de l'accompagnement d'une personne souffrant de dépression. La mise en place d'une routine permet de mieux contrôler les variations de l'humeur et d'aider la personne à retrouver une participation qui lui convient dans ses activités (FOUCAULT, 2018; Ordre des ergothérapeutes du Québec, 2009). Pour parvenir à cette routine, il est nécessaire de s'entretenir avec la personne pour faire un état des lieux des activités réalisées, afin de cerner ce qu'elle ne peut plus ou a du mal à faire et ce qui a de l'importance pour elle. Un programme d'activités peut ainsi être mis en œuvre (FOUCAULT, 2018; OPP, 2020). Selon Marie-Lyse FOUCAULT, dans le cadre de ce programme, l'ergothérapeute peut proposer plusieurs activités :

- Des « activités agréables » : qui permettent notamment de réduire l'anhédonie. En outre, le simple fait de choisir une activité entraîne un « sentiment d'accomplissement »
- Des activités planifiées : l'organisation en amont des activités proposées est importante, elle aide la personne à les réaliser par la suite.
- Des activités en adéquation avec les capacités et le ressenti de la personne : cette dernière doit prendre conscience de la fatigue qu'elle peut ressentir et être capable de s'y adapter.
- Un accroissement progressif de la quantité d'activités ainsi qu'une variation de leur contenu. On pourra tout d'abord accompagner la personne dans ses soins personnels puis dans les loisirs et la productivité ce qui lui donnera un « sentiment de contrôle » et favorisera la socialisation.

- Des activités préparant le patient à une reprise de son activité professionnelle : le retour au travail est souvent un véritable défi mais également un énorme enjeu. En effet, il est valorisant et fait partie intégrante de la routine de la personne. Cependant, il est primordial de le préparer progressivement, en repérant les obstacles mais également en soulignant les ressources de l'individu. (FOUCAULT, 2018) L'ergothérapeute est en mesure d'accompagner la personne ayant une dépression vers un retour à l'emploi. Des données probantes montrent qu'il permet, en sus d'autres traitements, non seulement à la personne de reprendre le travail plus rapidement, mais également « une plus haute efficacité des coûts » (WEISE et al., 2013).

### **5.3.2.2 Limiter les risques de récurrence et suicidaire**

La récurrence étant fréquente chez les personnes dépressives, l'ergothérapeute peut la prévenir en rendant la personne actrice de son accompagnement. Elle est ainsi amenée à « développer ses propres stratégies ». Cette implication et ces stratégies pourront être réutilisées ultérieurement, si la personne sent qu'elle est sur une mauvaise pente. En somme, on peut dire que cette méthode l'aide à gagner en autonomie (FOUCAULT, 2018).

Selon une étude réalisée en 2016, les ergothérapeutes seraient aptes à élaborer des accompagnements permettant entre autres de prévenir le suicide. Comment l'expliquer ? L'ergothérapeute agit sur l'équilibre occupationnel et l'engagement des personnes au travers d'activités significatives. Il va soutenir, tant par ses sollicitations que des aménagements, la personne dans la réalisation de ses loisirs. Or, plus du temps est consacré à l'engagement dans des activités de loisir plus les niveaux de dépression sont bas et ceux de satisfaction de vie hauts. Bien que cette étude ait été réalisée aux USA, elle permet d'envisager un accompagnement centré sur la notion de plaisir, en passant par des activités de loisir (ODOM, 2016). Selon une étude suisse de la même année, les activités de loisirs semblent davantage utilisées en ergothérapie en début d'accompagnement chez les personnes dépressives, tandis que les activités de la vie quotidienne prennent de l'importance plus tard dans le « processus thérapeutique » (TREUSCH et al., 2016).

Ces activités de loisirs sont en fait l'une des nombreuses méthodes pouvant être utilisées par l'ergothérapeute.

### **5.3.2.3 Des moyens d'action multiples**

En ergothérapie, il est possible de mettre en œuvre des thérapies psychocorporelles, telles que la relaxation, l'art-thérapie, la sophrologie, le yoga ou encore l'hypnose dans le cadre de l'accompagnement d'une personne atteinte de dépression. Ces méthodes permettraient d'améliorer l'autonomie de ces personnes ainsi que leur empowerment. Elles amélioreraient l'inquiétude, les ruminations, les débordements d'émotion. Ces résultats sont parfois controversés (JOUANNY, 2019).

Lorsque l'on utilise la médiation, il est possible de proposer une multitude d'activités, basées sur des expériences perceptivo-sensorielles (pour accompagner la personne dans la recherche des sens lui permettant de retrouver une sensation de plaisir), gestuelles et motrices, autour des fonctions supérieures (travail sur l'altération des fonctions cognitives lorsque la dépression est inscrite dans la chronicité), identitaires (réalisation complète de projets), relationnelles (travail en lien avec un groupe afin qu'elle se sente davantage exister) ou encore créatives et projectives (permet à la personne de matérialiser ses pensées et de développer son sentiment d'existence) (*Dispositif états dépressifs*, 2015). Il est important dans la médiation de laisser la place pour des temps de non-action qui incitent notamment le patient à se recentrer sur lui-même. L'ergothérapeute doit également rester vigilant quant à l'utilisation d'une activité créative : cette-dernière n'est pas utilisée comme un simple passe-temps. Elle est thérapeutique parce que le thérapeute sait ce qu'elle peut apporter à la personne accompagnée et quelles sont les limites de son potentiel thérapeutique (*Dispositif états dépressifs*, 2015). L'utilisation d'un objet comme médiation thérapeutique peut faciliter l'expression de la personne, la développer et la soutenir. « Sur ou avec la matière, à travers l'agir et/ou la construction d'un objet, d'une réalisation, le patient en vient à rendre concrète son intériorité, à dévoiler sa personnalité, ses préoccupations, ses difficultés » ce qui permet à une personne dépressive par exemple d'extérioriser ses problèmes et au thérapeute de mieux la comprendre et l'accompagner. La qualité d'écoute du professionnel est fondamentale (KLEIN, 2014).

Florence KLEIN suggère également que les œuvres réalisées en ergothérapie s'inscrivent dans le temps. En effet, les conserver tout au long de la prise en charge permet notamment de concrétiser cette-dernière. Ces créations peuvent également être exposées au sein de la structure, seules ou bien avec les créations d'autres personnes. Ceci peut être un bon moyen pour l'individu de se sentir revalorisé (KLEIN, 2014) (un élément important pour les personnes dépressives par exemple qui ont une image péjorative d'elles-mêmes (VAIRET, 2017)).

Enfin, les échanges en équipe restent primordiaux, tant pour proposer une prise en charge cohérente et adaptée à la personne que pour le professionnel de santé qui se sent lui aussi entouré et soutenu (KLEIN, 2014). L'intervention d'une psychologue en parallèle de l'ergothérapeute par exemple peut aider la personne à se rendre compte du chemin parcouru et des progrès réalisés.

L'ensemble de ces moyens d'action étant basé sur la proposition d'activités, il est intéressant de se demander pourquoi réaliser une activité fait du bien à une personne ?

#### **5.3.2.4 La notion de flow**

L'« expérience de flow » ou « expérience optimale » (un état de conscience modifié (HARTMANN, 2018)) se produit lorsque l'on est concentré sur des buts réalisables, avec nos capacités qui correspondent aux opportunités d'action. Ces buts permettent à la personne de focaliser son attention sur la tâche à réaliser, oubliant ainsi temporairement les autres choses. Le flow permet d'exercer un contrôle sur notre énergie psychique et d'ordonner notre conscience. Ce type d'expérience permet également à la personne de se sentir plus compétente. Il existe différentes façons d'atteindre le flow : en utilisant les capacités de son corps, en gagnant du contrôle sur ses processus mentaux (dans le cas contraire la personne peut se focaliser sur une douleur réelle ou imaginaire par exemple), en sollicitant ses capacités mnésiques, en écrivant des moments vécus, en rendant son travail plus agréable, en gérant ses moments de solitude, en voyant le côté positif dans les moments difficiles, en trouvant un équilibre dans ses activités par exemple (CSIKSEZNTMIHALYI, 1990) ou encore en utilisant « la relaxation, la médiation et l'hypnose » (HARTMANN, 2018). La conscience s'en trouve davantage ordonnée, et la qualité de vie améliorée (CSIKSEZNTMIHALYI, 1990). En théorie,

n'importe quelle activité est en mesure de nous faire ressentir du flow, bien qu'il soit plus judicieux que cette activité ait du sens pour la personne et que sa difficulté soit graduée, qu'elle représente le juste défi (HARTMANN, 2018; REID, 2011).

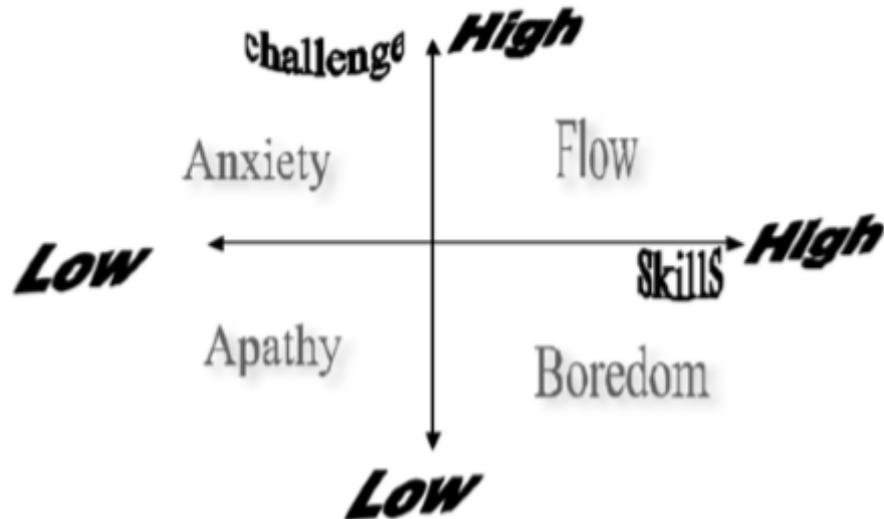


Figure 3 : Modèle bidimensionnel du flow (CSIKSEZNTMIHALYI, 1988)

Or, selon M. CSIKSZENTMIHALYI, « seul l'engagement dans une activité significative peut lutter contre la dépression » (MOREL-BRACQ, 2018). Le flow permet donc de se rendre compte des potentiels bénéfiques thérapeutiques de l'activité puisqu'il forme une passerelle entre « l'engagement dans les activités et la qualité de vie subjective des personnes » (HARTMANN, 2018). Le rôle de l'ergothérapeute est alors de favoriser l'engagement occupationnel des usagers qu'il accompagne, dans des occupations qui leurs sont adaptées (MOREL-BRACQ, 2018).

### 5.3.3 Et la douleur dans tout ça ?

Dans le cadre d'une douleur psychosomatique, l'ergothérapeute peut utiliser la médiation pour que la personne puisse s'exprimer autrement qu'à travers une somatisation. Le corps n'est plus l'unique solution pour extérioriser sa souffrance (LABROUSSE & MICHAS, 2013). Une autre action possible auprès de ce public est la réalisation d'activités stimulant l'imaginaire. Pourquoi est-ce important ? L'imaginaire a « un rôle essentiel dans la résolution des conflits » : la personne peut se figurer une situation et la revivre le nombre de fois qu'elle le souhaite afin d'y tester différentes attitudes, différents comportements qui l'aideront ainsi

à choisir ce qui lui semble le plus approprié. La personne est alors davantage capable de s'adapter aux situations du quotidien et sera moins encline à la psychosomatisme. L'utilisation d'activités stimulant les cinq sens permet d'accompagner en douceur la personne dans ce travail d'« élaboration psychique ». Enfin, lorsque la personne est en mesure « d'inventer une histoire autour de l'objet produit », on peut considérer que ses facultés d'imagination sont suffisantes. On peut constater que la créativité est un support de la réadaptation en permettant à l'individu de développer ses facultés et en l'incitant à les utiliser dans son quotidien (LABROUSSE & MICHAS, 2013).

Selon Sabrina BOUTTIER, ergothérapeute formée en sophrologie, la médiation corporelle est également un « outil thérapeutique très riche ». Elle va en effet permettre à l'ergothérapeute d'entrer en relation avec la personne et de mieux cerner quels sont les impacts de la pathologie. S. BOUTTIER propose en hôpital de jour un groupe « relaxation », qui s'adresse notamment aux personnes ayant des douleurs ou une perte de l'estime de soi. Le but de ce groupe est de développer la conscience de son corps et son expression. Le patient peut intégrer ce groupe à la demande de l'équipe médicale ou bien de sa propre initiative. Cet accompagnement en ergothérapie s'inscrit dans le suivi global de la personne. Les patients expriment une diminution des douleurs ressenties, une prise de plaisir, de lâcher prise et d'initiatives notamment. Certains ont même été en capacité ensuite de verbaliser des « demandes autour du corps pouvant traduire une meilleure conscience de soi ». Ces demandes sont un tremplin idéal pour accompagner la personne à s'ouvrir en douceur vers le monde extérieur (BOUTTIER, 2018).

Selon Sigmund Freud, « Lorsque l'esprit est distrait par un intérêt d'un autre genre, les douleurs corporelles même les plus intenses ne se produisent pas. Ce fait remarquable trouve son explication dans la concentration de l'investissement sur le représentant psychique de l'endroit du corps douloureux » (BLET, 2014). La réalisation d'activités pourrait donc être une solution pour soulager les douleurs d'une personne, en établissant un planning d'activités ce qui est en plus quelque chose d'utilisé en cas de dépression. Ainsi, certaines actions pourraient permettre d'agir sur la douleur en plus de la dépression, quelle que soit l'origine des plaintes douloureuses.

Il paraît enfin important de noter que les différentes actions pouvant être menées par l'ergothérapeute (thérapies psychocorporelles ...) ne sont pas médicamenteuses. Or, selon un

article d'*Actualités ergothérapeutiques*, les médicaments utilisés dans le cadre d'une douleur chronique par exemple ont des effets secondaires et peuvent entraîner de la fatigue (KLINGER & KLASSEN, 2012). En ce qui concerne les antidépresseurs, ils nécessitent une observance rigoureuse et peuvent perturber des activités quotidiennes de la personne (impossibilité de conduire, difficultés sexuelles, interactions possibles avec le café et l'alcool ...). Leurs effets indésirables font partie des causes les plus fréquentes d'arrêt de traitement. Il en existe de très nombreux, qui varient selon le type d'antidépresseur prescrit (nausées, céphalées, troubles du sommeil, problèmes sexuels, gain de poids ...). De surcroît, ces médicaments peuvent dans un premier temps donner suffisamment d'énergie à une personne ayant des idées suicidaires « pour passer à l'acte » (CAMH, 2012). Il est donc probable que les personnes ayant une dépression importante et qui prennent un traitement médicamenteux peuvent également ressentir des douleurs et/ou un mal-être qui ne sont pas forcément en lien avec la dépression, mais plutôt avec les effets secondaires des médicaments ! L'ergothérapie pourrait alors être tout particulièrement recommandée. En effet, elle permettrait d'agir sur la dépression d'une façon différente et d'en améliorer les symptômes. Si les symptômes décroissent, aussi bien en nombre qu'en intensité, le traitement médicamenteux pourra être diminué, ce qui impactera les effets secondaires potentiellement ressentis.

## **5.4 Problématisation**

Il a été vu que la douleur et la dépression sont toutes deux responsables d'une diminution de la qualité de vie chez l'adulte (FERRERI et al., 2006; PELISSOLO, 2009). Associées, elles interagissent l'une avec l'autre, impactant ainsi négativement leurs pronostics respectifs (RADAT & SERRA, 2009; SERRA, 2014). La fréquence de cette association justifie qu'elle soit reconnue et prise en compte dans les thérapeutiques proposées dans le cadre d'une dépression. Pourtant elle ne l'est encore que très peu à ce jour (COTTENCIN, 2009).

Que ce soit en hospitalier ou en ambulatoire, l'ergothérapeute est compétent pour intervenir auprès des personnes souffrant de dépression (WEISE et al., 2013). Lorsqu'une douleur est associée à cette pathologie, il n'existe que peu d'exemples d'accompagnements ergothérapeutiques dans la littérature. Des activités sollicitant l'imaginaire de la personne ainsi

que la médiation corporelle (telle que la sophrologie par exemple) sont par exemple utilisées (BOUQUIER, 2018; LABROUSSE & MICHAS, 2013).

En s'intéressant aux prises en charges respectives de la douleur et de la dépression chez l'adulte, il est possible de relever plusieurs points communs, montrant ainsi que certaines actions permettraient d'agir à la fois sur les plaintes douloureuses et la dépression : des traitements médicamenteux (dont certains médicaments peuvent être communs à ces deux affections), de l'éducation thérapeutique, diverses thérapies (psychocorporelles, cognitivo-comportementales), l'instauration d'une routine d'activités, rendre la personne actrice de sa prise en charge, inclure l'entourage, une prise en charge pluridisciplinaire (voir annexe A). Or, de par ses compétences et son approche holistique de la situation de la personne qu'il accompagne, l'ergothérapeute est notamment capable de mettre en œuvre des thérapies psychocorporelles (lorsqu'il y est formé), de l'éducation thérapeutique, restaurer une routine dans les activités de la personne mais aussi collaborer avec son entourage et les différents professionnels de santé.

Malgré ses compétences, l'ergothérapeute paraît être peu inclus dans ce type de prise en charge et il existe très peu de données sur l'efficacité de son intervention dans ce domaine. Ceci amène à s'interroger sur les techniques et approches utilisées dans la pratique par les ergothérapeutes auprès des personnes dépressives adultes présentant des douleurs, dans le cadre d'un accompagnement pluridisciplinaire.

En vue de répondre à cette problématique, il apparaît nécessaire de confronter les données théoriques précédemment décrites à des données issues de la pratique. En effet, les informations extraites de la littérature ne sont pas toujours le reflet de ce qui se passe sur le terrain. Cela s'explique en partie par les nombreuses révisions que peuvent subir les articles pour être publiés (Association Française pour l'Information Scientifique, 2014). De plus, comme vu précédemment, la part des ergothérapeutes exerçant en psychiatrie, et donc régulièrement confrontés à ce public, est relativement faible (ANFE, 2015; RIOU, 2016). C'est notamment pourquoi il a été choisi d'approfondir cette étude en allant à la rencontre de différents professionnels de santé.

# 6 Méthodologie

## 6.1 Objectifs de recherche

Afin de compléter les informations recueillies dans la littérature et d'apporter des éléments de réponse à cette problématique, plusieurs objectifs de recherche ont été définis :

- 1) Quelles sont les techniques et approches utilisées dans la pratique par les ergothérapeutes auprès d'un public dépressif ayant des douleurs associées ?
- 2) Sur le terrain, comment l'action de l'ergothérapeute s'articule-t-elle avec les actions menées par le reste de l'équipe pluridisciplinaire ?
- 3) Pourquoi l'ergothérapeute semble si peu présent dans l'accompagnement de ce public, au moins dans la littérature ?

## 6.2 Type de recherche et outil d'investigation

Ces objectifs font partie d'une recherche de type exploratoire.

Dans le cadre de cette recherche, l'approche méthodologique utilisée est dite locale contextuelle, c'est-à-dire qu'il s'agit d'une méthode qualitative. Cette dernière ne permet pas d'obtenir des données statistiquement significatives, mais plutôt de se pencher sur le contexte d'un vécu singulier de personnes choisies selon des critères précisés ultérieurement. Elle permet également d'obtenir un grand nombre d'informations. Un travail d'interprétation sera nécessaire pour les analyser, puisque c'est la subjectivité de la personne qui est recueillie.

L'outil d'investigation choisi est l'entretien de recherche. Cet outil est parfaitement adapté à une méthode qualitative puisqu'il permet de produire une multitude de données. Dans le cadre de ce mémoire, le choix a été de réaliser des entretiens individuels et enregistrés, que ce soit par téléphone ou de visu. Pour mener à bien ces entrevues, deux guides d'entretien ont été conçus (voir annexes D et E). Ils se composent de plusieurs questions ouvertes : on parle dans ce cas d'entretiens semi-directifs. Selon les personnes interviewées, certaines questions étaient communes, d'autres non, ceci dans le but de s'adapter à leurs contextes de pratique.

### **6.3 Choix des personnes interviewées**

Pour constituer l'échantillon des personnes interrogées, une méthode ethnographique a servi d'appui. Celle-ci consiste potentiellement à s'entretenir avec l'ensemble des individus en lien avec la problématique étudiée. Cette méthode permet ainsi de recueillir des informations riches et variées.

Pour affiner le choix, des critères d'inclusion et d'exclusion ont été élaborés (voir annexe B).

Enfin, il semblait important d'inclure dans cette étude les éléments suivants :

- Un professionnel de santé travaillant auprès ce public associant dépression et douleur et collaborant avec un ou des ergothérapeutes
- Une part plus importante d'ergothérapeutes, puisque cette étude s'intéresse tout particulièrement à leurs pratiques
- Un des ergothérapeutes exerçant en psychiatrie et un autre travaillant spécifiquement auprès de personnes douloureuses, afin de pouvoir comparer les techniques employées dans ces deux contextes d'exercice.

### **6.4 Contraintes prévisionnelles de l'étude**

Dans le cadre de cette étude, plusieurs contraintes sont à souligner.

En premier lieu, cette étude s'inscrit dans le cadre de la dernière année de formation. Ainsi, ce travail est individuel, le temps disponible est limité, le nombre de pages imposé et le choix des outils méthodologiques restreint. Ceci est à la source de plusieurs limites.

Ayant réalisé cette étude seule, aussi bien en ce qui concerne la méthodologie (avec le choix des personnes interviewées, la construction du guide d'entretien ...) que l'analyse des interviews (classification et interprétation des données obtenues ...), mon point de vue transparait ainsi tout au long de cette étude et ne peut être parfaitement objectif en dépit de mes efforts.

Également, il faut noter que quatre personnes ont été interviewées, ce qui est un petit échantillon en regard de la méthode ethnographique choisie. Au vu des contraintes exposées plus haut, il n'aurait pas été possible d'interroger davantage de personnes dans la limite de temps imposée. Ceci est accentué par l'incitation à choisir une méthode qualitative, qui

implique un travail chronophage (retranscription et analyse des entretiens notamment). Ce type de méthode implique également que les personnes interviewées, bien que répondant à des critères d'inclusion (subjectifs qui plus est) ne sont pas forcément représentatives des professionnels travaillant auprès de ce public ayant une dépression et des douleurs associées, aussi bien concernant leurs pratiques, que leurs points de vue.

Certains aspects, perspectives et approches, auraient pu être davantage approfondis au cours de ce travail. Une nouvelle fois, la contrainte de temps, mais aussi le nombre de pages imposé a été un frein à ce développement.

Ensuite, le cadre de passation de ces entretiens peut être un entretien téléphonique, ou bien une rencontre physique. Dans le cadre de cette dernière, l'échange est facilité par la communication non verbale, ce qui n'est pas le cas lors d'un entretien téléphonique. De plus, passer un appel implique que l'on est dépendant du fonctionnement du réseau à un instant T, ceci pouvant perturber la discussion (mauvaise compréhension des paroles, coupures dans la conversation ...).

## **6.5 Méthode de dépouillement et d'analyse des résultats**

Pour traiter et analyser les données obtenues, les entretiens ont été entièrement retranscrits puis étudiés à l'aide d'un tableau d'analyse thématique (voir annexe F). Cette grille a permis de synthétiser les données obtenues et d'entamer une analyse thématique comparative. Comme son nom l'indique, le principe de cette analyse est de comparer, par thème, les informations apportées par les différents interviewés, afin d'en tirer une compréhension et une interprétation particulière. Une analyse combinatoire a également été employée. Elle consiste à mettre en parallèle les points de vue dits EMIC (on prend le point de vue du chercheur pour interpréter les données) et ETIC (on prend le point de vue de l'interviewé pour expliquer les données qu'il a fournies). Ce type d'analyse permet de mettre en relief les éventuels points communs, contradictions, paradoxes entre les points de vue subjectifs des individus questionnés et les données théoriques identifiées au cours de la recherche bibliographique.

## **6.6 Respect des règles éthiques**

Dans le respect de l'éthique de la recherche, les personnes sélectionnées ont toutes été contactées dans un premier temps par mail afin d'expliquer brièvement l'objet du mémoire, de proposer un entretien et de remplir un formulaire de consentement (voir annexe C). Ce dernier explicitait de façon claire et concise l'utilisation qui serait faite des données obtenues au cours de l'entretien, et assurait l'anonymat et la confidentialité de l'interviewé. Cette recherche du consentement éclairé est en accord avec la loi Jardé (ANRS, 2017; Inserm, 2017).

# **7 Résultats et discussion**

## **7.1 Facteurs limitants et favorisants du contexte d'investigation**

Dans les faits, quatre entretiens ont pu être réalisés. Trois ont eu lieu par téléphone, un autre lors d'une réelle rencontre. Les quatre personnes interviewées ont toutes été prévenues en amont de cet entretien, une date et une heure ont été fixées selon leur convenance. Les formulaires de consentement ont aussi été remplis, tout ceci constituant des facteurs favorisants à la réalisation de cette investigation. En revanche, lors de l'un des entretiens un facteur limitant a fait surface : la personne interrogée a dû interrompre l'interview pour répondre à un autre appel. Bien que cette interruption ait été très courte, elle est en corrélation avec les contraintes prévisionnelles évoquées en amont, et à prendre en compte dans l'analyse des résultats.

En ce qui concerne les professionnels sélectionnés, un psychiatre réalisant des consultations de la douleur (anonymisé A), deux ergothérapeutes exerçant en santé mentale (anonymisées B et C) et une psychologue ayant déjà travaillé en psychiatrie mais actuellement en EHPAD (anonymisée D) ont pu être interviewés.

On peut noter que deux critères de sélection ont évolué au cours des entretiens (voir annexe B) :

- Un professionnel de santé exerçant en France : ce critère est apparu car il semblait important d'interviewer un ergothérapeute travaillant spécifiquement auprès de personnes douloureuses. Or, ce type d'ergothérapeute a été retrouvé uniquement

au Canada. Bien que le rôle et la place de ce professionnel soit bien plus reconnu dans ce pays qu'en France, il a semblé qu'il s'agirait d'une limite trop importante dans le cadre de cette recherche justement en lien avec la diversité des pratiques existant entre ces deux pays.

- Un professionnel de santé exerçant auprès d'une population adulte : ce critère d'exclusion a été supprimé car lorsque l'opportunité d'interviewer la psychologue s'est présentée, si l'on se référait aux critères elle ne pouvait faire l'objet d'un entretien puisqu'elle exerçait en EHPAD. Or, le psychiatre qui avait été précédemment interrogé n'exerçait pas actuellement avec des ergothérapeutes, contrairement à elle. Il a alors semblé plus pertinent d'interroger un professionnel de santé connaissant l'ergothérapie et ayant déjà travaillé avec et sans ergothérapeute (quitte à ce qu'il y ait un biais au niveau des patients) plutôt que de passer à côté de ce point de vue qui venait diversifier les témoignages recueillis.

## **7.2 Présentation des résultats par thématique**

### **7.2.1 Un parcours de soins variable et chronophage**

Selon A, « *le médecin généraliste [...] voit le patient, c'est lui qui va l'orienter, qui prend les décisions thérapeutiques* ». Le parcours de soins d'un public atteint de dépression et ayant des douleurs associées débute donc avec les médecins généralistes ou médecins traitants, en accord également avec D. Ceux-ci vont orienter les personnes vers d'autres professionnels. La phase de diagnostic est très importante. En effet, selon C, elle est très attendue par les patients et complexe pour les professionnels. De plus, elle va influencer le parcours de soins puisque ce dernier dépend « *de la symptomatologie repérée comme étant la symptomatologie principale ou d'origine* », comme le souligne A.

D'autre part, l'accompagnement de ce public est long, il peut durer depuis « *plusieurs années* » (A) et en général les patients « *font déjà un bon parcours à droite à gauche le temps d'être identifiés* » selon C. En ce qui concerne les lieux de soins, plusieurs sont cités par les différents professionnels interrogés, mais les plus fréquemment nommés sont l'hôpital psychiatrique, les centres médico-psychologiques ainsi que le cabinet du généraliste.

En lien avec ces lieux de prise en charge, plusieurs professionnels de santé sont cités par l'ensemble des interviewés, à savoir le médecin traitant et le psychiatre. Trois-quarts d'entre eux citent également les kinésithérapeutes, les infirmières et psychologues. Enfin la moitié parlent des aides-soignants, des psychomotriciens, des assistantes sociales et des relaxologues.

En ce qui concerne la fin de l'accompagnement les données recueillies montrent qu'il se termine lors du départ de la personne de la structure qui l'accueille, lorsque la durée de séjour est définie. Dans le cas contraire, le thérapeute s'adapte au cheminement « *psychique* » (B) de la personne. Lorsque cette-dernière est prête, l'arrêt des séances est doucement amorcé selon D.

### **7.2.2 Utilisation de la médiation et du travail corporel dans le cadre d'un accompagnement individualisé**

Dans le cadre de l'accompagnement de ce public, le modèle le plus fréquemment rapporté est le modèle « *psychodynamique* » (C, D). Malgré tout, d'autres sont cités, tout particulièrement des modèles davantage tournés vers l'aspect comportemental. Ces deux types de modèles sont employés simultanément car, selon D, « *c'est important de ne pas aborder le patient sous un seul angle* ».

Les professionnels interrogés s'accordent à dire que l'accompagnement de ce public dépressif ayant des douleurs associées est individualisé. Lorsque l'on s'intéresse ensuite aux techniques utilisées, on en recense un nombre important. D'un point de vue purement médical, plusieurs personnes interviewées soulèvent la place importante occupée par les thérapies médicamenteuses. Ensuite, concernant les thérapies non médicamenteuses, l'usage de techniques comme la relaxation et la méditation font consensus. « *L'éducation thérapeutique* » (A, C) est également une technique citée plusieurs fois, tout comme l'emploi d'une « *démarche d'autonomisation* » (D) du patient. La majorité des interviewés évoquent l'utilité des médiations (B, C, D) : « *l'expression médiatisée, c'est peut-être pour moi ce qui est le plus adapté pour les dépressifs* » (B), « *pour moi c'est la relation médiatisée qui soigne* » (C). Le psychiatre souligne aussi l'emploi « *des pratiques d'information et de soutien* » : le simple fait de « *rencontrer un patient régulièrement* » et d'adopter « *une tonalité positive* » lors des échanges avec lui est bénéfique.

Si on se penche plus particulièrement sur les méthodes utilisées par les ergothérapeutes, on remarque trois principales similitudes dans les accompagnements menés :

- La réalisation de bilans est très rare
- Les médiations sont utilisées
- Un travail corporel est aussi proposé (comme la méditation par exemple)

Pourtant, les médiations utilisées ne sont pas forcément les mêmes, allant du « *modelage, peinture, dessins, collage* » (C) à « *un groupe d'écoute musicale* » (C), en passant par un « *massage à la balle* » (B). Les prises en charge peuvent être individuelles ou groupales selon les thérapeutes.

D'après le psychiatre, en présence des comorbidités de douleur et de dépression, il est préférable de mettre « *en avant les traitements médicamenteux et non médicamenteux qui sont communs* ». Cependant, aucune précision n'est apportée sur une potentielle chronologie à respecter dans l'utilisation de ces traitements. Pour les trois autres professionnels interrogés, le choix des techniques utilisées est influencé par les choix de la personne. Pour les ergothérapeutes, l'utilisation de médiations basées sur la création semble néanmoins venir généralement dans un second temps. En effet d'après B, on va d'abord « *soulager* », et « *amener dans un deuxième temps à créer* ». Dans le même ordre d'idée, C explique que la plupart des personnes dépressives et douloureuses se tournent dans un premier temps vers un travail corporel « *la relaxation* » qui est « *très passive en apparence* » et leur permet de s'« *engager* », pour ensuite aller vers « *une activité qui est entre deux* » (l'écoute musicale) pour enfin arriver à « *la troisième activité qui est plus impliquante, [...] la création* ».

### **7.2.3 Une prise en charge rendue complexe par ses acteurs**

Au travers des quatre entretiens, on peut remarquer que les difficultés principalement rencontrées dans la prise en charge de ce public sont liées soit au patient, soit aux thérapeutes.

Effectivement, les professionnels se heurtent à des patients parfois « *hypochondriaques* » (A), qui peuvent refuser de venir en séance, qui manquent de motivation, qui sont très rattachés à leur « *identité de dépressif et de douloureux* » (C), qui « *sont déjà des plaignants, ils sont dans la plainte, ils restent dans la plainte donc ils vont avoir*

*des bénéfiques secondaires* » (C). L'intrication de la douleur et de la dépression peut aussi représenter un frein, car « *la douleur vient s'ajouter à tous les autres symptômes* » ce qui les empêchent de « *s'emparer de choses pour pouvoir se faire du bien* » (C). D souligne également que ces personnes « *prennent énormément d'énergie psychique au thérapeute* », ce sont « *des personnes qui nous mettent en échec* » et qui sont « *très difficiles à accompagner. A tous les niveaux.* »

Du côté des professionnels de santé, la moitié évoque un manque de formation des médecins (A, B). De plus, la prise en charge de ce public « *inclut différents professionnels avec leurs expériences, leurs points de vue et les connaissances qu'ils ont de leurs domaines. [...]* C'est une intrication qui est très complexe dans l'approche » selon D. Il peut ainsi y avoir une difficulté pour coordonner l'ensemble des actions menées par les différents acteurs.

Quant aux ergothérapeutes, elles rapportent toutes 2 que les médiations, pourtant très utilisées comme vu précédemment, posent parfois problème dans l'accompagnement de ce public. En effet les activités basées sur la médiation demandent à la personne de se mettre en action, alors qu'elle ne se sent pas forcément capable de le faire. C témoigne, « *ils venaient nous manifester qu'ils pouvaient rien faire et nous on leur disait "on va faire quelque chose", ça ne fonctionnait pas* ». S'ajoutent à cela des contraintes institutionnelles incitant l'ergothérapeute à adapter sa pratique : « *on est à différents endroits et les prises en charge individuelles ça devient compliqué* ».

#### **7.2.4 Une place pour l'ergothérapeute dans l'accompagnement de ce public, en collaboration avec l'équipe pluridisciplinaire**

Pour le psychiatre, « *quand on a l'ergothérapeute dans un service de psychiatrie, il est vu comme le thérapeute de l'occupation* ». Pour la psychologue, c'est un professionnel qui favorise l'autonomie du patient. De plus, il y a pour elle des points communs avec sa profession et celle des psychomotriciens puisqu'il s'agit de métiers ne touchant pas directement au soin et donc ayant une place particulière aussi bien dans l'institution qu'auprès du patient.

Du point de vue des ergothérapeutes, chaque professionnel a ses propres compétences, mais certaines techniques « *peuvent être transversales* ». Il est donc nécessaire de faire « *le lien avec les professionnels* ». La collaboration avec le médecin est aussi tout particulièrement

nécessaire puisque l'ergothérapeute travaille essentiellement « *sur prescription* » (B). En revanche on note aussi des points de divergence. Pour B par exemple, sa place est « *reconnue* », tandis que pour C et ses collègues « *on n'est pas toujours très bien identifiées en tant qu'ergo* ». Également C semble mener ses séances seule, tandis que B est toujours en « *coanimation* », hormis pour l'évaluation des patients.

Comme cela a été vu dans la partie théorique, les ergothérapeutes semblaient peu présents dans l'accompagnement d'un public ayant une dépression et des douleurs associées. Questionnés sur les raisons potentielles de ce constat, les différents professionnels ont évoqué plusieurs freins mais aucun ne fait consensus. On peut par exemple retenir :

- Une formation initiale « *moins tournée vers l'écriture* » pour B
- La nécessité de développer son expérience sur le terrain et ses compétences pour C, ainsi que le manque de sollicitation de la part des autres professionnels de santé
- « *L'institution dans ce qu'elle voit de nous, le temps de travail, le matériel qu'on nous donne* » mais également la place que le thérapeute souhaite prendre selon D

Mais alors l'ergothérapeute a-t-il sa place auprès de ce public ? Oui selon les ergothérapeutes et la psychologue qui ont été interrogées à ce sujet. Cependant, une nouvelle fois, les quelques réserves émises varient selon les professionnels, en lien avec les freins cités ci-dessus. Pour B l'ergothérapeute a une « *approche globale* » que les autres professionnels n'ont pas mais certaines de ses compétences pourraient éventuellement être développées. Du point de vue de C, l'important pour travailler avec ce public est de s'intéresser à « *l'intériorité de la personne* ». Quant à D, elle pense que l'ergothérapeute a les compétences nécessaires pour travailler auprès de ces personnes, mais soulève le manque de moyens donnés par les structures.

### **7.2.5 Développer et faire évoluer les traitements non médicamenteux, une perspective d'avenir**

Selon A, le psychiatre, la principale évolution que l'on pourrait attendre dans la prise en charge de ce public serait « *le développement des traitements non médicamenteux* », ainsi qu'une étude de leur possible combinaison avec des traitements médicamenteux. Par exemple, « *on pourrait se poser des questions autour de l'ergothérapie* ». Il envisage également l'utilisation plus fréquente et efficiente d'une psychothérapie de soutien par les

professionnels, et plus particulièrement les médecins généralistes qui sont aux premières loges. Le manque de formation des médecins est aussi un point soulevé par B et qui pourrait se rattacher à cela.

La seconde ergothérapeute, C, évoque quant à elle son inquiétude face à l'utilisation grandissante des modèles conceptuels en ergothérapie. Effectivement, ces-derniers emploient davantage l'activité comme but (refaire la cuisine par exemple) plutôt que comme moyen (comme les activités de médiation), à l'inverse de sa pratique. Pour elle, *« ça va être un appauvrissement pour ces patients-là parce que quand il y a un problème dépressif et un problème de douleur c'est que quelque chose n'a pas pu être symbolisé »*.

Pour le moment, dans les évolutions concrètes, A a pu observer un effort politique qui *« a permis des plans [...] gouvernementaux de lutte contre la douleur »*. Il souligne aussi la possibilité qu'ont actuellement les professionnels de santé d'être mieux formés à la prise en charge de la douleur.

Pour C, l'évolution de l'accompagnement des personnes dépressives et douloureuses a davantage été le fruit de ses observations sur le terrain et de l'adaptation de sa pratique qui en a découlé. Par exemple, face au *« sentiment d'échec »* de ces personnes lors d'activités thérapeutiques créatives, elle et ses collègues se sont ouvertes aux *« techniques corporelles ou musicales »* afin de proposer une gamme d'activités plus large et pouvant mieux correspondre à ce public. Elle se tourne également *« de plus en plus vers la transmission au patient d'auto-soins »*.

### **7.2.6 Et chez la personne âgée ?**

Lors de l'entrevue avec D, des informations concernant l'accompagnement des personnes âgées ayant les comorbidités de douleur et de dépression ont également pu être recueillies. Il semble important d'évoquer ici quelques points de cet accompagnement afin d'élargir la réflexion. En effet, certaines choses sont très similaires à ce que l'on peut retrouver chez un public adulte. De plus, la dépression et la douleur sont toutes deux susceptibles de se chroniciser, d'autant plus lorsqu'elles sont associées (COTTENCIN, 2009; WIROTIUS & PETRISSANS, 2005). Elles peuvent ainsi être retrouvées à un âge plus avancé. En outre, chez ce public, la dépression est davantage susceptible de se traduire par des symptômes somatiques, comme la douleur par exemple (OPP, 2020).

Pour ce qui est du parcours de soins d'un public de personnes âgées ayant une dépression et des douleurs associées, D explique que la dépression peut avoir plusieurs origines, et notamment être en lien avec l'apparition de maladies neurodégénératives, d'où l'intérêt de faire un « *diagnostic différentiel* ». On retrouve donc une nouvelle fois l'importance de cette étape du parcours de soins. L'accompagnement se fait en « *équipe pluridisciplinaire* » et est adapté à chaque personne.

Cette psychologue rapporte utiliser très peu d'évaluations et, tout comme pour un public adulte, s'appuyer sur des techniques utilisant la médiation (atelier d'écriture par exemple) ou corporelles (relaxation, mindfulness). Elle dit aussi privilégier les séances groupales et apporter essentiellement du soutien à ces patients.

En revanche, les difficultés de prise en charge sont pour elle principalement liées au contexte institutionnel et non au thérapeute. En effet, son travail en EHPAD implique qu'elle ne « *peut pas savoir à l'avance la durée [...] de l'accompagnement* ». De plus, le résident n'a pas le choix de ses thérapeutes. Quant aux difficultés liées à la personne, D constate qu'en EHPAD la demande de prise en charge « *vient rarement du sujet* ». Ceci ajouté à l'aspect chronique des comorbidités, cette psychologue se pose parfois « *la question de l'intérêt* » de la prise en charge.

Les évolutions envisagées, en lien avec les difficultés rencontrées sur le terrain, sont aussi essentiellement tournées vers le contexte de travail des professionnels de santé : une augmentation des « *moyens humains* » et des temps de travail seraient les bienvenues. Actuellement, elle constate surtout des progrès scientifiques et une progressive appropriation des thérapies non médicamenteuses par les équipes.

## **7.3 Discussion**

### **7.3.1 Confrontation des résultats en rapport aux études théoriques**

#### **7.3.1.1 Mise en perspective avec le premier objectif de recherche**

Ce travail de recherche exploratoire visait tout d'abord à connaître les techniques et approches utilisées dans la pratique par les ergothérapeutes auprès d'un public dépressif ayant des douleurs associées.

Les données obtenues lors des entretiens ont montré que les modèles conceptuels les plus utilisés sont les modèles psychodynamique et cognitivo-comportemental, qui sont interdisciplinaires. De plus, les professionnels interrogés soulignent l'adaptation de l'accompagnement en fonction de la personne. Ces éléments concordent avec ceux retrouvés dans la littérature. Le modèle de réhabilitation psychosociale n'a en revanche pas été évoqué par les interviewés.

Dans la pratique, les ergothérapeutes disent évaluer rarement. Cette phase d'évaluation n'est pas davantage développée dans les données théoriques, laissant par conséquent un certain flou sur les objectifs de l'accompagnement et l'évaluation de leur atteinte.

Dans les entretiens, il a été possible de voir que les techniques les plus utilisées sont la médiation et le travail corporel, que les séances se fassent en groupe ou en individuel. Parmi les médiations, de nombreuses choses peuvent être proposées selon le contexte de travail du professionnel. Des données nouvelles ont été apportées en comparaison avec la théorie, avec notamment l'utilisation de massages avec une balle ou encore la mise en place d'un groupe d'écoute musicale. Quant au travail corporel, il se centre essentiellement sur l'hypnose, la relaxation et la méditation. La chronologie des activités proposées varie selon le choix des personnes, ce qui est en lien avec la démarche d'autonomisation du patient prônée par les ergothérapeutes auprès de ce public. En revanche, contrairement à ce que l'on pouvait lire dans la littérature, les professionnels interrogés n'ont pas parlé de mise en place d'une routine d'activités ou bien de l'utilisation d'activités de loisirs puis d'activités plus axées sur le quotidien.

Il est à noter que les techniques utilisées sont dépendantes du contexte de pratique des thérapeutes ainsi que de leurs formations, ce qui pourrait expliquer leur diversité. L'une des ergothérapeutes disait également que l'expérience lui avait permis de s'adapter aux besoins de ce public, ce qui pourrait être un autre facteur de la pluralité des pratiques observées.

La fin de l'accompagnement est quant à elle très peu évoquée, aussi bien dans la théorie que dans les interviews réalisées. D'après les entretiens, les personnes dépressives et

douloureuses peuvent être amenées dans leur parcours de soins à être suivies par un centre médico-psychologique ou en hôpital psychiatrique. Il s'agit de lieux où elles peuvent potentiellement rencontrer un ergothérapeute. Or les séjours dans ce type de structure ayant une durée déterminée, le professionnel est alors amené à préparer la fin de l'accompagnement à la fois en fonction de la personne mais aussi du contexte institutionnel.

De façon plus générale, l'ergothérapeute semble faire continuellement évoluer sa pratique en fonction de son expérience sur le terrain. On peut relever que ce public atteint de dépression et de douleur peut être pris en charge dans des structures davantage axées sur le somatique, ou d'autres sur la santé mentale, point sur lequel les éléments théoriques et recueillis auprès des professionnels font consensus. L'ergothérapeute pouvant être amené à travailler dans ces deux types d'établissements, on peut penser que les techniques utilisées seront davantage orientées soit sur un versant plus psychique (pour venir à bout de la dépression) soit sur un versant plus physique (pour réduire les plaintes douloureuses) en fonction du contexte de pratique. Ceci pourrait être à l'origine d'un accompagnement incomplet, ou disons plutôt qui ne sera pas optimal puisque l'une des comorbidités risque d'être négligée. La personne pourrait alors se sentir incomprise, moins s'engager dans les séances et finalement mettre davantage de temps pour se rétablir, voire même ne pas se rétablir du tout. La capacité de l'ergothérapeute à prendre en compte la personne dans sa globalité pourrait permettre de pallier en partie à cette problématique et de proposer des techniques et approches adaptées à ce public.

### **7.3.1.2 Mise en perspective avec le second objectif de recherche**

Ensuite, ce travail de recherche visait à comprendre la façon dont l'action de l'ergothérapeute s'articule avec celle du reste de l'équipe pluridisciplinaire, sur le terrain.

Il a été vu dans les interviews et la littérature que l'accompagnement de ce public était nécessairement pluridisciplinaire. L'ergothérapeute est ainsi amené à échanger et collaborer avec différents professionnels de santé. Travaillant majoritairement sur prescription, il est tout d'abord en lien avec le médecin, qui est le premier interlocuteur des personnes ayant une dépression et des douleurs associées selon les données théoriques et recueillies au cours

des interviews. Selon l'une des ergothérapeutes interrogées, les autres membres de l'équipe sont aussi susceptibles de l'interpeler pour participer à la prise en charge d'un patient. Une collaboration avec la psychologue peut être mise en place, tout comme des séances en coanimation par exemple. Cette coopération entre professionnels est très peu décrite dans les données théoriques étudiées mais semble fonctionner sur le terrain et permettre un accompagnement individualisé, nécessaire avec des personnes dépressives et douloureuses. L'action de l'ergothérapeute apparaît ici comme complémentaire à celle du reste de l'équipe pluridisciplinaire, et organisée via des échanges oraux (par échanges formels aussi bien qu'informels) ou écrits (par prescription).

Cependant, la place de l'ergothérapeute ne semble pas toujours reconnue. En effet dans un entretien, l'une d'entre elle rapporte la difficulté qu'ont ses collègues à cerner sa profession.

Le nombre restreint d'ergothérapeutes exerçant en psychiatrie (ANFE, 2015; RIOU, 2016) pourrait être une première explication à ce phénomène et à l'utilisation majoritaire de modèles interdisciplinaires précédemment évoquée.

En outre, comme l'ont rapporté les professionnels interrogés, certaines de ses compétences sont transversales. Sans compter que l'ergothérapeute peut suivre des formations supplémentaires (pour faire de l'hypnose par exemple) qui accroissent encore son champ de compétences.

D'autre part, dans l'ensemble des entretiens réalisés, lorsque le parcours de soins des personnes dépressives et douloureuses est évoqué, l'ergothérapeute n'est pas cité ce qui suggère que sa place n'est effectivement pas reconnue auprès de ce public. Ceci est un autre frein potentiel à sa collaboration avec les autres professionnels de santé.

Les échanges avec les autres professionnels de santé apparaissent donc comme indispensables, aussi bien pour faire valoir sa profession que pour assurer une bonne coordination entre thérapeutes. Cette-dernière permet de travailler ensemble, efficacement, vers un objectif commun.

### **7.3.1.3 Mise en perspective avec le troisième objectif de recherche**

Enfin, ce travail de recherche visait à expliquer pourquoi l'ergothérapeute semble si peu présent dans l'accompagnement de ce public, au moins dans la littérature.

Les différents entretiens ont permis d'apporter plusieurs éléments de réponse à ce constat. Les ergothérapeutes ont avancé des arguments portant sur leur formation initiale qui n'était que peu tournée vers l'écriture, mais aussi sur le besoin d'accroître son expérience professionnelle avant de publier. Cette nécessité de faire évoluer sa pratique est à mettre en lien avec l'utilisation de la médiation qui peut parfois être problématique auprès des personnes ayant une dépression et des douleurs associées, comme cela a été vu précédemment. Le nombre réduit de publication en ergothérapie concernant ce public serait donc lié aux ergothérapeutes eux-mêmes.

Un second point pourrait aussi entrer en jeu : la place de l'ergothérapeute dans le parcours de soins de ce public, qui ne semble pas encore bien reconnue, bien que l'ensemble des personnes interviewées affirme que ce professionnel a sa place dans la prise en charge de ce public. En effet, celle-ci est très peu évoquée, aussi bien dans la littérature que dans les interviews. Ainsi, comme le souligne l'une des ergothérapeutes interrogées, les autres professionnels ne la sollicitent pas suffisamment. Il semble alors complexe de publier sur sa pratique, alors même que celle-ci n'est pas clairement identifiée dans le contexte institutionnel où elle s'inscrit. Qui plus est, l'ergothérapeute peut être le seul à représenter sa profession dans une structure de santé mentale, ce qui ne facilite pas non plus sa reconnaissance. Ainsi, le contexte de pratique est un autre facteur limitant les publications ergothérapeutiques concernant un public à la fois dépressif et douloureux.

Enfin, comme vu dans la théorie et au cours des différents entretiens, l'accompagnement de ces personnes est individualisé. Il peut donc être ardu de décrire cet accompagnement qui est très variable, non seulement en fonction du thérapeute et de son cadre de pratique, mais aussi en fonction des personnes suivies.

### **7.3.2 Question de recherche et suggestions pour la poursuite de l'étude**

Suite à la recherche bibliographique, un questionnement avait émergé en fin de partie théorique concernant les techniques et approches utilisées dans la pratique par les ergothérapeutes auprès des personnes dépressives adultes présentant des douleurs, dans le cadre d'un accompagnement pluridisciplinaire.

Les éléments recueillis lors des quatre entretiens ont permis de compléter les informations tirées de la littérature. Ces entretiens ont non seulement montré que les actions de l'ergothérapeute sont multiples, mais également que ce professionnel a sa place dans la prise en charge de ce public, bien que cette place ne soit pas toujours bien établie.

La pluralité de ces pratiques, la régularité à laquelle les ergothérapeutes sont confrontés à ce public (au moins en psychiatrie) ainsi que les difficultés qu'ils peuvent rencontrer pour accompagner ces personnes montrent bien l'intérêt et la pertinence de ce travail de recherche exploratoire. Les données obtenues suite à ce travail peuvent permettre de donner des pistes aux ergothérapeutes sur le terrain ou aux étudiants pour mieux appréhender les personnes souffrant de dépression ayant des douleurs associées. De surcroît, communiquer sur ce sujet, sur lequel on ne trouve que peu d'ouvrages littéraires, permet de faire parler de ce public particulier et de la place que l'ergothérapeute prend ou pourrait prendre dans sa prise en charge.

Au cours de cette étude, il a été constaté que les données théoriques et issues des interviews globalement se recourent. Cependant ce travail comporte des limites. Pour réduire celles-ci, approfondir cette étude et récolter de nouvelles informations, il semblerait intéressant de réaliser une seconde recherche. Celle-ci viserait à recueillir trois types d'informations :

- Le parcours de soins des patients ayant une dépression et des douleurs associées
- Les techniques utilisées par les ergothérapeutes
- Les critères de personnalisation de l'accompagnement ergothérapeutique

Ces éléments permettraient d'apporter des précisions sur l'accompagnement mené par l'ergothérapeute et les circonstances de prise en charge de ces patients.

Afin d'obtenir des résultats plus significatifs, un nombre important de personnes devrait prendre part à cette recherche, ce qui impliquerait notamment une durée plus conséquente.

Dans la perspective de réaliser cette seconde recherche et de poursuivre l'étude, la question de recherche est précisée comme suit : comment l'ergothérapeute adapte-t-il son accompagnement sur le terrain auprès des personnes dépressives adultes présentant des douleurs, dans le cadre d'un accompagnement pluridisciplinaire ?

## 8 Conclusion

Au cours de cette étude, une recherche bibliographique a dans un premier temps été effectuée. Il en est ressorti que l'association entre douleur et dépression, bien que fréquente et responsable d'une aggravation de leurs pronostics respectifs, est peu incluse à ce jour dans la prise en charge des adultes qui en souffrent. L'ergothérapeute est quant à lui en mesure d'accompagner les personnes dépressives. Pourtant, en dépit de ses compétences, son action n'est que faiblement documentée, en particulier lorsque des plaintes douloureuses s'y ajoutent. L'utilisation d'activités créatives et de la médiation corporelle est par exemple retrouvée. Un questionnaire a alors vu le jour concernant les techniques et approches qu'utilise dans la pratique ce professionnel auprès des personnes adultes ayant une dépression et des douleurs associées, dans le cadre d'un accompagnement pluridisciplinaire.

Dans le but de répondre à cette problématique et de nourrir la réflexion, ont été choisis une méthode qualitative et l'entretien de recherche comme outil d'investigation. De ce fait, il a été possible d'interviewer quatre professionnels de santé sur le terrain, pour recueillir leur expérience. Il y avait alors trois objectifs de recherche.

Le premier était de connaître les techniques et approches utilisées dans la pratique par les ergothérapeutes auprès d'un public dépressif et douloureux. Il est ressorti que les principaux modèles utilisés sont les modèles psychodynamique et cognitivo-comportemental. Les bilans sont rares, tandis que la médiation et le travail corporel sont très répandus. De nouvelles techniques ont aussi été relevées, comme la création d'un groupe d'écoute musicale. La pratique de l'ergothérapeute évoluant en parallèle de son expérience, les médiations proposées peuvent prendre une multitude de forme en fonction du contexte de travail, du thérapeute et de la personne.

Le second objectif de recherche était de comprendre la façon dont l'action de ce professionnel se coordonne avec celle du reste de l'équipe pluridisciplinaire. Il a été vu que l'ergothérapeute est en lien avec les différents membres de l'équipe (notamment le médecin et le psychologue). Malgré cela, sa place n'est pas toujours clairement identifiée, pouvant alors gêner la coordination avec l'ensemble des professionnels et donc nuire à l'accompagnement de la personne.

Le dernier objectif était d'expliquer pourquoi l'ergothérapeute semble si peu présent dans l'accompagnement des personnes ayant une dépression et des douleurs, au moins dans la littérature. Les entretiens ont été l'occasion d'exposer plusieurs pistes de réflexion, bien qu'aucune ne fasse consensus : une formation initiale auparavant peu tournée vers l'écriture, un besoin de développer son expérience sur le terrain avant de publier, le manque de reconnaissance de ce professionnel dans la prise en charge de ce public, la singularité de chaque accompagnement.

Finalement, cette étude, qui achève la formation en ergothérapie, montre différentes applications pour la pratique. Il apparaît qu'auprès des personnes dépressives ayant des douleurs associées l'ergothérapeute utilise principalement des activités de médiation et un travail centré sur le corps. Il est également nécessaire qu'il sache faire évoluer sa pratique et se faire une place dans l'équipe pluridisciplinaire afin d'accompagner au mieux ce public.

De futures recherches menées auprès d'un panel plus important d'ergothérapeutes seraient utiles pour recenser davantage d'éléments sur l'accompagnement ergothérapique de ce public ainsi que sur le contexte de prise en charge. En outre, la meilleure prise en compte de ces personnes et la reconnaissance de la place de l'ergothérapeute dans leur accompagnement ne sauraient se faire uniquement par des prises de conscience individuelles : le développement des écrits est nécessaire.

Ces éléments ont amené à la question de recherche : comment l'ergothérapeute adapte-t-il son accompagnement sur le terrain auprès des personnes dépressives adultes présentant des douleurs, dans le cadre d'un accompagnement pluridisciplinaire ?

## 9 Bibliographie

- Comité de Lutte contre la Douleur—Qualité et sécurité des soins.* (2017). HAD Mauges-Bocage-Choletais. <https://www.had-mbc.fr/qualite-et-securite-des-soins/comite-de-lutte-contre-la-douleur/>
- De l'importance de traiter la douleur en psychiatrie.* (2015, janvier 28). Infirmiers.com. <http://www.infirmiers.com/les-grands-dossiers/douleur/importance-de-traiter-douleur-psychiatrie.html>
- Dispositif états dépressifs.* (2015). Ergopsy. <http://www.ergopsy.com/dispositif-etats-depressifs-i160.html>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders—5* (Vol. 5). <https://cdn.website-editor.net/30f11123991548a0af708722d458e476/files/uploaded/DSM%2520V.pdf>
- ANFE. (2015). *Démographie et activités des ergothérapeutes au 1er janvier 2015 en France : Enquête national ANFE - CATEL.* <http://www.anfe.fr/images/stories/doc/telechargement/Enquete%20nationale%20ANFE-CATEL.pdf>
- ANFE. (2019). *Ergothérapie—Définition.* ANFE. <https://www.anfe.fr/l-ergotherapie/la-profession>
- ANNEQUIN, D., & CULLET, D. (2002). *Le programme de lutte contre la douleur 2002-2005.* [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/programme\\_lutte\\_douleur\\_2002-05.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/programme_lutte_douleur_2002-05.pdf)

- ANRS. (2017). *Typologie de recherche*. [http://www.anrs.fr/sites/default/files/2017-07/typologie\\_recherche.pdf](http://www.anrs.fr/sites/default/files/2017-07/typologie_recherche.pdf)
- Association Française pour l'Information Scientifique. (2014). *Comprendre le système de publication scientifique*. <https://www.pseudo-sciences.org/Comprendre-le-systeme-de-publication-scientifique>
- BAIR, M. J., ROBINSON, R. L., KATON, W., & KROENKE, K. (2003). Depression and pain comorbidity : A litterature review. *American Medical Association*, 163, 2433-2445.
- BARON, D. (2007). *Marika et le bonheur retrouvé* (Yago).  
<http://outamal.blogspot.com/2014/09/>
- BERTRAND, X. (2006). Préface. *Douleurs : Evaluation-Diagnostic-Traitements*, 7(Cahier 2), 3.
- BLANCHET, A. (1987). *Les techniques d'enquête en sciences sociales* (Dunod).
- BLET, D. (2014, novembre). *Douleur et souffrance*. <https://www.ch-carcassonne.fr/imgfr/files/Douleuretsouffrance.pdf>
- BON, L. (2018). *Qu'est-ce que la réhabilitation psychosociale*. Réhabilitation psychosociale et remédiation cognitive. <https://centre-ressource-rehabilitation.org/qu-est-ce-que-la-rehabilitation-psychosociale>
- BOUTTIER, S. (2018). De la conscience du corps à l'expression de soi. *Soins Etudes et recherches en psychiatrie*. <https://serpsy.org/de-la-conscience-du-corps-a-lexpression-de-soi/>
- BRUN, A. (2018). Médiations thérapeutiques. *EMC - Psychiatrie*, 15(2). <https://www-em-premium-com.docelec.univ-lyon1.fr/showarticlefile/1193994/37-51942.pdf>

- BUSCHERT, V., PROCHAZKA, D., BARTL, H., DIEMER, J., MALCHOW, B., ZWANZGER, P., & BRUNNAUER, A. (2019). Effects of physical activity on cognitive performance a controlled clinical study in depressive patients. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 269(5), 555-563.
- CAMH. (2012). *Les antidépresseurs*. <https://www.camh.ca/-/media/files/guides-and-publications-french/upm-antidepressants-fr.pdf?la=fr&hash=87ECEF40C798B06789DA6A595DA3195769A1EB3A>
- CELESTIN-LHOPITEAU, I., & THIBAUT-WANQUET, P. (2018). *Guide des pratiques psychocorporelles—2ème édition* (Elsevier Masson).
- CHARRETTON, N. (2006). *Promouvoir l'activité pour apprivoiser la douleur—Du modèle à la démarche* [Mémoire DE]. UCBL.
- COTTENCIN, O. (2009). Dépressions sévères : Comorbidités somatiques. *L'encéphale, Supplément 7*, 272-278.
- CSIKSEZNTMIHALYI, M. (1988). *Optimal experience : Psychological studies of flow in consciousness*. Cambridge University Press.
- CSIKSEZNTMIHALYI, M. (1990). *Flow : The psychology of optimal experience* (Harper & Row). [https://www.researchgate.net/publication/224927532\\_Flow\\_The\\_Psychology\\_of\\_Optimal\\_Experience](https://www.researchgate.net/publication/224927532_Flow_The_Psychology_of_Optimal_Experience)
- DAUMERIE, N. (2011). Empowerment et santé mentale. *La santé de l'homme*, 413. <https://planpsy2011.wordpress.com/2011/08/12/parution-de-la-sante-de-l%E2%80%99homme-n%C2%B0-413-empowerment-et-sante-mentale/>

DGOS. (2019, novembre 2). *La douleur*. Ministère des Solidarités et de la Santé.

<https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/douleur/article/la-douleur>

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

[https://doi.org/10.1016/S1634-6939\(08\)48031-6](https://doi.org/10.1016/S1634-6939(08)48031-6)

EMMANUELLI, J., SCHECHTER, F., & SEBAN, I. (2019). *Prise en charge coordonnée des troubles psychiques : État des lieux et conditions d'évolution* (Rapport IGAS N° 2019-

002R; p. 130). [http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2019-002r\\_.pdf](http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2019-002r_.pdf)

FERRERI, F., AGBOKOU, C., NUSS, P., & PERETTI, C.-S. (2006). Clinique des états dépressifs.

*EMC - Psychiatrie*, 3(2), 1-19. [https://doi.org/10.1016/S0246-1072\(06\)44522-3](https://doi.org/10.1016/S0246-1072(06)44522-3)

FERY, C. (2019). *Dépression et participation sociale : Accompagnement en ergothérapie de la personne souffrant de dépression vers une participation sociale* [Mémoire DE, IUFEA].

<https://tel.archives-ouvertes.fr/MEM-CLERM-ESF/dumas-02347580v1>

FOUCAULT, M.-L. (2018, février 27). *Dépression : Implication de l'ergothérapeute*.

Physiothérapie Universelle.

<https://physiotherapieuniverselle.com/blogue/depression-implication-de-lergotherapeute/>

HALLOUCHE, D. N., SENOUF, M., SARAVANE, D. D., PEULTIER, F., MET, A., BORNES, D. C.,

JACQUET, D., RAMBOER, M., CHAMEAU, L. M., & TAN SEAN, D. P. (2012, juin 20). *Etat des lieux de la douleur dans les unités de soins psychiatriques. Résultats préliminaires.*

*Communication présentée au 10e Congrès ANPSSM, Paris.* Repéré à

<https://www.anp3sm.com/wp-content/uploads/2014/06/Nabil-HALLOUCHE.pdf>

- HARTMANN, S. (2018). *Etats modifiés de conscience, dépression et bien-être en ergothérapie* [Mémoire DE, IFE Nancy]. <http://www.ergopsy.com/pub/MemoireSebastien.pdf>
- HAS. (2017). *Episode dépressif caractérisé de l'adulte : Prise en charge en soins de premier recours* (p. 45) [Recommandation de bonne pratique]. [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-10/depression\\_adulte\\_recommandations\\_version\\_mel.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-10/depression_adulte_recommandations_version_mel.pdf)
- HERNANDEZ, H. (2016). *Ergothérapie en psychiatrie : De la souffrance psychique à la réadaptation* (2ème édition).
- Inserm. (2017). *Démarches réglementaires en fonction du projet : Recherche impliquant la personne humaine*. [https://www.inserm.fr/sites/default/files/2017-09/Inserm\\_Schema\\_DemarchesReglementairesProjetRecherche.pdf](https://www.inserm.fr/sites/default/files/2017-09/Inserm_Schema_DemarchesReglementairesProjetRecherche.pdf)
- JOUANNY, A. (2019). *L'utilisation des pratiques psycho corporelles par les ergothérapeutes auprès de patients anxieux et dépressifs* [Mémoire DE ergo]. <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02269165/document>
- KLEIN, F. (2014). *Etre ergothérapeute en psychiatrie* (Eres).
- KLINGER, L., & KLASSEN, B. (2012). Que fait l'ergothérapeute pour une personne aux prises avec une douleur chronique ? *Actualités ergothérapeutiques*, 14(5), 6-7.
- LABROUSSE, M.-E., & MICHAS, M.-C. (2013). Psychosomatique et ergothérapie, vers une nouvelle approche de la créativité. *Ergothérapies*, 48, 19-23.
- LYNCH, M. E., CRAIG, K. D., & PENG, P. W. H. (2011). *Clinical Pain Management* (Mary E. Lynch, Kenneth D. Craig, Philip W. H Peng). John Wiley & Sons, Ltd. <https://doi.org/10.1002/9781444329711>

- MEYER, S. (2010). *Démarches et raisonnements en ergothérapie* (École d'Études sociales et pédagogiques).
- [https://www.eesp.ch/fileadmin/user\\_upload/rad/editions/45\\_de\\_\\_marches\\_et\\_raisonnements\\_en\\_ergothe\\_\\_rapie.pdf](https://www.eesp.ch/fileadmin/user_upload/rad/editions/45_de__marches_et_raisonnements_en_ergothe__rapie.pdf)
- MOREL-BRACQ, M.-C. (2018). La théorie du flow et l'ergothérapie. *Ergothérapies*, 71, 51-58.
- NESTRIGUE, C., COLDEFY, M., DANIEL, F., MOUSQUES, J., & LUCAS, V. (2016). Parcours de soins en amont d'une hospitalisation pour dépression. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, 64(S1), 16-17. <https://doi.org/10.1016/j.respe.2016.01.055>
- NESTRIGUE, Clément, COLDEFY, M., & MOUSQUES, J. (2017). Une hétérogénéité des hospitalisations pour dépression liée aux parcours de soins en amont. *Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé*, 228, 8.
- ODOM, K. (2016). Combating the Suicide Epidemic : The Effects of Leisure Engagement on the Incidence of Depression and Poor Life Satisfaction in Soldiers. *Occupational Therapy in Mental Health*, 32(1), 70-85.
- OMS. (1999). *Glossaire de la promotion de la santé*.
- [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67245/WHO\\_HPR\\_HEP\\_98.1\\_fre.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67245/WHO_HPR_HEP_98.1_fre.pdf)
- OMS. (2019). *Nouvelle nomenclature OMS de la douleur chronique*.
- <https://fibromyalgiesos.fr/rdv2/wp-content/uploads/2019/06/DOULEUR-CHRONIQUE-ET-OMS-JUIN-2019.pdf>
- ONEIB, B., SABIR, M., OTHEMAN, Y., & OUANASS, A. (2018). Troubles dépressifs en soins primaires : Caractéristiques cliniques et sociodémographiques. *Revue*

*d'Épidémiologie et de Santé Publique*, 66(4), 255-262.

<https://doi.org/10.1016/j.respe.2018.03.366>

OPP. (2020). *Occupational Therapy and Depression : Reconstructing Lives*. American Occupational Therapy Association. <http://www.aota.org/About-Occupational-Therapy/Professionals/MH/Articles/Depression.aspx>

Ordre des ergothérapeutes du Québec. (2009). *L'ergothérapie en santé mentale*.

[https://www.oeq.org/DATA/CHRONIQUE/12~v~sante\\_mentale.pdf](https://www.oeq.org/DATA/CHRONIQUE/12~v~sante_mentale.pdf)

PELISSOLO, A. (2009). Douleurs corporelles dans la dépression : Prévalence et importance clinique. *La Presse Médicale*, 38(3), 385-391.

<https://doi.org/10.1016/j.lpm.2008.06.022>

Psychomédia. (2016). *Qu'est-ce que la dépression majeure ? Symptômes, critères diagnostiques (DSM-5)*. Psychomédia. <http://www.psychomedia.qc.ca/dsm-5/2016-04-04/criteres-diagnostiques-depression-majeure>

RADAT, F., & SERRA, É. (2009). Douleur en santé mentale, sujet d'avenir. *Douleurs : Evaluation - Diagnostic - Traitement*, 10, S83-S86.

<https://doi.org/10.1016/j.douler.2008.11.005>

REID, D. (2011). Mindfulness and flow in occupational engagement : Presence in doing. *Revue canadienne d'ergothérapie*, 78(1), 50-56.

<https://doi.org/10.2182/cjot.2011.78.1.7>

RIOU, G. (2016). *Ergothérapie en santé mentale : Enjeux et perspectives*.

[https://www.anfe.fr/images/stories/doc/telechargement/Ergotherapie%20en%20Santé%20Mentale\\_Livre%20blanc%20complet.pdf](https://www.anfe.fr/images/stories/doc/telechargement/Ergotherapie%20en%20Santé%20Mentale_Livre%20blanc%20complet.pdf)

- SARAVANE, D. (2015). Douleur en psychiatrie. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 173(4), 356-363. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2015.03.021>
- SERRA, E. (2014). La dépression dans la douleur. Aspects cliniques et implications thérapeutiques. *Douleurs : Evaluation - Diagnostic - Traitement*, 15(3), 98-105. <https://doi.org/10.1016/j.douler.2014.03.008>
- SIFEFF. (2019). Profession ergothérapeute | SIFEFF. *SIFEFF*. <https://www.sifef.fr/profession-ergotherapeute/>
- SIU-CHONG CHEUNG, J., NGAI-MAN CHAN, J., WUI-MAN LAU, B., & PUI-CONG NGAI, S. (2016). Purposeful activity in psychiatric rehabilitation : Is neurogenesis a key player ? *Hong Kong Journal of Occupational Therapy*, 27(1), 42-47. <https://doi.org/10.1016/j.hkjot.2016.04.002>
- STROH-GINGRICH, B. (2012). L'ergothérapie et la méditation de pleine conscience : Une intervention pour lutter contre la douleur persistante. *Actualités ergothérapeutiques*, 14(5), 21-22.
- TREUSCH, Y., SAXER, N., WITSCHI, T., & PAGE, J. (2016). Contribution of occupational therapy for patients with depression / Beitrag der Ergotherapie in der Wahrnehmung von Menschen mit Depression. *International Journal of Health Professions*, 3(2), 189-199. <https://doi.org/10.1515/ijhp-2016-0026>
- VAIRET, A. (2017). *Expérience d'un groupe d'éducation thérapeutique dans la dépression unipolaire* [Thèse de médecine]. <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01632724/document>

WEISE, A., SCHÄRER, M., & ROOS, K. (2013). *Traitement ergothérapique ambulatoire de personnes avec troubles psychiques*. <http://www.ergoterapia.ch/evidenze-et-in-salute-mentalepdf-80517200?i=1>

WIROTIUS, J.-M., & PETRISSANS, J.-L. (2005). Dépression en rééducation. *EMC - Kinésithérapie*, 1(3), 152-182. <https://doi.org/10.1016/j.emckns.2005.07.001>

ZUNA, A., CASTANO, D., & MOREL-BRACQ, C. (2016). Quels modèles peuvent guider une pratique en ergothérapie auprès de personnes dépressives en psychiatrie institutionnelle ? *Ergothérapies*, 62, 49-56.

# 10 Table des annexes

Annexe A : Tableau comparatif des techniques employées auprès des personnes douloureuses et auprès des personnes dépressives .....	II
Annexe B : Tableau comparatif des critères d'inclusion, non-inclusion et exclusion de l'échantillon d'interviewés.....	III
Annexe C : Formulaire de consentement (vierge) .....	IV
Annexe D : Guide d'entretien destiné aux professionnels exerçant auprès de personnes dépressives et douloureuses (vierge) .....	V
Annexe E : Guide d'entretien destiné aux ergothérapeutes exerçant auprès de personnes dépressives et douloureuses (vierge) .....	VII
Annexe F : Tableau d'analyse thématique (vierge).....	IX

Annexe A : Tableau comparatif des techniques employées auprès des personnes douloureuses et auprès des personnes dépressives

Techniques employées spécifiquement auprès des personnes douloureuses	Techniques employées spécifiquement auprès des personnes dépressives
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Préconisation d'aides techniques</li> <li>- Méditation de pleine conscience</li> <li>- Fractionnement de l'activité</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Stimulation Magnétique Transcrânienne (TMS)</li> <li>- Electro-convulsivothérapie</li> <li>- Thérapie systémique</li> <li>- Psychothérapies</li> <li>- Thérapies psychocorporelles (ex : art-thérapie, sophrologie, yoga)</li> <li>- Musicothérapie</li> <li>- Médiation (avec notamment des activités créatives comme l'écriture, la menuiserie, les arts plastiques, le collage)</li> </ul>
<b>Techniques actuellement utilisées auprès des personnes dépressives ou douloureuses</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Médicaments</li> <li>- Education thérapeutique</li> <li>- Thérapies psychocorporelles (la relaxation et l'hypnose)</li> <li>- Thérapies cognitivo-comportementales (TCC)</li> <li>- Exercice physique</li> <li>- Organisation de la journée, avec une reprise d'activités qui ont un sens pour la personne</li> </ul>	
<b>Techniques actuellement utilisées auprès des personnes dépressives et douloureuses</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hypnothérapie</li> <li>- Psychothérapie</li> <li>- Education thérapeutique.</li> <li>- Incitation à se réengager dans des activités qui ont un sens pour la personne</li> <li>- Médiation : médiation corporelle (la relaxation) et activités stimulant l'imaginaire</li> </ul>	

Annexe B : Tableau comparatif des critères d'inclusion, non-inclusion et exclusion de l'échantillon d'interviewés

<b>A priori</b>	<b>A posteriori</b>
<p><u>Critères d'inclusion :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Professionnel de santé</li> <li>- Professionnel de santé travaillant auprès de personnes dépressives et/ou douloureuses</li> <li>- Professionnel de santé travaillant auprès de personnes dépressives et/ou douloureuses en collaboration avec un ergothérapeute</li> <li>- Professionnel de santé exerçant en structure</li> <li>- Professionnel de santé travaillant auprès d'une population adulte</li> </ul>	<p><u>Critères d'inclusion :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Professionnel de santé</li> <li>- Professionnel de santé exerçant en France</li> <li>- Professionnel de santé travaillant auprès de personnes dépressives et/ou douloureuses</li> <li>- Professionnel de santé travaillant auprès de personnes dépressives et/ou douloureuses en collaboration avec un ergothérapeute</li> <li>- Professionnel de santé exerçant en structure</li> </ul>
<p><u>Critères de non-inclusion :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Professionnel de santé travaillant uniquement auprès d'enfants, adolescents ou personnes âgées</li> <li>- Professionnel de santé exerçant en libéral</li> <li>- Patients atteints de dépression et/ou de douleurs</li> <li>- Entourage de patients atteints de dépression et/ou de douleurs</li> </ul>	<p><u>Critères d'exclusion :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Professionnel de santé exerçant en libéral</li> <li>- Professionnel de santé n'exerçant pas en France</li> <li>- Patients atteints de dépression et/ou de douleurs</li> <li>- Entourage de patients atteints de dépression et/ou de douleurs</li> </ul>

**FORMULAIRE DE CONSENTEMENT  
POUR UN ENTRETIEN DANS LE CADRE  
DU MÉMOIRE DE FIN D'ANNÉE EN ERGOTHÉRAPIE**

Thème du mémoire : Accompagnement en ergothérapie des personnes dépressives ayant des douleurs associées

Je soussigné(e)..... (NOM et Prénom), certifie avoir donné mon accord pour réaliser un entretien avec ZAFFALONE Laura, étudiante en troisième année d'ergothérapie à l'ISTR de Lyon dans le cadre de l'élaboration de son mémoire de fin d'études.

Les objectifs et modalités de l'entretien m'ont été clairement expliqués.

J'ai compris et j'accepte que l'entretien soit enregistré et retranscrit de façon anonyme.

L'étudiante s'engage à traiter les données de manière confidentielle et à ne jamais dévoiler mon identité.

L'étudiante s'engage à détruire toutes traces de l'enregistrement une fois le diplôme d'Etat d'ergothérapie validé.

J'ai obtenu les réponses à toutes mes questions. Si je souhaite obtenir d'autres renseignements, je peux à tout moment prendre contact avec l'étudiante par mail ([laurazaffalone@gmail.com](mailto:laurazaffalone@gmail.com)) pour obtenir de plus amples informations.

J'ai bien compris que ma participation est volontaire. Je suis libre d'accepter ou de refuser de participer et je suis libre d'arrêter à tout moment ma participation.

Fait à .....

Le .....

*Signature*

## GUIDE D'ENTRETIEN

### **1. Pouvez-vous me parler du parcours de soins des personnes dépressives présentant des douleurs ?**

- Ce public est-il présent sur le terrain ?
- Grandes étapes ?
- Durée ?
- Lieux de PEC ?

*Si la personne ne connaît pas l'ergothérapie :*

- Supprimer les questions 5 et 6
- Ajouter une question entre les questions 1 et 2 :  
→ **Quels professionnels accompagnent ce public ? Pouvez-vous me parler de leurs rôles et actions respectifs ?**

### **2. Pouvez-vous m'expliquer la prise en charge que vous menez auprès de ce public ?**

- Choix des approches utilisées :
  - Utilisation d'un modèle conceptuel ?
  - Depuis combien de temps la personne utilise telle ou telle approche ?
  - Si changement d'approche, pourquoi ce changement ?
  - Y a-t-il des approches que le professionnel ne veut pas ou ne peut pas utiliser ? Pourquoi ?
- Choix des techniques utilisées :
  - Comment choisir d'utiliser une technique par rapport à une autre ?
  - Exemples de techniques utilisées ?
  - Y a-t-il une évolution dans le choix de ces techniques depuis que le professionnel exerce avec des personnes dépressives et douloureuses ?
  - Y a-t-il des techniques que le professionnel aimerait utiliser mais ne peut pas ? Quelles contraintes ?
  - Y a-t-il des techniques que le professionnel aimerait utiliser mais ne veut pas ?
- Etapes/ordres pour réaliser certaines activités, pour utiliser certaines techniques ?
- Critères de sortie de la personne ?

### **3. Quelles difficultés pouvez-vous rencontrer lors de la prise en charge de ce public ? Selon vous à quoi peuvent-elles être dues ?**

- Difficultés rencontrées ? En lien avec association douleur/dépression ? En lien avec travail en équipe (répartition des rôles et compétences de chaque professionnel) ?

- Manque de moyens ? Cadre (en hôpital, en libéral ...) inadapté ?
- Manque de données scientifiques sur la démarche à adopter ?

**4. Que pensez-vous de l'évolution de la prise en charge auprès de ce public ? Voyez-vous des grandes tendances se dessiner ? Pensez-vous que leur prise en charge pourrait être améliorée ?**

- Avis personnel +/- références biblio si possible
- Comment faire évoluer les interventions ? (selon retour des patients, recommandations officielles, réunions en équipe ... ?)
- Qu'est-ce qui pourrait freiner cette évolution ?
- Si évolution pourquoi cette évolution ? (En lien avec changement d'approche ? d'institution ? ...)

**5. Que pouvez-vous me dire de la place de l'ergothérapeute dans le cadre d'une prise en charge en équipe pluridisciplinaire ?**

- Apports théoriques ou réels (selon si le professionnel a déjà vécu cette situation ou non)
- Quels freins à l'implication de l'ergothérapeute dans ce type de PEC ?
- Est-ce que la personne a déjà connu ce type de PEC avec et sans ergothérapeute ? Si oui, des différences constatées ?

**6. Pensez-vous que l'ergothérapeute a sa place dans la PEC de ce public ?**

- Compétences nécessaires ?
- Place dans l'équipe pluridisciplinaire ?
- Besoin réel sur le terrain ?
- Efficacité des interventions ergothérapeutiques ?
- Retours des personnes prises en charge et/ou de leurs proches ?

## GUIDE D'ENTRETIEN

### **1. Pouvez-vous me parler du parcours de soins des personnes dépressives présentant des douleurs ?**

- Ce public est-il présent sur le terrain ? → si ce public n'est pas présent sur le terrain, demander comment se déroule l'accompagnement des personnes ayant une dépression
- Grandes étapes ?
- Durée ?
- Lieux de PEC ?

### **2. Pouvez-vous m'expliquer la prise en charge que vous menez en ergothérapie auprès d'un public de personnes dépressives présentant des douleurs ?**

- Choix des approches utilisées :
  - Utilisation d'un modèle conceptuel ?
  - Depuis combien de temps la personne utilise telle ou telle approche
  - Si changement d'approche pourquoi ce changement
  - Y a-t-il des approches que le pro ne veut pas ou ne peut pas utiliser ? Pourquoi ?
- Choix des techniques utilisées :
  - Comment choisir d'utiliser une technique par rapport à une autre
  - Exemples de techniques utilisées
  - Y a-t-il une évolution dans le choix de ces techniques depuis que l'ergo exerce avec pers dépressives (douloureuses ?)
  - Si évolution ? pourquoi cette évolution ? (En lien avec changement d'approche ? d'institution ? ...)
  - Y a-t-il des techniques que le pro aimerait utiliser mais ne peut pas ? Quelles contraintes ?
  - Y a-t-il des techniques que le pro aimerait utiliser mais ne veut pas ?
- Etapes/ordres pour réaliser certaines activités, pour utiliser certaines techniques ?
- Critères de sortie de la personne ?

### **3. Quelles difficultés pouvez-vous rencontrer lors de la prise en charge de ce public ? Selon vous à quoi peuvent-elles être dues ?**

- Difficultés rencontrées ? En lien avec association douleur/dépression ? En lien avec travail en équipe (répartition des rôles et compétences de chaque professionnel) ?
- Manque de moyens ? Cadre (en hôpital, en libéral ...) inadapté ?

- Manque de données scientifiques sur la démarche à adopter ?
- 4. Que pouvez-vous me dire de la place de l'ergothérapeute dans le cadre d'une prise en charge en équipe pluridisciplinaire ?**
- Apports théoriques ou réels (selon si le pro a déjà vécu cette situation ou non)
  - Quels freins à l'implication de l'ergo dans ce type de PEC ?
  - Est-ce que la personne a déjà connu ce type de PEC avec et sans ergo ? Si oui des différences constatées ?
- 5. Si l'on se réfère à la littérature, peu d'ergothérapeutes ont écrit sur l'accompagnement d'un public de personnes souffrant de dépression et ayant des douleurs associées. Pourquoi selon vous l'ergothérapeute semble si peu présent dans ce type de prise en charge ?**
- Est-ce une question de démographie ? De moyens ? De reconnaissance de cette association ? De temps ? De présence de ce public ? ...
  - Finalement l'association dépression/douleur influence-t-elle réellement la PEC sur le terrain ?
  - Insatisfaction de ce public de la PEC en ergothérapie ?
- 6. Que pensez-vous de l'évolution des interventions en ergothérapie auprès de ce public ? Voyez-vous des grandes tendances se dessiner ? Pensez-vous que leur prise en charge pourrait être améliorée ?**
- Avis personnel +/- références biblio si possible
  - Comment faire évoluer les interventions en ergo ? (selon retour des patients, recommandations officielles, réunions en équipe ... ?)
  - Qu'est-ce qui pourrait freiner l'évolution de l'ergothérapie ?
- 7. Pensez-vous que l'ergothérapeute a sa place dans ce type de PEC ?**
- Compétences nécessaires ?
  - Place dans l'équipe pluridisciplinaire ?
  - Besoin réel sur le terrain ?
  - Efficacité des interventions ergothérapeutiques ?
  - Retours des personnes prises en charge et/ou de leurs proches ?

Annexe F : Tableau d'analyse thématique (vierge)

	<b>Entretien 1</b> <i>A, psychiatre, consultations de la douleur</i>	<b>Entretien 2</b> <i>B, ergothérapeute en psychiatrie</i>	<b>Entretien 3</b> <i>C, ergothérapeute en psychiatrie</i>	<b>Entretien 4</b> <i>D, psychologue en EHPAD, ayant exercé en psychiatrie</i>
<b>Thème 1 : Parcours de soins des personnes dépressives et douloureuses</b>				
<i>Indicateur 1 : Etapes du parcours de soins</i>				
<i>Indicateur 2 : Durée de l'accompagnement</i>				
<i>Indicateur 3 : Lieux de soins</i>				
<i>Indicateur 4 :</i>				

<i>Professionnels présents</i>				
<i>Indicateur 5 : Conditions d'arrêt de l'accompagnement</i>				
<b>Thème 2 : Techniques utilisées auprès de ce public</b>				
<i>Indicateur 1 : Modèles conceptuels</i>				
<i>Indicateur 2 : Techniques utilisées sur le terrain</i>				
<i>Indicateur 3 : Chronologie d'utilisation des techniques</i>				

<b>Thème 3 : Difficultés de prise en charge de ce public</b> <i>Indicateur 1 : Types de difficultés rencontrées</i>				
<b>Thème 4 : Place de l'ergothérapeute dans la prise en charge de ce public</b> <i>Indicateur 1 : Place de l'ergothérapeute dans l'équipe pluridisciplinaire</i>  <i>Indicateur 2 : Implication de l'ergothérapeute sur le terrain</i>				

<i>Indicateur 3 : Pertinence des interventions ergothérapeutiques</i>				
<b>Thème 5 : Evolution de la prise en charge de ce public</b>				
<i>Indicateur 1 : Types d'évolution possibles</i>				
<i>Indicateur 2 : Evolutions observées</i>				

## **Accompagnement en ergothérapie de l'adulte atteint de dépression avec des douleurs associées**

### Résumé

*Contexte* : La dépression est fréquemment complexifiée par un symptôme psycho-somatique : la douleur. La qualité de vie s'en trouve altérée et le pronostic aggravé. L'ergothérapeute est compétent pour accompagner les personnes dépressives ayant des douleurs associées. Pourtant, son action est peu décrite dans la littérature.

*Objectifs* : Les objectifs de cette étude sont de connaître les techniques et approches utilisées dans la pratique par les ergothérapeutes auprès de ce public et comment leurs actions s'articulent avec celles de l'équipe pluridisciplinaire.

*Méthode* : Quatre entretiens ont été réalisés avec différents professionnels de santé travaillant auprès de ce public selon une méthode qualitative utilisée dans le cadre d'une recherche exploratoire.

*Résultats* : L'ergothérapeute utilise essentiellement des activités de médiation et un travail corporel avec cette population. Bien que sa place dans l'équipe ne soit pas toujours bien définie, l'ensemble des professionnels interrogés le pensent compétent pour accompagner ce public.

*Conclusion* : Sur le terrain, l'ergothérapeute participe à la prise en charge de ces personnes et contribue à son évolution. De futures recherches permettraient d'apporter des précisions sur l'accompagnement ergothérapeutique de ce public et le contexte de prise en charge. Ces éléments ont permis d'aboutir à la question de recherche suivante : comment l'ergothérapeute adapte-t-il son accompagnement sur le terrain auprès des personnes dépressives adultes présentant des douleurs, dans le cadre d'un accompagnement pluridisciplinaire ?

Mots clés : dépression, douleur, ergothérapie, adulte, médiation, travail corporel

---

## **Occupational therapy support for adults suffering from depression with associated pains**

### Abstract

*Background* : Depression is usually complicated by a psychosomatic symptom : pain. Quality of life is impaired and the prognosis worsens. The occupational therapist is qualified to support depressed people with associated pain. However, there is little description of their work in the literature.

*Objectives* : To identify techniques and approaches used in occupational therapy practice for this population and how their actions are coordinated with those of the multidisciplinary staff.

*Method* : Using a qualitative method in an exploratory research, four interviews were carried out with several health professionals working with this public.

*Results* : The occupational therapist essentially uses mediation activities and bodywork with this population. Although the occupational therapist's role in the staff is not always clearly defined, all the professionals interviewed think occupational therapists are competent to support this public.

*Conclusion* : In day to day practice, occupational therapists participate to multidisciplinary support for people living with depression and pains. Further studies are needed to clarify the occupational therapy support and the patient care context. This led to the research question : how does the occupational therapist adapt his support in day to day practice for adults suffering from depression and pains, as part of a multidisciplinary care ?

Key words : depression, pain, occupational therapy, adult, mediation, bodywork