

Institut de Formation en Ergothérapie La Musse



Mémoire d'initiation à la recherche

**Évaluations projectives
et modèle psycho-dynamique en ergothérapie,
vers une approche française et contemporaine.**

CALLENS Sarah
Promotion 2017-2020

BLASQUEZ Caroline
Maître de mémoire



Charte anti-plagiat de la Direction régionale et départementale de la Jeunesse, des sports et de la Cohésion sociale de Normandie

La Direction Régionale et Départementale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion sociale délivre sous l'autorité du Préfet de région les diplômes de travail social et professions de santé non médicales 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 des diplômes des champs du travail social, de l'animation et du sport. 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 :

« 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 »ⁱ.

Article 2 :

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 3 :

Le plagiaire s'expose aux procédures disciplinaires prévues au règlement de fonctionnement de l'établissement de formation. En application du Code de l'éducationⁱⁱ et du Code pénalⁱⁱⁱ, il s'expose également aux poursuites et peines pénales que la DRDJSCS est en droit d'engager. Cette exposition vaut également pour tout complice du délit.

Article 4 :

Tout étudiant et stagiaire s'engage à faire figurer et à signer sur chacun de ses travaux, deuxième de couverture, cette charte dûment signée qui vaut engagement :

Je soussigné-e CALLENS Sarah

atteste avoir pris connaissance de la charte anti plagiat élaborée par la DRDJSCS de Normandie et de m'y être conformé-e.

Et certifie que le mémoire/dossier présenté étant le fruit de mon travail personnel, je veillerai à ce qu'il ne puisse être cité sans respect des principes de cette charte

Fait à ÉVREUX

Le 29/04/2020 signature

CALLENS

ⁱ Site Université de Genève <http://www.unige.ch/ses/telecharger/unige/directive-PLAGIAT-19092011.pdf>

ⁱⁱ Article L331-3 du Code de l'éducation : « les fraudes commises dans les examens et les concours publics qui ont pour objet l'acquisition d'un diplôme délivré par l'Etat sont réprimées dans les conditions fixées par la loi du 23 décembre 1901 réprimant les fraudes dans les examens et concours publics ».

ⁱⁱⁱ Articles 121-6 et 121-7 du Code pénal.

J'aimerais remercier ma maîtresse de mémoire pour son accompagnement tout au long de cette 3^{ème} année.

Je remercie également toute l'équipe pédagogique de l'IFE La Musse qui m'a soutenue dans les moments les plus difficiles.

Je tiens à remercier personnellement Gemini, un véritable tuteur dans ma vie de future ergothérapeute.

*Je remercie mon entourage : mes parents,
mes camarades de promotion, et mes amis :
Antoine, Galliane, Théo, Valentin, Maxime, Myriam, Chloé...*

Sommaire

Introduction	1
1. Cadre Conceptuel	3
1.1. L'ergothérapeute en psychiatrie	3
1.1.1. Définition de l'ergothérapie	3
1.1.2. Quand l'ergothérapeute évalue en santé mentale.....	4
1.1.3. Le diagnostic ergothérapeutique	5
1.1.4. Les modèles conceptuels dans les évaluations	6
1.2. Le Modèle Psycho-dynamique	7
1.2.1. La théorie du Modèle Psycho-dynamique	7
1.2.2. Le Modèle Psycho-dynamique en ergothérapie	8
1.2.3. Les évaluations projectives	9
1.3. Vers un modèle intégratif	12
1.3.1. Une approche holistique de la personne.....	12
1.3.2. Un modèle intégratif pour l'évaluation de la personne	13
1.3.3. Les évaluations projectives dans une approche holistique	15
1.3.4. Quelle place pour les évaluations projectives en France ?	15
2. Phase expérimentale	16
2.1. Méthodologie de recherche	16
2.1.1. Question de recherche et hypothèses.....	16
2.1.2. Outils de recherche	17
2.1.3. Population cible.....	18
2.1.4. Le guide d'entretien.....	19

2.2. Résultats et analyse de l'enquête	22
2.2.1. Présentation des résultats des entretiens avec les ergothérapeutes	22
2.2.2. Choix de la méthode d'analyse	23
2.2.3. L'analyse de l'enquête.....	24
3. Discussion	34
3.1. Retour sur notre questionnement	34
3.1.1. Les objectifs de recherche	34
3.1.2. Les hypothèses de départ.....	35
3.3.3. La question de recherche.....	36
3.2. Les biais et limites de l'enquête	37
3.3. Pistes à explorer	38
Conclusion	39
Bibliographie	
Les annexes	

Introduction

Dans le cadre de nos études en ergothérapie et de l'obtention du diplôme d'état, nous rédigeons ici notre mémoire de fin d'études. En 2^{ème} année à l'IFE, nous avons eu un enseignement autour du Modèle Psycho-dynamique, un modèle utilisé en psychiatrie regroupant les théories psychanalytiques qui permettent d'analyser et de comprendre le fonctionnement psychique du patient. En effet, à l'aide d'activités expressives, l'ergothérapeute propose plus qu'une activité signifiante. Les médiations permettent à la personne de retrouver la capacité à donner du sens, à symboliser, à se projeter dans sa création.

La profession a beaucoup évolué depuis quelques années, notamment avec la Science de l'Occupation dans les années 90 aux Etats-Unis. Celle-ci est arrivée en France dans les années 2010 grâce aux publications traduites par Marie-Chantal Morel-Bracq. Cette nouvelle approche a pour objectifs de soutenir la pratique des ergothérapeutes, en élaborant de nouveaux cadres conceptuels et de nouveaux outils d'évaluation.

A l'inverse, les médiations expressives sont présentes dans la pratique des ergothérapeutes depuis les fondements de la profession. Ces médiations et le modèle psycho-dynamique sont aujourd'hui critiqués et jugés dépassés par des modèles plus holistiques.

Ainsi, Marie-Chantal Morel Bracq écrira : *« ce modèle est plutôt réductionniste, car il est surtout centré sur la psyché de la personne et sur son passé. L'évolution des concepts pousse maintenant les thérapeutes à s'intéresser aussi au présent et à l'avenir des personnes traitées. »* (Morel-Bracq, 2017)

Malgré ses critiques, le modèle psycho-dynamique et les médiations expressives ont leurs places dans notre profession, si l'on s'en reporte au référentiel de compétences de l'ergothérapeute, depuis l'arrêté du 5 juillet 2010.

A la compétence 3 nommée « *Mettre en œuvre des activités de soins, de rééducation, de réadaptation, de réinsertion et de réhabilitation psycho-sociale en ergothérapie* », nous retrouvons la compétence suivante :

« *Faciliter et recueillir l'expression de la personne sur ses conflits internes lors de mises en situation d'activité* ». Ici, l'emploi du verbe « *recueillir* » souligne l'idée que le conflit interne est une donnée qui peut être collectée et utilisée par l'ergothérapeute. Cette donnée pourrait donc être incluse dans l'évaluation initiale.

Puis, dans le référentiel d'activité est précisé la mention suivante : « *expérimentation et utilisation d'activités d'artisanat, d'expression, projectives, ludiques, sociothérapeutiques à visée psychothérapeutique* » (Ministère de la santé et des sports, 2010).

Si ce modèle est critiqué, et jugé comme dépassé, le nombre d'ergothérapeutes qui l'utilisent devrait être faible.

Nonobstant ces critiques, les sources tendent à montrer que l'utilisation de ce modèle en phase d'évaluation est encore ancrée dans la profession. En effet, en 2014 est paru un essai nommé « *Les activités créatives lors de l'évaluation ergothérapeutique, méthodes actuelles ou dépassées ?* ».

Cet essai tente de décrire le portrait actuel de l'utilisation d'activités créatives par des ergothérapeutes québécois travaillant auprès d'une clientèle ayant des troubles de la santé mentale. Voici les résultats :

29 ergothérapeutes ont répondu au questionnaire. Dans cet échantillon, deux tiers utilisaient les activités créatives dans le cadre de leurs évaluations et parmi ceux-ci, l'approche psycho-dynamique est utilisée par près de la moitié. (Matthieu-Roy, 2014)

Nous cherchons ici à comprendre pourquoi, sur l'autre continent, ce modèle si critiqué reste toujours pratiqué par un nombre important d'ergothérapeutes lors de l'évaluation initiale en psychiatrie. Ces bilans sont ainsi nommés « *évaluations projectives* ». Nous en déduisons donc la question de départ suivante : « **Que peut dévoiler l'utilisation du modèle psycho-dynamique et des médiations expressives durant la phase d'évaluation de l'ergothérapeute en psychiatrie ?** »

L'objectif de ce mémoire de recherche ne sera pas de montrer l'intérêt d'une évaluation purement psycho-dynamique, mais bien de l'inclure dans un modèle intégratif qui serait ergothérapeutique et holistique pour l'évaluation initiale.

En premier lieu, nous élaborerons un cadre conceptuel à partir d'une revue de littérature, pour tenter de répondre à notre question de départ. Ce cadre théorique commencera avec la présentation de l'ergothérapie en secteur psychiatrique : les évaluations, le diagnostic ergothérapeutique, et les modèles conceptuels. Puis, en s'appuyant sur la littérature existante, nous dresserons un portrait synthétique du modèle psycho-dynamique, à partir des nombreux auteurs qui y ont contribué. A partir de cela, seront présentées les évaluations projectives, exemples à l'appui. En dernier point, sera abordé le modèle intégratif où les évaluations projectives peuvent être incluses pour une approche plus holistique de la personne.

Dans un second temps, la méthode de recherche sera exposée. Dans la troisième partie, les résultats obtenus lors de l'enquête seront analysés. Enfin, dans la dernière partie, les données seront discutées.

1. Cadre Conceptuel

1.1. L'ergothérapeute en psychiatrie

1.1.1. Définition de l'ergothérapie

Selon l'ANFE (l'Association Nationale Française des Ergothérapeutes), *« l'objectif de l'ergothérapie est de maintenir, de restaurer et de permettre les activités humaines de manière sécurisée, autonome et efficace. Elle prévient, réduit ou supprime les situations de handicap en tenant compte des habitudes de vie des personnes et de leur environnement. L'ergothérapeute est l'intermédiaire entre les besoins d'adaptation de la personne et les exigences de la vie quotidienne en société. »*

En psychiatrie, l'ergothérapie est indiquée auprès de personnes présentant des troubles psychiques entraînant une diminution des capacités d'action et de leurs compétences relationnelles, sociales et professionnelles. L'ergothérapeute va intervenir sur différentes sphères : émotionnelle et affective, cognitive, et sociale. Pour cela, il dispose de 3 grands outils : la relation thérapeutique, le cadre thérapeutique et l'activité.

1.1.2. Quand l'ergothérapeute évalue en santé mentale

En ergothérapie, nous possédons de nombreux bilans validés. Ces évaluations ont un protocole précis, la passation est définie, les résultats sont chiffrés. Nous pensons notamment au 400 points, au MOCA (Montreal Cognitive Assessment), ou encore à la Nepsy.

« Evaluer » signifie « *Porter un jugement sur la valeur* », dans l'idée de mettre une valeur sur quelque chose, de s'en faire une opinion. En ergothérapie, on s'intéresse aux conséquences d'un symptôme. On y retrouve une connotation de comparaison avec la normalité : les bilans cutanés, musculaires ou articulaires, ou encore le MMSE (Mini Mental State Examination). D'autres évaluent la satisfaction des capacités comme la MCREO (Mesure canadienne du rendement occupationnel), ou dénombrent les problématiques rencontrées par la personne au quotidien comme l'ELADEB (Echelles Lausannoises d'Auto-évaluation des Difficultés et des Besoins.)

En psychiatrie, lorsque l'ergothérapeute évalue, il s'insère avec le patient dans la phase de contact. Cette phase permet la création de la relation thérapeutique, l'évaluation initiale, ainsi que des entretiens et des mises en situations.

L'évaluation initiale peut être décrite comme la définition du problème à résoudre ou l'identification de l'objectif à atteindre. Lorsque la prescription du médecin est reçue, la première étape du processus en ergothérapie consiste à collecter et à organiser les informations sur la personne à partir d'une variété des bilans afin de planifier efficacement le traitement. (Creek, 2014)

L'évaluation initiale a quatre fonctions principales :

- Cela donne au thérapeute l'occasion de juger si la personne bénéficiera ou non d'une intervention en ergothérapie
- Elle donne l'occasion d'établir la relation thérapeutique et susciter l'intérêt la coopération.
- Elle donne une image de l'ensemble de la fonctionnalité de la personne
- Elle produit une base de données. (Creek, 2014)

Cette évaluation initiale permet de situer les symptômes de la personne, ainsi que son fonctionnement, ses attentes, ses demandes. L'ergothérapeute orientera ses bilans pour explorer différentes composantes de son patient : son fonctionnement, sa qualité de vie, ses capacités cognitives, sa pathologie, sa capacité de communication et d'adaptation, et si besoin ses addictions.

La finalité de l'évaluation initiale sera le diagnostic ergothérapeutique, qui n'est pas exclusif à la psychiatrie.

1.1.3. Le diagnostic ergothérapeutique

Suite à l'Arrêté officiel de 2010 indiquant que le diagnostic ergothérapeutique est une compétence attendue chez les professionnels, Sève-Ferrieu écrit : « *le diagnostic ergothérapeutique est un processus d'évaluation et d'analyse des symptômes d'une personne et de sa situation de handicap dans l'objectif de la mise en place d'un accompagnement personnalisé en ergothérapie.* » (Sève-Ferrieu, 2010)

Le diagnostic possède donc une double nature : il relève à la fois du raisonnement professionnel, et de la démarche d'intervention. Le schéma en annexe I illustre cette double nature, ainsi que la place du diagnostic dans le processus ergothérapeutique.

Le diagnostic se divise en une première partie descriptive autour des problématiques de la personne et de ses performances occupationnelles. La seconde partie explicative nommera les composantes de la personne et de son environnement : les freins et les leviers agissent sur la réalisation des occupations.

Le diagnostic ergothérapeutique est intégré au dossier médical du patient, c'est une synthèse à un temps donné qui pourra être partagée à l'équipe.

Plusieurs modèles conceptuels peuvent être utilisés pour l'élaboration de ce diagnostic, comme la CIF (Classification Internationale du Fonctionnement) ou le MDH-PPH (Le Modèle de développement humain – Processus de production du handicap), mais ce seront le MOH (Modèle de l'Occupation Humaine) et la MCREO qui seront décrits dans la littérature comme les modèles précurseurs à la rédaction. (Dubois, 2017)

1.1.4. Les modèles conceptuels dans les évaluations

« Un modèle conceptuel est une représentation mentale simplifiée d'un processus qui intègre la théorie, les idées philosophiques sous-jacentes, l'épistémologie et la pratique. » (Marie-Chantal Moral-Bracq, 2017)

Ainsi, lorsque l'ergothérapeute choisit un modèle conceptuel pour sa prise en soins, il choisit plus qu'une méthode. Le modèle conceptuel peut être vu comme une lunette qui nous permet de voir le patient et notre pratique autrement, avec une philosophie et de nouveaux outils.

Les modèles conceptuels sont classés en trois catégories (Kortman in Morel-Bracq, 2017). Nous retrouvons en premier les modèles généraux (MOH, Modèle Kawa) qui peuvent être utilisés dans toutes situations de prise en soins.

Secondement, les modèles appliqués sont ceux qui seront adaptés à certaines pathologie ou situations (Modèle Biomécanique, Modèle Ludique). Enfin, il existe des modèles de pratique qui se lient aux modèles appliqués, comme par exemple le Modèle Bobath ou Perfetti.

Le choix d'un modèle conceptuel est essentiel pour la réalisation des évaluations. Cela va nous permettre de savoir vers où notre pratique va tendre. De cette façon, un ergothérapeute qui utilise le MOH va évaluer avec un angle de vue différent en comparaison avec un ergothérapeute utilisant le Modèle Kawa.

Ici, nous étudions le modèle psycho-dynamique qui est un modèle appliqué. A l'inverse du modèle ludique qui a été créé par Francine Ferland, le modèle psycho-dynamique n'a pas été établi par un ergothérapeute. Il provient de travaux de psychanalystes, et est utilisé par plusieurs professions : les psychiatres, les psychologues, les ergothérapeutes, ect...

1.2. Le Modèle Psycho-dynamique

1.2.1. La théorie du Modèle Psycho-dynamique

En 1913, le psychiatre suisse Carl Gustav Jung élabore la théorie de la psychologie analytique, qui désigne l'investigation de l'inconscient. D'autres théories tenteront de comprendre le fonctionnement intrapsychique humain, notamment développées par Freud, Winnicott, Mélanie Klein et Anzieu.

Le modèle psycho-dynamique regroupe ces théories pour son utilisation en ergothérapie. Il va permettre aux ergothérapeutes de se pencher sur les processus autour de l'être, de la construction identitaire et de tous les processus intrapsychiques qui naissent dans l'espace potentiel. L'ergothérapeute va explorer les enjeux psychiques et les mécanismes de défense afin de mieux comprendre la façon d'agir, le passé et les motivations.

Nous allons ici succinctement étudier les théories qui ont alimenté la théorie psychanalyste du modèle psycho-dynamique. Cette étude se centrera sur les principaux auteurs qui y ont contribué.

Considéré comme le fondateur du mouvement psychanalyste, Sigmund Freud a permis la compréhension du rôle de l'inconscient dans la psyché. Il développe une façon de voir la personnalité comme trois sous-systèmes : le ça, le moi et le surmoi. Nous utilisons aujourd'hui ses travaux en rencontrant chez les patients les mécanismes de défense, ainsi que les notions de transfert et contre-transfert. (Freud, 1914)

Le travail de Jung se situe également dans la théorie psycho-dynamique. Celui-ci est influencé par ses accompagnements de patients psychotiques. La personne s'adapterait entre ses besoins intérieurs (la régression) et extérieurs (progression). (Atkinson et Wells, 2000)

Au milieu du 20ème siècle, Winnicott a soulevé l'importance du doudou, un objet que l'enfant transporte avec lui et qui le rassure. C'est la première « non-moi possession », c'est-à-dire notre capacité à nous projeter dans un objet. Il développe ainsi la notion d'espace potentiel.

L'espace potentiel peut être un objet, une image, un lieu, une odeur, un son... qui devient une partie de nous hors de nous par la projection de notre monde intérieur. Il nous permet de transformer nos émotions, sensations, nos impressions. (Winnicott, 1975).

Une autre de ses théories nous conduit à nous demander comment être suffisamment "bon thérapeute" en positionnant notre réflexion sur les concepts de holding, handling et object presenting. Initialement, ces concepts définissent les trois interventions de la mère (ou son tenant lieu) auprès de son nouveau né. (Winnicott, 1975)

Anzieu, quant à lui, développera la conception du « moi-peau », de l'enveloppe psychique et de la fonction contenante. Ces théories auront une importance en ergothérapie, notamment pour le choix de la médiation, du cadre, notamment chez les psychotiques et les états limites. (Launois, 2015)

1.2.2. Le Modèle Psycho-dynamique en ergothérapie

Ce modèle n'est donc pas exclusif à l'ergothérapie. Il a avant tout été créé pour les psychiatres et les psychologues. Quelle est donc la spécificité de notre métier dans l'utilisation de ce modèle ?

Nous, ergothérapeutes, sommes les spécialistes de l'activité, de l'occupation. En psychiatrie, nous réalisons notamment des activités cognitives, artisanales, et des médiations expressives. Nous retrouvons dans les médiations expressives : le

dessin, la peinture, la sculpture, le collage... Ces activités favorisent l'expression et la projection d'éléments psychiques personnels dans l'espace potentiel.

Ces éléments psychiques peuvent être des conflits internes, des émotions ou des motivations qui peuvent être explorés et résolus symboliquement par les activités expressives, des occupations signifiantes, la réflexion, des processus de travail en groupe et des relations thérapeutiques pour atteindre un sentiment de bien-être.

L'activité créatrice n'est pas thérapeutique en soi. Elle ne le devient que lorsque sa signification est reconnue par autrui, et qu'elle permet de rétablir une relation. C'est sur celle-ci qu'est fondée la thérapie. L'objet est un intermédiaire, un médiateur, et cette médiation peut être analysée par le modèle psycho-dynamique. Elle peut faciliter ou créer une relation : on parle alors de relation médiatisée : la relation entre l'objet, le soignant et le soigné. (Launois, 2015).

Christine Bagnères, ergothérapeute et psychothérapeute, auteure dans le livre « Ergothérapie en psychiatrie » énonce même l'existence d'une relation entre le patient et l'objet créé : « *Quand la personne crée, il existe et expose sa volonté. Elle est en confrontation avec la matière qui a ses propres propriétés, et doit gérer sa frustration. La matière influence ainsi la création et donc la personne qui se reflète dans son objet transitionnel.* » (Bagnères, 2014)

En ergothérapie, nous faisons face à cette relation entre la personne et son espace potentiel. Nous en tirons deux phases d'intervention : la phase d'observation et d'écoute, puis la phase de jeu. Dans cette seconde phase, l'ergothérapeute va initier une nouvelle dynamique dans la relation personne – objet, ce qui va nourrir psychiquement le patient.

1.2.3. Les évaluations projectives

Comme vu précédemment, l'angle du modèle psycho-dynamique survient durant les activités, dans un cadre d'analyse et d'expression. Il est conçu pour exploiter des sentiments plus profonds et du matériel inconscient.

Les évaluations utilisant le modèle psycho-dynamique sont appelées « évaluations projectives ». L'ergothérapeute met en place ses compétences d'écoute et d'analyse, tout en ayant la confirmation du patient sur ce qu'il a voulu dire. Globalement, ces évaluations nous permettent de capter les sentiments, les attitudes, les concepts de soi et les relations à l'autre. (Finlay, 1988)

Les premières évaluations projectives créées par des ergothérapeutes proviennent des Etats-Unis, dans les années 70/80. Elles se présentent sous forme de bilans protocolaires et standardisés, telles que les batteries de tests Azima et Goodman. Elles sont toujours utilisées dans ce même pays, et encore enseignées dans les cursus de formation en ergothérapie.

Nous avons étudié ces deux tests, comparé les tâches demandées, la position de l'ergothérapeute, ainsi que les observations qu'il en fait. Le tableau 1 synthétise nos conclusions.

	Batterie Azima (Azima, 1982 in Creek, 2014)	Batterie Goodman (Evaskus, 1982 in Creek, 2014)
Tâches demandées	<ul style="list-style-type: none"> - Dessin libre au crayon - Dessin d'une personne de chaque sexe - Création libre en terre - Peinture au doigt libre 	<ul style="list-style-type: none"> - Copie d'une mosaïque - Dessin de figures - Dessin spontané - Création libre en terre
Position de l'ergothérapeute	<ul style="list-style-type: none"> - L'ergothérapeute enregistre le temps nécessaire - L'ergothérapeute propose de décrire les créations avec des questions 	<ul style="list-style-type: none"> - L'ergothérapeute propose progressivement des médiations de moins en moins cadrées, structurées.

	simples : “ Pouvez-vous me décrire ce que vous avez fait ? Décrivez-moi ce que vous aviez en tête en faisant l'activité. Qu'est-ce qui vous vient maintenant après avoir fait l'activité?”	
Observations de l'ergothérapeute	<ul style="list-style-type: none"> - Mécanismes de défense - Contact avec la réalité - Organisation de l'humeur - Relation à l'objet 	<ul style="list-style-type: none"> - Cognition - Conceptualisation de la tâche - Planification des tâches - Ego

Tableau 1 : Comparatif de la batterie Azima et Goodman.

D'autres évaluations américaines avec le modèle psycho-dynamique ont été réalisées. Le “*Magazine Picture Collage*” (Sturgess, 1983) est aussi un indicateur de l'organisation de la personnalité, du rapport à l'objet, du sentiment d'identité, et des mécanismes de défense. Le patient est libre de réaliser un collage sur une feuille vierge après avoir découpé des éléments dans des magazines. Cette évaluation est adaptée aux personnes souffrant de troubles psychotiques et dépressifs.

Vous pouvez retrouver en Annexe II la liste des évaluations projectives formalisées existantes d'après le livre américain « *Assessment in Occupational Therapy and Physical Therapy* » par Denis Brun et Julia Van Deusen, de 1997.

Au Royaume-Uni, les ergothérapeutes n'utilisent généralement pas d'évaluations psycho-dynamique formalisées (Finlay, 1988) mais quelques bilans non standardisés sont décrits dans la littérature anglaise :

- Dessin à la peinture en deux temps : “un aspect de moi que j’aime, et un aspect de moi que je n’aime pas”. Cette tâche demande une introspection chez le patient. Elle est notamment pertinente chez une personne avec une faible estime de soi.
- Activité écriture : “Ecrire une description de moi mais du point de vue d’un ami”. L’ergothérapeute pourra alors évaluer le concept du soi et de l’autre.
- La maison de poupée : l’ergothérapeute demande au patient d’imaginer une dynamique familiale à l’aide de poupées et de leurs maisons. D’après la théorie psycho-dynamique, la dynamique instaurée sera soit le reflet de la vie de famille, soit une façon de réaliser un souhait. (Finlay, 1988)

Après avoir étudié les différentes évaluations utilisant le modèle psycho-dynamique et des médiations expressives, standardisées ou non, nous en concluons qu’elles possèdent de nombreuses qualités : elles se basent sur les propos de la personne, et permettent de relever des informations sur le fonctionnement psychique du patient. Cependant, utilisées comme telles, elles nous semblent insuffisantes pour fournir une évaluation initiale complète de la personne. Comment alors intégrer ces évaluations dans une posture professionnelle actuelle ?

1.2. Vers un modèle intégratif

1.3.1. Une approche holistique de la personne

Le terme "holistique" est dérivé du grec "holes" qui signifie "tout entier". L’approche holistique consiste à comprendre l’état de santé ou de déficience d’une personne en fonction de ses facteurs physiques, psychologiques, sociaux, écologiques et spirituels. De manière générale, les soignants vont travailler simultanément autour de ces sphères.

En ergothérapie, nous avons une vision unique de la personne : nous le voyons comme un être occupationnel, c’est-à-dire que l’occupation est un critère

important pour la santé de la personne. Ainsi, nos interventions de soins et d'évaluation s'articuleront avec une approche holistique. (Sorita, 2017)

Ainsi, Gary Kielhofner, un des concepteurs du Modèle de l'Occupation Humaine, a décrit « *Atteindre une vision holistique, ce n'est pas simplement utiliser différents concepts et se focaliser sur les différents aspects de la personne. Cela implique également d'être en mesure de considérer tous ces facteurs comme un tout et d'y porter un jugement.* » (Kielhofner, 2009)

Le rôle de l'ergothérapeute est donc d'articuler tous les facteurs qui constituent la personne, notamment en effectuant des choix et des adaptations dans les modèles conceptuels.

1.3.2. Un modèle intégratif pour l'évaluation de la personne

En France, le modèle de référence est celui du modèle biomédical. Pourtant, des modèles purement ergothérapeutiques comme le MOH ou le MCREO fournissent des outils de réflexion qui permettent un autre angle d'évaluation. Lorsque l'utilisation d'un modèle n'est pas suffisant pour comprendre la personne, alors d'autres modèles peuvent être envisagés de façon complémentaire : le modèle cognitivo-comportemental, le modèle interactif, le modèle psycho-dynamique... (Morel-Bracq, 2017)

Pour répondre à ce besoin de complémentarité, l'ergothérapeute utilise une approche qui se veut intégrative et qui assure une approche holistique pour l'évaluation de la personne. Il s'agit de l'approche intégrative.

L'approche intégrative (ou modèle intégratif) sera en premier lieu notable dans le domaine de la psychothérapie. En effet, dans cette profession, le soignant peut approcher la personne avec différents modèles : la psychanalyse, la thérapie cognitivo-comportementale, l'hypnose, la réflexologie...

L'étude de l'éclectisme (attitude philosophique qui emprunte des éléments à plusieurs systèmes pour constituer un modèle propre complet) des approches en

psychothérapie nous permet de dégager plusieurs mouvements dans l'approche intégrative (Chambon, Marie-Cordine, 2019) :

- L'éclectisme d'indication, qui consiste à indiquer à la personne la méthode ou le soignant qui lui correspondra le mieux.
- L'éclectisme technique, qui se définit comme une combinaison de méthodes cliniques sans pour autant s'imprégner des orientations théoriques.
- L'éclectisme d'attitude, qui permet au soignant de trouver l'attitude adéquate pour correspondre au fonctionnement de la personne.
- L'intégration théorique, qui tend à réaliser une synthèse de différents systèmes théoriques. De cette façon, l'éclectisme permet la sélection de plusieurs approches, alors que l'intégration en forme une combinaison.
- L'approche des facteurs communs, qui consiste à identifier les bases communes des modèles qui sont efficaces pour favoriser ceux qui sont en plein développement.
- Enfin, l'approche complémentaire souligne que chaque approche a quelque chose d'unique à offrir au soin, en adéquation avec chaque sphère du fonctionnement de la personne qu'elles tendent à souligner.

Dans l'approche intégrative de l'évaluation des patients, l'ergothérapeute considère les évaluations de chaque dimension (physique, psychologique, cognitive, sociale, occupationnelle...) puis administre l'évaluation appropriée qui lui donnera le profil occupationnel de la personne (Hemphill, 2008). Chaque dimension étant définie dans des contextes ergothérapeutiques divers, appuyée par des théories et des référentiels différents, c'est à l'ergothérapeute de faire preuve d'éclectisme ou d'intégration pour créer un modèle intégratif.

1.3.3. Les évaluations projectives dans une approche holistique

Dans l'approche holistique, le modèle psycho-dynamique aura sa place dans la dimension « psychologique » de la personne. Cette dimension est décrite comme étant la capacité de la personne à traiter les informations des événements passés et présents pour avoir une vision réaliste de soi-même, des autres et de sa situation de vie. Cette dimension est influencée par les émotions et les sentiments de l'expérience humaine. (Hemphill, 2008).

Certaines évaluations projectives se basent principalement sur le diagnostic psychiatrique, faisant un alignement entre les activités créatives et le modèle biomédical. Pour les ergothérapeutes centrés sur le patient, les résultats des évaluations peuvent fournir des informations sur les besoins et objectifs thérapeutiques. Outre son utilité de bilan, les évaluations projectives trouvent leurs places dans le modèle de l'occupation humaine : l'activité créative présentée en tant que support d'évaluation permettrait à la personne d'acquérir des compétences, une nouvelle occupation, ou d'améliorer sa performance. (Hemphill, 2008).

1.3.4. Quelle place pour les évaluations projectives en France ?

Durant nos recherches sur les bilans projectifs, nos sources bibliographiques ont été principalement anglophones et québécoises. La littérature française autour des évaluations projectives étant très restreinte, le concept n'apparaît que dans le Livre Blanc « Ergothérapie en santé mentale : enjeux et perspectives » coordonné par Karine Riguet, en 2016.

Dans cet ouvrage élaboré par un groupe de réflexion, la batterie Azima est très brièvement citée dans la démarche d'évaluation. Elle est décrite comme une « *technique projective basée sur l'observation et les échanges verbaux avec une personne lors de la réalisation d'activités à médiation expressive. Elle permet d'appréhender son humeur, ses comportements et ses relations objectales.* » (Riguet, 2016)

Les évaluations projectives, dont la batterie Azima, commencent à faire parler d'elles en France. En novembre 2019, l'ANFE proposait une première session de formation intitulée « *Les méthodes projectives dans le processus d'évaluation et d'intervention en ergothérapie* » pour faire découvrir ces méthodes aux professionnels. Les objectifs des participants étaient d'apprendre à utiliser plusieurs techniques projectives, et de produire une synthèse à partir des données des productions. Ces synthèses se basent sur le Modèle de l'Occupation Humaine, puisque les outils projectifs y sont décrits comme des occupations. Une nouvelle session de cette formation se tiendra en novembre 2020. (ANFE, 2020).

Ayant peu de réponses dans la littérature française sur le sujet choisi, cela nous amène à une phase expérimentale pour comprendre la démarche ergothérapique en pratique.

2. Phase expérimentale

2.1. Méthodologie de recherche

2.1.1. Question de recherche et hypothèses

Grâce à notre revue de littérature, nous avons pu renforcer nos acquis sur l'utilisation du modèle psycho-dynamique, ici dans le cadre de l'évaluation initiale. Nous avons découvert les bilans projectifs standardisés, exclusivement américains, ainsi que leurs utilisations dans les pays anglophones. Le modèle psycho-dynamique permet donc de dévoiler des éléments de la psyché de la personne dans son évaluation, mais ne se suffit pas à lui-même. Pour avoir une démarche plus contemporaine, il faut l'intégrer dans une vision holistique de la personne, à savoir une prise en soins avec un modèle intégratif.

A travers la vision des ergothérapeutes travaillant avec le modèle psycho-dynamique, les objectifs de cette enquête seront de :

- Comprendre pourquoi ces évaluations sont si peu connues en France,
- Savoir si elles seraient adaptées à notre pratique française contemporaine,

- Identifier ses avantages potentiels dans notre pratique française actuelle.

Au regard de ce cadre conceptuel et ces objectifs, la problématique de l'étude sera la suivante : « **L'utilisation du modèle psycho-dynamique pour l'évaluation de la personne en psychiatrie pourrait-elle avoir un avantage dans notre pratique française ?** »

Une approche hypothético déductive a permis d'émettre les hypothèses suivantes à partir du cadre conceptuel et de la question de recherche :

- « Oui, l'avantage pourrait-être un diagnostic ergothérapique plus précis. »
- « Oui, l'avantage serait une approche ergothérapique plus holistique. »
- « Oui, cela permettrait une meilleure transmission de notre travail auprès de l'équipe. »

2.1.2. Outils de recherche

Afin de pouvoir valider ou réfuter nos hypothèses, nous devons disposer d'un outil de recueil de données qui privilégie la qualité à la quantité. En effet, notre population cible est celle des ergothérapeutes travaillant en psychiatrie utilisant le modèle psycho-dynamique. Ainsi, il nous semble pertinent d'avoir une analyse détaillée et approfondie de notre problématique, puisque nous interrogeons ici les pratiques des ergothérapeutes.

Notre choix se porte donc sur l'entretien de recherche. Cet outil nous permet de recueillir des données très détaillées, sur le sens et les enjeux que portent les ergothérapeutes dans leur pratique. En effet, « *l'entretien est une méthode qui donne un accès direct à la personne, à ses idées, à ses perceptions ou représentations.* » (Tétreault, 2014)

Cet entretien sera semi-directif, c'est-à-dire qu'il comportera des questions prédéfinies sur différents thèmes. De ce fait, nous pourrons poser les questions « *au fur et à mesure que la personne parle, et ce, au moment qu'il juge le plus adéquat.* » (Tétreault, 2014)

Ils seront réalisés par téléphone, avec un logiciel d'enregistrement vocal pour aider à la retransmission. L'utilisation du téléphone est décrite comme étant « *une méthode efficace, économique et attrayante en recherche qualitative.* » (Tétreault, 2014)

2.1.3. Population cible

A partir des éléments présentés précédemment, la population cible que nous avons défini est celle des ergothérapeutes diplômés d'état exerçant en France. En effet, l'utilisation du modèle a déjà été démontrée au Québec et dans les pays anglophones comme l'Angleterre et les Etats-Unis, nous cherchons donc à connaître les modalités d'utilisation de ces évaluations dans notre pays. Les ergothérapeutes concernés travaillent en psychiatrie avec une approche psycho-dynamique.

Critères d'inclusion	Critères d'exclusion
<ul style="list-style-type: none"> - Avoir un diplôme d'état en ergothérapie - Exercer en France - Travailler en psychiatrie - Avoir une approche psycho-dynamique - S'intéresser ou utiliser les évaluations projectives - Proposer des médiations expressives 	<ul style="list-style-type: none"> - Ne pas être diplômé d'état en ergothérapie - Ne pas travailler en psychiatrie - Ne pas pratiquer de médiations expressives - Ne pas connaître les techniques de projection

Tableau 2 : Critères d'inclusion ou exclusion.

Le choix de ces critères d'inclusion et d'exclusion repose sur les objectifs de recherche cités précédemment, ainsi que du lien avec le sujet.

2.1.4. Le guide d'entretien

L'introduction de notre entretien consiste à nous présenter, et à annoncer notre objectif, qui est de recueillir le positionnement professionnel et les éventuelles expériences sur les évaluations projectives. Nous précisons aussi que l'entretien est enregistré, anonyme, et qu'ils peuvent arrêter à tout moment. Le déroulement, ainsi que les éléments visés, sont regroupés dans le tableau 3.

Questions	Ce que nous cherchons à savoir
<p>1) Présentez-vous. Quel âge avez-vous ? Où travaillez-vous ? Depuis combien de temps êtes-vous ergothérapeute ? Quelles sont vos formations ?</p>	<p>Ce sont les caractéristiques sociodémographiques. Elles vont nous permettre de comprendre les différences entre les professionnels interrogés. Selon leur carrière et les formations, leurs réponses seront différentes.</p>
<p>2) Connaissez-vous les évaluations projectives ? → Si oui, quelles sont-elles ? Comment les connaissez-vous ? → Si non : Connaissez-vous la batterie Azima, ou la batterie Goodman ?</p>	<p>Notre revue de littérature a mis en évidence que les évaluations projectives sont peu connues. Or, ce n'est peut-être pas le cas dans la pratique. Il serait alors intéressant de savoir d'où connaissent-ils ces méthodes, puisqu'il n'y a que très peu d'écrits à leur sujet.</p>
<p>Si la personne interrogée ne connaît pas les évaluations projectives, ou qu'elle veut avoir plus de précisions, il lui sera donné l'explication suivante :</p>	

« *Durant une évaluation projective, l'ergothérapeute utilisera des médiations expressives et mettra en place ses compétences d'interprétations et d'analyse en coopérant avec la personne. Globalement, ces évaluations nous permettent de capter les sentiments, les attitudes, les concepts de soi, la relation à la réalité et les mécanismes de défense. (Finlay, 1988)*

Aux États-Unis, certaines évaluations projectives ont été normalisées, telle que la batterie de tests Azima et Goodman dans les années 80. Malgré leur ancienneté, ces évaluations sont toujours utilisées, ainsi que dans la formation des ergothérapeutes dans les pays anglophones et au Québec. »

3) Utilisez-vous des techniques projectives ou médiations expressives durant votre évaluation initiale ?

- ➔ Si oui : quelles sont-elles ?
Comment les mettez-vous en place ?
- ➔ Si non : les utilisez-vous à une autre phase de l'intervention ?

Si la personne ne les utilise à aucune phase de l'intervention, passez à la question 6.

Si les évaluations normalisées sont peu citées dans la littérature francophone, il se peut cependant que les professionnels utilisent des techniques projectives durant l'évaluation initiale. Nous aimerions alors connaître ces techniques et leurs mises en place, ainsi que leurs sources.

4) Comment intégrez-vous ces approches avec d'autres bilans, d'autres modèles ?

A travers cette question, nous cherchons à faire le lien avec le modèle intégratif que nous avons étudié dans le cadre conceptuel. Ainsi, nous souhaiterons savoir comment les

	ergothérapeutes articulent les modèles et bilans entre eux.
5) Quel impact l'utilisation des évaluations projectives a t'il sur l'équipe soignante, lors des transmissions par exemple ?	Ici, nous faisons le lien avec notre deuxième hypothèse : « Cela permettrait une meilleure transmission de notre travail auprès de l'équipe. » Nous nous intéressons à l'impact de ces évaluations sur l'inter-professionnalité dans un système de soin.
6) Pour vous, quelle est la place du modèle psychodynamique dans une évaluation initiale, puis dans un diagnostic ergothérapeutique ? Pourquoi ?	En France, le modèle est utilisé comme moyen curatif. Nous cherchons donc à savoir si les professionnels français ont un avis quant à son utilisation en tant qu'approche de bilan. Ils sont plus à même de connaître les répercussions d'une méthode dans leur pratique professionnelle.
7) A votre avis, pourquoi les évaluations projectives sont-elles méconnues en France alors qu'elles sont dans les pratiques étrangères depuis les années 80 ?	Ici, nous aimerions explorer des hypothèses qui expliqueraient la méconnaissance de ces bilans en France.

Tableau 3 : Guide d'entretien de recherche.

Ce guide d'entretien est une trame des questions prédéfinies, comportant les thèmes qui doivent être abordés. Il est suivi d'une conclusion, avec les remerciements. (Tétreault, 2014)

Avant le déroulement de celui-ci, il sera fourni aux participants un formulaire de consentement. (voir Annexe III)

Il rappelle les considérations éthiques et les modalités de l'entretien, à savoir :

- Il se fera sur environ 30 minutes, via un appel téléphonique,
- Toutes les données recueillies seront rendues anonymes,
- La participation sera enregistrée pour faciliter sa retranscription,
- La personne interrogée sera libre à tout moment d'arrêter sa participation

2.2. Résultats et analyse de l'enquête

2.2.1. Présentation des résultats des entretiens avec les ergothérapeutes

Les entretiens de recherches ont été menés entre le 14 mars et le 28 mars 2020. Les participants ont été sollicités via deux réseaux sociaux : Facebook, et Yahoo Groupes. Ils sont au nombre de cinq.

E1 est une ergothérapeute de 43 ans, intervenant en psychiatrie dans une unité d'hospitalisation pour adultes, et une unité d'hospitalisation et de consultations ambulatoires pour adolescents en région Centre-Val de Loire. Diplômée en ergothérapie depuis 1998, elle obtiendra plus tard un diplôme de psychologue. Elle suivra en 2019 la formation de l'ANFE sur les évaluations projectives, et utilise depuis les batteries Azima, Meunier et le collage dans ses évaluations initiales. Elle intègre pour cela le modèle psycho-dynamique et le modèle de l'occupation humaine.

E2 est ergothérapeute depuis 1998, il a aujourd'hui 47 ans, travaille principalement en clinique privée dans le sud de la France, en cabinet libéral, et en tant que formateur dans un Institut de Formation en Ergothérapie. Il est diplômé d'état de cadre de santé, et est formé à la psychanalyse. Il utilise des bilans projectifs non formalisés, dans le cadre d'évaluations continues, en associant le modèle psycho-dynamique et l'occupation humaine.

Diplômée depuis 1991, E3 est une ergothérapeute de 50 ans qui exerce en court séjour en psychiatrie dans la région lyonnaise. Elle pratique les techniques projectives avec un angle psycho-dynamique au court de ses séances pour orienter sa prise en soins.

E4 a 41 ans, et exerce en psychiatrie depuis son diplôme en ergothérapie il y a 20 ans. Elle travaille aujourd'hui dans une unité intra-hospitalière en psychothérapie institutionnelle en Ile de France. Au niveau de ses formations, elle a bénéficié de deux cursus avec Isabelle Pibarot sur le lien entre ergothérapie et psycho-dynamisme, ainsi que la formation sur les évaluations projectives par l'ANFE de novembre 2019. Elle réalise des bilans projectifs avec certains patients lorsque le cadre de la structure le permet.

Enfin, E5 a 42 ans et est diplômée depuis 2015 suite à une reconversion professionnelle. Elle travaille actuellement en psychiatrie à Paris, en intra hospitalier. Elle a bénéficié d'une initiation à l'ethnopsychiatrie. Ayant connaissance de la batterie Azima, elle ne la pratique cependant pas par manque de formation. Néanmoins, elle réalise des évaluations projectives non formalisées qu'elle intègre avec le modèle de l'occupation humaine dans son diagnostic ergothérapeutique.

Ces cinq professionnels ont répondu à notre enquête à travers les questions prédéfinies dans notre guide d'entretien. Leurs profils sont assez similaires. E1, E2 et E4 ont été diplômés vers 1998. Ils ont tous une carrière signifiante en psychiatrie. Seule exception, E5 ayant entrepris ses études après une reconversion professionnelle, son diplôme d'état en ergothérapie date de 2015. Elle est la seule ayant connu la réforme des études en ergothérapie du 10 juillet 2010

Au cours des prochaines parties, je tenterai d'analyser leurs propos afin de répondre aux objectifs de ma recherche.

2.2.2. Choix de la méthode d'analyse

Pour l'analyse des résultats de l'enquête, j'ai choisi d'emprunter la méthode décrite dans le « *Guide pratique de recherche en réadaptation* » :

Il s'agit d'une analyse transversale de la totalité des entretiens. Ces derniers ont été retranscrits en intégralité, suivis de plusieurs lectures, et du choix des catégories avec un modèle ouvert : c'est-à-dire qu'aucune catégorie n'est établie à l'avance.

Globalement, « *le codage signifie d'associer un sens aux mots de la personne interrogée. Cette signification repose sur la représentation que donne le chercheur au contexte de vie de la personne ainsi qu'au phénomène étudié et sa compréhension.* » (Tétreault, 2014)

2.2.3. L'analyse de l'enquête

Les trois premières parties de l'analyse tourneront autour des modèles conceptuels, avec une vision théorique des évaluations projectives. Il sera sujet de leurs places dans la pratique française, de la rédaction d'un diagnostic ergothérapeutique avec le modèle psycho-dynamique, et enfin d'une intégration avec le modèle de l'occupation humaine.

Les évaluations projectives : un « tabou » français ?

Les professionnels ont été interrogés sur leurs explications de la méconnaissance des bilans projectifs en France. Quelques hypothèses ont émergées, comme la non-connaissance de ces évaluations de la part des psychiatres, d'autres relèvent le retard des pratiques françaises vis-à-vis du Canada, par exemple.

Une idée est cependant commune chez deux ergothérapeutes : celle du « tabou », en France, de l'évaluation avec le modèle psycho-dynamique. E5 explique : « *Les français sont frileux avec ces choses là, surtout chez les adeptes du modèle psycho-dynamique, parce qu'on est autour de la relation avec le patient : le transfert, le contre transfert, on est dans de l'impalpable... Donc imaginer quelque chose qui pourrait décrire une pratique, du « pré-pensé » : c'est stop.* »

E1 fait le lien avec notre culture française et la psychanalyse : « *On a une particularité historique et culturelle en France, qui est que l'on a été baigné durant*

très longtemps dans la psychanalyse, mais d'une façon qui se voulait beaucoup plus subjective et spontanée, et surtout pas standardisée. Donc, c'est presque un paradoxe... C'est incompatible entre le modèle psycho-dynamique et le bilan... »

Selon les interrogés, les ergothérapeutes s'ouvriront à ces bilans au fur et à mesure grâce à la formation. E1 ajoute : *« Ce qu'il faut maintenant c'est des médiateurs entre les deux continents, si on veut faire évoluer cette approche ».*

Ainsi, les évaluations projectives seraient méconnues des pratiques françaises car notre culture psychanalytique se voudrait « impalpable » chez nous. Le « tabou » viendrait du fait qu'on pense ne pas pouvoir évaluer la psyché de la personne avec une méthode standardisée. Les formations sont identifiées comme une solution à cette méconnaissance.

Un diagnostic ergothérapeutique par le Modèle Psycho-dynamique, enrichi avec le MOH.

Deux ergothérapeutes ont décrits leur expérience d'écriture de diagnostics ergothérapeutiques en lien avec le modèle psycho-dynamique. Pour E4, la place de ce modèle est entière dans le diagnostic : *« C'est pour moi comment on oriente une prise en charge. Je prends le patient dans sa globalité, c'est très psycho-dynamique. Si j'étais TCC (thérapie cognitivo-comportementale), je serais plutôt dans le handicap, le problème, et la résolution de problème. Je pense que c'est une histoire d'angle. Avec le psycho-dynamique, on va pouvoir aller chercher dans l'histoire du patient, quels sont ses moyens de compensation... »*

Au sujet de la rédaction du diagnostic, E5 nous indique son procédé : *« On va réaliser notre évaluation initiale à partir du bilan projectif, et après le diagnostic qui va en découler sera psycho-dynamique. Il sera donc écrit autour des problématiques de la personne, des structures pathologiques, la souffrance de la personne, des difficultés qu'elle rencontre. Et, lorsque l'on va écrire « cela s'explique par », nous*

répondrons que la cause vient de la structure psychique et de la désorganisation pathologique au sein de la personne. » Rappelons que E5 fut diplômée en 2015. Elle a donc étudié l'écriture du diagnostic ergothérapeutique dans sa forme la plus récente. E5 décrit alors une incompatibilité : *« Si on utilise uniquement le modèle psychodynamique, ça ne va pas coller avec le diagnostic en ergothérapie actuelle. Parce qu'il n'y a pas d'occupation derrière. »* Elle explique ensuite sa méthode en utilisant le MOH : *« Quand j'utilise les deux modèles, il n'y a pas de soucis, donc à la fois évaluer l'équilibre occupationnel, et, si la personne est d'accord, utiliser des évaluations projectives pour creuser et essayer de comprendre ce qu'il se joue derrière. »*

Ainsi, elle et trois autres ergothérapeutes interrogés intègrent les évaluations projectives avec le Modèle de l'Occupation Humaine. C'est le cas de E2 : *« Dans ma pratique, j'associe le modèle psycho-dynamique avec des approches beaucoup plus ergothérapeutiques, et notamment le modèle de l'occupation humaine. J'associe ces deux paradigmes. »*

Les deux modèles, ainsi intégrés dans la prise en soins, sont décrits par E5 : *« Les loisirs, travail, plaisir, tâches ménagères, ect... Ce sont ces choses que je vais balayer au premier entretien. Et en fonction de la personne, de son profil, et surtout de ses souhaits, je vais plutôt orienter ma prise en charge autour de la vie quotidienne, de prendre des repères dans mon quartier, de renouer des liens avec des associations... Ou bien, si le patient verbalise qu'il n'est pas bien, et qu'il aimerait comprendre les choses pour que ça aille mieux, je vais l'orienter plutôt sur un soin psychique. Et je peux combiner les deux lors d'une activité d'équilibre occupationnel, la personne est en demande de comprendre et de trouver des pistes de changement, qui impacteront ses occupations. ».*

D'ailleurs, pour elle, il y a un cas concret où l'association des deux modèles est primordiale : il s'agit des prises en soins de jeunes adultes dans leurs premiers épisodes psychotiques. Selon elle, l'anosognosie est trop impactante, et *« pour les emmener vers le psycho-dynamisme et la psychothérapie... Non, ce n'est pas possible. On sent que ce n'est pas le moment. Peut être qu'il ira un jour, on ne sait pas. »* Alors, à la place des bilans projectifs et d'un accompagnement par les

médiations, elle utilisera le modèle de l'occupation humaine : *« Je vais plutôt axer sur la vie quotidienne, les occupations : le club de foot, l'école, les copains, les relations sociales... donc vraiment se centrer sur les occupations de la personne. Et plus tard, on sera peut être amenés à essayer de comprendre l'organisation psychique qu'il y a derrière. »*

Pour ce qui est des bilans projectifs en eux-mêmes, c'est grâce à la formation de l'ANFE sur les évaluations projectives que l'intégration avec le MOH prend tout son sens selon E1 : *« C'est dans la façon dont on va rédiger après notre analyse, on ne va pas mettre que les résultats de la méthode projective, on va la mettre en lien avec l'évaluation du MOH. Par exemple, pour définir dans le MOH, pour la partie volition, on va utiliser un peu ce qu'on a perçu dans les méthodes projectives. Tout ce qui va être autour de l'identité, des valeurs, [...] du sentiment d'efficacité, dans la façon dont la personne se perçoit, de son environnement aussi. »* Elle décrit cette intégration de modèle par *« une valise remplie d'outils qui, au fur et à mesure que l'évaluation se fait, on va sortir un outil ou un autre. »*

E2 nous fournit ensuite une analyse plus approfondie de ce modèle intégratif, évoquant même des notions communes : *« Au cours de ces séances médiatisées, le patient va pouvoir venir parler de son rapport à l'occupation, notamment de sa posture subjective par rapport à l'occupation, c'est-à-dire la volition, et ce qui crée pour lui la motivation. On fait le lien alors avec le modèle psycho-dynamique qui s'intéresse au désir. Alors que du côté de l'ergothérapie on va parler de motivation et de volition, du côté psychanalytique on va parler du désir, et notamment avec la question de l'ambivalence, qui est en lien avec les conflits intrapsychiques. »*

Il évoque ensuite la notion de suppléance apportée par Jacques Lacan, qui *« a montré que chez certains sujets psychotiques, certaines activités pouvaient leur permettre de structurer quelque chose par rapport à la réalité. Cette notion montre que chez certains sujets psychotiques, par l'écriture, avec des activités, ils vont venir créer un lien comme ça, un accrochage avec la réalité. Et donc on peut faire le lien avec l'ergothérapie et les activités signifiantes, donc on va permettre aux patients de faire du lien avec le rapport au monde. »* Les deux modèles ont donc des langages communs, et peuvent véritablement être utilisés en complémentarité, l'un pour l'autre. Néanmoins, E4 évoque ses difficultés : *« Intégrer les modèles... Je ne les*

maitrise pas assez. Il faut du temps aussi, et que les autres collègues comprennent le langage. »

Grâce à ses vingt années d'expérience, elle dégage les bienfaits de l'intégration des modèles depuis ses premières années : « *Les modèles ont permis de relier les gens qui font de la rééducation et de la psychiatrie, ils vont parler le même discours.* » Elle précise en prenant pour exemple une évaluation projective formalisée : « *En psychiatrie, nous avons la batterie Meunier, et par exemple un bilan purement rééducatif à côté : après on va se baser sur le même modèle et on va dire les mêmes choses. Et je crois que c'est ça ce que nous n'avions pas avant.* »

Ce modèle intégratif va ainsi plus loin que la psychiatrie en elle-même : c'est toute l'ergothérapie qui porte le même message, le même langage.

Les ergothérapeutes rédigent donc leurs diagnostics ergothérapeutiques à l'image du modèle utilisé en évaluation. Ainsi, le modèle psycho-dynamique permettrait d'axer le diagnostic sur l'histoire, les souffrances et les difficultés de la personne. Cependant, ce modèle ne se suffirait pas à lui-même pour élaborer le diagnostic ergothérapeutique dans sa version actuelle, puisqu'il manque tout un angle sur les occupations. Les ergothérapeutes décrivent donc une intégration avec le MOH.

En effet, le MOH rapproche la personne de son quotidien, pour retrouver des occupations signifiantes. Chez les patients psychotiques jeunes, le MOH est un premier levier de soins, plus accessible pour cette population. Cette approche intégrative se base sur du vocabulaire commun entre MOH et psycho-dynamique. Il sera utilisé dans la rédaction des bilans. Enfin, d'une manière plus globale, le choix d'un modèle est ce qui va relier les ergothérapeutes entre eux, tous secteurs et bilans confondus, puisqu'il s'agit d'un angle de vue similaire.

Maintenant que nous avons exploré la dimension théorique de la thématique, nous analyserons dans les parties suivantes les particularités de la pratique des évaluations projectives.

L'évaluation projective en évaluation continue.

Nous avons axé notre cadre théorique et exploratoire sur l'utilisation des évaluations projectives lors de l'évaluation initiale. Or, dans les réponses obtenues, deux ergothérapeutes les pratiquent durant une évaluation continue.

E2 développe sur sa pratique: « *L'évaluation initiale au tout début, ça se fait avec un entretien, c'est seulement après cet entretien initial que je vais mettre en place des activités projectives. Ces activités vont ensuite me permettre de faire des évaluations continues.* »

Selon E3, utiliser les évaluations projectives lors des premières séances comporte des risques. Elle explique : « *Pour moi, évaluer sur une seule séance, c'est un peu dangereux. Parce que tu n'as pas encore établi la relation de confiance, la personne ne te connaît pas forcément... Je trouve que c'est un peu limitant de faire ça sur une première séance, et sur une seule médiation. Parce que les choses ne s'expriment pas de la même façon sur les différentes médiations* ».

A partir des propos recueillis, nous soulignons un besoin des professionnels : connaître le patient avant d'utiliser un bilan projectif. Ensuite, différentes médiations doivent être utilisées, pour que la personne s'exprime de plusieurs façons. Qu'en est-il du choix de la médiation ?

L'évaluation projective en partant des préférences de la personne.

De manière générale dans les réponses des professionnels, revient l'idée que pour avoir une pratique contemporaine des évaluations projectives, il ne faut imposer ni la méthode projective, ni l'activité au patient.

E5 nous explique l'impact du choix du patient sur son utilisation ou non des bilans projectifs : « *J'aimerais bien les utiliser tout le temps, c'est-à-dire à chaque cas des évaluations projectives pendant l'évaluation initiale. Mais, lors de sa rencontre avec l'ergothérapie, la personne peut avoir envie de faire de la mosaïque par exemple. Et moi, dans l'entrée du patient en thérapie, je privilégie toujours le choix*

de la personne, pour qu'il soit acteur de sa thérapie » Selon elle, l'objectif est de créer du lien avec la personne.

Du côté du choix de la médiation, *« Il vaut mieux faire travailler le patient sur ses propres ressources. »*, explique E3. *« Ma trame d'évaluation ce n'est pas pour enfermer le patient, j'essaie de toujours garder quelque chose d'ouvert »*.

Même constat chez E2, qui décrit les avantages de laisser le choix au patient : *« Personnellement, je préfère partir de ce que le patient a trouvé, de ses actualités, de ses préférences, de ses activités signifiantes. Donc faire des outils d'évaluation à partir de ce que le patient nous amène. Sinon on risque de passer à côté ce qu'a trouvé le patient. »* Selon lui, lorsque nous utilisons les bilans projectifs formalisés, *« cela amène les exercices, une évaluation précise comme on ferait en rééducation fonctionnelle »*. Nous serions dans une *« approche très bottom-up »*.

Les ergothérapeutes souhaitent utiliser les idées et les préférences du patient, notamment pour le choix des médiations, au lieu de suivre une trame prédéfinie comme pour les batteries Meunier ou Azima. Le choix de la médiation par le patient est ici primordial, pour deux raisons : la première étant d'intégrer la personne dans la thérapie. La seconde nous permet d'exploiter le choix en lui-même, les idées au départ de la personne.

Des évaluations chronophages.

Bien que les professionnels soulignent les intérêts thérapeutiques des évaluations projectives dans les parcours de soin, il s'avère que leur réalisation est souvent compromise par le manque de temps dans les services. E4 raconte : *« Aujourd'hui je travaille en intra-hospitalier, les séjours peuvent être courts, les patients ne restent pas longtemps, 3 semaines. Et les évaluations ça prend vraiment beaucoup de temps. Donc il faut faire un choix : pour les patients qui vont rester un peu plus longtemps, qui vont aller vers d'autres structures, oui je vais faire des*

évaluations. Pour ceux qui vont rester une à deux semaines, je vais leur proposer des activités pour le plaisir, avec une évaluation indirecte. »

E1, quant à elle, réalise des évaluations projectives depuis sa formation de novembre dernier et nous donne un aperçu du temps que cela nécessite : *« Il y en a pour une bonne heure, une heure et demi. »* Mais pour elle, le plus long reste l'analyse, la rédaction. Une explication de cette complexité avec le temps est fournie par E3. Selon elle, la difficulté viendrait des psychiatres qui penseraient que les évaluations projectives sont trop longues à réaliser, et donc ne les prescrivent pas. *« Il s' imagine que c'est quelque chose qui prend du temps, alors qu'en fait, moi je m'aperçois que des fois, en quatre séances, on débloque un truc. [...] Et cela sert aussi à montrer aux patients une autre pratique de psychothérapie qui sont les médiations et ils pourront s'en saisir. »*

D'une manière générale, les entretiens révèlent que le développement de l'utilisation des bilans projectifs doit se faire en collaboration avec le psychiatre, afin qu'il en connaisse les avantages et les aboutissants pour mieux le décrire.

La réalisation d'évaluations projectives prend beaucoup de temps, en particulier dans la rédaction des résultats. Ainsi, certains psychiatres hésiteraient à les prescrire dans les structures intra-hospitalières où les patients séjournent peu de temps.

Un impact positif sur l'identité professionnelle en équipe.

Unanimement, les ergothérapeutes interrogés évoquent un impact positif sur leur identité professionnelle. Pour eux, les évaluations projectives sont un réel outil pour avoir une place dans leur équipe soignante.

E4 m'indique que l'utilisation du modèle psycho-dynamique pour ses évaluations permet d'avoir le même langage avec ses collègues : *« De ce fait, on se comprend mieux, et on ne va pas avoir de confrontations de techniques. On est sur*

le même discours, sur la même longueur d'onde. Ca vaut pour les psychiatres et les psychologues. » Dans le cas de E5, quand on évalue la personne en train de créer, « on apporte des précisions sur la structure psychique de la personne, qui vont éclairer l'équipe sur des choses qu'elle n'avait pas forcément vu ».

Un rapprochement peut donc se faire avec les propos récoltés de E2 : *« Cela va me permettre d'aider les collègues, notamment le psychiatre par exemple sur le diagnostic médical, de les soutenir, de leur apporter des éléments que eux n'ont pas. »* Il explique alors que ces éléments nouveaux sont *« du côté du projet de vie, de la réalité de ce que le patient peut vivre au quotidien, quand il rentre au domicile ».*

Ces éléments apportés aux collègues peuvent aussi changer la dynamique de l'équipe, une expérience vécue par E1, qui a réussi à changer le diagnostic médical d'un jeune patient grâce aux évaluations projectives :

« Un jeune pour lequel on avait par exemple des comportements très bizarres, des rires immotivés, enfin... un profil d'extérieur, il nous donnait à voir tous les symptômes possibles d'un début de psychose. Sauf qu'en fait, moi j'avais un doute. On m'avait demandé une première évaluation au départ de type cognitive, parce qu'il était déscolarisé. On se demandait si c'était relationnel ou un problème vraiment cognitif. On a alors démarré par cette porte-là. Moi sur le profil cognitif je ne trouvais aucun problème, par contre je voyais bien que son comportement par rapport à la relation évoluait au fil des exercices que je lui proposais. Et il y avait de moins en moins de rires immotivés. Donc j'ai fait part de ça au médecin, et là je lui ai expliqué que j'ai eu cette formation récemment qui me donnait envie d'aller l'évaluer sous un angle différent. Donc, elle m'a donné sa permission. Et là en allant creuser plus avec des dessins, et des choses comme ça, on s'est aperçu qu'il était plutôt dans une dynamique de phobie sociale. Et que donc tous ces comportements bizarres étaient simplement une façon d'exprimer sa crainte de la relation à l'autre. Donc ça avait des conséquences sur le choix des médicaments. Entre psychose et névrose on est pas du tout dans la même problématique en termes d'accompagnement vers la réinsertion scolaire »

Elle rencontrera cette même situation de changement de diagnostic, avec cette fois-ci une jeune femme : *« On parlait sur quelque chose de psychotique, et on se demandait même si elle n'était pas psychopathe. Elle nous effrayait énormément. Elle avait toujours un sourire sur le visage, sans émotion quel que soit le contenu du discours, elle avait toujours un sourire qui nous glaçait. La famille d'accueil nous relatait des comportements qui devenaient violents, agressifs, une hygiène absolument déplorable, donc des éléments qui laissaient suggérer une orientation plutôt dans la psychose. Alors c'est la particularité de la population adolescente, c'est ce que l'on ne sait pas encore. Toutes les hypothèses sont possibles. Et donc dans son cas, les méthodes projectives ont permis de relever qu'elle avait un retard psycho-affectif inimaginable. C'est-à-dire que quand je lui ai demandé de dessiner le bonhomme, la famille par exemple, elle m'a fait des dessins d'une enfant de 4 ou 5 ans, avec le bonhomme têtard ».*

Ces deux situations ont eu un réel impact sur son équipe. Elle développe sur les avantages de ses utilisations des bilans projectifs : *« Cela m'a permis de m'affirmer dans l'équipe », « C'est un outil qui m'est propre ».* Dans son cas, son identité professionnelle s'est clarifiée, notamment avec la psychologue. *« J'ai quand même rassuré très vite le psychologue, [...] parce qu'il y avait aussi cette crainte possible de se dire qu'un ergothérapeute se mette à interpréter des dessins. Et il a pu voir que dans la façon dont j'en parlais, dans la restitution que je faisais avec une analyse autour de l'occupation, du comportement de la personne, ou d'un point de vue praxique ».*

La pratique des évaluations projectives a donc un impact positif sur la collaboration entre collègues, d'après quatre ergothérapeutes interrogés. Cela permet un langage commun dans les unités avec les psychiatres et les psychologues. En ayant un outil propre à leur discipline, l'identité professionnelle des ergothérapeutes est renforcée, ils apportent de nouveaux éléments à l'équipe médicale. A souligner, deux interrogés ont pu réorienter des diagnostics médicaux grâce aux évaluations projectives.

3. Discussion

3.1. Retour sur notre questionnement

Nous avons débuté la réflexion de ce mémoire en nous questionnant sur la place des bilans projectifs et du modèle psycho-dynamique dans l'évaluation initiale en psychiatrie. Cette problématique est issue d'un questionnement autour du nombre conséquent d'ergothérapeutes utilisant ce modèle durant l'évaluation au Québec, alors qu'il est critiqué et jugé dépassé en France.

Dans le cadre conceptuel, la revue de littérature a permis de révéler d'utiliser les bilans projectifs pour les ergothérapeutes anglophones. L'approche intégrative a été étudiée dans l'objectif d'inclure les évaluations projectives dans une approche contemporaine et holistique. A partir de cette revue théorique, une nécessité d'interroger les ergothérapeutes français nous est apparue, et des objectifs de recherche ont été établis. Par conséquent, nous aimerions revenir sur les trois objectifs posés au début de la phase expérimentale.

3.1.1. Les objectifs de recherche

Le premier objectif était de comprendre pourquoi les bilans projectifs sont si peu connus en France. Nous avons eu en effet des éléments de réponses : l'origine serait un « *tabou* ». Les professionnels ne souhaiteraient pas utiliser une méthode standardisée pour évaluer la psyché des patients, notre culture psychanalytique y serait à l'origine. Autre résultat de recherche : pour promouvoir les bilans projectifs en France, il serait question de se pencher davantage sur les formations, et de créer des ponts entre notre pays et le continent américain.

Notre deuxième objectif était de savoir si les évaluations projectives seraient adaptées à notre pratique française actuelle. Pour y répondre, nous avons interrogé les ergothérapeutes sur les caractéristiques de leurs pratiques des bilans projectifs. D'après les réponses récoltées, l'utilisation de ces bilans est parfois difficile. Tout d'abord, les évaluations projectives sont définies comme chronophages. Les professionnels soulignent que ces bilans prennent du temps, ce qui n'est forcément

adapté à la structure, notamment en intra-hospitalier ou en court séjour. Ensuite, les ergothérapeutes nous ont expliqué qu'ils préféreraient partir des idées et préférences de la personne, notamment pour le choix des médiations. Cette approche est plutôt incompatible avec les bilans formalisés où l'ordre et le choix des activités sont protocolaires.

En finalité, le dernier objectif de recherche consistait à identifier les potentiels avantages des évaluations projectives dans notre pratique contemporaine et française. Dans notre étude, le principal bénéfice apporté est l'amélioration de l'identité professionnelle au sein de l'équipe.

En atteignant ces trois objectifs, nous pouvons en déduire que cette étude fut concluante. L'enquête a répondu à nos attentes et interrogations, nous pouvons dès à présent affirmer ou infirmer nos hypothèses.

3.1.2. Les hypothèses de départ

En premier lieu, l'hypothèse portant sur : « Oui, cela permettrait une meilleure transmission de notre travail auprès de l'équipe. » est validée. Nous avons vu dans la partie précédente que les ergothérapeutes disposent d'outils spécifiques à leur discipline lorsqu'ils utilisent les bilans projectifs. Ils améliorent souvent leur collaboration avec leurs collègues, en apportant de nouveaux éléments, voire même redirigeant des diagnostics médicaux.

Tout comme nous l'avons vu dans le cadre conceptuel, certains professionnels utilisant les bilans projectifs ont une approche intégrative avec d'autres modèles. Ici, dans notre cadre de recherche, est ressortie l'idée d'une intégration avec le MOH, que ce soit dans la réalisation du bilan, dans son écriture, ou dans le parcours de soin de la personne. Les ergothérapeutes ont témoigné une utilité dans l'éclectisme des modèles conceptuels, comme pour adapter au mieux sa pratique par rapport à la personne. Nous sommes donc dans une approche client-centrée et holistique, puisque cette intégration permet d'étudier tous les systèmes de

la personne. Nous pouvons dans ce cas confirmer notre hypothèse : « Oui, l'avantage serait une approche ergothérapique plus holistique. »

Dans notre pratique actuelle française, le diagnostic ergothérapique est devenu incontournable dans les formations au diplôme d'état, ainsi que dans la littérature des années 2010. Ainsi, pour savoir si les bilans projectifs sont adaptés à une utilisation française contemporaine, il faut connaître sa compatibilité avec le diagnostic ergothérapique. Dans nos entretiens, les interrogés décrivent un diagnostic à l'image du modèle utilisé. Par conséquent, le modèle psycho-dynamique fera en sorte que le diagnostic se concentre sur l'histoire de la personne, ses souffrances et ses difficultés. Si nous intégrons le discours des évaluations dites psycho-dynamiques dans un diagnostic ergothérapique basé sur le MOH, alors les bilans projectifs apporteront des nouveaux éléments, l'écrit sera donc plus précis, abordant plusieurs sphères de la personne. Partant de ce fait, la validation d'une autre hypothèse est réalisable : « Oui, l'avantage pourrait-être un diagnostic ergothérapique plus précis. », à la condition d'une intégration avec d'autres modèles conceptuels. Dans le cas contraire, le diagnostic sous sa forme actuelle ne peut être réalisé.

3.3.3. La question de recherche

Nos trois hypothèses initiales sont donc validées. Ainsi, nous répondons à l'affirmatif à notre question de recherche : « L'utilisation du modèle psycho-dynamique pour l'évaluation de la personne en psychiatrie pourrait-elle avoir un avantage dans notre pratique française ? ».

Oui, son utilisation présente des avantages, en particulier dans le renforcement de l'identité professionnelle, ou pour guider un diagnostic médical, avec un autre angle de vue que le modèle biomédical, par exemple. Les évaluations projectives sont d'après nous un nouvel outil pour les ergothérapeutes français. Elles n'y ont pas encore trouvé leur place, en opposition aux décennies de pratiques anglophones et québécoises. Néanmoins, elles permettent un éclectisme des modèles conceptuels plus important, et ainsi une pratique plus intégrative et

holistique. Pour cette raison, les diagnostics ergothérapeutiques tendent à être plus précis.

3.2. Les biais et limites de l'enquête

Comme tout travail de recherche, cette enquête comporte des limites et biais. Un biais correspond à un procédé qui engendre des déformations dans les résultats d'une étude. Le sujet en lui-même présentait des limites dans notre travail de recherche. Les évaluations avec le modèle psycho-dynamique n'étant que très peu connues en France, notre bibliographie autour des bilans projectifs est en très grande majorité anglophone. Cette recherche doublée de traduction a donc été chronophage, ainsi nous n'avons pas pu explorer toute la littérature existante, faute de temps. Notre traduction libre peut aussi être considérée comme un biais.

Dans notre enquête, le principal biais est celui de l'âge des participants. En effet, les cinq participants ont tous entre 40 et 50 ans. Constitué d'une même tranche d'âge, l'échantillon exclut donc les ergothérapeutes de 20 à 40 ans, et de 50 à 60 ans. Néanmoins, nous sommes ici dans le cadre de l'entretien qualitatif, et il est dit dans la littérature que : « *la représentativité de la population n'est pas un enjeu. Au contraire, l'importance est mise sur le fait d'avoir des informateurs crédibles et participatifs.* » (Tétreault, 2014)

Autre limite à prendre en compte pour l'analyse des résultats : deux des participants à l'enquête ont réalisé des formations en psychologie durant leur carrière d'ergothérapeute. Une est diplômée en master de psychologie, et l'autre est formé en psychanalyse. De ce fait, l'orientation des réponses n'est peut être pas seulement ergothérapeutique, les formations d'ordres psychanalytiques peuvent l'influencer.

Les entretiens ayant été réalisés par appels téléphoniques, seule la communication verbale a bénéficié d'une analyse. Le face à face permet quant à lui une captation de la communication visuelle, comme le regard ou la gestuelle. Néanmoins, les entretiens par téléphone restent peu coûteux et rapides.

Bien que nous ayons validé l'hypothèse suggérant que les évaluations projectives permettaient un diagnostic ergothérapeutique plus précis, un biais dans l'étude est à prendre en compte. Notre guide d'entretien comportait une question à ce sujet. Or, sur les cinq participants, seulement E4 et E5 ont évoqué le diagnostic ergothérapeutique. A noter que E5 est la seule participante possédant une formation sur le diagnostic ergothérapeutique actuel, puisque diplômée en 2015. Par ailleurs, lors de cette question, E1 nous a spontanément répondu : « *Juste une précision, en fait le diagnostic ergothérapeutique, je ne suis pas très au clair là-dessus... [...] Donc je risque de répondre un peu à côté* ». Sur ce point, nous pouvons nous questionner sur la validation de cette hypothèse, au vu du nombre de réponses faibles.

D'après les limites de notre enquête, nous allons pouvoir exposer des pistes de réflexion et axes d'améliorations pour des recherches futures.

3.3. Pistes à explorer

Dans la continuité de ce mémoire d'initiation à la recherche, quelques axes d'amélioration peuvent être décrits, en particulier dans le choix des critères d'inclusion. Pour approfondir notre réflexion autour de l'impact des évaluations projectives dans le diagnostic ergothérapeutique, nous aurions pu viser en plus une population jeune diplômée, ainsi que des professionnels ayant fait une formation sur le diagnostic.

Dans nos cinq enquêtés, seule E1 pratique des bilans projectifs formalisés. Ainsi, dans un nouveau travail de recherche, il serait opportun d'axer nos critères d'inclusion sur les professionnels ayant suivi la formation de l'ANFE sur les bilans projectifs, notamment les batteries Meunier et Azima. De cette manière, nous pourrions étudier d'une part les avantages pour notre pratique française des bilans formalisés, et non-formalisés. Une seconde session de cette formation est prévue en novembre 2020, nous pouvons donc espérer de nouveaux ergothérapeutes qui seraient tentés d'inclure ces méthodes dans leurs pratiques.

Dans une autre mesure, les ergothérapeutes enquêtés ont mentionné leurs difficultés pour intégrer ces bilans dans leurs parcours de soins en psychiatrie. Les bilans projectifs seraient très long à réaliser, puis à rédiger, ce qui n'est pas optimal pour des patients en court séjour. De cette façon, nous nous interrogeons sur le travail des ergothérapeutes en intra-hospitalier, en court séjour. Pourquoi n'ont-ils pas assez de temps pour évaluer le patient ? Comment intégrer des bilans projectifs dans ce cadre ? Ces questions pourraient initier un nouveau travail de recherche.

En finalité, le sujet de l'étude des bilans projectifs pourrait ne plus se limiter à la psychiatrie. Il serait pertinent de s'intéresser aux ergothérapeutes utilisant le modèle psycho-dynamique dans leurs évaluations, tous secteurs confondus : lieux de vie et soins de suites et rééducation.

Conclusion

Nous avons évoqué au début de cette étude la remise en question du modèle psycho-dynamique dans notre pratique en France. La lecture d'une thèse québécoise sur l'utilisation de ce modèle et des bilans projectifs durant l'évaluation en ergothérapie a nourri notre questionnement. En effet, cette thèse révèle que de nombreux ergothérapeutes sur l'autre continent incluent cette méthode dans leurs évaluations. Ainsi, une revue de littérature a été effectuée autour du modèle psycho-dynamique et plus particulièrement des évaluations projectives, encore méconnues dans notre pays. L'objectif était de comprendre les enjeux de ces outils, et cela a aboutit à notre question de recherche : il s'agissait de savoir si l'utilisation du modèle psycho-dynamique pour l'évaluation de la personne en psychiatrie pouvait avoir un avantage dans notre pratique française.

Pour répondre à cette problématique, nous avons utilisé une méthode qualitative de recherche, avec comme outil l'entretien semi-directif. Grâce aux cinq ergothérapeutes ayant participé à l'enquête, les trois hypothèses de départ ont été validées après analyse des résultats. Ainsi, cette étude a démontré que les bilans projectifs avaient trois avantages pour notre pratique française. Premièrement, ils valorisent la transmission et l'identité professionnelle dans l'équipe soignante.

Ensuite, utilisés dans une approche intégrative, ils permettent un diagnostic ergothérapeutique plus précis. Enfin, notre pratique ergothérapeutique bénéficierait d'une approche davantage holistique.

Les limites que comporte notre enquête permettent de nous projeter dans de nouvelles recherches : nous pourrions cibler des ergothérapeutes diplômés plus récemment. Ainsi, une étude plus précise serait réalisée autour du diagnostic ergothérapeutique. En ouverture, nous proposons d'élargir notre cadre de recherche vers les autres secteurs de santé. Nous rechercherions alors le rôle du modèle psycho-dynamique dans l'évaluation de la personne, dans un modèle intégratif, hors de la psychiatrie.

A travers ce travail de recherche, je ne me suis pas contentée de mes acquis : la pratique ergothérapeutique et des modèles conceptuels ont été questionnés. Sur le plan personnel, cette étude a fait évoluer ma propre approche auprès du métier. Le modèle intégratif me paraît comme un outil essentiel à ma future pratique. Il me permettra de choisir les modèles conceptuels et les évaluations en lien avec la personne. Ainsi, je pourrais un jour pratiquer les évaluations projectives et faire évoluer ce nouvel outil.

Bibliographie :

Ouvrages :

- Atkinson, K. et Wells, C. (2000). *Creative Therapies: A Psychodynamic Approach With Occupational Therapy*. Londres : Nelson Thornes Ltd
- Chambon, O., Marie-Cordine, M. (2019) *Les bases de la psychothérapie: approche intégrative et éclectique*. Paris : Dunod
- Creek, J. (2014). *Creek's occupational therapy and mental health* (5^e édition). Edinburgh : Churchill Livingstone/Elsevier.
- Dubois, B. (2017). *Guide du diagnostic en ergothérapie*. Paris : De Boeck Supérieur
- Freud, S., (1924). *Névrose et psychose*. (Édition de 2014), Editions Payot.
- Finlay, L. (1988). *Occupational Therapy Practice in Psychiatry*. Londres : Chapman & Hall
- Hemphill, P. (2008) *Assessments in occupational therapy mental health: an integrative approach* (2^e édition). Thorofare : SLACK.
- Hernandez, H. (2016). *Ergothérapie en psychiatrie, de la souffrance psychique à la réadaptation*. Louvain-la-Neuve : De Boeck Supérieur.
- Kielhofner, G. (2009). *Conceptual Foundations of Occupational Therapy Practice* (4^e édition). Philadelphie : F.A. Davis Co.
- Morel-Bracq, M. et Sorita, E, (2017). *Les modèles conceptuels en ergothérapie : Introduction aux concepts fondamentaux* (2^e édition). Paris : De Boeck Supérieur
- Sève-Ferrieu, N. (2010). *Que doit-on entendre par « diagnostic ergothérapique » ?*, *ErgOTHérapies*, Décembre 2010.
- Tétreault, S. et Guillez, P, (2014). *Guide pratique de recherche en réadaptation*. (1^{ère} édition). Paris : De Boeck Supérieur

Winnicott, D. W. (1975). Objets transitionnels et phénomènes transitionnels. In *Jeu et réalité: l'espace potentiel*. Paris: Gallimard.

Articles :

Arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'Etat d'ergothérapeute. BO Santé – Protection sociale – Solidarité no 2010/7 du 15 août 2010, Page 172, 179.

Matthieu-Roy, V. (2014) *Les activités créatives lors de l'évaluation ergothérapique, méthodes actuelles ou dépassées ? : Vision d'ergothérapeutes*. (Maitrise en Ergothérapie, Université du Québec, Trois-Rivières.)

Riguet, K. (2016). *Ergothérapie en santé mentale : enjeux et perspectives*.

Sturgess, J. (1983). *The Magazine Picture Collage: A Suitable Basis for a Pre-Fieldwork Teaching Clinic*. *Occupational Therapy in Mental Health*, 3(1), pp. 43-53. DOI: 10.1300/J004v03n01_04

Sites internet :

ANFE, (2020) *Les méthodes projectives dans le processus d'évaluation et d'intervention en ergothérapie*. (s. d.) Consulté 13 février 2020, à l'adresse https://www.anfe.fr/s-inscrire?fbclid=IwAR1bhFqcqDduytlqddi1eyvp5B4EOSunEgJox_8HioUkv6P6H4HinrROcws

Launois, M. (2015) *Activités et médiations expressives* (s. d.). Consulté 6 avril 2019, à l'adresse <http://www.ergopsy.com/mediations-therapeutiques-a403.html>

Launois, M. (2015) *Intérêt d'un modèle psycho-dynamique*. (S. d.). Consulté 6 avril 2019, à l'adresse <http://www.ergopsy.com/interet-d-un-modele-psycho-dynamique-a755.html>

Les annexes

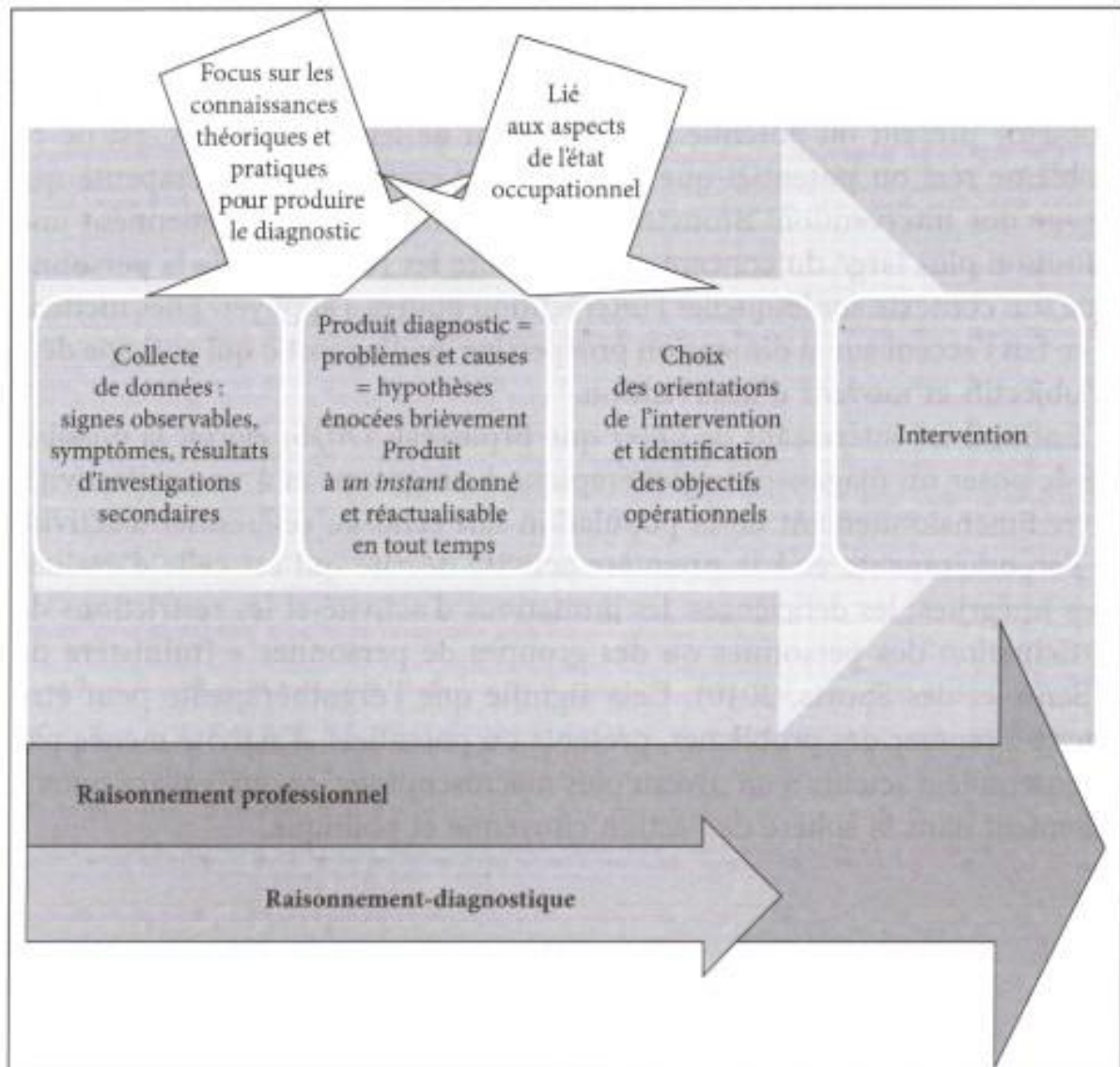
Annexe I : La double nature du diagnostic ergothérapeutique 1

Annexe II : Liste des évaluations projectives formalisées existantes 2

Annexe III : Formulaire de consentement pour l'entretien de recherche 4

Annexe I : La double nature du diagnostic ergothérapeutique

Figure 1. La double nature du diagnostic ergothérapeutique.



D'après le livre « *Guide du diagnostic en ergothérapie* », 2010

Annexe II : Liste des évaluations projectives formalisées existantes

1. **The Fidler Diagnostic Battery:** Un test projectif qui consiste à présenter au patient trois tâches séquentielles; dessin, peinture au doigt et argile. Le patient doit discuter de chaque production de tâche. L'examinateur interprète les performances et les discussions du candidat. (Développé par Fidler et Fidler; de Hopkins & Smith, 1993.)
2. **Azima Occupational Therapy Battery:** Une batterie projective utilisant le dessin au crayon, le dessin de figures, la peinture au doigt et la modélisation d'argile. (Développée par Azima et Azima ; de Hemphill, 1982.)
3. **B. H. Battery:** Test projectif avec peinture au doigt et carrelage. (Développé par Hemphill; de Hemphill, 1982.)
4. **Draw-A-Person:** Réalisation de dessins projectifs de personnes. (Développé par Urban; de Western Psychological Services, Los Angeles, CA.)
5. **House-Tree-Person:** Dessin à main levée par le patient d'une maison, d'un arbre et d'une personne. (Développé par Buck; de Western Psychological Services, Los Angeles, CA.)
6. **Magazine Picture Collage:** Des photos sont découpées dans des magazines disponibles et collées sur une feuille de papier. (Format de rapport non structuré par Buck et Lerner, 1972 et par Ross, 1977.)
7. **Object History:** Le patient est invité à se souvenir de quelque chose qui était important à des périodes antérieures de la vie et à expliquer pourquoi. (De Hopkins & Smith, 1993.)
8. **Shoemyen Battery:** Batterie qui contient quatre tâches: la mosaïque, la peinture au doigt, la sculpture en plâtre et la modélisation de l'argile avec une interview-discussion pour obtenir des informations sur les attitudes, l'humeur,

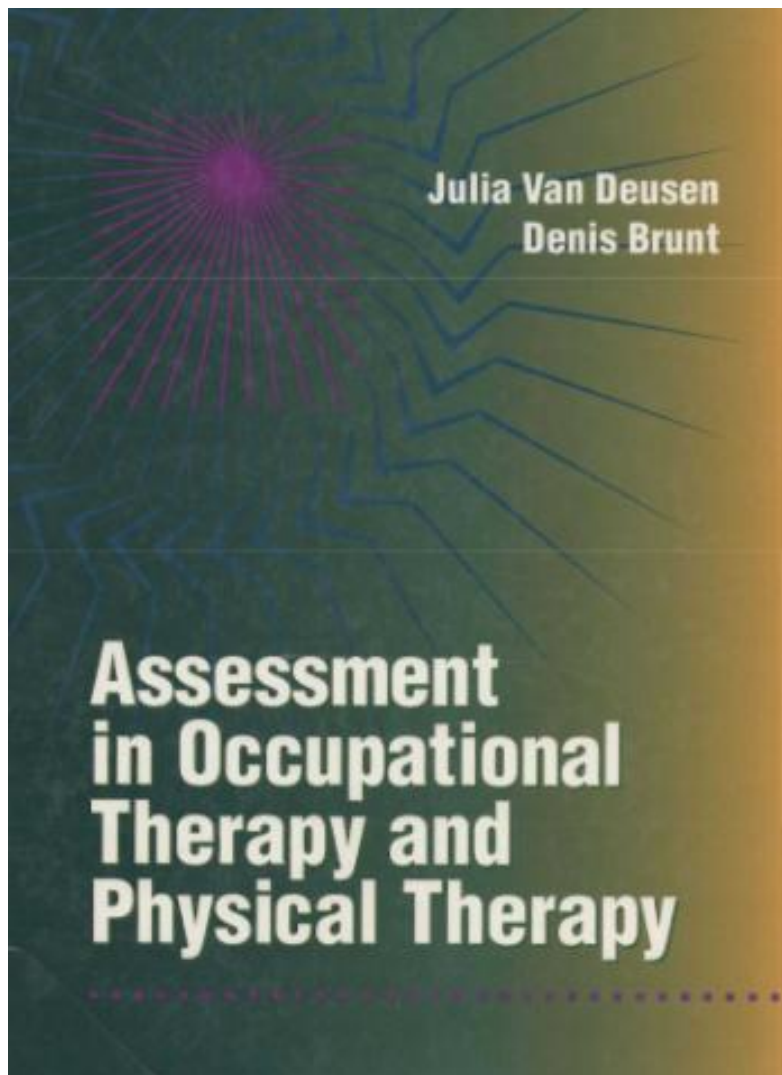
les compétences cognitives et sociales, la dextérité, l'attention, la suggestibilité, l'indépendance et la créativité. (Développée par Chemin; de Shoemyen, 1970.)

9. **Goodman Battery:** Batterie qui se compose de tâches de structure décroissante. Le but est d'évaluer les actifs cognitifs et affectifs du moi et les déficits affectant la fonction. (Développé par Evaskus; de Hemphill).

Selon Melba J. Arnold, MS, OTR/L

et Elizabeth B. Devereaux, MSW, ACSW/L, OTR/L, FAOTA, 1997.

D'après le livre « *Assessment in Occupational Therapy and Physical Therapy* » par Denis Brunt et Julia Van Deusen, de 1997. Traduction libre.



Annexe III : Formulaire de consentement pour l'entretien de recherche

De, Madame, Monsieur (nom, prénom) :

Lieu d'exercice :

Dans le cadre de son mémoire de recherche, en vue de l'obtention du diplôme d'état en ergothérapie, Madame CALLENS Sarah m'a proposé de participer à une étude dont les objectifs sont de recueillir mon positionnement professionnel et mes éventuelles expériences sur les évaluations avec le modèle psycho-dynamique, aussi appelées « évaluations projectives. »

Madame CALLENS Sarah est encadrée par l'Institut de Formation en Ergothérapie de La Musse, situé à St Sébastien de Morsent (27) et par sa maître de mémoire BLASQUEZ Caroline.

J'ai bien reçu des informations précisant les modalités de déroulement de cet entretien de recherche et exposant notamment les éléments suivants :

- Il se fera sur environ 30 minutes, via un appel téléphonique,
- Toutes les données recueillies seront rendues anonymes,
- Ma participation sera enregistrée pour faciliter sa retranscription,
- Si je le désire, je serai libre à tout moment d'arrêter ma participation,

Dans ces conditions, j'accepte de participer à cet entretien de recherche suivant les modalités précisées.

Nom :

Signature :

Fait à :

Le :

ÉVALUATIONS PROJECTIVES ET MODÈLE PSYCHO-DYNAMIQUE EN ERGOTHÉRAPIE, VERS UNE APPROCHE FRANÇAISE ET CONTEMPORAINE.

CALLENS Sarah

Résumé: Depuis les années 80, les évaluations projectives, telle que la batterie Azima, permettent aux ergothérapeutes anglophones d'évaluer la personne en psychiatrie. Aujourd'hui, ces outils basés sur le modèle psycho-dynamique sont encore méconnus en France. L'objectif de cette étude est d'identifier les avantages de ces bilans dans notre pratique française et actuelle. Dans ce but, des entretiens semi-directifs ont été réalisés avec cinq ergothérapeutes qui proposent des méthodes projectives en psychiatrie. Une fois analysés, les résultats mettent en évidence une amélioration de l'approche holistique. En intégrant les évaluations projectives et le modèle de l'occupation humaine, les diagnostics ergothérapeutiques deviennent plus précis. Ces bilans améliorent aussi l'identité professionnelle des ergothérapeutes et la transmission dans l'équipe médicale. Bien que l'utilisation de ces outils soit encore rare, les ergothérapeutes français commencent à s'initier à ces méthodes, notamment avec les formations de l'ANFE.

Mots clés: ergothérapie, psychiatrie, modèle psycho-dynamique, évaluations projectives, modèle intégratif.

Projective tests and psychodynamic approach in occupational therapy, towards a French and contemporary approach.

Abstract: Projective tests, such as the Azima battery, have allowed English-speaking occupational therapists to assess the client in psychiatry since the 1980s. Nowadays, these tools based on the psychodynamic approach are still unknown in France. The purpose of this study is to identify the advantages of these assessments in our French and current practice. Thus, semi-structured interviews were conducted with five occupational therapists proposing projective methods in psychiatry. Once analyzed, the results point to an improvement in the holistic approach. With projective tests, the occupational therapy diagnostic reasoning becomes more accurate, with an integrative approach and the model of human occupation. These assessments also improve the professional identity of occupational therapists and the transmission in the medical team. Although the use of these tools is still rare, French occupational therapists are beginning to learn these methods, especially with the training of the ANFE.

Key words: occupational therapy, psychiatry, psychodynamic approach, projective tests, integrative approach.