

INSTITUT DE FORMATION EN ERGOTHERAPIE  
- MONTPELLIER -

Processus de rétablissement :  
intérêts de l'intégration de modèles dans la  
pratique de l'ergothérapeute en psychiatrie

Mémoire d'initiation à la recherche

UE 6.5 S6

LAUTAR Elisa

**Mai, 2019**



*« Je tiens impossible de connaître les parties sans connaître le tout, non plus de connaître le tout sans connaître les parties...»*

Blaise Pascal

*« Au principe de la disjonction, de la séparation (entre les objets, entre les disciplines, entre les notions, entre le sujet et l'objet de la connaissance), on devrait substituer un principe qui maintienne la distinction, mais qui essaie d'établir la relation ».*

Edgar Morin

## **Remerciements**

*Sous la direction de Lucie Lamotte, ergothérapeute à la clinique Rech (Montpellier),  
maitre de mémoire.*

Tout d'abord, je tiens à remercier ma maitre de mémoire, Lucie Lamotte, ergothérapeute à la clinique Rech à Montpellier. Grâce à sa disponibilité et son investissement tout au long de son travail, elle a su m'apporter son soutien et de nombreux conseils avisés.

Je remercie également les formateurs de l'IFE de Montpellier pour leur disponibilité et suivi. J'aimerais notamment citer Mme Izard, référente du suivi de mémoire, et Mme de Nays Candau, pour leurs conseils, accompagnement et écoute lors des rencontres de régulation et nombreux échanges.

Ensuite, j'ai une pensée particulière aux ergothérapeutes interrogées dans mon étude, pour leur participation et temps consacré pour m'aider dans ma recherche.

Merci également à toutes les personnes qui, de près ou de loin, m'ont apporté leur aide et leur soutien durant la réalisation de ce travail mais aussi ces trois années d'études : intervenants de l'IFE, tuteurs de stages, etc.

Mes remerciements vont bien-sûr à mes amis pour ces belles années passées ensemble dans la formation. Et enfin, je remercie tout particulièrement ma famille et mon petit ami pour leur grand soutien, notamment ma mère et ma sœur pour leurs relectures et conseils.

## Sommaire

Introduction .....	1
A. Problématique pratique.....	2
I. Santé mentale et psychiatrie .....	2
I.1. Définitions et données de santé publique .....	2
I.2. La psychiatrie en France aujourd’hui .....	4
I.3 Les modèles en psychiatrie .....	7
II. Ergothérapie en psychiatrie et approches théoriques .....	10
II.1. Ergothérapie et psychiatrie .....	10
II.2. La pratique ergothérapique autour des modèles de psychiatrie.....	13
B. Problématique théorique .....	17
I. Modèle psychodynamique .....	17
I.1. Définition du modèle psychodynamique .....	17
I.2. Fonctionnement psychique .....	18
I.3. Relation thérapeutique .....	20
I.4. Transitionnalité .....	21
II. Modèle cognitivo-comportemental .....	22
II.1. Eléments du modèle comportemental .....	23
II.2. Eléments du modèle cognitif .....	24
II.3. Bandura (1986) et l’apprentissage social .....	25
II.4. Relation thérapeutique.....	26
II.5. Application en ergothérapie .....	27
III. Concept de rétablissement.....	28
III.1. Définitions.....	28
III.2. Phases du processus .....	29
III.3. Dimensions du rétablissement selon le modèle CHIME .....	30

III.4. Pertinence dans le sujet .....	31
C. Méthodologie de l'étude .....	33
I. Méthode de recherche .....	33
I.1. Choix de la population et de la méthode .....	33
I.2. Outils de recueil de données .....	33
I.3. Protocole de passation .....	36
II. Résultats .....	37
II.1. Présentation de l'échantillon .....	37
II.2. Analyse quantitative des entretiens .....	37
II.3. Analyse qualitative des entretiens .....	38
III. Discussion .....	46
III.1. Mise en perspective des résultats .....	47
III.2. Réponse à la question de recherche .....	49
III.3. Critiques et biais de la méthode .....	50
III.4. Intérêts de la démarche et enrichissements pour la pratique.....	52
Conclusion .....	54
Bibliographie	
Sommaire des annexes	

# INTRODUCTION

Mon intérêt pour le domaine de la psychiatrie a débuté avant même de commencer la formation d'ergothérapeute et n'a pas cessé de se développer. Après avoir réalisé un premier stage dans une clinique psychiatrique avec un ergothérapeute ayant une franche approche psychodynamique, j'ai voulu continuer de développer mes connaissances sur ce domaine. Mes expériences durant ce stage ainsi que les différentes interventions durant mes études ont fait évoluer ma vision vers un attrait particulier quant aux différentes pratiques des ergothérapeutes en fonction des modèles.

J'ai donc amorcé la réalisation de mon mémoire d'initiation à la recherche autour de la question d'étude suivante : comment l'ergothérapeute, exerçant en psychiatrie, met en pratique les différentes approches théoriques ? Répondre à cette question est alors l'objet de la première partie présentant un cadre pratique en utilisant une démarche scientifique basée sur une documentation précise et les connaissances acquises tout au long de mon parcours de formation.

Par l'élaboration de cette problématique pratique ainsi qu'un second stage pratique, j'ai alors remarqué, malgré le peu de données précises sur le sujet, de la complémentarité des modèles interprofessionnels pour l'ergothérapeute et j'ai souhaité l'approfondir. Au même moment, il nous a été présenté, lors d'un cours, le concept de rétablissement. Je m'y suis alors intéressé et l'ai intégré dans ce cadre pratique et la suite du travail.

J'ai donc pu élaborer la question de recherche qui suit : en quoi l'approche intégrative mise en pratique par l'ergothérapeute favorise l'engagement du patient dans le processus de rétablissement en psychiatrie ?

Dans le but de tendre vers une réponse à cette question, je me suis appuyée sur des modèles et un concept pour élaborer ma problématique théorique. J'ai ensuite utilisé ces éléments pour réaliser la méthodologie me permettant de construire un outil de recherche. Celui-ci m'aidera à obtenir et analyser les résultats de mon étude, à partir desquels une hypothèse de réponse à la question de recherche se dégagera.

## A. PROBLEMATIQUE PRATIQUE

### **I. Santé mentale et psychiatrie**

#### **I.1. Définitions et données de santé publique**

##### I.1.1. Santé mentale et psychiatrie

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la santé mentale se définit comme étant « *un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité [...] dans lequel une personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et contribuer à la vie de sa communauté. Dans ce sens positif, la santé mentale est le fondement du bien-être d'un individu et du bon fonctionnement d'une communauté.* » (OMS, 2018).

La psychiatrie est la branche de la médecine spécifique des maladies mentales, quelles que soient leurs causes, psychiques, neurologiques ou psychosociologiques. Elle s'intéresse donc à l'humain dans sa globalité, en tant qu'être bio-psycho-social. La psychiatrie n'est pas une science exacte qui pourrait se résumer à un modèle biologique, elle fait appel aux sciences humaines et sociales, à la philosophie et à l'anthropologie. (Benoist, 1993).

##### I.1.2. Troubles mentaux et handicap psychique

Deux grandes classifications des troubles mentaux existent. La première a été établie par l'OMS, il s'agit de la Classification statistique Internationale des Maladies et des problèmes de santé connexes, plus connue sous l'acronyme : CIM-10.

La seconde est le Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux), établi par l'Association Américaine de Psychiatrie : le DSM-V (5<sup>ème</sup> édition). Ce dernier sert de référence pour le diagnostic et sera donc celui développé ici.

Il distingue les catégories suivantes : troubles neurodéveloppementaux, spectre de la schizophrénie et autres troubles psychotiques, troubles bipolaires et apparentés, troubles dépressifs, troubles anxieux, troubles obsessionnels-compulsifs et troubles apparentés, troubles liés à des traumatismes ou à des facteurs de stress, troubles dissociatifs, troubles à symptomatologie somatique et apparentés, troubles des conduites alimentaires et de l'ingestion



d'aliments, troubles du contrôle sphinctérien, troubles de l'alternance veille-sommeil, dysfonctions sexuelles, dysphorie de genre, troubles disruptifs du contrôle des impulsions et des conduites, troubles liés à des substances et troubles addictifs, troubles neurocognitifs, troubles de la personnalité, troubles paraphiliques, autres troubles mentaux, troubles des mouvements et autres effets indésirables induits par un médicament, autres situations pouvant faire l'objet d'un examen clinique.

La loi du 11 février 2005 a intégré et retenu les notions de troubles et handicaps psychiques. Le handicap psychique est la conséquence des troubles mentaux cités ci-dessus. Il est distingué du handicap mental de la façon suivante : le handicap mental (ou déficience intellectuelle) est définie par l'OMS comme « *un arrêt du développement mental ou un développement mental incomplet, caractérisé par une insuffisance des facultés et du niveau global d'intelligence, notamment au niveau des fonctions cognitives, du langage, de la motricité et des performances sociales* ». Dans le handicap psychique, secondaire à la maladie psychique, les capacités intellectuelles sont indemnes et peuvent évoluer de manière satisfaisante. C'est la possibilité de les utiliser qui est déficiente. La symptomatologie est instable, imprévisible. La prise de médicaments est le plus souvent indispensable, associée à des techniques de soins visant à pallier, voire à réadapter, les capacités à penser et à décider.

C'est souvent la notion d'organisation qui est en cause, par exemple l'organisation du temps, l'anticipation des conséquences d'une action, la possibilité de communiquer de façon adaptée, la mémorisation, etc, associés ou non à l'anosognosie, au déni et à l'absence de participation sociale. Les situations de handicap peuvent rendre la vie difficile pour la personne et son entourage dans la mesure où elles touchent différents domaines de la vie. En effet, le handicap psychique est caractérisé par un déficit relationnel, des difficultés de concentration, une grande variabilité dans la possibilité d'utilisation des capacités alors que la personne garde des facultés intellectuelles dites « normales ».

### I.1.3. Santé publique

D'après l'OMS, cinq parmi les dix pathologies les plus préoccupantes du XXI<sup>ème</sup> siècle sont des pathologies psychiatriques. Il s'agit de la schizophrénie, des troubles bipolaires, des addictions, de la dépression et des troubles obsessionnels compulsifs. Elle a également constaté que chez les personnes souffrant de troubles mentaux (définis dans le DSM-V), les taux d'incapacité et de mortalité sont plus élevés que la moyenne.

L'OMS déclare qu'un européen sur quatre est touché au cours de sa vie par des troubles psychiques. De plus, elle affirme que la place des troubles mentaux continue d'augmenter et d'avoir une incidence élevée sur la santé ainsi que de fortes conséquences sur le plan social, économique et des droits de l'homme au niveau international.

En France, en 2015, 2.4 millions de personnes ont été prises en charge en établissement de santé et 20.5 millions d'actes en ambulatoire ont été enregistrés. Voici quelques exemples parmi ceux-ci : 1.5 millions des 10-20 ans (soit 15%) ont eu besoin de suivi ou de soins psychiatriques et 7.5% des 15-85 ans ont souffert de dépression au cours de l'année passée.

Le coût économique et social de ces troubles a été estimé à 109 milliards d'euros par an et concerne différents domaines : la perte de la qualité vie, la perte de productivité liée au handicap et au suicide, le secteur médical et le secteur médico-social. Il s'agit du premier poste de dépenses de l'assurance maladie.

## **I.2. La psychiatrie en France aujourd'hui**

### **I.2.1. Types de PEC**

La loi n°2011-803 du 5 Juillet 2011, modifiée en Septembre 2013, relative « aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge » définit les modalités d'application des soins psychiatriques. Cette loi provient d'une succession de modifications de la loi sur les aliénés de Juin 1838 d'une part, et de la loi n°90-527 de Juin 1990, relative « aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation » d'autre part. Cette loi évoque le principe de consentement aux soins des personnes atteintes de troubles mentaux et le principe de soins psychiatriques admis sans consentement de la personne.

Aujourd'hui, on observe trois modalités de prise en charge pour les soins psychiatriques. (Légifrance, 2011) :

- Les soins psychiatriques libres
- Les soins psychiatriques sans consentement dont les Soins psychiatriques à la Demande d'un Tiers (SDT) et les Soins psychiatriques en cas de Péril Imminent (SPI)
- Les Soins psychiatriques sur Décision d'un Représentant de l'Etat (SDRE).

## I.2.2. Feuille de route de la santé mentale et psychiatrie Juin 2018

Le Ministère des Solidarités et de la Santé a rédigé et publié la feuille de route de la santé mentale et de la psychiatrie Juin 2018. Celle-ci est écrite en cohérence avec les objectifs de la stratégie nationale de santé notamment ceux concernant le repérage et la prise en charge des troubles psychiques et la prévention du suicide. Ses objectifs sont d'améliorer les conditions de vie, l'inclusion sociale, la citoyenneté ainsi que l'accès aux soins et aux accompagnements pour les personnes vivant avec un trouble psychique. Elle comprend donc trente-sept actions selon trois axes principaux :

- Promouvoir le bien être mental, prévenir et repérer précocement la souffrance psychique et prévenir le suicide ;
- Garantir des parcours de soins coordonnés et soutenus par une offre en psychiatrie accessible, diversifiée et de qualité ;
- Améliorer les conditions de vie et d'inclusion sociale et la citoyenneté des personnes en situation de handicap psychique.

Les enjeux en santé concernés sont justifiés dans le document pour chaque action. Voici quelques exemples d'actions en lien avec le sujet de cet écrit et tirés de la feuille de route de la santé mentale et de la psychiatrie (Ministère des Solidarités et de la Santé, 2018) :

Action n°12 : Mettre en place des parcours de soins coordonnés pour les personnes souffrant d'une pathologie mentale grave.

*« Le suivi social est assuré en propre par les acteurs du champ social ou médico-social. Le suivi sanitaire est sous la responsabilité du secteur de psychiatrie pour l'ensemble de la population concernée composant sa zone géographique. Il est orienté selon les principes du rétablissement. »*

Action n°17 : Poursuivre l'amélioration des connaissances et des pratiques professionnelles, ainsi que le développement de l'interconnaissance entre les acteurs des différents champs concernés.

*« Les priorités en matière de santé mentale répondent aujourd'hui à un objectif de rétablissement pour les personnes ayant des troubles psychiques, impliquant la promotion de leurs capacités et visant leur accès à une vie active et sociale choisie. Cela entraîne une évolution des organisations et pratiques professionnelles dans les champs sanitaire, social et médico-social. La mise en œuvre d'interventions adaptées et coordonnées permettant de construire, dans le respect des compétences de chacun, des réponses individualisées fondées sur*

*les besoins et aspirations des personnes et de leurs aidants, nécessite un partage des cultures professionnelles et un renforcement des compétences de chacun. »*

Action n°18 : Développer une offre de réhabilitation psychosociale sur les territoires.

*« Les soins de réhabilitation psychosociale visent à promouvoir les capacités à décider et à agir des personnes ayant des troubles mentaux sévères. Ils ont pour enjeu de favoriser le rétablissement personnel et l'inclusion sociale de ces personnes, en tenant compte de la nature et de la complexité de leurs difficultés et de leurs besoins. »*

### I.2.3. Réadaptation psychosociale et rétablissement

*« Le champ de la santé mentale évolue aujourd'hui fortement avec les principes de rétablissement et de capacité à agir des personnes, les neurosciences, les soins de réhabilitation psychosociale »* (Ministère des solidarités et de la santé, 2018). Selon l'OMS (2018), la réadaptation a *« pour but de permettre aux personnes handicapées de jouir de manière optimale de leurs fonctions physiques, sensorielles, intellectuelles et sociales »*.

Les objectifs de la réadaptation psychosociale sont de restaurer, maintenir et améliorer la qualité de vie des personnes avec des problèmes psychiatriques en les aidant à maintenir, développer et utiliser des habiletés sociales et fonctionnelles pour vivre, apprendre et travailler dans la communauté avec le plus d'autonomie et de satisfaction possible (Anthony, 1979). Elle mise sur les incapacités fonctionnelles, les forces de la personne et le développement maximal de ses capacités par des procédures d'apprentissage et de soutien environnementaux (Bachrach, 1992). Les interventions visent à soutenir la personne dans le développement de son autonomie et de sa qualité de vie, en l'accompagnant dans son quotidien et dans la poursuite de ses objectifs personnels.

Le rétablissement est un concept anglo-saxon, créé par des mouvements d'usagers dans les années quatre-vingt et présenté par l'auteur William Anthony dans les années 1990. C'est un processus qui décrit un cheminement personnel permettant de se remettre d'une maladie et de se réinsérer dans la société. Il adopte des trajectoires différentes selon si les causes sont perçues comme étant la résultante de processus biologiques, d'un traumatisme, d'une combinaison de facteurs biologiques et environnementaux, d'une crise spirituelle ou d'enjeux politiques (Jacobson, 2001). Il s'agit donc de regagner le droit de faire des choix, des erreurs, etc, et d'obtenir les ressources nécessaires à une meilleure qualité de vie.

En effet, alors que la maladie et ses conséquences créent souvent une rupture de sens, le rétablissement consiste à réduire le sentiment d'aliénation qui en découle. Torrey et Wyzik (2000) appuient cette perspective en ajoutant que le rétablissement consiste surtout en une quête de sens face à une expérience traumatisante, une prise de responsabilités quant aux choix à faire et un engagement vers la vie et la santé.

### **I.3 Les modèles en psychiatrie**

Un modèle est une représentation simplifiée d'un processus, d'un système. Il propose une représentation de la réalité afin de nous aider à comprendre un phénomène. Les modèles ou cadres de référence sont issus d'approches psychothérapeutiques.

En effet, « *ils sont générés par les théories ou écoles psychothérapeutiques qui ont reçu le consensus scientifique des communautés de psychologues ou psychiatres* ». De plus, « *Ce qui fait la force d'un modèle, c'est la rigueur qui s'en dégage, la façon dont la pensée s'articule, sa méthode, ses hypothèses, son explication de la réalité* » (Wundt, 1896).

#### **I.3.1. Généralités**

Les modèles (ou approche théorique) influencent l'interprétation des données cliniques, ils « *conditionnent les modes de pensée et de recherche de causalité, par l'influence de conceptions culturelles et scientifiques* » (Schulz, 2012).

Selon Schulz, psychiatre, chacun des modèles implique une série d'opinions au sujet du fonctionnement du psychisme et de la psychiatrie. Voici quelques exemples : l'expression d'un inconscient, les conséquences de dysfonctionnement dans les relations sociales ou encore dans les systèmes de neurotransmission. De ce fait, privilégier un modèle revient à sélectionner certaines des opinions possibles quant aux différends entre l'inné et l'acquis, au rôle des événements de vie dans la survenue des manifestations de la maladie, au rôle de la biologie etc. La dépendance à un modèle donné détermine donc en partie quel diagnostic et quel traitement donner et proposer à chaque patient.

A partir du début du XX<sup>ème</sup> siècle, et pendant de nombreuses années, le modèle psychodynamique était prédominant. Avec l'évolution de la médecine, se sont développés les modèles biomédical, cognitivo-comportemental, systémique etc.

Aujourd'hui en psychiatrie l'accent est mis sur l'approche du patient en temps qu'être biopsychosocial : tous les professionnels de santé doivent prendre autant en compte le caractère biologique de la personne, que son fonctionnement psychologique/psychique ainsi que sa place sociale. Dans ce sens, depuis le début des années 1990, des auteurs tels que Ryle, Chambon ou encore Marie-Cardine pour n'en citer que quelques uns, développent l'approche intégrative.

Il existe de nombreux modèles interprofessionnels dans le domaine de la psychiatrie. Cependant, en lisant de nombreux écrits ainsi que par mon expérience personnelle, j'ai pu observer la prédominance des modèles psychodynamique et cognitivo-comportemental dans ce domaine. Ainsi, et pour des raisons méthodologiques, je développerai alors ces deux modèles dans leur ordre d'apparition décrit précédemment.

### I.3.2. Modèle psychodynamique

Ce modèle se base sur les principes de la psychanalyse et est centré sur la psyché et le passé de la personne. De nombreux concepts utilisés par les différents professionnels de santé exerçant en psychiatrie sont tirés de ce modèle, on peut citer entre autres le rôle de l'inconscient, les notions de transfert et contre-transfert, la description des mécanismes de défenses et l'impact du développement psychoaffectif pendant la petite enfance. Selon le modèle psychodynamique, les symptômes sont le reflet de conflits intrapsychiques inconscients (non résolus puis refoulés) qui refont surface après un traumatisme psychique.

En médecine et en psychiatrie, ce modèle met en avant la complexité du psychisme humain. Les professionnels chercheront donc à découvrir l'origine primaire de la maladie afin de résoudre les conflits inconscients et améliorer les relations insatisfaisantes. En effet, ces conflits peuvent être l'origine d'une mauvaise adaptation ou de comportements inadéquats secondaires à la constitution de mécanismes de défense.

### I.3.3. Modèle cognitivo-comportemental

Le modèle cognitivo-comportemental associe le modèle comportemental et le modèle cognitif. Le premier consiste en l'acquisition de comportements dit « souhaitables » ou à l'abandon de comportements indésirables. Pour le deuxième, le but est d'améliorer voire de restaurer et réorganiser les stratégies d'apprentissage et d'en apprendre de nouvelles.

Dans le modèle cognitivo-comportemental l'accent est mis sur l'analyse et la modification des comportements, des modes de pensée et des émotions. En effet, les objectifs sont de diminuer les difficultés rencontrées par la personne dues à des schémas de pensées dysfonctionnels et d'améliorer et optimiser les capacités d'intégration et d'adaptation sociale (versant psychologique et versant comportemental) des patients.

Par l'apprentissage et l'entraînement (ou conditionnement) encouragés par le thérapeute, l'objectif est que le patient mette en place différentes techniques. Ces dernières sont axées sur la cognition, les comportements, les émotions ainsi que sur le lien entre eux. Les notions de conditionnement classique, conditionnement opérant, apprentissage social ou encore schémas de pensées sont tirées de ce modèle.

#### I.3.4. Approche intégrative

Ce courant psychothérapeutique provenant des Etats-Unis a été récemment introduit en France. Il émerge de résultats de recherches sur l'existence de facteurs communs entre les différents courants et modèles. Ces études ont montré que les résultats thérapeutiques étaient davantage dus aux points communs qu'aux facteurs différenciant les modèles. Le but est non pas d'évaluer l'efficacité d'une orientation plutôt qu'une autre mais au contraire d'utiliser leur complémentarité pour répondre au mieux aux besoins et problématiques du patient.

Autrement dit, il s'agit de « *combiner et élargir au maximum la gamme des interventions thérapeutiques et expériences qui seront mises au service du patient. [...] si l'on postule une synergie entre les pensées, les actions et les émotions, on peut alors considérer les forces de chaque approche comme complémentaires. L'ouverture à l'intégration nous offre ainsi l'opportunité d'échapper au cloisonnement théorique qui caractérise notre domaine, tout en bénéficiant de la spécialisation conceptuelle et technique.* » (Chambon, 2010). Il existe, selon Chambon, trois façons d'aborder la problématique de l'intégration :

- L'intégration théorique : développement d'une « méta-théorie » qui serait une synthèse des systèmes théoriques.
- L'approche de facteurs communs : identification des points communs entre les approches. Elle repose sur le fait que les résultats thérapeutiques sont dus davantage aux points communs qu'aux différences entre les différentes thérapies en considérant les facteurs liés aux techniques et aux relations patient-thérapeute.

- L'approche complémentaire : part du principe qu'une compréhension globale de l'organisme humain nécessite plus qu'un seul ensemble de principes. Les différents aspects du fonctionnement de l'homme soulignés par les différentes approches ont, ensemble, quelque chose d'unique à offrir.

## **II. Ergothérapie en psychiatrie et approches théoriques**

### **II.1. Ergothérapie et psychiatrie**

#### **II.1.1. La profession d'ergothérapeute**

L'arrêté du 5 juillet 2010 définit la profession d'ergothérapeute de la manière suivante : « *un professionnel de santé qui fonde sa pratique sur le lien entre l'activité humaine et la santé* ». L'ergothérapeute peut intervenir à tous les âges de la vie et a un large champ d'intervention (Ministère de la Santé, 2012). Il s'agit d'une profession paramédicale qui s'exerce sur prescription médicale d'un médecin, et intervient en collaboration et complémentarité d'une équipe pluridisciplinaire avec la spécificité qu'elle prend en compte l'interaction entre la personne, ses activités et son environnement.

La Haute Autorité de Santé lui attribue la définition suivante : « (...) *au carrefour des sciences médicales humaines, sociales et technologiques. Inscrite au livre IV du code de la santé publique, l'ergothérapie intervient tout au long du processus de rééducation, de réadaptation et de réinsertion des personnes en situation de handicap. Sa spécificité tient dans : l'approche thérapeutique tournée vers le patient dans sa globalité et non pas orientée vers sa pathologie des champs d'intervention diversifiés : de la psychiatrie à la neurologie en passant par la traumatologie* » (Haute Autorité de Santé - Le dossier en ergothérapie, 2016).

L'ANFE (Association Nationale Française des Ergothérapeutes) décrit les principaux objectifs de l'ergothérapie comme suit : « *de maintenir, de restaurer et de permettre les activités humaines de manière sécurisée, autonome et efficace. Elle prévient, réduit ou supprime les situations de handicap en tenant compte des habitudes de vie des personnes et de leur environnement. L'ergothérapeute (occupational therapist) est l'intermédiaire entre les besoins d'adaptation de la personne et les exigences de la vie quotidienne en société.* ». De plus, « *c'est dans le cadre d'une relation thérapeutique et par l'intermédiaire d'activités adaptées, d'enseignements et d'apprentissages, que l'ergothérapeute (occupational therapist) intervient. Il vous guidera vers l'identification de vos difficultés, la récupération optimale de vos capacités*



*fonctionnelles physiques et psychiques, l'adaptation à vos limites et à votre potentiel, ainsi que vers le réinvestissement de vos activités et rôles sociaux antérieurs. ».*

Bien que la pratique existe depuis 1918 avec Susan Tracy considérée comme la première ergothérapeute, l'ergothérapie en tant que profession apparaît dans les années 60 aux Etats Unis. Le Diplôme d'Etat en France voit le jour en 1971 et c'est en 1992 que l'ergothérapie est inscrite au Code de la Santé Publique. En 2018, selon la DREES (Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques), il y a 11 971 ergothérapeutes en France.

### II.1.2. L'ergothérapie en psychiatrie

Adolph Meyer, médecin suisse et professeur de psychiatrie, réputé pour être un des fondateurs de cette pratique, *« considère la personne humaine comme un être global, en tenant compte de ses rythmes, de ses activités et de l'équilibre qu'il existe entre ces éléments »* (Trouvé and coll., 2008).

L'arrêté du 5 juillet 2010 décrit officiellement les compétences de l'ergothérapeute dans le référentiel de compétence. Parmi celles-ci, les compétences 3 et 6 (ann. I) notamment ont toute leur place dans la pratique de l'ergothérapie en psychiatrie : *« Mettre en œuvre et conduire des activités de soins, de rééducation, de réadaptation et de réhabilitation psychosociale en ergothérapie »* et *« Conduire une relation dans un contexte d'intervention en ergothérapie »*.

Ce texte comprend également le référentiel d'activités de l'ergothérapeute. Dans un premier temps de l'intervention, *« Il évalue les intégrités, les lésions, les capacités de la personne ainsi que ses performances (...) cognitives, psychiques. Il analyse les besoins, les habitudes de vie, les facteurs environnementaux, les situations de handicap et pose un diagnostic ergothérapeutique »*. L'ergothérapeute cherche donc à connaître les paramètres de la personne sur le plan clinique, environnemental et motivationnel afin d'identifier les ressources mobilisables de celle-ci ainsi que ses facteurs facilitateurs et freins au changement. Ces éléments sont apportés par la personne, son entourage, le médecin, l'équipe soignante ainsi que par le dossier patient. Le patient est également encouragé à exprimer ses attentes, ses besoins, ses valeurs. Pour cela, l'ergothérapeute établit une relation de confiance qui constitue un support fondamental tout au long de son intervention.

Après avoir établi un diagnostic ergothérapeutique, des objectifs et un cadre de prise en charge, l'ergothérapeute dispose de nombreux moyens et supports d'intervention qu'il peut

mettre en œuvre autour de séances individuelles et/ou de groupe. Les principaux objectifs de l'ergothérapeute en santé mentale sont d'aider à :

- Améliorer ou à recouvrer la capacité d'établir des relations satisfaisantes avec les autres et ainsi accroître les capacités d'adaptation à la vie en société,
- Développer ou restaurer l'autonomie dans les activités quotidiennes,
- Développer les ressources personnelles et les intérêts,
- Connaître et accepter les limites, regagner confiance en soi et exprimer les ressentis.

### II.1.3. Ergothérapie et rétablissement

En 2005, Gruhl a réalisé un recensement des écrits sur le rétablissement, la santé mentale et l'ergothérapie afin de mieux comprendre les liens qui existent entre eux. Dans un premier temps, l'auteure s'est basée sur des écrits scientifiques de différents auteurs dans le but de comparer les principes du rétablissement et l'ergothérapie. Puis, elle a noté les liens entre la littérature sur le rétablissement et la profession d'ergothérapeute. Elle rapporte que *« le rétablissement met l'emphase sur l'importance de développer un nouveau sens de soi, de fournir des opportunités d'apprentissage (des rôles sociaux et occupationnels), et que, parallèlement, l'ergothérapie reconnaît le lien entre l'engagement occupationnel et la renaissance du sens de soi »*.

De nombreux concepts sont reliés autant au rétablissement qu'à l'ergothérapie : l'estime de soi, l'efficacité personnelle, l'autodétermination et la qualité de vie par exemple. Les deux se rejoignent également pour affirmer qu'il ne faut pas se baser sur les problèmes de la personne, mais bien sur ses forces.

En 2016, un groupe de réflexion sur l'ergothérapie en santé mentale s'est formé et a rédigé un document (livre blanc) intitulé « l'ergothérapie en santé mentale : enjeux et perspectives » afin de communiquer une définition claire du champ d'intervention de l'ergothérapeute, et d'apporter des propositions d'amélioration à travers une liste de recommandations. Dans celui-ci, les définitions autour de la pratique font apparaître des termes communs entre le rétablissement et l'ergothérapie. En effet, il est notamment écrit que l'un des principes fondamentaux de la profession d'ergothérapeute est que l'individu est un être agissant, autonome et participant, mais aussi un être de créativité et de relation. Dans ce sens,

l'ergothérapeute encourage la capacité d'auto-détermination, la responsabilité et la qualité de vie, il soutient donc l'engagement de la personne dans ses soins.

Les liens entre l'ergothérapie et le rétablissement sont ainsi clairement établis. Cependant, les pratiques concrètes de l'ergothérapeute peuvent prendre des formes différentes en fonction de chaque personne, du projet de soins et du contexte institutionnel, en particulier selon les modèles conceptuels retenus.

Dans ce sens, Favrod (2012), au sujet du rétablissement et notamment des étapes de ce processus a écrit : « *Actuellement, les efforts dans cette direction ont surtout été développés par des approches cognitives et comportementales. Le modèle psychodynamique a travaillé sur toute une série de concepts utiles; toutefois, ces efforts et modèles ont rarement été mis à l'épreuve de la recherche* ».

## **II.2. La pratique ergothérapique autour des modèles de psychiatrie**

En 1994, Kortman énonce trois catégories de modèles : les modèles généraux répondant aux pratiques des différents domaines, les modèles appliqués s'intéressant à des pathologies ou situations bien définies et les modèles de pratique, en lien avec les précédents, spécifiant des évaluations et des techniques particulières à chaque type de prise en charge.

### **II.2.1. La place des modèles interprofessionnels pour l'ergothérapeute**

Les modèles décrits et utilisés dans cet écrit font partie des modèles appliqués interprofessionnels. Selon certains auteurs, il s'agit davantage d'un cadre théorique adapté à un contexte spécifique qui est choisi et s'utilise en tant que modèle général ou cadre de référence (Manidi (2005) et Morel-Bracq (2017)). Cette dernière a également écrit qu'« *il n'y pas de hiérarchie entre ces cadres de référence ou modèles appliqués, mais il y a surtout une cible spécifique pour chacun qu'il convient de connaître* ».

Dans le livre blanc cité plus haut, l'ergothérapeute est décrit comme multi-référencé et formé à diverses approches théoriques, « *Ainsi, les approches psychodynamique, de réhabilitation psychosociale, cognitivo-comportementale, systémique ou de psychothérapie institutionnelle, vont donner une coloration particulière à sa pratique, en fonction des orientations du service dans lequel il intervient* ». Par exemple, l'ergothérapeute peut faire des ateliers d'expression et de création selon une orientation psychodynamique, ainsi que s'intégrer

dans les programmes d'éducation thérapeutique ou encore intervenir dans des programmes de remédiation cognitive et d'habiletés sociales.

### II.2.2. Ergothérapie et approche intégrative

Plusieurs ergothérapeutes ont écrit au sujet de la complémentarité des modèles pour la pratique en psychiatrie. Parmi eux, Zuna, Castano et Morel-Bracq (2016) ont rédigé un article présentant et analysant la pratique ergothérapeutique auprès de patients adultes dépressifs. Il s'agit de la présentation du mode d'intervention proposé à ces patients. Pour ces ergothérapeutes, la démarche et les activités de soins s'appuient sur les modèles psychodynamique et cognitivo-comportemental. Le premier modèle permet un travail ciblé sur les éléments sous-jacents intrapsychiques qui perturbent la vie des personnes. Le second est utilisé dans un deuxième temps c'est-à-dire lorsque les événements douloureux ont refait surface ; dans l'objectif d'une modification de comportement permettant aux patients de faire avec les événements qui les ont perturbés.

Plus concrètement, l'ergothérapeute se basera sur l'approche psychodynamique en proposant des activités du « faire » symboliques et créatives (exemple : création d'un collage). Cette symbolisation permet de contourner les défenses mises en place par la personne et d'exprimer de façon imagée les problèmes liés aux conflits psychiques. L'activité doit être choisie de manière à faciliter ce processus : créativité et libre expression non verbale au départ. Les ergothérapeutes proposent ensuite de réaliser un ou plusieurs entretiens avec la personne en se servant de la ou des créations comme base de discussion. Dans le cadre de l'utilisation de ce modèle, l'aspect et le travail relationnel sont très importants. Ils insistent donc également sur la nécessité de créer une relation de confiance, un espace de sécurité pour le patient et de toujours prendre en compte avec attention ce qu'il exprime.

Après cette phase, les objectifs de l'utilisation du modèle cognitivo-comportemental seront « *d'atténuer les difficultés liées à des schémas de pensée dysfonctionnels et d'optimiser les capacités d'intégration sociales* » (Morel-Bracq, 2017).

Dans le cadre de cet article, ce modèle permet de retravailler sur les événements douloureux et de les réinterpréter de façon à amoindrir les retentissements sur la vie quotidienne. En utilisant l'aspect cognitif du modèle, l'ergothérapeute permet au patient la réflexion autour des émotions désagréables induites par le traumatisme psychique. L'aspect comportemental sera matérialisé par l'utilisation de « rites » qui « *permet de réintégrer socialement les deuils,*

*traumatismes, violences subies afin de pouvoir atténuer les difficultés ressenties et pouvoir retrouver des capacités sociales adaptées* ». La séance d'ergothérapie se basera donc sur une reconstitution du sens, c'est l'expression et l'intégration de rites qui seront utilisées pour permettre à la personne de modifier ses croyances et représentations.

Pour ces ergothérapeutes, dans le cadre de ce type de prise en charge, l'activité est utilisée comme moyen thérapeutique. L'évaluation a posteriori de leur démarche a mis en évidence l'importance de la mise en activité et de l'agir pour le bon fonctionnement psychique de l'homme.

En 2018, Clavreul et Launois, ergothérapeutes, ont également rédigé un article sur l'ergothérapie intégrative. En effet, elles se sont questionnées sur la pratique ergothérapique en santé mentale dans le souhait de faire des liens entre la théorie et la pratique. Dans ce but et pour suivre la politique de santé autour du biopsychosocial, elles ont expliqué la nécessité de combiner les approches psychodynamique, cognitive, comportementale et sociale (systémique) dans la prise en charge de patients. Pour elles, l'approche biopsychosociale propose une approche intégrative des trois grands modèles interdisciplinaires du soin (psychodynamique, cognitivo-comportemental, systémique) étant eux-mêmes complémentaires.

Elles rapportent que le modèle psychodynamique permet à l'ergothérapeute de « *considérer la personne dans son histoire, donc en tant que sujet, et non pas seulement en tant que porteur de symptômes* ». Il permet donc un soin psychique en profondeur et garantit le côté signifiant de l'activité. Le côté significatif de cette dernière est éclairé par l'aspect comportemental du modèle cognitivo-comportemental qui place le patient en tant qu'être socialement reconnu et participe donc à éviter les situations d'exclusion. De plus, pour ces ergothérapeutes, il serait inconcevable de nier l'existence de troubles cognitifs. C'est dans ce sens que l'aspect cognitif du modèle permet de rééduquer ces fonctions et de travailler sur le versant procédural des activités thérapeutiques ou du quotidien.

A travers mes différentes lectures, ma recherche bibliographique et mon expérience personnelle durant mes stages, j'ai pu voir que l'ergothérapeute exerçant en psychiatrie se sert à la fois des concepts du modèle psychodynamique et de ceux du modèle cognitivo-comportemental. En effet, leurs différences ne sont pas incompatibles, mais au contraire

complémentaires. L'approche intégrative permet aux ergothérapeutes de pouvoir agir sur toutes les composantes des personnes prises en charge et mettre à profit l'activité dans tous ces aspects.

A partir de ce postulat et dans ce cadre de pratique professionnelle, je me questionne sur les moyens que l'ergothérapeute propose au patient pour favoriser le rétablissement de celui-ci et plus particulièrement son engagement tout au long du processus. Ce questionnement me conduit à poser ma question de recherche suivante :

**En quoi l'approche intégrative mise en pratique par l'ergothérapeute favorise l'engagement du patient dans le processus de rétablissement en psychiatrie ?**

## B. PROBLEMATIQUE THEORIQUE

Par la suite, je vais développer deux modèles et un concept reprenant les éléments de la problématique théorique me permettant d'avoir des éléments pour répondre à ma question de recherche. Il s'agit du modèle psychodynamique et du modèle cognitivo-comportemental, ceux-ci faisant partie de l'approche intégrative comme expliqué précédemment. Pour le concept, il s'agit de celui du rétablissement.

### I. Modèle psychodynamique

#### I.1. Définition du modèle psychodynamique

Il s'agit d'un des plus anciens modèles de la psychopathologie. C'est un système de compréhension, d'explication et de prise en charge. Le modèle psychodynamique est issu des théories et concepts psychanalytiques comme ceux de Freud, Winnicott, Anzieu, Lacan etc. et étudie le fonctionnement psychique (métapsychologie). Ainsi, ce modèle s'intéresse à l'inconscient et au conflit psychique qui guident le comportement de l'individu. L'objectif de ce modèle est donc de permettre à la personne de découvrir (ou redécouvrir) les origines inconscientes de son mal être pour l'aider à passer différemment les étapes du développement ou encore travailler sur une compréhension meilleure des événements inconscients qui ont un impact sur sa vie et ses relations avec les autres. Il existe pour cela un grand nombre de concepts faisant partie du modèle psychodynamique. Ainsi, les professionnels qui l'utilisent vont se baser sur certains de ces concepts.

Pour Morel-Bracq (2017), le modèle psychodynamique en ergothérapie marque l'importance du cadre thérapeutique qui permet de laisser place à l'espace potentiel de créativité. C'est au travers d'activités projectives, d'activités créatives que l'ergothérapeute permet au patient d'interpréter ses expériences passées afin de comprendre ses difficultés actuelles et d'y faire face. Ceci est possible grâce aux associations libres, à la projection, à la symbolisation, à l'observation des relations transférentielles et à l'objet.

Après de nombreuses recherches et lectures quant à cette approche et le lien avec la pratique ergothérapique, il me paraît essentiel de définir certains des concepts fondamentaux du modèle comme le fonctionnement psychique (instances psychiques et conflit intrapsychique), la relation thérapeutique et la transitionnalité.

## I.2. Fonctionnement psychique

En 1900 puis à partir de 1920, Freud crée deux topiques. Il s'agit de représentations spatiales et de descriptions de l'appareil psychique. La première établit que le psychisme est composé de trois systèmes : l'inconscient, le préconscient et le conscient. Ceux-ci sont en interrelation et représentent chacun un lieu psychique. La deuxième topique freudienne énonce trois instances psychiques : le Ça, le Surmoi et le Moi. Il faut savoir que les deux topiques s'opposent ou ne s'excluent pas mais se complètent et sont donc ici rassemblées sous les grands ensembles que sont l'inconscient et le conscient (dont préconscient).

### I.2.1. Inconscient

Ce système est constitué des désirs et pulsions refoulés, ces éléments sont séparés du reste du psychisme par la censure qui agit lorsque les pulsions tentent de revenir à la conscience. Selon Freud, dans l'inconscient il n'y a ni négation, ni contradiction, c'est atemporel et il ne tient pas compte de la réalité : il parle de « processus primaire » soumis au principe de plaisir. Le Ça, instance psychique de l'inconscient, est totalement inconscient et est donc également régit par ce principe. Cette instance contient l'énergie psychique des pulsions de vie et de mort. Les pulsions sont à la base de toute activité, elles déchargent leur tension par les envies, les besoins, les instincts.

### I.2.2. Conscient

Le système Conscient reçoit les informations provenant de l'extérieur et de l'intérieur du psychisme, il a pour rôle d'assurer le lien entre les deux autres systèmes et le monde extérieur. Avec le Préconscient, ils forment ce que Freud nomme les « processus secondaires » et sont régit par le principe de réalité. Le Préconscient regroupe tous les éléments accessibles à la mémoire consciente, il s'agit de souvenirs en instance d'être utilisés par le conscient ou de devenir inconscients. Il a plusieurs rôles pour le psychisme : se concentrer sans être parasité, s'adapter à la réalité du monde extérieur, supporter l'insatisfaction, et mettre en instance des désirs et actions.

Le Moi et le Surmoi, instances psychiques du conscient, émergent du Ça. Le Moi, en partie conscient et inconscient, tente de passer du principe de plaisir au principe de réalité et est un médiateur entre les exigences pulsionnelles du Ça, la réalité extérieure et les contraintes du



Surmoi. Ce dernier correspond en quelque sorte à la conscience morale. Il se forme à partir de l'intériorisation des interdits parentaux (héritage du complexe d'Œdipe) et des exigences sociales. Le Surmoi a un rôle de juge, de censeur face à ces interdits et assure la non-satisfaction des pulsions. Le Moi assure la stabilité de l'identité de l'individu en tentant de résoudre les conflits internes. Il évolue en Idéal du Moi (idéal vers lequel tend le Moi en confrontation à la réalité extérieure, parentale et sociale).

### I.2.3. Conflit intrapsychique

Selon Freud, le psychisme de chacun est constitué d'une structure de base composée des différentes instances psychiques. C'est lorsque la personne est confrontée à des fortes épreuves intra ou extra psychiques qu'il se produit un conflit entre les instances. Celui-ci donnera lieu à une instabilité pouvant conduire à une décompensation de la structure de base en structure psychotique, névrotique ou encore en état-limite. Les différences entre ces structures sont multiples et se situent notamment dans la nature du conflit intrapsychique, dans les instances psychiques concernées ainsi que dans les mécanismes de défenses exprimés. En effet, un conflit intrapsychique apparaît lorsque qu'il y a confrontation entre deux exigences par exemple un désir et l'interdit. Pour tenter d'échapper à la souffrance causée et à la réalité, la personne va mettre en place des mécanismes de défense. Ils ont été développés par Freud dans ses travaux sur la psychanalyse.

Ils font partie du système inconscient, sont formés à partir du Moi et ont pour but de protéger l'intégrité du sujet. En effet, pour freiner les expressions du Ça, le Surmoi alerte la part consciente du Moi par un signal d'anxiété afin que soit sollicité un mécanisme de défense. Autrement dit, la personne va tenter de se protéger, par des stratégies adaptatives notamment, des menaces extérieures et intérieures lorsqu'elle va se sentir en danger ou menacée.

Il existe notamment la **projection** (transfert d'affects personnels vers un objet extérieur car refus de les reconnaître en soi, impliqué dans les activités projectives), le **refoulement** (maintient dans l'inconscient de représentations inacceptables pour le conscient), le **déni** (rejet d'une réalité perçue comme dangereuse pour le Moi) et la **sublimation** (transfert d'une énergie pulsionnelle vers une activité socialement acceptable, comme l'art ou les activités créatives). Ces défenses ne sont pas pathogènes en soit car elles sont adaptatives et contribuent à maintenir un équilibre psychique. Dans le cas de la maladie psychique, elles peuvent être inefficaces ou inadaptées, c'est à ce moment qu'elles deviennent pathologiques. Au cours de la thérapie, il sera

important d'être vigilant et attentif par rapport à ces mécanismes. En effet, ils permettent d'observer des particularités dans le comportement et dans les émotions du patient.

### **I.3. Relation thérapeutique**

#### **I.3.1. Transfert et contre-transfert**

Le transfert est un concept central du modèle psychodynamique. Freud parle d'un processus par lequel les désirs inconscients du patient se transfèrent sur certains objets en fonction du cadre et de la relation établie avec ces objets. Autrement dit, selon lui, le transfert est un processus au cours duquel le patient rejoue, auprès de son thérapeute, un modèle infantile de relation d'objet. Le transfert comprend un aspect de répétition et un aspect de réparation dans lequel le patient va chercher une nouvelle expérience d'objet, qui lui sera soignante. Klein élargit cette notion de transfert avec la notion d'identification projective. C'est-à-dire que le patient va déplacer ces affects sur le thérapeute et ainsi, inconsciemment, donner un rôle à ce dernier. Il s'agit de représentations inconscientes liées à son histoire affective, souvent issue de l'image parentale, projetées sur le thérapeute. Néanmoins, cette relation et ce transfert évoluent, ils sont mobiles et fluctuent au cours de la prise en charge.

La nature du transfert peut être identifiée par le comportement et l'attitude du patient dans sa relation avec le thérapeute. Par exemple, lorsqu'il est positif, il se traduit par des signes tels que l'acquiescement, l'adhésion, la confiance, la sympathie etc. Au contraire, un transfert négatif sera caractérisé par du retrait, de la résistance, de la méfiance, de l'évitement ou encore de l'agressivité.

Le contre-transfert est la réaction, souvent inconsciente, du thérapeute envers le patient vis-à-vis du transfert. Le thérapeute se doit d'analyser les transferts afin de gérer au mieux la relation avec le patient ainsi que d'être à l'écoute de ses ressentis personnels. Il devra alors être vigilant à ses propres affects et à son attitude, afin de ne pas freiner la thérapie.

#### **I.3.2. Rôle du cadre**

Le modèle psychodynamique, tout comme la prise en charge ergothérapeutique, repose sur la fabrication d'un cadre thérapeutique à la fois contenant et sécurisant mais aussi garant de la loi et stable. « *La garantie qu'offre véritablement l'ergothérapeute n'est donc pas son « savoir savant », mais sa capacité à tenir un cadre symbolique pour le patient et dans ce cadre de*

*l'accueillir comme étant sujet de son action ou potentiellement sujet de son action* » (Pibarot, 2007). Winnicott a formalisé trois attitudes (porter, mobiliser et traiter, présenter les objets) qui permettent au thérapeute d'instaurer une relation de confiance et d'être dans le partage avec les patients.

Ce cadre exige de savoir attendre et accueillir le sujet, il doit être maintenu et gardé afin que le patient soit confronté à l'expérience de la vie de relation. Ce cadre thérapeutique est établi par des règles délimitant le temps de séance et permet également de contenir les trop grands mouvements pulsionnels destructeurs. Il implique trois fonctions que le thérapeute aura clairement défini au début de la relation : la fonction contenant, la fonction d'espace intermédiaire, et la fonction symbolique. Le thérapeute (ou ergothérapeute) se retrouve alors garant de ces fonctions, tout en se rendant disponible pour contenir et soutenir le patient. Ceci lui permet d'avoir un sentiment de sécurité et de l'amener du principe de plaisir au principe de réalité. En effet, de part la sécurité et la structure qu'il apporte, le cadre permet de délimiter l'espace interne de l'individu et le monde externe, c'est à dire le dedans et le dehors (fonction contenant). De plus, il offre un espace potentiel de création au patient dans lequel il va pouvoir expérimenter, jouer, créer en toute confiance. Ces dernières notions font référence aux travaux et théories de Winnicott et découlent alors la question de la créativité.

#### **I.4. Transitionnalité**

L'espace transitionnel se présente comme un espace intermédiaire : ni véritablement dedans, ni pleinement dehors. Il permet le passage entre l'espace interne de la personne et le monde extérieur. Il s'agit d'une aire médiane où se déroule l'expérience et permettant la créativité.

Winnicott situe donc la créativité dans cette aire. Il la voit sans les limites d'une création qui serait réussie ou reconnue. En effet, pour lui, elle représente la diversité de toute une attitude face à la réalité extérieure. La créativité est ainsi une des conditions nécessaires à la réalisation de soi et à la découverte. La pulsion créatrice est donc présente en chacun de nous et non seulement à l'artiste qui réalise une œuvre d'art. Dans ce sens de la créativité, l'artiste est finalement celui qui crée pour se sentir exister, vivre, pour se surprendre, pour ne pas céder au principe de réalité et enfin pour découvrir et utiliser les ressources nécessaires à la création de sa propre réalité.

Les travaux de Winnicott ont permis de pouvoir imaginer l'œuvre créée comme un objet transitionnel faisant l'intermédiaire entre la psyché du patient et la réalité. Le patient pourra au fur et à mesure des séances revenir sur cet objet, s'y réinvestir et faire le lien par la créativité entre ses conflits psychiques et la réalité extérieure. La créativité ici est à distinguer de la création comme nous l'entendons dans l'art par exemple. Il s'agit de la rencontre entre l'espace intérieur de l'individu et la réalité extérieure. Pour Winnicott (1975) « *c'est en jouant, et seulement en jouant, que l'individu, enfant ou adulte, est capable d'être créatif et d'utiliser sa personnalité tout entière. C'est seulement en étant créatif que l'individu découvre le soi* ». Le thérapeute, et sa relation élaborée avec le patient, va permettre à ce dernier d'accéder au symbolique et à la créativité et ainsi permettre à sa parole de se déployer à travers l'objet transitionnel (médiateur). Dans la médiation, l'ergothérapeute propose donc un espace potentiel d'expérience, de jeu et donc de créativité permettant à la personne d'accéder à son Moi.

La projection fait partie des mécanismes de défense comme cité précédemment, ce phénomène se traduit par le fait que le sujet expulse hors de soi ses sentiments, ses désirs et ses pulsions sur un tiers ou sur un objet lorsqu'il les refuse ou ne les reconnaît pas. Il s'agit d'« *une mise au dehors d'éléments psychiques internes soit par la parole, par la médiation artistique ou, de façon moins élaborée par le passage à l'acte* ». Toute personne possède ce phénomène de projection, et elle est indépendante de la volonté du sujet et permet de faire le lien entre espace interne et espace externe. Elle est donc en lien direct avec l'espace transitionnel de Winnicott.

## **II. Modèle cognitivo-comportemental**

Le modèle cognitivo-comportemental est issu du modèle cognitif et du modèle comportemental. Le versant comportemental du modèle s'intéresse à l'apprentissage et aux comportements. Le versant cognitif (ou psychologique) quant à lui est composé des aspects cognitifs, c'est-à-dire la gestion de la pensée, de l'intelligence et de la mémoire et l'organisation du fonctionnement physique, intellectuel et psychologique. Le comportement est une succession d'actions produites et observables ; une activité est elle-même constituée de plusieurs comportements.

Dans Ergothérapie comparée en santé mentale (2005), Manidi, ergothérapeute, écrit de ce modèle qu'il consiste à favoriser l'apprentissage de comportements voulus par le patient, efficaces, orientés vers un but défini et organisés dans l'espace et le temps. De plus,

l'intervention ergothérapique consistera à créer des conditions favorables et suffisantes au changement de comportement dans le cas où celui-ci est inadapté.

### **II.1. Éléments du modèle comportemental**

Les concepts du modèle comportemental sont tirés des travaux de psychologie expérimentale. Les premiers ayant marqué le développement du comportementalisme datent du début du XX<sup>ème</sup> siècle avec notamment ceux de Pavlov. Ce médecin a mis en évidence le **conditionnement classique** (ou répondant) : stimulus-réponse (expériences du chien de Pavlov). Il correspond à l'apprentissage d'une réponse physiologique ou émotionnelle (dite « réponse conditionnelle ») en réponse à un ou plusieurs stimuli associés et répétés. Ces travaux ont également mis en évidence l'existence d'un phénomène d'extinction de la réponse lorsque l'association entre les stimuli disparaît ainsi qu'un phénomène de généralisation c'est-à-dire que la liaison stimulus-réponse peut apparaître dans d'autres conditions que celles d'origine. Appliqués à l'Homme, les principes du conditionnement répondant peuvent expliquer par exemple des réactions anxieuses à la suite d'une expérience traumatique : un stimulus neutre qui est associé à une situation angoissante ou de peur à un moment donné devient une source d'angoisse ou de phobie plus tard.

Dans les années 1930, le comportementalisme évolue avec les travaux de Skinner (les souris et la boîte de Skinner). Il développe le **conditionnement opérant** qui correspond à l'apprentissage et l'ajustement d'un comportement en fonction des conséquences de celui-ci. C'est-à-dire que certains comportements produits vont être modifiés en fréquence et/ou en intensité s'ils engendrent des conséquences, ces modifications de comportements sont appelés renforcements. Lorsqu'un comportement est reproduit et répété dans le but d'augmenter la fréquence d'apparition de conséquences agréables, le renforcement est positif. Le renforcement négatif quant à lui correspond à l'augmentation d'un comportement dans le but de diminuer la probabilité de survenue de conséquences désagréables. Pour le même but, le fait de diminuer un comportement est appelé une aversion.

De façon générale chez l'Homme, certains comportements (pathologiques ou non) semblent s'installer selon les principes du conditionnement répondant et se maintenir selon ceux du conditionnement opérant.

## II.2. Eléments du modèle cognitif

L'approche cognitive s'est développée à partir des années 1960, elle a pour hypothèse centrale que l'interprétation d'un événement faite par la personne l'affecte plus que l'événement en lui-même. En effet, les hommes sont régis par des mécanismes inconscients et automatiques, appelés schémas ou croyances, qui entraînent des pensées automatiques négatives à cause d'un traitement erroné des informations. De plus, les émotions générées à la suite d'événements seraient liées à cette interprétation et donc à la façon dont ils sont vécus. Les théories d'Ellis (1962) et de Beck (1976) ont fortement participé au développement du modèle cognitif.

### II.2.1. Croyances irrationnelles d'Ellis (1962)

Les travaux d'Ellis s'intéressent aux croyances irrationnelles. Souvent, des croyances sont associées à des affirmations (ce qui devrait être, ce que je suis etc). Elles entraînent des attentes élevées et irréalistes ayant pour conséquences que la personne est constamment confrontée à l'échec ou à la déception. Il s'agit alors pour la personne de remettre en question ces croyances irrationnelles afin qu'elle se rende compte qu'elles sont inefficaces et ainsi changer sa manière de voir les choses.

Pour Ellis, les hommes ne sont pas perturbés émotionnellement par un fait en tant que tel mais par leur vision apportée à ce fait à travers leurs langages, leurs croyances évaluatives, leurs significations et leurs philosophies sur le monde, sur eux-mêmes et sur les autres. Il a ainsi développé le modèle A-B-C, où A (Activating Event) est l'événement, B (Beliefs) représente les croyances et pensées de la personne concernée et C (Consequences) est la réponse émotionnelle qui survient après l'événement. Ellis établit donc que la relation entre A, B et C est que ce n'est pas l'évènement (A) mais les croyances et pensées de la personne (B) qui entraînent la réponse émotionnelle (C).

### II.2.2. Beck et les schémas de pensées dysfonctionnels (1976)

Beck a établi l'existence de trois principales variables dans le modèle cognitif : les schémas cognitifs, les processus cognitifs et les pensées automatiques. Le **schéma cognitif** d'une personne désigne ses croyances de base qui constituent sa compréhension d'elle-même, du monde et des autres. Ces croyances s'élaborent à partir des expériences vécues au cours de sa vie. Il s'agit d'un ensemble de règles générales, inflexibles, que l'on retrouve sous forme

impératives. Ces schémas sont formés au cours de l'enfance, de l'adolescence et continuent de s'élaborer tout au long de la vie. Ils sont totalement ou partiellement inconscients mais sont stockés dans la mémoire à long terme dans le sens où ils font surface lorsque la personne est confrontée à certains stimuli.

Les schémas cognitifs reçoivent et traitent toutes les informations provenant de stimuli extérieurs et intérieurs et les transforment en cognitions grâce aux **processus cognitifs**, ceux-ci étant involontaires et automatiques. Les cognitions peuvent être des idées, des jugements, des critiques, des souhaits, etc sous forme de pensées, appelés **pensées automatiques**. Un processus cognitif est une sorte de procédé de décodage de la réalité qui permet des jugements rapides sur les événements. Cependant, il existe des distorsions de processus, c'est-à-dire des perturbations de la pensée logique. Par exemple, afin de rendre la pensée compatible avec un schéma préexistant, l'information reçue peut être en quelque sorte modifiée. Il existe de nombreuses distorsions cognitives dont les dix principales sont les suivantes : l'inférence arbitraire, l'abstraction sélective, la personnalisation, la surgénéralisation, l'amplification et la minimisation, la pensée dichotomique, le raisonnement émotionnel, l'étiquetage, les fausses obligations et la disqualification du positif.

Ainsi, le modèle cognitif de Beck comprend cinq étapes : la prise de conscience des pensées lors du ressenti des émotions dysfonctionnelles, la remise en question des pensées pour examiner leur validité, la recherche d'une interprétation plus réaliste, la recherche et les modifications des croyances dysfonctionnelles de base (schémas cognitifs) et enfin la mise en lien entre les événements, les pensées, les émotions et les comportements.

### **II.3. Bandura (1986) et l'apprentissage social**

Bandura, psychologue canadien, a élaboré la théorie de l'apprentissage social, il s'agit d'un approche cognitivo-comportementale permettant de comprendre les différents facteurs qui influencent nos comportements. L'apprentissage social considère la personne comme un organisme actif où l'interaction entre les influences contextuelles, comportementales et internes est constamment dynamique.

Les influences internes sont caractérisées par des processus cognitifs. Ce sont notamment eux qui permettent à la personne d'être en relation permanente avec son environnement. Parmi eux, on trouve l'anticipation des conséquences de chaque action et l'attente des résultats de cette action ainsi que l'autoévaluation et l'autorenforcement des comportements. Ces processus

dépendent eux-mêmes de l'histoire de la personne en lien avec les conduites observées d'autrui. Bandura appelle ce phénomène l'apprentissage social par observation/imitation de modèles.

Selon lui, il en existe trois formes : l'**apprentissage à travers un modèle réel**, c'est-à-dire qu'une personne exerce un comportement sous les yeux de l'individu ; l'**apprentissage par instruction verbale** dans le cas où l'individu se fait présenter oralement la description et les détails d'un comportement ; et enfin, l'**apprentissage par un modèle symbolique** qui peut être représenté par un personnage fictif de dessin animé, de film ou de l'imagination. Ces modèles peuvent devenir alors des références en termes de comportements à reproduire ou non. La nuance dépend de plusieurs facteurs. Le premier est l'**environnement**, notamment l'environnement culturel. Le deuxième est l'**attention**, en effet, pour qu'un comportement soit remarqué et imité il doit attirer l'attention de l'individu. Pour finir, la **motivation** est une sorte de moteur dans le sens où le comportement observé doit donner envie d'être reproduit. Pour cela, ce sont les conséquences de l'action sur la personne qui vont être observées et le résultat influence la reproduction. Bandura parle alors de renforcements anticipés, en référence aux renforcements immédiats (positifs et négatifs) de Skinner.

Dans ce sens, le psychologue développe plus tard le concept d'efficacité personnelle perçue. Les croyances que l'individu a de ses propres capacités d'action, quelles que soient ses aptitudes objectives, sont à la base de la motivation, de la persévérance et d'une grande partie des accomplissements humains. Pour lui, les comportements dépendent des attentes d'efficacité et de résultat que l'individu a construit au cours de son histoire (Bandura, 2007).

#### **II.4. Relation thérapeutique**

Dans le modèle cognitivo-comportemental, la relation thérapeutique entre la personne et le thérapeute prend également une place importante. Des composantes sont nécessaires à l'établissement d'une alliance thérapeutique dite « positive » ou « de confiance ». Il s'agit, de façon non exhaustive, de l'empathie, l'authenticité, la confiance mutuelle, le professionnalisme, l'acceptation du patient, etc.

Il existe également une relation de collaboration empirique, celle-ci a été définie par Alford et Beck (1997) comme une relation qui serait comparable à celle de deux savants qui travaillent ensemble sur un même problème. Dans ce sens, cette relation sert de support à l'apprentissage et au changement. Ce dernier étant également lié aux capacités de la personne, il



est donc indéniable de laisser au patient la responsabilité quant au changement sans miser exclusivement sur le rôle du thérapeute et donc la relation thérapeutique.

En 1990, Gaston propose une approche multidimensionnelle de la relation thérapeutique construite sur quatre facteurs indépendants. Tout d'abord, **l'alliance de travail** qui est basée sur la capacité du patient à travailler dans la thérapie. Ensuite vient **l'alliance thérapeutique** définie comme étant le lien affectif du patient vis-à-vis du thérapeute. Le troisième facteur est **la compréhension et l'engagement affectif** du thérapeute pour le patient. Enfin, **l'entente** entre le patient et le thérapeute sur les items liés au déroulement de la thérapie et sur les buts généraux de celle-ci. En définitive, « *toutes les définitions s'accordent pour inclure des dimensions de collaboration, de mutualité et de négociation* » (Despland, 2000).

Il existe de nombreux paramètres qui influencent l'alliance thérapeutique. Ceux-ci sont en lien avec les caractéristiques de la personne d'une part, et sur la façon dont le thérapeute participe à la construction de l'alliance d'autre part ; le lien interpersonnel est également à prendre en compte. Ces paramètres sont par ailleurs liés à l'évolution de l'alliance dans le temps.

En effet, au cours de la thérapie, on voit apparaître deux phases dans le développement de l'alliance thérapeutique. La première, appelée « **alliance initiale** », s'établit lors des premiers entretiens et est associée au climat affectif entre le patient et le thérapeute. Elle est liée notamment au travail et à l'attitude du thérapeute et sert de base prédictive à la qualité de la seconde alliance dite « **alliance moyenne** ». Celle-ci, correspond à l'alliance au cours de la thérapie, elle est fluctuante et liée à la relation de travail ainsi qu'au processus thérapeutique en lui-même. Il s'agit alors d'un phénomène actif et dynamique dans la mesure où elle est sans cesse remise en question et restaurée grâce au travail thérapeutique. La construction de l'alliance thérapeutique est alors influencée par trois groupes de facteurs : les caractéristiques du patient, les caractéristiques du thérapeute et la technique thérapeutique utilisée.

## **II.5. Application en ergothérapie**

Pour Morel-Bracq (2017), le modèle cognitivo-comportemental dans l'aspect comportemental permettra une analyse de l'activité très précise qui comprendra les aspects de l'environnement qui pourront influencer certains comportements du patient. Les activités seront notamment utilisées afin d'évaluer puis de permettre un entraînement aux habiletés sociales ainsi que dans le but d'acquiescer des comportements souhaitables socialement. Dans l'aspect cognitif

du modèle cognitivo-comportemental, l'ergothérapeute écrit qu'il a pour objectif d'atténuer les difficultés liées aux schémas de pensées ainsi que favoriser l'intégration sociale des patients.

Ces notions sur le modèle cognitivo-comportemental permettront à l'ergothérapeute de comprendre les problématiques d'un patient autour de ses comportements et de ses pensées. Il s'agira pour cela d'identifier les antécédents en lien avec ce comportement ou ce schéma de pensée, de comprendre comment il se déclenche, de connaître les conséquences pour la personne et son environnement humain ainsi que de connaître sa motivation vis-à-vis du changement. Ensuite, l'ergothérapeute pourra articuler les différents éléments afin d'avoir une compréhension claire et dynamique des difficultés du patient afin de pouvoir agir sur celles-ci (Manidi, 2005).

### **III. Concept de rétablissement**

Le processus de rétablissement est un cheminement personnel permettant au patient de se construire une vie significative, une identité positive fondée sur l'espoir et l'autodétermination. Il existe de nombreux écrits définissant le processus de rétablissement, les éléments le composant et les étapes de celui-ci. Ci-après sont énoncées certaines définitions les plus retrouvées dans la littérature, les différentes phases du processus ainsi que les dimensions du rétablissement selon le modèle CHIME (modèle relevant d'une étude scientifique).

#### **III.1. Définitions**

Un des concepteurs du mouvement du rétablissement, Anthony, le définit en 1993 : « *Le rétablissement est un processus foncièrement personnel et unique qui vise à changer ses attitudes, ses valeurs, ses sentiments, ses objectifs, ses aptitudes et ses rôles. C'est un moyen de vivre une vie satisfaisante, remplie d'espoir et productive malgré les limites résultant de la maladie. Le rétablissement va de pair avec la découverte d'un nouveau sens et d'un nouveau but à sa vie, à mesure qu'on réussit à surmonter les effets catastrophiques de la maladie mentale. Se rétablir de la maladie mentale implique beaucoup plus que de se rétablir de la maladie elle-même.* ».

L'année suivante, Deegan a donné sa propre définition : « *Les gens parvenant au rétablissement décrivent leur expérience comme ayant retrouvé un nouveau sens de soi et un but au-delà des limites des incapacités. Le rétablissement est un processus, une façon de vivre, une attitude, une façon d'approcher les défis quotidiens.* ».

De même, en 2002, Pervencher écrit : « *Toute tentative de définition du rétablissement doit mettre en perspective l'expérience subjective de l'individu dans ses efforts de surmonter les symptômes et de dépasser les limites imposées par le trouble mental et les conséquences sociales associées. [...] Le rétablissement est ici défini comme la transcendance des symptômes, des limites fonctionnelles et des handicaps sociaux rattachés au trouble mental. Cette transcendance se manifeste par des transformations d'ordre multidimensionnel et implique l'activation de processus personnel, interpersonnel et sociopolitique permettant le renouvellement d'un sens à l'existence, la performance de rôles sociaux significatifs et l'amélioration du bien-être et de la qualité de vie.* ».

Puis, Davidson et Roe (2007) ont publié : « *1- Le rétablissement d'une maladie mentale grave implique l'amélioration des symptômes et le retour de la personne à un état de santé optimal (se rapprochant le plus possible de l'état de santé prémorbide). 2- Le rétablissement en santé mentale réfère au processus de minimiser l'impact destructif de la maladie tout en identifiant et construisant simultanément les forces de la personne et ses intérêts afin qu'elle ait une identité et une vie au-delà d'être un «patient malade mental* » ».

### **III.2. Phases du processus**

Cinq étapes conduisant au rétablissement ont été mises en avant par la recherche, celles-ci ayant fait l'objet de nombreux écrits de différents auteurs.

La première est appelée : le **moratoire**. Elle est caractérisée par le déni, le sentiment de perte, de désespoir et de révolte. Elle peut être accompagnée d'un refus de prendre un traitement, une non-reconnaissance et une non-attribution des symptômes faisant partie de la maladie. A ce stade, l'objectif principal sera de construire une alliance thérapeutique avec le patient, afin de l'amener à se soigner. Le moratoire a parfois lieu alors que la personne n'est pas hospitalisée, il s'agira dans ce cas d'identifier les ressources disponibles en termes de réseaux de santé pour amener le patient vers un système de soins adapté.

La seconde étape est la **conscience**, celle-ci correspond au moment où la personne a une première lueur d'espoir quant à une vie meilleure et à une possibilité de rétablissement avec un sentiment de pouvoir agir. Ce déclic peut venir d'elle-même, ou peut être déclenché par une personne significative ou un patient rencontré par exemple. Les objectifs thérapeutiques seront d'encourager le patient à maintenir et renforcer cet espoir, de donner des informations pour qu'il puisse réussir à se projeter dans le futur et d'offrir une psychoéducation axée sur le

rétablissement. Il sera également important de traiter à ce moment là certains troubles comme les troubles anxieux et/ou dépressifs associés ou encore les abus de substances.

L'étape suivante est la **préparation**, elle consiste à faire un inventaire des capacités (forces) et incapacités (faiblesses) de la personne. De plus, il sera important pour elle de distinguer ce qu'il fait partie d'elle (valeurs personnelles, contenu de l'hallucination parfois) et ce qui relève de la maladie (conséquences des symptômes). Durant cette étape, le patient apprendra également à mieux gérer sa maladie, ses symptômes, à s'insérer dans des groupes sociaux et à réduire ses craintes notamment.

Vient ensuite la **reconstruction** durant laquelle le patient réalise un travail actif de fabrication d'une identité positive. C'est-à-dire qu'il établit des objectifs personnels, il prend des responsabilités dans la gestion de la maladie et prend le contrôle sur sa vie. La reconstruction entraîne des prises de risques et donc des échecs et erreurs, ce qui peut déstabiliser psychiquement et symptomatologiquement le patient. Offrir le plus possible de services adaptés aux besoins et envies des patients est la mission de tous les soignants. Au moment de cette étape, la prise en compte des projets et des attentes individuelles est primordiale pour permettre aux patients de poursuivre leur évolution et de prendre leur vie en main.

La dernière étape du processus de rétablissement est la **croissance**. Elle est caractérisée par l'autogestion de la maladie, l'image positive de soi, la confiance en soi, en ses capacités. La personne réussit à maintenir une vision positive de sa vie, son futur, et se sent comme transformée par l'expérience de la maladie, comme si cette dernière lui avait appris quelque chose sur elle-même.

### **III.3. Dimensions du rétablissement selon le modèle CHIME**

En 2011, Leamy & al. ont réalisé la première revue systématique sur le rétablissement. Cette étude avait pour but de synthétiser les descriptions et les modèles de rétablissement publiés afin de définir un cadre conceptuel et construire une base empirique pour les futures recherches. Au sujet du rétablissement, et plus particulièrement du processus de rétablissement, la synthèse des écrits a permis d'établir et définir les dimensions clés : *Connectedness, Hope and optimism, Identity, Meaning in life, et Empowerment* donnant l'acronyme CHIME. Les dimensions CHIME ont ensuite fait l'objet d'une nouvelle étude (Bird et al., 2014), celle-ci a démontré la validité de ce cadre conceptuel en montrant sa pertinence dans la pratique et la recherche. Les 5 dimensions CHIME ont donc été définies par Leamy et al (2011) et Bird & al. (2014) (traduction libre).

La première dimension est la **connexion aux autres** (*Connectedness*), elle comprend : le soutien des pairs, le soutien du groupe et le soutien des autres ; être membre de la communauté et les relations (avec les professionnels, relations basées sur le soutien et la collaboration), « *la connexion aux autres va au-delà des relations directes avec la famille et les amis pour inclure le sentiment d'appartenance à la communauté au sens large, ou de faire partie d'une société* ».

La seconde dimension concerne l'**espoir** et l'**optimisme** (*Hope and Optimism*), elle comprend les sous catégories suivantes : avoir la motivation de changer, avoir des rêves et des aspirations, croire en la possibilité du rétablissement, avoir des pensées positives et valoriser les succès et avoir des relations inspirantes.

La suivante est l'**identité** (*Identity*) composée des dimensions de l'identité, de la reconstruction ou redéfinition d'une identité positive et de la stigmatisation à surmonter.

La quatrième dimension est celle du **sens à la vie** (*Meaning in life*), celle-ci comprend le sens des expériences liées à la maladie mentale, la spiritualité, la qualité de vie, les rôles et objectifs de vie significatifs et la reconstruction de sa vie.

Pour finir, la dernière dimension est l'**empowerment** dont les responsabilités personnelles, le contrôle sur sa vie et l'accent sur les points forts.

#### **III.4. Pertinence dans le sujet**

Le fait de se rétablir est défini comme un processus profondément personnel par lequel le patient arrive à prendre conscience de sa maladie, retrouve espoir et récupère un pouvoir d'agir. Le rétablissement ne peut être détaché de l'expérience de l'individu et doit intégrer l'expérience subjective de celui-ci dans ses efforts pour surmonter les symptômes de la maladie et dépasser les limites imposées par son trouble psychique et les conséquences qui y sont associées (Provencher, 2002).

Ces principes rejoignent les valeurs et les fondements de l'ergothérapie. En effet, cette profession a une vision globale qui incorpore les exigences occupationnelles de la personne ainsi que ses facteurs personnels et environnementaux. De nombreux concepts comme par exemples l'estime de soi, l'efficacité personnelle, l'autodétermination et la qualité de vie sont reliés autant à l'ergothérapie qu'au rétablissement. A chaque phase du développement du rétablissement on peut retrouver chaque ingrédient du CHIME et chacun évoluera à chaque étape.

De plus, le processus de rétablissement demande à la personne d'être active afin d'évoluer en passant les phases de celui-ci. Pour cela, l'engagement vis-à-vis du soin est primordial. Cette conduite consiste à assumer activement une situation, cela s'oppose aux attitudes de retrait, d'indifférence, de non-participation. Elle correspond à un style d'existence, une manière de se rapporter aux événements, à soi-même, aux autres. Il existe également plusieurs types d'engagement qui impliquent chacun différents mécanismes psychologiques (Brault-Labbé & Dubé, 2009).

Par exemple, des auteurs ont mis en avant une approche en lien avec les théories de la dissonance cognitive où l'engagement consiste en une **persistance comportementale** associée à une nécessité d'être (ou de paraître) cohérent avec ses croyances et ses choix passés. D'autres valorisent une **approche affective** selon laquelle l'engagement est avant tout l'expression d'une attirance marquée ou d'un intérêt envers une activité, une personne ou un objet social quel qu'il soit.

Récupérant en partie ces idées, certains auteurs ont mis l'accent sur les distinctions entre d'autres sous-types d'engagement dont :

- l'**engagement personnel**, découlant des attirances et des choix propres de l'individu et associé à une grande satisfaction généralement ;
- l'**engagement moral** (ou social), qui relève des valeurs morales, du sens du devoir et des responsabilités de la personne ;
- l'**engagement structurel**, qui découle du sentiment de contrainte et d'obligation de persister à cause des coûts ou des conséquences anticipées qu'aurait l'interruption de l'engagement.

A l'aide de ces informations recueillies dans les parties précédentes, j'ai élaboré des matrices théoriques qui reprennent les points clés des modèles psychodynamique et cognitivo-comportemental et du concept de rétablissement. J'y ai associé des indicateurs et des indices à ces derniers qui me permettent de faire le lien avec mon étude. Ces matrices se trouvent en Annexe II.

## C. METHODOLOGIE DE L'ETUDE

### I. Méthode de recherche

Dans cette partie, sera abordée la méthodologie que j'ai choisie pour ce travail de recherche. Cela va permettre, par la suite, de faire le lien entre les éléments théoriques et la pratique concrète des ergothérapeutes. L'objectif est de mettre en avant l'apport de l'approche intégrative utilisée par les ergothérapeutes dans le but de favoriser l'engagement du patient dans le processus de rétablissement dans un contexte de troubles psychiques.

#### I.1. Choix de la population et de la méthode

Afin de répondre à cet objectif visant la pratique concrète des ergothérapeutes dans ce domaine, j'ai choisi de réaliser des entretiens auprès d'ergothérapeutes ayant de l'expérience professionnelle dans le domaine de la psychiatrie.

Avant de les réaliser, j'ai dû établir des critères d'inclusion et d'exclusion afin d'interroger des ergothérapeutes susceptibles de me donner des éléments pertinents me permettant de répondre à ma question de recherche. J'ai donc inclus pour l'étude des ergothérapeutes diplômés d'état exerçant ou ayant exercés en psychiatrie. Ceux-ci doivent également être concernés par l'intégration de modèles interprofessionnels. Les ergothérapeutes n'ayant pas d'expérience professionnelle en psychiatrie et/ou se basant sur un seul modèle (ou aucun) dans leur pratique seront exclus.

#### I.2. Outils de recueil de données

Afin de recueillir les données et informations nécessaires pour ma recherche, j'ai opté pour une démarche qualitative par le biais de réalisation d'entretien. Cette méthode permet d'offrir un cadre privilégié à la personne interrogée dont les propos seront traités anonymement et sans jugement de valeur. De plus, les entretiens seront enregistrés via un dictaphone afin de me permettre de rester concentrée et focalisée sur les dires des ergothérapeutes un à un, favorisant ainsi mon attention et mon écoute.

Il existe plusieurs types d'entretiens différenciés par leur forme et type de questions :

- L'entretien non directif (ou libre) : liberté totale d'expression à l'interlocuteur
- L'entretien semi-directif : questions ouvertes mais ciblés sur des thèmes choisis
- L'entretien directif : élaboration et passation de questionnaire

Afin de répondre au mieux à mon sujet d'étude, j'ai fait le choix d'utiliser l'entretien semi-directif afin de pouvoir orienter le discours des interlocuteurs sur les thèmes voulus. Grâce à la construction de la matrice théorique, issue elle-même de ma problématique théorique, j'ai élaboré des questions d'entretien ainsi que des questions de relance. Ces questions sont donc relatives à mon sujet et me permettent de maintenir l'axe principal des entretiens autour de ma recherche.

#### I.2.1. Questions signalétiques

Ces questions permettent aux ergothérapeutes interrogés de se présenter. Ces données feront également partie intégrante de l'analyse des résultats. Je récolterai donc les informations suivantes :

- Le sexe de la personne interrogée
- La date et la ville de l'obtention du Diplôme d'Ergothérapeute (DE)
- Les éventuelles autres formations en lien avec la pratique en psychiatrie
- Le nombre d'années exercées en psychiatrie, le type de structure et le public rencontré actuellement

Enfin, je demanderai aux ergothérapeutes s'ils connaissent le concept de rétablissement et de me citer quelques mots ou quelques phrases qui pourrait le définir. La deuxième partie de cette question me permet tout d'abord d'avoir une garantie de connaissances du concept si la réponse est « oui ». De plus, deux de mes questions d'entretien sont orientées sur celui-ci, de ce fait, si les ergothérapeutes répondent négativement à cette question, des questions différentes reprenant la définition du rétablissement seront posées.



### I.2.2. Questions d'entretien

**Question 1 :** Quelle définition pourriez-vous donner de l'ergothérapie en psychiatrie ?

*Relance possible :*

- Selon vous, comment l'ergothérapeute travaille en psychiatrie ?

**Question 2 :** Quels modèles ou approches théoriques interprofessionnelles guident votre pratique et est ce que ce sont les mêmes depuis le début de votre pratique ?

*Relances possibles :*

- Comment organisez-vous vos prises en charges autour de ces modèles ?
- Qu'est ce qui vous a amené à faire évoluer votre pratique vers l'intégration-la complémentarité des modèles ?

**Question 3 :** Par quels moyens favorisez-vous le processus de rétablissement du patient / le processus qui emmène le patient à retrouver une identité positive et un but à sa vie en allant au-delà de la maladie psychique ?

*Relance possible :*

- Y a-t-il des différences dans votre proposition de moyens entre les différentes étapes du rétablissement ? Si oui, précisez.

**Question 4 :** En tant qu'ergothérapeute, comment favorisez-vous l'engagement du patient dans le soin ?

*Relance possible :*

- Parmi les modèles sur lesquels vous vous appuyez, le ou lesquels participent à cet engagement et comment ?

**Question 5 :** Selon vous, quels sont les apports de l'intégration de plusieurs modèles pour permettre au patient de se rétablir / de surmonter les symptômes de la maladie psychique et dépasser les limites imposées par celle-ci ?

*Relance possible :*

- Comment le fait d'utiliser différents modèles vous permet de proposer au patient une prise en charge axée sur le rétablissement ?

**Question 6 :** Avez-vous quelque chose à ajouter pour m'aider dans ma recherche ?

### **I.3. Protocole de passation**

#### **I.3.1. Constitution de l'échantillon**

Afin d'entrer en contact avec des ergothérapeutes répondant aux critères d'inclusion prédéfinis, j'ai utilisé le réseau d'ergothérapeute du groupe Yahoo nommé ErgoPsy. Il a été créé par Muriel Launois et est en lien également avec le site internet du même nom. Ce groupe rassemble des ergothérapeutes (notamment) étant intéressés par la pratique en psychiatrie, ceux-ci peuvent alors publier des messages sur divers sujets (recherche scientifique, poste vacant, informations diverses etc). Les personnes inscrites peuvent alors visualiser les messages publiés sur internet et dans leur boîte mail personnelle (non diffusée) et ainsi y répondre soit directement au publicateur soit sur le groupe pour créer une discussion.

Après avoir demandé une inscription au groupe et y être accepté, j'ai réalisé et publié un message afin de solliciter des ergothérapeutes répondant à mes critères d'inclusions. Peu de temps après la publication de celui-ci, j'ai reçu plusieurs réponses d'ergothérapeutes intéressés par ma recherche et j'ai pu échanger par mail avec ces derniers autour des modalités et de l'organisation des entretiens. Je n'ai donc pas eu besoin d'utiliser d'autre moyen afin de constituer mon échantillon.

#### **I.3.2. Passation de l'outil**

Une lettre d'introduction (ann. III) et une lettre de consentement (ann. IV) ont été rédigées et transmises aux ergothérapeutes avant la passation de l'entretien. La première reprend les modalités et objectifs de l'entretien. La seconde permet d'obtenir le consentement du futur interlocuteur au sujet de l'analyse de ses réponses notamment.

J'ai donc organisé et réalisé deux entretiens téléphoniques et un entretien physique. Chaque entretien commence par une présentation courte du thème de mon mémoire et du déroulement de l'entretien. La partie suivante comprend les questions signalétiques. Enfin, sont posées les autres questions et relances éventuellement relatives à mon sujet et présentées ci-dessus. L'entretien se termine avec une conclusion ainsi que des remerciements pour leur aide dans ma recherche et le temps consacré pour celle-ci.

## **II. Résultats**

### **II.1. Présentation de l'échantillon**

Le premier entretien (téléphonique) (ann. V) a été réalisé avec une ergothérapeute **E1**, diplômée depuis 1983 et ayant été formée à Nancy. Cela fait 37 ans qu'elle exerce dans le domaine de la psychiatrie, principalement en intra-hospitalier (unité libre ou de soin protégé fermé) ainsi que des passages en CATTP, en addictologie. Aujourd'hui, E1 travaille en intra-hospitalier essentiellement, avec un public d'adultes. Elle effectue également quelques heures en éducation thérapeutique du patient pour des personnes en rhumatologie ou en chirurgie bariatrique. De plus, une partie de son emploi du temps est consacré à ses actions spécifiques à savoir l'hypno-relaxation et le travail de gestion des émotions. Cette ergothérapeute a suivi de nombreuses formations en lien avec la pratique en psychiatrie dont un certificat d'aptitude à l'hypnose et aux thérapies ainsi que des formations ponctuelles en didactique, hypnose Ericksonnienne, thérapie brève, travail corporel, etc.

L'ergothérapeute **E2** de l'entretien suivant (téléphonique) (ann. VI) a été diplômée en 1991 à l'Institut de Formation en Ergothérapie (IFE) de Créteil. Puis, dans le cadre de la formation continue, elle a fait une formation de psychothérapeute et a obtenu un DEUG de psychologie. E2 a commencé à travailler en psychiatrie en 1994. Depuis 2005, elle exerce en intra hospitalier et en CATTP, à mi-temps chacun.

Pour le troisième et dernier entretien (ann. VII), j'ai rencontré physiquement une ergothérapeute **E3** ayant obtenu son diplôme en 1980 à l'IFE de Montpellier. Elle compte vingt-deux ans d'expérience professionnelle d'ergothérapeute dans le domaine de la psychiatrie. Depuis 2010, elle exerce sur une plateforme dédiée au handicap psychique adulte, il s'agit d'un lieu de vie pour les résidents. E3 a suivi de nombreuses formations continues (non diplômantes) en plus du DE, par exemple en art thérapie ou au sujet de l'écriture.

### **II.2. Analyse quantitative des entretiens**

Le premier entretien avec E1 a duré vingt-sept minutes et l'ergothérapeute a répondu au total de questions en utilisant 3443 mots. Le deuxième dure quinze minutes, E2 ayant prononcé 1026 mots. Enfin, E3 a répondu à mes questions avec 2345 mots en vingt-trois minutes.

Pour chaque entretien, le logiciel « TROPES » a analysé les données et regroupé les mots utilisés à plusieurs reprises. Ce logiciel offre de nombreuses modalités de traitement quantitatif

selon différents classements (style, univers de référence, références utilisées, scénario, relations, catégories fréquentes, la fréquence des verbes, adjectifs, substantifs, et épisodes). Son utilisation est complexe, et les résultats difficilement exploitables mais ils m'ont semblé pertinents à analyser, dans la mesure où je pourrai par la suite les mettre en relation avec ma question de recherche.

Cependant, après avoir mis à plat les résultats, j'ai constaté qu'ils ne me permettaient pas de recueillir des informations perspicaces pour mon étude. En effet, dans les entretiens, la pertinence des réponses n'est pas exprimée selon la récurrence de mots mais sous forme d'idées développées. De plus, cette analyse quantitative est fortement biaisée par la différence du nombre de mot total exprimé entre chaque ergothérapeute.

### **II.3. Analyse qualitative des entretiens**

Cette analyse transversale permet de comparer les différentes réponses obtenues lors des entretiens question par question. Dans le respect des propos de chacune, les réponses des trois ergothérapeutes seront alors résumées pour mettre en évidence les points importants abordés.

<b>Connaissez-vous le concept de rétablissement ? En quelques mots ou quelques phrases, comment pourriez-vous le définir ?</b>
--

<b>E1</b> ne connaît pas le concept de rétablissement, elle l'associe à la guérison et m'explique que pour elle « <i>il y a des troubles psychiques, des souffrances psychiques qui peuvent s'améliorer, se métamorphoser, se transformer mais le rétablissement c'est un concept de rétablir quelque chose comme avant et pour [elle] il y a un changement de toute manière</i> ».
---

<b>E2</b> dit connaître le concept et le définit comme étant de « <i>vivre avec sa maladie, accepter sa maladie</i> ». Finalement dans les questions sur le rétablissement, la définition du concept a du être donnée à E2 pour clarifier le sujet.
---

<b>E3</b> connaît le concept de rétablissement, pour elle, en quelques mots, « <i>c'est comment pouvoir reprendre sa vie en main avec les séquelles que l'on a de sa pathologie</i> ».
--

Le concept de rétablissement n'est donc pas connu de toutes les ergothérapeutes interrogées, la deuxième formulation des questions 3 et 5 sera alors utilisée pour les entretiens avec E1 et E2.

**Question 1 : Quelle définition pourriez-vous donner de l'ergothérapie en psychiatrie ?**

**E1** : Thérapie médiatisée - Relation grâce et à travers la médiation et le cadre thérapeutique – Cadre et médiation : cohérents, adaptés, pensés, ergothérapeute garant et responsable - analyse de la relation - Prend des notes, rend des comptes

Soin psychique (psychodynamique) = comprendre son fonctionnement psychique (médiations projectives, créatives, expressives) OU Réhabilitation (autonomie) = amélioration de la qualité de vie, des habiletés sociales, intégration et inclusion dans la société

**E2** : Réduction de la souffrance psychique - Meilleur fonctionnement social de la personne malade - Activités de soin + Activités quotidiennes

**E3** : Retrouver un équilibre malgré les troubles et séquelles d'après crise - Organisation : équipe pluridisciplinaire, prescription du médecin, indications des équipes - Patient : individuel ou groupe, séances à durée variables, - Objectifs : en fonction du patient, du service (ce qui est demandé, qui est permis)

Travail de l'ergothérapeute dépend de ses références → Expression : conflit interne, évènement traumatisant, déroulement de la vie ET/OU Vie quotidienne : soins personnels, communication, relations aux autres, etc

**Synthèse Q1 :**

Dans les discours des trois ergothérapeutes, on remarque la séparation entre les notions autour du soin psychique et celles autour du quotidien. Dans leur définition on retrouve également des points communs au niveau des thèmes abordés : la souffrance psychique, l'autonomie et l'aspect social concernant le patient ; le rapport à l'institution, à l'équipe du côté de l'ergothérapeute.

E1 et E3 mettent également l'accent sur la diversité de la pratique en fonction des patients, des souffrances rencontrées. Aucune des trois ne donnent d'objectif thérapeutique spécifique.

Au sujet des modèles, dans le discours de E1 on peut retrouver des propos en lien avec le modèle psychodynamique (« médiation », « projectif », ...) et fait la distinction entre le soin psychique du côté psychodynamique et la réhabilitation du côté de l'autonomie personnelle (associé au modèle cognitivo-comportemental). E2 a une réponse plutôt neutre à ce sujet. E3

complète sa définition de l'ergothérapie en psychiatrie en précisant qu'il y a des différences de pratique en fonction des références théoriques de l'ergothérapeute.

On peut voir alors dans cette première question une distinction entre les modèles psychodynamique et cognitivo-comportemental. Le choix des mots employés par les ergothérapeutes est teinté des terminologies de leurs références. Celles-ci sont plurielles mais on peut constater qu'il n'y a pas de langage commun entre elles.

**Question 2 : Quels modèles ou approches théoriques interprofessionnelles guident votre pratique et est ce que ce sont les mêmes depuis le début de votre pratique ?**

**E1** : Modèle principal de base et privilégié = psychodynamique mais nécessité d'avoir « 4 paires de lunettes », 2 premières = psychisme / 2 autres = réhabilitation personnelle ou groupale. 1<sup>ère</sup> psychodynamique : travail avec les médiations projectives, créatives, médium malléable ; 2<sup>ème</sup> cognitivo-comportementale (CC) : travaux autour des troubles cognitifs, éducation thérapeutique ; 3<sup>ème</sup> humaniste ou sociale : dimension groupale ; 4<sup>ème</sup> activités : productivité, loisirs etc.

Evolution : institution qui glisse vers un modèle plus CC, formation hypnose et thérapie, évolution du métier et pression du groupe (redéfinition des lignes et concepts de l'ergothérapie)

**E2** : - Modèle principal de base = psychodynamique puis intégration des approches humaniste et plus récemment modèle CC.

- Séances individuelles, de groupe et entretiens quelque soit le modèle

Evolution : psychologie humaniste par l'expérience personnelle (apprentissage personnel et intégration dans la pratique) ; contrainte par la hiérarchie pour le modèle CC

**E3** : - Premier modèle utilisé = psychodynamique car structure prenant cette approche donc nécessité de se former à celle-ci.

- Ateliers de groupe et suivis individuels : les 2 modèles représentés dans les propositions d'atelier.

Evolution : psychodynamique dans les hôpitaux, puis exercice en lieu de vie où les besoins en terme d'accompagnements dans la vie quotidienne l'on mené à s'intéresser au modèle CC. Aujourd'hui, mélange des deux.

## Synthèse Q2 :

Dans cette question, les modèles interprofessionnels cités par les trois ergothérapeutes sont les modèles psychodynamique et cognitivo-comportemental, E1 et E2 énoncent également le modèle humaniste.

Pour les trois interlocutrices, le premier modèle mis en pratique a été le psychodynamique, E1 et E2 ont suivi une formation de base avec des références psychodynamiques et ont appliqué ces apprentissages dans leurs pratiques. E3, ne connaissant pas ces modèles auparavant, elle a débuté sa carrière dans des hôpitaux psychiatriques prenant une franche approche psychodynamique et s'est formée sur le terrain à celle-ci.

Dans chacun des discours, l'évolution de leur pratique autour des modèles a un lien avec la hiérarchie ou l'institution ainsi qu'avec leurs expériences personnelles et/ou professionnelles. On voit alors que la formation initiale et les références du lieu de pratique professionnelle ont des influences importantes sur la pratique de l'ergothérapeute.

Aujourd'hui, E1 dit se servir de ses « quatre paires de lunettes » tout en privilégiant plutôt un modèle, le psychodynamique. E2 et E3 répondent qu'elles mêlent l'utilisation des différents modèles dans leur pratique. E3 précise tout de même qu'actuellement, c'est plutôt le modèle cognitivo-comportemental qui est présent dans sa pratique ergothérapeutique sur la plateforme où elle exerce. Pour cette dernière, ce changement est lié à son adaptation pour être en adéquation avec les besoins des résidents.

Par les mots prononcés et les intonations de voix, j'ai pu remarquer un décalage au niveau du discours et du vécu des ergothérapeutes selon que l'évolution a été choisie ou non. En effet, pour E1 et E2, pour qui l'intégration du modèle cognitivo-comportemental a été « imposée », on remarque que celle-ci reste difficile même si elle est mise en pratique et que les apports sont objectivés en Q4 et 5.

<b>Question 3 : Par quels moyens favorisez-vous le processus de rétablissement du patient ?</b>
---

<b>E1 :</b> - Hypno-relaxation et techniques corporelles ; Créativité groupale et personnelle ; Jeu thérapeutique de soin psychique et réhabilitation : outillage, travail d'introspection, habiletés sociales ; Groupe « Autonomie et Projet » pour psychotiques : co-construction d'objectifs, de projets, accompagnement dans réflexions personnelles
--

- Utilisation des principes de l'ETP = partir des savoirs du patient, le laisser trouver des solutions et développer ses propres capacités.

- Pose des cadres, analyse les processus internes au cadre posé, respect du rythme du patient, des objectifs du patient.

**E2** : - Travail sur l'image de soi par les productions réalisées, par les échanges de groupe ou individuels ; Construction de projets (exemple : exposition dans un musée) : valorisation, motivation, atteinte d'un but établi

- Dépend du temps disposé pour travailler avec le patient

**E3** : - Atelier d'écriture : réflexion sur soi, sur sa relation aux autres, à la maladie, entraide ; Remue-méninge : faire refonctionner le cerveau, trouver sa façon de raisonner, espoir de pouvoir combiner les exercices pour avoir un impact sur leur vie ; Atelier de vie pratique : discussions autour de situations vécues ou pouvant être vécues, autour du regard des autres, des questions de budget ... ; Atelier culinaire : techniques de cuisine, budget, notion de diététique

- Proposition de suivi individuel adapté aux besoins de la personne

- Pour tous les moyens : objectif que « *la personne ait le plus de pouvoir dans sa vie, en terme de décision, de ce qu'elle veut faire, d'orientation, d'activités qui ont un sens pour elle et qui lui permette d'évoluer, de se sentir bien, au mieux* ».

### **Synthèse Q3 :**

Ces réponses mettent tout d'abord en avant la diversité des moyens thérapeutiques en faveur de l'engagement dans le processus de rétablissement utilisés par les ergothérapeutes d'une part, et pour une même ergothérapeute d'autre part.

On peut tout de même retrouver des thèmes communs correspondant chacun à des dimensions du rétablissement à savoir la réflexion sur soi (identité), le groupe (connexion aux autres) et le patient au centre de la thérapie et actif (empowerment). Dans le sens de ce dernier point, en citant des exemples précis, les ergothérapeutes mettent en avant l'importance de prise en charge individualisées pour favoriser leur processus de rétablissement.



**Question 4 : En tant qu'ergothérapeute, comment favorisez-vous l'engagement du patient dans le soin ?**

**E1 :** - Proposition d'outils si efficacité de l'outil = engagement

- Pas de modèle en particulier mais plutôt technique car toutes les thérapies sont aussi efficaces à partir du moment où elles correspondent au patient et que le thérapeute connaît bien ses outils

**E2 :** - Entretien préalable où le patient pointe ses besoins, ses souffrances, ses manques (importance de la connaissance des difficultés) → co-élaboration du projet thérapeutique, adhérence à la méthode

- Modèle psychodynamique et humaniste : écoute, disponibilité pour entendre et accompagner dans la prise de conscience si besoin + Modèle CC : méthode, cadre

En fonction du patient : côté créatif qui motive certains, côté cognitif/intellectuel pour d'autres

**E3 :** - Importance de comprendre le besoin en aide réel du patient

- Animation menée au cours de l'activité qui amène le patient à réflexion, s'exprimer, construire

- Modèle CC et psychodynamique mais aussi valeurs intrinsèques notamment humanisme = le thérapeute ne sait rien, il permet seulement à la personne de se révéler, de savoir comment il doit être ou non.

**Synthèse Q4 :**

Pour favoriser l'engagement du patient dans le soin, E1 mise sur l'efficacité des outils proposés. Elle explique que si le patient adhère à la technique en tant que thérapie, il sera engagé en observant l'efficacité de ceux-ci sur lui en termes de changements notamment. E1 précise au sujet des modèles que pour elle tous sont « *aussi efficaces que d'autres à partir du moment où la thérapie correspond au patient et que les thérapeutes connaissent bien ces outils de thérapie* ».

Pour E2, l'engagement du patient dans le soin dépend de sa connaissance de ses troubles et difficultés dans le sens où il faut les pointer pour pouvoir proposer des moyens adaptés. On peut alors faire le lien avec la phase de la conscience dans le processus de rétablissement. De plus, elle met l'accent sur l'importance de construire le projet thérapeutique en collaboration avec le patient afin notamment qu'il adhère aux moyens proposés. Quant aux modèles, le

psychodynamique et l'humaniste lui offrent une capacité d'écoute et de disponibilité pour entendre la souffrance des patients et lui apportent les outils de l'ordre du créatif. Le modèle cognitivo-comportemental apporte des outils du côté de l'intellect, du cognitif, ce qui correspondent davantage à certains patients. Autrement dit, cela dépend du patient et de la méthode adaptée à celui-ci.

Dans le discours de E3, le point principal mis en avant est le fait de « *laisser la porte ouverte* » au patient en termes d'activités (individuelles ou de groupe) et de comportement à adopter. En effet, pour elle il s'agit au début de comprendre son besoin en aide afin de proposer des moyens adaptés mais c'est au patient de « *se révéler* », de s'engager. Pour tout cela, les deux modèles sont en jeu mais également les valeurs intrinsèques de l'ergothérapeute.

En définitive, comprendre les besoins des patients, proposer des outils adaptés et efficaces ainsi que les valeurs intrinsèques et les qualités de l'ergothérapeute (connaissance des outils proposés, écoute, disponibilité, humanisme) favorisent l'engagement du patient dans le soin. En fonction des ergothérapeutes, soit il n'y pas de modèle en particulier impliqué (E1) soit ce sont les deux en même temps qui participent à l'engagement (E2 et E3).

Dans chaque réponse l'accent est mis à la fois sur la technique de l'ergothérapeute qui se doit d'être appropriée mais également sur l'importance de la relation thérapeutique. De plus, la question est portée sur l'engagement du patient « dans le **soin** » or, des principes et des phases du rétablissement sont révélés. On trouve ici notamment l'importance de la phase du moratoire et de la conscience et des dimensions de l'identité et l'empowerment.

**Question 5 : Selon vous, quels sont les apports de l'intégration de plusieurs modèles pour permettre au patient de se rétablir ?**

**E1** : - Intégration compliquée

Modèle principal bien intégré, philosophie intérieure + potentiellement autres visions, outils en fonction des besoins. Modèles = points de vues → chercher sous quel angle il faut regarder les choses : pathologie, institution, moment, thérapie

- Intérêts du psychodynamique = concept de psychanalyse, inconscient groupal et dynamique de groupe

Intérêt du CC = structure et organisation cognitive pertinente nécessaires pour certains patients, habiletés sociales

- Modèles interprofessionnel difficilement utilisables tels quels en ergothérapie car ensemble de thérapies

**E2** : - Multiplication des méthodes et outils

- Permet de toucher des personnes différentes
- Enrichissement de palette d'outils de l'ergothérapeute pour une même personne
- Enrichissement de notre regard et de notre pratique

**E3** : - Apports des modèles = base scientifique (publications, études et application) + évolution de la profession

- Eléments des modèles nommés différemment et mis en arborescence différemment mais se recoupent
  - Réflexion sur quel modèle, à quel moment pour la personne
- Si mono-modèle = perte pour le patient

### **Synthèse Q5 :**

Pour cette question, j'ai obtenu trois réponses bien différentes. En effet, E1 pense qu'il vaut mieux avoir un modèle de base bien maîtrisé et s'intéresser aux autres afin de pouvoir utiliser leurs outils si besoin en fonction des patients. Pour E1, on voit alors que les deux modèles sont bien scindés avec une forte dominance du modèle psychodynamique dans la pratique et des ajouts de références cognitivo-comportementales. Il n'y a en effet pas de langage commun pour les deux modèles ensembles.

E2 insiste sur l'intérêt de la multiplication des méthodes et outils pour le patient et pour l'ergothérapeute afin de diversifier ses connaissances et pratiques. Pour E2, qui s'est vu être contrainte d'intégrer le modèle cognitivo-comportemental (Q2), on constate qu'elle objective aujourd'hui clairement les avantages de l'intégration dans sa pratique professionnelle (approche complémentaire de l'intégration).

E3 évoque l'apport scientifique dans la pratique via les modèles interprofessionnels, ainsi que les ressemblances qu'il existe entre les différents modèles. Elle ajoute dans la question suivante les avantages de l'intégration pour diversifier ses connaissances et pour assurer une communication adaptée aux situations. Pour E3, l'intégration de modèles est abordée selon les approches complémentaire et de facteurs communs.

**Question 6 : Avez-vous quelque chose à ajouter pour m'aider dans ma recherche ?**

**E1** : Questionnements sur l'intégration d'actualité

Modèle de MOSEY

Création modèle ergothérapeutique français intégratif, holistique

**E2** : N'a rien à ajouter

**E3** : Travail important à faire sur l'acceptation des ergothérapeutes sur cette question de la connaissance de plusieurs modèles et de savoir les utiliser au meilleur moment

Importance de l'intégration pour diversifier les connaissances

MAIS doit être adapté à l'institution, à l'équipe pour pouvoir communiquer → langage spécifique pour montrer sa différence et faire valoir le métier + langage approprié pour être compris par tous

**Synthèse Q6 :**

Lors de cette question, les échanges avec les ergothérapeutes sont plus ouverts. E1 et E3 ont abordé la pertinence de mon sujet. Elles ont également apporté des pistes de perspectives de travail ultérieur : modèle de Mosey qui serait en lien avec l'intégration, l'idée de création d'un modèle intégratif ergothérapeutique ainsi que le travail à faire sur l'acceptation de l'intégration par les ergothérapeutes.

**III. Discussion**

La discussion a pour objectif de répondre à la question de recherche suivante : **en quoi l'approche intégrative mise en pratique par l'ergothérapeute favorise l'engagement du patient dans le processus de rétablissement en psychiatrie ?** C'est en faisant le lien entre tous les résultats obtenus lors de mon étude ainsi qu'en les analysant que je tenterais d'atteindre ce but.

J'aborderai et analyserai tout d'abord les éléments obtenus lors des entretiens et ceux compris dans mes problématiques pratique et théorique. Ensuite, j'expliciterais les critiques et biais de mon travail d'initiation à la recherche ainsi que les intérêts de la démarche et les enrichissements pour la pratique de celle-ci.

### **III.1. Mise en perspective des résultats**

#### **III.1.1. L'intégration de modèles interprofessionnels**

Tout d'abord, les résultats de mon étude montrent la pertinence du choix des modèles psychodynamique et cognitivo-comportemental pour les problématiques pratique et théorique. Ces modèles ont effectivement été cités et sont mis en pratique par l'ensemble des ergothérapeutes interrogées.

Au sujet de l'évolution de leur pratique vis-à-vis des modèles, les ergothérapeutes affirment qu'elles ont toutes commencé en étant mono-modèle. Aujourd'hui, elles intègrent deux à trois modèles interprofessionnels dans leur pratique ergothérapique dans différents types d'établissements psychiatriques. Quant à la question de savoir comment s'est faite cette évolution, deux d'entre elles expriment que cela n'a pas été un choix de leur part mais qu'elle a plutôt été imposée par la hiérarchie et/ou l'exercice dans l'institution. Exception faite pour la troisième ergothérapeute interrogée pour qui cette évolution a été naturelle en changeant de lieu d'exercice où elle a adaptée sa pratique aux besoins des patients pour qui l'intégration est bénéfique. Cette différence entre les évolutions se fait ressentir dans les propos des ergothérapeutes avec une différence marquée sur la difficulté ou facilité à intégrer ces modèles.

Cependant, plus tard dans les entretiens, ressortent explicitement les avantages de l'intégration. Elle permet, en effet, un apport de connaissances en termes de vocabulaire facilitant ainsi la communication pour comprendre et être compris par tous. De plus, la diversification des outils, des méthodes et des visions grâce à l'intégration est citée plusieurs fois ainsi que la complémentarité de ces modèles. Les dires des ergothérapeutes sont donc en adéquation avec les écrits cités dans ma problématique pratique. On remarque tout de même une difficulté à utiliser un langage commun pour parler simultanément des deux modèles.

L'intérêt principal de l'intégration, de façon globale, est alors la multiplication des connaissances dans plusieurs domaines permettant d'une part un enrichissement personnel et professionnel pour les ergothérapeutes. D'autre part, elle permet de pouvoir proposer au patient des outils adaptés et personnalisés.

On peut alors associer l'intégration de modèles interprofessionnels en ergothérapie à l'éclectisme, terme retrouvé en philosophie et en psychologie. Le mot éclectisme signifie « *étude de plusieurs objets pour prendre dans chacun ce qu'il y a de bon* ». Appliqué à la philosophie, il désigne alors une attitude qui consiste à choisir dans plusieurs philosophies les éléments qui paraissent intéressants pour former un dispositif complet. Pour la psychothérapie éclectique il

s'agit de donner lieu à une proposition de soin incluant une pluralité d'outils thérapeutiques, de dispositifs cliniques, possible grâce à l'étude et la mise en pratique des différentes approches théoriques.

### III.1.2. L'engagement initial dans le processus de rétablissement

L'engagement initial du patient se trouve durant les trois premières phases du processus de rétablissement : le moratoire, la conscience et l'entrée dans la préparation. Pour le patient, il s'agit alors de sortir du déni pour retrouver une lueur d'espoir quant à l'avenir et apprendre à connaître et pointer ses besoins, difficultés.

Premièrement, du côté de l'ergothérapeute, ressort l'importance de connaître la personne afin de pouvoir proposer des moyens et outils adéquats selon ses besoins et difficultés. L'instauration d'une relation thérapeutique et la prise en compte des mécanismes intervenant dans celle-ci paraissent également essentielles pour favoriser l'engagement de la personne dans le processus de rétablissement.

Deuxièmement, du côté du patient, il semble primordial qu'il soit, dès le début, membre actif du processus. Nous pouvons alors reprendre les éléments de la définition de l'engagement à savoir : l'implication, la responsabilité et le rapport à l'avenir. Il semble alors évident de relier l'engagement et les dimensions du concept de rétablissement. Dans les réponses des ergothérapeutes, on peut effectivement faire ressortir des thèmes communs entre la question sur l'engagement et celles sur le rétablissement. Il s'agit de la réflexion sur soi, le groupe, le patient actif et au centre de la thérapie, items correspondant respectivement à l'Identité, la Connexion aux autres et l'Empowerment.

A ce moment du processus de rétablissement intervient alors l'engagement dans son approche comportementale et dans son approche affective. En effet, le patient doit se sentir en accord avec ses croyances ainsi qu'avoir un intérêt particulier envers la ou les activités et outils proposés.

### III.1.3. Le maintien de l'engagement tout au long du processus

Pour favoriser le maintien de l'engagement de la personne, il s'agit pour l'ergothérapeute de faire évoluer les outils et méthodes et/ou de proposer de nouveaux moyens thérapeutiques. A mesure que le processus de rétablissement du patient avance, le thérapeute se doit de rester

adapté au projet thérapeutique et aux besoins de la personne qui évoluent (phase de reconstruction et croissance).

Quant à l'engagement du patient, il convient de maintenir les types d'engagements cités précédemment. De plus, selon mon analyse des réponses obtenues, tout au long du processus, interviennent deux autres types d'engagement. D'une part, l'engagement personnel qui inclut des attirances envers les activités réalisées, la possibilité de faire ses propres choix et la satisfaction en vue des résultats de la thérapie. D'autre part il s'agit de l'engagement moral correspondant au respect des valeurs morales, au sens du devoir et aux responsabilités données au patient.

A cela on peut également lier les dimensions du rétablissement à savoir l'espoir, l'optimisme et le sens à la vie grâce notamment à la prise de conscience des changements et résultats positifs ainsi que le rapport vis-à-vis de l'avenir qui évolue.

### **III.2. Réponse à la question de recherche**

L'engagement du patient et le processus de rétablissement étant étroitement liés il s'agira alors pour l'ergothérapeute d'agir simultanément sur les différents types d'engagement et sur les dimensions du rétablissement en utilisant les apports de l'intégration des modèles interprofessionnels.

Tout d'abord, les modèles psychodynamique et cognitivo-comportemental donnent chacun des explications du fonctionnement psychique différentes mais qui, selon l'intégration par l'approche complémentaire, ont quelque chose d'unique à offrir. Il s'agira alors de respecter les différences entre les modèles en additionnant leurs explications du fonctionnement psychique ainsi que les méthodes thérapeutiques associées. Ceci permettra alors d'obtenir un éventail d'outils et de visions plus complet aux ergothérapeutes pour leurs prises en charge.

Plus concrètement et en faveur de l'engagement du patient dans le processus de rétablissement, l'ergothérapeute se voit enrichi de nombreuses connaissances grâce à l'intégration. Celles-ci peuvent être regroupées en deux catégories : le fonctionnement psychisme et les moyens thérapeutiques (dont la relation thérapeutique).

L'addition des différentes visions ainsi que des facteurs communs entre les modèles permettent l'élaboration d'une explication plus complète du fonctionnement psychique. Pour les ergothérapeutes, il s'agira alors d'avoir les capacités de connaître et de comprendre les patients dans leurs problématiques psychiques et/ou existentielles. A partir de cela, il convient à

l'ergothérapeute, pour favoriser l'engagement du patient dans le processus de rétablissement, de :

- respecter les valeurs morales et personnelles, besoins, envies et projets.
- faire don de responsabilités en rendant le patient actif dans la thérapie,
- favoriser sa connexion aux autres par l'intégration et la participation dans des groupes sociaux,
- renforcer l'espoir et l'optimisme en assurant sa satisfaction grâce notamment à l'efficacité des outils,
- agir sur l'identité en mettant en évidence les capacités, ressources personnelles et extérieures.

Au sujet des moyens thérapeutiques, les connaissances apportées grâce à l'intégration comprend les méthodes et les outils. Je rajouterai également dans cette partie l'importance de la relation thérapeutique et du cadre. Pour l'engagement du patient dans son rétablissement, l'ergothérapeute peut alors choisir parmi sa large palette de moyens lesquels seront les plus adaptés au patient et saura les faire évoluer (éclectisme d'indication et technique). En effet, ces outils et méthodes seront maîtrisés grâce à l'apport scientifique que permet l'utilisation de modèles et pourront être changés ou évoluer grâce à la connaissance des concepts associés.

S'adapter au patient pour favoriser son engagement est alors nécessaire de la part de l'ergothérapeute. En plus d'utiliser des moyens appropriés, l'intégration lui permet également d'être capable de changer d'attitude afin de trouver la plus appropriée à chaque instant (éclectisme d'attitude). Sur les mêmes principes que pour le fonctionnement psychique, les notions sur le cadre et la relation thérapeutique sont donc multipliées et additionnées permettant à l'ergothérapeute d'être au plus près des besoins du patient dans ces domaines là.

### **III.3. Critiques et biais de la méthode**

La première critique que j'aimerais aborder concerne la réalisation d'une enquête exploratoire que j'aurai pu réaliser lors de l'élaboration de la problématique pratique. Celle-ci aurait pu faire l'objet d'un questionnaire pour les ergothérapeutes sur la question du choix et de la complémentarité des modèles. Cette enquête aurait pu me faire gagner davantage de crédibilité quant au fait d'avoir choisi ces modèles là. De plus, il m'a été difficile au début du travail de définir le nombre de modèles interprofessionnels à développer.



On pourrait effectivement me reprocher d'avoir pris seulement ces deux modèles. Cependant, tous les ergothérapeutes que j'ai pu croiser et interroger sur leurs références théoriques m'ont cité le modèle psychodynamique et le cognitivo-comportemental. Ce choix a été renforcé par les interventions lors de ma formation et les écrits sur le sujet. De plus, pour des raisons méthodologiques de temps et d'organisation du travail ainsi que par souci de devoir maîtriser les modèles pour les exploiter, j'ai dû me séparer des modèles humaniste et systémique qu'initialement je voulais intégrer dans ce mémoire.

Pour cet écrit, j'ai eu l'occasion de lire de nombreux ouvrages et articles sur les thèmes lui correspondant. Or, ces thèmes étant, pour la plupart, théoriques, il m'a été difficile de les exploiter pleinement. J'ai été souvent confrontée à des difficultés vis-à-vis de ma capacité à rester centrée sur ma question de recherche alors que mon idée de départ était de traiter l'intégration des modèles de façon plus globale.

C'est pourquoi, après avoir obtenu les résultats de ma recherche et les avoir analysés, j'ai constaté que ma problématique théorique aurait pu être composée d'autres parties pour permettre une meilleure compréhension et continuité dans le mémoire. En effet, développer davantage l'intégration et l'engagement aurait pu m'aider à créer un outil de recherche plus performant.

L'utilisation de la méthode qualitative consistant à la réalisation d'entretiens m'a permis d'interroger des ergothérapeutes. Cette méthode favorise la discussion, les échanges et m'a permis de recueillir des réponses instantanément et spontanées contrairement à l'utilisation d'un questionnaire. Néanmoins, les ergothérapeutes n'ont pas eu le temps de la réflexion, délai qui aurait pu me permettre d'obtenir des réponses, peut-être, plus pertinentes. Il existe cependant un biais dans la passation d'entretiens téléphoniques. En effet, je n'avais pas accès à la communication non verbale de mes interlocutrices E1 et E2. Ces éléments auraient pu me permettre d'avoir davantage d'informations sur leurs ressentis et réactions face à mes questions.

Un autre biais important rencontré dans ma recherche est la population interrogée. Les ergothérapeutes ont des profils quelque peu similaires. Ce sont trois femmes diplômées entre 1980 et 1991 donc ayant suivi une formation initiale identique en terme de programme de formation. On peut alors imaginer que l'enseignement des modèles interprofessionnels de psychiatrie était similairement le même pour chaque ergothérapeute. On voit alors apparaître la prédominance du modèle psychodynamique en début de carrière que ce soit dans la formation (E1 et E2) ou dans l'exercice en structure hospitalière (E3). Ce point est en adéquation avec l'évolution des modèles et la forte présence du psychodynamique à cette époque. Dans ce sens,

une étude plus large en termes de nombre d'interlocuteur qui prendrait en compte et analyserait l'impact de la formation initiale des ergothérapeutes sur leur pratique serait intéressante à réaliser.

#### **III.4. Intérêts de la démarche et enrichissements pour la pratique**

Sur le plan personnel, la réalisation de ce travail m'a permis d'acquérir une méthodologie et une rigueur nécessaires dans une démarche de recherche. De ces compétences découlent le développement de mes capacités d'analyse et de réflexion ainsi que de mes connaissances sur plusieurs domaines. Celles-ci me sont utiles aujourd'hui pour aborder une situation, problématique ou non, de manière plus complète.

De plus, le travail de recherche effectué, autant par les lectures scientifiques et pratiques que par l'analyse de mes entretiens, m'a permis d'enrichir mes connaissances sur de nombreux sujets. J'ai pu enrichir, grâce aux expériences des ergothérapeutes rencontrés et interrogés, ma vision de la pratique en ergothérapie et de prendre davantage conscience, de la richesse et la diversité de cette profession.

Par ailleurs, j'ai pu travailler autour de thèmes encore peu exploités dans les recherches. L'intégration et le rétablissement sont, en effet, des concepts qui ne sont pas ou peu traités dans la formation et dans les écrits concernant l'ergothérapie française en psychiatrie. Aborder ces sujets a donc été très enrichissant pour ma future pratique et celle des ergothérapeutes. Les nombreux échanges avec des ergothérapeutes m'ont également conforté dans le désir de pratiquer l'ergothérapie en psychiatrie et de faire évoluer cette profession. J'ai pu également développer et affirmer mon identité professionnelle autour de cette intégration de modèles qui m'est chère.

Dès l'instant où j'ai appris l'existence de ce qu'est l'intégration puis au moment de réfléchir à problématique théorique, j'ai cherché à savoir s'il existait un modèle intégratif. Dans les modèles interprofessionnels, le modèle bio-psycho-social est celui qui s'en rapproche le plus. Cependant en ergothérapie, profession qui prône la prise en charge holistique des patients, il n'existe pas de modèle appliqué intégratif pour la pratique des ergothérapeutes en psychiatrie. Devant la richesse de ce qu'apporte un modèle, j'ai commencé à réfléchir aux apports, pour l'ergothérapeute, de la création d'un modèle appliqué intégratif. A la fin de l'entretien avec E1,

elle m'a émis également cet intérêt. Ses propos ainsi que l'analyse des résultats de mon étude m'ont alors conforté dans mon idée.

Aujourd'hui, les modèles ergothérapeutiques se développent beaucoup et sont intégrés dans la formation initiale. On a pu constater dans l'analyse des entretiens l'impact des références apportées dans la formation sur la pratique ainsi que les apports de l'intégration de modèles. Cette dernière est mise en pratique par les ergothérapeutes. Cependant il persiste un cloisonnement qui sépare les modèles les uns des autres ainsi qu'une absence de langage commun. Un modèle intégratif pour les ergothérapeutes semble être la pièce manquante pour faire véritablement évoluer la pratique de l'ergothérapeute en psychiatrie vers une pratique prenant en compte les aspects de la personne sous différents angles ainsi que la multiplication des capacités de l'ergothérapeute à s'adapter aux besoins des patients.

## CONCLUSION

Dans ce travail d'initiation à la recherche, à la suite et grâce à mes lectures bibliographiques, j'ai pu recueillir des éléments sur la place des modèles interprofessionnels dans la prise en charge de patients ayant des troubles psychiques par les ergothérapeutes. De ce fait, je me suis intéressée aux apports, en psychiatrie, de l'intégration de ces modèles pour permettre aux ergothérapeutes de favoriser l'engagement des patients dans leur processus de rétablissement.

A partir de l'étude menée, j'ai pu mettre en évidence l'enrichissement de connaissances pour l'ergothérapeute qu'apporte l'intégration de modèles interprofessionnels permettant d'optimiser l'engagement du patient (fig 1). En effet, les dires des ergothérapeutes intégratifs interrogés rejoignent les principes de l'éclectisme selon lesquels les concepts de chaque modèle se combinent pour donner une conception multi-facettes de la réalité. Dans le but de favoriser l'engagement du patient dans le processus de rétablissement, il va s'agir tout d'abord d'obtenir de nombreux éléments pour donner une explication de son fonctionnement psychique et de ce fait le connaître et comprendre ses besoins. Par la suite, l'intégration permettra également d'avoir un large choix de moyens thérapeutiques pouvant agir de façon adaptée sur les différentes dimensions du rétablissement, favorisant ainsi l'engagement du patient par la technique et le relationnel.

Cette étude montre également que l'expérience et l'environnement dans lequel les ergothérapeutes évoluent ont un impact significatif sur leur pratique autour des modèles interprofessionnels. Les ergothérapeutes interrogées expriment aujourd'hui les intérêts de l'intégration dans leur pratique même si cette évolution n'a pas toujours été un choix de leur part. Dans ce sens, je pense que l'élaboration d'un modèle ergothérapique intégratif peut apporter une conceptualisation de l'intégration appliquée à la pratique ergothérapique. Il pourrait alors être inclus dans la formation des futurs ergothérapeutes. Différents modèles interprofessionnels pourraient être pris en compte sans devoir limiter leur nombre. Ce modèle permettrait de faire connaître cette vision complémentaire des modèles interprofessionnels tout en faisant évoluer la pratique de l'ergothérapeute dans le domaine de la psychiatrie. Pour ces différentes raisons, je suis convaincue qu'un tel modèle apporterait beaucoup à la profession et aux patients, et j'aimerais donc en faire un projet professionnel futur.

## BIBLIOGRAPHIE

- Alford, B. A., Beck, A. T. (1997). *The integrative power of cognitive therapy*. New York : The Guilford Press.
- American Psychiatric Association. (2015). DSM-V-TR : manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (5ème édition ; traduit par J.-D. Guelfi et M.-A. Crocq). Paris, France : Masson.
- Anthony, W. (1993). Recovery from mental illness: the guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16(4), 11-23.
- Brault-Labbé, A., Dubé, L. (2009). Mieux comprendre l'engagement psychologique : revue théorique et proposition d'un modèle intégratif. *Les cahiers internationaux de psychologie sociale*, Numéro 81(1), 115-131.
- Benoist J. (1993), *Anthropologie médicale en société créole*, Ed. Les presses universitaires de France, Paris. 286p
- Bird, V., Leamy, M., Tew, J., Le Boutillier, C., Williams, J., & Slade, M. (2014). Fit for purpose? Validation of a conceptual framework for personal recovery with current mental health consumers. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 0004867413520046.
- Bisson, J., Alexandre, H., Legris, L., Morissette, R. et Ratel, S. (2006). *Pour une vision de la réadaptation psychosociale et du rétablissement : Cadre de référence de la Direction des services de réadaptation et d'hébergement dans la communauté, Hôpital Louis-H. Lafontaine*. Montréal, QC : Hôpital Louis-H. Lafontaine.
- Bandura, A. (1977). *Social Learning Theory*. Englewood Cliffs, NJ : Prentice Hall.
- Bandura, A (2007). *Auto-efficacité. Le sentiment d'efficacité personnelle*. Bruxelles : De Boeck.
- Caire, J.M. (2008). *Nouveau guide de pratique en ergothérapie : entre concepts et réalités*. Marseille : Solal, ANFE.
- Chambon, O & Marie-Cardine, M. (2010). *Les bases de la psychothérapie : approche intégrative et éclectique (3<sup>ème</sup> édition)*. Paris : Dunod.

- Clavreul, H & Launois, M. (2018). Pour une ergothérapie intégrative, entre intérieur et extérieur. *ErgOthérapies*, 68, p. 7-18.
- Davidson, L., et Roe, D. (2007). Recovery from versus recovery in serious mental illness: One strategy for lessening confusion plaguing recovery. *Journal of Mental Health*, 16(4), 459-470.
- Deegan, P. E. (1994). Recovery : The lived experience of rehabilitation. L. Spaniol & M. Koehler (Éds.), *The experience of recovery (1e éd.)* (pp. 54-59).
- Deneux, A., Poudat, F-X., Servillat, T., & Vénisse, J-L. (2009). *Les psychothérapies : approche plurielle*. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson.
- Despland, J-N., de Roten, Y., Martinez, E., Plancherel, A-C., & Solai, S. (2000). L'alliance thérapeutique : un concept empirique. *Revue Médicale Suisse ; volume 4*. 20758.
- Detraz, M.C. et coll. (1992). *L'encyclopédie Medico Chirurgicale*, 26. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson.
- Favrod, J., Rexhaj, S., Bonsack, C. (2012). Le processus du rétablissement. *Santé mentale (n°166)*. p 32 – 37.
- Freud, S. (1920). *Au-delà du principe de plaisir*. Paris : Payot, coll. "Petite Bibliothèque Payot", 2010
- Freud S. (1923), *Le Moi et le Ça*. Paris : Payot, coll. "Petite Bibliothèque Payot", 2010
- Freud S. (1916). *Introduction à la psychanalyse*, Paris, Payot.
- Gabbard, G.O., (2010). *Psychothérapie psychodynamique, les concepts fondamentaux*. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson.
- GRESM (2016). *Ergothérapie en santé mentale : enjeux et perspectives*. Paris : ANFE
- Gruhl, K. L. R. (2005). The recovery paradigm: Should occupational therapists be interested? *Canadian journal of occupational therapy*, 72(2), 96-102.
- Hernandez, H. (2016). *De la souffrance psychique à la réadaptation (2<sup>ème</sup> édition)*. Paris : Solal
- Klein, F. (2014). *Etre ergothérapeute en psychiatrie*. Toulouse : Eres
- Laplanche, J. et Pontalis, J-B (1973). *Vocabulaire de la psychanalyse*. Paris : PUF

- Leamy, M., Bird, V., Le Boutillier, C., Williams, J., & Slade, M. (2011). Conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis. *British Journal of Psychiatry*, 199(6), 445-452.
- Manidi, M-J. (2005). *Ergothérapie comparée en santé mentale et psychiatrie*. Lausanne : EESP
- Meyer, S. (2007). *Démarches et raisonnements en ergothérapie*. Lausanne : EESP
- Morel-Bracq, M.C. (2017). *Modèles conceptuels en ergothérapie : introduction aux concepts fondamentaux (2<sup>ème</sup> édition)*. Paris : Sola
- Quintilla, Y. & Pelissolo, A. (2015). *Thérapeutiques en psychiatrie : théories et applications cliniques*. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson
- Schulz, P. (2012). *Psychiatrie et neurosciences*. Bruxelles: De Boeck
- Sement, D. (2016). Le modèle psychodynamique. *ErgOthérapies*, 62, p.43-48.
- Trouve, E., Defaque, A., Gable, G. et Seve-Ferrieu, N. (2008). *L'histoire de l'ergothérapie. Dans Nouveau guide de pratique en ergothérapie : entre concepts et réalités*. Marseille, France : Solal. p. 83-107.
- Provencher, Hélène (2002). L'expérience du rétablissement: Perspectives théoriques. *Santé mentale au Québec*, 27(1):35-64.
- Winnicott, D.W. (1975). *Jeu et réalité, l'espace potentiel*. Paris : Gallimard.
- Wundt, W. (1896). *Eléments de psychologie physiologique*. Leipzig : Engelmann.
- 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, p. 49-56.

## SITOGRAPHIE :

- (8 juillet 2010), Arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'Etat d'ergothérapeute, texte n° 30 - Référentiel de compétence, Journal Officiel de la République Française n°0156, p.12558. Repéré à <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000022447668&categorieLien=id>

DREES, (2018). Répertoire ADELI : effectifs des ergothérapeutes. Repéré à <http://www.data.drees.sante.gouv.fr/TableViewer/tableView.aspx>

Haute Autorité de Santé - Le dossier en ergothérapie. (2016). Récupéré sur [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_240429/fr/le-dossier-en-ergotherapie](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_240429/fr/le-dossier-en-ergotherapie)

Launois M., (2018). Divers écrits sur l'ergothérapie en psychiatrie et les modèles. Repéré à [www.ergopsy.com](http://www.ergopsy.com).

(12 février 2005), Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, Journal Officiel de la République Française n°36, texte n° 1, p.2353. Repéré à <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000809647&categorieLien=id>

(5 juillet 2011), Loi n°2011-803 du 5 Juillet 2011, modifiée en Septembre 2013, relative « aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge ». Repéré à <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000024312722&categorieLien=id>

Ministère des Solidarités et de la Santé, (2018). Feuille de route Santé Mentale et Psychiatrie 2018. Repéré à [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/180628\\_-\\_dossier\\_de\\_presse\\_-\\_comite\\_strategie\\_sante\\_mentale.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/180628_-_dossier_de_presse_-_comite_strategie_sante_mentale.pdf)

Organisation mondiale de la santé, (2018). Données et définitions : santé mentale, troubles mentaux, handicap. Repéré à <https://www.who.int/topics/fr/>

Organisation mondiale de la santé, (2013). Plan d'action pour la santé mentale 2013-2020. Repéré à <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/89969/9789242506020;jsessionid=5FBC08E57D68E9343E54ADB60CC5F93F?sequence=1>