

**Institut Limousin de FOrmation  
aux MÉtiers de la Réadaptation  
Ergothérapie**

**Ergothérapie et pathologies psychiatriques : favoriser  
l'empowerment en réhabilitation psychosociale.**  
Identification des moyens thérapeutiques employés en pratique

Mémoire présenté et soutenu par  
**Maxime Jenet**

Le 29 mai 2020



**Mémoire dirigé par**  
**Madame PENFRAT Morgane**  
Ergothérapeute Diplômée D'Etat

Membres du jury  
M. Patrick TOFFIN, Responsable pédagogique  
M. Morgane PENFRAT, Ergothérapeute Diplômée d'Etat

## Remerciements

---

Tout d'abord, je tiens à effectuer mes remerciements aux personnes qui ont pu m'accompagner et qui m'ont soutenu dans la réalisation de ce mémoire :

*Madame Morgane Penfrat, directrice de mémoire, d'avoir accepté ma demande afin de m'accompagner et de me suivre dans la réalisation de ce travail, d'avoir consacré son temps pour m'aider, de me faire avancer dans ma réflexion, pour ses conseils qui m'ont grandement aidé pour la réalisation de ce travail ainsi que mon avenir de futur professionnel.*

*L'équipe pédagogique en ergothérapie de l'institut Limousin de Formations aux METiers de la Réadaptation (ILFOMER), Monsieur Thierry Sombardier, Monsieur Patrick Toffin et Madame Brigitte Devanneaux pour leurs accompagnements durant l'ensemble du cursus scolaire, de leurs soutiens, de leurs conseils afin de m'aider tant dans la réalisation de ce mémoire que pour mon avenir.*

*L'ensemble de mes tuteurs de stages, pour leurs accompagnements et leurs transmissions de savoirs ainsi que de leurs bienveillances*

*Ma famille, pour leur soutien, leurs encouragements durant toutes ces années et leurs présences à mes côtés.*

*Mes amis proches de promotion, pour leurs soutiens et pour l'ensemble des moments que nous avons passés auxquels j'en garderais des souvenirs à jamais.*

*Mes amis extérieurs à la formation pour leurs soutiens lors de mes périodes de doutes.*

*Des personnes que j'ai pu rencontrer dans la vie associative, pour les moments et leurs soutiens.*

*« C'est là le paradoxe du rétablissement : en acceptant ce que nous ne pouvons pas faire ou être, nous découvrons qui nous pouvons être et ce que nous pouvons faire. Le rétablissement est un art de vivre »*

Patricia Deegan

## Droits d'auteurs

---

Cette création est mise à disposition selon le Contrat :  
« **Attribution-Pas d'Utilisation Commerciale-Pas de modification 3.0 France** »  
disponible en ligne : <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/fr/>



## Charte anti-plagiat

---

La Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale délivre sous l'autorité du Préfet de région les diplômes du travail social et des auxiliaires médicaux et sous l'autorité du Ministre chargé des sports les diplômes du champ du sport et de l'animation.

Elle est également garante de la qualité des enseignements délivrés dans les dispositifs de formation préparant à l'obtention de ces diplômes.

C'est dans le but de garantir la valeur des diplômes qu'elle délivre et la qualité des dispositifs de formation qu'elle évalue que les directives suivantes sont formulées à l'endroit des étudiants et stagiaires en formation.

Article 1 :

Tout étudiant et stagiaire s'engage à faire figurer et à signer sur chacun de ses travaux, deuxième de couverture, l'engagement suivant :

**Je, soussigné Maxime Jenet**

**atteste avoir pris connaissance de la charte anti plagiat élaborée par la DRDJSCS NA – site de Limoges et de m'y être conformé.**

**Et certifie que le mémoire/dossier présenté étant le fruit de mon travail personnel, il ne pourra être cité sans respect des principes de cette charte.**

**Fait à Limoges, Le 29 mai 2020**

**Suivi de la signature.**

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Jenet', with a long horizontal stroke extending to the right.

Article 2 :

« Le plagiat consiste à insérer dans tout travail, écrit ou oral, des formulations, phrases, passages, images, en les faisant passer pour siens. Le plagiat est réalisé de la part de l'auteur du travail (devenu le plagiaire) par l'omission de la référence correcte aux textes ou aux idées d'autrui et à leur source ».

Article 3 :

Tout étudiant, tout stagiaire s'engage à encadrer par des guillemets tout texte ou partie de texte emprunté(e) ; et à faire figurer explicitement dans l'ensemble de ses travaux les références des sources de cet emprunt. Ce référencement doit permettre au lecteur et correcteur de vérifier l'exactitude des informations rapportées par consultation des sources utilisées.

Article 4 :

Le plagiaire s'expose aux procédures disciplinaires prévues au règlement intérieur de l'établissement de formation. Celles-ci prévoient au moins sa non-présentation ou son retrait de présentation aux épreuves certificatives du diplôme préparé.

En application du Code de l'éducation et du Code pénal, il s'expose également aux poursuites et peines pénales que la DRJSCS est en droit d'engager. Cette exposition vaut également pour tout complice du délit.

## Vérification de l'anonymat

---

**Mémoire DE Ergothérapeute**  
**Session de mai 2019**  
**Attestation de vérification d'anonymat**

Je soussignée Maxime Jenet  
Etudiant de 3ème année

Atteste avoir vérifié que les informations contenues dans mon mémoire respectent strictement l'anonymat des personnes et que les noms qui y apparaissent sont des pseudonymes (corps de texte et annexes).

Si besoin l'anonymat des lieux a été effectué en concertation avec mon Directeur de mémoire.

Fait à : Limoges

Le : 29 mai 2020

Signature de l'étudiant

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Jenet', with a long horizontal stroke extending to the right.

## Table des abréviations

---

**OMS** : Organisation Mondiale de la Santé.

**HAS** : Haute Autorité de Santé

**CIF** : Classification Internationale du Fonctionnement

**AVQ** : Activité de la Vie Quotidienne

**ELADEB** : Echelle Lausannoise d'Auto-Evaluation des Difficultés et des Besoins

**RPS** : Réhabilitation psychosociale

**MES** : Mise en situation

**ANFE** : Association Nationale Française des Ergothérapeutes

**OSA** : Occupational Self Assessment

**CASIG** : Client Assessment of Strengths, Interests and Goals

**AERES** : Auto-Evaluation des RESSources

**MCRO** : Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel

## Table des matières

---

|   |    |
|---|----|
| Table des illustrations.....  | 10 |
| Table des tableaux.....   | 11 |
| Introduction.....   | 12 |
| Analyse de la littérature.....  | 13 |
| 1. Les troubles psychiatriques.....   | 13 |
| 1.1. Généralités sur la santé mentale.....                                      | 13 |
| 1.2. Qu'est un trouble psychiatrique ?.....                                     | 13 |
| 1.3. Le handicap psychique.....   | 14 |
| 1.3.1. Une reconnaissance législative.....                                      | 14 |
| 1.3.2. Définition.....  | 14 |
| 1.4. La Classification Internationale du Fonctionnement.....                    | 15 |
| 1.5. Du traitement à la réhabilitation psychosociale.....                       | 15 |
| 1.5.1. Les traitements médicamenteux.....                                       | 15 |
| 1.5.2. Les traitements non-médicamenteux.....                                   | 16 |
| 2. La réhabilitation psychosociale.....   | 16 |
| 2.1. Types de populations rencontrées.....                                      | 16 |
| 2.2. Les définitions données à la réhabilitation psychosociale.....             | 16 |
| 2.2.1. Définition littérale.....  | 16 |
| 2.2.2. Définitions scientifiques.....   | 17 |
| 2.3. Le concept.....  | 17 |
| 2.4. Les objectifs.....   | 18 |
| 2.5. Les grands principes.....  | 19 |
| 3. La notion de rétablissement.....   | 20 |
| 3.1.1. Définition.....  | 20 |
| 3.2. Lien entre le rétablissement et l'empowerment.....                         | 22 |
| 4. L'empowerment.....   | 22 |
| 4.1.1. Historique du concept.....   | 22 |
| 5. Retentissement sur la qualité de vie.....                                    | 24 |
| 5.1. Définition de la qualité de vie.....                                       | 24 |
| 6. La place de l'ergothérapeute dans ce domaine.....                            | 25 |
| De la théorie à la problématique.....   | 27 |
| 1. Acheminement à la problématique.....   | 27 |
| 2. Question de recherche.....   | 27 |
| 3. Hypothèses.....  | 27 |
| Méthodologie.....   | 28 |
| 1. Objectifs de la méthodologie de recherche.....                               | 28 |
| 2. Démarche protocolaire.....   | 28 |
| 2.1. Justification de l'outil protocolaire : questionnaire auto-administré..... | 28 |
| 2.2. Choix de la population du protocole.....                                   | 29 |
| 2.2.1. Critères d'inclusion.....  | 29 |
| 2.2.2. Critères de non-inclusion.....   | 29 |
| 2.3. Diffusion du questionnaire.....  | 29 |
| 2.4. Construction de l'outil.....   | 30 |
| 2.5. Traitement du questionnaire.....   | 32 |

|  |    |
|--|----|
| Analyse des résultats .....                              | 33 |
| 1. Informations générales .....                          | 33 |
| 2. L'ergothérapeute en réhabilitation psychosociale..... | 35 |
| 3. Activité en réhabilitation psychosociale .....        | 38 |
| 4. Empowerment.....                                      | 39 |
| 5. Conclusion.....                                       | 41 |
| Discussion.....  | 42 |
| 1. Hypothèse n°1 .....                                   | 42 |
| 2. Hypothèse n°2 .....                                   | 43 |
| 3. Hypothèse n°3 .....                                   | 44 |
| 4. Hypothèse n°4 .....                                   | 45 |
| 5. Au-delà des hypothèses.....                           | 45 |
| 6. Limites rencontrées.....                              | 46 |
| 7. Ouvertures éventuelles .....                          | 47 |
| Conclusion .....   | 48 |
| Références bibliographiques .....                        | 49 |
| Annexes .....  | 59 |

## Table des illustrations

---

|  |           |
|--|-----------|
| <i>Figure 1 : Classification Internationale du Fonctionnement.....</i>         | <i>15</i> |
| <i>Figure 2 : Les sphères du rétablissement.....</i>                           | <i>21</i> |
| <i>Figure 3 : Région d'exercice des ergothérapeutes.....</i>                   | <i>33</i> |
| <i>Figure 4 : Année d'obtention du diplôme des ergothérapeutes.....</i>        | <i>33</i> |
| <i>Figure 5 : Formation complémentaire et connaissances acquises.....</i>      | <i>34</i> |
| <i>Figure 6 : Les bilans utilisés par les ergothérapeutes.....</i>             | <i>35</i> |
| <i>Figure 7 : Lien Bilan/empowerment.....</i>                                  | <i>35</i> |
| <i>Figure 8 : Bilan/empowerment : Les moyens.....</i>                          | <i>36</i> |
| <i>Figure 9 : Réalisation des mises en situations en ergothérapie.....</i>     | <i>37</i> |
| <i>Figure 10 : Les avantages des activités sur l'empowerment.....</i>          | <i>38</i> |
| <i>Figure 11 : Les attitudes de l'ergothérapeute.....</i>                      | <i>38</i> |
| <i>Figure 12 : Les caractéristiques du cadre thérapeutique.....</i>            | <i>39</i> |
| <i>Figure 13 : Mesure de l'empowerment avec des bilans.....</i>                | <i>39</i> |
| <i>Figure 14 : Les troubles altérant l'empowerment.....</i>                    | <i>40</i> |
| <i>Figure 15 : La prise en soin en ergothérapie.....</i>                       | <i>40</i> |
| <i>Figure 16 : Moyens des professionnels pour favoriser l'empowerment.....</i> | <i>41</i> |

## Table des tableaux

---

|   |           |
|---|-----------|
| <i>Tableau 1: Expérience des professionnels en réhabilitation psychosociale .....</i> | <i>34</i> |
| <i>Tableau 2 : Les avantages de la réhabilitation psychosociale.....</i>              | <i>36</i> |
| <i>Tableau 3 : Les types de Mise en situation évoquées .....</i>                      | <i>37</i> |
| <i>Tableau 4 : Les Moyens améliorant l'empowerment. ....</i>                          | <i>38</i> |

## Introduction

---

En France, la santé mentale plus particulièrement la psychiatrie est devenue un enjeu de santé publique. Nous remarquons qu'une majeure partie des ces troubles apparaissent aux alentours de l'âge de 25 ans. Approximativement les  $\frac{3}{4}$  de ces affections débutent vers la fin de l'adolescence. **(FRC, s. d.)**. L'apparition de ces troubles peut débuter de différentes manières : insidieuse ou progressive, brutale, subaiguë. Les troubles psychiques et maladies mentales sont élevés au troisième rang des pathologies juste après le cancer et les pathologies cardiovasculaires. D'après le **(DICOM\_Lisa.C & DICOM\_Lisa.C, 2020)**, il est évoqué qu'une personne sur cinq sera à un moment au cours de sa vie touchée par une maladie psychique. D'après l'OMS concernant la population française, 1 citoyen français sur 5 sera affecté par des troubles psychiques aux alentours de l'année 2020. L'OMS remarque que la moitié des dix pathologies étant le plus alarmantes à l'aube du XXI<sup>ème</sup> siècle concerne des pathologies psychiatriques. **(Ergothérapie en Santé Mentale\_Livre blanc complet.pdf, s. d.)**

Pour faire face à cette recrudescence de pathologies psychiatriques en général, de nombreuses structures ont pu se développer. La réhabilitation psychosociale fait alors partie des recommandations permettant l'accompagnement de ces types de pathologies. Bien que chaque pathologie et répercussion sur la personne soit différente, l'objectif unique est d'accompagner le patient vers le rétablissement. Cette notion de rétablissement est considérée comme un objectif fondamental des politiques de santé mentale. **(Bon & Franck, 2018)**.

Pour en revenir sur la réhabilitation psychosociale, elle s'est amplifiée au cours des années 1950. Elle permet à ces patients d'entrevoir une possibilité de réinsertion qui était alors impensable à cette période. Consécutivement à cette avancée, un enchaînement de désinstitutionnalisation s'est effectuée lors des années 1960. A la suite d'un mouvement des usagers en santé mentale pour réduire l'impact de cette désinstitutionnalisation. L'ensemble de ces actions a permis de faire émerger la réhabilitation psychosociale. **(Franck, 2018)**.

Durant un stage professionnel, j'ai été amené à exercer au sein d'une structure de réhabilitation psychosociale. Ma curiosité a été touchée par la notion « d'empowerment » lors de cours magistraux et d'interventions. J'ai pu entendre cette notion uniquement dans la théorie et je souhaitais voir sa mise en place en pratique. Je me suis alors questionné sur la manière dont l'ergothérapeute pouvait intervenir face à cet empowerment. Ces questionnements m'ont amené à m'intéresser à l'empowerment dans la pratique professionnelle des ergothérapeutes ; mais aussi d'identifier les pratiques faites par les ergothérapeutes pour aider les patients atteints de pathologies psychiatriques. C'est ainsi que je porte mon travail sur le lien entre l'ergothérapeute et les patients ayant une pathologie psychiatrique pour voir en pratique leur accompagnement face à cette notion d'empowerment en réhabilitation psychosociale.

# Analyse de la littérature

---

## 1. Les troubles psychiatriques

### 1.1. Généralités sur la santé mentale

Le concept de santé mentale est apparu entre les années 1940 et 1960. **(Broutin, 2019)**. Tout d'abord, faisons un rappel de la définition de la santé qu'avance l'OMS en 1946 : « *La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* » **(Constitution.pdf, s. d.)**. De plus, la conférence d'Helsinki approuve que « *la santé mentale et le bien-être mental sont des conditions fondamentales à la qualité de vie et à la productivité des individus.* » **(Santé mentale, 2017)**. Le bien-être mental est un élément crucial pris en compte dans la définition de la santé que communique l'OMS. **(2013 - OMS Plan d'action pour la santé mentale 2013-202.pdf, s. d.)**

Hormis cette définition, la santé mentale est un niveau d'équilibre psychique qui résulte d'interactions entre différents déterminants et qui peuvent agir sur celle-ci. Les déterminants sont :

- Biologiques : correspondant à l'aspect génétique et physiologique de l'individu.
- Psychologiques : qui peuvent être les facteurs cognitifs, affectifs et relationnels envers autrui
- Contextuels : s'assimilent aux interactions entre la personne et son environnement. (Facteurs socio-économiques)

L'ensemble de ces déterminants sont en perpétuelles variations entre eux et sont ainsi associés de manière dynamique chez l'individu. **(2013 - OMS Plan d'action pour la santé mentale 2013-202.pdf, s. d.; DICOM\_Lisa.C & DICOM\_Lisa.C, 2020)**

Pour en revenir sur la conférence d'Helsinki, un des objectifs est d'améliorer le bien-être et le fonctionnement de ces populations en mettant en évidence leurs points forts et leurs ressources. **(Santé mentale, 2017)**. Concernant les objectifs de santé publique, ils comprennent la lutte des troubles mentaux (ajoutant les troubles addictifs) avec des actions multiples : prévention, dépistage, diagnostic, de soins et pour finir de réhabilitation psychosociale. **(Collège national des universitaires en psychiatrie, 2016)**. Les mouvements de la politique de santé mentale se réfèrent sur trois notions : l'empowerment, le rétablissement et la citoyenneté **(Roelandt et al., 2015a)**. La poursuite du rétablissement des usagers est un but du système de santé mentale **(Franck, s. d.)**. Avec l'éclosion des thèmes de rétablissement et de handicap psychique, un nouveau chapitre de santé mentale s'ouvre qui concerne le stade où la réhabilitation est significative. Intéressons-nous à la définition des troubles psychiatriques.

### 1.2. Qu'est un trouble psychiatrique ?

Tout d'abord, faisons un rappel des différents termes que nous allons évoquer au sein de ce travail : trouble psychiatrique, trouble psychique et trouble mental sont des synonymes **(FRC, s. d.)**. Maintenant, prêtons attention à la définition de ces troubles :

« Un trouble psychiatrique ou trouble psychique ou trouble mental désigne un ensemble de troubles psychologiques, dont les origines peuvent être très différentes, entraînant des difficultés, des souffrances et des troubles du comportement. Le trouble psychiatrique regroupe un vaste ensemble de symptômes qui se caractérisent généralement par une combinaison de pensées, d'émotions, de comportements et de rapports avec autrui difficiles et douloureux dans la vie quotidienne ». **(Les troubles psychiatriques, s. d.)**

Les répercussions de ces troubles sont nombreuses notamment le handicap psychique. Cette notion a été imaginée pour « rendre visible une population invisible ». **(Spécificités de l'accompagnement des adultes handicapés psychiques, 2016)**

Les difficultés qui peuvent survenir lors de troubles psychiatriques sont de l'ordre :

- « Cognitives : mémoire, attention, fonctions exécutives, lenteur d'exécution (aboulie)
- Cognition sociale : décoder, comprendre et interpréter les autres, émotions, théorie de l'esprit, affirmation de soi
- Trouble de l'insight : difficulté à comprendre sa maladie, ses symptômes et les effets du traitement.
- Perte d'autonomie. » **(Pierre, 2018)**

### 1.3. Le handicap psychique

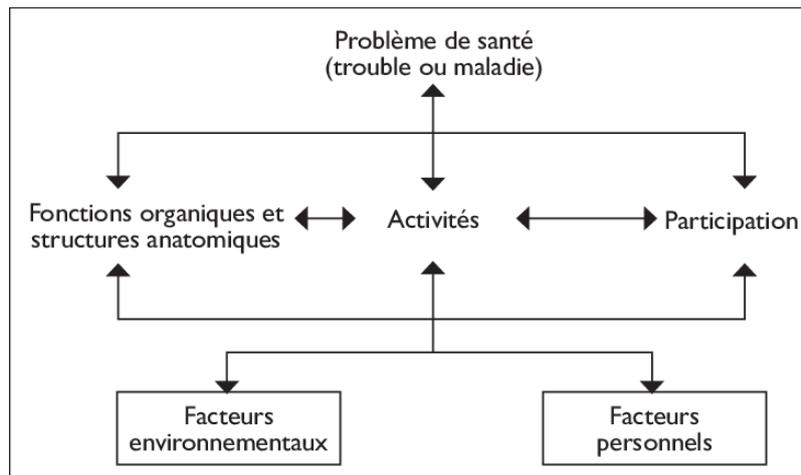
#### 1.3.1. Une reconnaissance législative

Une avancée a été effectuée vis-à-vis de ce handicap à la suite de la loi du 11 février 2005 plus communément appelée la loi pour « **l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées** » car elle reconnaît ce dit handicap : « constitue un handicap au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant » **(LOI n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, 2005)**

#### 1.3.2. Définition

Une mauvaise identification est faite face à ce handicap. Il correspond à la restriction de la participation sociale qui découle de l'interaction entre les répercussions des troubles de l'individu et de son environnement inadapté. Pour rappel, le handicap psychique est la conséquence secondaire suite à une persévérance des troubles psychiatriques. L'OMS identifie un modèle pour distinguer ce handicap au travers de la Classification Internationale du Fonctionnement qui n'est autre que la CIF. **(Collège national des universitaires en psychiatrie, 2016)**

## 1.4. La Classification Internationale du Fonctionnement



*Figure 1 : Classification Internationale du Fonctionnement*

Source (**Morel-Bracq, 2017**)

L'explication faite au travers de ce modèle permet d'identifier les répercussions en général des pathologies psychiatriques sur l'individu. A propos des déficiences en lien à ces pathologies psychiatriques, elles impliquent une atteinte provoquant ainsi un possible dysfonctionnement des structures anatomiques qui provoque au final des difficultés cognitives ou motivationnelles.

En second il est question des limitations d'activités. Tout d'abord une activité concerne la réalisation d'une tâche par un individu. Et donc la limitation concerne les désagréments de la personne à effectuer cette tâche en lien de ses déficiences. Vis-à-vis de la pathologie psychiatrique, il s'agit par exemple d'une altération de l'initiation (fonctions exécutives).

En dernier lieu, il s'agit de la restriction de la participation. La participation consiste au fait de se joindre à un événement de la vie réelle. Et donc cette restriction détermine les préjudices sociaux de la personne ayant un handicap psychique par exemple : la personne ne peut pas faire les activités identiques et avoir les mêmes statuts sociaux que des personnes du même âge ne présentant aucun handicap. (**Collège national des universitaires en psychiatrie, 2016**). Le schéma (cf annexe 1) permet de visualiser la correspondance entre ces différentes parties développées de la CIF et la réhabilitation psychosociale.

## 1.5. Du traitement à la réhabilitation psychosociale

Les répercussions peuvent être traitées par l'intermédiaire de deux traitements :

- Traitements médicamenteux
- Traitements non médicamenteux (**UNAFAM, 2020**)

### 1.5.1. Les traitements médicamenteux

L'apparition des neuroleptiques a provoqué un véritable changement dans le domaine de la santé mentale grâce à la réduction des symptômes psychotiques et une atténuation des rechutes. (**Franck, 2018**)p.17). Suite à la régulation des traitements de neuroleptiques qui permet d'obtenir une stabilisation des symptômes dus à la pathologie psychiatrique, c'est alors que la réhabilitation entre en compte pour réduire la présence du handicap qui en résulte.

Définition du traitement par neuroleptique : « *(Médicament psychotrope) qui agit sur le système nerveux, en particulier par action inhibitrice des centres sympathiques, utilisé dans le traitement des psychoses caractérisées par l'agitation et l'excitation* » (**NEUROLEPTIQUE : Définition de NEUROLEPTIQUE, s. d.**)

### 1.5.2. Les traitements non-médicamenteux

Dans le temps, la réhabilitation psychosociale s'adressait plus régulièrement aux personnes ayant des troubles psychotiques. A ce jour, elle touche une population plus large qui concerne les individus touchés par le handicap psychique. (**Viezzoli et al., 2013**)

## 2. La réhabilitation psychosociale

### 2.1. Types de populations rencontrées

Sont concernés les patients touchés par des troubles mentaux sévères ayant des conséquences fonctionnelles et également dans les échanges sociaux. De plus, les adolescents pour lesquels on suspecte l'arrivée d'une psychose.

L'ensemble des pathologies énoncées ci-dessous sont admissibles en réhabilitation psychosociale :

- Troubles psychotiques en lien avec la schizophrénie
- Troubles bipolaires
- Formes dépressives
- Troubles obsessionnels compulsifs
- Troubles du spectre autistique
- Personnes ayant des comorbidités psychiatriques et addictives
- Personnes pour lesquelles le domaine de réhabilitation psychosociale paraît judicieux (personnes en détention par exemple) (**Instruction n°DGOSR4201910 du 16 janvier 2019 r.pdf, s. d.**)

### 2.2. Les définitions données à la réhabilitation psychosociale

#### 2.2.1. Définition littérale

En amont des définitions scientifiques en rapport à la réhabilitation psychosociale, il est intéressant de porter attention aux définitions littérales de ces termes.

Réhabilitation : venant du verbe réhabiliter : rétablir, remettre en bon état physique ou mental. (**RÉHABILITER : Définition de RÉHABILITER, s. d.**)

Le terme « réhabilitation » représente la priorité du domaine quant à l'amélioration des capacités résiduelles dans un milieu écologique. (**William Alan Anthony et al., 2002**)

« *Psychosociale : Relatif à l'interaction entre les faits psychologiques et les faits sociaux, qui relève de la psychosociologie* ». (**PSYCHOSOCIAL : Définition de PSYCHOSOCIAL, s. d.**)

D'après la littérature, la définition de ce domaine d'intervention n'a fini de varier au cours des années passées.

### 2.2.2. Définitions scientifiques

Pour donner suite aux définitions littérales, intéressons nous à l'avancée des définitions qui ont pu être donné à la réhabilitation psychosociale :

- « Ensemble des stratégies qui permettent aux patients psychiatriques de récupérer leur fonctionnement sociale et instrumental dans la plus large mesure possible en utilisant des procédés d'apprentissage et des mesures prosthétiques » **(W. A. Anthony & Liberman, 1986)**
- En 1986, l'OMS donne également une définition qui est : « toutes les actions développées pour optimiser les capacités persistantes d'un sujet malade et atténuer les difficultés résultantes des conduites déficitaires ». **(Giraud-Baro, 2007)**
- La réhabilitation psychosociale d'après M. FARKAS est définie comme « des actions à développer pour optimiser les capacités persistantes d'un sujet malade et atténuer les difficultés résultant de conduites déficitaires ou anormales. Son but est d'améliorer le fonctionnement de la personne de façon à ce qu'elle puisse avoir du succès et de la satisfaction dans le milieu de son choix avec le moins d'intervention professionnelle possible » **(RehabilitationPsychoSociale-Theophilien\_60-Juin2018.pdf, s. d.)**
- Selon Guy Deleu : « une conception de la prise en charge et de la place de la personne avec une maladie mentale sévère dans notre société. Un ensemble constituant l'approche de la réadaptation psychiatrique qui intègre des pratiques diverses visant à remédier aux limitations fonctionnelles et aux désavantages sociaux liés à la maladie. Un service parmi d'autres dans un système de soutien communautaire qui s'articule notamment avec les institutions médico-sociales et les groupes d'entraide mutuelles. » **((Franck, 2018)page 19)**
- La définition de la réhabilitation psychosociale est : « elle regroupe des pratiques destinées à favoriser le rétablissement des personnes ayant des troubles psychiques sévères ». **((Franck, 2018) 4<sup>ème</sup> couverture).**
- le professeur Ram Cnaan comme « un processus facilitant le rétablissement d'un individu à un niveau optimal de fonctionnement autonome dans la communauté » **(Broutin, 2019)**

### 2.3. Le concept

D'après le document suivant **(Santé & Santé, 2020)**, il est indiqué que la mise en place d'actions de réhabilitation et de réinsertion des personnes ayant des troubles psychiatriques est admise pour la prévention tertiaire par l'OMS. Pour rappel « la prévention tertiaire intervient à un stade où il importe de diminuer la prévalence des incapacités chroniques ou des récurrences dans une population et de réduire les complications, invalidités ou rechutes consécutives à la maladie »

On retrouve 3 phases distinctes au parcours de réhabilitation qui sont :

- Phase de diagnostic
- Phase de planification
- Phase d'intervention.

Lors de la première phase, le patient et ses proches sont conviés à énoncer l'objectif général de réhabilitation. Cette première étape sert aussi à vérifier les disponibilités de l'utilisateur (=patient) à la réhabilitation. Puis une évaluation est effectuée pour identifier les ressources et

limitations de l'utilisateur. La seconde étape permet de faire une restitution de cette évaluation à l'utilisateur et aussi de mettre en place des interventions adaptées à l'utilisateur ainsi qu'à son projet par les professionnels qui les effectueront. La dernière phase consiste en la réalisation des différentes activités/techniques de réhabilitation et également en la continuité de l'accompagnement de l'utilisateur. **((Franck, 2018)page 23)**

2 types d'actions sont identifiables selon D. Leguay en réhabilitation :

- Celles dont l'objectif est d'accompagner la personne atteinte de troubles psychiques pour obtenir des ressources individuelles supplémentaires grâce à des moyens thérapeutiques et/ou d'activités favorisant une amélioration des fonctions cognitives et des habiletés sociales.
- Celles s'orientant vers l'environnement social, les ressources communautaires, la collectivité et permettant d'améliorer l'insertion de l'utilisateur dans la société. **(RehabilitationPsychoSociale-Theophilien\_60-Juin2018.pdf, s. d.)**

Deux concepts étant à la base de cette réhabilitation psychosociale qui sont le « recovery » de traduction française « rétablissement » et l'empowerment. Ces deux concepts proviennent d'actions anglo-saxonnes. Ils sont propres au paradigme de la RPS. **(3e\_congres\_de\_rehabilitation\_psychosociale.pdf, s. d.)**

L'exercice de la réhabilitation psychosociale suggère aux professionnels de santé de respecter le patient comme « compétent » pour élaborer a contrario de sa pathologie son projet de vie. Les tâches des professionnels sont en retrait de celles effectuées habituellement telles que : guérir, stabiliser les symptômes et soulager ; pour laisser place à un soutien propre à la personne permettant de répondre à son projet de vie malgré son handicap. Les fondements de la réhabilitation psychosociale sont d'une part le respect de l'utilisateur, les réponses adaptées à ses besoins et également respecter et accompagner le potentiel de chaque usager vis-à-vis de la pathologie mentale face à laquelle il est confronté. Les actions mises en place se réfèrent aux valeurs et permet d'encourager l'utilisateur vers la voie du rétablissement. **(Lafont-Rapnouil, 2013)**

La RPS est associée avec d'autres termes comme : users (utilisateurs), empowerment (pouvoir d'agir), recovery (rétablissement), stigmatization (stigmatisation) et burden (fardeau). **((Franck, 2018)Page XXII)**

## **2.4. Les objectifs**

Le point de mire de la réhabilitation psychosociale porte sur le progrès du « fonctionnement » de l'individu. **(Boyer, 2011)**

En 1996, l'OMS a édité en partenariat avec l'Association Mondiale de Réhabilitation Psychosociale les buts fondamentaux et grands axes de l'exercice dans ce domaine :

- Diminution des symptômes de la pathologie mentale et des potentielles répercussions des soins médicamenteux.
- Progrès des habiletés sociales
- Recherches documentaires et une campagne contre l'harcèlement subi par les personnes atteintes de troubles psychiatriques.

- Effectuer des interventions mettant au centre l'utilisateur
- Collaborer avec l'ensemble des personnes importantes de l'utilisateur.

L'utilisateur doit être considéré comme « compétent », comme évoqué dans la partie précédente. Elle vise l'accompagnement des personnes ayant des troubles psychiques afin de leur procurer des moyens individuels complémentaires au travers de moyens thérapeutiques et/ou d'apprentissage distinct des fonctions supérieures et sociales. **(D Leguay et al., s. d.)**. Il ne consiste pas seulement en une réduction des symptômes mais vise à mettre le patient au centre de sa prise en charge et à renforcer son autodétermination. **(Floriane - 2020 - Presse.pdf, s. d.)**

En plus de cela, il en va d'un objectif primordial qui consiste en la stabilisation voire la diminution des complications liées aux conduites suicidaires. Une fondamentale de la RPS est l'élaboration d'un projet de vie personnalisé avec le patient, en prenant en compte l'intégralité de son milieu écologique. **(Boyer, 2011)**

Au-delà de ce progrès permettant au patient de s'accomplir au mieux dans son milieu écologique qu'il souhaite tout en étant accompagné par le minimum d'interventions de professionnels de santé. **(William Alan Anthony et al., 2002)**. Cette diminution d'intervention des « accompagnants » permet de mener le patient vers l'autonomie la plus élevée possible. **(Boyer, 2011)**.

La réhabilitation psychosociale a pour but le succès des projets de vie et le rétablissement des personnes ayant des troubles psychiatriques, en consolidant les capacités de celui-ci. Arriver au rétablissement individuel inclut un discernement correct de soi et de ses limites, le consentement de ses obstacles, et aussi un vécu propre vis-à-vis de sa satisfaction et d'intégration dans le milieu écologique. **(Bon & Franck, 2018)**

Il est également question de diminuer les restrictions de participation et de limitations d'activités pour permettre au patient de se maintenir dans la société. **(Collège national des universitaires en psychiatrie, 2016)**

Un des buts qui reconcentrent l'ensemble des objectifs énoncés précédemment est de restaurer, maintenir voire développer la qualité de vie en présence des symptômes psychiatriques. **(Lafont-Rapnouil, 2013)**

## 2.5. Les grands principes

Le professeur Cnaan (université de Pennsylvanie) a évoqué les 13 grands principes de la RPS. L'ensemble des programmes devraient utiliser pour optimiser un possible rétablissement. **(Rouse et al., 2017)**

- *L'utilisation maximale des capacités humaines*
- *Doter les personnes d'habiletés*
- *L'autodétermination* : similaire à l'empowerment
- *Normalisation*
- *Individualisation des besoins et des services*
- *Engagement des intervenants*
- *Déprofessionnalisation de la relation d'aide*
- *Intervenir précocement*
- *Structurer l'environnement immédiat*
- *Changer l'environnement plus large*
- *Pas de limite à la participation*

- *La valeur de travail*
- *Priorité au social par rapport au médical (Cnaan et al., 1988)*

Il est également additionné le principe de rétablissement. (*Instruction n°DGOSR4201910 du 16 janvier 2019 r.pdf, s. d.*)

### 3. La notion de rétablissement

De traduction anglaise : recovery.

Tout d'abord, le lien avec le concept de rétablissement est élaboré d'une part avec la définition littérale de réhabilitation psychosociale Ce principe est de plus en plus mis au centre dans le domaine de la santé mentale plus particulièrement en réhabilitation psychosociale. Les grands principes énoncés précédemment ainsi que les programmes de réhabilitation psychosociale doivent être employés pour amener l'utilisateur sur la voie du rétablissement. **(Rouse et al., 2017)**

Le concept de rétablissement apparait comme un nouveau paradigme pour la réhabilitation psychosociale. Ce concept s'applique à l'avenir de l'utilisateur : ressources individuelles permettant un meilleur contrôle de sa vie et aussi facteurs environnementaux qui peuvent à la fois améliorer ou limiter un retour dans la vie professionnelle et sociale. **(PROCEDURE LABELLISATION RPS 2019 .pdf, s. d.-a)**

#### 3.1.1. Définition

« *Un processus profondément personnel et singulier du changement d'attitudes, de valeurs, de ressentis, d'objectifs, de compétences et/ou de rôles. C'est une manière de mener une vie satisfaisante, utile et sous le signe de l'optimisme ; même avec les limites imposées par la maladie. Le rétablissement veut dire donner, peu à peu, un nouveau sens et un nouveau but à sa vie à mesure qu'on dépasse le effets désastreux de la maladie psychique.* » **(William A. Anthony, 1993)**

D'après Pachoud « *se rétablir d'une maladie mentale signifie pouvoir se dégager d'une identité de malade psychiatrique et recouvrer une vie active et sociale* » **(Franck, 2018)**

De plus Anthony a exprimé une définition très courte mais correcte de ce concept en : « *vivre sa vie au-delà de la maladie* ». **(Boardman & Shepherd, 2012)**

Pour en conclure sur les définitions, le rétablissement n'est pas en lien avec la guérison médicale ou la rémission des symptômes mais plutôt d'un aspect de sortie de la maladie psychiatrique ou également de quitter l'identité de malade mental. **(Lafont-Rapnouil, 2013)**

Pour permettre ce rétablissement et donc aider et/ou accompagner l'utilisateur dans le retour à la vie sociale. Ce concept correspond à une éventualité de redonner du sens à la vie de l'utilisateur grâce à des activités signifiantes et des habitudes de vie convenable pour l'individu. **(Floriane, 2020)**

Il nous paraissait important de présenter les citations (au début et à la fin) de Patricia E. Deegan qui a milité pour le mouvement du rétablissement dans le monde. Elle parle de ce processus car elle a elle-même vécu ce processus étant donné son diagnostic de schizophrénie.

Cependant le processus de rétablissement est complexe c'est-à-dire qu'il ne consiste pas en une longue ligne droite mais un chemin avec des difficultés sur son ensemble (que l'on peut comparer au modèle Kawa)(**Pierrefeu & Pachoud, 2014**)

Le rétablissement passe par plusieurs étapes :

- *Déni*
- *Désespoir et angoisse*
- *Espoir*
- *Volonté d'agir*
- *Actes responsables* (**Franck, 2018**)

Plusieurs éléments sont primordiaux à ce processus de rétablissement : espoir (valorisation et motivation), redéfinition de l'identité (lutte contre la stigmatisation), la découverte d'un sens à la vie (la spiritualité, la qualité de vie et la réalisation d'objectifs sociaux et de vie significatifs), la responsabilité du rétablissement (autonomisation, contrôle de la vie et concentration sur les points forts).(**PROCEDURE LABELLISATION RPS 2019 .pdf, s. d.-b**)

Cependant pour parvenir au rétablissement personnel, il nécessite quelques pré-requis qui sont : une appréciation de ses propres capacités ainsi que de ses limites, être capable d'accepter les difficultés que l'on rencontre, et également un vécu propre à soi de satisfaction dans son milieu écologique. (**Bon & Franck, 2018**)

Il se répartit autour d'une triade pour permettre celui-ci. Il est primordial d'énoncer les trois dimensions du rétablissement et ainsi de les définir. Les dimensions ci-dessous sont en lien avec le rétablissement personnel. ((**Franck, 2018**)page 1).

- *Rétablissement social : relations vers autrui, logement, gestion financière.*
- *Rétablissement clinique : diminution des symptômes*
- *Rétablissement fonctionnel : aspect cognitifs, relationnels et lié à l'autonomie* (**Floriane, 2020**)

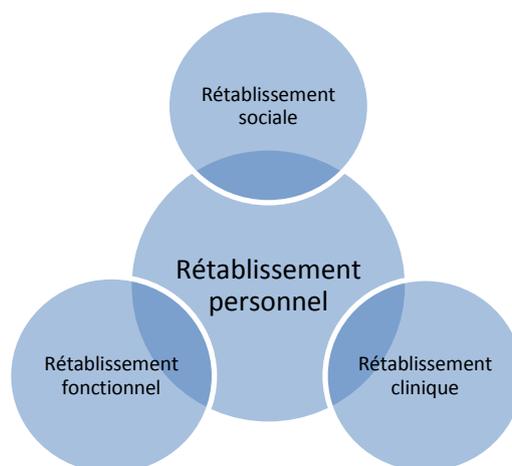


Figure 2 : Les sphères du rétablissement

Par conséquent, la réhabilitation favorise l'accès au rétablissement par un accompagnement de l'utilisateur à des actions/projets réalistes qui s'accordent avec les objectifs de celui-ci. **(Bon & Franck, 2018)**

Pour conclure, le rétablissement favorise une amélioration du devenir de l'utilisateur en prenant en compte les déterminants. Parmi ceux-ci on peut compter sur la réappropriation du pouvoir de décider et d'agir (empowerment) et aussi un meilleur contrôle de sa vie. **(Pierrefeu & Pachoud, 2014)**

### **3.2. Lien entre le rétablissement et l'empowerment**

On remarque d'après la littérature que les concepts de rétablissement et d'empowerment sont proches. En ce sens, on estime que les chances de récupération sont accrues lorsqu'on cherche à obtenir l'autonomisation de l'utilisateur **(Santos et al., 2015)**

L'empowerment est considéré comme l'élément capital au rétablissement personnel. **(Hultqvist et al., 2015)**

*« Cinq composantes majeures sont associées à cette définition de l'état du rétablissement : espoir, identité, le sens de la vie, l'empowerment et la connexion avec les autres » (Franck, s. d.).* De plus, on remarque que l'empowerment est inclus dans la notion du rétablissement *« Le rétablissement est un cheminement singulier de dépassement des effets négatifs de la maladie et de réappropriation du pouvoir d'agir » (CD63-2018-11-CDC-AAC.pdf, s. d.).*

Ce concept d'empowerment permet d'avoir un contrôle sur ses décisions tout en étant expert permettant d'intervenir sur celles-ci malgré la persistance des symptômes. Ces choix permettent de retrouver une manière de vivre et ainsi d'y contribuer. Pour conclure, l'empowerment permet de contribuer au rétablissement. **(Sutton et al., 2019)**

Pour reprendre les dires : *« l'empowerment [...] c'est l'une des briques du nouveau paradigme en santé mentale -le rétablissement. » (Broutin, 2019)*

Il est énoncé pour en finir sur cette partie de lien entre le rétablissement et l'empowerment, que les chances de rétablissement sont augmentées lorsque l'on vise l'empowerment de l'utilisateur. **(Santos et al., 2015)**. Après avoir mis en avant les liens entre ces deux notions, intéressons-nous maintenant à l'empowerment.

## **4. L'empowerment**

La traduction littérale en ligne donne le mot « autonomisation », « pouvoir d'agir » ou encore « capacité d'agir ». Celui-ci est en contradiction avec la littérature qui d'après certains articles, qualifie ce mot comme « intraduisible » **(Desmons, 2018)**.

### **4.1.1. Historique du concept**

Historiquement, ce terme n'est pas exclusif au champ de la santé. Il est apparu lors des conflits en rapport avec des droits des femmes et des afro-américains : ces populations faisaient face à de l'oppression. Elle se définit comme un procédé de résistance pour parvenir au respect et la dignité. **(Roelandt et al., 2015b)**

Lors de la conférence internationale qui s'est déroulée en 1986 sur la promotion de la santé, le concept d'autonomisation a été approuvé dans la définition de la promotion de santé, formulée

de cette manière : « *le processus permettant aux gens d'accroître leur contrôle sur, et pour améliorer leur santé* ». **(Cyril et al., 2016)**

Cette notion est au centre de l'idée que décrit l'OMS pour la promotion de la santé. Selon leurs dires, ils définissent comme suit « *niveau de choix, de décision, d'influence et de contrôle que les usagers des services de santé mentale peuvent exercer sur les événements de leur vie.* » **(Roelandt et al., 2015b)**

L'empowerment désigne l'accroissement de la capacité d'agir de la personne malade via le développement de son autonomie, la prise en compte de son avenir et sa participation aux décisions la concernant. **(PROCEDURE LABELLISATION RPS 2019 .pdf, s. d.-b)**

Ce concept est un facteur primordial de la réhabilitation psychosociale. **(Chou et al., 2012)**

En 1993, Segal, Silverman et Temkin ont exposé l'empowerment à l'image d'un mécanisme prenant « *le contrôle de sa vie et* » influençant « *l'organisation et la structure sociétale dans lesquelles on vit* ». **(Segal et al., 1995)**

Durant l'année 1990, une avancée vis-à-vis de ce concept est en cours car les instances de santé mentale ont reconnu les bénéfices de celui-ci pour les personnes ayant un handicap psychique. **(Wowra & McCarter, 1999)**

« *Une des particularités de la réhabilitation psychosociale qui est que l'utilisateur est au centre de sa prise en soin permet ainsi d'accroître son empowerment plus particulièrement à améliorer sa perception de ses propres compétences et aussi son pouvoir d'action sur son milieu écologique. Ce concept réside à donner plus de pouvoir à l'individu lui permettant ainsi d'agir contre leurs entraves sociale* ». **(Ergothérapie en Santé Mentale\_Livre blanc complet.pdf, s. d.) ((Franck, 2018)pages 3 )**

D'après le colloque d'Agnès Buzyn sur ce sujet « l'empowerment des patients questionne l'éducation thérapeutique et ses acteurs » Pour reprendre ses dires l'empowerment est la prise en charge de l'individu, par lui-même, de sa destinée économique, professionnelle, familiale et sociale.

Il doit renforcer les capacités de prise de décision et d'action de la personne confrontée à une vulnérabilité en santé afin de maintenir ou d'accroître son autonomie. **(DICOM\_Gabriel.DS & DICOM\_Gabriel.DS, 2018)**

Nous remarquons d'après cette étude **(Sutton et al., 2019)** que plusieurs facteurs sont en lien avec l'empowerment comme l'estime de soi, la qualité de vie, la capacité de rendement (efficacité).

Nous remarquons que la qualité de vie est impactée l'empowerment mais qu'en est-il de la qualité de vie des patients présentant une pathologie psychiatrique ?

## 5. Retentissement sur la qualité de vie

### 5.1. Définition de la qualité de vie

« La qualité de vie a été définie comme la perception qu'ont les individus de leur position dans la vie dans le contexte de la culture et des systèmes de valeurs où ils vivent et par rapport à leurs objectifs, attentes, normes et préoccupations. elle est, bien entendu, colorée par la santé physique, l'état psychologique, le niveau d'indépendance, les relations sociales, les facteurs environnementaux et les croyances personnelles » **(WHF\_1996\_17(4)\_p354-356.pdf, s. d.)**

Nous avons identifié auparavant que les répercussions du handicap psychique sont nombreuses et qu'elles impactent plus particulièrement la notion d'occupation. On peut dire ainsi que l'équilibre occupationnel de l'individu est altéré ainsi que sa performance occupationnelle l'est aussi à cause des déficiences, restrictions de participations et limitations d'activités au travers la CIF.

Un des objectifs de santé mentale est d'améliorer la qualité de vie des patients présentant un trouble psychique. **(Chaudhury et al., 2018)**

Une orientation est faite dans le domaine de psychiatrie en supplément de la symptomatologie de la pathologie et aussi sur le rétentissement fonctionnel et influence sur les activités de la vie quotidienne de la personne. **((Franck, 2018)page 33)**

« La situation de handicap psychique sont propres à chaque individu c'est-à-dire que les répercussions de celui-ci sont uniques et variés et différents pour chaque individu( par exemple : difficultés cognitifs qui altère la mémoire , difficultés des fonctions exécutives) » **(Defrain, 2016)**. « Les symptômes de la pathologie provoquent une influence négative sur la qualité de vie ». **((Franck, 2018)page 118)**

Au travers d'enquêtes auprès de patients présentant des troubles psychiatriques, les résultats s'orientent très régulièrement sur une insatisfaction globale au niveau de la qualité de vie. **(page 149)** Pour rappel, cette amélioration de la qualité de vie est un objectif de la réhabilitation. **((Franck, 2018)Page 285)**.

Le patient se trouve en position d'acteur vu qu'il se trouve au centre de sa prise en soin, cela permet de viser une amélioration de sa qualité de vie et de plus renforcer sa capacité d'agir. **(Spécificités de l'accompagnement des adultes handicapés psychiques, 2016)**

La conséquence des pathologies psychiatriques provoque des incapacités psychiatriques qui affectent de manière significative les conditions de vie et donc par conséquent la qualité de vie. On peut énoncer d'après cette étude que les personnes ayant une pathologie psychiatriques présentent une qualité de vie diminuée vis-à-vis de la population. **(Hultqvist et al., 2018)**.

Les avantages de l'empowerment pour les patients ayant un trouble psychiatrique peuvent comporter une amélioration de la confiance en soi et de la qualité de vie. **(Chou et al., 2012)**

Les concepts (rétablissement, empowerment, qualité de vie) développés ci-dessus sont pris en charge en réhabilitation psychosociale. Maintenant, voyons la place de l'ergothérapeute dans l'accompagnement de patients ayant un handicap psychique vers le rétablissement et l'empowerment.

## 6. La place de l'ergothérapeute dans ce domaine

Etymologiquement le mot ergothérapie vient du grec « *ergon* » avec « *therapeia* » et nous indique qu'il s'agit de la thérapie par l'action / l'activité (Charret & Samson, 2017).

Il est intéressant d'effectuer un rappel de la définition de notre profession (**Arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'Etat d'ergothérapeute, s. d.**) : « *L'ergothérapeute est un professionnel de santé qui fonde sa pratique sur le lien entre l'activité humaine et la santé.* »

D'après le document officiel (**Instruction n°DGOSR4201910 du 16 janvier 2019 r.pdf, s. d.**) relative au développement des soins de réhabilitation psychosociale sur les territoires, l'ergothérapeute fait partie de l'équipe de professionnels permettant l'offre de soins dans ce domaine. De plus des bilans en ergothérapie y sont effectués.

L'ergothérapeute est un professionnel paramédical qui est formé aux différentes approches théoriques liées à la santé mentale. (nous pouvons citer l'exemple d'un stage obligatoire dans le domaine de santé mentale pour les étudiants afin de permettre de valider le diplôme d'état en ergothérapie). A la vue des actions et des soins qui sont orientés vers la capacité d'agir des individus, les ergothérapeutes ont une importance certaine dans ce secteur (*Ergothérapie en Santé Mentale\_Livre blanc complet.pdf, s. d.*).

De plus, dans le référentiel d'activités (**referentiel-activites-arrete-5-07-2010-annexe-i.pdf, s. d.**), il est indiqué que nous avons la capacité d'effectuer des soins et d'activités à visée de rééducation, réadaptation, réinsertion et réhabilitation sociale.

Pour compléter l'élément énoncé précédemment, la compétence 3 de notre référentiel de compétences déclare « *mettre en œuvre des activités de soins [...] de réhabilitation psychosociale en ergothérapie* ». (**Arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'Etat d'ergothérapeute, s. d.**)

A propos des traitements possibles pour les personnes atteintes de troubles psychiatriques, l'ergothérapie était à la base des thérapies non médicamenteuses. La mise en place d'objectifs réalistes, l'utilisation des savoirs-faire préservés sont primordiales pour faire évoluer le patient vers les autres. (Denis Leguay et al., 2008)

L'ergothérapeute a pour objectifs en réhabilitation psychosociale d'accompagner et d'aider les personnes ayant des troubles psychiatriques à retrouver un travail, par exemple, mais plus globalement à répondre pour le mieux au souhait du patient c'est-à-dire son projet de vie. Il est de mise que l'ergothérapeute soutienne les patients dans cette démarche de rétablissement en lien avec leur projet de vie tout en élaborant des interventions dans ces objectifs . (Bejerholm & Areberg, 2014)

Ce professionnel peut également proposer des évaluations pour recenser le retentissement fonctionnel de la pathologie sur le quotidien de l'individu. Il s'agit d'une de ses missions dans le champ du handicap psychique. (*Ergothérapie en Santé Mentale\_Livre blanc complet.pdf, s. d.*)

Cette notion d'empowerment est incluse dans le programme pluriannuel sur la psychiatrie et la santé mentale de 2018-2023 de l'HAS, et plus particulièrement sur les mises en situation qui peuvent soutenir l'inclusion sociale des personnes en situation de handicap psychique. Ce paramètre d'autodétermination fortifie la capacité d'agir de l'individu spécialement l'estime de soi et l'empowerment. (**programme\_pluriannuel\_psy\_sante\_mentale\_2018\_2023.pdf, s. d.**)

Or le professionnel paramédical est une profession qui a pour objectif essentiel de maintenir l'autonomie et l'indépendance de la personne. « *il a une visée d'empowerment c'est-à-dire une visée capacitante* » qui permet d'accompagner l'utilisateur à maintenir son rôle d'acteur de sa propre vie et aussi de garantir sa dignité (élément de la définition de la qualité de vie) (**Soum-Pouyalet et al., 2018**). Pour garantir cet empowerment, il incite donc pour les ergothérapeutes à accompagner les patients au travers de la participation sociale et de l'engagement dans des activités dites signifiantes pour eux dans leurs routines ou habitudes de vie. (**Ergothérapie en Santé Mentale\_Livre blanc complet.pdf, s. d.-b**)

L'ergothérapeute élabore des activités pour aider le patient. Ces activités sont en lien avec les objectifs et projet de l'utilisateur. (**Grasset et al., 2004**)

La particularité de ce professionnel est d'utiliser l'occupation de deux manières différentes : tant dans l'évaluation qu'en moyen thérapeutique.

L'élaboration d'activités se fait au moyen d'analyse d'activité et aussi de la mise en place d'un cadre thérapeutique. (**Franck, 2018**) page 430). En parlant d'occupation, l'ergothérapeute peut utiliser le Modèle de l'Occupation Humaine dans leur pratique. Ce modèle permet de prendre en compte les demandes de l'utilisateur selon son projet de vie pour assurer, face aux difficultés, l'amélioration de la performance occupationnelle.

L'analyse d'activité correspond à des détails précis dans un contexte général, des capacités principales exigées, le sens qu'il soit social et/ou culturel ainsi les possibles adaptations et les limites de celle-ci. Cet ensemble permet à l'activité d'être thérapeutique (**Morel, 2010**)

Cadre thérapeutique : pour permettre d'assurer un espace mettant le patient en confiance en le rassurant et en le sécurisant. Tout en conservant la symbolique de cet environnement pour considérer le patient comme une personne à part entière. On s'intéresse uniquement à l'activité et non à la pathologie. Pour permettre cela, il faut installer le cadre thérapeutique, qui est la limite entre soignant et soigné. Ce cadre façonne également la relation thérapeutique. (**Simonnet-Guéréau, 2014**)

L'ergothérapeute s'intéresse donc au potentiel (capacités résiduelles, forces) et non aux facteurs limitants de l'individu. Il s'intéresse aussi au milieu écologique de l'individu, la pratique dans les contextes similaires à celui de la personne. Et aussi une reprise en soin qui correspond aux attentes et besoins de l'utilisateur. (**ERGOTHERAPIE COMPAREE EN SANTE MENTALE ET PSYCHIATRIE.pdf, s. d.**) . De part son approche systémique et fonctionnelle (capacité d'agir), l'ergothérapeute a sa place dans l'équipe pluridisciplinaire de réhabilitation psychosociale. Ce professionnel peut également évaluer les facteurs psychosociaux et environnementaux qui peuvent impacter la capacité d'agir de l'utilisateur. (**ANFE, 2019**).

Affinons notre partie théorique pour s'orienter sur la question de recherche.

# De la théorie à la problématique

---

## 1. Acheminement à la problématique

D'après nos recherches, on note un lien important entre les termes de réhabilitation psychosociale, de rétablissement et d'empowerment : « *Le point de convergence entre les travaux portant sur le handicap psychique ou les concepts qui lui sont liés (retentissement fonctionnel, empowerment, processus de rétablissement)* »(Pachoud, s. d.)

Il est question d'avantager le processus de rétablissement de la personne présentant un handicap psychique, il est important de procéder tant sur le niveau individuel que collectif. Pour se faire, cela consiste à augmenter les capacités d'empowerment de la personne ayant un trouble psychique pour favoriser son projet de vie. (Greacen & Jouet, 2013)

Cependant, d'après les propos énoncé précédemment ou l'on cherche à améliorer l'empowerment des patients dans le domaine de la réhabilitation psychosociale cela se traduit par une altération de ce concept pour l'individu présentant une pathologie psychiatrique.

Par contre, l'ergothérapeute est un professionnel permettant d'accompagner les patients présentant une pathologie psychiatrique stabilisé qui a pour répercussion un handicap psychique dans le domaine de la réhabilitation psychosociale.

Cependant nous nous questionnons sur les moyens employés par les ergothérapeutes en pratique de réhabilitation psychosociale pour aider les patients à améliorer leur empowerment.

Nous souhaitons enrichir nos connaissances sur les pratiques en ergothérapie permettant de faire progresser l'empowerment du patient. A la suite de notre questionnement, nous allons poser notre question de recherche.

## 2. Question de recherche

**Comment la capacité d'agir ou « empowerment » des patients psychiatriques stabilisés est-elle développée par les ergothérapeutes en réhabilitation psychosociale ?**

**Pour nous permettre de répondre au mieux à cette question, nous allons dressé des hypothèses.**

## 3. Hypothèses

- ➔ **La prise en soin en ergothérapie permet l'amélioration de l'empowerment chez ce type de patients.**
- ➔ **L'accompagnement sur le ré-investissement des activités de la vie quotidienne permet une amélioration de l'empowerment.**
- ➔ **La relation thérapeutique de l'ergothérapeute permet de favoriser cet empowerment lors des activités.**
- ➔ **La mise en place d'un cadre thérapeutique adapté en activités permet d'améliorer l'empowerment.**

# Méthodologie

---

Pour répondre à la problématique et aux hypothèses qui proviennent des recherches effectuées lors de l'analyse de la littérature énoncée ci-dessus, nous avons mis en place une méthodologie précise. Par conséquent, l'ensemble de cette méthodologie lié à cet écrit est précisé ci-dessous.

## 1. Objectifs de la méthodologie de recherche

Ce travail d'initiation à la recherche a pour objectif de mettre en avant les pratiques en ergothérapie face à la notion d'empowerment. Une notion grandissante dans le domaine de l'ergothérapie et de la psychiatrie, qui selon nous est intéressante de développer lors de ce travail d'initiation à la recherche. L'objectif de ce présent est d'identifier dans la pratique professionnelle des ergothérapeutes les moyens qui permettent de faire progresser l'empowerment des patients atteints de pathologies psychiatriques stabilisées dans le domaine de réhabilitation psychosociale. Il permet de mettre également en avant la pratique de l'ergothérapie en réhabilitation psychosociale. Nous souhaitons faire émerger les procédures, techniques, moyens utilisés par les ergothérapeutes permettant une amélioration de la notion d'empowerment. Cependant, il permet également d'identifier l'utilisation et la mise en lien avec l'empowerment dans leurs pratiques. Cette étude permet de réunir les points de vue des ergothérapeutes sur leurs pratiques professionnelles en santé mentale. Il permet également de mettre en avant les avantages de la prise en soin en ergothérapie des patients ayant une pathologie psychiatrique stabilisée. Ce travail d'initiation à la recherche porte uniquement sur la pratique en ergothérapie française pour enrichir la littérature française sur ces différentes thématiques. Lors de ce travail, nous allons identifier les facteurs limitants de cet empowerment. Pour permettre de répondre à ces objectifs, nous allons vous présenter la démarche exploratoire.

## 2. Démarche protocolaire

Derrière cette question de recherche, nous recherchons les différents moyens employés par les ergothérapeutes lors des prises en soin des patients présentant des troubles psychiques suite à une pathologie psychiatrique stabilisée en réhabilitation psychosociale. Le choix de la démarche s'est orienté sur le questionnaire auto-administré. Cette technique a pour avantage de pouvoir être partagé à un grand nombre d'ergothérapeutes sur le territoire français pour ainsi récolter un maximum de retour de questionnaires et ainsi les analyser pour identifier des pratiques professionnelles. L'ensemble des réponses obtenues respecteront l'anonymat des professionnels. **(Tétreault et al., 2014)**

### 2.1. Justification de l'outil protocolaire : questionnaire auto-administré

Du point de vue de la question de recherche, il était pertinent d'effectuer une étude par questionnaire pour parvenir à y répondre. Cela permet de récolter tant des données qualitatives que quantitatives.

Le choix s'est porté sur le questionnaire auto-administré, car nous souhaitions questionner plusieurs ergothérapeutes et non seulement un petit nombre au travers d'entretiens. De plus, il impacte un temps moins conséquent qu'un entretien. Les ergothérapeutes sont libres d'y répondre ou non. Ils peuvent y répondre lorsqu'ils le souhaitent. Un temps de réponses est précisé lors de la diffusion du questionnaire pour que les répondants ne soient pas dépourvus

de la temporalité. Il permet d'enquêter et de recevoir de nombreuses pratiques professionnelles permettant de recenser un nombre plus conséquent moyens thérapeutiques que si nous aurions effectué une enquête par entretien. De plus un questionnaire auto-administré a l'avantage de garantir l'anonymat des personnes qui ont répondu à l'enquête. L'utilisation de questionnaire permet de contrer la dispersion géographique des répondants vu que je souhaite enquêter une majorité d'ergothérapeutes exerçant en réhabilitation psychosociale dans la France métropolitaine. A propos des ergothérapeutes qui vont répondre à ce questionnaire, nous allons nous intéresser à la population qui sera incluse dans cette enquête.

## **2.2. Choix de la population du protocole**

Tout d'abord, il est primordial de délimiter notre population qui sera incluse à notre enquête. Ci-dessous se trouve les critères d'inclusion et de non inclusion permettant d'identifier la population visée.

### **2.2.1. Critères d'inclusion**

Peuvent être intégrés :

- Les professionnels titulaires du diplôme d'état en ergothérapie.
- Les ergothérapeutes exerçant ou ayant exercé en réhabilitation psychosociale.

### **2.2.2. Critères de non-inclusion.**

Ne sont pas intégrés :

- Les professionnels n'étant pas titulaires du diplôme d'état en ergothérapie.
- Les ergothérapeutes n'ayant aucune expérience professionnelle au sein des structures de réhabilitation psychosociale.

Si les critères d'inclusions sont respectées, les réponses des professionnels pourront être insérer et pourront être exploités pour la suite de cette étude.

## **2.3. Diffusion du questionnaire.**

Aucune base de données n'existe pour recenser l'ensemble des ergothérapeutes travaillant dans le domaine de la réhabilitation psychosociale.

Plusieurs moyens ont été utilisés pour transmettre ce questionnaire aux ergothérapeutes :

- Transmission du questionnaire sur des groupes sur Facebook : « Mémoire ergothérapie », « Le coin de l'ergothérapie », « J'exerce un métier mal connu : ergothérapeute », et « Remédiation cognitive et réhabilitation psychosociale ».
- Transmission sur un site internet « ergopsy.com » regroupant des professionnels ergothérapeutes en psychiatrie.
- Transmission à des ergothérapeutes exerçant en réhabilitation psychosociale grâce à des collègues de promotion qui m'ont transféré leurs contacts afin d'effectuer l'envoi du questionnaire.
- Transmission à des associations regroupant des ergothérapeutes ( Ergo 24 pour la citer).

- Transmission à l'ensemble des centres référents de réhabilitation psychosociale de France Métropolitaine. Nous avons pu trouver ce référencement sur le site internet du centre ressource (**cognitive, 2020**).

L'ensemble de ces demandes ont été effectuées avec un texte type ou mail-type pour présenter le questionnaire et ses aboutissements pour permettre aux professionnels d'avoir des renseignements sur le sujet. Dans le contenu de ces textes-type et/ou mail-type, nous invitons les professionnels à répondre uniquement s'il/elle avait l'accord de leur direction.

La multiplicité de moyens a permis de toucher le maximum d'ergothérapeutes exerçant ou ayant exercé en réhabilitation psychosociale. Les réponses obtenues sont tenus à la mise sous anonymat totale.

Le questionnaire a été diffusé le 20 avril 2020 et conclut le 10 mai 2020 car le nombre de réponses obtenues était satisfaisant.

#### **2.4. Construction de l'outil.**

La structuration est importante pour transmettre cette enquête aux professionnels qui vont m'accorder de leur temps pour faire avancer cette recherche. L'élaboration de ce questionnaire est appuyée par les différentes recherches faites dans la littérature et la réflexion vis-à-vis notre expérience. Tout d'abord, nous avons introduit ce questionnaire pour présenter ce travail de fin d'étude. Le texte d'introduction permettait de préciser la population qui était incluse ou non dans l'étude et permettait aussi d'éveiller la curiosité des professionnels interrogés. Il semblait judicieux dans le développement du questionnaire que les parties soient classées suivant les thématiques de cette recherche avec l'ordre suivant pour amener un sens à celui-ci :

- « Informations générales ».
- « L'ergothérapeute en réhabilitation psychosociale ».
- « Activité en réhabilitation psychosociale ».
- « Empowerment ».

Les questions choisies pour élaborer cette enquête sont de deux ordres : fermées et ouvertes.

Ces questions permettent d'obtenir des informations précises souhaitées pour répondre à notre problématique de recherche.

Concernant les questions fermées, nous avons utilisé des questions dichotomiques (oui/non) et des questions à choix multiples.

Ce type de questions offrait la possibilité aux professionnels d'avancer rapidement au sein du questionnaire. L'avantage de ces questions est qu'elles sont faciles à analyser et également à administrer. A propos des questions à choix multiples : elles sont accessibles à l'analyse et permettent aussi d'apprécier les connaissances des professionnels (**Tétreault et al., 2014**).

Nous avons préféré utiliser un questionnaire qui s'effectue rapidement. Pour atteindre cet objectif, les questions fermées évoquées ci-dessus ont été préférées pour éviter le refus de réponses et faire face aux contraintes temporelles des professionnels. Cependant des questions ouvertes sont présentes car elles permettent de recueillir l'expression des professionnels pour avoir des informations précises en rapport avec la question et ainsi nous aider à la résolution de la question de recherche et à la validation des hypothèses.

Les questions fermées ont permis d'obtenir des données quantifiables avec une analyse, qui sont exploitables plus aisément que les questions ouvertes. Pour en venir à celles-ci, a contrario de restreindre les possibilités de réponses, elles donnaient le moyen d'aggrandir l'étendue des réponses et ainsi recevoir les pensées des répondants. Elles permettaient également de collecter des informations non prévues.

Durant ce questionnaire, certaines questions sont posées en fonction des réponses données aux précédentes. Pour éviter toute influence, ces questions ont été cachées.

Les questions ont été rédigées en respectant le plus possible la neutralité pour éviter d'orienter les réponses des professionnels. Pour en finir sur la construction de cet outil, il a été vérifié par des collègues de promotion pour tester celui-ci afin qu'il ne comporte aucune erreur. Il est nécessaire de se questionner sur la précision des questions présentes dans le questionnaire et la pertinence de celui-ci. Grâce à ce recul face au questionnaire, nous avons pu retirer les questions qui manquaient de pertinence quant à la résolution de la question de recherche.

Pour rappel, la technique de l'entonnoir a été employée pour élaborer les parties de du questionnaire. D'après cette technique les questions vont du plus général vers des questions plus précises et complexes. Cette construction est faite de telle manière à favoriser l'obtention de nombreuses réponses. **(Tétreault et al., 2014)**

Le questionnaire proposé aux professionnels est présent en Annexe.

La première partie consistait à récolter des informations générales à propos des ergothérapeutes plus particulièrement de leurs expériences dans le domaine.

Il est également question de s'intéresser aux possibles formations en lien avec la réhabilitation psychosociale (Diplôme Universitaire, Master, formations...). En fonction de la réponse, une question supplémentaire pouvait être présentée. Si oui à la question de la formation, il était question de savoir si ce complément de formation avait fait accroître les connaissances sur la notion d'empowerment.

Nous souhaitons nous intéresser au lien entre l'expérience et l'empowerment, déterminer une possible coordination entre ces deux aspects.

Malgré les questions à propos des informations générales, celles-ci respectaient l'anonymat des professionnels interrogés.

La seconde partie intitulée « l'ergothérapeute en réhabilitation psychosociale ». Cette partie a pour objectif de recenser les bilans qu'utilisent les ergothérapeutes en séances dans ce domaine. Une question est rajoutée afin de savoir si un lien est créé entre ces bilans et l'empowerment. Si la réponse est positive, nous les questionnons sur leur manière de faire ces liens. L'objectif des questions précédentes est de voir si l'empowerment est une notion intégrée dans leur pratique. Un autre objectif est aussi de recenser les avantages qu'apporte la réhabilitation psychosociale aux patients pour améliorer leur empowerment. De plus nous questionnons la pratique des ergothérapeutes en leur demandant s'ils effectuent des MES. Pour finir sur cette partie l'objectif est d'identifier les moyens mis en place par les ergothérapeutes pour améliorer la notion d'empowerment.

La troisième partie est en lien avec les activités en réhabilitation psychosociale.

L'objectif de cette partie était de faire un état des lieux des activités proposées en RPS et leurs modalités d'activités (individuelles ou groupal ou les deux).

L'objectif est également de mettre en lien l'activité et l'empowerment. par l'ergothérapeute comme l'attitude à adopter et le cadre thérapeutique à mettre en place.

La dernière partie porte comme thématique la notion d'empowerment. Vu la différence de traduction que nous trouvons au sein de la littérature, il nous paraissait pertinent de demander une traduction aux professionnels. Identifier des bilans pour mesurer l'empowerment ou mettre en avant le manque de bilans dans les pratiques des ergothérapeutes est également un élément important.

A contrario d'évoquer également l'amélioration de cette notion d'empowerment, afin de mettre en avant les troubles qui l'impactent.

L'objectif est de préciser que l'ergothérapie est avantageuse à ce type de population pour améliorer leur empowerment.

## **2.5. Traitement du questionnaire**

Pour effectuer l'analyse du questionnaire, nous avons procédé à une analyse des questions individuelles, en fonction des professionnels interrogés. Des tableaux et illustrations des résultats permettront une meilleure compréhension. Des données quantitatives pour les questions fermées (dichotomiques et à choix multiples) et qualitatives à propos des questions ouvertes. L'analyse de ces réponses s'est faite en fonction des réponses des professionnels. L'analyse des questions ouvertes s'est orientée sur une analyse du contenu et ainsi nous avons pu effectuer des catégorisations des réponses.

## Analyse des résultats

Suite à l'administration faite de l'enquête de manière dématérialisée, nous avons récolté 26 réponses d'ergothérapeutes. 1 réponse a été écarté car elle ne correspondait pas aux critères d'inclusion de la méthodologie. Afin d'effectuer l'analyse des résultats, nous allons nous intéresser aux questions les plus pertinentes permettant de valider ou non les hypothèses. Pour en revenir sur l'analyse, nous garderons les parties identiques à celles du questionnaire.

### 1. Informations générales

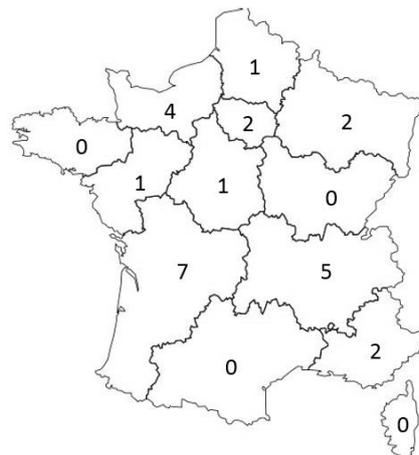
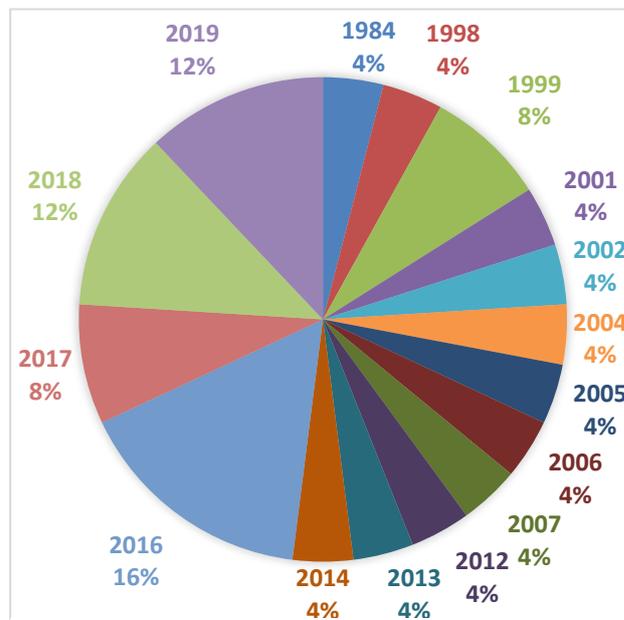


Figure 3 : Région d'exercice des ergothérapeutes



Les années d'obtention du diplôme d'ergothérapie sont comprises entre 1984 à 2019. Nombre de répondants : 25

4% correspond à n=1

8% correspond à n=2

12% correspond à n=3

16% correspond à n=4

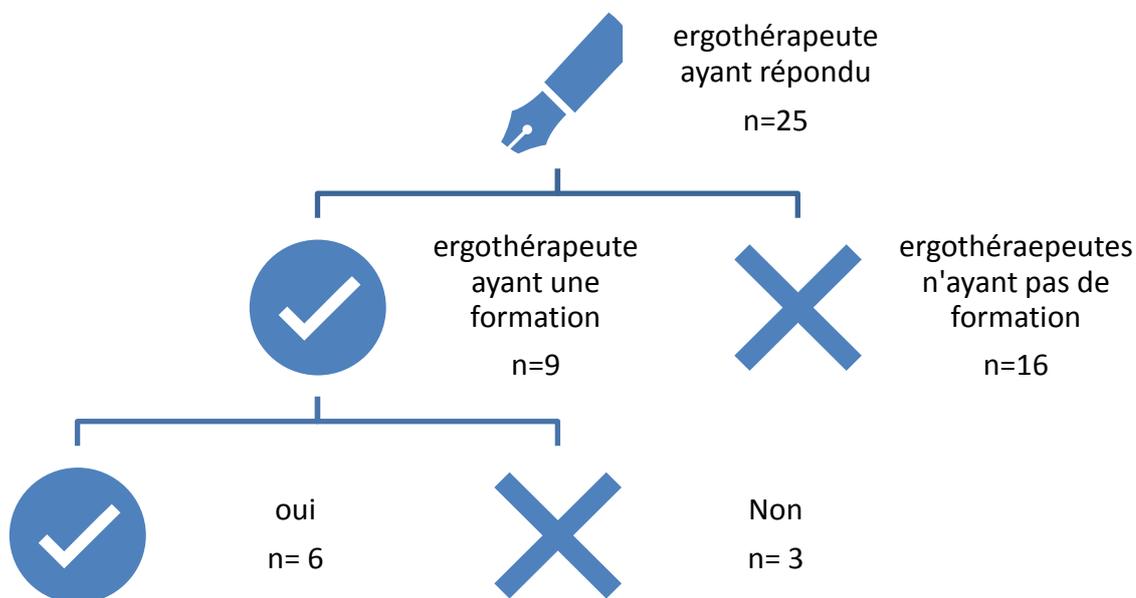
Figure 4 : Année d'obtention du diplôme des ergothérapeutes

|                          | Année(s) de pratique dans le domaine de réhabilitation psychosociale |      |          |      |      |      |      |      |       |        |
|--------------------------|--|------|----------|------|------|------|------|------|-------|--------|
|                          | < 1an  | 1 an | 1 an 1/2 | 2ans | 3ans | 4ans | 5ans | 6ans | 10ans | >10ans |
| Nombre d'ergothérapeutes | 5  | 4    | 1        | 6    | 3    | 1    | 1    | 1    | 1     | 2      |

*Tableau 1: Expérience des professionnels en réhabilitation psychosociale*

Les ergothérapeutes ayant répondu au questionnaire pratiquait leur profession depuis 4 mois jusqu'à 15 ans d'expérience.

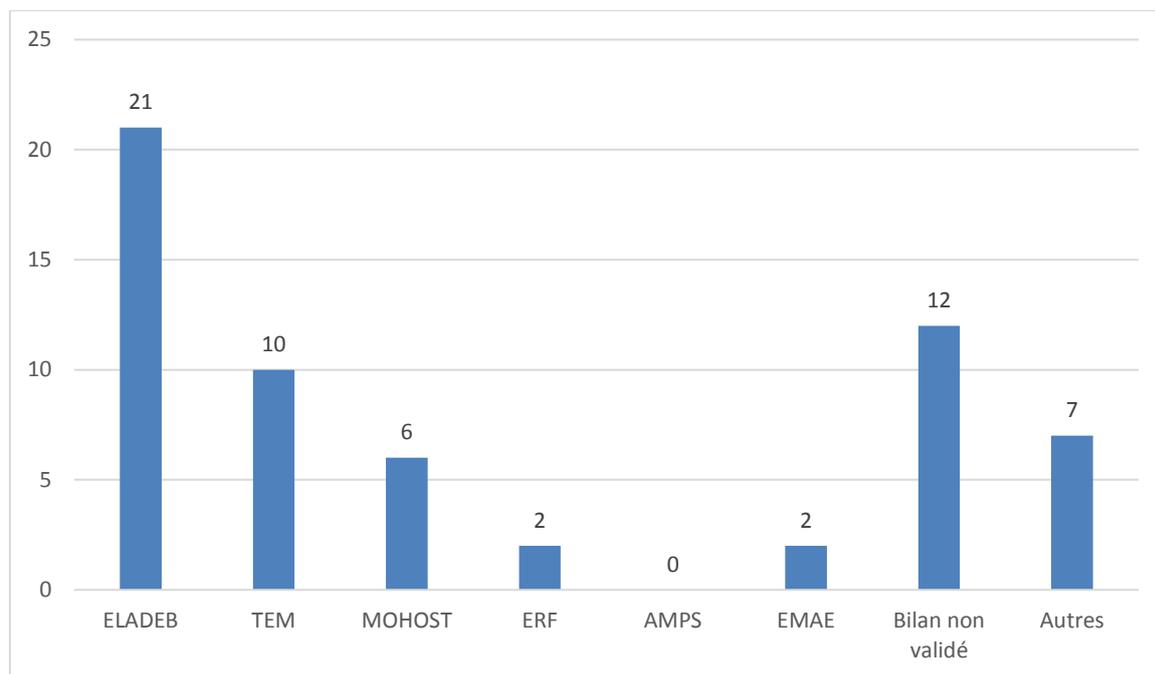
L'ensemble des questions analysées jusqu'ici permettent de définir les critères et de non-inclusion pour cette étude.



*Figure 5 : Formation complémentaire et connaissances acquises*

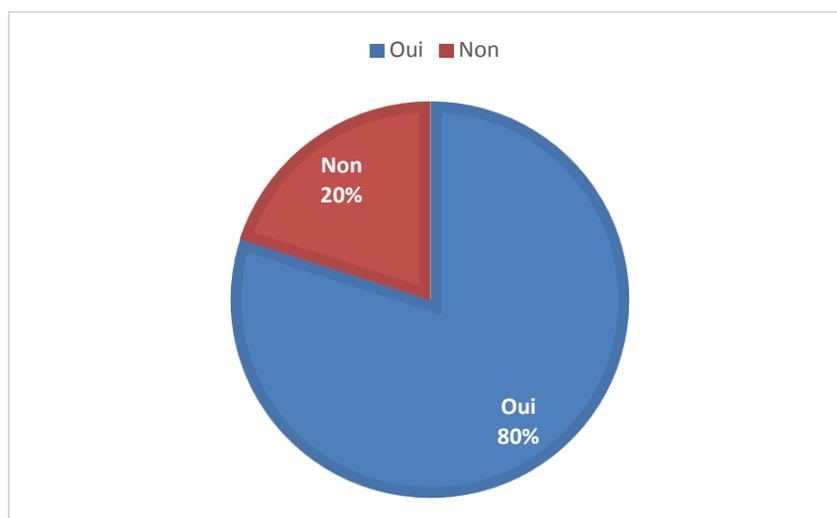
Sur l'ensemble des 25 réponses, seulement 9 ergothérapeutes (36%) possèdent une formation en réhabilitation psychosociale. La question supplémentaire s'oriente aux professionnels ayant une formation dans ce domaine. Sur ces 9 ergothérapeutes, 67% d'entre eux ont acquis des connaissances supplémentaires sur la notion d'empowerment.

## 2. L'ergothérapeute en réhabilitation psychosociale



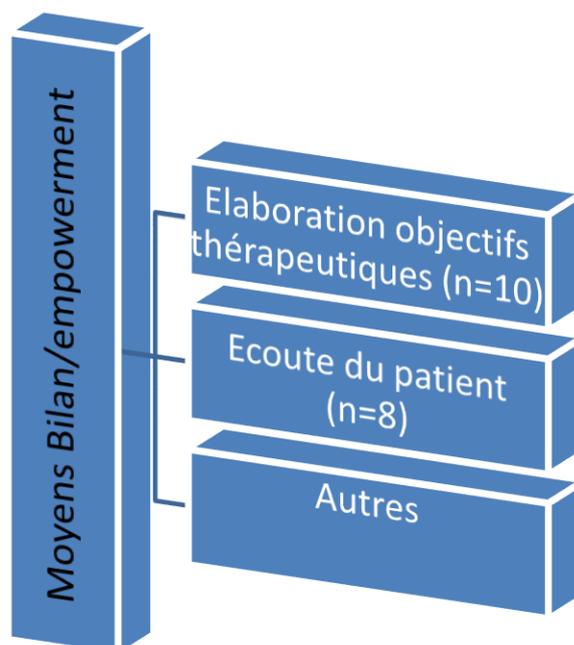
*Figure 6 : Les bilans utilisés par les ergothérapeutes*

Dans la catégorie « autres », les bilans cités sont : OSA, CASIG, AERES et MCRO.



*Figure 7 : Lien Bilan/empowerment*

20 ergothérapeutes sur 25 font des liens entre les bilans effectués et la notion d'empowerment.



*Figure 8 : Bilan/empowerment : Les moyens*

Différents moyens sont employés par les ergothérapeutes pour mettre en lien les bilans et l'empowerment :

- Mettre en œuvre les objectifs thérapeutiques
- Ecoute/accompagnement du patient : Besoins , désir, motivation, parole, ressources, capacités, échanges, feed-back.
- Mise en situation (2 reprises).
- Projet de vie/projet de soin (4 reprises).

On note que 15 professionnels utilisent les termes du champ lexical proche de l'utilisateur : patient / individu / personne

|  |   |
|--|---|
| Avantages de la réhabilitation psychosociale | Patient au centre de la prise en soin (x 11)  |
|  | Mises en situation (x 4)                      |
|  | Collaboration/accompagnement du patient (x 6) |
|  | Ciblés sur les besoins /difficultés (x 6)     |
|  | Vision de la réhabilitation (x 4)             |
|  | Outils thérapeutiques variés (x 4)            |

*Tableau 2 : Les avantages de la réhabilitation psychosociale*

Certaines réponses faites par les ergothérapeutes indiquent un lien entre la réhabilitation psychosociale et l'empowerment (« l'un va avec l'autre » va reprendre les termes évoqués)



Figure 9 : Réalisation des mises en situations en ergothérapie

On note qu'une forte majorité d'ergothérapeutes effectuent des mises en situations (n=23).

| MES                   | Nombres | MES                        | Nombres |
|-----------------------|---------|----------------------------|---------|
| Courses               | 10      | TOM Remed                  | 5       |
| Cuisine               | 15      | Activités manuelles        | 9       |
| VAD/domicile          | 4       | Estime de soi              | 3       |
| Esthétique            | 3       | Relaxation                 | 3       |
| AVQ                   | 2       | Habitudes de vie           | 3       |
| Déplacements (bus)    | 4       | Réalité virtuelle          | 2       |
| Travail               | 6       | Métacognition              | 2       |
| Loisirs               | 2       | Equithérapie               | 1       |
| Journal               | 3       | Jardinage                  | 3       |
| Sorties ext           | 5       | Jeux de société            | 5       |
| Sports                | 15      | Groupe autonomie et projet | 3       |
| HS                    | 12      | Culture                    | 15      |
| Remédiation cognitive | 10      | ETP                        | 10      |

Tableau 3 : Les types de Mise en situation évoquées

La colonne « Nombres » correspond au nombre de répétitions des mots dans les réponses des ergothérapeutes. La majeure partie des réponses affirment les mises en situations sont utiles pour l'empowerment. La majeure partie des réponses (18 réponses / 24) sont positives pour le fait que les mises en situations sont utiles pour l'empowerment ( appartition du terme « oui » dans les réponses)

|   |   |
|---|---|
| Moyens permettant d'améliorer l'empowerment | Echanges avec le patient (x 15)                                       |
|   | Activités signifiantes (x 6)  |
|   | Objectifs thérapeutiques discutés avec le patient (x 6)               |
|   | Mises en situation (x 5)  |
|   | - Réévaluation (x 1)<br>- Patient acteur (x 1)<br>- Observation (x 1) |

Tableau 4 : Les Moyens améliorant l'empowerment.

### 3. Activité en réhabilitation psychosociale



Figure 10 : Les avantages des activités sur l'empowerment.

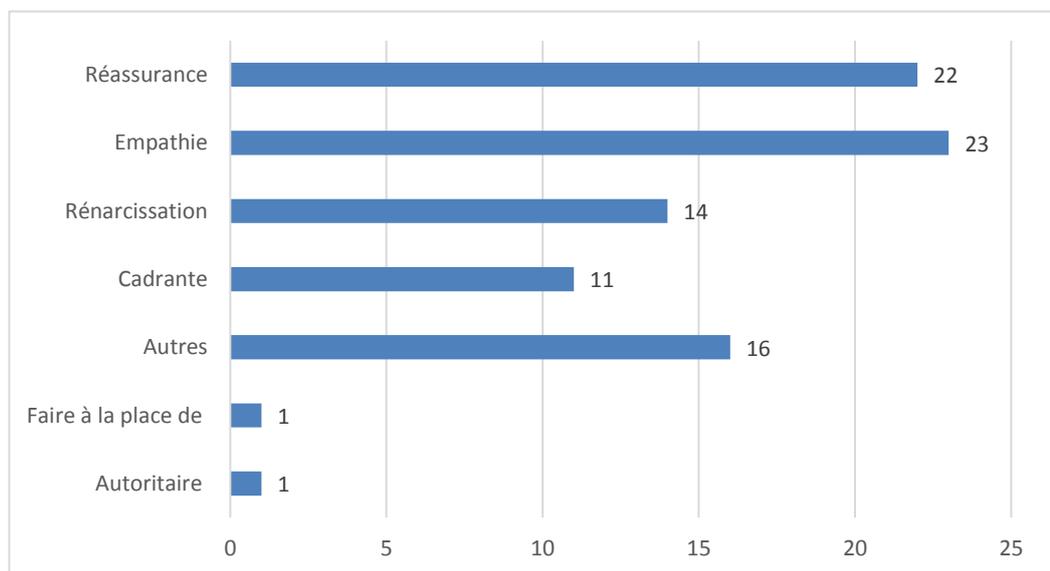
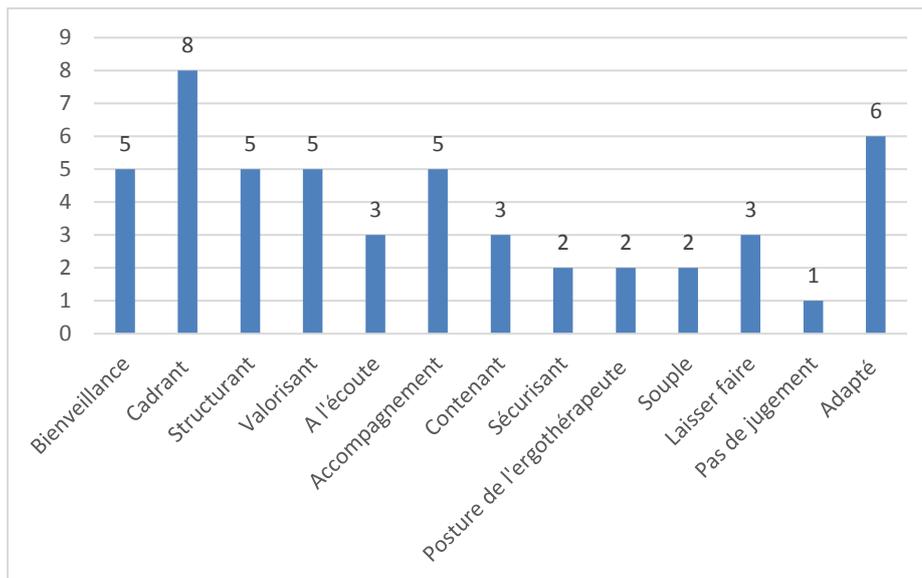


Figure 11 : Les attitudes de l'ergothérapeute.

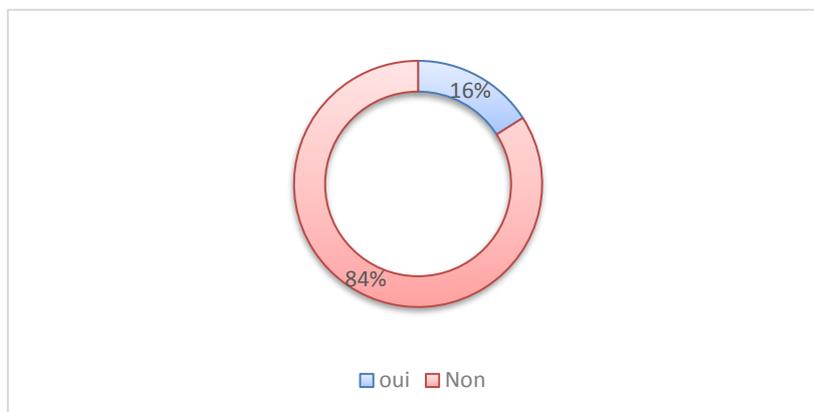
Dans la catégorie « Autres », Nous retrouvons les attitudes suivantes : laisser parler (x1), bienveillance(x1), revalorisation (x2), écoute active (x5), accompagnement (x2), patience (x1), ne faire à la place de (x1), espoir (x1), laisser faire (x2)



*Figure 12 : Les caractéristiques du cadre thérapeutique*

#### 4. Empowerment

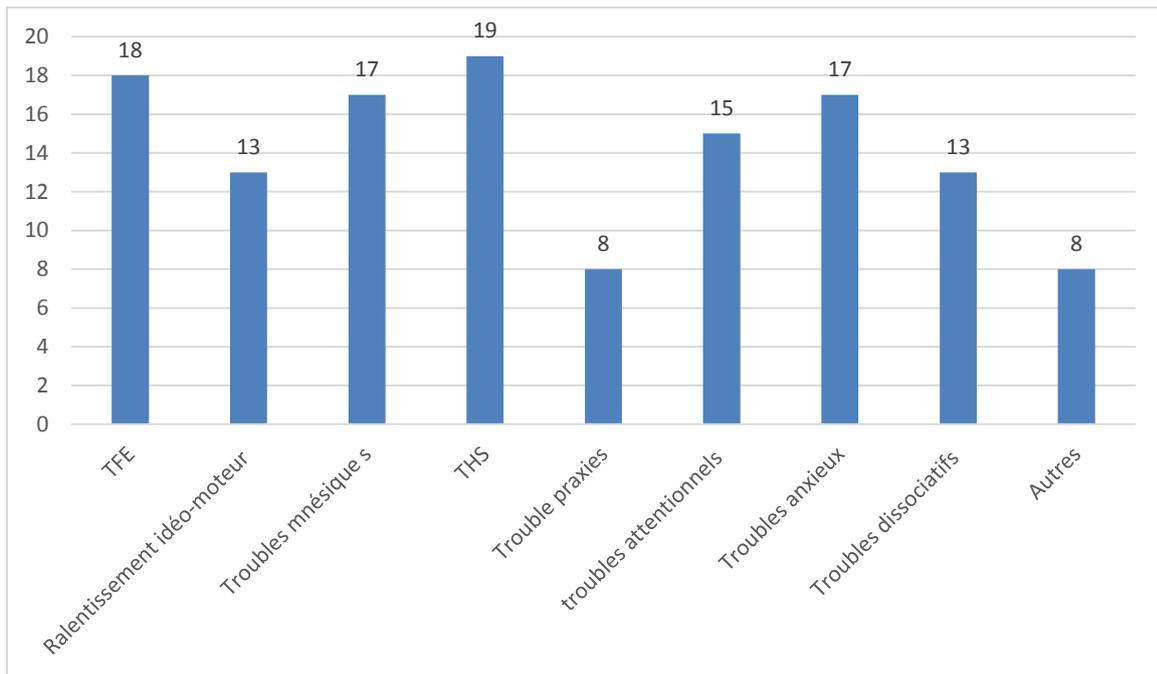
Traduction donnée par les ergothérapeutes : pouvoir d'agir, autonomisation et autodétermination



*Figure 13 : Mesure de l'empowerment avec des bilans*

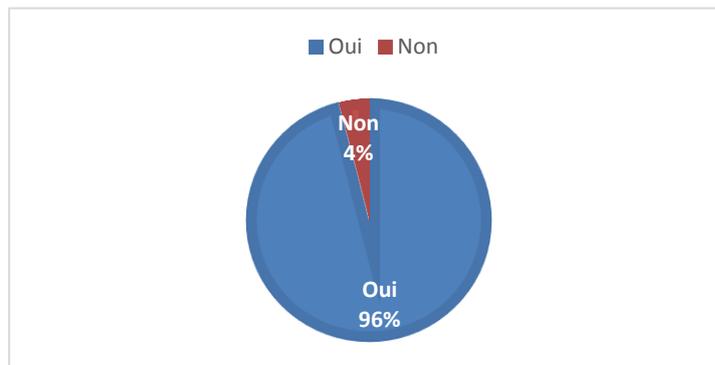
D'après les résultats, 21 ergothérapeutes ne mesurent pas l'empowerment avec des bilans.

A propos des réponses positives données par les ergothérapeutes, les bilans employés sont : OSA, CASIG et ELADEB.



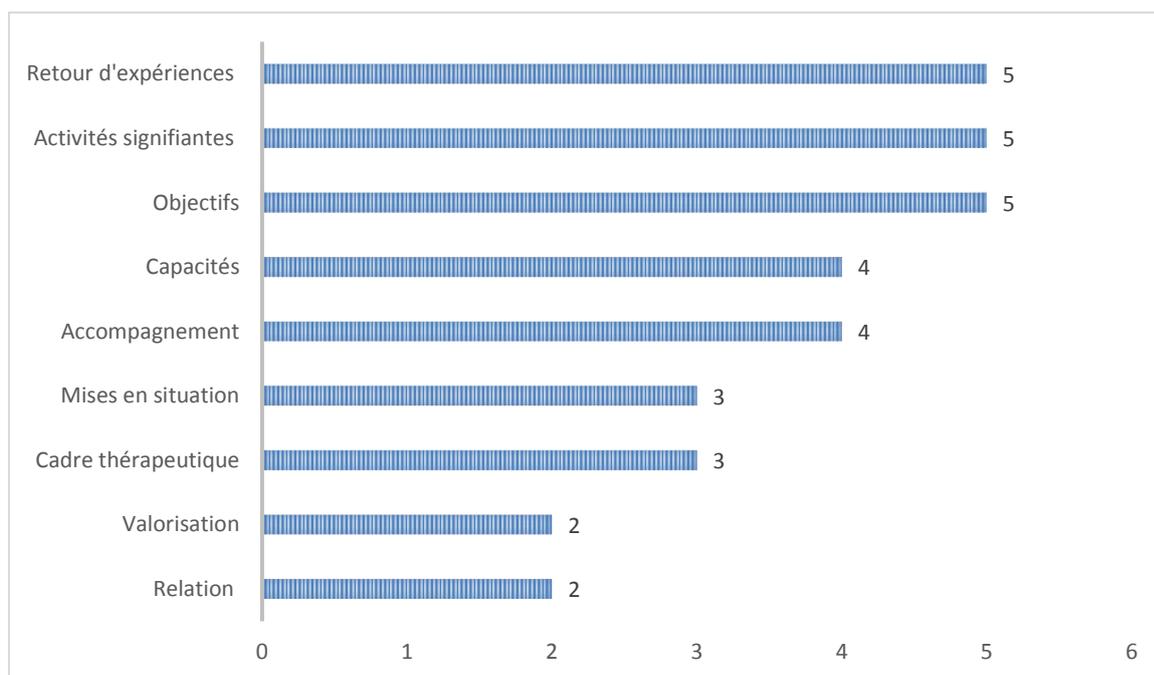
*Figure 14 : Les troubles altérant l'empowerment.*

On remarque de nombreux troubles qui impactent l'empowerment des patients. L'ensemble de ces troubles évoqués ci-dessus permet d'orienter les prises en soin. Cependant cette altération de l'empowerment n'est pas identique à chaque patient, elles sont propres à chacun. 22 ergothérapeutes évoquent une réponse négative quant à ces causes qui sont identiques à chaque patient.



*Figure 15 : La prise en soin en ergothérapie*

Une forte majorité des professionnels affirment que la prise en soin en ergothérapie améliore l'empowerment.



*Figure 16 : Moyens des professionnels pour favoriser l'empowerment*

## 5. Conclusion

Ce recueil de données nous a permis d'acquérir de nombreuses informations et des réponses concrètes sur les pratiques des ergothérapeutes. L'ensemble de ces réponses n'est pas négligeable, ces données sont très intéressantes pour nous aider à la résolution de notre question de recherche.

## Discussion

---

Après avoir émis les résultats pertinents à notre enquête, nous allons à présent les interpréter afin de nous aider à affirmer ou non la validité de nos hypothèses en lien avec la question de recherche. Tout d'abord, la notion d'empowerment est un concept central à la réhabilitation psychosociale comme évoqué lors de la première partie. L'ergothérapeute est un professionnel permettant de favoriser l'amélioration de cette notion. Le lien entre l'empowerment et l'autonomie est faite : « *aide apporte aux personnes vulnérables pour qu'elles développent leur autonomie (empowerment)* » (Yerxa, 2017). Une définition de notre profession est : « *L'ergothérapeute facilite le processus de changement pour permettre à la personne de développer son indépendance et son autonomie afin d'améliorer son bien-être, sa qualité de vie et le sens qu'elle donne à son existence* ». (Therapists, 2020). D'une part nous pouvons dire que l'ergothérapeute oriente ses prises en charge vers l'amélioration de l'autonomie et donc de l'empowerment. De plus, d'après la figure 7, une forte majorité d'ergothérapeutes (80%) effectue des liens entre leurs bilans et l'empowerment. D'après ces résultats, nous pouvons dire que l'ergothérapeute prend en compte cette notion d'empowerment dans leurs prises en soins. Nous pouvons présenter alors notre question de recherche pour cette étude comme suit :

### **Comment la capacité d'agir ou « empowerment » des patients psychiatriques stabilisés est-elle développée par les ergothérapeutes en réhabilitation psychosociale ?**

Afin de répondre à cette problématique, nous avons émis des hypothèses que nous allons vérifier dans la continuité de cette partie. Cette étude consistait à mettre en avant les moyens thérapeutiques utilisés par les ergothérapeutes auprès des patients présentant une pathologie psychiatrique en réhabilitation psychosociale pour améliorer l'empowerment de ceux-ci. Cependant, une première question persiste sur la définition d'un moyen. Un moyen est défini par « *Ce qui permet de réaliser le but que l'on vise* » (MOYEN : Définition de MOYEN, s. d.). Pour cette recherche, « le but que l'on vise » est l'amélioration de l'empowerment chez ces patients.

A propos de la validité des hypothèses, nous sommes en mesure d'apposer des réponses vu que nous avons reçus 25 réponses exploitables pour notre étude.

#### **1. Hypothèse n°1**

→ Pour rappel cette hypothèse est : La prise en soin en ergothérapie permet l'amélioration de l'empowerment chez ce type de patients.

D'après la question 23, les ergothérapeutes ont répondu à 96% de manière positive à une amélioration de l'empowerment lors de la prise en soin en ergothérapie chez les patients ayant une pathologie psychiatrique.

D'après les résultats analysés sur la figure 10, nous obtenons des réponses à l'unanimité quant à l'amélioration de l'empowerment par l'activité. Ce résultat fait écho à l'étymologie du mot « ergothérapie ».

Cependant, on note que peu de professionnels utilisent des bilans pour mesurer l'empowerment (cf figure 13). Plus précisément, 21 ergothérapeutes sur 25 ne mesurent pas

l'empowerment par l'utilisation de bilans ou d'échelles. Seulement 4 d'entre eux ont donné des réponses positives en argumentant avec les bilans utilisés à cet effet. Ceux-ci sont : le OSA, CASIG et ELADEB. D'après l'analyse des résultats, ces réponses proviennent d'ergothérapeutes ayant une formation complémentaire à leur diplôme d'état. On note également qu'aucun ergothérapeute de l'étude n'ayant de formation complémentaire ne mesurent pas l'empowerment.

- ➔ Validation de l'hypothèse n°1 : d'après les résultats enregistrés cette hypothèse semble être valide. Cependant, il serait intéressant de poursuivre cette étude car seulement 4 ergothérapeutes le mesurent au travers de bilans.

Concernant cette amélioration de l'empowerment chez le patient présentant une pathologie psychiatrique, nous allons nous orienter sur les moyens mis en œuvre par les ergothérapeutes permettant de résulter de manière positive à cet objectif. Plusieurs moyens sont possibles, parmi eux la mise en situation est évoquée par les ergothérapeutes. (à 3 réponses sur la figure 15). Ce moyen fait partie d'une hypothèse de ce travail d'initiation à la recherche.

## 2. Hypothèse n°2

Rappel de l'hypothèse : **L'accompagnement sur le ré-investissement des activités de la vie quotidienne permet une amélioration de l'empowerment par des mises en situations.**

Orientons-nous d'une part sur les mises en situations.

L'importance est de préciser et définir ce qu'est une AVQ : « *Les AVQ font partie de l'occupation humaine. L'occupation se réfère à toutes les activités quotidiennes que la personne réalise en tant qu'individu, en famille, comme membre d'un groupe, et au sein de communautés, pour apporter du sens et un but à la vie, et pour atteindre et maintenir la santé.* » (**Activities-of-Daily-Living-French.pdf, s. d.**).

On note d'une part que les activités qui sont considérées comme élémentaires : toilette, habillage, prise de repas et déplacements. Cependant, nous pouvons considérer dans ce champ où les altérations fonctionnelles sont moins présentes, on peut considérer un plus large panel d'activités de la vie quotidienne quant à pouvoir vivre seul c'est-à-dire la vie au domicile : gestion des repas, courses, tâches ménagères, tâches administratives et gestion financière, activités de loisirs et déplacements extérieurs. (**Franck, 2018**).

A plusieurs reprises les professionnels évoquent l'utilisation de mises en situation pour permettre une amélioration de l'empowerment. Nous allons montrer que ce moyen est fortement indiqué et évoqué par les ergothérapeutes lors de l'analyse de ces résultats.

Tout d'abord, sur la figure 8 qui permet d'identifier les moyens pour faire le lien entre bilan et l'empowerment, nous retrouvons cité « la mise en situation » à deux reprises. Après nous nous sommes intéressés aux avantages de la réhabilitation psychosociale sur l'empowerment du patient. Pour cette question, les ergothérapeutes ont également évoqué la mise en situation pour répondre à l'objectif de la prise en soin (cf tableau 2). Suite aux résultats obtenus affichés dans le tableau 4, on remarque que la mise en situation est évoquée à 5 reprises par les ergothérapeutes comme moyen permettant de favoriser cette notion d'empowerment. Donc nous pouvons dire qu'il s'agit d'un moyen employé en réhabilitation psychosociale pour favoriser l'empowerment. Or une question persiste sur cette utilisation en pratique par les ergothérapeutes.

D'après la figure 9 concernant l'utilisation de la mise en situation écologique : 23 ergothérapeutes sur 25 répondent positivement à l'utilisation de mise en situation en pratique. Donc à cet instant, nous savons qu'un des moyens pour favoriser l'empowerment des patients présentant une pathologie psychiatrique stabilisée est la mise en situation. Cependant, ceux-ci ne nous permettent pas de valider cette hypothèse pour le moment. Orientons-nous sur la nature de ces mises en situation.

D'après le tableau 3, qui nous permet de répertorier l'ensemble des mises en situation citées par les ergothérapeutes, nous remarquons que 44% des types de mises en situation proposées correspondent à des activités de la vie quotidienne.

Concernant la onzième question qui est: « Sont-elles utiles pour l'empowerment du patient ? Précisez quelles sont vos mises en situations ». Les résultats obtenus sont positifs à l'utilisation de ces mises en situations.

Donc nous pouvons dire que la mise en situation sur le ré-investissement des activités de la vie quotidienne est un moyen pour améliorer l'empowerment chez ce type de patient.

→ Validation de l'hypothèse n°2 : Cette hypothèse semble être vérifiée grâce aux réponses obtenues que nous pouvons retrouver également dans la littérature.

Concernant les prises en soin et également les mises en situation, le patient se retrouve avec le soignant qui dans ce cas-là est l'ergothérapeute. Le soignant doit tenir une relation thérapeutique avec le patient.

### 3. Hypothèse n°3

→ Pour rappel : **La relation thérapeutique de l'ergothérapeute permet de favoriser cet empowerment lors des activités.**

D'après (Franck, 2018) la relation thérapeutique est similaire à « une relation d'aide ». (page 245). De plus, un obstacle à la relation thérapeutique est le manque d'accompagnement (page 246).

D'après l'enquête exploratoire, nous retrouvons des résultats sur cette notion d'accompagnement du patient. Tout d'abord, on retrouve comme notion l'écoute du patient évoquée fréquemment en seconde position après l'élaboration des objectifs thérapeutiques. De plus, la collaboration et l'accompagnement du patient font partie des réponses reçues comme un avantage de la RPS (cf tableau 2).

D'après le tableau 4, nous retrouvons régulièrement la notion d'échanges avec le patient (15 réponses).

D'après la figure 11, nous avons obtenu 88 réponses en totalité sur cette question à choix multiples. En considérant les attitudes suivantes : empathie, réassurance, renarcissisation et les réponses citées dans la catégorie autres comme des renforcements positifs. Nous obtenons 74 réponses sur 88 soit 84 % de réponses qui s'orientent vers des attitudes positives du professionnel. De plus « *le principe de regard positif et d'empathie sont largement reconnus par la communauté professionnelle et scientifique comme des ingrédients nécessaires au changement thérapeutique* » ((Franck, 2018)page 248). Pour finir sur l'exploitation des résultats sur la relation thérapeutique, nous retrouvons la notion de renforcements positifs.

Pour appuyer les résultats de l'enquête par questionnaire, d'après le traité de réhabilitation qui indique que la relation thérapeutique est à la base des médiations des professionnels permettant d'accompagner le rétablissement des patients donc l'amélioration de leur empowerment. **((Franck, 2018)page 252-253).**

- ➔ Validation de l'hypothèse n°3 : D'après les résultats de l'enquête ainsi que les apports de la littérature, l'hypothèse n°3 semble valide.

En plus de la relation thérapeutique en médiation, il est important d'apposer un cadre thérapeutique qui permet de justifier l'utilisation de la médiation.

#### 4. Hypothèse n°4

Pour rappel : **La mise en place d'un cadre thérapeutique adapté en activités permet d'améliorer l'empowerment.**

Pourquoi évoquons-nous le cadre thérapeutique ? Simplement car la réhabilitation psychosociale s'oriente par la réalisation d'activités thérapeutiques. A propos des activités nous pouvons dire que celles-ci contribuent à l'amélioration de l'empowerment des patients car nous avons obtenu à l'unanimité une réponse en cette faveur.

En tant qu'ergothérapeute, pour effectuer ces activités il est nécessaire d'instaurer notre cadre thérapeutique. D'après les résultats énoncés dans la figure 16, l'utilisation d'un cadre thérapeutique (3 réponses) est utilisé comme moyen thérapeutique par les ergothérapeutes.

Par la suite nous nous sommes intéressés aux types de cadres thérapeutiques permettant une augmentation de cette notion d'empowerment (cf figure 12). Nous avons obtenu des résultats assez mitigés quant aux caractéristiques de ce cadre. La réponse cadrante comme type de caractéristique est évoquée le plus de fois (8 réponses). En revanche, nous retrouvons en seconde position une réponse à cette question qui est le type « *adapté* » (6 réponses). En outre le cadre thérapeutique est caractérisé par un espace-temps or celui-ci est employé pour permettre la compréhension du « *monde* » propre à chaque usager. De plus « *cet espace-temps est investi de manière singulière et subjective par chacun* » **(Delourme, 2003).**

- ➔ Validation de l'hypothèse : D'après nos résultats et la complémentarité de la littérature, ils nous permettent de s'orienter vers la validation de cette hypothèse.

#### 5. Au-delà des hypothèses

Tout d'abord, les trois premières figures présentes dans la partie « *Analyse des résultats* » permettent de garantir l'anonymat des professionnels qui ont pris de leur temps pour répondre à notre enquête. Pour revenir sur les retours effectués dans l'hypothèse n°1, nous remarquons d'après la figure 13 que de nombreux ergothérapeutes ne mesurent pas l'empowerment. (21 ergothérapeutes émettent une réponse négative). Nous notons cette contradiction du fait que les ergothérapeutes ont « *une visée d'empowerment* » dans leur pratique. On remarque des différences de pratiques également face à l'utilisation de bilans en ergothérapie. Les professionnels qui ont une formation complémentaire à leur diplôme d'état utilisent des bilans différents de ceux des autres professionnels qui n'en possèdent pas. On remarque que l'échelle AERES est donnée uniquement par des ergothérapeutes ayant une formation complémentaire en réhabilitation psychosociale. Pour continuer sur les formations complémentaires au diplôme d'état, on remarque que les ergothérapeutes ayant ces

formations sont ceux qui ont l'expérience la plus élevée dans la domaine de réhabilitation psychosociale.

De plus nous nous sommes questionnés sur la définition de la notion d'empowerment que peuvent évoquer les ergothérapeutes. Nous remarquons que les définitions données par les ergothérapeutes sont assez hétérogènes. De plus dans la littérature analysée lors de la partie théorique, pour reprendre les dires cette notion est qualifiée d' « *intraduisible* ».

Notre enquête ne s'arrête pas uniquement sur les hypothèses évoqués et validées ci-dessus mais également à l'identification et la prise en compte de la notion d'empowerment dans la pratique des ergothérapeutes. D'après la figure 14, nous indique les troubles qui peuvent avoir un impact sur l'empowerment du patient.

## 6. Limites rencontrées

Au fur et à mesure de l'avancée de cette recherche nous avons du faire face à de nombreux biais qui ont impacté les réponses obtenues à notre questionnaire auto-administré. Nous allons donc alors les évoquer ci-dessous et présenter les solutions possibles que nous aurions pu mettre en place afin de pallier ces biais :

La plupart des défauts de cette étude s'orientent sur la présence de biais méthodologique. Tout d'abord, nous avons rencontré à quelques reprises des réponses qui n'étaient pas comprises des ergothérapeutes. Nous avons dû faire face à ce type de réponses à 5 reprises. Les effets sont d'une part la mauvaise formulation des questions. Pour citer un exemple, la question 11 (*Sont-elles utiles pour l'empowerment du patient? Précisez quelles sont vos mises en situations.*) est mal formulée car elle questionne le professionnel sur deux éléments de manière simultanée. De plus, nous avons trouvé difficile de rédiger ces questions afin qu'elles ne soient pas trop indicées/orientées.

Un autre biais méthodologique est l'utilisation de questions ouvertes qui ont des impacts sur notre analyse. A notre propos, il est plus difficile d'effectuer une exploitation des résultats à la suite de questions ouvertes. Pour l'aspect analytique de l'étude, nous avons pu effectuer des analyses de contenus afin de catégoriser les idées reçues. Cependant nous aurions pu réduire le nombre de questions ouvertes afin de faciliter l'exploitation des résultats de l'étude. Concernant ces questions ouvertes, elles apparaissent comme un élément négatif pour l'analyse des résultats cependant elles nous permettent d'avoir des réponses complémentaires donc un aspect positif.

Nous notons également le biais de désirabilité sociale face à cette étude. Nous pouvons penser que les ergothérapeutes sous l'influence de ce questionnaire, ont tendance à avoir un comportement pour faire paraître une facette positive et ainsi donner des réponses d'orientation positive et non réaliste à leur pratique. **(Tétreault et al., 2014)** . Pour palier ce biais, une augmentation du nombre de réponses aurait été nécessaire.

Nous pouvons également émettre une critique sur notre taux de réponses (25 réponses exploitables car 1 ne respectait pas les critères d'inclusion). Il n'existe pas de base de données afin de connaître précisément le nombre d'ergothérapeutes exerçant en réhabilitation psychosociale. Afin d'obtenir un plus grand nombre de réponses, nous aurions pu élargir notre temps de recherche. Cependant vu les circonstances de cette crise sanitaire à laquelle nous avons du faire face, nous avons été impactés par une perte de réponses à cause des délais de réponses positives de la part des directions des structures de réhabilitation psychosociale quant à leurs accords de transmettre notre enquête auto-administré aux ergothérapeutes.

L'ensemble des réponses obtenues ne nous permet pas d'affirmer une représentativité optimale.

A la vue de l'interprétation des résultats et un taux de réponses possiblement faibles face à la totalité des ergothérapeutes, cela rend les résultats peu significatifs et applicables. A contrario, nous avons mis en avant, par les résultats obtenus, certains moyens possibles pour permettre une amélioration de l'empowerment chez les patients ayant une pathologie psychiatrique stabilisée. Nous disions certains moyens car ils existent de nombreux moyens que nous n'avons pas tous identifiés à l'issu de ce travail de recherche : l'équipe pluridisciplinaire par exemple.

Une des limites également auraient été de centrer ce travail sur une pathologie précise afin d'identifier les moyens précis au lieu d'avoir des résultats subjectifs. Nous pouvons appuyer ces dires avec les résultats obtenus que les causes de troubles de l'empowerment ne sont pas identiques à chaque patient et donc propres à chacun.

## 7. Ouvertures éventuelles

Pour donner suite à ce travail de recherche, plusieurs perspectives sont possibles :

- d'après la littérature nous remarquons que les patients présentant une pathologie psychiatrique sont touchés par la stigmatisation et l'exclusion sociale. Le rétablissement serait un moyen de lutter contre cette stigmatisation et cette exclusion (**RehabilitationPsychoSociale-Theophilien\_60-Juin2018.pdf, s. d.**). De plus, cette notion de stigmatisation fait référence à la réhabilitation psychosociale car un des objectifs de ce domaine est de la réduire tout comme la discrimination. (**Giraud-Baro, 2007**). De plus, l'ensemble de ces inégalités va à l'encontre de la devise de la République Française : «*Liberté ; Egalité, Fraternité*». Il serait intéressant de développer l'intérêt de l'ergothérapeute dans l'accompagnement de ce type de patient face à toutes les discriminations (stigmatisation, exclusion sociale) auxquelles ils peuvent faire face. Quels moyens utiliseraient le professionnel afin d'améliorer le contexte de vie du patient. ?
- D'autre part, il serait intéressant de recenser la totalité des moyens éventuels permettant d'améliorer l'empowerment du patient. Cependant de nombreux questionnements persistent face à l'empowerment. Certes, cette notion est prise en compte lors des prises en soin mais peu de professionnels la mesurent ? Existe-t-il des échelles ... ?

## Conclusion

---

Le rétablissement des personnes présentant des pathologies psychiatriques est difficile, de plus il n'est pas considéré comme « une longue ligne droite » car il s'avère plus complexe qu'il n'y paraît. Cependant en complémentarité avec les thérapies médicamenteuses permettant d'amener le patient vers une stabilisation des symptômes, l'utilisation des thérapies non médicamenteuses telles que l'ergothérapie évoquée dans l'ensemble de ce travail permet aux patients ayant une pathologie psychiatrique stabilisée d'améliorer leur empowerment. L'intérêt de ce travail était d'identifier des moyens thérapeutiques qui peuvent être mis en place par l'ergothérapeute afin d'accompagner le patient vers une amélioration de son empowerment et donc, à terme, amener le patient vers le rétablissement. De nombreux moyens ont pu être identifiés lors de cette étude. D'après les hypothèses évoquées, nous avons pu vérifier l'utilisation de certains moyens thérapeutiques. Pour les citer : le réinvestissement des activités de la vie quotidienne lors de mises en situation, la relation thérapeutique et l'utilisation d'un cadre thérapeutique adapté. De plus nous avons mis en avant que la prise en soin dans le domaine de l'ergothérapie des patients qui présentent une pathologie psychiatrique stabilisée est bénéfique et mène vers une amélioration de l'empowerment. En revanche, nous n'avons identifié qu'une partie des moyens thérapeutiques au travers de nos hypothèses, d'autres restent encore à identifier.

Ce travail a permis de mettre en perspective l'importance des ergothérapeutes dans le domaine de la réhabilitation psychosociale plus particulièrement dans l'accompagnement des patients atteints de pathologies psychiatriques stabilisées. Ce travail a permis de constater que l'ergothérapeute est à proximité des patients pour leur permettre d'améliorer leur empowerment en les accompagnant à atteindre leurs objectifs par des moyens thérapeutiques spécifiques. Au travers de cet écrit, nous avons pu obtenir des retours sur la pratique en ergothérapie afin de comprendre comment l'ergothérapeute effectue son accompagnement.

L'ensemble de ce travail nous a permis d'enrichir et ainsi développer nos connaissances face à ce sujet. Cependant, nous avons pu observer qu'il existe de nombreux moyens possibles en lien avec l'amélioration de cette notion d'empowerment. Cet écrit nous a rappelé l'importance d'effectuer des recherches afin d'accroître notre expérience et nos connaissances sur le sujet et ainsi enrichir la littérature en rapport avec notre profession. Elle nous a permis également de se rendre compte de l'importance d'effectuer des recherches pour faire progresser notre pratique. La prise de recul, la remise en question ainsi que des recherches documentaires ne peuvent qu'être bénéfiques à notre future pratique professionnelle.

Ce travail permet d'enrichir les écrits sur les pathologies psychiatriques afin de ne pas créer d'inégalité entre les individus car ils peuvent entretenir une vie quotidienne comme tous autres Hommes dans leurs environnements.

*« Une façon de vivre, une attitude et une façon de relever les défis de la vie de tous les jours. [...] c'est l'aspiration à vivre, à travailler, à aimer et ce dans une communauté dans laquelle il est possible de prendre sa place pleine et entière »*

Patricia Deegan

## Références bibliographiques

---

*3e\_congres\_de\_rehabilitation\_psychosociale.pdf*. (s. d.). Consulté 7 mai 2020, à l'adresse

<http://fr.ap->

[hm.fr/sites/default/files/files/3e\\_congres\\_de\\_rehabilitation\\_psychosociale.pdf](http://fr.ap-hm.fr/sites/default/files/files/3e_congres_de_rehabilitation_psychosociale.pdf)

*2013—OMS Plan d'action pour la santé mentale 2013-202.pdf*. (s. d.). Consulté 5 mai 2020,

à l'adresse

[https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/89969/9789242506020\\_fre.pdf;jsessi](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/89969/9789242506020_fre.pdf;jsessionid=951B310C8E1A1AE74D5C1875DAB60E39?sequence=1)

[onid=951B310C8E1A1AE74D5C1875DAB60E39?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/89969/9789242506020_fre.pdf;jsessionid=951B310C8E1A1AE74D5C1875DAB60E39?sequence=1)

*Activities-of-Daily-Living-French.pdf*. (s. d.).

ANFE. (2019). *Définition*. <https://www.anfe.fr/definition>

Anthony, W. A., & Liberman, R. P. (1986). The practice of psychiatric rehabilitation :

Historical, conceptual, and research base. *Schizophrenia Bulletin*, 12(4), 542-559.

<https://doi.org/10.1093/schbul/12.4.542>

Anthony, William A. (1993). Recovery from mental illness : The guiding vision of the mental

health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16(4), 11-23.

<https://doi.org/10.1037/h0095655>

Anthony, William Alan, Sargent College of Health and Rehabilitation Sciences, & Center for

Psychiatric Rehabilitation. (2002). *Psychiatric rehabilitation*. Center for Psychiatric

Rehabilitation, Sargent College of Health and Rehabilitation Sciences, Boston

University.

Arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'Etat d'ergothérapeute.

Bejerholm, U., & Areberg, C. (2014). Factors related to the return to work potential in persons

with severe mental illness. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 21(4),

277-286. <https://doi.org/10.3109/11038128.2014.889745>

- Boardman, J., & Shepherd, G. (2012). 7. Des services de santé mentale centrés sur le rétablissement. In *Pour des usagers de la psychiatrie acteurs de leur propre vie* (p. 113-129). ERES. <https://www.cairn.info/pour-des-usagers-de-la-psychiatrie-acteurs-de-leur--9782749216089-page-113.htm>
- Bon, L., & Franck, N. (2018). Réhabilitation psychosociale : Outils thérapeutiques et offre de soin. *PSN, Volume 16(1)*, 7-16. <https://www.cairn.info/revue-psn-2018-1-page-7.htm>
- Boyer, H. (2011). La réhabilitation psychosociale. *VST - Vie sociale et traitements, n° 112(4)*, 93-96. <https://www.cairn.info/revue-vie-sociale-et-traitements-2011-4-page-93.htm>
- Broutin, S. (2019). Médicosocial en santé mentale : Histoire et réalités institutionnelles. *L'information psychiatrique, Volume 95(7)*, 496-502. <https://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2019-7-page-496.htm>
- CD63-2018-11-CDC-AAC.pdf*. (s. d.). Consulté 12 décembre 2019, à l'adresse [https://www.puy-de-dome.fr/fileadmin/user\\_upload/CD63-2018-11-CDC-AAC.pdf](https://www.puy-de-dome.fr/fileadmin/user_upload/CD63-2018-11-CDC-AAC.pdf)
- Charret, L., & Samson, S. T. (2017). Histoire, fondements et enjeux actuels de l'ergothérapie. *Contraste, N° 45(1)*, 17-36. <https://www.cairn.info/revue-contraste-2017-1-page-17.htm>
- Chaudhury, S., Das, P. R., Murthy, P. S., Diwan, C., Patil, A. A., & Jagtap, B. L. (2018). *Quality of life in psychiatric disorders*. <https://doi.org/10.15761/jtbr.1000103>
- Chou, K.-R., Shih, Y.-W., Chang, C., Chou, Y.-Y., Hu, W.-H., Cheng, J.-S., Yang, C.-Y., & Hsieh, C.-J. (2012). Psychosocial Rehabilitation Activities, Empowerment, and Quality of Community-Based Life for People With Schizophrenia. *Archives of Psychiatric Nursing, 26(4)*, 285-294. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2012.04.003>
- Cnaan, R. A., Blankertz, L., Messinger, K. W., & Gardner, J. R. (1988). Psychosocial rehabilitation : Toward a definition. *Psychosocial Rehabilitation Journal, 11(4)*, 61-77. <https://doi.org/10.1037/h0099561>

- cognitive, R. psychosociale et remédiation. (2020, mai 20). *Les centres de réhabilitation psychosociale*. Réhabilitation psychosociale et remédiation cognitive. <https://centre-ressource-rehabilitation.org/-les-centres-de-rehabilitation-psychosociale->
- Collège national des universitaires en psychiatrie. (2016). *Référentiel de psychiatrie et addictologie : Psychiatrie de l'adulte, psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, addictologie* .
- Constitution.pdf*. (s. d.). Consulté 4 mai 2020, à l'adresse <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/FR/constitution-fr.pdf?ua=1>
- Cyril, S., Smith, B. J., & Renzaho, A. M. N. (2016). Systematic review of empowerment measures in health promotion. *Health Promotion International*, 31(4), 809-826. <https://doi.org/10.1093/heapro/dav059>
- Defrain, F. (2016). Favoriser la participation des usagers à leur processus de rétablissement. *Pratiques en sante mentale*, 62e année(2), 23-27. <https://www.cairn.info/revue-pratique-en-sante-mentale-2016-2-page-23.htm>
- Delourme, A. (2003). La souplesse du cadre. *Gestalt*, no 25(2), 29-47. <https://www.cairn.info/revue-gestalt-2003-2-page-29.htm>
- Desmons, P. (2018). Citoyenneté OU Empowerment : « encore un effort » ? *L'information psychiatrique*, Volume 94(10), 797-801. <https://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2018-10-page-797.htm>
- DICOM\_Gabriel.DS, & DICOM\_Gabriel.DS. (2018). *Discours d'Agnès Buzyn—Colloque sur « le pouvoir d'agir (empowerment) des patients questionne l'éducation thérapeutique et ses acteurs », le mercredi 31 janvier 2018*. Ministère des Solidarités et de la Santé. <http://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/discours/article/discours-d-agnes-buzyn-colloque-sur-le-pouvoir-d-agir-empowerment-des-patients>
- DICOM\_Lisa.C, & DICOM\_Lisa.C. (2020, mai 5). *Rapport de Michel Laforcade relatif à la santé mentale*. Ministère des Solidarités et de la Santé. <http://solidarites->

sante.gouv.fr/ministere/documentation-et-publications-officielles/rapports/sante/article/rapport-de-michel-laforcade-relatif-a-la-sante-mentale

*Ergothérapie en Santé Mentale\_Livre blanc complet.pdf*. (s. d.). Consulté 12 février 2020, à l'adresse

[https://www.anfe.fr/images/stories/doc/telechargement/Ergoth%C3%A9rapie%20en%20Sant%C3%A9%20Mentale\\_Livre%20blanc%20complet.pdf](https://www.anfe.fr/images/stories/doc/telechargement/Ergoth%C3%A9rapie%20en%20Sant%C3%A9%20Mentale_Livre%20blanc%20complet.pdf)

Floriane. (2020, mai 6). *Presse*. Réhabilitation psychosociale et remédiation cognitive.

<https://centre-ressource-rehabilitation.org/presse>

*Floriane—2020—Presse.pdf*. (s. d.). Consulté 7 mai 2020, à l'adresse [https://centre-ressource-rehabilitation.org/IMG/pdf/dossier\\_presse\\_31001.pdf](https://centre-ressource-rehabilitation.org/IMG/pdf/dossier_presse_31001.pdf)

Franck, N. (s. d.). *Traité de réhabilitation psychosociale*. ELSEVIER Masson.

Franck, N. (2018). *Traité de Réhabilitation Psychosociale*. Elsevier.

<https://doi.org/10.1016/C2017-0-00730-9>

FRC. (s. d.). Les maladies psychiatriques et les troubles du comportement. *Fédération pour la Recherche sur le Cerveau (FRC)*. Consulté 19 mai 2020, à l'adresse

<https://www.frcneurodon.org/comprendre-le-cerveau/le-cerveau-malade-et-ses-maladies-neurologiques/les-maladies-psychiatriques-et-les-troubles-du-comportement/>

Giraud-Baro, E. (2007). Réhabilitation psychosociale en France. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 165(3), 191-194.

<https://doi.org/10.1016/j.amp.2007.01.011>

Grasset, F., Pomini, V., Favrod, J., Orita, A., Veillon, H., & Cucchia, A.-T. (2004). La réhabilitation psychosociale a l'aube du XXIème siècle : III: Méthode d'évaluation interdisciplinaire et bilan biopsychosocial. *Revue Médicale de La Suisse Romande*, 124(4), 199-203. [https://serval.unil.ch/notice/serval:BIB\\_195C4156761C](https://serval.unil.ch/notice/serval:BIB_195C4156761C)

- Greacen, T., & Jouet, E. (2013). Rétablissement et inclusion sociale des personnes vivant avec un trouble psychique : Le projet EMILIA. *L'information psychiatrique, Volume 89(5)*, 359-364. <https://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2013-5-page-359.htm>
- Hultqvist, J., Eklund, M., & Leufstadius, C. (2015). Empowerment and occupational engagement among people with psychiatric disabilities. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy, 22(1)*, 54-61. <https://doi.org/10.3109/11038128.2014.934916>
- Hultqvist, J., Markström, U., Tjörnstrand, C., & Eklund, M. (2018). Quality of life among people with psychiatric disabilities attending community-based day centres or Clubhouses. *Scandinavian Journal of Caring Sciences, 32(4)*, 1418-1427. <https://doi.org/10.1111/scs.12587>
- Instruction n°DGOSR4201910 du 16 janvier 2019 r.pdf.* (s. d.). Consulté 6 mai 2020, à l'adresse [http://circulaires.legifrance.gouv.fr/pdf/2019/01/cir\\_44293.pdf](http://circulaires.legifrance.gouv.fr/pdf/2019/01/cir_44293.pdf)
- Lafont-Rapnouil, S. (2013). La réhabilitation psychosociale : Quelle réforme des services de soins est nécessaire pour passer des connaissances à la pratique ? *L'information psychiatrique, Volume 89(5)*, 371-377. <https://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2013-5-page-371.htm>
- Leguay, D, Giraud-Baro, E., Lièvre, B., Dubuis, J., Cochet, A., Roussel, C., Duprez, M., Bantman, P., Roelandt, J., & Vidon, G. (s. d.). *Propositions pour une meilleure prise en charge des personnes présentant des troubles psychiatriques chroniques et invalidants.* 51.
- Leguay, Denis, Giraud-Baro, É., Lièvre, B., Dubuis, J., Cochet, A., Roussel, C., Duprez, M., Bantman, P., Roelandt, J.-L., & Vidon, G. (2008). Le Manifeste de Reh@b' : Propositions pour une meilleure prise en charge des personnes présentant des troubles psychiatriques chroniques et invalidants. *L'information psychiatrique, Volume*

84(10), 885-893. <https://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2008-10-page-885.htm?contenu=resume>

*Les troubles psychiatriques.* (s. d.). Etablissements Public de Santé Mentale - Agglomération Lilloise. Consulté 20 mai 2020, à l'adresse <https://www.epsm-al.fr/le-guide-du-patient-et-de-son-entourage/les-troubles-psychiatriques>

LOI n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, 2005-102 (2005).

*Manidi—2006—Ergothérapie comparée en santé mentale et psychiat.pdf.* (s. d.). Consulté 9 mai 2020, à l'adresse <https://www.psychanalyse.com/pdf/ERGOTHERAPIE%20COMPAREE%20EN%20SANTE%20MENTALE%20ET%20PSYCHIATRIE%20%28345%20Pages%20-%208,5%20Mo%29.pdf>

Morel, M.-C. (2010). *Analyse d'activité, analyse de pratique.* 6.

Morel-Bracq, M.-C. (2017). *Les modèles conceptuels en ergothérapie : Introduction aux concepts fondamentaux* (BU Sciences 610 (PC) MOD; 2e édition). De Boeck Supérieur.

*MOYEN : Définition de MOYEN.* (s. d.). Consulté 22 mai 2020, à l'adresse <https://www.cnrtl.fr/definition/moyen>

*NEUROLEPTIQUE : Définition de NEUROLEPTIQUE.* (s. d.). Consulté 20 mai 2020, à l'adresse <https://www.cnrtl.fr/definition/neuroleptique>

Pachoud, B. (s. d.). *Handicap psychique, réhabilitation psychosociale et réinsertion professionnelle – Psychic disability, psychosocial rehabilitation and vocational outcome.* 4.

Pierre. (2018). *Qu'est-ce que la réhabilitation psychosociale.* Réhabilitation psychosociale et remédiation cognitive. <https://centre-ressource-rehabilitation.org/qu-est-ce-que-la-rehabilitation-psychosociale>

Pierrefeu, I. de, & Pachoud, B. (2014). L'accompagnement vers et dans l'emploi comme voie de rétablissement pour les personnes en situation de handicap psychique. Les ESAT de transition de l'association Messidor. *L'information psychiatrique*, Volume 90(3), 183-190. <https://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2014-3-page-183.htm>

*PROCEDURE LABELLISATION RPS 2019 .pdf*. (s. d.-a). Consulté 7 mai 2020, à l'adresse <https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/system/files/2019-06/PROCEDURE%20LABELLISATION%20RPS%202019%20.pdf>

*PROCEDURE LABELLISATION RPS 2019 .pdf*. (s. d.-b). Consulté 7 mai 2020, à l'adresse <https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/system/files/2019-06/PROCEDURE%20LABELLISATION%20RPS%202019%20.pdf>

*Programme\_pluriannuel\_psy\_sante\_mentale\_2018\_2023.pdf*. (s. d.). Consulté 9 mai 2020, à l'adresse [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-10/programme\\_pluriannuel\\_psy\\_sante\\_mentale\\_2018\\_2023.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-10/programme_pluriannuel_psy_sante_mentale_2018_2023.pdf)

*PSYCHOSOCIAL : Définition de PSYCHOSOCIAL*. (s. d.). Consulté 20 mai 2020, à l'adresse <https://www.cnrtl.fr/definition/Psychosocial>

*Referentiel-activites-arrete-5-07-2010-annexe-i.pdf*. (s. d.). Consulté 22 mai 2020, à l'adresse <https://www.sifef.fr/wp-content/uploads/2014/05/referentiel-activites-arrete-5-07-2010-annexe-i.pdf>

*RehabilitationPsychoSociale-Theophilien\_60-Juin2018.pdf*. (s. d.). Consulté 6 mai 2020, à l'adresse [https://th-roussel.fr/wp-content/uploads/2018/07/RehabilitationPsychoSociale-Theophilien\\_60-Juin2018.pdf](https://th-roussel.fr/wp-content/uploads/2018/07/RehabilitationPsychoSociale-Theophilien_60-Juin2018.pdf)

*RÉHABILITER : Définition de RÉHABILITER*. (s. d.). Consulté 20 mai 2020, à l'adresse <https://www.cnrtl.fr/definition/r%C3%A9habiliter>

Roelandt, J.-L., Vaglio, A., Magnier, J., & Defromont, L. (2015a). La santé mentale en France et dans le monde : « Des hommes, pas des murs ». *Pratiques en sante mentale*, 61e

année(1), 47-58. <https://www.cairn.info/revue-pratique-en-sante-mentale-2015-1-page-47.htm>

Roelandt, J.-L., Vaglio, A., Magnier, J., & Defromont, L. (2015b). La santé mentale en France et dans le monde : « Des hommes, pas des murs ». *Pratiques en sante mentale*, 61e année(1), 47-58. <https://www.cairn.info/revue-pratique-en-sante-mentale-2015-1-page-47.htm>

Rouse, J., Mutschler, C., McShane, K., & Habal-Brosek, C. (2017). Qualitative participatory evaluation of a psychosocial rehabilitation program for individuals with severe mental illness. *International Journal of Mental Health*, 46(2), 139-156. <https://doi.org/10.1080/00207411.2017.1278964>

Santé, M. des S. et de la, & Santé, M. des S. et de la. (2020, mai 6). *Rapport « Missions et organisation de la santé mentale et de la psychiatrie »*. Ministère des Solidarités et de la Santé. <https://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/documentation-et-publications-officielles/rapports/sante/article/rapport-missions-et-organisation-de-la-sante-mentale-et-de-la-psychiatrie>

*Santé mentale : Relever les défis, trouver des solutions*. (2017, mars 18). Organisation mondiale de la santé. <http://www.euro.who.int/fr/publications/abstracts/mental-health-facing-the-challenges,-building-solutions>

Santos, E. O. dos, Kantorski, L. P., Andrade, A. P. M. de, Coimbra, V. C. C., & Farias, P. A. (2015). **Empowerment para o recovery : Potencialidades identificadas nas ações de reabilitação psicossocial/ Empowerment for the recovery: potentialities identified in the actions of psychosocial rehabilitation**. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 14(4), 1419-1426. <https://doi.org/10.4025/ciencucuidsaude.v14i4.23373>

Segal, S. P., Silverman, C., & Temkin, T. (1995). Measuring empowerment in client-run self-help agencies. *Community Mental Health Journal*, 31(3), 215-227. <https://doi.org/10.1007/BF02188748>

- Simonnet-Guéréau, B. (2014). Construire la relation en ergothérapie. In *Etre ergothérapeute en psychiatrie* (p. 193-220). ERES. <https://www.cairn.info/etre-ergotherapeute-en-psychiatrie--9782749241227-page-193.htm>
- Soum-Pouyalet, F., Sorita, É., & Belio, C. (2018). 14. L'ergothérapie comme appui à la mise en place d'une pratique interprofessionnelle en cancérologie. In *Le cancer : Un regard sociologique* (p. 212-232). La Découverte. <https://www.cairn.info/le-cancer-un-regard-sociologique--9782707195784-page-212.htm>
- Spécificités de l'accompagnement des adultes handicapés psychiques*. (2016). Haute Autorité de Santé. [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_2835191/fr/specificites-de-l-accompagnement-des-adultes-handicapes-psychiques](https://www.has-sante.fr/jcms/c_2835191/fr/specificites-de-l-accompagnement-des-adultes-handicapes-psychiques)
- Sutton, D., Bejerholm, U., & Eklund, M. (2019). Empowerment, self and engagement in day center occupations : A longitudinal study among people with long-term mental illness. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 26(1), 69-78. <https://doi.org/10.1080/11038128.2017.1397742>
- Tétreault, S., Guillez, P., Izard, M.-H., & Morel-Bracq, M.-C. (2014). *Guide pratique de recherche en réadaptation* (BU Santé WB 460 TET). De Boeck - Solal.
- Therapists, W. F. of O. (2020, mai 17). *Definitions of Occupational Therapy from Member Organisations* (<https://wfot.org/>) [Text/html]. WFOT; WFOT. <https://wfot.org/resources/definitions-of-occupational-therapy-from-member-organisations>
- UNAFAM. (2020, avril). *Thérapies non médicamenteuses | Unafam*. <https://www.unafam.org/troubles-et-handicap-psy/soins-et-rehabilitation/therapies-non-medicamenteuses>
- Viezzoli, D., Nicollet, S., & Giraud-Baro, É. (2013). Réhabilitation psychosociale et syndrome d'Asperger : Réflexions à propos des intervenants et des outils. *L'information*

*psychiatrique*, Volume 89(5), 385-391. <https://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2013-5-page-385.htm>

WHF\_1996\_17(4)\_p354-356.pdf. (s. d.). Consulté 9 mai 2020, à l'adresse [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/54358/WHF\\_1996\\_17%284%29\\_p354-356.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/54358/WHF_1996_17%284%29_p354-356.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Wowra, S. A., & McCarter, R. (1999). Validation of the Empowerment Scale With an Outpatient Mental Health Population. *Psychiatric Services*, 50(7), 959-961. <https://doi.org/10.1176/ps.50.7.959>

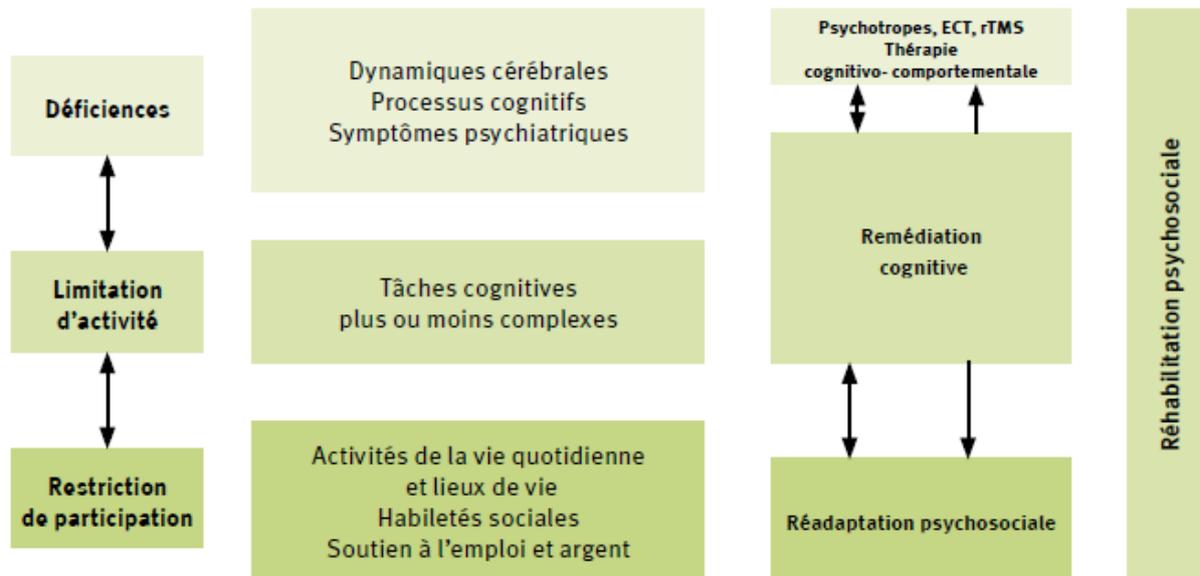
Yerxa, E. (2017). *Le développement universitaire à l'USC*. 16.

## Annexes

---

|   |    |
|---|----|
| Annexe I. Handicap psychique et réhabilitation psychosociale..... | 60 |
| Annexe II. Questionnaire diffusé aux ergothérapeutes.....         | 61 |

## Annexe I. Handicap psychique et réhabilitation psychosociale



## Travail d'initiation à la recherche - Mémoire Ergothérapie

Bonjour,

Actuellement étudiant en troisième année d'ergothérapie à l'IFE de Limoges (87)

Je réalise mon travail de fin d'étude sur le thème suivant : l'impact des moyens utilisés par les ergothérapeutes en réhabilitation psychosociale sur l'empowerment des patients ayant un trouble psychiatrique stabilisé.

J'effectue une enquête auprès d'ergothérapeutes exerçant ou ayant exercé dans le domaine de réhabilitation psychosociale.

Le questionnaire se compose de 23 questions pour une durée de 12-15 minutes environ.

Votre réponse me permet donc d'avancer pour la finalisation de mon travail.

En vous remerciant de l'attention que vous porterez à ma demande.

Pour tous renseignements ou questions, je reste à votre disposition par mail :

[maxime.jenet@etu.unilim.fr](mailto:maxime.jenet@etu.unilim.fr)

Bonne continuation

Maxime Jenet

**\*Obligatoire**

Informations générales.

1. 1.Quel est votre lieu d'exercice ? (ville, région) \*

\_\_\_\_\_

2. 2.Dans quelle structure exercez-vous ? \*

*Plusieurs réponses possibles.*

- Intra hospitalier  
 extra hospitalier  
 Hôpital de jour  
 Centre de référence en réhabilitation

Autre :  \_\_\_\_\_

3. 3.Si vous exercez en structure, votre hiérarchie vous à t-elle donnée son consentement pour répondre à ce questionnaire ? \*

*Plusieurs réponses possibles.*

- oui  
 Non

4. 4.Quelle est votre année de diplôme ? \*

---

5. 5.Possédez -vous une formation complémentaire en réhabilitation psychosociale ? \*

*Une seule réponse possible.*

- oui  
 non *Passer à la question 7*

#### Informations générales \*

6. 5 bis. Ce complément vous-a-t-il permis d'obtenir des connaissances supplémentaires sur la notion d'empowerment ? \*

*Une seule réponse possible.*

- Oui  
 Non

#### Informations générales

7. 6.Quelle est la votre durée d'exercice en réhabilitation psychosociale ? \*

---

## L'ergothérapeute en réhabilitation psychosociale

### 8. 7.Quels bilans utilisez vous lors de votre prise en charge ? \*

Plusieurs réponses possibles.

- ELADEV (Echelle Lausannoise d'Auto-Evaluation des Difficultés Et des Besoins)
- TEM (Test des errances multiples)
- MOHOST (Model Of Human Occupation Screening Tool)
- ERF (Echelle des Répercussions Fonctionnelles)
- AMPS (Assessment of Motor and process Skills)
- EMAE (Echelle d'Evaluation Multifocale de l'Activité Ergothérapique)
- Bilan non validé (créer par vos soins)

Autre :  \_\_\_\_\_

### 9. 8.Faites vous un lien entre vos bilans et l'empowerment ? \*

Une seule réponse possible.

- Oui    *Passer à la question 10*
- Non    *Passer à la question 11*

## L'ergothérapeute en réhabilitation psychosociale \*

### 10. 8bis. De quelle manière faites-vous le lien entre vos bilans et l'empowerment ? \*

---

---

---

---

---

## L'ergothérapeute en réhabilitation psychosociale 2/3

11. 9.Selon vous, quels sont les avantages de la réhabilitation psychosociale pour favoriser l'empowerment ? \*

---



---



---



---



---

12. 10.Effectuez-vous des mises en situations ? \*

*Une seule réponse possible.*

- Oui
- Non *Passer à la question 14*

### L'ergothérapeute en réhabilitation psychosociale \*

13. 11.Sont-elles utiles pour l'empowerment du patient? Précisez quelles sont vos mises en situations. \*

---



---



---



---



---

### L'ergothérapeute en réhabilitation psychosociale 3/3

14. 12. Quels sont les moyens que vous utilisez pour garantir une amélioration de cette notion d'empowerment ? \*

---

---

---

---

---

#### Activité en réhabilitation psychosociale

15. 13. Les activités proposées sont-elles : \*

*Une seule réponse possible.*

- Individuelles
- Groupales
- Les deux

16. 14. Citer au moins cinq activités effectuées dans votre structure : \*

---

---

---

---

---

17. 15. Selon vous les activités permettent-elles d'améliorer l'empowerment ? \*

*Une seule réponse possible.*

- Oui
- Non

18. 16. Quelles attitudes de l'ergothérapeute permettent d'améliorer l'empowerment ? \*

*Plusieurs réponses possibles.*

- Réassurance
- Renarcissisation
- Faire à la place de
- Cadrante
- Autoritaire
- Empathie

Autre :  \_\_\_\_\_

19. 17. Quelles caractéristiques du cadre thérapeutique peuvent favoriser l'empowerment ? \*

---

---

---

---

---

### Empowerment

20. 18. Quelle traduction donneriez-vous au concept d'empowerment ? \*

---

---

---

---

---

21. 19.Utilisez-vous des échelles ou bilans pour le mesurer ? (si oui, précisez dans autre) \*

*Plusieurs réponses possibles.*

Oui

Non

Autre :  \_\_\_\_\_

22. 20.L'empowerment est altéré pour les patients présentant une pathologie psychiatrique. Les causes sont-elles identiques pour chaque patient ? justifiez votre réponse. \*

---

---

---

---

---

23. 21.Quels sont les troubles impactant l'empowerment chez les patients dans l'ensemble de sa prise en soin ? \*

*Plusieurs réponses possibles.*

Troubles des fonctions exécutives (initiation, planification, flexibilité mentale)

Ralentissement idéo-moteur

Troubles mnésiques

Troubles des habiletés sociales

Troubles praxies

Troubles attentionnels

Troubles anxieux

Troubles dissociatifs

Autre :  \_\_\_\_\_

24. 22.Selon vous , l'empowerment permet-il de lutter contre la stigmatisation dont peuvent être victimes les patients ? \*

*Une seule réponse possible.*

- Oui  
 Non

25. 23.Selon vous, les patients constatent-ils une amélioration de l'empowerment au sein de leur prise en soin en ergothérapie ? \*

*Une seule réponse possible.*

- Oui *Passer à la question 26*  
 Non

Empowerment'

26. 23bis. Selon vous, par quels biais/moyens ? \*

---

---

---

---

---

## Ergothérapie et pathologie psychiatrique : favoriser l'empowerment en réhabilitation psychosociale.

---

**Introduction :** En France, la psychiatrie est un enjeu de santé publique. L'empowerment est un objectif de la politique de santé mentale. Tout d'abord, les traitements médicamenteux permettent une stabilisation des symptômes. En complément de cette thérapie, la réhabilitation psychosociale entre en compte. Cette thérapie permet de guider le patient vers le rétablissement notamment en améliorant l'empowerment du patient. L'ergothérapeute peut trouver sa place pour permettre de favoriser cet ensemble. **Objectif :** Cette étude a pour objectif d'identifier et de recenser des moyens thérapeutiques proposés par les ergothérapeutes auprès des patients afin de permettre une amélioration de leur empowerment. **Méthode :** Pour cette étude, un questionnaire auto-administré a été diffusé aux ergothérapeutes exerçant en réhabilitation psychosociale. **Résultats :** À la suite de cette diffusion, nous avons récolté 25 réponses exploitables. L'analyse de celles-ci a permis de mettre en avant des moyens thérapeutiques pour améliorer l'empowerment des patients : prise en soin en ergothérapie, relation thérapeutique, cadre thérapeutique et la mise en situation orientée sur les activités de la vie quotidienne. **Conclusion :** l'ergothérapeute peut contribuer à l'accompagnement des patients vers une amélioration de l'empowerment par l'utilisation de différents moyens thérapeutiques. D'autres moyens thérapeutiques restent à identifier.

---

Mots-clés : [Pathologie psychiatrique stabilisé, Moyens thérapeutiques, Ergothérapie, Empowerment, Rétablissement, Réhabilitation psychosociale]

## Occupational therapy and psychiatric pathologies : promoting empowerment in psychosocial rehabilitation

---

**Introduction:** In France, psychiatry is a public health issue. One of the aim of the mental health policy is empowerment. First of all, drug treatments allow the stabilization of symptoms. In addition to this therapy, psychosocial rehabilitation should also be considered. This therapy helps to guide the patient towards recovery, by improving the patient's empowerment. The occupational therapist can find his place to help promote this whole **Objective:** The objective of this study is to identify and the therapeutic means offered by occupational therapists to patients in order to improve their empowerment. **Method:** For this study, a self-administered survey was distributed to occupational therapist working in psychosocial rehabilitation. **Results:** From this survey, 25 of collected answers were of interest. The analysis of these answers allow to put forward therapeutic means to improve the patient's empowerment: occupational therapy care, therapeutic relationship, therapeutic framework and situation work oriented on activities of daily living. **Conclusion:** Occupational therapists can help support patients towards improved empowerment through the use of different therapeutic means. However, other therapeutic means need to be identified.

---

Keywords : [stable psychiatric illness, therapeutic means, Occupational therapy, Empowerment, Recovery, Psychosocial rehabilitation]

