

**Accueil dans le service :** Mme H pleure et il lui est indiqué qu'elle sera vue par un médecin. Elle souligne qu'elle attend cela avec impatience et qu'elle a bien besoin qu'on s'occupe d'elle.

**Motif d'admission :** rechute dépressive à la suite d'angoisses majeures. Première dépression à l'âge de 15 ans, avec diagnostic de phobie sociale, dans le contexte d'un mal être lié à l'adolescence. Hospitalisation en 2007 (Burn out durant sa formation, en 2010 (dépression sévère avec angoisses majeures quotidiennes) puis suivie en psychothérapie jusqu'en 2017. Bien stabilisée depuis 2014. Elle est sous anti-dépresseurs.

**Famille :** Père âgé de 83 ans (7 cancers et rechutes, Alzheimer), sérieux, sensible et solitaire, mais colérique avec des disputes avec la mère. Le père souffre aussi de phobie sociale et sortait très peu, en dehors de son métier de gestionnaire, qui lui permettait de rester dans un bureau. Il est actuellement en Ehad.

Mère 73 ans (HTA), issue d'une famille modeste. Elle a travaillé comme aide-soignante et a été hospitalisée à plusieurs reprises pour des moments dépressifs, liés à son travail et un sentiment d'insatisfaction car elle voulait être infirmière et n'a jamais pu réaliser ce rêve.

Une sœur de 39 ans qui mésusage des médicaments anxiolytiques et qui fait des TS. Elle vit seule, travaille dans la vente, de façon erratique, changeant souvent d'emplois, avec des temps de chômage qu'elle supporte mal.

Un frère de 45 ans, entré dans la petite délinquance à l'adolescence, pas d'études, toxicomane et alcoolique dépendant. Il ne travaille pas.

Toute la famille est sous anti-dépresseurs, avec des suivis psychiatriques irréguliers.

**Vie personnelle :** Travail à Paris de 2010 à 2014, puis revient sur Nancy. Cadre intermédiaire fonction publique, avec gestion de groupes de travail et gestion administrative. Elle aime son métier, surtout la partie administrative qui lui permet de ne pas être trop au contact des autres personnes. La gestion de groupes de travail est plus complexe pour elle.

Elle vit seule dans un confortable F2 avec terrasse, avec un crédit qu'elle finit de rembourser.

Elle a eu un compagnon durant 5 ans, qui souhaitait s'engager, mais elle s'est séparée de lui à 3 reprises et la dernière parce qu'elle avait le sentiment d'un manque de stabilisation psychique de sa part à lui. Ils s'étaient rencontrés lors d'une hospitalisation. Depuis, elle ne recherche pas d'autre entourage (pas d'autre compagnon, d'amis et peu de relations avec sa famille), car dit-elle « *les relations me fatiguent* ».

Elle a peu de loisirs si ce n'est le footing, arrêté depuis la période Covid et jamais repris, car dit-elle, elle n'a plus la même énergie qu'avant. Elle a peu d'amis selon elle, mais l'isolement ne la dérange pas trop. Elle dit qu'elle voit assez de monde comme cela durant sa journée de travail.

Sa collègue avec qui elle travaillait depuis 8 ans et qui était compétente, est partie en raison d'une maladie chronique. Elle doit former une contractuelle et c'est compliqué pour elle. Difficultés de

gestion du stress qui l'a conduite à avoir une explication « *musclée* » avec son patron, à qui elle reproche de ne pas l'avoir assez soutenue.

Consommation excessive de café, avec hyperexcitabilité résiduelle en fin de journée et insomnie. Automédication avec des benzodiazépines de façon transitoire. Les ruminations portent sur son travail, la peur de mal faire, d'être jugée, de ne pas être à la hauteur et d'avoir trop de charge de travail à faire.

**Episode actuel :** Depuis 15 jours elle présente un fléchissement thymique, avec accès de pleurs irrépressibles au quotidien, asthénie, aboulie, anhédonie, délaissement des tâches quotidiennes (ménage, courses). « *Je fais les choses par devoir et je ne prends plus de plaisir à rien* ».

Perte de sens dans ses activités. Consommation excessive d'aliments gras et sucrés le soir devant la télé, pour avoir un peu de plaisir. Difficultés d'endormissement qui la conduisent à ne plus mettre son appareil pour les apnées du sommeil. En arrêt maladie depuis 10 jours.

Mme H souhaite une hospitalisation pour améliorer sa thymie, ses troubles du sommeil et son asthénie. Elle souhaite aussi faire le point sur certains éléments de sa vie, comprendre ce qui s'est passé, faire un séjour de rupture avec son métier et reprendre une psychothérapie.

Un diagnostic de dépression réactionnelle d'intensité moyenne sera retenu. Le traitement anti-dépresseur sera revu avec l'accord de la patiente. La patiente aurait souhaité, en plus des benzodiazépines qu'elle prend en auto-médication, mais le psychiatre évoque les risques de dépendance. Il refuse de lui en donner en si besoin, l'invitant à utiliser des techniques de respiration, de relaxation ou de reprendre une activité physique, possible dans le cadre d'un centre sportif transversal, situé dans l'hôpital. Elle dit se sentir trop fatiguée pour cela et proteste de ne plus pouvoir gérer ses moments d'angoisse avec un médicament.

**Premier entretien médical :** Attitude fermée, bras croisés sur la table. Nombreux soupirs. Faciès érythémateux, nombreux pleurs réfrénés. Pas de ralentissement psychomoteur. Discours adapté, cohérent, élaboré, témoin de ses capacités de verbalisations. Sur le plan chronologique, il y a quelques difficultés de reconstitution de son histoire. Pas d'anosognosie.

La patiente s'excuse de pleurer à de nombreuses reprises. La thymie est basse, avec des moments de tristesse et des moments de rires « sarcastiques » en ce qui concerne sa situation. Elle décrit une irritabilité, en particulier au contact d'autrui dès qu'elle perçoit un jugement.

Elle insiste sur le fait que des idées suicidaires l'ont simplement « *effleurée* ». Il n'y a donc pas d'idées suicidaires actives ou scénarisées. Elle s'est toutefois tapée la tête contre un mur.

Elle se plaint de son asthénie permanente, indiquant que si elle n'avait pas pris du café, elle n'aurait même pas pu se rendre à l'hôpital. Elle évoque une vie quotidienne compliquée du fait de son anhédonie et aboulie, même si elle se sent en capacités de faire toutes ses activités de vie quotidienne, elle n'en a plus envie.

Elle dit qu'elle croyait avoir des idées « *un peu parano* » concernant son travail, mais il s'est avéré que c'était exact. (Pas de soutien du patron). Elle se sentait surtout jugée par le regard des autres car elle avait des difficultés à coacher la nouvelle personne. Le patron lui aurait dit qu'elle devait investir

dans la contractuelle car elle était l'avenir du travail... Lorsqu'elle a dit qu'elle se sentait dévalorisée, son chef lui aurait répondu qu'elle se sentait remise en cause dès qu'on lui disait quelque chose.

**Dans le service :** Les infirmiers notent que Mme H s'isole et reste souvent dans sa chambre qu'elle partage avec une patiente plus jeune qu'elle. Ils remarquent qu'elle est très critique vis-à-vis de sa voisine, trouvant qu'elle parle trop, ronfle et fait trop de bruit. Elle se plaint beaucoup et dit qu'elle ne va pas pouvoir se reposer dans de telles conditions.

Elle aurait souhaité manger dans sa chambre, un peu surprise de devoir manger en salle commune. Il semble que les conditions « hôtelières » de l'hôpital ne soient pas du tout satisfaisantes pour Mme H qui reste dans un discours très critique.

**Entretiens :** Elle ne sollicite pas d'entretiens avec les infirmiers-ières, indiquant qu'elle parle déjà avec son médecin. Elle semble plus à l'aise, toutefois, dans les entretiens avec les infirmières.

Par contre, elle sollicitera des entretiens avec la psychologue, pour dit-elle, approfondir sa psychothérapie. Elle évoquera le fait que sa famille est très toxique pour elle et qu'elle préfère les éviter. Elle semble avoir des capacités introspectives, mais la remise en question de son attitude personnelle reste parcellaire. Elle a quand même conscience qu'elle interprète d'emblée les choses de façon négative et peut le relier à son sentiment de ne jamais en faire assez, ce qui la rend très sensible à la moindre ébauche de ce qu'elle perçoit comme des critiques. Elle se décrit facilement susceptible et irritable. Elle évoque le fait qu'elle pleure souvent et qu'elle a l'impression de ne plus ressentir comme émotion que la tristesse.

**Accueil en ergothérapie :** Mme H a une prescription d'ergothérapie au bout de 5 jours d'hospitalisation. L'indication posée est de permettre à Mme H de pouvoir s'exprimer et entrer en interaction avec d'autres personnes.

Lors de l'accueil, Mme H évoque son histoire rapidement et lorsque les médiations thérapeutiques lui sont présentées, elle semble plutôt réticente à pratiquer des médiations thérapeutiques, se demandant à quoi cela pourrait lui servir et indiquant que de toute façon, elle n'a pas besoin de s'occuper car elle n'a envie de rien.

Elle dit que chez elle, elle ne fait plus rien, ni dans ses activités de vie quotidienne, ni dans des activités plaisirs. « *Mais de toute façon, je n'ai guère le temps d'avoir des loisirs* ».

Lorsque l'ergothérapeute lui précise qu'il s'agit d'une prescription médicale et pas d'une activité de loisirs ou pour occuper ses journées, elle indique alors, du bout des lèvres, qu'elle souhaiterait faire de la relaxation car elle en a bien besoin, dit-elle. Elle indique qu'elle fait un peu d'exercices de respiration lorsqu'elle a des insomnies, mais que cela n'est pas très efficace. Elle met d'emblée en échec l'activité, demandant s'il faut être là à toutes les séances.

L'ergothérapeute évoque alors la notion d'engagement, permettant à la thérapie de pouvoir véritablement être efficace. Il est à souligner que le choix de Mme H s'inscrit dans un atelier de soins personnels, à visée d'intégration d'un outil lui permettant de prendre soin d'elle, mais qui ne nécessite par trop d'interactions avec les autres personnes.

## Mandat :

- **Vous présentez cette** personne à votre façon (anamnèse, histoire de vie, histoire de la maladie, rappel de psycho-pathologie pertinents pour le travail en ergothérapie, ou autres éléments pertinents...)
- Vous évoquez **le processus d'évolution personnel**, vers lequel cette personne souhaite aller et vous indiquez s'il vous semble pertinent, au vu de sa situation et de ses besoins.
  
- **Processus d'intervention**
  - Vous décrivez sur **quel type de processus d'intervention en** ergothérapie vous pouvez vous appuyer, en fonction du processus d'évolution pertinent pour la patiente. (Processus lié ou non à un modèle conceptuel ou de pratique)
  - Vous indiquez si vous auriez proposé **un bilan** à cette personne. Si oui lequel et pourquoi ? Si non, expliquez pourquoi.
  - Vous réalisez **un diagnostic ergothérapique**, bien en lien avec le processus d'intervention global choisi, donc avec un vocabulaire adapté si vous vous appuyez sur un modèle inter-disciplinaire ou ergo.
  - Vous développez les **processus thérapeutiques potentiellement pertinents pour** cette personne. Vous vous appuyez pour cela, sur les informations dont vous disposez pour cette personne et sur les concepts nécessaires et adaptés, selon le modèle que vous utilisez.
  
- **Moyens thérapeutiques**
  - Vous explicitiez **l'intérêt** de l'atelier de relaxation, en évoquant les processus thérapeutiques potentiels de cet atelier
  - Vous proposez **un autre atelier** à cette personne pour compléter celui de relaxation, plus en lien avec la prescription. Vous explicitiez vos intentions, votre façon de le proposer à cette personne réticente. Vous décrivez cet atelier (cadre, type de relation, type d'activités ou de médiations, modalités de thérapies...)
  
- **Fin de thérapie**
  - Vous indiquez comment **l'évolution** de cette personne peut se faire (dans une vision « idéale »).
  - Vous donnez des pistes pour la **poursuite thérapeutique**.