

**Institut de Formation
En Ergothérapie
- TOULOUSE –**

L'accompagnement de la personne présentant une
schizophrénie :

Analyse des pratiques en ergothérapie dans un contexte de
réhabilitation psychosociale.

*Mémoire d'initiation à la recherche présenté pour l'obtention de l'UE 6.5 S6
et en vue de l'obtention du Diplôme d'Etat d'Ergothérapeute*

Référent méthodologique : Yannick Ung

Référente pédagogique : Barbara Joannot

Justine Wrobel

Promotion 2017-2020

Engagement et autorisation

Je soussignée **WROBEL Justine**, étudiante en troisième année, à l'Institut de Formation en Ergothérapie de Toulouse, m'engage sur l'honneur à mener ce travail en respectant les règles éthiques de la recherche professionnelle et du respect de droit d'auteur ainsi que celles relatives au plagiat.

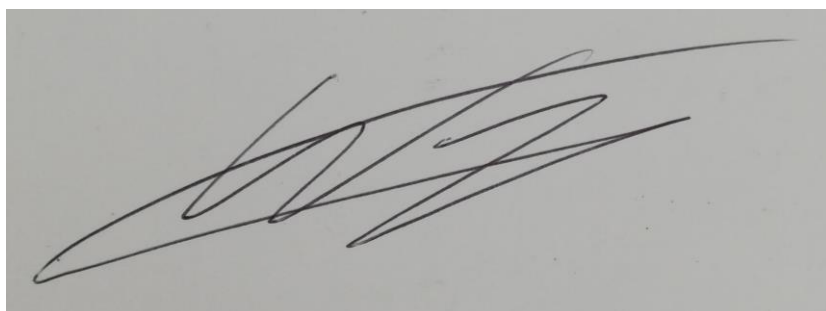
L'auteur de ce mémoire autorise l'Institut de Formation en Ergothérapie de Toulouse à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire. Notamment la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire requiert son autorisation.

Fait à Toulouse.

Le : 23/04/2020

Signature du candidat :

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'J. Wrobel', written on a light gray background.

Note au lecteur

Ce travail est réalisé conformément à l'Arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'État d'ergothérapeute

NOR : SASH1017858A, dans le cadre de l'UE 6.5 : « Évaluation de la pratique professionnelle et recherche »

et la Loi du 5 mars 2012 relative aux recherches impliquant la personne humaine dite « loi JARDE ».

Il s'agit d'un mémoire d'initiation à la recherche écrit et suivi d'une argumentation orale.

Extrait du guide méthodologique : « Le mémoire d'initiation à la recherche offre la possibilité à l'étudiant d'approfondir des aspects de la pratique professionnelle. Il permet l'acquisition de méthodes de recherche, d'enrichissement de connaissances et de pratiques en ergothérapie.

Il inscrit l'étudiant dans une dynamique professionnelle qui tend à développer le savoir agir, vouloir agir et pouvoir agir de l'étudiant (Le Boeterf, 2001), ainsi que sa capacité d'analyse réflexive sur la pratique professionnelle. Il favorise l'esprit critique et l'acquisition d'une méthodologie conforme à la recherche académique, ce qui facilite l'accès à un parcours universitaire. »

Remerciements

A Yannick Ung, mon référent méthodologie, pour sa disponibilité, ses conseils et son accompagnement tout au long de ce travail.

A Gwenaële Degroote, pour m'avoir permis de découvrir le domaine de la santé mentale, pour les discussions que nous avons pu avoir sur le rôle et l'accompagnement de l'ergothérapeute, et pour m'avoir guidée durant ce stage qui a été si enrichissant et qui m'a menée à ce sujet mémoire.

Aux ergothérapeutes qui ont accepté de répondre à cette étude et qui ont permis de rendre ce travail de recherche possible malgré la crise sanitaire, et aux ergothérapeutes qui m'ont accueillie en stage et qui sont intervenus à l'école, pour le partage de leurs savoirs et de leurs expériences.

A toute l'équipe de l'Institut de Formation en Ergothérapie de Toulouse pour m'avoir accompagnée durant ce travail et ces trois années, notamment à Barbara, ma référente pédagogique, pour son accompagnement et ses conseils avisés, à Jean-Michel pour ses retours sur ce travail, et à Sylvia pour son écoute et sa bienveillance.

A mes camarades de promotion pour leur partage, leur entraide et pour leur bonne humeur quotidienne.

A mes proches pour leur soutien et leurs encouragements inconditionnels.

A Marie-Hélène et Aurore pour la relecture de ce mémoire, et enfin à Pierre pour m'avoir aidée avec la mise en page.

« Pour tirer le meilleur parti des connaissances acquises, pour en extraire toute la richesse, il importe de ne pas s'y habituer trop vite, de se laisser le temps de la surprise et de l'étonnement. »

(Hubert Reeves, 1932)

Glossaire :

ACE : Association Canadienne des Ergothérapeutes

AERES : Autoévaluation des Ressources

ANFE : Association Nationale des Ergothérapeutes

CAR : Centre d'Activités et de Réhabilitation

CATTP : Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel

CCTE : Cadre Conceptuel du groupe Terminologie du réseau européen des écoles d'ergothérapie

CIH : Classification des déficiences, des incapacités, et du handicap

CIF : Classification internationale du Fonctionnement, du Handicap et de la Santé

CMP : Centre Médico-Psychologique

CO-OP : the cognitive orientation to daily occupational performance (approach)

CRT : Cognition Remediation Therapy

DE : Diplôme d'Etat

EAS : Echelle d'Autonomie Sociale

EHS : Entrainement aux Habiletés Sociales

ELADEB : Échelle Lausannoises des Difficultés Et des Besoins

EMC : Entrainement Métacognitif

ERF-CS : Echelle des Répercussions Fonctionnelles dans la Cognition Sociale

ETP : Education Thérapeutique du Patient

FROGS : Functional Remission Observatory Group in Schizophrenia

IFE : Institut de Formation en Ergothérapie

IPT : Programme intégratif de thérapies psychologique

INSERM : Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale

MCREO : Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel

MOH : Modèle de l'Occupation Humaine

MOHOST : Model Of Human Occupation Screening Tool

OCAIRS : Occupational Circumstances Assessment-Interview and Rating Scale

OPHI-II : Occupational Performance History Interview

OPM-A : Modèle Australien de la Performance Occupationnelle

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

OSA : Occupationnal Self-Assessment

PEOP : (modèle) Personne-Environnement-Occupation-Performance

PEP'S : Programme des Emotions Positives dans la Schizophrénie

PRACS : Programme de Renforcement de l'Autonomie et des Compétences Sociales

RPS : Réhabilitation PsychoSociale

RC : Remédiation Cognitive

RC2S : Remédiation Cognitive de la Cognition Sociale

RECOS : Remédiation Cognitive dans la Schizophrénie

TEM : Test des Errances Multiples

SOMMAIRE :

I.INTRODUCTION	1
II.ETAT DES LIEUX ET REVUE DE LITTERATURE	2
1. L'ergothérapie en santé mentale	2
1.1. De la naissance de la psychiatrie à la santé mentale	2
1.2. L'évolution des pratiques en ergothérapie	4
1.3. La Réhabilitation Psychosociale (RPS)	9
2. L'accompagnement en ergothérapie de la personne présentant une schizophrénie	10
2.1. La personne présentant une schizophrénie	10
2.2. Les recommandations professionnelles en santé mentale	13
3. Un rapport d'étonnement sur la différence des pratiques des ergothérapeutes en santé mentale au Québec et en France	17
III.QUESTION DE RECHERCHE	20
IV.METHODOLOGIE	21
4.1. Objectif de la recherche	21
4.2. Population ciblée	21
4.3. Choix de l'outil d'enquête : le questionnaire	22
4.4. Démarche expérimentale	22
V.RESULTATS ET INTERPRETATIONS	25
5.1. Présentation des ergothérapeutes interrogés	25
5.2. Rôle principal de l'ergothérapeute et étapes clés de l'accompagnement	27
5.3. Cadre conceptuel des ergothérapeutes interrogés	29
5.4. Les différents moyens d'accompagnement	32
VI.DISCUSSION	36
VII.CONCLUSION	39
VIII.REFERENCES	41
IX.ANNEXES	50

I. INTRODUCTION

La schizophrénie fait partie des pathologies les plus préoccupantes du XXI^{ème} siècle (Organisation Mondiale de la Santé : OMS, 2008). Cette pathologie se manifeste par des symptômes hétérogènes qui ont d'importants retentissements dans la vie de la personne et notamment dans sa sphère sociale (Prouteau et Verdoux, 2011). Par conséquent, un accompagnement adapté dans le parcours de vie des personnes présentant une schizophrénie, et plus spécifiquement dans leur vie sociale, est un enjeu majeur de santé publique.

Lors d'un stage effectué en santé mentale durant ma formation en ergothérapie, j'ai porté ma réflexion sur plusieurs questionnements professionnels. Je me suis d'abord demandé quels sont les symptômes de la schizophrénie, comment les explique-t-on et quel(s) impact(s) ont-ils sur la sphère sociale de la personne présentant le trouble ? Une autre de mes réflexions concernait l'accompagnement et le rôle de l'ergothérapeute au niveau des activités sociales. Durant ce stage, j'ai pu constater que l'utilisation de modèles conceptuels appliqués en santé mentale ou spécifiques en ergothérapie, et l'utilisation d'outils d'intervention, variaient d'un accompagnement à l'autre pour un même public. En effet, une ergothérapeute était guidée par un modèle psychodynamique alors que ma tutrice était ancrée dans des concepts de Réhabilitation Psychosociale (RPS). De plus, durant d'autres stages j'ai pu constater que des ergothérapeutes n'utilisaient aucun modèle, les jugeant trop complexes et préféraient utiliser des « bilans maisons » façonnés à leur pratique. À l'issue de ces constats et de ces informations, j'ai formulé plusieurs interrogations afin de proposer ma question de départ :

Comment l'ergothérapeute accompagne la personne présentant une schizophrénie, notamment dans sa problématique sociale, quels modèles et outils utilise-t-elle pour sa pratique ?

La présente étude vise, dans un premier temps, à effectuer un état des lieux de l'évolution du domaine de la santé mentale, de l'ergothérapie, ainsi que de l'accompagnement en ergothérapie en France des personnes présentant une schizophrénie, dans un contexte de Réhabilitation Psychosociale (RPS). Un rapport d'étonnement sur la pratique de l'ergothérapeute en France et au Canada complète cette partie théorique et permet de poser une problématique de recherche. Enfin, une seconde partie de méthodologie de recherche a pour but de répondre à cette problématique au travers d'un questionnaire d'analyse des pratiques à destination des ergothérapeutes exerçant en France.

II. ETAT DES LIEUX ET REVUE DE LITTERATURE

1. L'ergothérapie en santé mentale

Afin de comprendre l'accompagnement et les stratégies d'intervention actuelles de l'ergothérapeute auprès des personnes présentant une schizophrénie, il est intéressant d'effectuer un éclairage historique quant à l'évolution du monde de la santé mentale et de l'ergothérapie.

1.1. De la naissance de la psychiatrie à la santé mentale

1.1.1. La naissance de la psychiatrie en France

En France, jusqu'au XVIIème siècle, les personnes présentant des pathologies psychiatriques étaient considérées comme des « fous » et assimilées à la criminalité (Pibartot, 2016). Les prémisses de la psychiatrie apparaissent à la fin du siècle avec les courant aliénistes et l'institutionnalisation de ces personnes, appelées les « aliénés », dans des asiles (Pibartot, 2016). Phillipe Pinel, médecin aliéniste, promeut l'activité et la prise en charge de la vie quotidienne de l'asile par les aliénés. En 1809 dans son traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale il affirme : « *un mouvement récréatif ou un travail pénible arrête les divagations insensées des aliénés* » (Pibartot, 2016, p.29).

A la fin de XIXème siècle les courants psychanalytiques apparaissent, avec Freud ou encore Winnicott, qui tentent de comprendre le fonctionnement de la psyché humaine. Leurs théories de la personnalité ou encore du développement psycho-affectif, reposent sur la reconnaissance de l'inconscient (Morel-Bracq, 2017). Le modèle psychodynamique, tiré de la psychanalyse, va fortement se développer en France et dans les pays européens pendant le XXème. Des ergothérapeutes exerçant en santé mentale ont documenté l'utilisation de ce modèle en France : « *Isabelle Pibartot (1978, 1979, 1981, 1982, 2000, 2013, 2015) a beaucoup écrit sur l'application en ergothérapie des théories psychanalytiques et notamment de celles de Winnicott* » (Morel-Bracq, 2017, p. 208).

Jusqu'à la première moitié du XXème siècle, la politique asilaire perdure et l'insertion dans la cité des personnes présentant un trouble mental est alors impossible. A la suite de la seconde guerre mondiale, un mouvement de désinstitutionnalisation va émerger conjointement à l'apparition de la psychothérapie institutionnelle (Duprez, 2008). La psychothérapie institutionnelle, qui dénonce les pratiques asilaires, considère l'institution comme thérapeutique en mettant l'accent sur la relation soigné-soignant (Oury, 2004). Elle va œuvrer pour développer

de nouveaux modes de soins avec la sectorisation psychiatrique (Duprez, 2008). Parallèlement les premiers neuroleptiques apparaissent et vont favoriser, eux aussi, le développement des soins extra hospitaliers (Cattin, 2017).

Suite au mouvement de désinstitutionalisation, de nouveaux modèles appliqués en psychiatrie apparaissent dans le monde occidental avec comme but de réintégrer les personnes présentant des troubles psychiatriques dans la cité (Duprez, 2008). Le modèle cognitivo-comportemental est un modèle pragmatique qui vise la réadaptation et la réinsertion sociale de personnes souffrant de pathologies psychiatriques. Il est apparu à la fin du XXème siècle, et fait suite au modèle comportemental qui s'était développé dans les pays anglo-saxons en réponse aux courants psychanalytiques jugés peu scientifiques (Morel-Bracq, 2017).

Parallèlement, le cadre de la Réhabilitation Psychosociale (RPS), qui sous-tend au modèle cognitivo-comportemental, prend forme dans les pays nord-américains avec le mouvement des usagers américains WANA (« *We Are Not Alone* ») et le club psychosocial de Fountain House (Duprez, 2008, Morel-Bracq, 2017).

En France, la RPS qui a alors pour but de réintégrer ces personnes dans la cité, ne se développera qu'à partir des années 1990 en raison de la grande influence de la psychothérapie institutionnelle et des théories psychanalytiques (Franck 2016, Morel-Bracq 2017). Aujourd'hui encore, l'utilisation du modèle psychodynamique perdure dans la pratique des ergothérapeutes français (Morel-Bracq, 2017, Brossard, 2015).

1.1.2. L'approche biopsychosociale de la santé mentale dans le monde

Au niveau international, le monde de la psychiatrie va être influencé par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), créée en 1948. En France, au milieu du XXème siècle, l'émergence du mouvement de désinstitutionalisation est influencée par le développement des services psychiatriques avec la production de moyens adaptés et des personnels formés par l'OMS (OMS, 1962).

Le domaine de la psychiatrie va également être modifié par l'apparition de la notion de handicap. En 1980, le modèle de référence de Wood, publié par l'OMS, est un modèle biomédical. Philippe Wood propose une première classification des déficiences, des incapacités, et du handicap : CIH (OMS, 1980). On parle pour la première fois de notion de handicap et de désavantage social, en démontrant que l'accompagnement d'une personne ayant un handicap, qu'il soit physique ou psychique, doit dépasser le seul modèle médical. Le

handicap n'est plus considéré comme un problème de la personne seulement, et comme une conséquence directe d'une maladie qui nécessite des soins médicaux individuels (Morel-Bracq, 2017).

Une révision de la CIH mènera en 2001 à la Classification internationale du Fonctionnement, du Handicap et de la Santé : CIF (OMS, 2001). Le modèle biomédical n'est plus suffisant pour expliquer le fonctionnement d'une personne. La CIF repose sur une approche « biopsychosociale » mêlant le modèle médical, et le modèle social dans lequel le handicap est perçu comme un problème produit par la société résultant d'une situation complexe créée par l'environnement social (Morel-Bracq, 2017).

On parle aujourd'hui de santé mentale. « *La psychiatrie est l'affaire des équipes de psychiatrie. La santé mentale est une question de santé publique, c'est donc l'affaire de tous. On ne peut dissocier ces deux parties.* » (Roelandt, 2010, p.778). La personne n'est plus définie par son handicap, elle est prise en compte dans sa globalité avec l'importance de son environnement. Les approches biomédicales ont laissé la place aux approches biopsychosociales, ayant une vision plus holistique. L'accompagnement doit considérer les soins de santé primaire mais également le logement, le travail, les loisirs, l'environnement social ou encore la justice (Roelandt, 2010).

L'utilisation d'approches biopsychosociales comme la RPS se développe. Dans la perspective de la réhabilitation, les personnes ne sont plus considérées comme seulement malades, mais bien comme des citoyens à part entière. L'objectif est donc de travailler à « *leur (re)donner une place pleine et entière au sein de l'espace social.* » (Duprez, 2008, p.909). Lors de la conférence d'Helsinki en 2005, l'OMS a donné une définition de la bonne santé mentale, reflétant une approche biopsychosociale et holistique : « *une personne en bonne santé mentale vit en équilibre dynamique dans tous les aspects de sa vie physique, psychologique, économique et sociale* ».

1.2. L'évolution des pratiques en ergothérapie

Comme le monde de la santé mentale, l'ergothérapie est une profession qui a connu de nombreuses évolutions au cours du siècle dernier. Afin de comprendre le contexte d'intervention actuel de l'ergothérapeute auprès de personnes présentant une schizophrénie, il est profitable de faire un point sur l'évolution des pratiques en ergothérapie, de son origine dans les pays nord-américains au cadre conceptuel actuel en France.

1.2.1. Les débuts de l'ergothérapie à l'étranger

L'ergothérapie trouve son origine au début du XX^{ème} siècle dans les pays nord-américains. En Amérique du Nord, des psychiatres s'inspirent des concepts de Pinel et reconnaissent les bienfaits de l'activité comme thérapie. Les bénéfices de la mise en activité chez une personne sont alors reconnus (Gable, 2000).

Au travers d'une lecture sur l'évolution de l'ergothérapie au Canada (Polatajko, 2001), on peut déduire que la pratique de l'ergothérapie a connu des phases d'évolution. Au début du XX^{ème} siècle l'ergothérapie était basée sur l'utilisation thérapeutique de l'occupation. On parlait alors de « *thérapie occupationnelle* » : la mise en activité est bénéfique pour la santé. A partir des années 1940, le terme d'occupation est délaissé. La profession se base désormais sur l'utilisation du potentiel thérapeutique de l'activité. On utilise les différents aspects d'une activité pour améliorer une déficience. Depuis les années 1980, le terme d'occupation est réhabilité au cœur de la profession, le but actuel de l'ergothérapeute est de promouvoir l'occupation.

Dans les années 1980, le manque de cadre théorique et la notion de situation de handicap véhiculée par l'OMS, prenant en compte l'environnement de la personne, a mené des ergothérapeutes américains à élaborer des modèles conceptuels spécifiques à l'ergothérapie (Galbe, 2000). Nous pouvons citer :

- Le Modèle de l'Occupation Humaine (MOH), élaboré depuis la fin des années 1980 par Gary Kielhofner, qui demeure le modèle centré sur l'occupation le plus étudié. (Morel-Bracq, 2017) ;
- Le modèle Personne-Environnement-Occupation : PEO (Law et al. 1996), s'appuie sur les travaux du modèle écologique du développement humain (Bronfenbrenner, 1979). Ce modèle met l'accent sur la relation dynamique entre la personne, ses occupations et son environnement à travers une approche systémique de la société et plus particulièrement de la santé.

Plus récemment, d'autres modèles plus pratiques ont été élaborés comme :

- Le Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel : MCREO (Association Canadienne des Ergothérapeutes : ACE, 1997). Il est basé sur une approche centrée sur la personne dans le but d'établir des objectifs d'intervention et d'en évaluer l'impact ;

- Le Modèle Australien de la Performance Occupationnelle : OPM : A (Chapparo et al., 1997), il a servi à la structuration du programme de formation des ergothérapeutes à Sydney ;
- Le modèle Kawa (Iwama, 2006) qui s'appuie sur la métaphore de la rivière pour représenter le cours de la vie.

Ces modèles mettent l'accent sur la prise en compte de la personne dans sa globalité, avec ses occupations. L'ergothérapie est devenue une discipline dont le sujet de préoccupation est de promouvoir l'occupation, ce terme alors utilisé pour décrire le domaine d'intervention et le médium (Polatajko, 2001). Cette nouvelle perspective axée sur la compréhension de l'occupation se doit de mettre en avant une science de l'occupation.

1.2.2. La science de l'occupation

La science de l'occupation, spécifique à l'ergothérapie, est apparue dans les années 1990 d'abord en Amérique puis en Australie. Ce domaine de recherche vise à prouver l'impact de l'engagement dans des occupations sur la santé et le bien-être. L'occupation est le domaine fondamental de la science de l'occupation et de l'ergothérapie (Caire, 2018).

Cette discipline est apparue en réponse aux besoins de connaissance de l'ergothérapie et son intérêt a été « *de produire des connaissances sur l'occupation qui puissent informer et renforcer la pratique ergothérapique* (Clark et al., 1991, Yerxa et al., 1989) » (Pierce, 2016, p.23).

Doris Pierce a défini l'occupation comme : *“une expérience spécifique, individuelle, construite personnellement et qui ne se répète pas. C'est-à-dire qu'une occupation est un évènement subjectif dans des conditions temporelles, spatiales et socio-culturelles [...]. Une occupation a [...] un sens culturel pour la personne et un nombre infini d'autres qualités contextuelles perçues.”*. Cette définition individuelle de l'occupation, s'oppose à celle de l'activité, plus restrictive et moins subjective, qui serait liée à la culture et non situé dans un contexte défini. Contrairement à l'activité, l'occupation doit avoir un sens pour la personne.

Les occupations sont propres aux capacités et aux habitudes de vie de chacun. L'ergothérapeute va alors fonder son accompagnement sur les ressources et les limites de la personne à effectuer ses occupations dans son environnement pour une meilleure participation sociale (Caire et Schabaille, 2018). Cette approche est holistique, elle s'inscrit dans un modèle biopsychosocial

en tenant compte de tous les aspects de la personne et de ses environnements, physique et sociale (famille, emploi, voisinage, vie associative, etc.).

1.2.3. Le cadre conceptuel en France

1.2.3.1. Les modèles élaborés par des ergothérapeutes

Pour comprendre les différences conceptuelles et de pratique entre les pays anglo-saxons et la France, il est intéressant de reprendre l'origine de la profession dans notre pays.

En France, l'ergothérapie n'apparaît qu'au milieu du XXème siècle, à la suite de la deuxième guerre mondiale. La pratique de la profession est alors essentiellement basée sur la rééducation fonctionnelle des blessés de guerre par le travail. On utilise le potentiel thérapeutique de l'activité afin de réduire la déficience, selon un modèle biomédical (Gable, 2000).

Les pays nord-américains ont remis en cause l'approche thérapeutique de l'activité pour remettre l'occupation au cœur de la profession, notamment grâce à des cadres théoriques spécifiques qu'ils ont élaborés (Polatajko 2001, Morel-Bracq 2017). Durant cette période, aucun modèle n'a été élaboré par des ergothérapeutes français destiné spécialement à la culture et aux pratiques françaises.

Afin de faciliter la compréhension et les concepts clés de l'ergothérapie venue des modèles étrangers, le Cadre Conceptuel du groupe Terminologie du réseau européen des écoles d'ergothérapie (CCTE) a été élaboré entre 2001 et 2008. Il a permis une réflexion internationale et la traduction de plusieurs concepts (Morel-Bracq, 2017). Pour exemple, le CCTE a mené aux définitions du terme d'occupation et d'activité, afin de clarifier l'utilisation des différents termes. L'occupation est définie comme : « *Un groupe d'activités, culturellement dénommé, qui a une valeur personnelle et socioculturelle et qui est le support de la participation à la société. Les occupations peuvent être classées en soins personnels, productivité et loisirs.* » (Meyer, 2013, p.59). L'activité est quant à elle définie comme « *Une suite structurée d'actions ou de tâches qui concourt aux occupations.* » (Meyer, 2013, p.59).

D'autres termes clés de l'ergothérapie ont pu être définis, comme la participation sociale. En se référant à la définition de la World Federation of Occupational Therapists (WFOT) faite en 2015, le but principal de l'ergothérapeute est de permettre au client une participation sociale grâce à ses occupations. Le CCTE définit la participation sociale comme « *l'engagement, par l'occupation, dans des situations de vie socialement conceptualisées.* » (Meyer, 2013, p. 170).

Les modèles et les concepts issus de pays étrangers sont difficilement appropriés par les ergothérapeutes français, « *d'une part en raison de la nécessité de traduction, mais également en raison de la différence culturelle* » (Morel-Bracq, 2008, p.84). Des ouvrages dirigés par des ergothérapeutes français ont alors permis la traduction et la synthèse des modèles conceptuels étrangers, et des exemples de leur mise en pratique. Nous pouvons citer « Nouveau guide de pratique en ergothérapie : entre concepts et réalités » (Caire, 2008), ou encore « Les modèles conceptuels en ergothérapie -Introduction aux concepts fondamentaux » (Morel-Bracq, 2017). Néanmoins, il n'y a actuellement toujours aucun modèle spécifique en ergothérapie, se basant sur les sciences de l'occupation, élaboré en France.

L'appropriation des concepts et des termes spécifiques, comme « occupation », continue d'être peu utilisé en France (Morel-Bracq, 2008). Dans la définition de la profession de l'Association Nationale Française des Ergothérapeutes (ANFE), le terme d'activité est utilisé préférentiellement à celui d'occupation dès la première ligne : « *L'ergothérapie se fonde sur le lien entre l'activité humaine et la santé* ». Des ergothérapeutes français œuvrent pour l'utilisation des sciences de l'occupation. Pour exemple un livre publié en 2018 et dirigé par Caire et Schabaille, *Engagement occupation et santé*, se consacre à l'évolution des pratiques de l'ergothérapie et à la place des occupations.

1.2.3.2. Les modèles spécifiques en santé mentale

En plus des modèles tirés des sciences de l'occupation, plusieurs cadres de référence peuvent guider les ergothérapeutes exerçant en santé mentale comme l'approche psychodynamique ou encore les Thérapies Cognitivo-Comportementales (TCC) et la RPS (Mandini, 2006).

Les pays anglo-saxons ont bénéficié de l'influence de courants philosophiques différents comme par exemple la thérapie comportementale qui a mené aux thérapies cognitivo-comportementales (Manidi, 2006, Morel-Bracq, 2017). En France, l'influence psychanalytique est prédominante, le modèle psychodynamique a guidé la pratique des ergothérapeutes en santé mentale de façon majoritaire : « *si bien que l'on a pu croire que c'était le seul modèle utilisable en psychiatrie* » (Morel-Bracq, 2017, p. 206). Un livre publié en 2016 et dirigé par Hernandez : « *Ergothérapie en psychiatrie : de la souffrance psychique à la réadaptation, 2ème édition* » illustre une ergothérapie en grande majorité psychodynamique. L'utilisation de l'espace transitionnel, de la créativité, de la relation ou encore du cadre thérapeutique à travers des activités médiatisées est développée.

Ainsi, les courants de Réhabilitation PsychoSociale (RPS) ne se développent en France que depuis une trentaine d'année (Franck, 2018). Et le cadre psychodynamique, avec le modèle de Winnicott reste actuellement un modèle de base pour l'ergothérapeute (Brossard, 2015, Hernandez, 2016).

1.3. La Réhabilitation Psychosociale (RPS)

Franck, psychiatre et référent du centre de référence en RPS, a défini en 2018 la RPS comme : *"des pratiques et une posture qui promeuvent les capacités à décider et à agir des personnes ayant des troubles mentaux sévères. Elle a pour enjeu de favoriser le rétablissement personnel et l'inclusion sociale de ces personnes, en tenant compte de la nature et de la complexité de leurs difficultés et de leurs besoins, en s'appuyant sur leurs capacités préservées et en respectant leurs choix."*

L'objectif principal de la RPS est de favoriser le rétablissement de la personne afin qu'elle acquière une participation sociale optimale. Le rétablissement a été défini par de nombreux auteurs, il peut être désigné par :

- un état objectif : le rétablissement est alors considéré comme une finalité, il se fonde sur des critères de rémission symptomatiques et fonctionnels. (Pachoud, 2012)
- un processus subjectif : le rétablissement est considéré comme un processus dynamique fondé sur les ressentis et les efforts continus de la personne pour surmonter la maladie. (Koenig-Flahaut., 2012)

Les concepts de RPS et de rétablissement ont modifié les pratiques en santé mentale : *« Le fait de se rétablir d'un trouble psychiatrique sévère tel que la schizophrénie est « une notion récente qui a changé la vision de la pathologie schizophrénique au cours des dernières décennies » (Lysaker et al., 2012) »* (Franck, 2016, p.10). Ces concepts ont poussé les professionnels de santé, comme les ergothérapeutes, à changer leur mode de pensée et d'accompagnement.

Ce nouveau mode d'accompagnement en RPS repose sur la notion d'empowerment (Franck, 2018). Gibson définit l'empowerment du patient comme le *« processus par lequel un patient augmente sa capacité à identifier et satisfaire ses besoins, résoudre ses problèmes et mobiliser ses ressources, de manière à avoir le sentiment de contrôler sa propre vie. »* (Gibson, 1991, p. 356). Cette notion vise à redonner son pouvoir d'agir à la personne présentant un trouble mental,

grâce au développement de son autonomie, à la prise en compte de son avenir et sa participation aux décisions la concernant. L'empowerment est alors lié à la notion de rétablissement (Franck, 2018).

La RPS est centrée sur le fonctionnement social de la personne et l'amélioration de sa qualité de vie et non pas sur sa pathologie (Giraud-Baro, 2007). Les stratégies d'intervention sont variées et font appel à des disciplines différentes, sanitaires et/ou sociales, et aux compétences de différents professionnels : évaluation fonctionnelle, psychoéducation, remédiation cognitive, ou encore entraînement habiletés sociales (Giraud-Baro, 2007, Franck, 2016). (cf. Annexe 1)

L'ergothérapeute, de par ses compétences professionnelles, peut s'inscrire dans un accompagnement RPS (Franck, 2016). Il aura alors pour but de rendre la personne actrice de son projet de soin et de son projet de vie afin qu'elle puisse s'engager pleinement dans ses occupations pour une participation sociale optimale.

2. L'accompagnement en ergothérapie de la personne présentant une schizophrénie

2.1. La personne présentant une schizophrénie

Afin de comprendre les principes d'accompagnement en ergothérapie de la personne présentant une schizophrénie, un éclairage clinique de la pathologie et ses conséquences sur la sphère sociale a été effectué.

2.1.1. Le tableau clinique de la schizophrénie

Selon l'OMS, les troubles mentaux regroupent « *un vaste ensemble de problèmes, dont les symptômes diffèrent. Ils se caractérisent généralement par une combinaison de pensées, d'émotions, de comportements et de rapports avec autrui anormaux* ». La santé mentale est aujourd'hui taboue et mal connue, et la stigmatisation des personnes présentant un trouble mental conduit à des phénomènes de discrimination et d'exclusion sociale. Pourtant, les troubles mentaux affecteront une personne sur quatre dans le monde à un moment ou l'autre de leur vie (OMS, 2005).

La schizophrénie représente la huitième cause d'incapacité chez les 14-44ans (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2011). Selon l'Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale (INSERM), en 2014 la schizophrénie touchait 0.5 à 1.5% de la population, et représentait 600 000 personnes en France. La prévalence des personnes atteintes de cette pathologie est alors importante.

Les causes de la schizophrénie demeurent inconnues, cependant la recherche a mis en évidence des déterminants plurifactoriels. Les hypothèses sont multiples : génétiques, périnatales, psychodynamiques, sociales et dopaminergiques. Cependant, à ce jour, l'interaction entre des facteurs génétiques et environnementaux est la cause la plus probable (OMS, 2016). Les premiers signes cliniques se manifestent généralement chez le jeune adulte, entre 15 et 25ans (INSERM, 2014). De plus, l'incidence est plus élevée chez l'homme que chez la femme (OMS, 2013).

Les troubles mentaux peuvent être répertoriés selon une nosographie dans le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-V). Dans ce manuel, il faut se référer aux symptômes suivants pour poser le diagnostic de la schizophrénie :

- Des idées délirantes ;
- Des hallucinations ;
- Un discours désorganisé ;
- Un comportement excessivement désorganisé ou catatonique ;
- Des symptômes négatifs.

Deux, ou plus, de ces symptômes doivent être présents durant une partie significative du temps pendant un mois. Et au moins l'un d'entre eux doit être des idées délirantes, des hallucinations ou un discours désorganisé. De plus le niveau de fonctionnement dans un ou plusieurs domaines importants, tels que le travail, les soins personnels ou encore les relations sociales doit être nettement en dessous du niveau atteint avant le début d'expression des symptômes.

En résumé l'OMS en 2018, à travers sa Classification Internationale des Maladies (CIM-11), caractérise la schizophrénie comme des troubles touchants différents aspects mentaux comme la perception, la pensée, la cognition, l'affect, l'expérience de soi, la volition et le comportement. Les délires, les hallucinations et les troubles du cours de la pensée sont considérés comme des symptômes fondamentaux et doivent persister durant au moins 1 mois

pour qu'un diagnostic puisse être posé. De plus, les symptômes ne doivent pas être une manifestation d'un autre état de santé (comme une tumeur au cerveau) et ne doivent pas être dus à l'effet d'une substance ou d'un médicament sur le système nerveux central (y compris le sevrage).

Dans la schizophrénie, on parle de symptômes négatifs (aboulie, émoussement affectifs, apragmatisme, anhédonie, ...), de symptômes positifs (hallucinations, délires, agitation, ...) et de troubles cognitifs. En effet, les troubles cognitifs sont désormais considérés comme un élément central de la maladie. Ils sont présents chez 80% des patients (Vianin, 2013). Les neuroleptiques ont une bonne efficacité lors des décompensations aiguës et sur les symptômes positifs, ainsi que sur la prévention des rechutes. Néanmoins les symptômes négatifs et les déficits cognitifs sont peu améliorés par les traitements médicamenteux. Des mesures de réhabilitation psychosociale semblent alors nécessaires (Stip, 2006).

Les retentissements fonctionnels, dus aux symptômes positifs et négatifs, mais également aux troubles cognitifs persistants, sont très importants. Les conséquences seront présentes dans toutes les sphères de la vie quotidienne et notamment dans les relations sociales (Franck, 2018).

2.1.2. Les conséquences de la schizophrénie dans les relations sociales

Le lien social a de multiples définitions. De façon générale, il peut être défini comme « *l'ensemble des relations concrètes que l'on entretient avec sa famille, ses amis, ses collègues ou ses voisins, jusqu'aux mécanismes collectifs de solidarité, en passant par les normes, les règles, les valeurs et les identités qui nous dotent d'un minimum de sens d'appartenance collective* » (Cusset, 2007, p.5). Ce sens d'appartenance peut être entravé par la manifestation des symptômes de la pathologie, et par les phénomènes d'exclusion et de stigmatisation des autres.

En effet les retentissements symptomatologiques peuvent entraver l'engagement de la personne dans ses relations sociales : « *les patients rapportent souvent une incapacité à engager ou à maintenir une conversation.* » (Franck, 2014, p.54). Franck explique en 2016 que la moitié des symptômes négatifs et des difficultés relationnelles sont expliqués par un trouble de la cognition sociale. La cognition sociale peut être définie comme : « *l'ensemble des processus cognitifs impliqués dans les interactions sociales.* » (Franck, 2016, p.22). Elle apparaît alors comme un élément clé du fonctionnement de la personne dans ses occupations, et de sa qualité de vie.

Les personnes présentant une schizophrénie « *ont moins d'accès à l'emploi, sont plus souvent célibataires et rapportent significativement moins d'événements en rapport avec des loisirs ou des relations sociales et familiales* » (Prouteau et Verdoux, 2011). Les retentissements des problématiques sociales impactent fortement la qualité de vie des personnes présentant une schizophrénie. Les difficultés causées par ces troubles entraînent une souffrance psychologique importante et « *[...] semblent participer activement au maintien des symptômes.* » (Prouteau et Verdoux, 2011).

L'Union Nationale des Familles et Amis de personnes Malades handicapées psychiques (UNAFAM) a proposé une définition du handicap psychique qui se caractérise par : « *un déficit relationnel, des difficultés de concentration, une grande variabilité dans la possibilité d'utilisation des capacités alors que la personne garde des facultés intellectuelles normales* ». Elle met l'accent sur l'importance des retentissements dans la vie quotidienne et la vie sociale et professionnelle de la personne et de son entourage, et non pas sur la pathologie en elle-même.

L'UNAFAM propose une liste de cinq domaines à prendre en considération : la capacité à prendre soin de soi, la capacité à se former et à avoir une vie professionnelle, la capacité à se maintenir dans un logement, et notamment la capacité à établir des relations durables et à organiser une vie sociale et des loisirs.

L'expertise de l'ergothérapeute prend alors tout son sens dans l'accompagnement de la personne ayant une schizophrénie. Si on se réfère à la définition de la WFOT, l'ergothérapeute permettra une évaluation des retentissements dans sa vie quotidienne en prenant en compte son environnement, afin de permettre à la personne de s'engager dans ses occupations pour permettre une participation sociale optimale.

2.2. Les recommandations professionnelles en santé mentale

Afin d'accompagner au mieux les personnes présentant un trouble mental, comme la schizophrénie, des recommandations professionnelles à l'échelle mondiale et nationale sont faites pour guider la pratique des professionnels de santé, et de l'ergothérapeute en particulier.

2.2.1. Les recommandations mondiales et nationales

En 2013, dans le Plan d'action global pour la santé mentale 2013-2020, tous les États membres de l'OMS s'engagent à prendre des mesures particulières pour améliorer la santé mentale et contribuer à atteindre les cibles mondiales.

Le but du plan est de promouvoir le bien-être mental, de prévenir les troubles mentaux, de dispenser des soins, d'améliorer les chances de rétablissement, de promouvoir les droits fondamentaux et de réduire la mortalité, la morbidité et le handicap chez les personnes atteintes de troubles mentaux (OMS, 2013). Ainsi, ce plan s'inscrit dans une dynamique de RPS en favorisant le concept de rétablissement.

Depuis la loi de 2005 reconnaissant le handicap psychique, l'Etat encourage le développement des associations d'entraide (maison des usagers, Groupes d'Entraide Mutuelle) afin de lutter contre l'isolement social. De plus, il encourage la mise en place de programmes d'éducation thérapeutique qui visent à favoriser l'autonomie de la personne qui est au cœur de son projet de soin. (ANFE, 2016). Ce concept fondamental de l'autonomie est au cœur de la pratique des ergothérapeutes : *« le but de l'ergothérapie est de favoriser le maintien ou l'accession au maximum d'autonomie des individus en situation de handicap et ceci dans leur environnement » (Detraz, 1992).* »

Le plan Psychiatrie et santé mentale 2011-2015, favorise le concept de RPS comme une ligne directrice de la prise en soin des personnes présentant un trouble de la santé mentale. Il y est mentionné que : *« Ce plan doit promouvoir la réhabilitation psycho-sociale au sens large du terme dans la mesure où elle permet l'insertion, la citoyenneté, la qualité de vie, la dignité, l'accès à une formation et au travail. ».*

On retrouve également les termes de réhabilitation et le souhait de favoriser le rétablissement des personnes présentant un trouble psychique dans le décret du 27 juillet 2017 sur le projet territorial de santé mentale. Enfin, dans l'instruction de la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) de 2019, le développement des soins de réhabilitation psychosociale est annoncé dans le cadre du projet territorial.

L'article L.3221-1 du Code de la santé publique rappelle que l'accompagnement en santé mentale ne comprend pas que le diagnostic mais également des actions de prévention et des soins de réadaptation et de réinsertion sociale qui peuvent être mises en œuvre par des acteurs diversifiés intervenant dans ces domaines, comme l'ergothérapeute qui peut intervenir dans ces

trois domaines d'actions. Ainsi les relations entre les structures médicales, sociales et médicosociales sont essentielles.

2.2.2. Les recommandations en ergothérapie selon l'ANFE

L'ergothérapeute peut exercer dans différentes structures en santé mentale que ce soit dans une structure sanitaire ou médico-sociale, ou encore en libéral, pouvant alors favoriser le lien entre les structures. L'accompagnement en ergothérapie peut varier avec le type de structure. Néanmoins, « *il s'inscrit toujours dans une stratégie d'intervention prenant en compte 3 niveaux qui sont : la personne avec ses capacités et ses limites, son environnement social avec ses moyens et ses ressources, et l'exercice de sa citoyenneté.* » (ANFE, 2016). Comme pour toute intervention, l'ergothérapeute fait le lien entre la personne, son environnement et ses occupations.

L'ANFE a publié en 2016, le livre blanc en santé mentale, afin de clarifier le rôle des ergothérapeutes en santé mentale et de guider leur pratique. Le livre blanc tente ainsi de participer aux multiples changements que connaît la santé mentale aujourd'hui et de s'inscrire dans une démarche de RPS. L'ergothérapeute accompagne le développement de l'empowerment des personnes pour qu'elles puissent s'affirmer en tant que citoyen (ANFE, 2016).

Le livre blanc en santé mentale donne quelques exemples d'objectifs d'accompagnement qui sont :

- « -valoriser, soutenir la confiance et l'estime de soi ;
- accompagner la prise de conscience de son potentiel et de ses limites à travers l'agir ;
- encourager l'expression de ses émotions et le travail d'élaboration psychique ;
- développer sa capacité à établir des relations adaptées et satisfaisantes ;
- restaurer, maintenir ou améliorer ses fonctions cognitives ;
- inscrire la personne dans une temporalité, une organisation et un rythme de travail ;
- développer ou maintenir l'indépendance et l'autonomie dans les activités de vie quotidienne et trouver des stratégies ou des moyens de compensation si nécessaire ;
- encourager une dynamique de changement basée sur la motivation et l'engagement ;

-accompagner dans un changement des habitudes et dans l'élaboration d'un projet de vie. »
(ANFE, 2016)

De plus, la formation des étudiants et le choix de leur compétence permet également de guider leur future pratique. Aujourd'hui le nouveau référentiel de formation des ergothérapeutes en France intègre d'autres cadres de référence que le modèle psychodynamique. Depuis 2010, la compétence 3 du portfolio de l'étudiant en ergothérapie stipule que l'ergothérapeute doit « *Mettre en œuvre des activités de soins, de rééducation, de réadaptation, de réinsertion et de réhabilitation psycho-sociale en ergothérapie. »*.

En résumé, les recommandations professionnelles de l'ergothérapie en santé mentale encouragent les accompagnements dans le cadre de la RPS. Un centre ressource en RPS, a été créé en 2015. Il coordonne les actions des centres référents RPS répartis sur le territoire français. De plus, il contribue au développement de nouvelles modalités de diagnostic, d'évaluation et de soins pour les personnes présentant des troubles de la santé mentale. Il place le rétablissement de la personne au cœur de son approche. L'ergothérapeute est un professionnel pouvant intervenir dans les centres RPS.

2.2.3. Les différentes stratégies d'accompagnement de l'ergothérapeute

Malgré la spécificité de chaque approche l'ergothérapeute vise toujours l'autonomie, le bien-être et la qualité de vie de la personne. (ANFE, 2016).

De plus, la démarche en ergothérapie reste toujours la même :

- « *Recueil de données et évaluation initiale*
- *Diagnostic ergothérapique et cadre conceptuel*
- *Formulation des objectifs*
- *Cadre de l'intervention : les mises en situation (gestion du quotidien, habiletés sociales, éducation thérapeutique) et les médiations thérapeutiques (artisanales, artistiques, sportives, etc.)*
- *Evaluation et traçabilité »* (ANFE, 2016).

Les stratégies¹ utilisées par l'ergothérapeute résultent du choix de modèles conceptuels, et d'outils d'évaluation et d'intervention, afin de coordonner son accompagnement pour atteindre les objectifs de la personne. En effet, selon Morel-Bracq, un modèle permet de « *définir, guider et argumenter la pratique* », et plus spécifiquement en ergothérapie, il « *aide les ergothérapeutes et facilite la reconnaissance de l'ergothérapie par les autres membres de l'équipe médicale et paramédicale* ». (2008, p. 83). En santé mentale, les stratégies de l'ergothérapeute peuvent varier selon le modèle, appliqué en santé mentale ou spécifique à l'ergothérapie, qu'il a choisi. (cf. Annexe II)

D'autres stratégies peuvent également être utilisées comme moyens, notamment dans les modalités de son cadre d'intervention. L'accompagnement peut être individuel ou sous forme d'activités de groupe, qui « *permettent d'observer les personnes dans un cadre où les interactions sociales vont avoir une incidence sur leur comportement* » (Bernard, 2008, p.224).

3. Un rapport d'étonnement sur la différence des pratiques des ergothérapeutes en santé mentale au Québec et en France

Afin de compléter la revue de littérature et d'élaborer la problématique de recherche, un rapport d'étonnement sur la différence de pratique de l'ergothérapeute en santé mentale au Québec et en France a été effectué. L'« *entrée par l'étonnement* » constitue une approche pour étudier les situations au sein desquelles des acteurs sont confrontés à une situation-problème (Thievenaz, 2014). La capacité de s'étonner de cette situation permet d'enrichir ses connaissances et son expérience professionnelle : « *une des compétences centrales des professionnels de santé consiste à relancer en permanence une capacité d'étonnement afin d'enrichir sans cesse son expérience* » (Thievenaz, 2013, p116).

Ce rapport fait suite à un entretien exploratoire effectué avec M.V., étudiant en troisième année d'ergothérapie à l'institut de Toulouse. Il a effectué un stage dans le domaine de la santé mentale en France et au Québec, et s'est lui aussi étonné de la différence d'accompagnement en ergothérapie des personnes présentant une schizophrénie dans ces deux pays. (cf. Annexe III)

¹ La stratégie est définie comme « l'art de coordonner des actions, de manœuvrer habilement pour atteindre un but » (Dictionnaire Larousse).

Il a effectué son stage du semestre 5 à Montréal dans un service communautaire, qu'il apparente au Centre Médico Psychologique (CMP) en France. Les ergothérapeutes reçoivent des clients adultes présentant une schizophrénie mais également des clients présentant une bipolarité, des Troubles Obsessionnels Compulsifs (TOC), ou encore de Troubles du Déficit de l'Attention avec ou sans Hyperactivité (TDA/H). Ces personnes sont orientées en ergothérapie après une pré évaluation, qui a rapporté des problématiques de fonctionnement dans leurs occupations. L'ergothérapeute du service est ancrée dans le MOH pour guider sa pratique en santé mentale. Elle est également formée en TCC et RPS. En première intention deux entretiens motivationnels² sont faits avant de négocier les objectifs thérapeutiques avec le client et lui permettre de s'engager dans l'accompagnement. Ces entretiens sont semi-structurés et basés sur l'Occupational Circumstances Assessment-Interview and Rating Scale : OCAIRS (Forsyth et al., 2005). Lors de ces deux premiers entretiens, l'ergothérapeute évalue le client grâce à d'autres outils comme l'horaire occupationnel, mais également avec des mises en situation écologiques et des visites à domicile. Cette évaluation va permettre la mise en place des objectifs et du plan d'intervention, en collaboration avec le client. Ils vont se baser sur les activités signifiantes et significatives (occupations) et sur les rôles du client. L'accompagnement dans la sphère sociale est ensuite individuel et se base notamment sur des mises en situation et des jeux de rôles, avec des mises en place de stratégies. Il existe également un accompagnement de groupe, comparable à une session d'Education Thérapeutique du Patient (ETP) : « retour au travail ».

En France, M.V. a effectué un stage en clinique psychiatrique. Il rencontrait les mêmes profils de personnes en ergothérapie, notamment des personnes présentant une schizophrénie, et également des personnes ayant des conduites addictives. Une « *maison de l'ergothérapie* » était présente dans cette clinique, et les personnes ayant une prescription pour de l'ergothérapie se rendaient sur place sur la base du volontariat. Le rôle de l'ergothérapeute en France a été plus difficile à définir par M.V. : « *Il y avait peu d'informations sur les rôles de l'ergothérapeute dans la structure et j'ai moi-même eu plus de mal à définir le rôle de l'ergothérapeute car il était beaucoup plus flou qu'au Québec* ».

² L'entretien motivationnel est une approche dans laquelle la conversation collaborative est utilisée avec le client afin de renforcer sa motivation et son engagement vers le changement (Miller, 2013).

Les principales missions de l'ergothérapeute étaient de réengager les patients dans leur autonomie et leur revalorisation. L'ergothérapeute était ancrée dans une approche de RPS. Les moyens d'intervention étaient principalement des médiations expressives et créatives. L'accompagnement était sous la forme d'ateliers de groupe tel que l'écriture, la peinture, la poterie ou encore le sable. Il existait également des ateliers cognitifs axés sur la mémoire.

En résumé, M.V. exprime que l'approche durant son stage en France était plus centrée sur la pathologie. Il a qualifié la pratique de « réductrice », car les médiations artisanales n'étaient pas basées sur les activités signifiantes et significatives de la personne. Au Canada M.V a qualifié la pratique de l'ergothérapeute comme centrée sur le client et ses occupations. Enfin M.V. a exprimé qu'au Québec le plus gros facilitateur était la reconnaissance et la connaissance du métier et du rôle de l'ergothérapeute par le client pour s'engager dans son accompagnement. En comparaison avec la France, où les patients « *avaient plus de mal à comprendre le rôle de l'ergothérapeute* ».

Cet entretien m'a permis de m'étonner, dans un premier temps, sur la façon de dénommer la personne présentant une schizophrénie accompagnée par l'ergothérapeute. Au Canada, le terme de client est utilisé pour rendre la personne actrice de son projet de soin, en France le terme de patient était utilisé par l'ergothérapeute. Ensuite, on peut s'étonner de la différence de pratique pour un même public. L'ergothérapeute en France, est ancrée dans une démarche de RPS qui sous-tend au modèle cognitivo-comportemental (Morel-Bracq, 2017). Pourtant les moyens d'intervention : médiations créatives et expressives, font penser au cadre psychodynamique (Morel-Bracq, 2017). On peut également relever que l'ergothérapeute au Canada s'ancre dans un modèle tiré des sciences de l'occupation, le MOH, et utilise des outils d'évaluation validés comme l'OCAIRS, en cohérence avec ce modèle. Enfin je me suis étonnée que, dans son stage en France, M.V. énonce un objectif principal de l'ergothérapie, mais ne mentionne pas de phase d'évaluation et d'établissement d'objectifs individuels.

Ce rapport d'étonnement a permis, dans une dynamique de méthodologie de recherche, à élaborer la problématique. « *C'est plutôt de la capacité du sujet de s'étonner d'un phénomène qu'il rencontre que dépend tout processus de réélaboration de l'expérience* » (Thievenaz, 2013, p.116).

III.QUESTION DE RECHERCHE

Aujourd’hui, le rôle de l’ergothérapeute en santé mentale est encore trop peu défini (ANFE 2016).

Malgré l’élaboration de recommandations professionnelles et d’un cadre d’intervention, les ergothérapeutes exerçant en santé mentale se heurtent aux différents modèles conceptuels, spécifiques en ergothérapie et appliqués en santé mentale, qui guident les pratiques (ANFE, 2016).

Suite à la première partie de revue de la littérature et au rapport d’étonnement, la méthode PICO (Personne-Intervention-Comparaison-Outcome) a été utilisée pour formuler une question de recherche (Tétreault, 2014).

Présentation de la PICO :

<i>POPULATION</i>	Les ergothérapeutes accompagnant des personnes présentant une schizophrénie
<i>INTERVENTION</i>	L’accompagnement en réhabilitation psychosociale de la personne présentant une schizophrénie
<i>COMPARAISON</i>	-
<i>OUTCOME</i>	L’analyse des stratégies utilisées par l’ergothérapeute

La question de recherche suivante a ainsi pu être définie :

Quelles sont les stratégies utilisées par les ergothérapeutes lors d’un accompagnement en réhabilitation psychosociale des personnes présentant une schizophrénie ?

IV. METHODOLOGIE

4.1. Objectif de la recherche

La question de départ formulée suite à mes réflexions quant à mon stage en santé mentale était la suivante :

Comment l'ergothérapeute accompagne la personne présentant une schizophrénie, notamment dans sa problématique sociale, quels modèles et outils utilise-t-elle pour sa pratique ?

Un état des lieux a été effectué sur l'évolution du domaine de la santé mentale et de l'ergothérapie, ainsi que sur l'accompagnement en ergothérapie en France des personnes présentant une schizophrénie, dans un contexte de Réhabilitation Psychosociale (RPS). De plus, un rapport d'étonnement sur la pratique de l'ergothérapeute en France et au Canada est venu compléter cette partie théorique afin de définir la question de recherche suivante :

Quelles sont les stratégies utilisées par les ergothérapeutes lors d'un accompagnement en réhabilitation psychosociale des personnes présentant une schizophrénie ?

L'objectif de cette deuxième partie est d'effectuer une analyse des pratiques professionnelles des ergothérapeutes dans leur accompagnement auprès des personnes présentant une schizophrénie. Cette analyse a pour but de redéfinir le rôle de l'ergothérapeute en santé mentale auprès de cette population dans le contexte actuel de RPS.

4.2. Population ciblée

Ce travail d'initiation à la recherche repose sur les pratiques des ergothérapeutes auprès des personnes présentant une schizophrénie dans un contexte de RPS. Le choix de la population ciblée s'oriente ainsi sur les ergothérapeutes exerçant en santé mentale en France.

Pour ce faire, la population d'ergothérapeutes enquêtés doit répondre à plusieurs critères d'inclusion, à savoir :

Critères d'inclusion :

- Être ergothérapeute exerçant en France ;
- Travailler actuellement dans un service de santé mentale auprès de personnes présentant une schizophrénie ;
- Fonder sa pratique dans une démarche de RPS.

4.3. Choix de l'outil d'enquête : le questionnaire

Afin d'effectuer cette étude sur les pratiques professionnelles des ergothérapeutes, la méthode par questionnaire a été privilégiée. En effet, l'utilisation d'une méthode quantitative et qualitative permet de collecter les informations nécessaires afin de définir le rôle de l'ergothérapeute. Ainsi, le questionnaire constitue un outil de recherche adapté qui permet de toucher un échantillon important, représentatif de la population ciblée afin de répondre à notre problématique d'étude. Enfin, le choix d'un questionnaire auto-administré permet une diffusion plus efficiente (Tétreault, 2014).

4.4. Démarche expérimentale**4.4.1. Construction du questionnaire**

Le questionnaire de l'étude a été réalisé en ligne avec Google Form. Il a été conçu pour que le temps de réponse ne dépasse pas 10 minutes. Il débute par un texte introductif, expliquant le but de l'enquête et les critères d'inclusion.

Les questions fermées sont utilisées de façon majoritaire avec différentes modalités (choix multiples et échelles de Likert). Ces questions permettent d'obtenir des informations quantifiables et facilement exploitables (Tétreault, 2014). Des questions ouvertes sont également utilisées pour permettre d'élargir le champ des réponses des ergothérapeutes afin de recueillir le maximum de stratégies d'intervention utilisées, sans influencer les réponses.

En premier lieu, les questions 1 à 4 permettent de définir la population interrogée. Elles nous indiquent l'année d'obtention du diplôme d'État (DE) et l'institut de formation dans lequel l'ergothérapeute a été formé. Ensuite, le type de structure dans laquelle le professionnel exerce,

ainsi que le nombre d'années d'accompagnement de personnes présentant une schizophrénie, sont demandés.

La seconde partie du questionnaire, des questions 5 à 7, permet de renseigner leurs opinions quant au rôle principal de l'ergothérapeute auprès de cette population, et les étapes clés de leur accompagnement. Ensuite, une question à choix multiples consent à définir de quelle façon ils considèrent la RPS dans leur accompagnement afin d'appréhender la suite du questionnaire.

La troisième partie du questionnaire, des question 8 à 10, permet de poser le cadre conceptuel des professionnels interrogés. Il leur a été demandé s'ils utilisent des modèles conceptuels généraux appliqués en santé mentale, puis s'ils ancrent leur accompagnement dans d'autres modèles spécifiques en ergothérapie. Une échelle de Likert donne ensuite place à leurs opinions quant aux répercussions d'un modèle conceptuel sur leur pratique.

Une quatrième partie, des questions 11 à 14, s'intéresse aux outils d'évaluation et d'intervention utilisés. Une première question à choix multiples concerne l'utilisation d'outils d'évaluation et d'entretiens validés. Ensuite, afin de sonder de façon la plus exhaustive possible, les stratégies d'intervention utilisées ; trois questions concernent les moyens d'accompagnement en ergothérapie. Une première est présentée sous forme de question ouverte, une deuxième propose des choix multiples, et enfin la troisième permet de préciser chaque réponse du choix multiple. Pour finir, une question s'intéresse aux modalités d'accompagnement sous forme de deux sous-questions ; il était demandé aux ergothérapeutes s'ils utilisent de façon préférentielle l'accompagnement en individuel ou en groupe, puis sous la forme d'une réponse courte de préciser pourquoi ils font ce choix.

Enfin une dernière partie, des questions 15 à 17, permet de laisser la liberté au professionnel de rajouter des éléments non abordés lors du questionnaire. Une échelle de Likert permet ensuite de sonder leur opinion sur la place de l'ergothérapeute en RPS en France. Finalement, une dernière question leur demande d'indiquer s'ils ont des formations complémentaires au DE. (cf. Annexe IV)

4.4.2 Diffusion du questionnaire

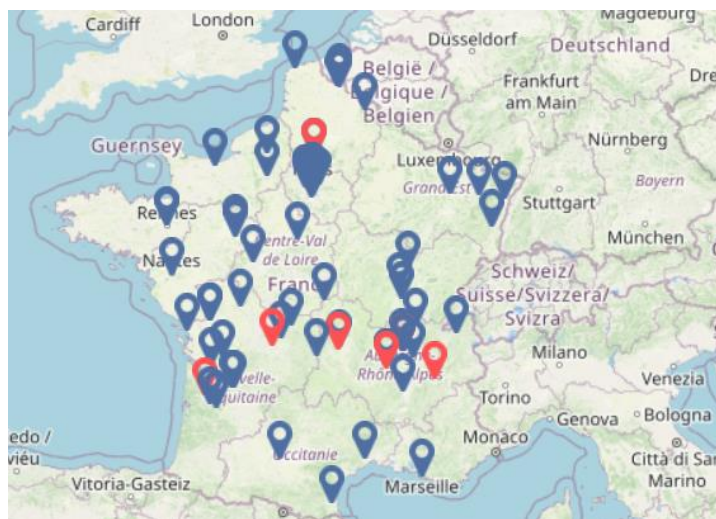
La diffusion du questionnaire s'est faite selon deux modalités : mailing et réseaux sociaux professionnels. Il a été envoyé aux professionnels ergothérapeutes qui sont intervenus à l'institut de formation sur le thème de la santé mentale. Un mail a également été transmis aux 13 membres du Groupe de Réflexion sur l'Ergothérapie en Santé Mentale (GRESM). Ce mail contenait un texte résumant l'objectif de la recherche et les critères d'inclusion, ainsi qu'un lien hypertexte renvoyant au questionnaire en ligne. (cf. Annexe V)

En outre, la diffusion du questionnaire a été faite grâce aux réseaux sociaux professionnels dont un groupe spécifique à l'ergothérapie en santé mentale et un autre dédié aux mémoires en ergothérapie. (cf. Annexe VI)

De plus, le questionnaire a été mis en ligne sur le site « Ergopsy ». A titre informatif, ce site est modéré par Muriel Launois, ergothérapeute en psychiatrie et enseignante à l'IFE de Nancy, et membre du GRESM depuis 2017. Le site permet la diffusion en ligne des questionnaires des étudiants dans le cadre de leur mémoire d'initiation à la recherche.

Enfin, les centres spécialisés en RPS ont été contactés par mail grâce au site du centre de ressource RPS. Ce site rassemble l'ensemble des centres RPS existant en France. Il a permis de cibler les ergothérapeutes exerçant dans des centres spécialisés, afin de se rapprocher du cœur de la cible de cette recherche.

Figure 1 : Répartition des centres RPS en France :



Le questionnaire a été envoyé début mars pour une durée d'un mois.

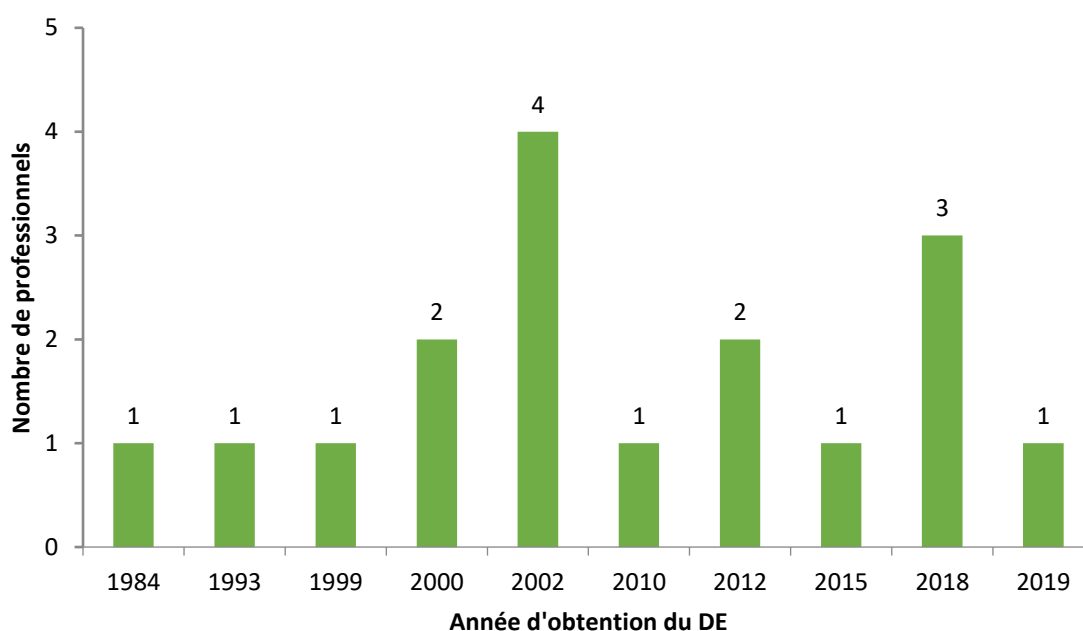
V. RESULTATS ET INTERPRETATIONS

A la fin de cette période, le nombre de réponses obtenues était de 17. Les réponses ont été traitées à l'aide des fonctions associées au questionnaire en ligne « Google Form » et regroupées dans un tableau. (cf. Annexe VII)

Concernant les questions fermées, les informations obtenues ont été directement rassemblées et quantifiées. Pour les questions ouvertes, une technique d'analyse thématique a été utilisée (Bardin, 2013).

5.1. Présentation des ergothérapeutes interrogés

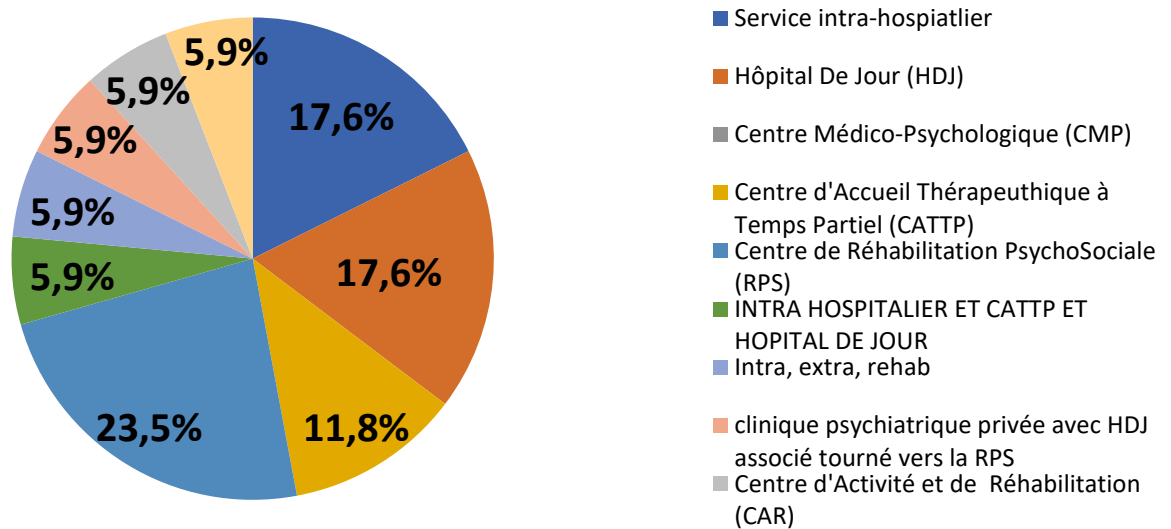
Figure 2 : Année d'obtention du diplôme d'état (DE) :



Cette enquête a été menée auprès de 17 professionnels diplômés entre 1984 et 2019.

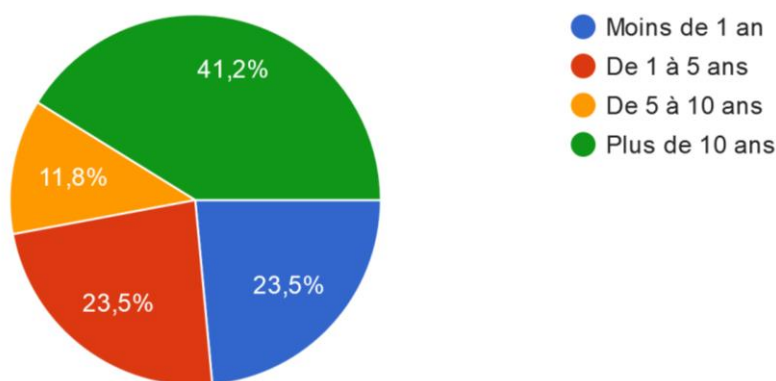
Les ergothérapeutes interrogés ont obtenu leur DE dans les IFE de Nancy (trois ergothérapeutes), Paris, (deux ergothérapeutes), Bruxelles (deux ergothérapeutes), Evreux, Montpellier, Charleroi, Bordeaux, Alençon, Limoges, Liège, Rennes, Berck sur mer, ainsi que Lyon.

Figure 3 : Type de structure dans lesquelles les ergothérapeutes exercent :



Les professionnels interrogés travaillent dans différents types de structures en santé mentale. A raison de 23,5 %, la plus forte mobilisation de répondants concerne des ergothérapeutes exerçant en centre RPS. Il s'agit de la cible de cette recherche. Viennent ensuite, les ergothérapeutes exerçant en service intra hospitalier et en HDJ, à raison de 17,6%. Ensuite, 11,8% des ergothérapeutes interrogés exercent en CATTP. Enfin le CMP, le CAR, et des services mêlant plusieurs types de structures ont chacun été cités une fois.

Figure 4 : Année(s) de pratique dans l'accompagnement de personnes présentant une schizophrénie :



Dans l'échantillon de professionnels sondés, la majorité a une grande expérience (plus de 10 ans) dans l'accompagnement de personnes présentant une schizophrénie, à raison de 41,2%.

Ensuite, 11,8% des ergothérapeutes ont entre 5 et 10 ans d'expérience et 23,5% a entre 1 et 5ans d'expérience. Enfin 23,5% ont moins de 1 an d'expérience dans l'accompagnement de personnes présentant une schizophrénie.

5.2. Rôle principal de l'ergothérapeute et étapes clés de l'accompagnement

Pour rendre compte des réponses concernant le rôle principal et les étapes clés de l'accompagnement de l'ergothérapeute, les réponses ont été analysées comparativement aux recommandations du livre blanc en santé mentale (ANFE, 2016). (cf. II. 2.3.)

Figure 5 : Rôle principal de l'ergothérapeute auprès des personnes présentant une schizophrénie :

<i>Rôles principaux de l'ergothérapeute (ANFE, 2016)</i>	<i>Nombre de fois abordés par les professionnels interrogés</i>
Accompagner dans un changement des habitudes et dans l'élaboration d'un projet de vie.	<i>8 fois</i>
Développer ou maintenir l'indépendance et l'autonomie dans les activités de vie quotidienne et trouver des stratégies ou des moyens de compensation si nécessaire.	<i>7 fois</i>
Développer sa capacité à établir des relations adaptées et satisfaisantes.	<i>5 fois</i>
Accompagner la prise de conscience de son potentiel et de ses limites à travers l'agir.	<i>4 fois</i>
Encourager une dynamique de changement basée sur la motivation et l'engagement.	<i>3 fois</i>
Inscrire la personne dans une temporalité, une organisation et un rythme de travail ; Restaurer, maintenir ou améliorer ses	<i>2 fois</i>

fonctions cognitives ; Valoriser, soutenir la confiance et l'estime de soi.	
Encourager l'expression de ses émotions et le travail d'élaboration psychique.	1 fois

Les missions principales de l'ergothérapeute relevées par cette question concernent : l'élaboration d'un projet de vie et le changement d'habitudes, le développement de l'autonomie, le développement des relations sociales satisfaisantes et la prise de conscience des capacités et des limites à travers l'agir. (cf, Annexe VIII)

Ces missions font écho à la définition de la RPS par Franck (cf. II. 1.3). Néanmoins, les mots en lien direct avec la RPS à savoir le rétablissement et l'empowerment ont été mentionnés peu de fois. « *Favoriser le rétablissement* » a été cité deux fois, et le mot empowerment n'a pas été utilisé, cependant l'expression « *encourager le pouvoir d'agir* » a été cité une fois.

Figure 6 : Etapes clés de l'accompagnement :

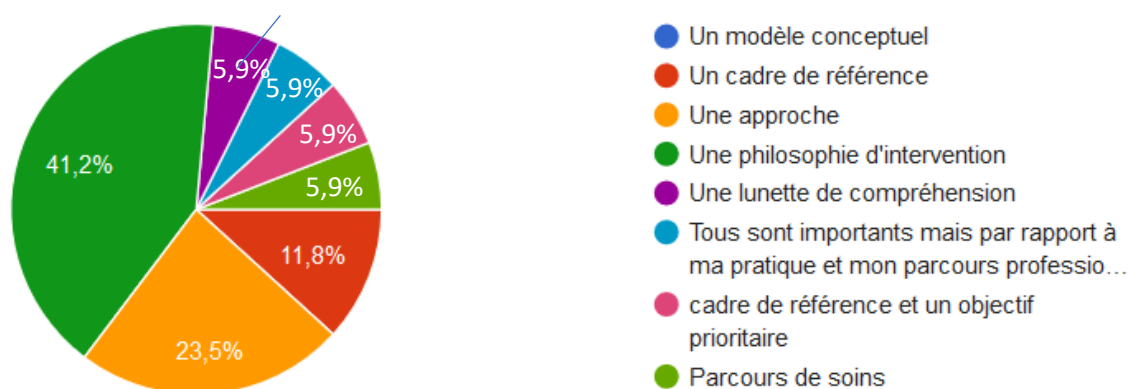
<i>Les étapes clés de l'accompagnement en ergothérapie (ANFE, 2016)</i>	<i>Nombre de fois abordés par les ergothérapeutes interrogés</i>
Recueil de données et évaluation initiale	13 fois
Diagnostic ergothérapique et cadre conceptuel	0 fois
Formulation des objectifs	6 fois
Cadre de l'intervention	17 fois
Evaluation et traçabilité	4 fois

Dans les étapes relevées par les professionnels interrogés, l'évaluation initiale n'est pas systématique (cités treize fois). De plus, la formulation des objectifs avec la personne n'a été citée que six fois, et l'évaluation et la traçabilité à long terme seulement quatre fois.

Le mot diagnostic et le choix d'un cadre conceptuel n'a été abordé par aucun des ergothérapeutes. Cette étape reflète ainsi les difficultés d'appropriation des modèles conceptuels par les ergothérapeutes français (cf. II. 1.2.).

Enfin, la mise en place d'une alliance thérapeutique, comme une étape clé et précédant toutes les autres, a été citée 4 fois. (cf. Annexe IX)

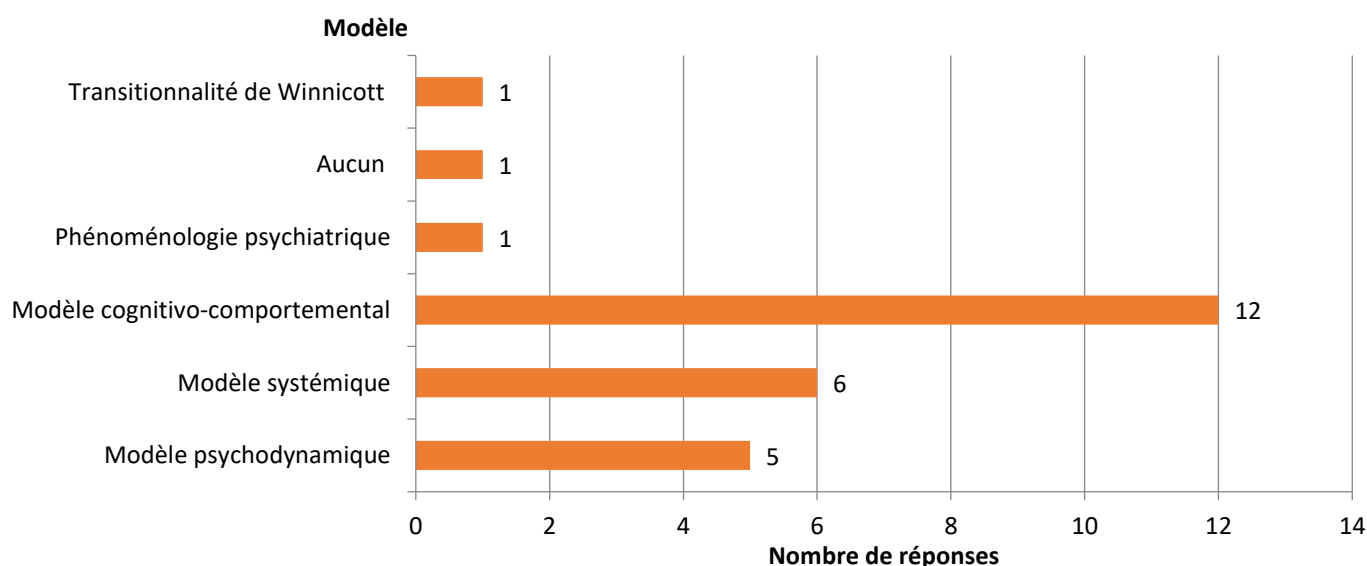
Figure 7 : Façon selon laquelle les ergothérapeutes perçoivent la RPS :



La majorité des ergothérapeutes interrogés, à raison de 41,2% considère la RPS comme une philosophie d'intervention. Ensuite 23,5% la considèrent comme une approche et 11,8% comme un cadre de référence. On notera que le terme de « *parcours de soin* », d'« *objectif prioritaire* » et de « *changement de paradigme* » ont également été mentionnés, chacun une fois, par un professionnel. Ce terme de changement de paradigme illustre bien le changement de vision du professionnel dans son accompagnement en utilisant la RPS (cf. II.1.3.).

5.3. Cadre conceptuel des ergothérapeutes interrogés

Figure 8 : Modèle appliquée en santé mentale :

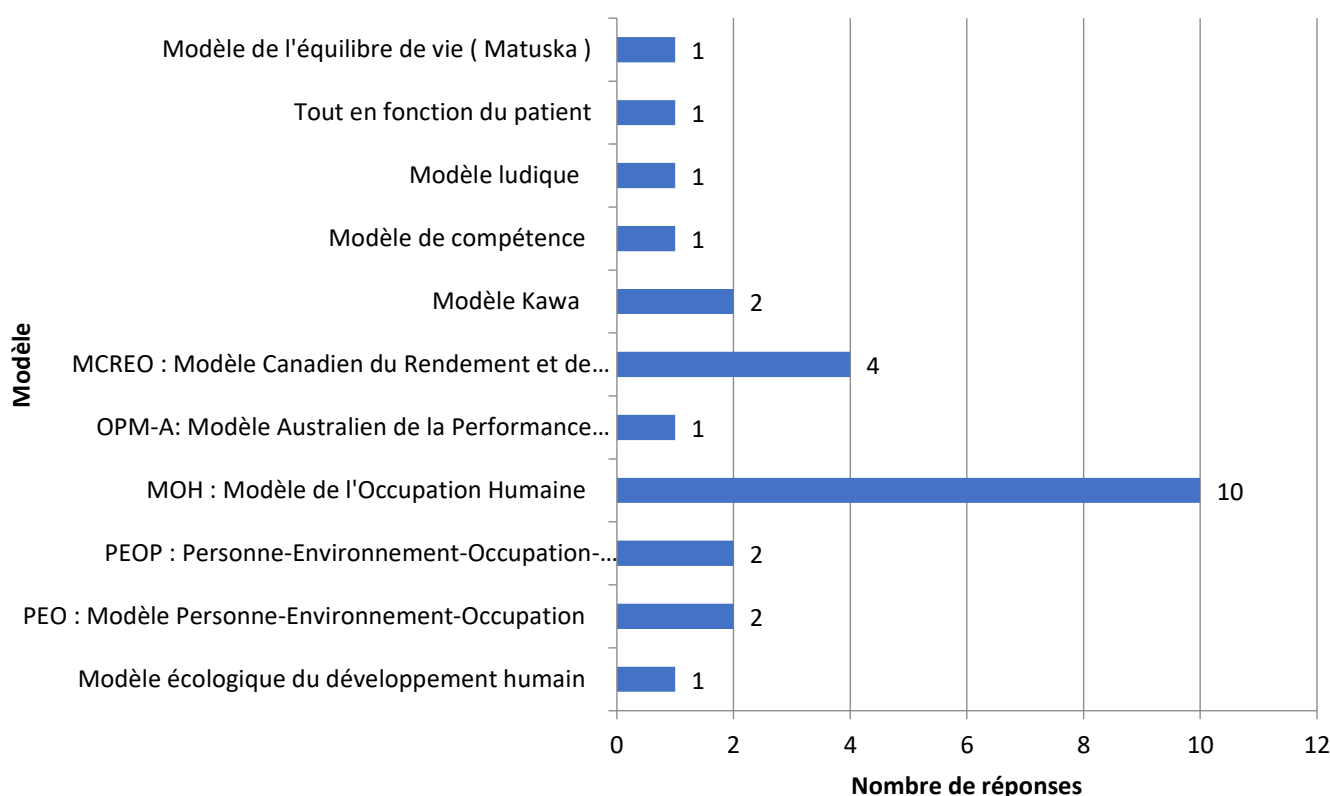


La majorité des ergothérapeutes, au nombre de douze, s'ancre dans un modèle cognitivo-comportemental : le cadre de la RPS sous-tend à ce modèle (cf. I. 1.1.). Ensuite, six professionnels s'ancrent dans un modèle systémique et cinq dans un modèle psychodynamique. On notera que la phénoménologie psychiatrique et la transitionnalité de Winnicott ont été cités. Enfin, un professionnel a dit ne se baser sur aucun modèle appliqué en santé mentale.

L'approche phénoménologique en psychiatrie permet une compréhension psychopathologique héritée de la philosophie phénoménologique, dans le but de rendre compte des fondements de l'expérience clinique. Elle propose une attitude critique, par rapport aux modèles psychiatriques dominants, comme le modèle psychodynamique ou encore le modèle cognitivo-comportemental (Cermolace, 2015). Il est intéressant de relever que le professionnel qui a cité la phénoménologie psychiatrique, a également cité le modèle psychodynamique et le modèle cognitivo-comportemental.

Le modèle de la transitionnalité de Winnicott, est une théorie psychanalytique du développement psycho-affectif de l'enfant, cette théorie s'ancre dans un cadre psychodynamique (Morel-Bracq, 2017).

Figure 9 : Modèle spécifique en ergothérapie



La majorité des ergothérapeutes, a raison de huit réponses, est ancrée dans le MOH, modèle de référence pour l'ergothérapie (cf. II.1.2.), et quatre professionnels s'ancrent dans le MCREO, modèle découlant du MOH.

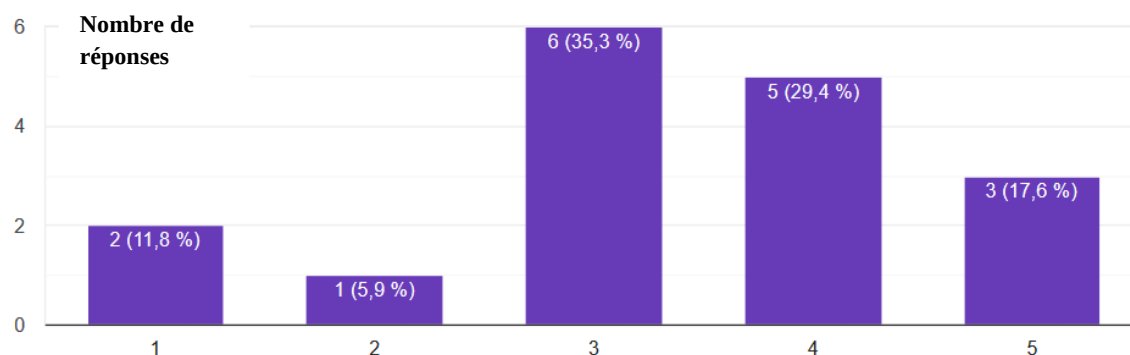
Par ailleurs un ergothérapeute a rapporté que : « *Kawa me plait comme métaphore, mais ce n'est pas la métaphore de tout le monde. Et le côté ludique reste très important pour moi, mais plus dans un état d'esprit que comme un modèle à appliquer* ». Pour rappel, le modèle kawa est basé sur la métaphore de la rivière. Elle permet à la personne de décrire ses problèmes et ses déterminants personnels dans son environnement. (cf. Annexe II)

Enfin, un professionnel a déclaré utiliser « *un peu de tous ceux-ci en fonction du patient* ». L'utilisation d'un modèle conceptuel peut ne pas être fixée et varier en fonction de la personne.

Figure 10 : Répercussions de l'utilisation d'un modèle conceptuel dans la pratique

Selon vous, l'utilisation d'un modèle conceptuel a-t-elle des répercussions sur votre pratique auprès des personnes présentant une schizophrénie ?

1 : « pas du tout d'accord » et 5 : « tout à fait d'accord »

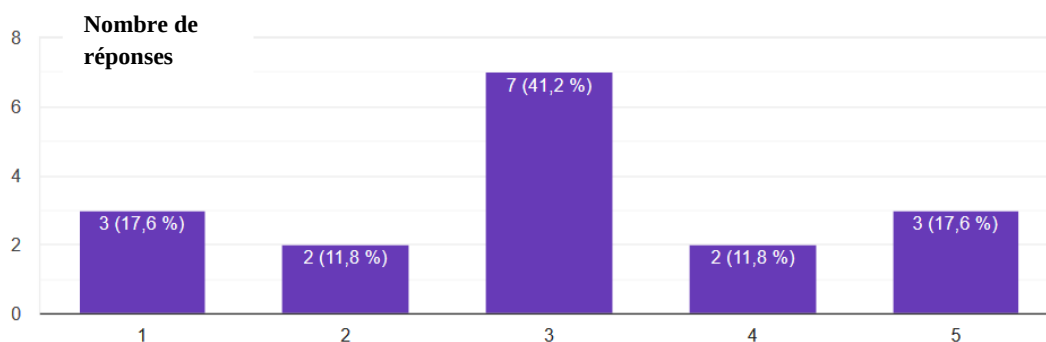


La note moyenne correspond à 3,6 sur l'échelle de Likert. Ainsi les professionnels sont plutôt d'accord sur le fait que l'utilisation d'un modèle conceptuel a des répercussions sur leur pratique. Il est intéressant de noter que deux professionnels estiment que l'utilisation d'un modèle n'a aucune répercussion sur leur pratique.

Figure 11 : Place de l'ergothérapeute en RPS en France :

Selon vous, aujourd'hui la place de l'ergothérapeute en RPS est-elle majoritaire en France ?

1 : « pas du tout d'accord » et 5 : « tout à fait d'accord »

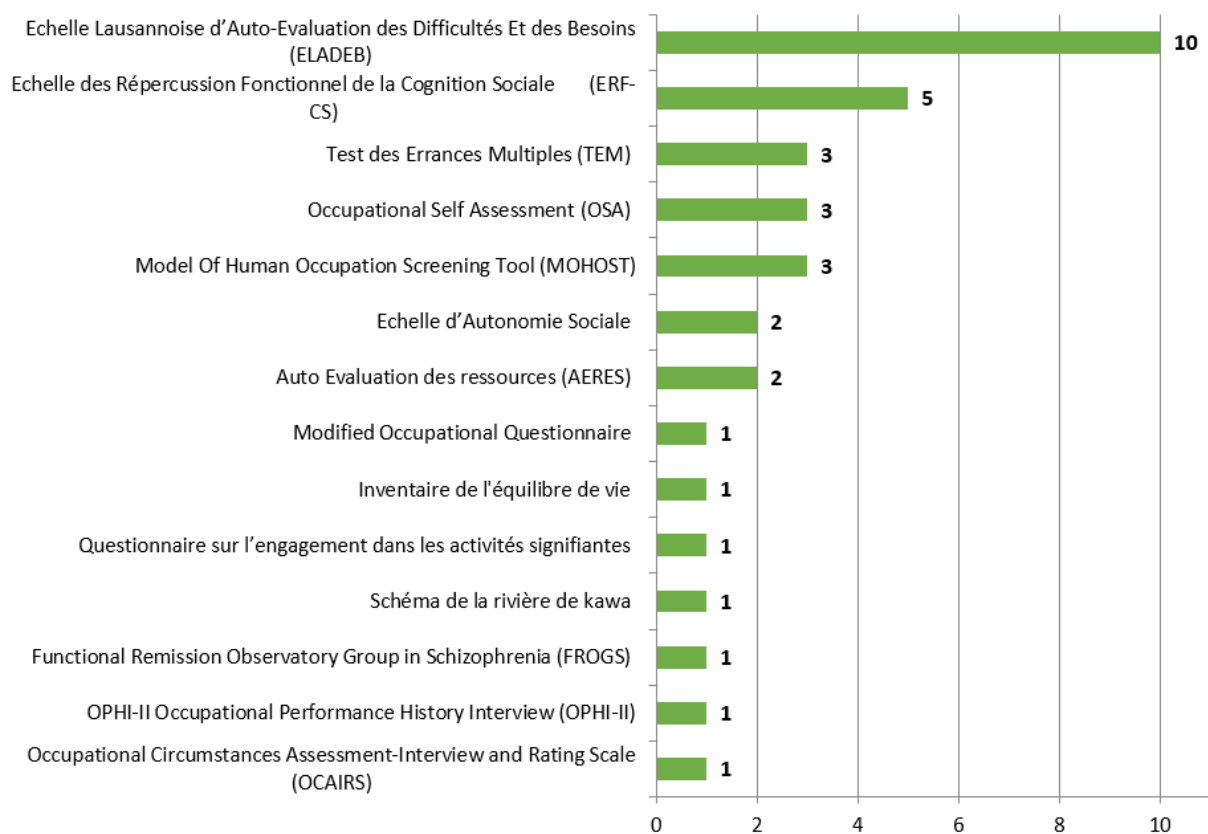


La moyenne des réponses des professionnels interrogés quant à la place de l'ergothérapeute en RPS en France est de 3 sur l'échelle de Likert, ce qui traduit une réponse neutre. La majorité des professionnels, à raison de six réponses, ont un avis neutre. De plus, trois professionnels estiment n'être pas du tout d'accord et trois autres sont tout à fait d'accord.

5.4. Les différents moyens d'accompagnement

Figure 9 : Utilisation d'outils validés :

La majorité des ergothérapeutes, à raison de quatorze réponses, utilise l'ELADEB et cinq ergothérapeutes utilisent l'ERF-CS. Ces échelles sont toutes deux des outils de la RPS. D'autres bilans de RPS ont été mentionnés plusieurs fois comme l'EAS (cité deux fois) et l'AERES (cité deux fois). (cf. II. 1. 3.)



Il est également intéressant de relever qu'un professionnel a notifié « *ELADEB est une échelle passée par les IDE dans notre structure et l'ERF-CS est passée par la neuropsychologue* ». En effet, les outils spécifiques à la RPS ne sont pas spécifiques à l'ergothérapie.

Le Test des Errances Multiples (TEM) a également été cité trois fois. Ce test a été élaboré en 1991 par Shallice et Burgees afin d'évaluer les déficits des fonctions exécutives, chez les personnes présentant un traumatisme crânien, par des mises en situation de vie réelle. Néanmoins, il n'est pas validé pour les personnes présentant une schizophrénie (Shallice, 1991).

L'échelle de rémission fonctionnelle de la schizophrénie, l'échelle FROGS, a été citée une fois. Ce questionnaire n'a été créé en lien avec aucune approche ou modèle. Il est a été élaboré grâce à un consensus d'experts afin de couvrir les principaux aspects de la rémission fonctionnelle : « *Vie quotidienne* », « *Activités* », « *Qualité de l'adaptation* », « *Vie relationnelle* », « *Santé et traitement* » (Rouillon, 2013).

Graphique 12 : Utilisation de stratégies :

Type de stratégies	Exemples d'utilisation
MES : Mise en situation (Cité 17 fois)	Ateliers cuisine : courses, recette ; Gestion du budget ; Prises transports en commun ; Entretien du logement ; MES au domicile de la personne.
Médiation (Cité 13 fois)	Ecriture : atelier d'expression, atelier journal ; Activité picturale : sur papier, sur soie ; Mosaïque ; Fils et tissus : crochet, couture, tricot ; Terre ; Collage ; Théâtre : réalisation des masques pour jouer en amont ; Atelier esthétique ; Activité physique ; Méditation.
RC : Remédiation cognitive (Cité 9 fois) (cf. II. 1. 3.)	CRT : (cité 4 fois) ; IPT : (cité 3 fois) ; EMC : (cité 3 fois) ; PRACS : (cité 3 fois) ; RECOS : (cité 2 fois) Mickael's game (cité 2 fois) ; RC2S ; Jeu mathurin (réalité virtuelle) ; PEP'S ; Tom ReMed ; Programme Gaia ; Atelier Feelings ® ; Exercices papier crayon : atelier cognitif avec différents exercices stimulant les capacités cognitives ; Travail du schéma corporel. (cf, II. 1. 3.)

EHS : Entraînement aux Habiletés sociales (Cité 9 fois)	Jeu Compétences ® (cité 4 fois) ; Jeux de rôle ; Atelier de gestion des émotions et estime de soi.
Jeu de rôle (Cité 9 fois)	Scènes de situations quotidiennes problématiques.
Activité ludique (Cité 11 fois)	Jeux cognitifs ; Jeux de coopération ; Jeux de société : DIXIT ®.
Entretien individuel (Cité 4 fois)	Elaboration du projet de vie ; Temps d'échanges autour des symptômes et des stratégies personnelles ; Travail sur les étapes de rétablissement.
Sortie thérapeutique (Cité 4 fois)	Loisirs : restaurant ; Culture : musée, cinéma.
Autres	Approche COOP ; Mise en place d'un case manager ; TCC : troubles du sommeil ; Education Thérapeutique du Patient (ETP) : Cocréation d'outil de thérapie, psychoéducation, visite à domicile.

Les stratégies les plus utilisées par les ergothérapeutes interrogés sont les mises en situation. Elles ont été citées par l'ensemble de la population ciblée. Les mises en situation sont utilisées uniquement dans le cadre d'évaluation pour quatre professionnels.

Les médiations, à visées créatives et expressives, viennent ensuite à raison de treize réponses. Il est intéressant de noter que les médiations sont utilisées sous forme d'atelier en groupe (cités cinq fois).

La RC et l'EHS sont ensuite cités par neuf professionnels. Ces stratégies sont directement en lien avec la pratique en RPS (Franck, 2016). Les jeux de rôle ont également été cités neuf fois, ils sont notamment utilisés dans le cadre de l'EHS (cités quatre fois).

L'utilisation du cadre thérapeutique comme une stratégie à part entière a également été abordé par deux ergothérapeutes.

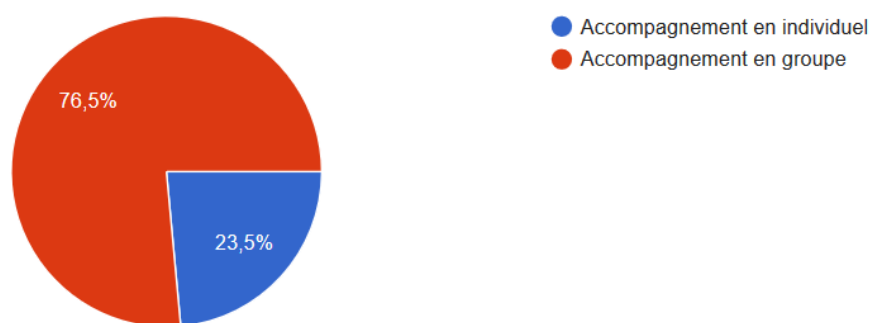
Enfin, l'ETP a été cité une fois. Selon l'OMS, l'ETP vise à « *aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie*

chronique » (OMS, 1996). Ainsi l'ETP s'inscrit dans une démarche de RPS notamment avec la notion d'empowerment (cf .II. 1. 3.). L'accompagnement professionnel a également été abordé deux fois, sous forme d'atelier sur le thème des compétences, du curriculum vitae, de la lettre de motivation, ou encore de la préparation à l'entretien d'embauche. Ce thème pourrait s'inscrire dans une démarche d'ETP.

D'autres stratégies d'intervention ont été mentionnées comme l'utilisation de l'approche Cognitive Orientation to daily Occupational Performance (CO-OP) (Polatajko et Mandich, 2004). Elle a été validée initialement chez des enfants ayant un trouble de l'acquisition de la coordination. Dans cette approche, la personne apprend à utiliser des stratégies métacognitives de résolution de problèmes pour atteindre ses propres buts dans la réalisation d'activités fonctionnelles grâce à la découverte guidée par le thérapeute (Morel-Bracq, 2017).

Enfin, la mise en place d'un case manager au sein de l'équipe pluridisciplinaire, comme « *professionnel référent* » de la personne, a été citée. Le case management s'applique au parcours de soin de personnes atteintes de pathologies chroniques. Il vise à améliorer leurs compétences dans leur environnement habituel (ANFE, 2016). L'ANFE rappelle que ses missions s'inscrivent dans le champ de compétence de l'ergothérapeute et qu'il « *serait regrettable de ne pas [...] recruter en priorité des ergothérapeutes.* » (2016).

Graphique 13 : Modalité d'accompagnement



La majorité des ergothérapeutes, à raison de 76,5%, privilégie un accompagnement de groupe ; les professionnels précisent ce choix pour l'intérêt du travail des interactions sociales (cité sept fois) et l'intérêt du levier motivationnel qu'apporte le groupe (cité quatre fois).

Les ergothérapeutes privilégiant l'accompagnement individuel mettent l'accent sur l'individualisation de l'intervention en fonction des objectifs de la personne (citée trois fois) afin de la replacer au centre de l'accompagnement.

Il est également intéressant de noter que cinq ergothérapeutes ont spécifié utiliser les deux types d'accompagnement ; dont deux qui ont précisé que la modalité d'accompagnement dépendait de la personne et deux du moment de l'accompagnement.

Pour finir, lors de la question ouverte à la fin du questionnaire sur les éléments non abordés ou des commentaires, plusieurs thèmes ont pu être relevés. L'importance de baser son accompagnement sur les besoins et les envies du patient dans une démarche de rétablissement a également été abordée deux fois. Enfin l'importance de la pluridisciplinarité a été évoquée cinq fois. L'accompagnement pluridisciplinaire a été cité sous plusieurs formes comme les groupes coanimés, ou encore des entretiens et de temps d'échanges avec l'équipe.

VI. DISCUSSION

Le recueil et l'interprétation des données des questionnaires d'étude des pratiques des ergothérapeutes accompagnant des personnes présentant une schizophrénie dans un contexte de RPS, ont permis de donner des pistes de réponses à la question de recherche : **Quelles sont les stratégies utilisées par les ergothérapeutes lors d'un accompagnement en réhabilitation psychosociale des personnes présentant une schizophrénie ?** Cette enquête a permis de mettre en lumière le fait que les pratiques des ergothérapeutes en RPS peuvent être variables pour une même population, que ce soit au niveau du choix du modèle conceptuel, des outils d'évaluation ou encore des moyens d'intervention. Néanmoins, des spécificités d'accompagnement ressortent de cette enquête, ainsi que des pistes de réflexion.

Premièrement, l'analyse du questionnaire a permis de mettre en lumière le cadre conceptuel des ergothérapeutes interrogés. La grande majorité des professionnels est ancrée dans un modèle cognitivo-comportemental, ce qui n'est pas étonnant car l'approche en RPS sous-tend à ce modèle. Cependant, un quart de la population interrogée est ancrée dans un modèle psychodynamique. Dans la pratique les stratégies les plus utilisées par les ergothérapeutes sont semblables à savoir : les mises en situation, les médiations créatives et expressives, la RC et

l'EHS. Cette constatation peut être appuyée par une étude comparative menée par Bouvet dans laquelle il avait pu affirmer que « *les clivages affirmés entre des pratiques émanant des TCC et celles se référant à la psychanalyse sont parfois artificiels quand on s'intéresse à la pratique concrète des thérapeutes sur le terrain* » (Bouvet, 2008, p.288). En effet malgré la différence de cadres conceptuels des ergothérapeutes sondés, les stratégies d'intervention restent semblables à celles annoncées par le livre blanc à savoir les mises en situation et les médiations (ANFE, 2016). La modalité d'accompagnement en groupe semble également être une spécificité d'intervention des ergothérapeutes en RPS. En effet, la majorité préfère un accompagnement en groupe dans un but d'évaluation et de développement des habiletés sociales.

Dans un deuxième temps, l'analyse des étapes d'intervention des ergothérapeutes a pu mettre en évidence qu'aucun professionnel n'a mentionné le choix du cadre conceptuel et l'élaboration du diagnostic en ergothérapie comme une étape à part entière. Bien que la majorité des professionnels interrogés a rapporté être ancrée dans des modèles spécifiques en ergothérapie, et notamment dans le MOH, le terme « occupation » n'a été utilisé aucune fois dans les moyens d'intervention. L'utilisation concrète de modèle lié aux sciences de l'occupation semble difficilement appropriée par les personnes ayant répondu au questionnaire. Cette enquête a permis de mettre en lumière la revue de la littérature précédemment effectuée sur l'évolution des pratiques françaises et sur le contexte conceptuel actuel.

De plus, dans les autres étapes relevées par les professionnels interrogés, l'évaluation initiale n'a pas été systématiquement énoncée et la formulation des objectifs avec la personne a été abordée peu de fois. Néanmoins, l'ELADEB semble l'outil préférentiellement utilisé par les ergothérapeutes afin de placer les besoins de la personne au centre de l'accompagnement.

D'autre part, la RPS est considérée par les professionnels au-delà d'un modèle ou concept, comme une véritable approche et philosophie d'intervention qui bouleverse le mode d'accompagnement en santé mentale. Néanmoins, les opinions des professionnels quant à la place actuelle de l'ergothérapeute en RPS semblent encore partagées.

Les formations complémentaires au DE semblent influencer les pratiques. La formation sur l'approche systémique a été définie par un ergothérapeute comme « *indispensable* » pour les professionnels travaillant en santé mentale afin de comprendre la personne et son environnement. Une formation à la rigologie a également été citée par un professionnel, elle lui a permis de mettre en place des jeux de rôle en lien avec celle-ci. Enfin, les diplômes

universitaires (DU) et les formations en lien direct avec la RPS, comme le DU de remédiation, cognitive influencent directement les professionnels sur des choix d'outils d'évaluation et d'intervention validés.

En outre, des biais ont pu être révélés dans ce travail d'initiation à la recherche. Premièrement, la limite majoritaire de cette enquête est le faible nombre de réponses, à savoir 17. Il semble difficile de dégager une analyse des pratiques des ergothérapeutes en RPS avec si peu d'informations. En effet, la crise sanitaire actuelle a entravé la diffusion du questionnaire et la disponibilité des ergothérapeutes pour répondre à celui-ci. De plus, le contenu du questionnaire a fait ressortir certaines limites, notamment pour l'exhaustivité de la récolte des stratégies utilisées par les ergothérapeutes, qui était pourtant l'objectif même de l'enquête. Malgré trois questions concernant les moyens d'intervention, certaines stratégies d'intervention n'ont pas été développées à cause d'un manque de clarté des questions.

Enfin, cette enquête a permis de faire ressortir des pistes de réflexion quant aux pratiques des ergothérapeutes en RPS. L'utilisation du test des errances multiples (TEM), est un outil d'évaluation intéressant de par les mises en situation de vie réelle, une adaptation et une validation auprès d'un champ de population plus large, notamment en santé mentale et pour les personnes présentant une schizophrénie, semble être une perspective intéressante.

D'autres perspectives sont ressorties de l'enquête, comme le lien entre la RPS et les techniques liées à l'ETP, notamment autour de la notion d'empowerment de la personne. L'intérêt de la méthode d'animation issue de l'ETP, consistant à favoriser les échanges de savoirs et de stratégies entre les personnes, a également été souligné par un professionnel. Il l'a défini comme « *une méthode d'animation qui permet de respecter la parole du patient et de lui donner une vraie place d'interlocuteur* ». Un travail de recherche sur la place de l'ETP en RPS pourrait tenter d'explorer cette perspective.

En outre, l'approche CO-OP, qui permet l'utilisation de stratégies de résolution de problème par la personne, a été citée. Elle est initialement utilisée auprès des enfants. La place de cette approche auprès des personnes présentant une schizophrénie semble être, elle aussi, une réflexion intéressante.

Par ailleurs, un autre modèle tiré des sciences de l'occupation, et qui n'a pas été traduit par Morel-Bracq dans « *Les modèles conceptuels en ergothérapie -Introduction aux concepts*

fondamentaux », a été mentionné ; il s'agit du modèle d'équilibre de vie de Matuska. Cette ergothérapeute américaine s'intéresse à l'importance de l'équilibre de vie, et de la gestion de ses occupations et de sa fatigue. Elle a élaboré un outil de mesure, le Life Balance Inventory, en cohérence avec ce modèle (Matuska et Christiansen, 2008). Il a été traduit en français par l'Inventaire de l'équilibre de vie (Larivière et Levasseur, 2016). Cet outil a été mentionné une fois dans les résultats. Pourtant la personne présentant une schizophrénie a d'importantes répercussions dans ses activités, et notamment dans ses activités sociales, l'équilibre de vie peut alors être affecté. L'utilisation de ce modèle et de l'outil, qui a été traduit en français, semble pertinent auprès de cette population.

Enfin, l'utilisation de l'entretien motivationnel, stratégie utilisée par l'ergothérapeute au Canada, est un outil intéressant que les ergothérapeutes français n'ont pas mentionné dans les réponses du questionnaire. L'appropriation de cette stratégie permettrait de renforcer la motivation et l'engagement de la personne dans son accompagnement en RPS.

VII. CONCLUSION

A l'issue de constats et de réflexions suite à un stage effectué en santé mentale, la question de départ de ce travail d'initiation à la recherche avait ainsi été formulée : Comment l'ergothérapeute accompagne la personne présentant une schizophrénie, notamment dans sa problématique sociale, quels modèles et outils utilise-t-elle pour sa pratique ?

Dans un premier temps l'évolution du domaine de la santé mentale et de l'ergothérapie a été étudié, des débuts de la psychiatrie en France au cadre conceptuel actuel des ergothérapeutes et à la place de la RPS. L'accompagnement en ergothérapie de la personne présentant une schizophrénie a également été abordé, au travers d'une présentation de la pathologie et de ses retentissements sur la sphère sociale, puis au travers des recommandations professionnelles en santé mentale en ergothérapie. Un rapport d'étonnement sur la différence des pratiques des ergothérapeutes en santé mentale au Québec et en France est également venu compléter cette partie théorique. Il a notamment permis de mettre en évidence que le rôle de l'ergothérapeute en France semble encore difficile à définir. Cette exploration a permis d'élaborer la question de recherche suivante : Quelles sont les stratégies utilisées par les ergothérapeutes lors d'un accompagnement en réhabilitation psychosociale des personnes présentant une schizophrénie ?

Un questionnaire a alors été élaboré afin d'effectuer une analyse des pratiques professionnelles des ergothérapeutes et de redéfinir leur rôle. L'analyse des réponses a permis de mettre en lumière des spécificités d'accompagnement. La démarche en RPS est perçue comme une philosophie d'intervention qui permet une approche différente en santé mentale. Les ergothérapeutes ancrent majoritairement leurs pratiques dans un modèle cognitivo-comportemental. L'outil d'évaluation le plus utilisé est l'ELADEB, et leurs stratégies d'intervention sont préférentiellement des mises en situation écologiques, des médiations créatives et expressives, la RC et l'EHS à travers des jeux de rôle. Ces moyens d'intervention sont majoritairement sous forme de groupe afin de favoriser les interactions sociales.

La majorité des professionnels interrogés ont dit être ancrés dans des modèles spécifiques en ergothérapie, notamment dans le MOH et le MCREO. Néanmoins l'utilisation du terme « occupation » n'a été mentionné aucune fois dans les moyens d'intervention. L'utilisation pratique des modèles liés aux sciences de l'occupation semble difficilement appropriée par les ergothérapeutes interrogés, en comparaison des modèles appliqués en santé mentale.

La perspective d'un travail de recherche mené auprès d'un échantillon plus grand pourrait être envisagée. Elle permettrait de poursuivre cette enquête afin d'effectuer un véritable état des lieux des pratiques des ergothérapeutes, et contribuer à clarifier leur rôle en santé mentale.

VIII. REFERENCES

OUVRAGE :

1. Caire, J. M., et Schabaille, A. (2018). *Engagement occupation et santé. (Actualité en ergothérapie, Une approche centrée sur l'accompagnement de l'activité de la personne dans son contexte de vie.* Paris, France : Association Nationale Française des Ergothérapeutes (ANFE).
2. Franck, N. (2016). *Outils de la réhabilitation en psychiatrie.* Elsevier-Masson, Paris.
3. Franck, N. (2018). *Traité de réhabilitation psychosociale.* Elsevier Health Sciences.
4. Hernandez, H. (2016). *Ergothérapie en psychiatrie : De la souffrance psychique à la réadaptation.* De Boeck Supérieur.
5. Liberman, R. P., DeRisi, W. J., Mueser, K. T., & Périard, P. (2005). *Entraînement aux habiletés sociales pour les patients psychiatriques.* Retz.
6. Meyer, S. (2013). *De l'activité à la participation* (1re édition). France : De Boeck Supérieur.
7. Morel-Bracq, M. C. (2017). *Les modèles conceptuels en ergothérapie -Introduction aux concepts fondamentaux* (2ème édition). France : De Boeck Supérieur.
8. Oury, J. (2004). Préface. Dans Klein, F.(dir). *Être ergothérapeute en psychiatrie.* France : De Boeck Supérieur.
9. Pierce, D., (2016). *La science de l'occupation pour l'ergothérapie* (traduit par M.C. Morel-Bracq). Paris : De Boeck -Solal.
10. Tétreault, S., Guillez, P., Izard, M.-H., & Morel, M.-C. (2014). *Guide pratique de recherche en réadaptation* (1re édition). De Boeck.

11. Vianin, P. (2013). La remédiation cognitive dans la schizophrénie. *Le programme RECOS, Mardaga, Bruxelles.*

ARTICLE :

12. ACE (1997). Promouvoir l'occupation : une PersPective de l'Ergothérapie, Ottawa, CAOT, 238 p.
13. Aghotor, J., Pfueller, U., Moritz, S., Weisbrod, M., & Roesch-Ely, D. (2010). Metacognitive training for patients with schizophrenia (MCT): feasibility and preliminary evidence for its efficacy. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 41(3), 207-211.
14. Baum c. M., Christiansen c. & Bass, J.D. (2015). The Person-EnvironmentOccupation-Performance (PEOP) Model. In Occupational therapy : performance, participation, and well-being (pp. 49-55). Slack Incorporated.
15. Bazin, N., Passerieux, C., & Hardy-Bayle, M. C. (2010). ToMRemed: une technique de remédiation cognitive centrée sur la théorie de l'esprit pour les patients schizophrènes. *Journal de thérapie comportementale et cognitive*, 20(1), 16-21.
16. Bellier-Teichmann, T., Fusi, M., & Pomini, V. (2017). Évaluer les ressources des patients : une approche centrée sur le rétablissement. *Pratiques Psychologiques*, 23(1), 41-59.
17. Bouvet, C. (2008). Comparaison de deux groupes thérapeutiques de courants différents (thérapie cognitivo-comportementale, psychodynamique): différences, similitudes et enrichissements réciproques possibles. *L'information psychiatrique*, 84(4), 287-294.

18. Bossard, C., Launois, M., Schmitt, B., & Wihlidal, M. C. (2015). « Que devient l'ergothérapie ? » Conversation entre ergos. *VST-Vie sociale et traitements*, (4), 60-66.
19. Brenner, H. D., Hodel, B., Roder, V., & Corrigan, P. (1992). Integrated psychological therapy for schizophrenic patients (IPT) : Basic assumptions, current status and future directions. *Schizophrenia and affective psychoses : Nosology in contemporary psychiatry*, 201-209.
20. Bronfenbrenner, U. (1979). *The Ecology of Human Development : Experiments by Nature and Design*. Cambridge, MA : Harvard University Press.
21. Canadian Association of Occupational Therapy (1991). *La mesure canadienne du Rendement occupationnel*, Toronto, CAOT Publications.
22. Cattin, E. (2017). D'un lien possible entre réhabilitation psychosociale et psychothérapie institutionnelle.
23. Caria, A., Roelandt, J. L., Bellamy, V., & Vandeborre, A. (2010). « Santé Mentale en Population Générale : Images et Réalités (SMPG) »: Présentation de la méthodologie d'enquête. *L'Encéphale*, 36(3), 1-6.
24. Cermolacce, M., Martin, B., & Naudin, J. (2015). Approche phénoménologique en psychiatrie. *EMC-Psychiatrie*, 37-080.
25. Chapparo, C., Ranka I. (1997). *Occupational Performance Model (Australia)*. Monograph 1, April. Occupational Performance Network, School of OT, The University of Sydney, PO Box 170, Lidcombe, NSW Australia 2141
26. Cusset, P.Y. (2007). *Le lien social. Sociologie*. Editions Armand Colin.
27. Duprez, M. (2008). Réhabilitation psychosociale et psychothérapie institutionnelle. *L'information psychiatrique*, 84(10), 907-912.

28. Favrod, J., Nguyen, A., Fankhauser, C., Frobert, L., McCluskey, I., & Rexhaj, S. (2016). Programme Émotions positives pour la schizophrénie (PEPS). *Outils de la réhabilitation psychosociale : Pratiques en faveur du rétablissement*, 127.
29. Forsyth, K., Deshpande, S., Kielhofner, G., Henriksson, C., Haglund, L., Olson, L., ... & Kulkarni, S. (2005). The Occupational Circumstances Assessment Interview and Rating Scale Version 4.0, 2005.
30. Gable, G. (2000). Historique de l'ergothérapie. *Ergothérapie, guide de pratique*. ANFE.
31. Gibson, C.H. (1991). A concept analysis of empowerment. *Journal of Advanced Nursing*, 16, 354-361.
32. Giraud-Baro, E. (2007). Réhabilitation psychosociale en France. In *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique* (Vol. 165, No. 3, pp. 191-194). Elsevier Masson.
33. Gaudelus, B., & Franck, N. (2012). Troubles du traitement des informations faciales. Le programme Gaïa. *Remédiation cognitive*, 169-180.
34. Hervieux, C., Gendron, A. M., Lançon, C., Martano, B., & Umidon, G. (2007). Un nouveau programme psychoéducatif, le programme de renforcement de l'autonomie et des capacités sociales (Pracs). *L'information psychiatrique*, 83(4), 277-283.
35. Iwama, M. (2005). The Kawa (river) model, Nature, life flow, and the power of culturally relevant occupational therapy in Occupational Therapy without borders, Kronenberg F., Simo Algado S., Pollard N. Ed., Elsevier churchill Livingstone, p. 213-227.
36. Kielhofner G. (2008) Model of Human Occupation, 4. éd., Baltimore, Lippincott Williams & Wilkins, 565 p.
37. Koenig-Flahaut, M., Castillo, M. C., Schaer, V., Le Borgne, P., Bouleau, J. H., & Blanchet, A. (2012). Le rétablissement du soi dans la schizophrénie. *L'information psychiatrique*, 88(4), 279-285.

38. Larivière, N., & Levasseur, M. (2016). Traduction et validation du questionnaire ergothérapique l'Inventaire de l'équilibre de vie : Translation and validation of the Life Balance Inventory : An occupational therapy questionnaire. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 83(2), 103-114.

39. Law, M., Cooper, B., Strong, S., Stewart, D., Rigby, P., & Letts, L. (1996). The person-environment-occupation model : A transactive approach to occupational performance. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 63(1), 9-23

40. Leguay, D., Cochet, A., Matignon, G., Hairy, A., & Fortassin, O. (1998). L'Echelle d'Autonomie Sociale. *L'Encéphale (Paris)*, 24(2), 108-115.

41. Manidi, M. J. (2006). *Ergothérapie comparée en santé mentale et psychiatrie*. Haute école de travail social et de la santé-EESP-Vaud.

42. Matuska, K. M., & Christiansen, C. H. (2008). A proposed model of lifestyle balance. *Journal of Occupational Science*, 15(1), 9-19.

43. Meyer, A. (1922). The philosophy of occupation therapy. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*, 1(1), 1-10.

44. Miller, W. R., & Rollnick, S. (2013). L'entretien motivationnel. *Aider la personne à engager le changement*, 2.

45. Morel-Bracq (2008). Dans Caire, J. M. (dir). *Nouveau guide de pratique en ergothérapie : entre concepts et réalités*. De Boeck-Solal.

46. Pachoud, B. (2012). Se rétablir de troubles psychiatriques : un changement de regard sur le devenir des personnes. *L'information psychiatrique*, 88(4), 257-266.

47. Peyroux, É., Gaudelus, B., & Franck, N. (2013). Remédiation cognitive des troubles de la cognition sociale dans la schizophrénie. *L'évolution psychiatrique*, 78(1), 71-95.

48. Pibarot, I. (2007). Activité thérapeutique et ergothérapie. Dans Hernandez, H. (dir). *Ergothérapie en psychiatrie, de la souffrance psychique à la réadaptation*. De Boeck Supérieur.
49. Polatajko, H. (2001). L'évolution de notre perspective sur l'occupation : un périple passant de la thérapie récréative à l'utilisation thérapeutique de l'activité, jusqu'à la promotion de l'occupation. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 68(4), 203-207.
50. Polatajko H., Mandich A. (2004). Enabling occupation in children : the cognitive orientation daily occupational performance (CO-OP) approach, Ottawa, Editions CAOT
51. Pomini, V., Reymond, C., Golay, P., Fernandez, S., & Grasset, F. (2011). ELADEB–Echelles lausannoises d'auto-évaluation des difficultés et des besoins. *Prilly, Suisse, Unité de réhabilitation*.
52. Prouteau, A., & Verdoux, H. (2011). 5. Les relations entre cognition et handicap psychique dans la schizophrénie. In *Neuropsychologie clinique de la schizophrénie* (pp. 135-159). Dunod.
53. Roelandt, J. L. (2010). De la psychiatrie vers la santé mentale, suite : bilan actuel et pistes d'évolution. *L'information psychiatrique*, 86(9), 777-783.
54. Rouillon, F., Baylé, F. J., Gorwood, P., Lancrenon, S., Lançon, C., Llorca, P. M., & FROGS (Functional Remission Observatory Group in Schizophrenia. (2013). Évaluation de la rémission fonctionnelle dans le trouble schizophrénique : l'échelle FROGS. *L'Encéphale*, 39, S15-S21.
55. Rousseau J. (2003). Le Modèle de compétence. Montréal, Québec : Gestion Univalor. <https://evalorix.com/boutique/geriatrie/instrument-evaluation-a-domicile-de-linteraction-personne-environnement-edipe/>.

56. Shallice, T. & Burgess, P.W. (1991). Deficits in strategy application following frontal lobe damage in man. *Brain*, 114, 727–741.
57. Stip, E. (2006). Cognition, schizophrénie et effet des antipsychotiques : le point de vue d'un laboratoire de recherche clinique. *L'Encéphale*, 32(3), 341-350.
58. Thievenaz, J. (2014). Repérer l'étonnement : une méthode d'analyse du travail en lien avec la formation. *Education Permanente*, 2014-3 (200), 81-96.
59. Thievenaz, J. (2013). Le rôle de l'étonnement dans la construction de l'expérience. *Education Permanente*, 2013(2), 113-123
60. Wykes, T., Reeder, C., Landau, S., Everitt, B., Knapp, M., Patel, A., & Romeo, R. (2007). Cognitive remediation therapy in schizophrenia: randomised controlled trial. *The British journal of psychiatry*, 190(5), 421-427.

AUTRES REFERENCES :

61. ANFE (2016). Ergothérapie en santé mentale : enjeux et perspectives. Riguet, K. (dir). Association Nationale des Ergothérapeutes Français.
62. Arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'état d'ergothérapeute. *Journal officiel de la République française*.
63. American Psychiatric Association. (2015). *DSM-5-Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. Elsevier Masson.
64. Code de la santé publique - Article L3221-1. Modifié par LOI n°2016-41 du 26 janvier 2016 - art. 69 (V)
65. Décret n° 2017-1200 du 27 juillet 2017 relatif au projet territorial de santé mentale. *Journal officiel de la République française*.

66. Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2011). *Plan Psychiatrie et Santé Mentale 2011-2015*. Ministère de la Santé et des Services sociaux.
67. OMS (1962). L'OMS et la santé mentale 1949-1962. Organisation Mondiale de la Santé.
68. OMS (1980). *Classification des déficiences, des incapacités, et du handicap*. Organisation Mondiale de la Santé.
69. OMS (2001). *Classification internationale du fonctionnement du handicap et de la santé*. Genève : Organisation Mondiale de la Santé.
70. OMS (2005). Santé mentale : relever les défis, trouver des solutions. In *Rapport de la Conférence ministérielle européenne de l'OMS*. Helsinki
71. World Health Organization. (2008). *The global burden of disease : 2004 update*. World Health Organization.
72. OMS (2013). *Plan d'action global pour la santé mentale 2013-2020*. Organisation mondiale de la Santé.
73. World Health Organization. (2018). *International statistical classification of diseases and related health problems: instruction manual*, 11th revision.

SITOGRAPHIE :

Définition de la profession d'ergothérapeute selon l'ANFE, consultée sur <https://www.anfe.fr/l-ergotherapie/la-profession>

Définition de la profession d'ergothérapeute selon la WFOT, consulté sur <https://www.wfot.org/about>

Le handicap psychique selon l'UNAFAM, consulté sur <https://www.unafam.org/troubles-et-handicap-psy/handicap-psychique>

Le centre de ressource en réhabilitation psychosociale, consulté sur <https://centre-ressource-rehabilitation.org/>

Ergopsy et diffusion du questionnaire, consulté sur <http://www.ergopsy.com/index.html>

IX. ANNEXES

ANNEXE I : Tableau des stratégies d’accompagnement en RPS (Franck, 2016):.....	1
ANNEXE II.a. : Tableau des stratégies d’intervention en fonction du modèle appliqué en santé mentale (Morel-Bracq, 2017).	2
ANNEXE II.b. : Tableau des stratégies d’accompagnement en fonction du modèle spécifique en ergothérapie (Morel-Bracq, 2017).....	3
ANNEXE III : Trame d’entretien : Rapport d’étonnement sur la différence des pratiques des ergothérapeutes en santé mentale en France et au Québec.	4
ANNEXE IV : Questionnaire d’analyse des pratiques des ergothérapeutes dans l’accompagnement en RPS des personnes présentant une schizophrénie.	5
ANNEXE V : Mail de diffusion du questionnaire envoyé au GRESM.	11
ANNEXE VI : Message de diffusion du questionnaire posté sur les réseaux sociaux professionnels.	12
ANNEXE VII : Tableau récapitulatif des réponses au questionnaire.	13
ANNEXE VIII : Tableau d’analyse des rôles de l’ergothérapeute.....	24
ANNEXE IX : Tableau d’analyse des étapes clés de l’accompagnement.....	26
ANNEXE X : Tableau d’analyse des moyens d’intervention	29

ANNEXE I : Tableau des stratégies d'accompagnement en RPS (Franck, 2016):

<i>Outils d'évaluation</i>	<i>Moyens d'intervention</i>
-ERF-CS : Echelle des Répercussions Fonctionnelles de la Cognition Sociale : conçue en lien avec le programme RECOS (Vianin, 2013) <u>Hétéroévaluation :</u> -EAS : Echelle d'Autonomie Sociale (Leguay et al., 1998) <u>Autoévaluation :</u> - AERES : Autoévaluation des Ressources (Bellier-Teichmann, & Pomini, 201è) -ELADEB : Echelles Lausannoises d'Auto-Evaluation des Difficultés Et des Besoins (Pomini, 2011)	<u>Remédiation cognitive (RC) :</u> -RECOs : Remédiation COgnitive dans la Schizophrénie ; remédiation des troubles de la mémoire, de la concentration et du raisonnement (Vianin, 2013). -CRT : Cognitive Remediation Therapy ; remédiation des troubles de l'attention, la mémoire et les capacités de planification (Wykes, 2007). -RC2S : Remédiation Cognitive de la Cognition Sociale : remédiation des troubles de la théorie de l'esprit, et de la perception et des connaissances sociales (Peyroux et al, 2013). -EMC : Entraînement de la Métacognition : remédiation des troubles du style attributionnel et de la théorie de l'esprit (Moritz et al, 2010). -Programme Gaia : remédiation de la cognition sociale avec la reconnaissance des émotions faciales (Gaudelus et Franck, 2012) -ToMRemed : remédiation de la cognition sociale des troubles de la théorie de l'esprit (Bazin et al., 2010) -Michael's game® : remédiation du raisonnement pour réduire les idées délirantes <u>Entraînement des habiletés sociale : EHS (Lieberman, 1992) :</u> -Jeu Compétences® <u>RC et EHS :</u> -IPT : Programme intégratif de thérapies psychologiques : programme intégratif : remédiations troubles métacognitifs et de la cognition sociale (Brenner et al, 1992). <u>Autres :</u> -PRACS : Programme de Renforcement de l'Autonomie et des Compétences Sociales : trouver des solutions concrètes aux problèmes de la vie quotidienne (Hervieux, 2007) -PEP's : Programme Emotions Positives pour la Schizophrénie : réduire les symptômes négatifs (Favrod et al., 2016)

ANNEXE II.a. : Tableau des stratégies d'intervention en fonction du modèle appliqué en santé mentale (Morel-Bracq, 2017).

Modèles généraux et appliqués en santé mentale	Descriptif du modèle	Outils d'évaluation spécifiques	Moyens d'intervention spécifique
Modèle systémique	L'individu est un acteur du système, en interaction et en interdépendance. L'individu est en relation avec le système dans lequel il vit. L'homme détermine son environnement et est déterminé par lui (système d'appartenance).	-	-
Modèle psychodynamique	Le comportement est gouverné par des processus inconscients. La personnalité est marquée par le développement psycho-affectif des premières années. Les conflits, l'anxiété, la culpabilité, la dépression ou les problèmes relationnels plus tard dans la vie sont des symptômes de conflits inconscients non résolus, refoulés pendant la petite enfance ou développés lors de traumatismes psychologiques.	-	Médiations thérapeutiques avec : - Techniques Projectives. - Activités créatrices. - Peinture/dessin avec écoute musicale.
Modèle cognitivo- comportemental <i>Modèle qui sous-tend à la RPS</i>	Les troubles du comportement sont liés à des schémas de pensée inadéquats et ancrés. Les biais cognitifs distordent la réalité, induisent des interprétations et émotions pathogènes, ce qui nuit à l'insertion de la personne dans la société. Une modification des schémas de pensée liée à un apprentissage de comportements adaptés permettra à la personne d'augmenter ses capacités à vivre en société.	<i>Outils en lien avec la RPS (cf. II.1.3.)</i>	Thérapie cognitivo- comportementale (TCC) <i>Moyens en lien avec la RPS (cf. II.1.3.)</i>

ANNEXE II.b. : Tableau des stratégies d'accompagnement en fonction du modèle spécifique en ergothérapie (Morel-Bracq, 2017).

Modèles spécifiques en ergothérapie	Descriptif du modèle	Outils d'évaluation	Moyens d'intervention
Modèle de l'Occupation Humaine : MOH (Kielhofner, 2008)	L'être humain est un être occupationnel : l'occupation est essentielle dans l'organisation de la personne. L'occupation est dynamique et dépend du contexte environnemental. La participation à des occupations est le résultat d'un processus dynamique d'interaction entre la motivation face à l'action, les habitudes et les rôles, les capacités et l'environnement.	Auto-évaluation : Occupational Self Assessment (OSA) Outil d'observation : Assessment of Communication and Interaction Skills (ACIS) Model Of Human Occupation Screening Tool (MOHOST) Outil d'entretien : Occupational Performance History Interview – II (OPHI-II) Occupational Circumstances Assessment-Interview and Rating Scale (OCAIRS)	Processus de Remotivation
Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel : MCREO (ACE, 1997)	Les occupations affectent le bien-être des personnes et donnent un sens à la vie. Ces occupations sont singulières en fonction de la personne et du contexte. La promotion de l'activité permet le maintien de la santé et contribue à redonner un sentiment de contrôle et de satisfaction. Chacun a un potentiel de changement et l'occupation a un potentiel thérapeutique.	La mesure canadienne du rendement occupationnel (MCRO) : Entretien semi structuré qui permet au client de coter ses problématiques occupationnelles.	Approche CO-OP : elle s'appuie sur les théories de l'apprentissage et la mise en place de stratégies cognitives grâce à la découverte guidée (Polatajko, 2004).
Modèle PEO (Personne-Environnement-Occupation-Performance (Baum, 2015)	La conception complexe, systémique et transactionnelle de la relation personne-environnement – qui découle du modèle écologique du développement humain (Bronfenbrenner, 1979) et du modèle PEO. Les caractéristiques de la personne interagissent avec l'environnement pour influencer la performance occupationnelle.	-	-
Modèle Kawa (Iwama, 2005)	La métaphore de la rivière permet à la personne de percevoir et décrire intuitivement ses problèmes et ses déterminants personnels dans son environnement. Le cours de la vie d'une personne est intimement lié à son environnement dans une perspective systémique.	L'évaluation du dessin de la rivière	-
Modèle de compétence (Rousseau, 2003)	La personne interagit avec son environnement à travers les activités à réaliser et les rôles à assumer. La personne interagit avec l'environnement non humain (physique) majoritairement à travers les activités ; elle interagit avec l'environnement humain (les autres personnes) majoritairement à travers les rôles.	La batterie d'évaluation de la relation personne-environnement dans le contexte du domicile.	-
Le Modèle Australien de la Performance Occupationnelle : OPM : A (Chapparo, 1997)	Le modèle a pour but de spécifier l'intervention ergothérapique, quel que soit le contexte. Il se base sur les théories occupationnelles des pays nord-américains.	Évaluation PRPP : un outil d'évaluation écologique permettant d'utiliser des situations de vie réelle dont l'objectif est de décrire l'impact des déficits cognitifs du client sur la réalisation de ses activités.	

ANNEXE III : Trame d'entretien : Rapport d'étonnement sur la différence des pratiques des ergothérapeutes en santé mentale en France et au Québec.

1. Pouvez-vous vous présenter brièvement (année d'étude, IFE, stages effectués) ?
2. Présentez le service de santé mentale dans lequel vous avez effectué votre stage au Québec.
 - a. Quel type de population accompagniez-vous ?
 - b. Quel était le rôle principal de l'ergothérapeute ?
 - c. Votre tutrice s'ancrait-elle dans un modèle conceptuel (appliqué en santé mentale, spécifique à l'ergothérapie ?)
 - d. Utilisait-t-elle des outils d'évaluation validée auprès des personnes présentant une schizophrénie ?
 - e. Quels moyens d'interventions utilisait-elle dans une dynamique de RPS ?
3. Présentez le service de santé mentale dans lequel vous avez effectué votre stage en France.
 - a. Quel type de population accompagniez-vous ?
 - b. Quel était le rôle principal de l'ergothérapeute ?
 - c. Votre tutrice s'ancrait-elle dans un modèle conceptuel (appliqué en santé mentale, spécifique à l'ergothérapie ?)
 - d. Utilisait-t-elle des outils d'évaluation validée auprès des personnes présentant une schizophrénie ?
 - e. Quels moyens d'interventions utilisait-elle dans une dynamique de RPS ?
4. D'après vous, quelle était la différence de pratique la plus importante ?
5. Quelle était le plus gros facilitateur dans l'accompagnement au Québec ?
6. Voulez-vous rajouter une information que nous n'aurions pas abordée ?

ANNEXE IV : Questionnaire d'analyse des pratiques des ergothérapeutes dans l'accompagnement en RPS des personnes présentant une schizophrénie.

État des lieux de la pratique de l'ergothérapeute auprès des personnes présentant une schizophrénie dans un contexte de Réhabilitation Psychosociale (RPS).

Bonjour,

Actuellement en 3ème année à l'Institut de Formation en Ergothérapie de Toulouse, je réalise mon mémoire d'initiation à la recherche sur l'accompagnement des ergothérapeutes auprès des personnes présentant une schizophrénie.

Pour mener à bien mon travail, je souhaite utiliser ce questionnaire pour faire un état des lieux de la pratique de terrain de l'ergothérapeute dans un contexte de Réhabilitation Psychosociale (RPS).

Ce questionnaire s'adresse alors aux ergothérapeutes exerçant en France auprès de personnes ayant une schizophrénie dans un contexte de RPS.

Je vous informe que ce questionnaire contient 17 questions et le temps de réponse est estimé à moins de 10 minutes, et que je serai garante du respect de l'anonymisation des données.

Je vous remercie de votre participation et je ne manquerai pas de vous envoyer les résultats de ma recherche

Justine WROBEL

***Obligatoire**

1- En quelle année avez-vous eu votre diplôme d'état (DE) d'ergothérapeute ? *

Votre réponse _____

2- Dans quel Institut de Formation en Ergothérapie (IFE) avez-vous été formé ? *

Votre réponse _____

3- Dans quel type de structure exercez-vous actuellement ? *

- ☐ Service intra-hospitalier
- ☐ Hôpital De Jour (HDJ)
- ☐ Centre Médico-Psychologique (CMP)
- ☐ Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel (CATTP)
- ☐ Centre de Réhabilitation PsychoSociale (RPS)
- ☐ Autre :

4- Depuis combien de temps accompagnez-vous des personnes présentant une schizophrénie ? *

- ☐ Moins de 1 an
- ☐ De 1 à 5 ans
- ☐ De 5 à 10 ans
- ☐ Plus de 10 ans

5- Selon vous, quel est le rôle principal de l'ergothérapeute auprès des personnes présentant une schizophrénie ? *

Votre réponse

6- Pouvez-vous m'indiquer les étapes clés de votre accompagnement type auprès des personnes présentant une schizophrénie? *

Votre réponse

7- Comment considérez-vous la Réhabilitation Psychosociale (RPS) par rapport à votre pratique ? *

- ☐ Un modèle conceptuel
- ☐ Un cadre de référence
- ☐ Une approche
- ☐ Une philosophie d'intervention
- ☐ Une lunette de compréhension
- ☐ Autre :

8- Dans votre démarche d'accompagnement utilisez-vous d'autres modèles appliqués en santé mentale ? *

- ☐ Modèle psychanalytique
- ☐ Modèle psychodynamique
- ☐ Modèle systémique
- ☐ Modèle cognitivo-comportemental
- ☐ Autre :

9- Votre accompagnement des personnes présentant une schizophrénie est-il ancré dans d'autres modèles spécifiques en ergothérapie ? *

- ☐ Modèle écologique du développement humain (Bronfenbrenner, 1979)
- ☐ PEO : Modèle Personne-Environnement-Occupation (Law et al., 1996)
- ☐ PEOP : Personne-Environnement-Occupation-Performance (Baum et al., 2015)
- ☐ MOH : Modèle de l'Occupation Humaine (Kielhofner, 2008)
- ☐ OPM-A: Modèle Australien de la Performance Occupationnelle (Chapparo et al., 1997)
- ☐ MCREO : Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel (Association Canadienne des Ergothérapeutes, 1997)
- ☐ Modèle Kawa (Iwama, 2006)

10- Selon vous, l'utilisation d'un modèle conceptuel a-t-il des répercussions sur votre pratique auprès des personnes présentant une schizophrénie ? *

1 2 3 4 5

Pas du tout d'accord ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Tout à fait d'accord

11- Utilisez-vous des outils d'évaluation et/ou guide d'entretien validés ? *

- ☐ ELADEB : Echelles Lausannoises d'Auto-Evaluation des Difficultés Et des Besoins (Pomini et al., 2011)
- ☐ MCRO : Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel (Law et al., 2014)
- ☐ ERF-CS : Evaluation des Répercussions Fonctionnelles des altérations de la Cognition Sociale (Gaudelus et al., 2014)
- ☐ OCAIRS : Occupational Circumstances Assessment-Interview and Rating Scale (Forsyth et al., 2005)
- ☐ OPHI-II : Occupational Performance History Interview - II (Kielhofner, 2002)
- ☐ MOHOST : Model Of Human Occupation Screening Tool (Parkinson et al., 2004)
- ☐ OSA : Occupational Self Assessment (Baron et al., 2002)
- ☐ ACIS : Assessment of Communication and Interaction Skills (Forsyth et al., 1998)
- ☐ Autre : _____

12- Après des personnes présentant une schizophrénie quels moyens mettez-vous en œuvre dans votre accompagnement ? *

(Soyez le plus exhaustif possible et précisez chaque moyen)

Votre réponse _____

13- a. Quelles stratégies avez-vous déjà mises en œuvre dans votre accompagnement? *

(Soyez le plus exhaustif possible)

- ☐ RC : Remédiation Cognitive
- ☐ Approche CO-OP : The Cognitive Orientation to Daily Occupational Performance (Polatajko, 2004)
- ☐ Activités ludiques
- ☐ EHS : Entraînement aux Habiletés Sociales (Liberman, 1992)
- ☐ Mises en situation
- ☐ Médiations
- ☐ Jeux de rôle
- ☐ Autre : _____

13- b. Pouvez-vous préciser pour chaque stratégie ? *

(Nom du programme de RC/EHS, type de médiations, type de jeux/activités,...)

Votre réponse _____

14- a. Dans le cadre d'une intervention en Réhabilitation Psychosociale (RPS) quelle stratégie d'accompagnement pensez-vous la plus efficace ? *

- ☐ Accompagnement en individuel
- ☐ Accompagnement en groupe

14- b. Pouvez-vous précisez pourquoi ? *

Votre réponse _____

15- Par rapport à votre accompagnement des personnes présentant une schizophrénie, voulez-vous préciser un autre élément quant à votre intervention ?

Votre réponse

16- Selon vous, aujourd'hui la place de l'ergothérapeute en Réhabilitation Psychosociale (RPS) est-elle majoritaire en France ? *

1 2 3 4 5

Pas du tout d'accord ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Tout à fait d'accord

17- Si vous êtes concerné : quel est l'intitulé des formations complémentaires en lien avec votre pratique actuelle ?

(Diplôme Universitaire (DU), formation professionnelle, formation à l'association Nationale Française des Ergothérapeutes (ANFE), master, thèse,...)

Votre réponse

N'hésitez pas à laisser votre adresse mail pour toutes remarques complémentaires. Ce mémoire d'initiation à la recherche pourra également vous être envoyé.

Votre réponse

ANNEXE V : Mail de diffusion du questionnaire envoyé au GRESM.

Bonjour,

Sur conseil et recommandation de mon maître de mémoire Yannick UNG (ergothérapeute PhD), je me permets de vous contacter dans le cadre de mon mémoire d'initiation à la recherche : états des lieux de la pratique de l'ergothérapeute auprès des personnes présentant une schizophrénie dans un contexte de réhabilitation psychosociale.

Dans ce cadre, si vous êtes concernée par ce type d'accompagnement il me fait plaisir de vous faire remplir mon questionnaire :

https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSdFHQBNIJsC1PAXliT5--2D7jKFOZVdaE3KMX_n5OSgLnSgKg/viewform?usp=sf_link

Dans le cas contraire, dans votre qualité de membre du GRESM, je suis également désireuse que vous puissiez transmettre ce questionnaire à des ergothérapeutes étant concernés par ce type d'accompagnement dans le but d'optimiser mes réponses.

En vous garantissant de vous envoyer les résultats de mon travail si vous le souhaitez,

Je vous remercie et vous prie d'accepter mes sincères salutations,

WROBEL Justine, étudiante 3^{ème} année à l'IFE de Toulouse.

ANNEXE VI : Message de diffusion du questionnaire posté sur les réseaux sociaux professionnels.

[Mémoire-Questionnaire-Réhabilitation Psychosociale-Schizophrénie]

Bonsoir à tous,

Actuellement en 3ème année à l'IFE de Toulouse, je réalise mon mémoire d'initiation à la recherche sur la pratique de l'ergothérapeute en santé mentale.

Pour ce faire, j'ai réalisé un questionnaire afin d'effectuer un état des lieux de la pratique des ergothérapeutes accompagnant des personnes présentant une schizophrénie dans un contexte de Réhabilitation Psychosociale (RPS).

Dans ce cadre, si vous êtes concernés et/ou si vous connaissez des ergothérapeutes qui le sont, merci de me contacter (commentaire ou mail).

Je vous remercie et vous souhaite une bonne soirée.

Justine WROBEL

justine.wr@hotmail.fr

ANNEXE VII : Tableau récapitulatif des réponses au questionnaire.

ERGO	1- En quelle année avez-vous eu votre diplôme d'état (DE) d'ergothérapeute ?	2- Dans quel Institut de Formation en Ergothérapie (IFE) avez-vous été formé ?	3- Dans quel type de structure exercez-vous actuellement ?
1	2000	RENNES	Centre de Réhabilitation PsychoSociale (RPS)
2	2012	IFE LCA	Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel (CATTP)
3	2000	NANCY	Autre : Cmp/CATTP/HDJ/Intra
4	2019	ILFOMER à Limoges	Centre de Réhabilitation PsychoSociale (RPS)
5	2018	Haute école libre de Bruxelles - Ilya Prigogine - Collège d'ergothérapie de Bruxelles	Autre : C.A.R Centre d'Activité et de Réhabilitation
6	2018	Bordeaux	Service intra-hospitalier
7	2002	ADERE	Hôpital De Jour (HDJ)
8	2012	Alençon	Centre de Réhabilitation PsychoSociale (RPS)
9	2010	Liège, Belgique (Haute école André Vésale)	Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel (CATTP)
10	1993	Lyon	Hôpital De Jour (HDJ)
11	2002	ADERE Paris	Autre : clinique psychiatrique privé avec HDJ associé tourné vers la RPS
12	2002	Isek Bruxelles	Autre : Intra, extra, rehab
13	1999	IFE Montpellier	Centre de Réhabilitation PsychoSociale (RPS)
14	2002	HAUTE ECOLE CHARLEROI	Autre : INTRA HOSPITALIER ET CATTP ET HOPITAL DE JOUR
15	2018	La Musse (Evreux)	Service intra-hospitalier
16	1984	IFE de Nancy	Service intra-hospitalier
17	2015	Berck	Hôpital De Jour (HDJ)

ERGO	4- Depuis combien de temps accompagnez-vous ?	5- Selon vous, quel est le rôle principal de l'ergothérapeute auprès des personnes présentant une schizophrénie ?
1	De 1 à 5 ans	(re)trouver une autonomie au quotidien
2	De 1 à 5 ans	Échanger entre deux êtres humains : l'un et l'autre dans leur champ de compétence, s'apportent mutuellement la possibilité d'avancer dans leur vie perso et pro à travers les activités. Cet échange humain est la base de tout : relation de soin, prise de confiance, entraide, apprentissages,...
3	Plus de 10 ans	Améliorer la qualité de vie / Renforcer l'engagement dans les activités significatives/ Planification des activités / Gestion des temps libres / "équilibre de vie"
4	Moins de 1 an	Permettre aux personnes schizophrènes de réinvestir de façon satisfaisante, les activités sociales, professionnelles, l'autonomie et l'indépendance au quotidien
5	De 1 à 5 ans	Réhabilitation à la routine des AVQ
6	Moins de 1 an	Travailler sur les habiletés sociales - aider à restaurer maintenir ou développer l'autonomie dans les AVQ dans une perspective de réadaptation
7	Plus de 10 ans	Leur montrer qu'ils sont capable d'être maître de leur maladie, qu'ils ont le pouvoir d'agir et qu'ils peuvent avoir une certaine qualité de vie!
8	Moins de 1 an	Evaluer répercussion d'éventuels troubles cognitifs dans le quotidien Evaluer/favoriser autonomie dans AVQ
9	De 5 à 10 ans	évaluation des freins et des facilitateurs à l'engagement occupationnel et accompagnement vers (activités significatives pour la personne, ce qui peut être varié).
10	Plus de 10 ans	Restauration de l'autonomie et favoriser l'équilibre occupationnel
11	Plus de 10 ans	trouver les moyens de compenser ses troubles dans les AVQ et retrouver un rôle et une insertion sociale satisfaisante
12	Plus de 10 ans	Rétablissement, processus rehab
13	De 5 à 10 ans	Évaluation des troubles, de l'impact fonctionnel du handicap, proposer une prise en charge adaptée aux besoins et projet de la personne
14	Plus de 10 ans	accompagner et aider la personne à vivre avec sa maladie
15	De 1 à 5 ans	améliorer l'autonomie dans la vie quotidienne, l'autonomie sociale (habiletés sociales), l'autonomie cognitive (concentration/mémoire/fonctions exécutives), l'autonomie psychique (ancrage à la réalité, cohérence du fil de la pensée, diminution des angoisses dues au délire) et l'autonomie professionnelle (évaluer les capacités de travail pour envisager un travail en milieu ordinaire ou protégé type ESAT)
16	Plus de 10 ans	favoriser un sentiment d'identité personnelle, d'appartenance et d'inclusion sociale
17	Moins de 1 an	Les accompagner vers un gain d'autonomie dans leur vie. Les aider à comprendre et identifier leurs freins

ERGO	6- Pouvez-vous m'indiquer les étapes clés de votre accompagnement type auprès des personnes présentant une schizophrénie ?
1	(Auto)Evaluations par des échelles type EAS, mise en situation écologique, accompagnement tout au long du projet.
2	Réception de la prescription médicale d'un médecin de CMP. Echanges lors d'un rendez-vous d'accueil en équipe pour se présenter et aborder les objectifs de la personne, présentation de la structure et des activités thérapeutiques, inscription dans un groupe une demi-journée par semaine, mise en confiance mutuelle (nouveau patient, patients du groupe, professionnels), évaluation avec la personne de l'intérêt de l'activité et du cadre thérapeutique proposé, réorientation dans un autre groupe avec objectifs de soin différents (exemple : travailler sur soi dans un atelier d'écriture est différent de travailler ses relations sociales dans un groupe qui utilise l'activité thérapeutique "bricolage") si besoin. Dans l'idéal, sortie du CATTP (et donc de la psychiatrie) avec mise en place d'activités sur l'extérieur, dans la Cité.
3	Entretien informel > Auto et hétéro évaluations + mises en situation diverses > plus ou moins entraînement selon cognitif (remédiation cognitive) > mis en place de routines plus équilibrées centrée sur leurs besoins, intérêts...etc > évaluation à distance
4	Pas d'accompagnement type. Nous n'accueillons pas seulement des personnes schizophrènes, et l'accompagnement est le même pour tous. D'abord, les usagers (patients) sont reçus en entretien par le médecin psychiatre. Puis chaque professionnel réalise son évaluation/entretien auprès de chaque usager. Une fois les évaluations terminées, les objectifs principaux ressortent. A ce moment là, une réunion en équipe pluridisciplinaire est programmée. Chaque professionnel fait la lecture de sa synthèse d'évaluation. Un référent est alors désigné, et c'est en équipe que nous inscrivons les usagers dans les ateliers qui semblent les plus judicieux pour répondre aux objectifs posés. (un ETP schizophrénie "avec ma schizophrénie je vis ma vie" sera bientôt disponible et des séances pourront être commencées prochainement).
5	Evaluation des capacités/incapacités (au niveau cognitif), évaluation des besoins en ergothérapie (AVQ au domicile), prise en charge à domicile selon les besoins (cuisine, hygiène, entretien corporel, tâches ménagères...), accompagnement à la recherche emploi, logement, accompagnement et valorisation pour la prise de confiance en soi....
6	Je n'ai pas d'étapes clés dans mon service nous avons des patients qui sont là depuis 15 ans environ donc déjà se reconnecter avec le monde extérieur passer par un temps d'engagement d'installation de confiance ensuite une évaluation des capacités et incapacités ensuite des mises en pratiques des sorties
7	Alliance thérapeutique - travail sur le rétablissement- Remédiation cognitive - philosophie de soin : réhabilitation psychosociale
8	Evaluation après orientation suite à la réalisation de son plan de suivi individualisé réalisé par case manager (l'ergo parfois), définir des objectifs avec la personne, accompagner la personne dans la réalisation de ces objectifs, ré évaluer
9	idem ci-dessus
10	Évaluation, accompagnement
11	1/Accueillir la crise et verbaliser la souffrance psychique 2 /permettre une compréhension de la maladie et ses répercussions dans sa vie quotidienne (via éducation thérapeutique) 3/ réinvestir ses rôles sociaux et définir des projets d'avenir (RPS) 4/ Accompagner sur le long terme pour faire face à des rechutes
12	Rehab : cognifs, transfert des acquis, cognition sociale, ehs, etp, insight
13	Evaluation et choix de l'intervention dans un parcours de réhabilitation

14	2) Validation des capacités, éducation thérapeutique, mise en situation, habiletés sociales, travail cognitif,
15	1) Passation de l'ELADEB 2) Déterminer les objectifs de la prise en charge en ergothérapie avec le patient après la description de ses problèmes dans l'ELADEB 3) Mise en place d'activité groupale ou individuelle en fonction des objectifs 4) Suivi durant toute l'hospitalisation
16	Réussir à obtenir une alliance thérapeutique grâce à des activités favorisant le sentiment d'être acteur, valable, capable. Puis permettre une autonomie psychique et dans la vie quotidienne, par un accompagnement respectueux du projet de vie de la personne
17	Créer une relation de confiance. Identifier les difficultés du patient, de son environnement, une période d'atelier de mise en situation et d'accompagnement vers une évolution, envisager un projet de vie et l'accompagnement dans la réalisation de celui-ci

ERGO	7- Comment considérez-vous la Réhabilitation Psychosociale (RPS) par rapport à votre pratique ?	8- Dans votre démarche d'accompagnement utilisez-vous d'autres modèles appliqués en santé mentale ?	9- Votre accompagnement des personnes présentant une schizophrénie est-il ancré dans d'autres modèles spécifiques en ergothérapie ?
1	Une philosophie d'intervention	Modèle systémique Modèle cognitivo-comportemental	MOH : Modèle de l'Occupation Humaine (Kielhofner, 2008) MCREO : Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel (Association Canadienne des Ergothérapeutes, 1997)
2	Un cadre de référence	Modèle psychodynamique Modèle systémique Modèle cognitivo-comportemental Autre : Modèle ludique	PEOP : Personne-Environnement-Occupation-Performance (Baum et al., 2015) MOH : Modèle de l'Occupation Humaine (Kielhofner, 2008) MCREO : Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel (Association Canadienne des Ergothérapeutes, 1997) Modèle ludique (Ferland, 2003)
3	Une philosophie d'intervention	Autre : modèle psychodynamique subi par l'histoire institutionnelle	MOH : Modèle de l'Occupation Humaine (Kielhofner, 2008) Autre : Modèle de l'équilibre de vie (Matuska)
4	Une approche	Autre : Je ne base pas vraiment ma pratique sur les modèles conceptuels....même si cela reste important.	PEOP : Personne-Environnement-Occupation-Performance (Baum et al., 2015) OPM-A: Modèle Australien de la Performance Occupationnelle (Chapparo et al., 1997) MCREO : Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel (Association Canadienne des Ergothérapeutes, 1997) Modèle de compétence (J. Rousseau et al., 2003)

5	Une approche	Modèle cognitivo-comportemental	PEO : Modèle Personne-Environnement-Occupation (Law et al., 1996)
6	Une philosophie d'intervention	Modèle systémique	PEO : Modèle Personne-Environnement-Occupation (Law et al., 1996) MOH : Modèle de l'Occupation Humaine (Kielhofner, 2008)
7	Une philosophie d'intervention	Modèle psychanalytique Modèle psychodynamique Modèle systémique Modèle cognitivo-comportemental	Modèle écologique du développement humain (Bronfenbrenner, 1979)
8	Une philosophie d'intervention	Modèle cognitivo-comportemental	MOH : Modèle de l'Occupation Humaine (Kielhofner, 2008)
9	Une philosophie d'intervention	Modèle cognitivo-comportemental	MOH : Modèle de l'Occupation Humaine (Kielhofner, 2008) Modèle Kawa (Iwama, 2006)
10	Une approche	Modèle psychanalytique Modèle cognitivo-comportemental Autre : Phénoménologie psychiatrique	MOH : Modèle de l'Occupation Humaine (Kielhofner, 2008)
11	Autre : cadre de référence et un objectif prioritaire	Modèle psychanalytique Modèle psychodynamique Modèle systémique Modèle cognitivo-comportemental	MOH : Modèle de l'Occupation Humaine (Kielhofner, 2008)
12	Autre : Parcours de soins	Modèle cognitivo-comportemental	Autre : Un peu de tout en fonction du patient
13	Tous sont importants mais par rapport à ma pratique et mon parcours professionnel c'est un réel changement de paradigme et donc une philosophie d'intervention avec l'approche du rétablissement	Modèle cognitivo-comportemental	MOH : Modèle de l'Occupation Humaine (Kielhofner, 2008)
14	Un cadre de référence	Modèle cognitivo-comportemental	MOH : Modèle de l'Occupation Humaine (Kielhofner, 2008)
15	Une approche	Modèle systémique	MCREO : Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel (Association Canadienne des Ergothérapeutes, 1997)

16	Une lunette de compréhension	Modèle psychanalytique Modèle psychodynamique	Autre : transitionnalité de Winnicott....donc plutôt interdisciplinaire qu'ergo...Kawa me plaît comme métaphore, mais ce n'est pas la métaphore de tout le monde. Et le côté ludique reste très important pour moi, mais plus dans un état d'esprit que comme un modèle à appliquer
17	Une philosophie d'intervention	Modèle cognitivo-comportemental	Modèle Kawa (Iwama, 2006)

ERGO	10- Selon vous, l'utilisation d'un modèle conceptuel a-t-il des répercussions sur votre pratique auprès des personnes présentant une schizophrénie ?	11- Utilisez-vous des outils d'évaluation et/ou guide d'entretien validés ?	12,13. a.13.b. – Quelles moyens d'intervention utilisez-vous dans votre accompagnement ?
1	3	ELADEB : Echelles Lausannoises d'Auto-Evaluation des Difficultés Et des Besoins (Pomini et al., 2011) Autre : Echelle d'Autonomie Sociale.	Médiations - Mis en situation : ateliers cuisine gestion du budget, prises transports en commun - Entraînement aux habiletés sociales - Activités ludiques - Mise en place d'un case manager - Echanges avec l'équipe et les proches du patient
2	5	ELADEB : Echelles Lausannoises d'Auto-Evaluation des Difficultés Et des Besoins (Pomini et al., 2011) Autre : Bilan ergo du Savoir-Habiter (non validé, protocole interne)	Activités ludiques - Médiations : écriture, mosaïque, activité picturale, fils et tissus (crochet couture tricot, ...), terre - Importance du cadre - Jeux de rôle : mis en place après ma formation d'initiation à la rigologie - Participation aux Semaines d'information sur la Santé Mentale : exposition, conte - Mise en situation : dans le cadre des bilans (cours, recettes, ...)
3	4	ELADEB : Echelles Lausannoises d'Auto-Evaluation des Difficultés Et des Besoins (Pomini et al., 2011) OCAIRS : Occupational Circumstances Assessment-Interview and Rating Scale (Forsyth et al., 2005) OPHI-II : Occupational Performance History Interview - II (Kielhofner, 2002) MOHOST : Model Of Human Occupation Screening Tool (Parkinson et al., 2004) OSA : Occupational Self Assessment (Baron et al., 2002) Autre : Engagement dans les activités significatives, inventaire de l'équilibre de vie, Modified Occupational	Remédiation cognitive : Programme intégratif de thérapies psychologiques (IPT), Cognitive Remediation Therapy (CRT), Mickael's game - EHS : jeu Compétence - Mise en situations : dans le cadre de bilan - Jeux de rôles mettant en scène des situations quotidiennes problématiques - Médiations

		Questionnaire (Scanlan), liste des intérêts,	
4	3	Autre : Je fais passer l'EAS : Echelle d'autonomie sociale (validée). Je réalise une autre évaluation également, mais non standardisée. ELADEB est une échelle passée par les IDE dans notre structure. Il me semble aussi que l'ERF-CS et passée par la neuropsychologue.	EHS : atelier de gestion des émotions et estime de soi - Mise en situation : déplacements, courses, entretien du logement, etc - Jeux de rôle - Visite à domicile - Accompagnement extérieur - Accompagnement professionnel (atelier compétences, cv, lettre de motivation, préparation à l'entretien d'embauche).
5	3	ELADEB : Echelles Lausannoises d'Auto-Evaluation des Difficultés Et des Besoins (Pomini et al., 2011)	Remédiation cognitive : Entrainement Métacognitif (EMC), Programme de Renforcement de l'Autonomie et des Compétences Sociales (PRACS) - EHS - Activité projective - Jeux ludiques : DIXIT - Activité physique - Méditation
6	1	ELADEB : Echelles Lausannoises d'Auto-Evaluation des Difficultés Et des Besoins (Pomini et al., 2011)	Mise en situation : courses, achats, cuisine (en milieu écologique) - La philosophe du rétablissement : se baser sur les besoins les envies du patient e
7	3	ELADEB : Echelles Lausannoises d'Auto-Evaluation des Difficultés Et des Besoins (Pomini et al., 2011) ERF-CS : Evaluation des Répercussions Fonctionnelles des altérations de la Cognition Sociale (Gaudelus et al., 2014) OSA : Occupational Self Assessment (Baron et al., 2002) Autre : Test des errance multiples - la FROGS - AERES...etc	Remédiations cognitives : CRT, Remédiation Cognitive pour la Schizophrénie (RECOs) ; Remédiation Cognitive de la Cognition Sociale RC2S ; IPT ; Jeu mathurin (réalité virtuelle) ; programme émotions positives pour la schizophrénie PEP's; Theory of Mind Remediation (Tom ReMed) ; EMC - Mise en situation écologique : transferts des acquis - Travail du schéma corporel - Travail sur les étapes de rétablissement - Définition et accompagnement dans le projet de vie M7
8	4	ELADEB : Echelles Lausannoises d'Auto-Evaluation des Difficultés Et des Besoins (Pomini et al., 2011) MOHOST : Model Of Human Occupation Screening Tool (Parkinson et al., 2004)	Mise en situation : à domicile, à l'extérieur, dans le service mise en situation écologique (transport en commun, course, cuisine, ...) - Visite à domicile - EHS : Via l'activité de groupe - Entretien
9	4	OPHI-II : Occupational Performance History Interview - II (Kielhofner, 2002)	Médiations manuelles, - Mise en situation : domicile, supermarché, transport... - Remédiation cognitive : RECOs - EHS : groupe animé, avec jeux de rôle. - Entretiens formels - Groupe autour de l'insertion professionnelle - Psychoéducation
10	3	ELADEB : Echelles Lausannoises d'Auto-Evaluation des Difficultés Et des Besoins (Pomini et al., 2011) ERF-CS : Evaluation des Répercussions Fonctionnelles des altérations de la	Remédiation cognitive : Mickael's game, feelings, - EHS : Jeu Compétence - Médiation : groupe d'expression (collage, peinture) - Activités ludiques : jeux

		Cognition Sociale (Gaudelus et al., 2014) Autre : Test des errances multiples	- Thérapies Cognitivo-Comportementales : troubles du sommeil
11	4	ELADEB : Echelles Lausannoises d'Auto-Evaluation des Difficultés Et des Besoins (Pomini et al., 2011)	Entretiens individuels - Médiations de groupe : médiations plastiques et artistiques avec expositions d'œuvres, ateliers d'écriture/ journal, réalisation de masques pour jouer avec au théâtre - Activités ludiques : jeux de société - Sorties thérapeutiques : musée et restaurant avec utilisation des transports en commun
12	1	ELADEB : Echelles Lausannoises d'Auto-Evaluation des Difficultés Et des Besoins (Pomini et al., 2011) ERF-CS : Evaluation des Répercussions Fonctionnelles des altérations de la Cognition Sociale (Gaudelus et al., 2014) Autre : Et les autres bilans de réhabilitation ??	Remédiation cognitive : PRACS - ETP - Utilisation de l'insight - Médiation activités artistique - Mise en situation : cuisine
13	3	ELADEB : Echelles Lausannoises d'Auto-Evaluation des Difficultés Et des Besoins (Pomini et al., 2011) ERF-CS : Evaluation des Répercussions Fonctionnelles des altérations de la Cognition Sociale (Gaudelus et al., 2014) OSA : Occupational Self Assessment (Baron et al., 2002) Autre : Erf-cs pas encore utilisé mais en prévision, ainsi que l'aer et le tem	Remédiation cognitive : CRT, EMC, Atem Flex - Médiations : ateliers créatifs, couture - Mise en situation : cuisine - Psychoéducation
14	2	ERF-CS : Evaluation des Répercussions Fonctionnelles des altérations de la Cognition Sociale (Gaudelus et al., 2014)	Remédiation Cognitive : CRT et Gaia et IPT - EHS : jeu compétence - Mise en situations
15	5	ELADEB : Echelles Lausannoises d'Auto-Evaluation des Difficultés Et des Besoins (Pomini et al., 2011)	Mise en situation : sur l'extérieur ou au domicile du patient (transports en commun, courses, repas, entretien du logement) - Remédiation cognitive : exercices papier crayon (atelier cognitif avec différents exercices stimulant les capacités cognitives) - Médiation : activité individuelle (médiation créatrice type mosaïque, peinture sur soie, découpage...) activité groupale (atelier revue de presse, atelier esthétique...) - Activités ludiques : atelier jeux de société
16	5	ELADEB : Echelles Lausannoises d'Auto-Evaluation des Difficultés Et des Besoins (Pomini et al., 2011)	Médiations expressives (création, écriture, collage) - Activités ludiques (jeux cognitifs, d'expression, de coopération) - Sorties : de type loisirs et culturelles - Temps d'échanges autour des symptômes et des stratégies personnelles - Relation de confiance

			- Cadre thérapeutique - La notion de groupe de thérapie
17	4	ELADEB : Echelles Lausannoises d'Auto-Evaluation des Difficultés Et des Besoins (Pomini et al., 2011) MOHOST : Model Of Human Occupation Screening Tool (Parkinson et al., 2004) Autre : Réalisation du schéma de la rivière du modèle kawa	Médiation : activité de groupé coanimé - Atelier : rencontre individuelle avec différent professionnel n lien avec son projet de vie un accompagnement et une ouverture vers le monde extérieur

ERGO	14- a. Dans le cadre d'une intervention en Réhabilitation Psychosociale (RPS) quelle stratégie d'accompagnement pensez-vous la plus efficace ?	14- b. Pouvez-vous précisez pourquoi ?
1	Accompagnement en individuel	j'aurai aimé répondre individuel et petit groupe, en fonction du moment de la prise en charge et des objectifs à travailler.
2	Accompagnement en groupe	On ne peut pas cocher les deux et c'est bien dommage : les deux types d'accompagnement sont importants et ne s'excluent pas mutuellement. Dans un CATTP la PEC de groupe est une constante, qui va permettre la socialisation, les échanges, le partage; la convivialité, les échanges de point de vue, l'affirmation de soi,...cependant on voit bien les limites également :) On a les défauts de ses qualités donc les patients ne peuvent pas toujours être précis sur les motivations intimes qui les font agir, ils gardent une distance sociale nécessaire à leur intimité c'est tout à fait normal. Dans les prises en soin individuelles, on se concentre sur une personne : la qualité de l'échange est donc intense, mais on ne travaille pas du tout les mêmes objectifs. Par exemple, on peut favoriser un entraînement aux habiletés sociales comme faire ses courses sans qu'une autre personne prenne toute la place (vécu !). Les deux types d'approche ont leur intérêt en Réhab, cependant pour des moyens logistiques et d'organisation, elles ne sont pas réalisées au même lieu, dans le même moment et ne sont pas toujours portées par les mêmes professionnels. Cela favorise une offre de soin plutôt claire dans notre cas : au CATTP c'est du groupe, l'individuel c'est au CMP.
3	Accompagnement en individuel	Individualisation des soins; approcher au plus prêt des intérêts et valeurs;
4	Accompagnement en groupe	J'ai coché accompagnement en groupe, car c'est effectivement ce que nous faisons le plus (avec des groupes fermés et des groupes ouverts), même si nous nous entretenons également de façon individuelle avec les usagers (entretiens de suivi, mais également accompagnements extérieurs, vad, etc...). Mais je pense que les deux accompagnements sont essentiels, et qu'il serait dommage de devoir faire un choix. Par ex, certains de nos usagers présentent beaucoup d'angoisses lorsqu'il s'agit de se retrouver dans les relations sociales et préfère un accompagnement individuel. A contrario, d'autres usagers ne supportent plus l'isolement, et les séances individuelles sont plus anxiogènes qu'autre chose. Un autre ex, le groupe permet une dynamique, cohésion et souvent aide à faire émerger les idées et les propositions. Tout dépend de l'usager finalement.
5	Accompagnement en individuel	Il s'agit de remettre le patient acteur de son programme de soin même si souvent le discours étant pauvre l'indigence mène à la résolution du problème de façon personnalisé. Ils ne donnent pas souvent d'anecdote concernant leur ressenti en étant en groupe.

6	Accompagnement en groupe	J'ai répondu groupe parce qu'il fallait répondre mais je pense que ça dépend de la situation. Je pense que le groupe peut être un levier comme un frein... tout dépend du patient que l'on a en face de nous... s'appuyer sur l'expertise du groupe pour faire comprendre une notion nouvelle... mais le groupe peut rabaisser s'il n'est pas bienveillant... une activité individuelle peut être intéressante pour quelque chose de spécifique
7	Accompagnement en groupe	les deux sont nécessaires, l'accompagnement individuel est très bénéfique d'un point de vue estime de soi mais le groupal permet ed faire des bringing groupe avec des échanges de stratégies entre pairs et de travailler sur les habileté sociales...
8	Accompagnement en groupe	les deux sont efficaces. Tout dépend de la situation. Mais le partage expérentiel semble efficace
9	Accompagnement en groupe	Par rapport à la rencontre avec d'autres usagers et son effet de pair aidance potentialisant (reconnaissance, échange, réduction possible de la stigmatisation, partage de stratégies, etc)
10	Accompagnement en groupe	Dynamique de groupe, développement des habiletés sociales
11	Accompagnement en groupe	Groupe sert de levier motivationnel au départ puis se tourner vers un travail plus individualisé
12	Accompagnement en groupe	Les 2. Groupe c'est mieux
13	Accompagnement en individuel	Individuel pour les personnes qui nécessitent une relation duelle(créer alliance thérapeutique...), la pec en groupe pour les ehs, psychoéducation(échanges d'expériences...), la modalité d'intervention (indiv ou groupale) peut être graduelle et dépendante des objectifs de pec(travailler les habiletés sociales...)
14	Accompagnement en groupe	l'apport du groupe qui sert de modèle et apporte une dynamique
15	Accompagnement en groupe	En groupe on peut plus facilement évaluer les habiletés sociales, les capacités d'adaptation, l'élan motivationnel
16	Accompagnement en groupe	Le travail sur la prise de décision en groupe, sur l'intégration groupale et sur l'inclusion sociale sont des éléments efficaces lorsqu'ils sont proposés en groupe. Cela favorise le sentiment d'appartenance groupale.
17	Accompagnement en groupe	La majorité des difficultés sont dans le lien a l'autre, la rencontre avec l'autre, l'ouverture d'esprits et de soi. Difficile de travailler ça en individuel

ERGO	15- Par rapport à votre accompagnement des personnes présentant une schizophrénie, voulez-vous préciser un autre élément quant à votre intervention ?	16- Selon vous, aujourd'hui la place de l'ergothérapeute en Réhabilitation Psychosociale (RPS) est-elle majoritaire en France ?	17- Si vous êtes concerné : quel est l'intitulé des formations complémentaires en lien avec votre pratique actuelle ?
1	notre intervention doit être faite à la demande du patient ou du moins avec son accord, il est inutile de forcer les choses.	1	PAS DE REPONSE
2	J'ai réalisé il y a peu de temps une formation sur la Systémie, absolument indispensable pour comprendre comment un système peut communiquer de façon	4	Master éthique de la Santé et droits de la personne,

	tellement paradoxale qu'elle peut rendre fou. A investiguer pour tous les professionnels travaillant en psy ! De même, s'intéresser au mouvement "anti-psychiatrie" (années 60 je crois) qui a permis de montrer que la maladie pouvait aussi être un "voyage initiatique" duquel on peut sortir grandi. Cela évite de cantonner l'autre à sa maladie et ouvre des portes intéressantes (cf Mary Barnes, voyage à travers la folie). Enfin, il faut s'intéresser au réseau des entendeurs de voix (REV) qui se réunissent pour parler de leurs voix et militent pour faire comprendre qu'entendre des voix n'est pas synonyme de maladie. Très intéressant également et porteur d'espoir (un pourcentage non négligeable de personnes entendent des voix dans la journée, d'autres en entendent au moment de s'endormir (hallucinations hypnagogiques)).		formation systémique et TOS (thérapies orientées solutions)
3	les activités privilégiées sont les activités que le patient réalise chez lui dans son environnement et valorisées. Beaucoup plus d'individuel que de groupe/	1	DU RPS (Toulouse); Remédiation cognitive: IPT
4	PAS DE REPONSE	3	PAS DE REPONSE
5	Souvent une fois le lien de confiance créer on arrive à aborder et se rendre compte d'éléments liés à la pathologie.	5	PAS DE REPONSE
6	PAS DE REPONSE	2	PAS DE REPONSE
7	PAS DE REPONSE	3	PAS DE REPONSE
8	PAS DE REPONSE	3	PAS DE REPONSE
9	PAS DE REPONSE	3	ANFE (MOH)
10	PAS DE REPONSE	3	Eladeb (anfe) et Tem, lectures
11	Travail en co-thérapie avec nombreux intervenants spécialisés dans la médiation	4	DU d'alcoologie et de Réhabilitation psychosociale.
12	Elle est globale. Présentation du rôle de l'ergo en rehab au congrès à Angers	5	Du de Nicolas Franck. DU de neuropsychologie clinique. Formation aux outils thérapeutiques de Rehab
13	PAS DE REPONSE	3	DU remédiation cognitive en cours
14	PAS DE REPONSE	2	DU de remédiation cognitive, anfe: évaluation de la personne scz et approche de la RC
15	Parfois les activités en ergothérapie ne sont pas possibles car les patients sont trop envahis (délirant, halluciné...) dans ce cas l'activité présente plus de risques que de bénéfices et n'est pas judicieuse pour moi	1	PAS DE REPONSE
16	La méthode d'animation issue de l'ETP, consistant à favoriser les échanges de savoirs et de stratégies entre les personnes m'est très utile. Elle est une méthode d'animation qui permet de respecter la parole du patient et de lui donner une vraie place d'interlocuteur	3	Formation en hypnose et thérapies brèves (institut Uthyl)
17	Notion d'évaluation importante et nécessaire surtout pour faire du lien avec ses autres suivis	5	PAS DE REPONSE

ANNEXE VIII : Tableau d'analyse des rôles de l'ergothérapeute.

Rôles principaux de l'ergothérapeute en santé mentale (ANFE, 2016)	Thèmes abordés par les ergothérapeutes sondés
<i>Valoriser, soutenir la confiance et l'estime de soi ; cité 2fois</i>	- Cet échange humain est la base de tout : relation de soin, prise de confiance, entraide, apprentissages... - Favoriser un sentiment d'identité personnelle
<i>Accompagner la prise de conscience de son potentiel et de ses limites à travers l'agir ; Cité 4fois</i>	- Leur montrer qu'ils sont capables d'être maître de leur maladie, qu'ils ont le pouvoir d'agir - Evaluation des freins et des facilitateurs - Les aider à comprendre et identifier leurs freins
<i>Encourager l'expression de ses émotions et le travail d'élaboration psychique ; Cité 1 fois</i>	- L'autonomie psychique (ancrage à la réalité, cohérence du fil de la pensée, diminution des angoisses dues au délire)
<i>Développer sa capacité à établir des relations adaptées et satisfaisantes ; Cité 5fois</i>	- Échanger entre deux êtres humains - Réinvestir de façon satisfaisante, les activités sociales - Travailler sur les habiletés sociales - Améliorer l'autonomie sociale (habiletés sociales) - Retrouver un rôle et une insertion sociale satisfaisante
<i>Restaurer, maintenir ou améliorer ses fonctions cognitives ; Cité 2fois</i>	- Améliorer l'autonomie cognitive (concentration/mémoire/fonctions exécutives) - Evaluer la répercussion d'éventuels troubles cognitifs dans le quotidien

<i>Inscrire la personne dans une temporalité, une organisation et un rythme de travail ;</i> <i>Cité 2fois</i>	- Favoriser l'équilibre occupationnel - Planification des activités / Gestion des temps libres / "équilibre de vie"
<i>Développer ou maintenir l'indépendance et l'autonomie dans les activités de vie quotidienne et trouver des stratégies ou des moyens de compensation si nécessaire ;</i> <i>Cité 7fois</i>	- Permettre l'autonomie et l'indépendance au quotidien - Restaurer maintenir ou développer l'autonomie dans les AVQ dans une perspective de réadaptation - Evaluer/favoriser autonomie dans les AVQ - Restauration de l'autonomie - Améliorer l'autonomie dans la vie quotidienne - Les accompagner vers un gain d'autonomie dans leur vie. - Trouver les moyens de compenser ses troubles dans les AVQ - Re/trouver une autonomie au quotidien.
<i>Encourager une dynamique de changement basée sur la motivation et l'engagement ;</i> <i>Cité 3 fois</i>	- Renforcer l'engagement dans les activités significantes - Rétablissement - Accompagnement à l'engagement occupationnel
<i>Accompagner dans un changement des habitudes et dans l'élaboration d'un projet de vie.</i> <i>Cité 8fois</i>	- Réhabilitation à la routine des AVQ - Leur montrer qu'ils sont capables d'être maître de leur maladie, qu'ils peuvent avoir une certaine qualité de vie - Améliorer la qualité de vie - Proposer une prise en charge adaptée aux besoins et projet de la personne - Accompagner et aider la personne à vivre avec sa maladie - Améliorer la qualité de vie - <i>Permettre la vie professionnelle</i> - Accompagner à l'autonomie professionnelle

ANNEXE IX : Tableau d'analyse des étapes clés de l'accompagnement.

Etapes clés de l'accompagnement en ergothérapie (ANFE, 2016)	Thèmes abordés par les ergothérapeutes sondés
<i>Recueil de données et évaluation initiale</i>	13fois
<i>Diagnostic ergothérapique et cadre conceptuel</i>	0 fois
<i>Formulation des objectifs</i>	6fois
<i>Cadre de l'intervention</i>	
<i>Evaluation et traçabilité</i>	4fois

Autre étape : **Mettre en place une alliance thérapeutique** : cités 4fois

Réception de la prescription médicale d'un médecin de CMP. Echanges lors d'un rendez-vous d'accueil en équipe pour se présenter et aborder les objectifs de la personne, présentation de la structure et des activités thérapeutiques, inscription dans un groupe une demi-journée par semaine, mise en confiance mutuelle (nouveau patient, patients du groupe, professionnels), évaluation avec la personne de l'intérêt de l'activité et du cadre thérapeutique proposé, réorientation dans un autre groupe avec objectifs de soin différents (exemple : travailler sur soi dans un atelier d'écriture est différent de travailler ses relations sociales dans un groupe qui utilise l'activité thérapeutique "bricolage") si	Pas d'accompagnement type. Nous n'accueillons pas seulement des personnes schizophrènes, et l'accompagnement est le même pour tous. D'abord, les usagers (patients) sont reçus en entretien par le médecin psychiatre. Puis chaque professionnel réalise son évaluation/entretien auprès de chaque usager. Une fois les évaluations terminées, les objectifs principaux ressortent. A ce moment-là, une réunion en équipe pluridisciplinaire est programmée. Chaque professionnel fait la lecture de sa synthèse d'évaluation. Un référent est alors désigné, et c'est en équipe que nous inscrivons les usagers dans les ateliers qui semblent les plus judicieux pour
---	--

besoin. Dans l'idéal, sortie du CATTP (et donc de la psychiatrie) avec mise en place d'activités sur l'extérieur, dans la Cité.	répondre aux objectifs posés. (Un ETP schizophrénie "avec ma schizophrénie je vis ma vie" sera bientôt disponible et des séances pourront être commencées prochainement).
Alliance thérapeutique - travail sur le rétablissement- Remédiation cognitive - philosophie de soin : réhabilitation psychosociale	Evaluation et choix de l'intervention dans un parcours de réhabilitation
Evalauton des capacités, éducation thérapeutique, mise en situation, habiletés sociales, travail cognitif,	Evaluation des capacités/incapacités (au niveau cognitif), évaluation des besoins en ergothérapie (AVQ au domicile), prise en charge à domicile selon les besoins (cuisine, hygiène, entretien corporel, tâches ménagères...), accompagnement à la recherche emploi, logement, accompagnement et valorisation pour la prise de confiance en soi...
Je n'ai pas d'étapes clés dans mon service nous avons des patients qui sont là depuis 15 ans environ donc déjà se reconnecter avec le monde extérieur passer par un temps d'engagement d'installation de confiance ensuite une évaluation des capacités et incapacités ensuite des mises en pratiques des sorties	Evaluation après orientation suite à la réalisation de son plan de suivi individualisé réalisé par case manager (l'ergo parfois), définir des objectifs avec la personne, accompagner la personne dans la réalisation de ces objectifs, ré évaluer
1/Accueillir la crise et verbaliser la souffrance psychique 2 /permettre une compréhension de la maladie et ses répercussions dans sa vie quotidienne (via éducation thérapeutique) 3/ réinvestir ses rôles sociaux et définir des projets d'avenir	1) Passation de l'ELADEB 2) Déterminer les objectifs de la prise en charge en ergothérapie avec le patient après la description de ses problèmes dans l'ELADEB 3) Mise en place d'activité groupale ou individuelle en

(RPS) 4/ Accompagner sur le long terme pour faire face à des rechutes	fonction des objectifs 4) Suivi durant toute l'hospitalisation
Créer une relation de confiance. Identifier les difficultés du patient, de son environnement, une période d'atelier de mise en situation et d'accompagnement vers une évolution, envisager un projet de vie et l'accompagnement dans la réalisation de celui ci	Entretien informel > Auto et hétéro évaluations + mises en situation diverses > plus ou moins entraînement selon cognitif (remédiation cognitive) > mis en place de routines plus équilibrées centrée sur leurs besoins, intérêts...etc. > évaluation à distance
	Réussir à obtenir une alliance thérapeutique grâce à des activités favorisant le sentiment d'être acteur, valable, capable. Puis permettre une autonomie psychique et dans la vie quotidienne, par un accompagnement respectueux du projet de vie de la personne
(Auto)Evaluations par des échelles type EAS, mise en situation écologique, accompagnement tout au long du projet.	Évaluation, accompagnement
Évaluation des freins et des facilitateurs à l'engagement occupationnel et accompagnement vers (activités significatives pour la personne, ce qui peut être varié).	

ANNEXE X : Tableau d'analyse des moyens d'intervention

<i>Thème de stratégies</i>	<i>Stratégies citées par les ergothérapeutes sondées</i>
Médiations (cités 13fois)	- Écriture, mosaïque, activité picturale, fils et tissus (crochet couture tricot, ...), terre - Médiations manuelles - Médiations de groupe : médiations plastiques et artistiques avec expositions d'œuvres, ateliers d'écriture/ journal, réalisation de masques pour jouer avec au théâtre - Ateliers créatifs, couture - Médiation créatrice type mosaïque, peinture sur soie, - Médiations expressives (création, écriture, collage) - Activités artistiques - Groupe d'expression (collage, peinture) - Activités projectives - Médiation : activité de groupé coanimé - Décopatch, activité groupale (atelier revue de presse, atelier esthétique...)
Mise en situation (cités 17fois)	- Ateliers cuisine gestion du budget, prises transports en commun - Dans le cadre des bilans (courses, recettes, ...) - MES pour bilan - Déplacements, courses, entretien du logement, etc - Courses, achats, cuisine (en milieu écologique) - A domicile, à l'extérieur, dans le service mise en situation écologique (transport en commun, course, cuisine, ...) - MES écologiques - Domicile, supermarché, transport... - Sur l'extérieur ou au domicile du patient (transports en commun, courses, repas, entretien du logement)
Remédiation cognitive (cités 9fois)	- Programme intégratif de thérapies psychologiques (IPT), Cognitive Remediation Therapy (CRT), Mickael's game

	- Remédiation cognitive : Entrainement Métacognitif (EMC), Programme de Renforcement de l'Autonomie et des Compétences Sociales (PRACS) - Remédiations cognitives : CRT, Remédiation Cognitive pour la Schizophrénie (RECOS) ; Remédiation Cognitive de la Cognition Sociale RC2S ; IPT ; Jeu mathurin (réalité virtuelle) ; programme émotions positives pour la schizophrénie PEP's; Theory of Mind Remédiation (Tom ReMed) ; EMC: - Remédiation cognitive : RECOS - Remédiation cognitive : Mickael's game, feelings, - Remédiation cognitive : PRACS - Remédiation Cognitive : CRT et Gaia et IPT - Exercices papier crayon (atelier cognitif avec différents exercices stimulant les capacités cognitives - Remédiation cognitive : CRT, EMC,
Entrainement au Habiletés sociales (cités 9fois)	- Jeu compétences - EHS : groupe animé, avec jeux de rôle - Via l'activité de groupe - Atelier de gestion des émotions et estime de soi - Jeu compétences - Jeu compétences - Jeu compétences - Jeux de rôle - Jeux de rôle - Jeux de rôle
Jeux de rôles cités 9fois	- Mis en place après ma formation d'initiation à la rigologie - Scène des situations quotidiennes problématiques
Activités ludiques cités 11fois	- Jeux cognitifs, d'expression, de coopération - DIXIT - Ateliers jeux de société - Jeux de société - Jeux
Autres	- Approche COOP - Mise en place d'un case manager - Echanges avec l'équipe et les proches du patient - Importance du cadre - Participation aux Semaines d'information sur la Santé Mentale : exposition, conte - Visité à domicile cité 2 fois

	- Accompagnement professionnel (atelier compétences, cv, lettre de motivation, préparation à l'entretien d'embauche). - Groupe autour de l'insertion professionnelle - Sortie thérapeutique - Travail du schéma corporel - Thérapies Cognitivo-Comportementales : troubles du sommeil - Travail sur les étapes de rétablissement - Définition et accompagnement dans le projet de vie - ETP - Psychoéducation 2 - Sortie thérapeutiques loisirs culturelles, - Sortie : musée resto - Temps d'échanges autour des symptômes et des stratégies personnelles - Relation de confiance - Sorties thérapeutiques - Cadre thérapeutique - Travail rétablissement - La notion de groupe de thérapie - Utilisation de l'insight - Entretien indic (cité 4fois) - Activité physique - Méditation
--	---

L'accompagnement de la personne présentant une schizophrénie : Analyse des pratiques en ergothérapie dans un contexte de réhabilitation psychosociale.

Résumé

Introduction : Les personnes présentant une schizophrénie « *ont moins d'accès à l'emploi [...] et rapportent significativement moins d'événements en rapport avec [...] des relations sociales et familiales* » (Prouteau, 2011). Les retentissements dans la sphère sociale sont importants et les recommandations actuelles sont en faveur de la Réhabilitation Psychosociale. Néanmoins, les pratiques en ergothérapie et en santé mentale ont fortement évolué durant le siècle dernier. Les ergothérapeutes se heurtent aux différents modèles conceptuels guidant leurs pratiques et leur rôle est encore trop peu défini dans ce domaine. **Objectif :** Afin d'effectuer une analyse des pratiques professionnelles, la question de recherche suivante a été élaborée : Quelles sont les stratégies utilisées par les ergothérapeutes lors d'un accompagnement en réhabilitation psychosociale des personnes présentant une schizophrénie ? **Méthode :** Le choix du questionnaire permet de toucher un échantillon important de la population ciblée afin de collecter les informations nécessaires pour réaliser l'analyse des pratiques. **Résultat :** Le nombre de réponses obtenues est de 17. Douze ergothérapeutes sont ancrés dans un modèle cognitivo-comportemental. L'outil d'évaluation majoritairement utilisé, est l'ELADEB, et les moyens d'intervention sont notamment les mises en situation de vie réelle et les médiations créatives en groupe. **Conclusion :** Un travail de recherche mené auprès d'un échantillon plus large permettrait de poursuivre cette enquête afin d'effectuer un véritable état des lieux des pratiques des ergothérapeutes, et contribuer à clarifier leur rôle en santé mentale.

Mots clés : Réhabilitation Psychosociale, schizophrénie, stratégies, accompagnement, analyse des pratiques

Abstract

Introduction: People with schizophrenia "*have less access to employment ... and report significantly fewer events related ... to social and family relationships*" (Prouteau, 2011). The repercussions in the social sphere are significant, and current recommendations are in favour of Psychosocial Rehabilitation. Nevertheless, occupational therapy and mental health practices have evolved considerably over the last century. Occupational therapists are confronted with different conceptual models guiding their practice and their role in this field is not yet clearly defined. **Goal:** In order to carry out an analysis of professional practices, the following research question was developed: Which strategies do occupational therapists use in their psychosocial rehabilitation intervention for people with schizophrenia? **Method:** The choice of the questionnaire makes it possible to reach a large sample of the target population in order to collect the information necessary to carry out the analysis of practices. **Results:** The number of responses obtained is 17. Twelve occupational therapists are anchored in a cognitive-behavioural model. The evaluation tool used is the ELADEB, and the means of intervention include real-life situations and creative group mediation. **Conclusion:** Research conducted with a larger sample would make it possible to continue this survey in order to make a true inventory of the practices of occupational therapists and help clarify their role in mental health.

Keywords: Psychosocial rehabilitation, schizophrenia, strategies, intervention, analysis of practices.

Justine Wrobel

Promotion 2017-2020