



Institut de Formation

En

Ergothérapie



- TOULOUSE -

**Evaluation occupationnelle des personnes schizoéphrènes :**  
**L'influence sur le raisonnement clinique des**  
**ergothérapeutes en santé mentale**

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'État d'Ergothérapeute

Institut de Formation en Ergothérapie de Toulouse

**Directeur de mémoire :** Jean-Michel Caire

**PORTAL Adrien,**  
**Promotion 2018-2021**



## Engagement et autorisation

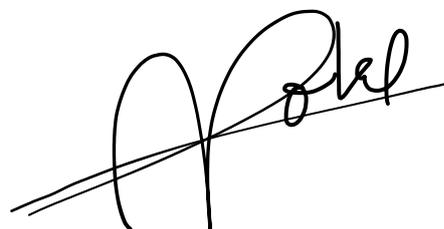
Je soussigné, PORTAL Adrien, étudiant en troisième année, à l'Institut de Formation en ergothérapie de Toulouse, m'engage sur l'honneur à mener ce travail en respectant les règles éthiques de la recherche, professionnelles et du respect de droit d'auteur ainsi que celles relatives au plagiat.

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 : 10 mai 2021

Signature du candidat :

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'A Portal', written over a horizontal line.

## **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 recherches, d'enrichissements 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 Boterf, 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*

*Je tiens à remercier Monsieur CAIRE Jean-Michel, qui a su guider mes recherches et réflexions en sa qualité de directeur de mémoire.*

*Je remercie également Madame LETELIER Marine pour sa disponibilité et pour nos discussions toujours très enrichissantes.*

*Merci également à l'ensemble de l'équipe pédagogique de l'IFE de Toulouse pour leur soutien et conseils durant ces 3 années. Merci pour le climat de bienveillance que vous avez su instaurer, et qui nous montre la voie pour les longues années de travail qui nous attendent.*

*Merci à la promotion 18-21 pour tous les moments que nous avons partagés. Merci particulièrement aux Gils, pour l'entraide et le soutien dans les moments difficiles. Enfin, merci à mes parents, à Melissa et à tout ceux qui m'ont soutenu.*

## Table des matières

Introduction.....	1
1) Situation de départ, choix du sujet.....	1
2) Questions de départs.....	2
Partie 1/ Phase Exploratoire.....	2
1) La schizophrénie.....	2
1.1) <i>Histoire et définition de la pathologie</i> .....	2
1.2) <i>Sémiologie de la schizophrénie</i> .....	3
1.3) <i>Un handicap psychique</i> .....	4
1.4) <i>Conséquence sur la sphère occupationnelle</i> .....	5
2) L'ergothérapeute en psychiatrie.....	6
2.1) <i>Contexte historique, actuel</i> .....	6
2.2) <i>L'ergothérapeute, un expert de l'occupation</i> .....	7
2.3) <i>L'engagement occupationnel</i> .....	8
2.4) <i>Les pratiques d'évaluation ergothérapique en psychiatrie</i> .....	9
3) L'évaluation ergothérapique en psychiatrie.....	11
3.1) <i>Le Profiles of Occupationnal Engagement in Schizophrenia (POES)</i> .....	11
2.2.1) Le modèle Personne Environnement Occupation (PEO).....	12
2.2.2) L'emploi du temps.....	13
2.2.3) Cotation de l'engagement et de l'équilibre occupationnel.....	14
3.2) <i>Réalisation d'un questionnaire exploratoire</i> .....	16
Problématisation.....	24
Partie 2/ Phase Expérimentale.....	24
1) Population de l'étude.....	24
1.1) <i>Critères d'inclusions à l'étude</i> .....	24
1.2) <i>Choix du participant</i> .....	25
2) Méthode qualitative : L'utilisation de l'analyse de pratique.....	25
2.1) <i>Choix de la méthode d'investigation</i> .....	25
2.2) <i>Analyse de pratique comme modalité de recherche</i> .....	26
2.3) <i>Séquences d'analyses de la pratique</i> .....	26
2.2.4) Entretien préalable.....	27
2.2.5) Expérimentation du POES.....	28
2.2.6) Retour d'expérience.....	28
2.4) <i>Analyse de contenu</i> .....	28
3. Discussions des résultats.....	29
3.1) <i>Résultats obtenus</i> .....	29
3.2) <i>Limites de l'étude</i> .....	33

3.3) <i>Discussion des résultats</i> .....	33
Conclusion .....	34
Bibliographie .....	36
Guide des annexes .....	

## Introduction

### 1) Situation de départ, choix du sujet.

L'intérêt pour mon sujet de mémoire s'est construit lors de mes différentes expériences de stage, et notamment lors d'un stage réalisé dans une clinique psychiatrique. Durant ce stage, j'ai pu rencontrer de nombreux patients psychotiques, présentant de nombreuses restrictions de participation dans les activités de vie quotidienne, et notamment celles ayant une composante sociale. Ce premier contact m'a grandement questionné sur les notions d'handicap psychique et de désengagement psycho-social. On sait en effet que le manque d'accès à des activités qui ont du sens pour la personne, appelé privation occupationnelle, apparaît comme un facteur de désorganisation psychique (Riou, 2016). La privation occupationnelle peut être définie comme « le manque d'engagements occupationnels d'une personne, causé par des facteurs personnels et environnementaux » (Christiansen & Townsend, 2010).

Lors d'un autre stage, cette fois dans un USLD (Unité de Soins de Longue Durée) à orientation psychiatrique, j'ai pu prendre en soin des patients présentant des troubles d'ordres psychogériatriques. J'ai pu bénéficier dans ce stage d'une grande autonomie, dû au fait que je réalisais un mi-temps sans ma tutrice. La demande institutionnelle était de développer l'aspect réhabilitation psycho-sociale, qui était parfois mis en retrait au profit de la prise en soin des troubles d'ordre gériatriques. Très vite, l'idée de séances d'ergothérapie individualisées axées sur les problématiques occupationnelles des patients présentant un handicap psychique important m'est venue. Lors de l'élaboration de ces séances, la question des modalités d'évaluations du patient en santé mentale s'est posée. Cette partie me semblait indispensable dans l'élaboration d'un diagnostic en ergothérapie, qui poserait les bases de mes axes d'intervention.

Le choix de la population s'est ensuite précisé : les personnes atteintes de schizophrénie présentent nombres de symptômes pouvant affecter leurs occupations, et ce quel que soit leur âge. J'ai pu suivre un patient avec un diagnostic schizo-affectif, qui m'a beaucoup fait réfléchir sur la notion de désengagement occupationnel notamment.

## 2) Questions de départs

Nous pouvons nous interroger sur l'impact de la schizophrénie sur l'engagement occupationnel des personnes souffrant de cette maladie ? Comment le désengagement occupationnel va influencer la santé de ces personnes ?

Ainsi nous nous interrogeons sur les moyens que peuvent avoir les praticiens et particulièrement les ergothérapeutes pour évaluer le niveau de désengagement occupationnel pour cette population ? Enfin, y-a-t-il des évaluations spécifiques en santé mentale pour étudier ces phénomènes de perte d'engagement chez les personnes schizophrènes et sont-elles connues et reconnues par les ergothérapeutes ?

Toutes ces questions nous amènent dans un premier temps à faire le point sur la schizophrénie, pour ensuite étudier l'approche occupationnelle en ergothérapie. Ainsi, nous interrogeons qu'est-ce que l'engagement occupationnel selon les modèles en ergothérapie, pour enfin comprendre les modalités d'évaluation de ce phénomène de désengagement chez la personne schizophrène.

## Partie 1/ Phase Exploratoire

### 1) La schizophrénie.

#### 1.1) *Histoire et définition de la pathologie*

Le terme « Schizophrénie » est la contraction de deux mots provenant du grec ancien : « *σχίζειν* » (*schizein*), signifiant fendre, fractionner, et de « *φρήν* » (*phrèn*), signifiant esprit. Cette pathologie psychiatrique a été définie pour la première fois en 1896 par le psychiatre allemand Emil Kraepelin, en rassemblant alors trois pathologies distinctes à l'époque, l'hébéphrénie, la catatonie et la démence paranoïde. Il les regroupe alors sous le terme de démence précoce, afin de les distinguer des démences liées à l'âge (Haustgen & Sinzelle 2010). Ce n'est que 15 ans plus tard, en 1911, qu'un psychiatre suisse, Eugen Bleuler, donne pour la première fois le nom de schizophrénie à cette pathologie dans son ouvrage *Dementia praecox ou groupe des schizophrénies*.

Nous savons aujourd'hui que la schizophrénie est une maladie psychiatrique chronique, touchant environ 1% de la population à travers le monde (Rouillon, 2008). Elle se déclare chez le sujet jeune, entre 15 et 25 ans. Bien que les causes soient méconnues, certains facteurs de

risques semblent accentuer le risque de développer la maladie, comme la vie urbaine, les complications obstétricales lors de l'accouchement, ou la consommation de cannabis à l'adolescence, ainsi que des prédispositions génétiques (Schmitt, Malchow, Hasan, & Fallkai 2014). La littérature s'accorde pour dire que le développement de la maladie serait dû à une combinaison de facteurs génétiques et environnementaux (CNUP, 2016).

## 1.2) *Sémiologie de la schizophrénie*

Les symptômes associés à la schizophrénie sont multiples, et d'ordre psycho-cognitif. Selon le DSM-V (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), publié en 2013 par l'APA (American Psychiatric Association), la schizophrénie se caractérise par deux types de symptômes.

Les symptômes positifs, les plus visibles, se rapportent à ce que la personne schizophrène a « en plus » vis-à-vis d'un sujet sain :

- Les hallucinations audio-visuelles : Perception sensorielle sans objet, produite par son esprit.
- Les idées délirantes : croyance figée à thème, qui ne change pas même face aux contradictions évidentes.
- Catatonie : comportement moteur anormal, agitation psychomotrice.
- Discours désorganisé : passage d'un sujet à l'autre sans transition.

Par opposition, les symptômes négatifs sont ceux qu'une personne schizophrène a « en moins » vis-à-vis d'un sujet sain :

- Diminution de l'expression émotionnelle, notamment au niveau non-verbal.
- Aboulie : perte de la motivation à réaliser les activités
- Alogie : diminution de la production du discours
- Anhédonie : diminution de la capacité à ressentir le plaisir
- Asociabilité : Manque d'intérêt pour les interactions sociales.

Cependant, il faut noter qu'aucun symptôme n'est pathognomonique : le diagnostic ne peut être posé qu'à partir de la présence minimale de deux symptômes majeurs pendant un mois. Les symptômes majeurs sont les idées délirantes, les hallucinations et le discours désorganisé. (APA, 2013).

On retrouve en plus de ces symptômes, un dysfonctionnement cognitif, des altérations des fonctions exécutives, ainsi qu'une anosognosie présente chez 50 à 80% des patients (Raffard et al, 2008).

Tous ces symptômes ne sont pas présents en même temps chez une personne schizophrène, et leur intensité varie d'un patient à l'autre. En fonction de la prédominance de certains symptômes, on peut parler de trouble schizotypique, schizo-affectif, ou encore schizophréniforme pour les plus courants (APA, 2013).

### *1.3) Un handicap psychique*

L'ensemble de ces manifestations de la maladie a évidemment un impact sur la santé des personnes atteintes. La définition de la santé proposée par l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) en 1946 comme « un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consistant pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » (OMS, 1946) est longtemps restée comme la définition de référence. Cette définition sera complétée par la suite par l'OMS, en 1984 en ajoutant que « pour être dans un état complet de bien-être, l'individu ou le groupe, doit pouvoir identifier et réaliser ses aspirations, satisfaire ses besoins et évoluer avec son milieu ou s'y adapter » (OMS, 1984). Dans cette définition actualisée, il apparaît la notion d'habilitation. Ce concept est intimement lié à l'intervention en ergothérapie, l'ACE (Association Canadienne des Ergothérapeutes) en propose d'ailleurs la définition suivante : « Habilitier les gens à choisir et à organiser les occupations qu'ils jugent utiles et significantes, dans leur environnement » (ACE, 1997). Pour être en pleine santé, l'individu doit être capable de réaliser ses occupations en lien avec son environnement. Lorsqu'une personne ne peut pas, qu'importe la raison, réaliser ses occupations, elle se retrouve en situation de handicap. Le handicap psychique induit par la schizophrénie a largement été prouvé, et la prise en soin actuelle, grâce aux progrès pharmacologiques, se concentrent sur les conséquences psychosociales de la maladie, en ciblant l'autonomie, le fonctionnement quotidien et l'insertion des individus dans la communauté (Prouteau & Verdoux, 2011). En effet, les personnes atteintes de schizophrénies ont des difficultés à prendre des initiatives, à élaborer des projets d'avenir, et ont tendance à rester passives, craignant les situations nouvelles ou inattendues, ce qui est un facteur de désinsertion sociale (Prouteau & al., 2012)

En France, il faut attendre l'article 2 de la loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour reconnaître la notion d'handicap psychique. Cette loi décrit le handicap comme « toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs

fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant ». Cela a permis de faire reconnaître les troubles psychiques comme un handicap à part entière. Aujourd'hui, 15% des demandes d'aide de compensation du handicap (Allocation Adulte Handicapé) concernent des personnes souffrant de schizophrénie ou d'un trouble de l'humeur, ce qui représente les deux tiers des demandes de compensation pour trouble psychique (DREES, 2008 dans Prouteau & Verdoux, 2011).

#### 1.4) *Conséquence sur la sphère occupationnelle.*

Ce handicap psychique auquel sont confrontés les personnes schizophrènes se répercute dans tous les aspects de leur vie quotidienne.

Bien qu'ils soient les plus visibles, les symptômes dits positifs (hallucinations, idées délirantes) ne sont pas directement reliés au retentissement fonctionnel de la pathologie (Addington & al. 1991, dans Pachoud, 2015), bien qu'ils puissent perturber la réalisation de l'activité. Au contraire, ce sont les troubles cognitifs et les symptômes négatifs qui ont le plus d'impact les activités de la vie quotidienne (Prouteau & Doron, 2008). En effet, ils peuvent entraîner « une désorganisation dans les activités, un manque de volonté, de motivation, ainsi qu'un appauvrissement de l'activité » (Bowie et al (2010), dans Pachoud, 2015).

Cependant, l'observation clinique a prouvé « qu'une atténuation souvent satisfaisante des symptômes [...] ne préjuge pas d'une amélioration de la vie sociale de la personne. A l'inverse, certains patients dont les symptômes sont résistants retrouvent une activité régulière et une insertion sociale » (Pachoud, 2015).

Il paraît donc nécessaire de se préoccuper des aspects psycho-sociaux et occupationnels liés à cette pathologie. En effet, la littérature montre que la qualité de vie et le bien-être social des personnes schizophrènes était directement impacté par le fait de s'engager dans des activités qui ont du sens pour eux dans la communauté. (Lin & al., 2009 ; Bejerholm & Eklund, 2004).

Au-delà des symptômes cliniques, on retrouve dans la schizophrénie des déficits d'ordre fonctionnels qui ont un impact généralisé à la fois sur la personne mais aussi sur son entourage social (Cochet, 2015). L'impact de la pathologie sur la personne est donc plus global. Pachoud parle de « *global outcome* » que l'on peut traduire en français comme « le devenir de la personne » qui désigne toutes les conséquences qu'à la schizophrénie sur la personne au cours du temps. Il comprend les « *functional outcomes* » (retentissement fonctionnel), mais également les conséquences « sociales, professionnelles ou encore celles qui affectent

directement le subjectif de la personne et sa qualité de vie » (Burns & Patrick (2007), dans Pachoud, 2015).

Ce retentissement fonctionnel, défini par Pachoud comme les « difficultés occasionnées par la maladie mentale dans la vie quotidienne de la personne » est une des principales causes de désengagement occupationnel. En effet, s'engager dans des occupations signifie aussi avoir un emploi du temps équilibré d'activités et de repos, avoir une variété d'occupations significatives et de routines en plus de pouvoir s'intégrer dans la société et interagir socialement (Bejerholm & Eklund, 2007). Nous nous interrogeons sur l'apport de l'ergothérapie centrée sur la personne et ses occupations dans le réinvestissement des personnes schizophrènes dans leurs occupations qui ont du sens pour eux. Pour cela il est important de revenir sur les fondements de l'ergothérapie en santé mentale.

## 2) L'ergothérapeute en psychiatrie.

### 2.1) *Contexte historique, actuel.*

« L'ergothérapeute est un professionnel de santé qui fonde sa pratique sur le lien entre l'activité humaine et la santé. » (ANFE, 2019). L'objectif de l'intervention de l'ergothérapeute est de promouvoir, d'améliorer ou de maintenir la santé et le bien-être des personnes par le biais des occupations (Townsend & Polatajko, 2008)

Ce lien est connu depuis l'Antiquité. Dès l'an 2000 avant J.-C., les Egyptiens reconnaissent que l'occupation est bienfaisante pour les malades mentaux, et ils organisent dans leurs temples des jeux pour les malades atteints de mélancolie (Hopkins, 1983). La mise en activité est donc un thérapeutique qui a une action globale sur la personne, et dont l'effet sur le psychisme est reconnu. En Grèce antique, Hippocrate souligne « le lien entre « corps et esprit » dans tout traitement, traite des malades et non des maladies, décrit les vertus de l'exercice [...] qui améliore le psychisme » (Delorme, 1985).

C'est de ces connaissances que naîtra l'ergothérapie, au début du XXe siècle, en Amérique du Nord, avec notamment Eléonor Clarke Slagle, qui ouvrira en 1914 la première école d'ergothérapie au monde, à Chicago. En France, Susan Tracy s'intéresse à la thérapie par l'occupation auprès des survivants de la 1<sup>ère</sup> Guerre Mondiale (1914-1918), dont les séquelles sont autant physiques que psychologiques (Hernandez, 2010) : L'ergothérapie, dont le préfixe « *ergon* » signifie travail, action en grec, est née.

Parallèlement, la psychiatrie évolue, avec la fin de l'internement, impulsé par Phillippe Pinel dès le XIXème siècle qui constate les effets bénéfiques d'une activité mesurée sur le plan intellectuel et psychique (Hernandez, 2016). Ces asiles seront transformés au début du XXème siècle pour devenir des hôpitaux psychiatriques : c'est la naissance de la psychothérapie institutionnelle, dont la vocation est de soigner.

Après la seconde guerre mondiale (1939-1945) la désinstitutionnalisation s'impose, avec une volonté d'inclusion dans la société des patients psychiatriques (Hochmann, 2017). Cette inclusion nécessite donc d'autonomiser les personnes dans leur environnement, avec un suivi ambulatoire. Cette vision prône le rétablissement et s'inscrit dans un contexte de réhabilitation psychosociale, où l'on accorde une importance à l'autonomie de la personne dans son environnement ainsi qu'à sa qualité de vie (Grasset, and al. 2004). Pour cela, l'ergothérapeute favorise *l'empowerment* (pouvoir d'agir) de la personne afin qu'elle puisse « s'épanouir pleinement dans sa vie, en exerçant un plus grand contrôle sur son environnement et en développant des stratégies lui permettant de jouer un rôle actif dans l'atteinte de ses objectifs de vie ». (Young et Ensing, 1999)

## 2.2) *L'ergothérapeute, un expert de l'occupation*

L'occupation se situe au cœur du métier d'ergothérapeute. Les définitions de l'occupation sont nombreuses, bien que celle donnée par l'European Network of Occupational Therapy in Higher Education (ENOTHE) fasse plus ou moins consensus. Le groupe ENOTHE a défini l'occupation comme « un groupe d'activités, culturellement dénommé, qui a une valeur personnelle et socio-culturelle et qui est le support de la participation à la société. » (Meyer 2013).

En plus d'avoir des bienfaits précédemment énoncé, l'occupation est également le moyen, pour chaque individu, de s'intégrer dans la société. Lorsqu'un handicap psychique, comme celui induit par la schizophrénie, ne permet plus à la personne d'assumer et de réaliser ses occupations, elle se trouve immédiatement en marge de la société. En ce sens, l'occupation est, pour l'ergothérapeute, à la fois l'objectif et le moyen d'intervention. Pour cela, il adapte, facilite, et permet la réalisation de l'occupation en tenant compte de l'environnement et des déterminants personnels du patient.

Au vu de l'importance et de la complexité de l'occupation humaine, l'évolution de la pratique ergothérapique a sans cesse été en recherche de nouvelles connaissances afin d'en étudier toutes les facettes. C'est ainsi qu'émergera la Science de l'Occupation à la fin des années 1980 aux

Etats Unis. Son but est de légitimer la pratique ergothérapeutique en créant une discipline académique basé sur l'occupation humaine (Yerxa, and al. 1990).

Cet ouvrage fondateur a permis de placer l'occupation au centre de la pratique de l'ergothérapeute en fournissant une analyse théorique approfondie de l'occupation et en explorant ses différentes applications et composantes (Pierce, 2016).

De fait, l'étude qualitative de l'occupation a permis d'explorer de nouveaux concepts associés, permettant une meilleure compréhension de l'occupation, comme l'engagement, la privation ou l'équilibre occupationnel. (Larivière, 2014)

### 2.3) *L'engagement occupationnel.*

« L'ergothérapie conçoit l'engagement dans l'occupation comme un besoin fondamental de l'être humain » (Townsend et Polatajko, 2013). Ceci montre l'attention particulière que doit avoir la notion d'engagement occupationnel pour notre pratique. C'est un concept clé de la vision que l'ergothérapeute a, sous le prisme de l'occupation.

Le groupe de travail ENOTHE a défini ce concept comme « le sentiment de participer, de choisir, de trouver un sens positif et de s'impliquer tout au long de la réalisation d'une activité ou d'une occupation » (Meyer, 2013). L'engagement est quelque chose de personnel, et fait appel au versant motivationnel de la personne, ainsi qu'à son attrait pour l'activité. L'engagement occupationnel peut varier de l'engagement total au désengagement complet d'une activité à l'autre, il est donc important de le considérer sous le prisme de l'emploi du temps de chaque personne. (Bertrand & al. 2018).

Les nombreuses recherches en science de l'occupation sur le sujet s'accordent à dire que l'engagement occupationnel a une influence bénéfique sur la santé et le bien-être des personnes (Meyer 1922, Yerxa 1998, Kielhofner 2002, Christiansen, et al. 2005, dans Berjerholm, 2006). En plus de soutenir la santé physique et mentale, l'engagement occupationnel permet surtout de donner un sens et un but à l'existence (Wilcock, 1993 dans Bejerholm, 2007). Ainsi, les composantes de l'engagement occupationnel sont une grande source d'informations pour l'ergothérapeute, qui doit les identifier afin de faciliter et de permettre l'engagement de la personne dans ses occupations significatives.

En effet, le lien entre la manière dont la personne schizophrène s'engage dans ses activités quotidiennes et sa qualité de vie a été prouvé dans la littérature. (Eklund & Bäckström, 2005 ; Eklund and al. 2016).

Cependant, on ne peut réduire l'engagement occupationnel à un mode binaire, engagé ou non. Pour chaque occupation, la personne présente un niveau d'engagement qui varie selon sa motivation, ses rôles et toutes les composantes intrinsèques et extrinsèques qui composent l'occupation en question.

En 2007, une étude menée par Ulrika Bejerholm, PhD en Santé Mentale à l'université de Lund en Suède, s'est intéressée aux perspectives occupationnelles des personnes atteintes de schizophrénie. Cette étude a montré qu'un haut niveau d'engagement occupationnel est lié, chez les personnes schizophrènes à :

- Un meilleur contrôle interne,
- Une diminution des symptômes positifs, négatifs et dépressifs,
- Une meilleure cohérence interne,
- Un sentiment de maîtrise accru,
- Un meilleur fonctionnement psychosocial,
- Plus de satisfaction dans les activités quotidiennes,
- Un niveau d'activité plus élevé
- Une meilleure qualité de vie
- Un sentiment de bien-être accru

(Traduit librement de Berjerholm, 2007)

Ainsi, les composantes de l'engagement occupationnel de la personne schizophrène nous donnent des critères d'identification d'engagement et donc de désengagement. Il paraît important d'identifier comment les ergothérapeutes évaluent ces critères, et quel est la portée de cette évaluation sur le raisonnement clinique, et par extension sur leur pratique professionnelle.

#### 2.4) *Les pratiques d'évaluation ergothérapeutique en psychiatrie*

Le terme « pratique professionnelle » désigne le savoir-faire d'une profession donnée. (De Robertis, 2013). Elle est l'application d'une identité professionnelle propre à chaque corps de métier, et mobilisent « des savoirs, des savoir-faires, des connaissances scientifiques et techniques retraduits dans des routines de travail » (Boutanquoi, 2014). Chaque profession possède un champ d'action défini par le référentiel de compétence, défini par la Loi. La pratique de l'ergothérapie est encadrée par l'Arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'État d'ergothérapeute et son référentiel d'activité définissant les actes et compétences des

ergothérapeutes. On retrouve par exemple le recueil d'informations, via des entretiens et évaluations visant au diagnostic ergothérapeutique, ainsi que la réalisation de soins et d'activités à visée de rééducation, réadaptation, réinsertion et réhabilitation sociale. La pratique professionnelle de l'ergothérapeute s'inscrit donc dans un raisonnement clinique propre. Cependant, même si ces connaissances, savoirs et raisonnements sont partagés par les professionnels d'un même corps de métier, la pratique professionnelle reste propre à chaque personne. Elle est influencée par des facteurs intrapersonnels, comme les valeurs, la personnalité de chacun, les capacités ou préférences personnelles. (Drolet & Goulet, 2017).

Le raisonnement clinique est le processus thérapeutique guidant le professionnel auprès du bénéficiaire (Schell, 2009). C'est la démarche qu'entreprend tout ergothérapeute face à une situation clinique, lui permettant d'avoir une vision globale lui permettant d'y réagir. Pour Meyer, « le raisonnement clinique est le processus complexe de réflexion et de décision, associé à l'action professionnelle, qui sous-tend la démarche d'intervention » (Meyer, 2010). Pour l'AOTA (American Occupational Therapy Association), le raisonnement suit trois grandes étapes : l'évaluation, qui contient le profil occupationnel et l'analyse des performances occupationnelles ; l'intervention, qui contient le plan d'intervention, la réalisation de l'intervention et la mesure des progrès ; les résultats, qui concernent la mesure de l'atteinte des buts, et qui correspondent à la réévaluation. (AOTA, 2002)

Ici, nous nous intéresserons particulièrement à la phase d'évaluation. Cette phase contient le profil occupationnel de la personne, défini comme « l'information décrivant l'histoire et les expériences occupationnelles de l'utilisateur, son organisation de la vie quotidienne, ses intérêts, ses valeurs et ses besoins » (AOTA, 2002). L'évaluation du profil occupationnel d'une personne est indispensable en ergothérapie, dans le sens où il permet de comprendre le fonctionnement de la personne, et notamment sa façon de s'engager dans les occupations au quotidien.

La deuxième partie de l'évaluation, selon l'AOTA, est l'analyse des performances occupationnelles, définies par le groupe ENOTHE comme « le choix, l'organisation et la réalisation d'occupations, d'activités ou de tâches en interaction avec l'environnement » (Meyer, 2005, dans Meyer, 2010). L'évaluation des performances occupationnelles permet de dégager des problématiques occupationnelles propre à la personne, en lien avec son profil occupationnel. Cette phase permet également de poser des objectifs d'intervention précis, répondant à un besoin identifié dans les domaines d'activités de la vie quotidienne, de loisirs ou de productivité.

Interrogeons-nous à présent sur les modalités de cette évaluation en ergothérapie, en particulier lors de l'évaluation du profil occupationnel. Cela nous permettra de cibler les critères permettant d'évaluer l'engagement occupationnel des personnes vivant avec la schizophrénie.

### 3) L'évaluation ergothérapique en psychiatrie

L'évaluation en ergothérapie s'appuie sur plusieurs moyens : l'observation clinique, lors de mise en situation dans l'activité à évaluer, et l'entretien, qu'il soit ouvert, structuré ou semi-structuré, sont les plus courants.

Ces moyens d'évaluation peuvent être soutenus par des échelles ou bilans, de préférence validés et standardisés, afin d'obtenir une évaluation fiable et reproductible. En santé mentale, l'évaluation vise à évaluer le retentissement occupationnel du handicap psychique. « Elle ne se limite plus aux symptômes ou aux déficiences mais s'étend aux habitudes de vie de la personne, à sa motivation, à sa capacité à identifier ses forces et ses difficultés et à s'engager dans les soins. » (Riou, 2016). L'évaluation doit donc être occupation-centrée, tel que décrite dans le Livre Blanc d'Ergothérapie en santé mentale, et doit permettre d'identifier son engagement occupationnel (GRESM, 2016).

#### 3.1) *Le Profiles of Occupationnal Engagement in Schizophrenia (POES)*

En s'intéressant aux critères d'évaluations de l'engagement occupationnel, la revue de littérature nous a permis d'identifier un bilan permettant d'évaluer les critères de l'engagement occupationnel : le POES.

Le POES, pour *Profiles of Occupationnal Engagement in Schizophrenia*, est un bilan développé par Ulrika Bejerholm en 2006. Bejerholm est une ergothérapeute suédoise, à l'université de Lund, qui dirige le pôle de recherche sur l'ergothérapie en santé mentale (*Mental Health, Activity, and Participation*). Ce bilan est né des recherches menées par ce groupe, notamment auprès de personnes schizophrènes. Ainsi, dès 2001, une étude s'intéressait aux liens entre la satisfaction éprouvée dans les activités de vie quotidiennes et la santé (*Health-related variables*) des personnes schizophrènes. Cette étude, menée auprès de 74 personnes schizophrènes d'horizons distincts, a prouvé qu'une routine de vie rapportée comme satisfaisante était liée à une meilleure santé mentale, évaluée selon des variables spécifiques à la personne schizophrène. Ces critères étaient le lieu de contrôle (*locus of control*), le sentiment de maîtrise (*Mastery*), la cohérence interne (*Sense of coherence*), la psychopathologie générale (*General*

*psychopathology*), les symptômes négatifs (*Negative symptoms*), les symptômes positifs (*Positive symptoms*), et le fonctionnement psychosocial (*Psychosocial functioning*). (Eklund, Lars & Bejerholm, 2001).

Ces résultats montrent l'intérêt, en tant qu'ergothérapeute, de s'intéresser aux routines et habitudes de vie des personnes schizophrènes. C'est dans cette optique que le POES est développé, ce qui aboutit, en Février 2006, à la publication de l'article « *Profiles of Occupational Engagement in people with Schizophrenia (POES) : the Development of a New Instrument based on Time-Use Diaries* » dans le *British Journal of Occupational Therapy*. L'objectif de cet article était de construire un pilote pour le développement du POES, mais également d'en valider le contenu et de tester ses qualités psychométriques. La structure de l'étude se trouve en Annexe I. Le principe du bilan est simple : en se basant sur l'emploi du temps des 24h dernières heures de la personne schizophrène, l'ergothérapeute peut évaluer son engagement occupationnel selon 9 critères, détaillés ci-après, ainsi que son équilibre occupationnel.

Ainsi, l'étude de l'emploi du temps de la personne permet d'identifier un panel d'occupations qui lui sont propres. Il est également important d'en saisir toutes les composantes, car elles résultent de l'interaction complexe entre la personne, ses occupations et son environnement. « Since the human occupational pattern is a product of person-occupation-environment interaction, it is of importance to explore all these factors to understand the daily occupational pattern among persons with schizophrenia » (Bejerholm & Eklund, 2004).

### 2.2.1) Le modèle Personne Environnement Occupation (PEO)

Le modèle personne-environnement-occupation est un modèle conceptuel en ergothérapie. Il étudie les interactions entre la personne, son occupation et son environnement (Law & al. 1996). Edité pour la première fois en 1991, c'est un des premiers modèles axés sur l'occupation, à contre-courant des modèles biomédicaux de l'époque. Il a depuis été régulièrement mis à jour, et la dernière version, le *Person-Environnement-Occupation-Performance Model* date de 2015, pour sa 4<sup>e</sup> édition. (Margot-Cattin, 2017). Le modèle décrit trois variables de l'activité humaine : une personne, avec tous ses déterminants individuels, qui réalise une occupation particulière dans un environnement donnée. L'interaction dynamique entre ces trois variables correspond à la performance occupationnelle (Polatajko, 1994). C'est un modèle transactionnel et systémique, qui prône la relation d'une personne avec son

environnement, par le biais de l'occupation. Ce modèle est également dynamique, c'est-à-dire qu'il s'adapte et se module au cours de la vie de la personne (*life span*), et permet une compréhension holistique de la personne. Cela permet à l'ergothérapeute de ne pas seulement agir sur la personne, et d'avoir une vision plus globale sur les situations. Ainsi, l'action de l'ergothérapeute portera autant sur le développement d'habiletés personnelles que sur l'adaptation de l'environnement ou de l'occupation elle-même, afin d'en faciliter la réalisation.

De plus, le modèle PEO permet de conceptualiser l'interaction entre les trois composantes que sont la personne, son environnement et ses occupations. Plus leur adéquation est grande, plus ils interagiront en harmonie, et meilleure sera la performance occupationnelle (Margot-Cattin, 2017). De fait, cet outil permet de schématiser les concepts occupationnels tel que l'engagement ou l'équilibre (voir Annexe II).

### 2.2.2) L'emploi du temps

La première partie du bilan a pour objectif de recueillir des données fiables sur l'utilisation du temps quotidien de la personne atteinte de schizophrénie. Pour Wilcock, les méthodologies fondées sur l'emploi du temps sont considérées comme les techniques de recherche les mieux établies pour explorer les aspects importants des occupations et des modes de vie humains. (Wilcock, 2001). En effet, il est très intéressant pour l'ergothérapeute de connaître ce que fait une personne de ses journées car cela permet d'identifier ses routines et activités significatives, dans son mode de fonctionnement propre, c'est-à-dire résultant de l'interaction dynamique entre ses facteurs personnels, environnementaux et occupationnels (Labbé & al., 2016). Par ailleurs, on sait qu'il existe un lien entre la maladie mentale et la manière dont le temps est expérimenté, ce qui explique que les personnes atteintes de schizophrénie ont souvent des problèmes pour organiser leurs activités quotidiennes, en raison de leur rapport particulier au temps (Bejerholm & Eklund, 2004).

Pour recueillir ces informations de manière fiable et efficace, le POES demande d'abord à la personne de noter ce qu'elle a fait sur les 24 dernières heures. L'intérêt d'utiliser uniquement les 24 dernières heures est que cela permet de limiter le biais qui consisterait à rapporter de façon exagérée des activités socialement acceptables (Robinson, 1977, dans Labbé & al., 2016). Afin d'obtenir des informations plus complètes et exhaustives, il est possible de faire passer cette partie plusieurs fois, en auto-évaluation. Cet exercice peut être combiné avec une entrevue complémentaire lorsque la personne présente des déficits cognitifs et sensoriels qui pourraient

entraver la rédaction de son propre journal (Lawton, 1999 dans Labbé & al., 2016). Pour chaque occupation, il est demandé de noter l'environnement social (« Une autre personne était-elle présente à ce moment ? ») et l'environnement physique (« Où étiez-vous à ce moment ? »). Enfin, il est demandé à la personne de noter son ressenti vis-à-vis de l'occupation (« Comment avez-vous vécu l'activité ? ») (Voir annexe III).

D'autre part, cela permet à l'ergothérapeute d'amorcer son travail en lien avec l'emploi du temps : Organiser sa journée est déjà un moyen de s'engager dans des occupations, ce qui permet de créer un rythme et de donner du sens à ses journées (Lin & al. 2009).

### 2.2.3) Cotation de l'engagement et de l'équilibre occupationnel

La seconde partie du bilan se concentre sur le concept central le POES : l'engagement occupationnel.

Pour appréhender la complexité de l'engagement occupationnel d'une personne schizophrène, 9 items sont proposés. Ces items permettent d'avoir une vision globale de l'engagement d'une personne tout au long de sa journée. Ainsi il est demandé à l'ergothérapeute de coter sur une échelle de 1 à 4 (1 : Engagement minimal ; 4 : Engagement maximal) les items suivants : Rythme quotidien des activités et du repos ; Endroit ; Variétés et gammes d'occupations ; Environnement social ; Interaction sociale ; Interprétation ; Etendue des activités significatives ; Routines ; Amorcer la réalisation de l'occupation.

Les explications détaillées de chaque item se trouve ci-dessous :

« L'item rythme quotidien des activités et du repos représente une vue d'ensemble de l'engagement, y compris la manière dont les activités calmes/de repos sont réparties, par rapport à une participation plus active dans des occupations tout au long de la journée. Les catégories de classement varient d'un rythme quotidien caractérisé par le retrait et le désengagement à un engagement continu dans les occupations tout au long de la journée.

L'item Endroit correspond au cadre ou au lieu dans lequel se réalisent les occupations et réfère à la mesure dans laquelle les endroits sont visités, utilisés et, de façon générale, de quel type d'endroit il s'agit. Les catégories de classement varient entre passer du temps principalement dans un seul endroit et passer du temps dans une variété d'endroits tout en se déplaçant sans difficulté dans la société.

L'item Variété et gamme d'occupations concerne les types d'occupations réalisées. Les catégories de classement varient de peu de variété dans une gamme restreinte d'activités, à une bonne variété dans une large gamme d'activités au sein des occupations réalisées.

L'item Environnement social représente la situation et le type d'environnements sociaux. Les catégories de classement varient entre passer la majeure partie du temps seul à passer du temps dans une variété d'environnements sociaux sans difficulté.

L'item Interactions sociales réfère à l'étendue des interactions sociales. Les catégories de classement varient d'une faible réceptivité sur le plan social, avec des interactions sociales souvent engagées par les autres, à la réceptivité et à la collaboration avec les autres sur le plan social, avec des rapports de réciprocité.

L'item Interprétation mesure l'étendue de la réflexion du client relativement à son expérience occupationnelle, dans quelle mesure le client s'identifie à l'action et à la compréhension de l'expérience qu'elle évoque. Les catégories de classement varient entre une faible capacité d'interprétation et de compréhension de l'expérience pour lui donner un sens à une interprétation continue à l'intérieur de laquelle l'expérience occupationnelle est perçue de façon nuancée.

L'item Étendue des occupations significatives indique les occupations les plus susceptibles d'être associées à un sens et à une raison d'être, augmentant à chaque catégorie de classement. Les catégories de classement varient d'un faible engagement dans des occupations pouvant être considérées comme significatives, à l'engagement dans une variété d'occupations ayant cette qualité.

L'item Routines fait référence à l'éventail des routines et à l'organisation des occupations. Les catégories de classement varient entre un petit nombre de routines organisées, outre la réponse au besoin immédiat (ex., la faim), à une routine flexible permettant de faire face aux imprévus environnementaux et occupationnels. » (Labbé & al. 2016)

Le score obtenu varie donc de 9 à 36. Une échelle est proposée pour évaluer l'engagement de manière globale : De 9 à 18 pour un engagement faible, de 19 à 27 pour un engagement modéré, et de 28 à 36 pour un engagement élevé. Un graphique permet de visualiser les résultats (Voir annexe IV)

Enfin, il est demandé à l'ergothérapeute d'évaluer l'équilibre occupationnel de la personne, suivant les informations de l'emploi du temps et de l'entrevue complémentaire. En effet, un pattern d'occupations équilibré est lié à une meilleure qualité de vie et sentiment de bien-être

(Erlandsson & Eklund, 2001; Persson, Erlandsson, Eklund, & Iwarsson, 2001 in Bejerholm & Eklund, 2004)

Pour cela, l'ergothérapeute utilise une modélisation du modèle PEO (Voir annexe V), afin de distinguer 3 situations.

Soit la personne est sous-occupé, c'est-à-dire qu'elle ne dispose pas de suffisamment d'opportunités occupationnelles, dans un environnement peu stimulant, ce qui a pour conséquence une faible capacité à gérer les stimuli extérieurs. Cela se traduit par un désengagement, un isolement social, et une attitude apathique.

Soit la personne est sur-occupé, c'est-à-dire qu'elle dispose de trop d'opportunités occupationnelles, avec un environnement trop stimulant ce qui a la même conséquence, à savoir une capacité limitée à gérer les stimuli externes. Cela se traduit par un désengagement et une hyperexcitation pouvant causer par exemple des épisodes de décompensation.

Au contraire, lorsque l'environnement et les occupations stimulent de manière adéquate la personne, alors elle devient capable de gérer les stimuli, lui permettant de s'engager efficacement et d'avoir un équilibre occupationnel satisfaisant.

Pour approfondir la question de la pratique évaluative en ergothérapie en santé mentale, il nous paraît nécessaire d'interroger le terrain. Bien entendu cette exploration est parcellaire et ne peut en aucun cas être généralisée. Cependant cette exploration peut donner une cartographie des habitudes évaluatives en ergothérapie dans ce secteur de santé.

### *3.2) Réalisation d'un questionnaire exploratoire*

#### **Méthode :**

Dans l'objectif de récolter des données de terrains sur les pratiques d'évaluation des ergothérapeutes en santé mentale, l'outil du questionnaire en ligne a été utilisé.

Ce questionnaire a pour cible les ergothérapeutes travaillant en santé mentale, auprès de personnes schizophrènes. Ainsi, ce questionnaire, au travers de 11 questions, a permis d'identifier :

- Le profil de l'ergothérapeute qui y répond (ancienneté d'exercice, pays d'exercice)

- L'importance accordée à la phase d'évaluation dans leur raisonnement clinique
- L'objet de cette évaluation, et l'utilisation de bilans pour cela
- Leur avis sur l'intérêt d'évaluer l'engagement et l'équilibre occupationnel des personnes schizophrènes.

Ce questionnaire, utilisant la plateforme *Google Forms* a recueilli 40 réponses, toutes d'ergothérapeute diplômé travaillant avec des personnes schizophrènes. Il a été mis en ligne le 17/03/2021 et fermé le 27/03/2021. Afin de garantir l'anonymat strict des données, aucune adresse IP, mail ou information personnelle n'ont été recueillies. Afin d'éviter au maximum les biais, ce questionnaire n'a été diffusé que sur 2 groupes Facebook, l'un spécifique au mémoire en ergothérapie, l'autre à l'ergothérapie en santé mentale. Les critères d'inclusion à l'étude étaient :

-Être ergothérapeute diplômé exerçant ou ayant exercé dans un pays francophone.

-Travailler auprès d'un public de patient atteint de schizophrénie

Il été rappeler de ne répondre qu'une seule fois. La forme du questionnaire et la synthèse complète des données recueillies se trouve en Annexe VI.

### **Participants :**

100% des participants (n=40) sont ergothérapeutes diplômés, travaillants auprès d'un public schizophrène, ce qui correspond aux critères d'inclusion de l'étude. Les 40 réponses sont donc exploitables.

90% (n=36) des ergothérapeutes interrogés exercent en France, 7.5% (n=3) en Belgique, et 2.5% (n=1) en Suisse. (Voir annexe VII)

L'ancienneté d'exercice des ergothérapeutes interrogés est très hétérogène, ce qui est méthodologiquement intéressant afin d'avoir un panel d'expérience varié. En effet, 25% (n=10) des ergothérapeutes interrogés sont jeunes diplômés (moins d'un an), 27.5% (n=11) ont entre 1 et 5 ans d'ancienneté, 20% (n=8) ont entre 5 et 10 ans et 27,5% (n=11) exercent le métier d'ergothérapeute depuis plus de 10 ans.

### **Résultats :**

- Importance de l'évaluation

La première question de cette partie concerne l'importance accordée à l'évaluation dans le raisonnement clinique des ergothérapeutes travaillant auprès de personnes schizophrènes, sur une échelle de 1 à 10, tel que 1- Aucune importance ; 10- Très grande importance. (Voir Annexe VIII)

L'analyse des résultats obtenus montre que les ergothérapeutes interrogés accordent en moyenne une importance de 8.2/10 à l'évaluation dans leur raisonnement clinique. De plus, 70% des ergothérapeutes interrogés accordent une importance entre 8/10 et 10/10 à l'évaluation, et 32,5% accordent la note maximale (10/10).

Ces résultats apparaissent en adéquation avec la littérature : L'évaluation est le point de départ du processus de décision clinique du raisonnement en ergothérapie (McCull & Pollock, 2001)

L'évaluation, première phase de l'accompagnement en ergothérapie, revêt une grande importance dans la pratique professionnelle, notamment auprès de personnes schizophrènes.

#### ○ Objectif de l'évaluation

Mais que cherche-t-on à évaluer ? Selon l'AOTA, l'évaluation doit permettre d'identifier le profil occupationnel du patient, ainsi que ses problématiques de performance occupationnelle (AOTA, 2002). Dans cette logique, la question suivante explore les concepts et objectifs de l'évaluation de l'ergothérapeute. Ainsi, la question : « Que cherchez-vous à évaluer ? » a été posée. Les résultats ont été analysés de manière statistique par le logiciel *Iramuteq* afin de déterminer l'occurrence de chaque mot dans les réponses données par les ergothérapeutes interrogés. (Voir annexe IX)

Ainsi, 55% (n=22) des ergothérapeutes interrogés évaluent l'autonomie dans la vie quotidienne des personnes schizophrènes. Si nous reprenons la classification de l'AOTA, on se situe ici dans l'évaluation de la performance occupationnelle. Il en est de même pour 35% (n=14) des ergothérapeutes interrogés, qui disent évaluer les « capacités » du patient schizophrènes. L'évaluation des capacités, qu'elles soient sociales, relationnelles ou cognitives, permet de comprendre la performance occupationnelle du patient, et d'en déceler les problématiques. Les notions relevant de l'évaluation du profil occupationnel sont plus rares : Ainsi, 22.5% (n=9) des ergothérapeutes interrogés évaluent « l'engagement », 15% (n=6) évaluent les « ressources », 10% (n=4) pour les « habitudes », et seulement 7.5% (n=3) des ergothérapeutes interrogés disent évaluer explicitement le « profil ». Ces résultats peuvent

interroger car la littérature ne mentionne pas de priorisation entre l'évaluation du profil et des performances occupationnelles. Le profil occupationnel serait-il sous évalué ?

Pour le voir, intéressons-nous aux outils d'évaluations utilisés.

- Outils d'évaluations

90% (n=36) des ergothérapeutes interrogés disent utiliser des bilans afin de soutenir leur évaluation. (Voir annexe X)

Ce résultat montre l'importance pour les ergothérapeutes d'utiliser des bilans dans leur processus d'évaluation. Il est intéressant d'observer cela dans le contexte de l'évaluation en psychiatrie, où peu d'outil spécifique à l'ergothérapie ont été développés, et où la littérature expose les difficultés d'évaluation qui réside « dans l'absence d'éléments matériels mesurables, palpables mais aussi dans l'incertitude, la discontinuité du soin, qui sont autant de sources d'inconforts pour l'ergothérapeute » (Platz, 2007). Cela explique pourquoi certains outils ont été généralisés aux différents types de prises en soins, car le paramètre quantifiable, mesurable, est rassurant pour le thérapeute face à l'instabilité d'une relation thérapeutique. (Platz, 2007).

Les réponses obtenues à la question suivante : « Quels bilans utilisez-vous ? » confirment la généralisation de certains outils. Cette question a recueilli 36 réponses, car 4 ergothérapeutes interrogés n'utilisent pas de bilans dans leur pratique.

L'analyse des données a été réalisé à partir du logiciel *IRaMuTeQ* afin d'obtenir l'occurrence des mots dans un fichier au format .txt. Ce fichier regroupait toutes les données brutes obtenues en réponse à la question ci-dessus, par les ergothérapeutes interrogés. Une fois l'occurrence de chaque mot obtenu, des regroupements par thème ont été réalisés, pour « mise » et « situation » par exemple. Les résultats sont présentés dans le tableau ci-dessous :

<b>Mots ou regroupement de mot</b>	<b>Occurrence totale</b>
ELADEB	25
MOHOST	11
AERES	10
Bilan maison	7
Mise en situation	6
MOCA	6
MCRO	4

Entretien	3
EF2E	3
OCAIRS	2

Le tableau complet, sans les regroupements, se trouve en Annexe XI.

Nous nous intéresserons ici uniquement aux évaluations validées, standardisée, et centrées sur l'occupation. Ainsi, les bilans n'ayant pas fait l'objet d'un processus de validation ne seront pas retenus, car il est difficile de savoir exactement ce qu'il retourne lors d'un bilan maison ou d'une mise en situation, sans parler de l'impossibilité de contrôler leur qualité. De plus, les bilans évaluant une déficience ou non centrée sur l'occupation ne seront pas retenus, bien qu'ils puissent être complémentaire à l'évaluation occupationnelle. La raison de ce second choix correspond aux recommandations de la littérature en ergothérapie qui stipule que c'est la « perspective des occupations qui doivent intéresser les ergothérapeutes, plutôt que les fonctions corporelles » (AOTA, 2002 ; Kielhofner, 2002 ; Law & Baum, 2005, dans Meyer, 2010)

Selon ces critères, les items « Bilan maison » ; « Mise en situation » ; « MOCA » ; « Entretien » et « EF2E » ne seront pas retenus pour l'analyse ci-dessous.

Nous diviserons les bilans mentionnés par les ergothérapeutes répondants en deux catégories : les bilans génériques (développé pour la pratique en général et transposés à la psychiatrie) et les bilans spécifiques (ceux développés spécifiquement pour la psychiatrie).

- Bilans spécifiques :

L'outil le plus utilisé parmi les ergothérapeutes interrogés est l'Echelle Lausannoise d'Auto-évaluation des Difficultés et des Besoins (ELADEB). En effet 69 % (n=25) des ergothérapeutes interrogés l'utilise. Ce bilan, dont les qualités psychométriques ont été prouvées (Fernandez, 2007 ; Golay, 2007 dans Pomini & al., 2008), permet d'évaluer la performance occupationnelle du patient dans un contexte de santé mentale. Ce bilan a été développé spécifiquement pour la santé mentale, tout comme le bilan AERES est utilisé par 25% (n=10) des ergothérapeutes interrogés. Ce bilan évalue le profil occupationnel de manière assez différente, en s'intéressant à ses ressources et forces (Bellier-Teichmann & Pomini, 2015 ; Bellier-Teichmann, Pomini, & Franck, 2018).

- Bilans génériques :

30,5 % (n=11) des ergothérapeutes interrogés utilisent le *Model Of Human Occupation Screening Tool* (MOHOST). Ce bilan est très intéressant pour l'évaluation du profil occupationnel car il permet d'évaluer les facilitateurs et obstacles à l'engagement occupationnel. C'est un bilan dit générique, qui a été développé pour la pratique en ergothérapie de manière générale. Son utilisation auprès d'une population psychiatrique a été démontré, mais pas spécifiquement auprès des personnes schizophrènes (Parkinson & al., 2008 ; Maciver & al., 2016). D'après la littérature, cela peut être problématique car les mesures génériques peuvent ne pas être appropriés ou pertinente pour tous les groupes de personnes (Dunn 2001).

En effet, certains bilans construits pour l'ergothérapie en général et transposés à la psychiatrie, comme la Mesure Canadienne du Rendement occupationnel, ne font pas consensus dans la littérature auprès de personnes schizophrènes. Ainsi, certaines études montrent que le manque de conscience du trouble (*adequate insight*) et/ou d'habiletés cognitives peut perturber la passation de la MCRO, car les patients sont « frustrés et confus par la cotation » (Law & al., 1990). Pour Bejerholm, l'auto-évaluation de sa situation et la réflexion qui en découle lors de la passation de la MCRO peuvent être difficile à réaliser pour les personnes schizophrènes, en raison des limitations émotionnelles et cognitives (Bejerholm, Hansson & Eklund, 2006). Au contraire, certaines études mettent en avant le fait que l'utilisation de la MCRO auprès de patients en psychiatrie peut permettre de détecter des changements significatifs de performance et de satisfaction (Chesworth & al., 2002).

Il en est de même pour l'entretien OCAIRS, autour duquel les avis sont partagés. Pour Bejerholm, il se concentre trop sur le fonctionnement et les informations rapportés par la personne, sans explorer son contexte de vie réelle, ce qui peut constituer un biais auprès des personnes schizophrènes (Bejerholm, Hansson & Eklund, 2006). Cependant, ce propos est nuancé par les travaux de Haglund, dont l'étude prouve l'utilité de l'OCAIRS dans le processus de dépistage de la performance occupationnelle pour les personnes souffrant d'une maladie mentale de longue durée (Haglund 2000, cité par Bejerholm, Hansson & Eklund, 2006). Pour les auteurs (Forsyth et al., 2005) qui s'appuient sur les résultats de Haglund, l'OCAIRS (version 4.0) peut être utilisé avec tout client ayant les habiletés cognitives et émotionnelles pour participer à une entrevue.

Cela montre le débat pouvant exister dans la littérature sur l'utilisation d'outil non spécifique à la psychiatrie et ayant été généralisés. Ce débat est d'autant plus clivant lorsqu'on parle de l'évaluation de la personne schizophrène, en raison des troubles émotionnels et de la personnalité. Ce débat peut expliquer la réticence à utiliser les outils génériques, comme le montre les pourcentages obtenus auprès des ergothérapeutes interrogés : 11% (n=4) utilisent la

MCRO et 5,5% (n=4) l'OCAIRS. L'utilisation d'outils créés spécifiquement pour l'évaluation en ergothérapie en psychiatrie, comme ELADEV ou le POES semble, d'un point de vue scientifique, plus adaptés car moins sujets à débat. En effet, un bilan construit dans l'optique d'être utilisé en psychiatrie sera directement testé et ajusté en fonction des essais cliniques fait auprès du public cible final, ce qui lui permettra de s'adapter dès sa conception.

- Analyse statistique selon la classification de l'AOTA (Profil occupationnel / performance occupationnelle)

Une fois ces résultats affinés, une analyse statistique a été réalisée selon les critères d'évaluation de l'AOTA :

Ainsi, 72.5% (n=29) des ergothérapeutes interrogés utilisent des bilans validés (MCRO, ELADEV) pour évaluer la performance occupationnelle des patients schizophrènes. Lorsqu'on s'intéresse à l'évaluation du profil occupationnel (AERES, MOHOST, OCAIRS), ce chiffre tombe à 57.5% (n=23). Cela signifie que 67,5% (n=27) des ergothérapeutes interrogés n'évaluent pas le profil des patients schizophrènes.

Les bilans évaluant le profil occupationnel de la personne schizophrène sont donc moins répandus. Pourtant, évaluer le profil occupationnel de la personne schizophrène permet d'adapter l'accompagnement selon ses attentes, l'utilisation qu'elle fait de son temps, ses besoins et routines de vie quotidienne. Cela permet également d'évaluer son engagement et son équilibre occupationnel. (Bejerholm, 2007). Il apparaît donc important voir même vital d'évaluer le profil occupationnel en ergothérapie : « Plutôt que d'évaluer le fonctionnement et l'indépendance des AVQ, il semble essentiel d'évaluer dans quelle mesure le client peut s'engager dans des occupations et si oui ou non le type d'occupations qu'il pratique soutient favorablement sa santé » (Bejerholm, 2007), car le rôle de l'ergothérapeute est « d'aider les personnes atteintes de schizophrénie à établir une vie quotidienne avec un engagement occupationnel significatif et continu, de préférence dans une variété de contextes sociaux où elles peuvent collaborer avec d'autres personnes » (Creek, 2003).

En conséquence, ces résultats peuvent poser question, car l'écart observé n'est pas en accord avec la littérature sur le sujet. Les ergothérapeutes participants utilisent majoritairement des bilans évaluant la performance occupationnelle. Le profil occupationnel ne serait donc pas assez évalué par des bilans en ergothérapie.

○ Intérêt de l'évaluation de l'engagement et de l'équilibre occupationnel

Pour pousser la réflexion, la question « Pensez-vous que l'évaluation de l'engagement et de l'équilibre occupationnel peut-être utile auprès de cette population ? » a été posé ensuite. (Voir annexe XII)

Les résultats sont sans appel : pour 90% (n=36) des ergothérapeutes interrogés, la réponse est oui, contre 2,5% (n=1) pour le non. 7,5% (n=3) ne se prononce pas.

Ainsi, ces concepts, relevant du profil occupationnel, sont largement admis comme étant utile à l'accompagnement en ergothérapie des personnes schizophrènes. Pourtant, la question précédente montrait que peu d'outils dédiés à ces concepts étaient utilisés dans le processus d'évaluation des ergothérapeutes en psychiatrie.

### **Synthèse des résultats**

Il faut prendre un peu de distance avec les résultats de ce questionnaire, du fait de l'échantillon limité d'ergothérapeutes interrogés (n=40).

Cependant, les résultats semblent montrer que :

- L'évaluation a une importance majeure dans le raisonnement clinique de l'ergothérapeute travaillant auprès de personnes schizophrènes.
- L'évaluation s'appuie largement sur des bilans, de préférence validés.
- Les bilans utilisés portent plus sur l'évaluation de la performance occupationnelle plutôt que sur l'évaluation du profil occupationnel.
- L'évaluation du profil occupationnel, et plus précisément celle de l'engagement et de l'équilibre occupationnel sont perçues comme utiles par les ergothérapeutes travaillant auprès de personnes schizophrènes.
- Cependant, peu d'ergothérapeutes utilisent des bilans pour évaluer ces concepts auprès de personnes schizophrènes.

En conclusion, il pourrait être intéressant pour la pratique de l'ergothérapie en psychiatrie d'utiliser un bilan tel que le POES. Ce bilan est traduit et validé en français, et se concentre sur l'évaluation du profil occupationnel de la personne, en ciblant l'engagement et l'équilibre occupationnel. Son utilisation par les ergothérapeutes semble encore marginale, selon les résultats parcellaires du questionnaire.

Nous questionnons donc l'apport que pourrait apporter ce bilan aux ergothérapeutes en santé mentale. Il serait justement intéressant d'étudier l'impact de cette évaluation occupationnelle, autour des concepts d'engagement et d'équilibre, sur la pratique professionnelle et le raisonnement clinique des ergothérapeutes exerçant auprès d'une population schizophrène. Cela permettrait de se rapprocher dans le même temps des recommandations théoriques énoncés dans la littérature.

## Problématisation

➔ **Quelle influence peut avoir l'utilisation du POES sur la pratique et le raisonnement professionnel des ergothérapeutes travaillant auprès des personnes souffrant de schizophrénie ?**

## Partie 2/ Phase Expérimentale

### 1) Population de l'étude

#### 1.1) *Critères d'inclusions à l'étude*

Pour tenter de répondre à cette question, une étude expérimentale a été menée sur le terrain. Ici, l'étude porte sur les pratiques professionnelles d'évaluation en santé mentale auprès de personnes schizophrènes. C'est donc la pratique de l'ergothérapeute qui doit être mise en avant. Afin d'obtenir des données au plus proche de celles explorées en partie I, des critères d'inclusions et de non inclusion ont été établis. Les critères d'inclusions correspondent aux conditions à remplir pour intégrer l'étude. Les critères de non inclusion représentent les conditions rédhibitoires pour intégrer l'étude.

#### Critères d'inclusion à l'étude :

- Être ergothérapeute diplômé d'Etat.
- Exercer dans le champ de la santé mentale, idéalement en ambulatoire.
- Travailler dans un service accueillant des personnes atteintes de schizophrénie.
- Ne pas connaître le POES, ni l'utiliser dans sa pratique professionnelle

#### Critères de non inclusion à l'étude :

- Autres professionnels de santé ou personnes ne possédant pas le D.E. d'ergothérapie
- Ergothérapeute n'exerçant pas en santé mentale.
- Ergothérapeute en santé mentale ne travaillant pas auprès de personnes atteintes de schizophrénie.
- Connaître ou utiliser le POES dans sa pratique professionnelle.

## 1.2) *Choix du participant*

Un ergothérapeute répondant aux critères d'inclusions a été contactée. Après avoir recueilli son consentement pour participer au protocole de recherche, nous avons pu planifier des entretiens. Afin de rendre anonyme le participant, nous utiliserons le nom Ergothérapeute 1 (E1). E1 est diplômé depuis 7 ans (2014), et travaille dans un service de psychiatrie possédant une section d'hospitalisation complète, et une section d'hospitalisation de jour. Il y travaille depuis Janvier 2020, soit 1 an et demi environ. Il ne connaît pas le POES, mais est intéressé par la découverte du bilan.

## 2) Méthode qualitative : L'utilisation de l'analyse de pratique

### 2.1) *Choix de la méthode d'investigation*

La méthode d'investigation choisie pour la récolte des données a son importance. Ici, l'objectif est d'analyser l'impact d'un outil d'évaluation sur la pratique professionnelle d'un ergothérapeute. Il semble donc cohérent d'utiliser une méthode qualitative, qui permet de mieux comprendre le fonctionnement d'un sujet (Aubin & al., 2008). En effet l'approche qualitative permet d'explorer de manière détaillée un processus de changement, en s'intéressant aux expériences de la personne. (Corbière & Larivière, 2014).

Le moyen choisi pour la récolte de données est l'entretien. Ce choix est apparu de manière logique car « l'entretien constitue un instrument privilégié en recherche qualitative » (Baribeau & Royer, 2012). De plus, l'entretien est « une méthode qui donne un accès direct à la personne, à ses idées ou représentations. » (Tétrault 2014), ce qui est primordiale lorsqu'on questionne la pratique professionnelle. L'entretien aura une forme semi-directive, tel que décrit par Savoie-Zajc (2009), afin de laisser une liberté d'expression à la personne tout en gardant un cadre, via

le guide d'entretien. En effet, cela permet de pouvoir réorienter l'entretien si besoin, tout en laissant une certaine flexibilité à l'interrogé.

Ainsi, la méthode d'investigation choisie permet d'analyser la pratique professionnelle de manière qualitative.

## 2.2) *Analyse de pratique comme modalité de recherche*

L'analyse de pratique professionnelle est une méthode de réflexion consistant à « utiliser la situation de travail comme point de départ de la réflexion du professionnel » (Lagadec, 2009). Cette méthode se base sur le fait que chaque personne agit sur son travail pour le modifier. La pratique d'un professionnel lui est donc propre, bien qu'elle s'inscrive dans un cadre professionnel, constitué de règles et de codes professionnels. La pratique est donc fortement liée à un contexte de travail particulier, et aux situations rencontrées. Ainsi, « dans l'analyse des pratiques professionnelles, la pratique est envisagée dans toute la subjectivité qui l'accompagne. » (Lagadec, 2009). Pour cela, il devient important de développer le « savoir analyser », afin d'obtenir une analyse la plus objective possible, sans émettre de jugement. Le savoir analyser peut se définir comme « l'étude faite en vue de discerner les différentes parties d'un tout, de déterminer ou d'expliquer les rapports qu'elles entretiennent les unes avec les autres. » (Robo, 2013).

Dans cette étude, l'analyse de pratique se fera sous le prisme de la recherche collaborative (Anadon, 2007) c'est-à-dire en collaboration avec le praticien, dans un objectif de co-construction des séquences d'analyses de la pratique professionnelle.

## 2.3) *Séquences d'analyses de la pratique*

La méthodologie de recherche se divise en trois parties :

Tout d'abord, un entretien préalable sera effectué. Il aura pour objectif d'explorer la pratique professionnelle de E1, c'est-à-dire son profil professionnel, sa façon de travailler, son raisonnement clinique et ses pratiques d'évaluations.

Ensuite, le bilan POES sera remis à E1, avec le protocole de passation complet, et les données de la littérature sur le sujet. Ce temps d'échange permettra à E1 de découvrir le bilan et de se l'approprier. Après cela, nous fixerons un temps d'expérimentation du POES, durant lequel E1 l'intégrera à son processus d'évaluation avec des patients répondants aux critères d'inclusions

de l'étude. En effet, pour être conforme aux données vues en Partie I, le POES devra être utilisé uniquement avec des patients atteints de schizophrénie, et si possible en ambulatoire.

A la fin de cette période d'expérimentation, un deuxième entretien sera effectué. Cet entretien servira de retour d'expérience afin d'évaluer le ressenti de E1 sur le bilan et l'impact sur son évaluation et son raisonnement clinique. Cet entretien servira de point de comparaison pour évaluer l'impact de l'utilisation du bilan sur la pratique professionnelle de E1. L'analyse de ces deux entretiens nous permettra d'identifier l'influence de la phase d'expérimentation sur le raisonnement clinique et la pratique professionnelle de E1.

#### 2.2.4) Entretien préalable

Le premier entretien s'est déroulé le 02/04/2021 dans le service de psychiatrie où E1 travaille. Afin de structurer cet entretien, un guide à été créé (Voir annexe XIII).

L'entretien s'est donc fait en présentiel. L'objectif était de récolter des informations, classés selon des thématiques définies au préalable. Ainsi, l'entretien préalable est construit comme tel :

Tout d'abord, une partie contextuelle permet d'introduire l'entretien, de présenter la trame et les critères d'inclusions de l'étude à l'ergothérapeute interrogée.

Les questions posées ensuite sont relatives au raisonnement clinique de l'ergothérapeute lors de sa prise en soin de personnes souffrant de schizophrénie. Ici, l'objectif est de questionner sa pratique dans le service, et d'introduire la question de l'évaluation en ergothérapie.

Ensuite, les questions explorent de manière plus poussée le processus d'évaluation, en questionnant les outils utilisés et les objectifs de l'évaluation. Cela permet de cibler par la suite l'évaluation du profil occupationnel, notamment autour des concepts d'engagement occupationnel.

Enfin, la fin de l'entretien permet d'introduire le POES, et de recueillir le consentement de l'ergothérapeute pour la phase suivante, à savoir l'expérimentation de l'outil.

Cet entretien a été enregistré et retranscrit intégralement à l'écrit pour réaliser un *verbatim*, (Annexe XIV) qui sert de base à l'analyse des données.

### 2.2.5) Expérimentation du POES

Juste après l'entretien préalable, nous avons exposé le POES à E1 afin d'en prendre connaissance. La traduction ainsi que le guide de passation du bilan ont été laissés à disposition. L'objectif était qu'E1 s'approprie le bilan, de la passation à la cotation. De la littérature sur le sujet a été donnée pour l'interprétation des résultats notamment. Il a également été rappelé de faire passer ce bilan uniquement aux personnes souffrant de schizophrénie, et de préférence en hôpital de jour. Ce dernier point peut-être un frein car, bien que le service où travaille E1 dispose d'un hôpital de jour, il n'y intervient pas systématiquement. A la fin de ce temps d'échange, un nouveau rendez-vous a été donné pour réaliser un deuxième entretien : le retour d'expérience.

### 2.2.6) Retour d'expérience

Le deuxième entretien s'est tenu le 16/04. Cet entretien était semblable au premier dans la forme, c'est-à-dire semi-structuré, avec des questions ouvertes. Un guide d'entretien a également été réalisé, différent de celui de l'entretien préalable (Voir annexe XV). Cet entretien a pour objectif d'orienter l'échange plus précisément sur le bilan POES.

L'entretien débute par un questionnement pratique, afin de connaître le nombre de patient ayant fait l'objet de l'évaluation, leur profil et ressenti. Ainsi, l'entretien a pu explorer les difficultés liées à la passation, mais aussi les forces du bilan. Le questionnement se fait ensuite plus large, en explorant l'impact de l'utilisation du bilan sur le processus d'évaluation auprès de ces personnes. L'objectif ici est d'identifier ce qui a pu changer dans le raisonnement clinique de E1 avec l'utilisation de ce bilan porté sur l'évaluation de l'engagement occupationnel.

Une fois l'entretien terminé, une retranscription a été faite, pour obtenir un *verbatim* de l'entretien (Voir annexe XVI) Ces *verbatim* ont ensuite été traités avec la méthode de l'analyse de contenu.

## 2.4) *Analyse de contenu*

L'analyse de contenu est une méthode d'analyse s'appliquant à des « discours extrêmement diversifiés et fondé sur la déduction ainsi que l'inférence » (Wanlin, 2007). Cette méthode, développé par Bardin, comprend « un ensemble de techniques d'analyse des communications visant, par des procédures systématiques et objectives de description du contenu des énoncés, à obtenir des indicateurs permettant l'inférence de connaissances relatives aux conditions de

production/réception de ces énoncés » (Bardin, 1977). Cette méthode est particulièrement adaptée à la recherche qualitative, et d'autant plus lors d'une analyse de pratique professionnelle, car elle permet d'inclure à la fois « la rigueur de l'objectivité et la fécondité de la subjectivité » (Bardin, 1977).

L'objectif de l'analyse de contenu est de transformer un discours en texte, puis d'établir une méthode d'analyse pour comprendre le sens du discours, et enfin utiliser cette méthode pour décoder le discours. (Bardin, 1977).

Pour cela, l'analyse de contenu se déroule en trois phases chronologiques. D'abord, la préanalyse, qui correspond au choix des documents à analyser puis à une première lecture flottante de la retranscription. Cela permet de délimiter le champ d'investigation et de construire l'objet de la recherche (Robert & Bouillaguet, 1997).

Ensuite, une deuxième lecture permet de commencer la phase d'exploitation des données. Ici, l'objectif est d'appliquer au texte des « traitements autorisant l'accès à une signification différente répondant à la problématique mais ne dénaturant pas le contenu initial » (Robert & Bouillaguet, 1997). Cette phase correspond au découpage du texte en unités selon des thèmes identifiés. Ensuite, le chercheur crée une grille d'analyse, reprenant les thèmes du discours ainsi que les catégories sous-jacentes à l'analyse. Ces catégories sont encodées avec le contenu du texte brut. Ici, la grille d'analyse est construite après la passation des entretiens, ce qui correspond à un codage dit ouvert.

Enfin, les données de la grille sont interprétées afin d'obtenir des données valides. L'interprétation des résultats consiste à « prendre appui sur les éléments mis au jour par la catégorisation pour fonder une lecture à la fois originale et objective du corpus étudié » (Robert & Bouillaguet, 1997). Ici, la méthode de traitement choisie pour interpréter les résultats est dite « sémantique » (Bardin, 2013), c'est-à-dire qu'elle se fera à la main, sans utiliser de logiciel.

Cette méthode a été appliquée aux deux entretiens réalisés avec E1. Les résultats sont présentés ci-dessous.

### 3. Discussions des résultats

#### 3.1) *Résultats obtenus*

L'analyse des entretiens s'est faite avec une analyse textuelle conformément à la méthodologie d'analyse de contenu. Ainsi, pour chaque entretien un tableau est créé. Il reprend

les données du verbatim pour les classés en catégories, qui sont ensuite regroupées en thème. Les tableaux d'analyses correspondent respectivement aux Annexes XVII pour l'entretien préalable et XVIII pour l'entretien de retour d'expérience.

#### Entretien préalable :

Le premier thème abordé est le profil de l'ergothérapeute. Cette partie permet de mieux cerner l'ergothérapeute répondant, en questionnant son parcours professionnel, et son expérience en psychiatrie. Ainsi, E1 est diplômé depuis 2014. Il a exercé en neurologie en remplacement, puis est parti au Canada pour obtenir un Master en ergothérapie. Son expérience en psychiatrie avec des patients souffrant de schizophrénie est marquée par deux stages durant la formation. L'un, réalisé en France, a fait émerger un questionnement, car la prise en charge en ergothérapie des patients schizophrènes était fortement tournée vers l'institutionnalisation et assez peu vers de le domicile. L'autre, réalisé au Canada, a apporté une autre vision de l'ergothérapie en santé mentale, en proposant une prise en soin tournée vers la réhabilitation psychosociale dans le milieu de vie. Depuis Janvier 2020, il travaille dans un service de psychiatrie en France.

Dans la continuité, le deuxième thème permet d'identifier les représentations et valeurs de l'ergothérapeute interrogé. Pour cela, nous questionnons sa vision de l'ergothérapie en psychiatrie, en lien avec ses expériences professionnelles. Ce thème permet également de questionner les valeurs sous-tendant la construction de sa pratique professionnelle. Ainsi, sa vision de l'ergothérapie en psychiatrie s'est construite autour de son expérience à Montréal. E1 valorise la prise en charge canadienne, plus tournée vers la réhabilitation psychosociale, où l'ergothérapeute va agir sur l'autonomie et sur l'environnement de la personne. Il met en avant le fait de se tourner vers le domicile, contrairement à ce qui était fait dans l'institution psychiatrique à Bayonne. Sa pratique actuelle s'en trouve impactée. En effet, sous son impulsion, le service s'est orienté sur la vision de réhabilitation avec des prises en charges individuelles. Cela marque un changement avec l'abandon des techniques de médiation pratiquées avant dans le service de psychiatrie tel que le modelage ou l'art plastique. E1 rapporte cependant quelques difficultés institutionnelles dû à ce changement de pratique.

Le troisième thème abordé est la pratique professionnelle de E1. Ainsi, nous questionnons ici son rôle dans la structure vis-à-vis de la prise en soin des personnes schizophrènes. Il est également abordé la question de son raisonnement clinique, pour cibler ensuite plus précisément son processus d'évaluation. Ainsi, E1 anime des ateliers de groupes

ou individuels, orientés sur les activités quotidiennes pour les faciliter. Une importance particulière est accordée aux composantes sociales, environnementales et personnelles tel que l'anxiété, la relation à l'autre dans les situations de vie. E1 intervient sur prescription médicale, lorsqu'un patient ayant des difficultés dans les activités quotidiennes est identifié par le médecin ou l'interne en médecine. Pour les dépister, E1 dit utiliser l'entretien, éventuellement couplé à une MCRO, l'OSA ou des mises en situation. L'évaluation cible les problématiques occupationnelles des personnes schizophrènes. E1 dit ne pas évaluer le profil occupationnel avec des bilans. Il se base plutôt sur des indicateurs comportementaux ou cognitifs pour évaluer l'engagement occupationnel des personnes atteintes de schizophrénie.

C'est précisément l'objet de la recherche que d'évaluer l'influence de l'utilisation d'un bilan évaluant l'engagement occupationnel sur le raisonnement clinique de l'ergothérapeute. L'analyse de contenu de l'entretien de retour d'expérience permettra d'apporter des éléments de réponse à la question.

#### Analyse de l'entretien de retour d'expérience :

Le premier thème abordé est la passation du POES. Ce thème questionne le profil des patients évalués, ainsi que les forces et limites du bilan.

Durant la phase d'expérimentation, le bilan a pu être administrer à deux patients très différents. Ces deux patients, une femme et un homme, seront nommés respectivement P1 et P2. P1 n'est pas stabilisée au niveau du traitement, est très fluctuante et est hospitalisé depuis 3 ans. P1 est déjà suivie en ergothérapie, et connaît bien E1. P2 quant à lui est hospitalisé depuis 4 mois, a un traitement stabilisé et n'est pas suivi en ergothérapie. E1 ne le connaît pas. P1 et P2 ont un diagnostic de schizophrénie.

Dans son discours, E1 rapporte plusieurs avantages à l'utilisation du POES. Pour les deux patients, cela permet d'explorer leur contexte de vie réel, avec l'utilisation de l'emploi du temps. Le bilan donne également beaucoup d'informations sur le profil du patient : son rythme quotidien, sa capacité d'initiation, ses activités signifiantes et son engagement occupationnel. Le bilan est également adapté à un premier entretien (cas de P2). Concernant les limites, E1 rapporte dans son discours que s'intéresser à la vie quotidienne des personnes peut être perçu comme intrusif, car cela les met face à leurs difficultés. D'autant plus avec des patients fluctuants et pas stabilisés (cas de P1).

Le deuxième thème abordé par E1 est l'évaluation de l'engagement et de l'équilibre occupationnel. Ce thème comprend la cotation et l'analyse des résultats ainsi que l'apport de l'évaluation.

Pour P1, la cotation reflète un engagement faible (14/36) ce qui renforce l'impression qu'avait E1 du fait de sa connaissance de la personne. La cotation de l'équilibre occupationnel apporte également des éléments intéressants. En effet, elle montre que P1 évolue dans un environnement trop stimulant, ce qui peut expliquer les fluctuations et les difficultés de stabilisation. Ici, l'apport de l'évaluation est de bilancer et d'objectiver le faible engagement occupationnel de P1.

Pour P2, la cotation montre un engagement modéré (26/36). Elle est en adéquation avec l'impression qu'en a E1, car bien que P2 ait un bon engagement, cela reste dans l'environnement de l'hospitalisation, qui est facilitateur. L'évaluation montre également un bon équilibre occupationnel. Ici, l'apport de l'évaluation est qu'elle apporte des informations sur les habitudes de vie et sur l'engagement de P2 au quotidien.

De plus, E1 met en évidence le fait que ce bilan, en tant qu'outil validé, est un moyen de renforcer un compte rendu. Comme le POES explore l'engagement dans la vie quotidienne des personnes, il pourrait être utilisé pour orienter la prise en soin et le projet en fonction de la capacité qu'a une personne à s'engager dans ses activités. En effet, le bon niveau d'engagement occupationnel de P2 permet d'argumenter, par exemple, un projet de sortie à domicile. E1 explore ici une utilisation très intéressante du POES dans sa pratique : L'évaluation de l'engagement et de l'équilibre occupationnel semble être un levier pouvant préparer la sortie en milieu de vie ordinaire.

Dans cette optique, le thème 3 s'intéresse à l'impact du POES sur la pratique professionnelle de E1. Ainsi, nous analyserons les changements dans le processus d'évaluation de E1, ainsi que l'influence de l'outil sur son raisonnement clinique.

Dans son discours, E1 met en avant une nouvelle utilisation du POES dans son processus d'évaluation. Ainsi, le POES peut-être passé en retour de permission afin d'évaluer le niveau d'engagement occupationnel à domicile, en comparaison avec l'hospitalisation. En effet, il permet de revenir sur les 24 dernières heures passées en permission, et explore donc l'engagement occupationnel au domicile. Cette évaluation peut être un argument pertinent pour un compte rendu de sortie lorsqu'un patient a un projet de retour à domicile. Cette utilisation est également très en lien avec les valeurs de E1, comme nous l'avons vu dans l'analyse du premier entretien.

Ainsi, le POES influence le raisonnement clinique de E1, car il apporte des informations liées au profil (habitudes de vie, engagement...) qui peuvent orienter l'action de l'ergothérapeute notamment lorsque le patient a un projet de retour à domicile ou de sortie d'hospitalisation.

Ainsi, en comparant l'engagement occupationnel dans 2 milieux de vie différents (hospitalisation / milieu ordinaire), l'ergothérapeute peut adapter sa prise en charge pour comprendre les facteurs qui créent ce décalage afin de soutenir l'engagement du patient à domicile. Dans le cas où le patient présente un bon engagement à domicile lors de permissions, alors le POES, en tant que bilan validé, est un argument fort pour soutenir le bilan de sortie.

### 3.2) *Limites de l'étude*

Cette étude comporte tout de même certaines limites. Le premier biais est que l'analyse de pratique professionnelle n'a concerné que E1, et est donc limitée à l'avis d'une personne. Cela rend les résultats assez subjectifs, et ils ne pourront en aucun cas être généralisés. De plus, comme nous avons pu le voir, la pratique professionnelle d'un ergothérapeute lui est propre, tout comme l'impact que peut avoir l'utilisation d'un outil comme le POES.

De plus, les restrictions sanitaires ainsi que des contraintes organisationnelles ont fait que les échéances ont été relativement proches. En effet, le temps d'expérimentation de l'outil (15 jours) est assez court, et l'étude montre donc uniquement les résultats à court terme.

Les résultats ne sont donc que préliminaires, et la question nécessitera une exploration plus poussée pour confirmer les résultats de cette recherche.

### 3.3) *Discussion des résultats*

L'analyse de contenu de ces deux entretiens nous a permis d'identifier les éléments de la pratique professionnelle qui ont été influencés par l'utilisation du POES. Ainsi, l'utilisation du POES permet à l'ergothérapeute de cibler le profil et le fonctionnement de la personne. Cette évaluation permet d'étayer le raisonnement clinique de l'ergothérapeute, en apportant entre autres des informations sur les activités significatives de la personne, son rythme, son engagement et son équilibre occupationnel. Cette évaluation permet également de bilancer et d'objectiver l'engagement occupationnel sur une période donnée, dans un environnement donné. En cela,

elle permet de soutenir la pratique de l'ergothérapeute en lui donnant un score provenant d'une évaluation validée, lui permettant d'orienter et de justifier sa pratique en conséquence.

L'autre point très intéressant de cette analyse est l'utilisation de l'outil par E1 pour évaluer la capacité d'un patient à s'engager à domicile. Il faut savoir que le POES est un outil plutôt à destination de patients suivis en ambulatoire. Cependant, au vu des contraintes liés à la situation actuelle, nous avons choisi de ne pas rendre ce critère obligatoire pour avoir au moins un ergothérapeute à interroger. Ce qui peut s'apparenter à un biais pour l'étude a finalement permis de mettre au jour une nouvelle application du POES. Ainsi, le POES peut être utilisé comme un outil permettant à l'ergothérapeute d'évaluer l'engagement occupationnel de la personne à son domicile durant une permission. Si la personne maintient un engagement occupationnel fort à domicile lors de permissions, cela donne à l'ergothérapeute des indicateurs favorables pour soutenir ce projet. Au contraire, si l'engagement à domicile reste faible pendant les permissions, alors l'ergothérapeute pourra adapter son accompagnement en conséquence. Rappelons les liens existants entre le niveau d'engagement occupationnel et la santé des personnes atteints de schizophrénie exposés dans la revue de littérature. Il paraît primordial pour l'ergothérapeute de prendre en compte l'engagement occupationnel dans sa pratique, notamment lors d'un projet de retour à domicile. Le résultat de cette évaluation permet à l'ergothérapeute de se positionner sur un retour à domicile, et d'orienter sa pratique professionnelle vers cela, afin de pérenniser ce projet.

## Conclusion

La schizophrénie est une maladie psychiatrique chronique fortement invalidante. Les personnes qui en sont atteintes sont confrontées à un désengagement important, qu'il soit social, psychique ou occupationnel. L'ergothérapeute, en tant qu'expert de l'occupation, doit intervenir sur ce désengagement occupationnel de manière à améliorer la santé et la qualité de vie des personnes atteintes de schizophrénie. Pour cela, nous avons identifié un outil d'évaluation peu connu en France : Le POES. Ce bilan permet à l'ergothérapeute d'évaluer de manière standardisé le profil de l'engagement occupationnel de la personne schizophrène, afin de prendre en compte ce paramètre dans son raisonnement clinique. Le questionnaire exploratoire mené auprès de 40 ergothérapeutes en santé mentale afin de questionner leurs raisonnements cliniques et leurs pratiques d'évaluation a permis de mettre en évidence une problématique : Bien que l'évaluation de l'engagement occupationnel soit reconnu comme

utile, peu d'outils validés permettent aux ergothérapeutes de l'évaluer. Ces derniers ont tendance à utiliser des bilans évaluant la performance occupationnelle plutôt que le profil occupationnel. Ainsi, cette étude nous a permis d'identifier les éléments du raisonnement clinique impactés par l'utilisation du POES, en étudiant la pratique d'un ergothérapeute en santé mentale.

Les résultats de l'étude montrent que l'utilisation du POES permet à l'ergothérapeute d'identifier les composantes de l'engagement occupationnel. Ainsi, il peut intégrer ce paramètre à son raisonnement clinique et adapter son intervention en conséquence. De plus, cet outil semble pouvoir être utilisé dans le cadre du retour à domicile en psychiatrie afin de soutenir et d'argumenter la vision de l'ergothérapeute, en étudiant l'engagement occupationnel dans un contexte de vie réelle.

Ces résultats mis en perspective, le POES semble avoir un potentiel intéressant pour développer la pratique de l'ergothérapeute en santé mentale dans un objectif de réhabilitation psycho-sociale. Il paraît important de faire découvrir aux ergothérapeutes cet outil afin qu'il l'intègre dans leur pratique, pour mieux appréhender le profil d'engagement occupationnel de leurs patients atteints de schizophrénie. Les moyens mis en place pour cela peuvent être la formation initiale, continue, et bien sûr la recherche. Il serait en effet intéressant de mener une recherche plus poussée sur l'influence de l'utilisation du POES sur le raisonnement clinique des ergothérapeutes avec un échantillon plus large. L'utilisation du POES comme outil d'évaluation du retour à domicile en psychiatrie pourrait également faire l'objet d'une future recherche.

## Bibliographie

American Occupational Therapy Association (2002). *Occupational Therapy Framework : Domain and Concern* . American Journal of Occupational Therapy, 56, pp. 609-639.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.).

Anadon M. (2007). *La recherche participative. Multiples regards*. Québec : Presses de l'Université du Québec

Association canadienne des ergothérapeutes. (1997). *Lignes directrices concernant la supervision des services d'ergothérapie assignés à une personne autre qu'un ergothérapeute*. Ottawa, ON: Auteur

Aubin-Auger, I., Mercier, A., Baumann, L., Lehr-Drylewicz, A. M., Imbert, P., & Letrilliart, L. (2008). *Introduction à la recherche qualitative*. Exercer, 84(19), 142-5.

Bardin, L. (1977). *L'analyse de contenu*. France : PUF.

Bardin, L. (2013) *L'analyse de contenu*. Paris, France : Presse Universitaire de France

Baribeau, C., & Royer, C. (2012). *L'entretien individuel en recherche qualitative: usages et modes de présentation* dans la Revue des sciences de l'éducation. Revue des sciences de l'éducation, 38(1), 23-45.

Bejerholm U, Eklund M. (2006) *Construct validity of a newly developed instrument: profile of occupational engagement in people with schizophrenia, POES*. Nord J Psychiatry. 60(3):200-206. doi:10.1080/08039480600636239

Bejerholm, U. (2007). *Occupational Perspectives on Health in People with Schizophrenia*. Department of Health Sciences, Lund University

Bejerholm, U., & Eklund, M. (2004). *Time use and occupational performance among persons with schizophrenia*. Occupational Therapy in Mental Health, 20(1), 27-47.

Bejerholm, U., & Eklund, M. (2006). *Relationships between Occupational Engagement and Self-related variables, Psychosocial function, Psychopathology and Quality of Life in People with Schizophrenia..* Abstract from European Network for Mental Health Service Evaluation 7th International Conference, Lund, Sweden.

Bejerholm, U., Hansson, L., & Eklund, M. (2006). *Profiles of Occupational Engagement in people with Schizophrenia (POES): The Development of a New Instrument based on Time-Use Diaries*. The British Journal of Occupational Therapy, 69(2), 58–68. <https://doi.org/10.1177/030802260606900203>

Bellier-Teichmann, T., & Pomini, V. (2015). *Evolving from clinical to positive psychology: Understanding and measuring patients' strengths: A pilot study*. *Journal of Contemporary Psychotherapy: On the Cutting Edge of Modern Developments in Psychotherapy*, 45(2), 99–108. <https://doi.org/10.1007/s10879-014-9287-7>

Bellier-Teichmann, T., Pomini V. & Franck, N. (2018). *L'évaluation des ressources en réhabilitation psychosociale*

Bertrand, R., Tétreault, S., Kühne, N., & Meyer, S. (2018). *Exploration des différentes composantes de l'engagement occupationnel* (No. CHAPTER). Sauramps médical

Bleuler E. (1911), *Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien*, trad. fr. *Dementia praecox ou groupe des schizophrénies*, Paris/Clichy, E.P.E.L./G.R.E.C, 1993

Boutanquoi, M. (2014). *Les déterminants des pratiques professionnelles dans le champ des interventions socio-éducatives: au-delà des représentations sociales*. *Les Sciences de l'éducation-Pour l'Ère nouvelle*, 47(4), 11-27.

Chesworth, C., Duffy, R., Hodnett, J., & Knight, A. (2002). *Measuring Clinical Effectiveness in Mental Health: is the Canadian Occupational Performance an appropriate Measure?* *British Journal of Occupational Therapy*, 65(1), 30–34. <https://doi.org/10.1177/030802260206500106>

Christiansen, C.H., Townsend, E.A (2010) *Introduction to Occupation; The Art and Science of Living: New Multidisciplinary Perspectives for Understanding Human Occupation as a Central Feature of Individual Experience and Social Organization*, Upper Saddle River, N.J., Pearson.r

Cochet, A. (2015). *Troubles cognitifs et fonctionnels dans la schizophrénie : quel arsenal thérapeutique ?* *Santé mentale*, n°202, 30-35

Collège national des Universitaires de Psychiatrie (France), Association pour l'enseignement de la sémiologie psychiatrique (France), & Collège universitaire national des enseignants en addictologie (France). (2016). *Référentiel de psychiatrie et addictologie : psychiatrie de l'adulte, psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, addictologie*. 160-178

Corbière, M., & Larivière, N. (2014). *Méthodes qualitatives, quantitatives et mixtes: dans la recherche en sciences humaines, sociales et de la santé*. PUQ.

Creek, J. (2003). *Occupational therapy and mental health* (3 ed.). London: Churchill Livingstone.

De Robertis, C. (2013). *Chapitre 7. Pratique professionnelle : une tentative de définition*. Dans : Association provençale pour la recherche en histoire du travail social (APREHTS) éd., *Institutions, acteurs et pratiques dans l'histoire du travail social* (pp. 137-144). Rennes, France: Presses de l'EHESP. <https://doi.org/10.3917/ehesp.apreh.2013.01.0137>). Les déterminants des pratiques professionnelles dans le champ des interventions socio-éducatives : au-delà des représentations

sociales. Les Sciences de l'éducation - Pour l'Ère nouvelle, 4(4), 11-27. <https://doi.org/10.3917/lse.474.0011>

Delorme A. (1985). *Olympie – Les compétitions*. Encyclopedia Universalis, Corpus 13 (1985), pp. 458-460

Drolet, M.-J., & Goulet, M. (2017). *Les barrières et facilitateurs à l'actualisation des valeurs professionnelles : perceptions d'ergothérapeutes du Québec*. Recueil annuel d'ergothérapie.

Dunn W. (2001) *Measurement issues and practices*. In: M Law, C Baum, W Dunn, eds. *Measuring occupational performance*. Thorofare, NJ: Slack, 21-29.

Eklund M, Bäckström M (2005) *A model of subjective quality of life for outpatients with schizophrenia and other psychoses*. Quality of Life Research, 14(4), 1157-68.

Eklund, M. & Hansson, L. & Bejerholm, U. (2001). *Relationships between occupational factors and health-related variables among people with schizophrenia*. Social psychiatry and psychiatric epidemiology. 36. 79-83. [10.1007/s001270050293](https://doi.org/10.1007/s001270050293).

Eklund, M., Orban, K., Argentzell, E., Bejerholm, U., Tjörnstrand, C., Erlandsson, L.-K., & Håkansson, C. (2016). *The linkage between patterns of daily occupations and occupational balance: Applications within occupational science and occupational therapy practice*. Scandinavian Journal of Occupational Therapy, 24(1), 41–56. [doi:10.1080/11038128.2016.1224271](https://doi.org/10.1080/11038128.2016.1224271)

Grasset, F., Pomini, V., Favrod, J., Orita, A., Veillon, H., & Cucchia, A.-T. (2004). *La réhabilitation psychosociale à l'aube du XXIème siècle*. Revue médicale de la Suisse Romande, 199-203.

Groupe de Recherche en Ergothérapie en Santé Mentale (GRESM). (2016) *Livre Blanc sur l'Ergothérapie en Santé Mentale*

Hauptgen, T. Sinzelle J. (2010) Emil Kraepelin (1856-1926) - III. *Les grandes entités cliniques*. Annales Médico-Psychologiques, Revue Psychiatrique, Elsevier Masson, 168 (10), pp.792. [ff10.1016/j.amp.2010.09.015](https://doi.org/10.1016/j.amp.2010.09.015). [ffhal-00698859f](https://doi.org/10.1016/j.amp.2010.09.015)

Hernandez, H. (2010). *L'ergothérapie, une profession de réadaptation*. Elsevier Masson.

Hernandez, H. (2016). *Ergothérapie et psychiatrie. De la souffrance psychique à la réadaptation*. de boeck supérieur.

Hochmann, J. (2017). *Histoire de la psychiatrie*. Paris cedex 14, France : Presses Universitaires de France.

Hopkins, H. L. (1983). *An historical perspective on occupational therapy*. Willard and Spackman's occupational therapy, 3-23.

Kielhofner, G. (2002). *A model of human occupation : Theory and application (3e éd.)*. Baltimore : Lippincott Williams & Wilkins

Koenig-Flahaut, M., Castillo, M., Schaer, V., Le Borgne, P., Bouleau, J. & Blanchet, A. (2012). *Le rétablissement du soi dans la schizophrénie*. L'information psychiatrique, volume 88(4), 279-285. doi:10.3917/inpsy.8804.0279.

Labbé, S., Lavertu, F., Maurice, V., Pépin, M.-E., Tardif, C., Aubin, G., & Larivière, N. (2016). *POES: Profil de l'engagement occupationnel des personnes ayant un trouble de santé mentale grave*.

Lagadec, A. (2009). *L'analyse des pratiques professionnelles comme moyen de développement des compétences: ancrage théorique, processus à l'œuvre et limites de ces dispositifs*. Recherche en soins infirmiers, 2(2), 4-22. <https://doi.org/10.3917/rsi.097.0004>

Larivière, N. (2014). *Appuyer sa pratique ergothérapique avec les sciences de l'occupation*. Dans M.-H. Izard, *Expériences en ergothérapie : vingt-septième série*. Montpellier, France : Sauramps médical.

Law, M., Baptiste, S., McColl, M., Opzomer, A., Polatajko, H., & Pollock, N. (1990). *The Canadian occupational performance measure: an outcome measure for occupational therapy*. Canadian journal of occupational therapy. Revue canadienne d'ergothérapie, 57(2), 82-87. <https://doi.org/10.1177/000841749005700207>

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, 9-23

Lexén A, Bejerholm U. (2018) *Occupational engagement and cognitive functioning among persons with schizophrenia: an explorative study*. Scand J Occup Ther ;25(3):172-179. doi:10.1080/11038128.2017.1290135

Lin, N., Kirsh, B., Polatajko, H. & Seto, M. (2009). *The Nature and Meaning of Occupational Engagement for Forensic Clients Living in the Community*. Journal of Occupational Science, 16(2), 110-119.

Maciver, D., Morley, M., Forsyth, K., Bertram, N., Edwards, T., Heasman, D., Rennison, J., Rush, R., & Willis, S. (2016). *A Rasch analysis of the model of human occupation screening tool single observation form (MOHOST-SOF) in mental health*. British Journal of Occupational Therapy, 79(1), 49-56. <https://doi.org/10.1177/0308022615591173>

Margot-Cattin, I. (2017). *Le modèle Personne-Environnement-Occupation-Performance (PEOP)*. Dans M.-C. Morel-Bracq, *Modèles conceptuels en ergothérapie: Introduction aux concepts fondamentaux* (pp. 55-62). DeBoeck.

- McColl, M., & Pollock, N. (2001). *Measuring occupational performance using a clientcentered perspective*. In M. Law, C. Baum & W. Dunn (Eds.), *Measuring occupational therapy* (pp. 65–76). Thorafare, NJ: Slack Incorporated
- Meyer, S. (2010). *Démarches et raisonnements en ergothérapie*. Lausanne: Ecole d'études sociales et pédagogiques. doi:ISBN 978-2-88284-051-6
- Meyer, S. (2013). *De l'activité à la participation*. De Boeck supérieur.
- Organisation Mondiale de la Santé (OMS). (2011). *Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé*.
- Organisation Mondiale de la Santé. (2001). *Rapport sur la santé dans le monde 2001 : La santé mentale : Nouvelle conception, nouveaux espoirs*. Genève : Organisation mondiale de la Santé.
- Pachoud, B. (2015). *Schizophrénie : l'enjeu du retentissement fonctionnel*. Santé mentale, n°202, 22-28.
- Parkinson, S., Chester, A., Cratchley, S., & Rowbottom, J. (2008) *Application of the Model of Human Occupation Screening Tool (MOHOST Assessment) in an Acute Psychiatric Setting, Occupational Therapy In Health Care, 22:2-3, 63-75, DOI: 10.1080/07380570801989465*
- Pierce, D. (2016). *La science de l'occupation pour l'ergothérapie*. (M. Morel-Bracq, Trad.) de Boeck supérieur.
- Platz F. (2007) *Quelles bases conceptuelles pour l'évaluation en psychiatrie ? Quand l'ergothérapeute évalue (est « value » ?)*
- Polatajko, H. (1994). *Dreams, dilemmas, and decisions for occupational therapy in a new millennium: A Canadian perspective*. American Journal of Occupational Therapy, 48, 590-594.
- Pomini, V., Reymond, C., Golay, P., Fernandez, S., & Grasset, F. (2008). *ELADEB*.
- Prouteau, A. & Verdoux, H. (2011). 5. *Les relations entre cognition et handicap psychique dans la schizophrénie*. Dans : Antoinette Prouteau éd., *Neuropsychologie clinique de la schizophrénie: Enjeux et débats* (pp. 135-159). Paris: Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.prout.2011.01.0135>
- Prouteau, A., & Doron, J. (2008). *Cognitive predictors of the community functioning dimensions in schizophrenia: state of the art and future directions*. Encéphale, 360-368.
- Prouteau, A., Koleck, M., Belio, C., Saada, Y., Merceron, K., Dayre, E., . . . Mazaux, J.-M. (2012). *Mesurer la participation et l'environnement dans le handicap psychique et cognitif : validation préliminaire de la G-MAP*. ALTER, European Journal of Disability Research 6 , 279-295.

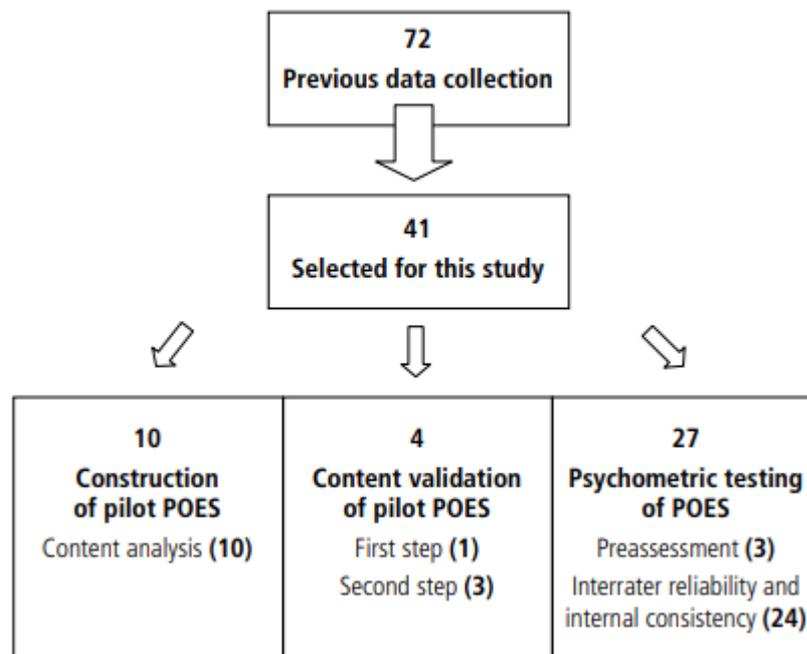
- Raffard, S., Bayard, S., Capdevielle, D., Garcia, F., Boulenger, J-P., & Gely-Nargeot, M-C. (2008). *La conscience des troubles (insight) dans la schizophrénie : une revue critique*. L'encéphale, 34, 597—605.
- Riou, G. (2016). *Ergothérapie en santé mentale : Enjeu et perspectives*. Dans GRESM, Livre Blanc sur l'Ergothérapie en Santé Mentale.
- Robert, A.D., & Bouillaguet, A. (1997). *L'analyse de contenu. Que sais-je ?* France : PUF
- Robo, P. (2013). *Développer le « savoir analyser » pour analyser sa pratique professionnelle*. In Revue de l'analyse de pratiques professionnelles, 1, pp 39-48. <http://www.analysedepratique.org/?p=435>
- Rouillon F. (2008) *Épidémiologie des troubles psychiatriques*. Ann Med Psychol ;166:63–70
- Savoie-Zajc, L. (2009). *L'entrevue semi-dirigée*. Dans B. Gauthier (Dir.): Recherche sociale : de la problématique à la collecte de données (5e édition). Québec, Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Schell, B. A. (2009). *Professional reasoning in practice*. Dans E. B. Crepeau, E. S. Cohn et B.A. Schell (dir.), Willard and Spackman's Occupational Therapy (11e éd., 314- 327). Philadelphia, PA: Wolters
- Schmitt, A., Malchow, B., Hasan , A., & Fallkai, P. (2014). *The impact of environmental factors in severe psychiatric disorders*. Frontiers in Neuroscience, 8, 19. doi:10.3389/fnins.2014.00019
- Tétreault, S., & Guillez, P. (2014). *Guide pratique de recherche en réadaptation*. Bruxelles : De Boeck - Solal.
- Townsend E. A., Polatajko, H. J., et Craik, J. (2008). *Modèle canadien du rendement occupationnel et de participation (MCRO-P)*. Dans Faciliter l'occupation : l'avancement d'une vision de l'ergothérapie en matière de santé, bien-être et justice à travers l'occupation. Polatajko H. J., Townsend, E.A., p. 27. Ottawa, Ontario : Publications ACE.
- Townsend, E. A., & Polatajko, H. J. (2013). *Habiliter à l'Occupation : Faire avancer la perspective ergothérapique de la santé, du bien-être et de la justice par l'occupation*. (N. Cantin, Éd.)
- Wanlin, P. (2007). *L'analyse de contenu comme méthode d'analyse qualitative d'entretiens: une comparaison entre les traitements manuels et l'utilisation de logiciels*. Recherches qualitatives, 3(3), 243-272.
- Wilcock, A.A. 2001. *Occupation for Health, A Journey from Self Health to Prescription* (vol. 1), Suffolk, The Lavenham Press Limited
- Yerxa, E., Clark, F., Frank, G., Jackson, J., Parham, D., Pierce, D., ... et Zemke, R. (1990). *An introduction to occupational science: A foundation for occupational therapy for the 21st century*. Occupational Therapy in Health Care, 6(4), 1-17.doi:10.1080/J003v0604

Young, S.L. & Ensing, D.S. (1999) *Exploring Recovery from the Perspective of People with Psychiatric Disabilities*. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 22, 219-231.  
<https://doi.org/10.1037/h0095240>

## Guide des annexes

- Annexe I – Structure de l'étude de Bejerholm (2006) décrivant le développement du POES
- Annexe II – Schéma de production de l'engagement occupationnel
- Annexe III – Structure de l'emploi du temps, POES
- Annexe IV – Schéma récapitulatif du profil d'engagement occupationnel
- Annexe V – Schématisation de l'équilibre occupationnel
- Annexe VI – Questionnaire exploratoire
- Annexe VII – Profil des ergothérapeutes interrogés
- Annexe VIII – Importance de l'évaluation
- Annexe IX – Analyse questionnaire I
- Annexe X – Utilisations des bilans dans la pratique
- Annexe XI – Analyse questionnaire II
- Annexe XII – Importance de l'évaluation de l'engagement occupationnel
- Annexe XIII – Trame d'entretien préalable
- Annexe XIV – Transcription entretien préalable
- Annexe XV – Trame entretien retour d'expérience
- Annexe XVI – Retranscription entretien retour d'expérience
- Annexe XVII – Tableau d'analyse de contenu entretien préalable
- Annexe XVIII – Tableau d'analyse de contenu entretien retour d'expérience
- Annexe XIX – Formulaire de consentement

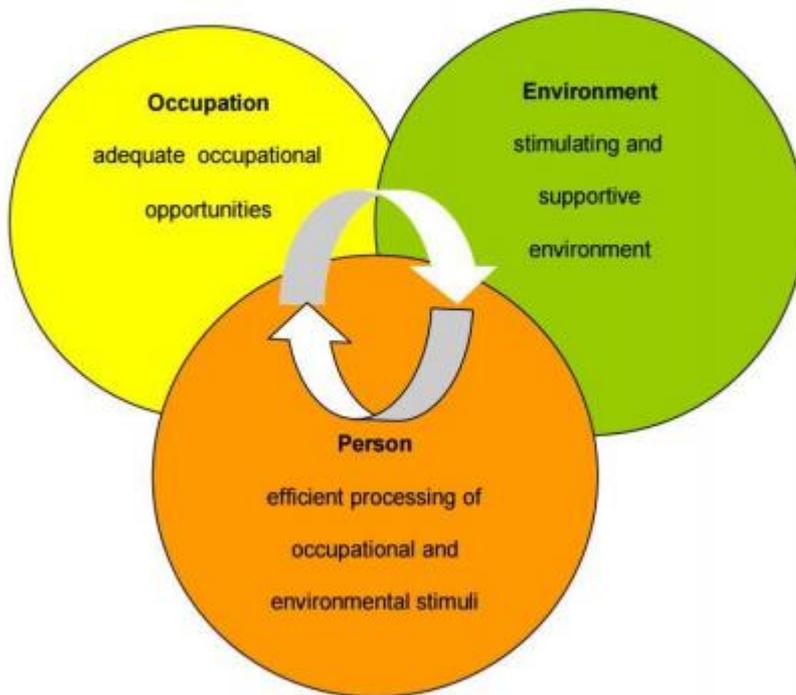
*Fig. 1. Distribution of the time-use diaries selected for the instrument development.*



Note. The numbers represent the time-use diaries.

(Bejerholm, 2006)

Occupational engagement process



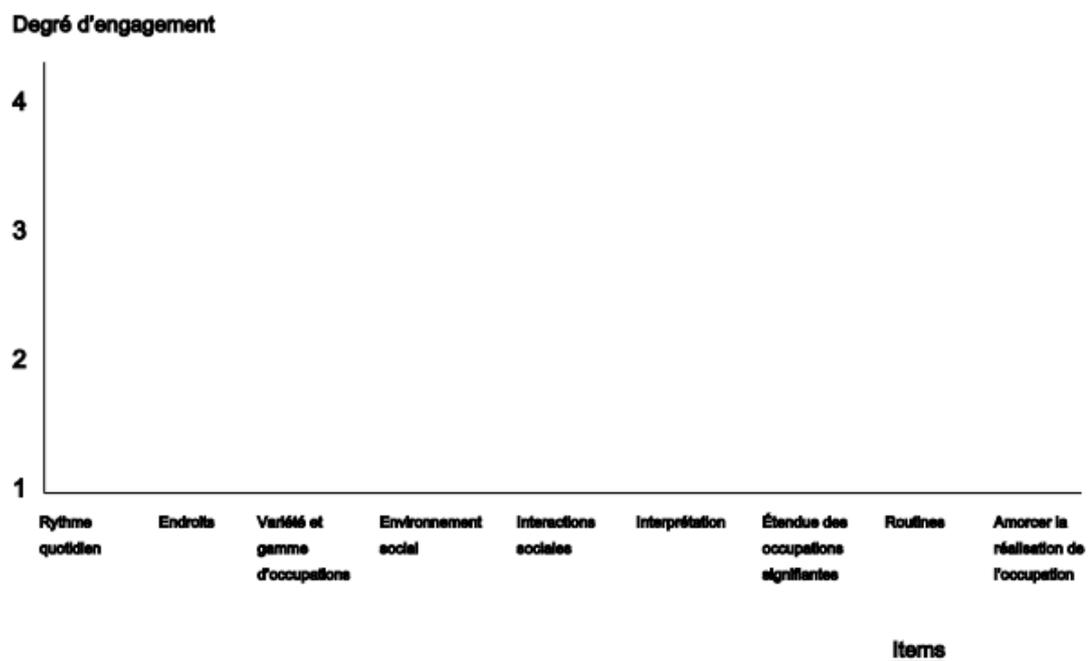
(Bejerholm,2007)

<b>Qu'avez-vous fait?</b>	<b>Une autre personne était-elle présente à ce moment?</b>	<b>Où étiez-vous à ce moment?</b>	<b>Comment avez-vous vécu l'activité?</b>
<p>Notez tout ce que vous avez fait. Essayez de vous rappeler la durée des activités que vous avez accomplies et inscrivez-la. Intervalles d'une heure.</p>	<p>Notez si vous étiez avec quelqu'un ou non.</p>	<p>Nommez l'endroit.</p>	<p>Notez vos réflexions et commentaires personnels.</p>

*Figure 1. Structure sous-jacente utilisée pour le journal de l'emploi du temps des 24 dernières heures.*

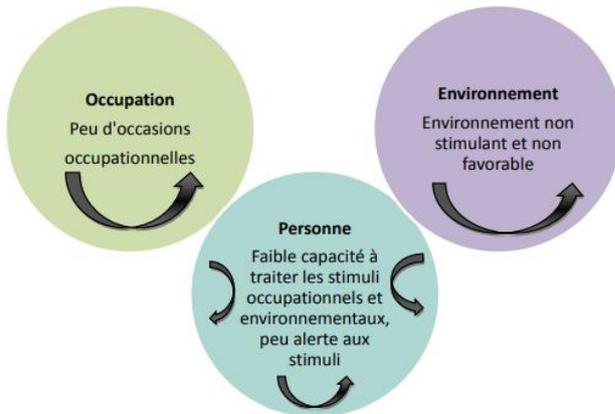
(Iabbé & al. 2016)

**Profils de l'engagement occupationnel – sommaire visuel**

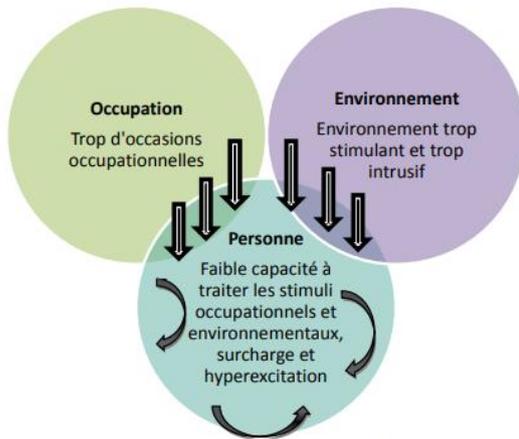


(Bejerholm, 2006)

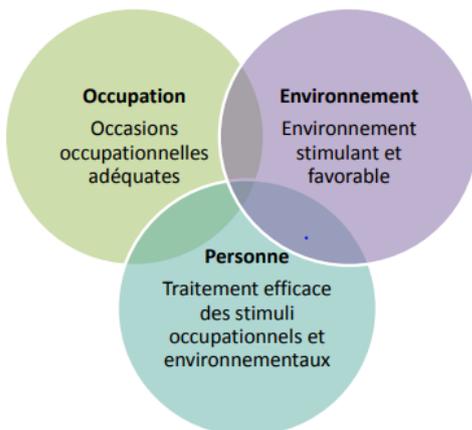
Annexe V



Item 1. Être sous-occupé



Items 2. Être sur-occupé



Item 3. Avoir un bon équilibre occupationnel

(Iabbé & al, 2016)

Annexe VI

# L'évaluation des personnes schizophrènes en ergothérapie

Bonjour,

Actuellement en 3ème année à l'IFE de Toulouse, je réalise mon mémoire de fin d'étude sur l'évaluation des personnes schizophrènes en ergothérapie.

Ce questionnaire s'adresse à tout ergothérapeute travaillant avec des personnes schizophrènes.

Ce court questionnaire a pour objectif de récolter des données sur les pratiques d'évaluations auprès de ce public. Il s'intéressera donc à tout le processus d'évaluation, et particulièrement aux bilans utilisés par les ergothérapeutes.

Les données recueillies sont anonymes et serviront uniquement à développer ma réflexion autour de mon sujet de mémoire.

Merci d'avance à ceux qui prendront le temps d'y répondre.

PORTAL Adrien,  
Etudiant en 3ème année à l'IFE de Toulouse  
[adrien.portal@orange.fr](mailto:adrien.portal@orange.fr)

**\*Obligatoire**

1. Êtes vous ergothérapeute diplômé(e) ? \*

*Une seule réponse possible.*

- Oui  
 Non

2. Dans quel pays avez vous exercez ? \*

*Plusieurs réponses possibles.*

- France  
 Suisse  
 Canada  
 Belgique

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

3. Depuis combien de temps êtes-vous diplômé(e) ? \*

*Une seule réponse possible.*

- Moins de 1 an  
 Entre 1 en 5 ans  
 Entre 5 et 10 ans  
 Plus de 10 ans

4. Exercez vous auprès de personnes schizophrènes ? \*

*Une seule réponse possible.*

- Oui  
 Non

#### L'évaluation des personnes schizophrènes en ergothérapie

5. Quelle importance accordez-vous à l'évaluation dans votre raisonnement clinique ? \*

*Une seule réponse possible.*

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Aucune importance	<input type="radio"/>	Très grande importance									

6. Que cherchez vous à évaluer ? \*

---

---

---

---

---

7. Utilisez vous des bilans pour cela ? \*

*Une seule réponse possible.*

- Oui  
 Non

8. Si oui, lesquels ?

---

---

---

---

---

9. Pensez-vous que l'évaluation de l'engagement et de l'équilibre occupationnel peut être utile auprès de cette population ? \*

*Une seule réponse possible.*

- Oui  
 Non  
 Je ne sais pas

10. Connaissez vous le Profiles of Occupational Engagement in Schizophrenia (POES/ PEOPT) ? \*

*Une seule réponse possible.*

- Oui  
 Non

11. Si oui, l'utilisez vous ?

*Une seule réponse possible.*

- Oui  
 Non

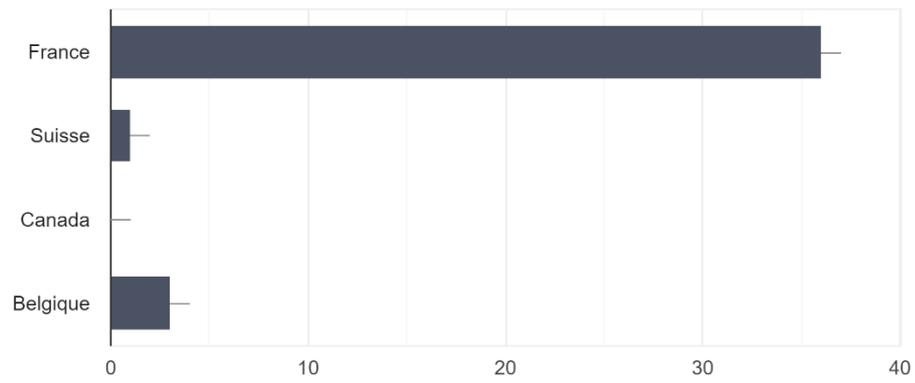
---

Ce contenu n'est ni rédigé, ni cautionné par Google.

Google Forms

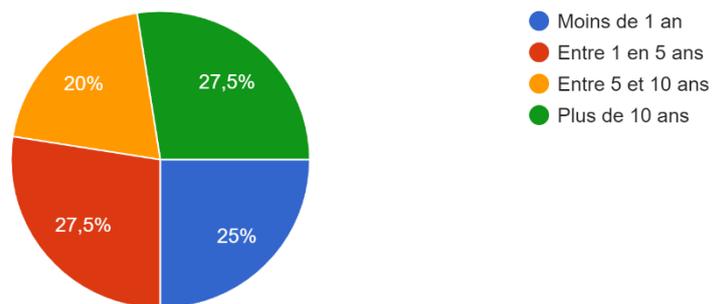
### Dans quel pays avez vous exercez ?

40 réponses



### Depuis combien de temps êtes-vous diplômé(e) ?

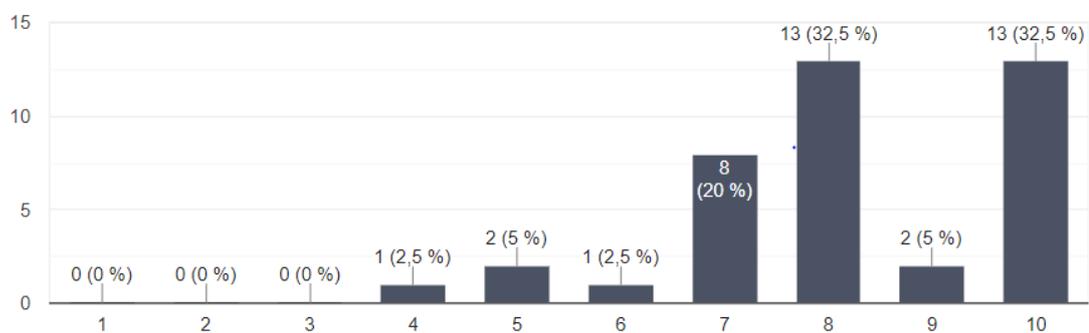
40 réponses



Quelle importance accordez-vous à l'évaluation dans votre raisonnement clinique ?



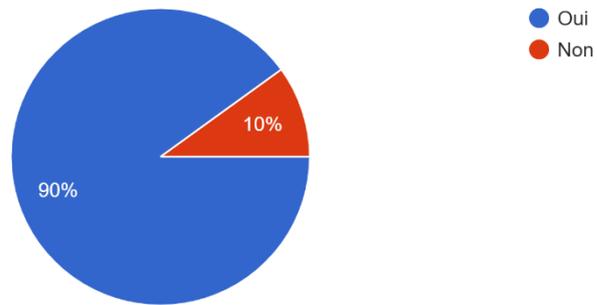
40 réponses



vie	18		
autonomie	16		
quotidien	15		
capacité	14		
besoin	12		
cognitif	9		
social	9		
occupationnelle	7		
activité	7		
difficulté	7	fonctionnement	4
habileté	7	exécutives	4
ressource	6	habiliter	3
fonctionnel	6	relationnel	3
participation	6	symptôme	3
patient	5	engagement	3
occupationnel	5	profil	3
niveau	4	fonction	3
avq	4	travail	3
environnement	4	également	3
satisfaction	4	impact	3
habitude	4	occupation	3

Utilisez vous des bilans pour cela ?

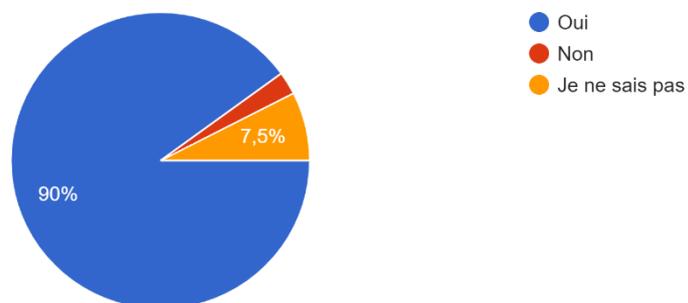
40 réponses



eladeb	25
bilan	11
mohost	10
aeres	10
vie	8
test	7
maison	7
questionnaire	7
moca	6
situation	6
mettre	6
liste	5
évaluation	5
mcro	4
entretien	4
échelle	4
oser	4
observation	3
cognitif	3
multiple	3
ef2e	3
équilibre	3
erf	3
vq	3
errance	3
emae	3
moh	3

Pensez-vous que l'évaluation de l'engagement et de l'équilibre occupationnel peut être utile auprès de cette population ?

40 réponses



# TRAME D'ENTRETIEN

## Introduction

« Bonjour,

Dans le cadre de mon travail d'initiation à la recherche, je cherche à en savoir plus sur les pratiques professionnelles en ergothérapie auprès de personnes schizo-phrènes. Je vais vous poser 9 questions aujourd'hui. Elles seront d'abord assez générales puis de manière plus spécifique, elles porteront sur le raisonnement clinique et les modalités d'évaluations.

## Présentation

- Pouvez-vous vous présenter ? Quel est votre parcours professionnel ?

*(Âge, année de diplôme, expérience auprès de personnes atteintes de schizophrénie, date d'arrivée dans ta structure actuelle ?)*

- Pouvez-vous m'expliquer brièvement comment fonctionne le service dans lequel vous travaillez, ainsi que votre rôle ?

*(Travail pluridisciplinaire, population accueillie, ambulatoire ou hospitalisation, tes missions)*

## Raisonnement clinique

- Pouvez-vous m'expliquer comment se passe l'accompagnement d'un patient schizo-phrène en ergothérapie dans ta structure ?

- Pouvez-vous expliquer ton raisonnement clinique en général auprès d'un patient atteint de schizophrénie ?

## L'évaluation

- Quels outils d'évaluation utilisez-vous ? Quel est leur but ?

(Concepts clés à évaluer, bilans validés ou non)

- Pensez-vous que l'évaluation de l'engagement et de l'équilibre occupationnel pourrait avoir un intérêt ?

- Connaissez-vous le POES (Profiles of Occupational Engagement in Schizophrenia) ?

C'est un bilan validé, développé par une ergothérapeute suédoise spécifiquement pour les personnes schizophrènes. Le bilan s'intéresse à l'utilisation du temps quotidien des personnes afin d'évaluer leur profil occupationnel, c'est-à-dire leur niveau d'engagement et leur équilibre occupationnel. Si vous êtes d'accord pour l'utiliser, je pourrais vous le présenter plus en détail, avec le protocole de passation complet en français.

- Seriez-vous d'accord pour l'utiliser sur une période de X semaines, puis de répondre à nouveau à quelques-unes de mes questions ?

Merci de vos réponses,

Y-a-t-il quelque chose que vous voudriez ajouter ?

## **Adrien**

Bonjour, dans le cadre de mon travail de d'initiation à la recherche, je cherche à en savoir plus sur les pratiques professionnelles des ergothérapeutes auprès de personnes schizophrènes. Donc je vais te poser 9 questions aujourd'hui. Elles seront d'abord assez générales, puis après de manière plus spécifique, elles porteront sur un peu ton raisonnement clinique et les modalités d'évaluation que tu peux utiliser.

Première question, est-ce que tu peux te présenter ainsi que ton parcours professionnel ?

### **E1**

Je m'appelle ...,.

Après mes études à Bordeaux, j'ai fait des remplacements dans des centres de rééducation en neurologie.

Les patients étaient surtout AVC. Après, je suis parti dans un EHPAD, j'ai fait un remplacement de 4 mois après, comme je voulais en apprendre davantage sur la pratique mais aussi voyager, je suis parti à Montréal pour faire un master d'ergothérapie qui a duré 2 ans. Après ces 2 ans là, j'ai pu travailler, faire des petits remplacements sur des cliniques privées, axées sur la réinsertion professionnelle.

## **Adrien**

Clinique privée pour le retour au travail ?

### **E1**

Essentiellement, retour au travail. Mais après, j'ai plus grandement travaillé pendant 2 ans et demi sur du soutien à domicile pour des personnes avec une déficience physique.

## **Adrien**

Et ensuite ?

### **E1**

Et ensuite, je suis revenue là vers l'été 2019 et j'ai pu travailler dans un PASA pendant 4-5 mois avant d'arriver ici au CHU de Toulouse, dans le service de psychiatrie en Janvier 2020.

## **Adrien**

Et à ce moment-là, quel était ton expérience auprès de personnes atteintes de schizophrénie ?

### **E1**

C'était que des stages avant. J'avais fait un stage sur Bayonne où c'était une institution donc là il y avait un peu de tout, des patients dépressifs, troubles de la personnalité et schizophrène aussi. Mais c'était des patients du coup, schizophrène, qui restait vraiment en institution, ils allaient jamais ou très peu de fois à domicile. En fait, ils n'avaient même pas de chez eux, ils n'avaient pas de logement. Il vivait chez leur famille. Et quand ça se passait mal, ils revenaient en institution, mais il n'y avait jamais la question de pourquoi ça s'est mal passé. Qu'est-ce qui s'est passé ? Qu'est-ce qui a fait qu'il revient de son domicile ? Il revient en institution, et parfois il pouvait partir juste 3-4 jours, ça se passait mal, et il revenait le temps qu'il soit de nouveau stabilisé. Ce qui m'avait un petit peu questionné, c'est que l'ergothérapeute ne s'est jamais positionné sur la question, mais pourquoi ça se passe mal à domicile, pourquoi il est revenu et comment on fait pour prolonger cette durée de ... Enfin même s'il n'est pas chez lui, s'il n'a pas d'autonomie, il reste chez ses parents, mais on peut,

peut- être trouver un moyen de créer un milieu ou un environnement qu'il connaît et qui est facilitateur ?

Donc, du coup, mon dernier stage à l'école, je suis parti à Montréal. C'est aussi ça qui m'a donné aussi envie d'aller faire mon master là-bas. J'avais demandé un stage en santé mentale, avec des patients en hôpital de jour, avec des personnes atteintes de schizophrénie.

Ce que j'ai vu, c'est la différence entre Montréal et ici (ndlr : en France). Là-bas c'était vraiment porté vers le domicile.

**Adrien**

Le retour à domicile ?

**E1**

Même plus que le retour, c'était vraiment le maintien à domicile qui était qui était prôné. On le voyait dans des ateliers de groupe, mais aussi en individuel. Il m'est arrivé aussi de faire des visites à domicile pour regarder : Mais dans le logement, comment ça va se passer ? Qu'est-ce qui sera difficile ? Qu'est ce qui va être plus facile pour la personne ?

On les voyait aussi en hôpital de jour, on donnait des rendez-vous. C'est hyper important que la personne arrive à l'heure. Est-ce qu'avec la neige, vous avez bien adapté vos vêtements ? Est-ce que les bus vont arriver en retard du fait des tempêtes de neige ? Est-ce qu'elle a pu vraiment anticiper tout ça ? Il y a plein de facteurs qui était vraiment intéressant à observer lorsqu'on les recevait à la clinique.

C'était vraiment une très bonne expérience et j'étais vraiment contente de l'avoir fait. Je sais qu'en France on est en retard sur ça, même si ça tend à se développer, cette idée de réhabiliter la personne.

**Adrien**

Le côté réhabilitation psychosocial, qui est peut-être plus présent dans les pays anglophones ?

**E1**

Oui, c'est vrai qu'ils ont vraiment bien développé ça, mais je sais que ça va se développer en France aussi. Le côté réhabilitation psychosociale, c'était vraiment un changement et une grosse différence par rapport à ce que j'avais vécu à Bayonne.

**Adrien**

Est-ce que tu peux m'expliquer comment fonctionne le service dans lequel on est aujourd'hui ? Quel est ton rôle ? Qu'est-ce qui est attendu de toi ?

**E1**

Dans ce service, depuis 1 an, il m'a été proposé, et j'étais entièrement d'accord avec ça, de changer un petit peu la vision de l'ergothérapie et des fonctions de l'ergothérapeute.

Avant l'ergothérapeute faisait tout ce qui était activités manuelles, l'atelier modelages, l'atelier arts plastiques ou l'atelier yoga.

Il m'a été demandé de faire davantage de prise en charge individuelle.

C'était vraiment dans ma perspective de comment je voyais l'ergothérapie en psychiatrie, donc ça m'allait très bien. Depuis 2020, je développe les prises en charge individuelles, avec des patients de

tout ordre, que ce soit les addictions, les dépressions, les troubles de la personnalité et les patients schizophrènes.

Le but est qu'ils retrouvent leur autonomie, qu'ils retrouvent du plaisir à faire des activités, qu'ils essayent de retrouver une certaine organisation dans leur quotidien, qu'ils puissent retourner à domicile de façon sécuritaire et bien outillé, mais aussi dans un milieu qui leur correspond.

Mon évaluation de l'autonomie sert aussi à ça, à aiguiller les médecins vers où on peut l'amener, que ce soit un foyer de vie, un logement autonome ou autre.

Voilà pour mon côté prise en charge individuel. Ce n'est pas facile parce que du coup, dans tous les services, ils avaient l'habitude que l'ergothérapeute fasse du modelage, de l'art plastique, donc il ne pense pas tout le temps à moi pour des prises en charge individuelles. Donc j'essaie de voir tous les patients, tous les 15 jours pour voir s'il y a un intérêt à le prendre en individuel.

Ça me permet aussi de me développer et de me faire connaître dans les services. Et c'est vrai que la période covid ne m'a pas du tout aidé parce que je ne peux pas aller à l'extérieur. Je ne peux plus utiliser la cuisine thérapeutique, donc sur les questions d'évaluation de l'autonomie dans les tâches de la vie quotidienne et je suis encore très limité.

Sinon je fais des ateliers de groupe aussi, autour de tout ce qui est gestion de l'anxiété avec ma collègue psychomotricienne. Le but est d'essayer de trouver, ensemble des stratégies pour essayer de limiter l'anxiété dans le quotidien. Ce n'est pas un groupe de parole, on cherche des stratégies soit plus centré sur l'occupation et l'organisation des activités, soit plus centrée sur le corps et la relaxation avec la psychomotricienne.

Je fais aussi de l'habileté sociale en atelier, qui consiste à décortiquer un petit peu toutes les habiletés qu'il faut quand on discute avec une personne, c'est souvent par thème. En ce moment, c'est la confiance en soi. La dernière fois, c'était là les émotions. Après, ça a été la gestion des émotions, et on finit toujours par des petites scénettes qui reprennent des situations de vie quotidienne.

On prend des situations qui peuvent nous arriver quand on est à l'extérieur, et on réfléchit à : Comment on peut réagir ? C'est aussi trouver des outils pour que les personnes puissent être plus à l'aise quand ils repartent, et qu'ils sont à l'extérieur.

Je fais aussi l'atelier pâtisserie qui est pour l'instant en *stand-by*, pour justement regarder tout ce qui est fonctions exécutives, cognition. Ça permet aussi de voir le partage et l'entraide, parce qu'ils font le gâteau à 2.

Ça permet de voir l'entraide et la coopération, comme chacun a des avis différents, qui c'est qui l'emporte, comment ils partagent ça. En même temps au niveau concentration, est ce qu'il arrive à lire la recette en double tâche ? Et au niveau de l'organisation, planification, etc...

## **Adrien**

Tu travailles donc beaucoup sur l'autonomie des patients. Mais est-ce que tu travailles uniquement en hospitalisation ou aussi en ambulatoire pour justement faire du lien avec le domicile ?

## **E1**

Non, je fais que des personnes qui sont hospitalisés. J'interviens sur les 4 étages J'appartiens à une petite équipe qui est l'espace de réadaptation. Il y a une psychomotricienne, moi, l'ergothérapeute et 2 infirmières.

**Adrien**

Merci pour ces réponses. Maintenant on va plus se centrer sur ton raisonnement clinique. J'aimerais bien que tu m'expliques un peu comment se passe l'accompagnement d'un patient schizophrène, ici en ergothérapie ?

**E1**

C'est l'interne ou le médecin qui m'appelle pour me dire qu'il a quelqu'un à m'orienter, donc je lui demande une prescription. Ensuite, j'essaie de parler avec le patient pour voir ses difficultés et en quoi je pourrais l'aider.

J'essaie de lire aussi le dossier pour en savoir davantage avant de le rencontrer.

Après, je le rencontre dans mon bureau pour un entretien. Je peux utiliser l'OCAIRS

L'entretien peut durer une ou 2 séances, ça dépend de sa concentration et de sa fatigabilité. S'il est délirant, je m'adapte et ça peut durer 3 entretiens, également quand je vois que la personne a besoin de parler, et qu'il faut développer la relation de confiance.

Après, durant la phase d'évaluation, j'ai l'habitude de faire soit la MCRO, soit l'OSA, ou les deux.

Lorsque ça ne correspond pas forcément à la pathologie ou aux symptômes de la personne, je fais de la mise en situation.

Concernant mon plan d'intervention, comme j'ai pu te dire, soit ça va être des interventions ici dans mon bureau, soit ça va être des interventions plutôt cibler à l'extérieur.

Ça peut être aller faire les courses, réaliser des visites à domicile, faire une évaluation dans les transports en commun.

Donc voilà, c'est soit dans mon bureau, soit vers l'extérieur.

**Adrien**

Tu m'as parlé de la MCRO de l'OSA, de mise en situation. Ce sont des outils d'évaluation. Pourquoi est-ce que tu les utilises ? Qu'est-ce que tu cherches à évaluer à travers ces outils ?

**E1**

Ce que je cherche, c'est vraiment les difficultés de la personne. Est-ce qu'elle est consciente de ses difficultés ? C'est ce qui fait que je choisis soit l'OSA, soit la MCRO ou les mises en situation.

Je cherche aussi à savoir qu'est-ce que je vais pouvoir travailler dans ma prise en charge en ergothérapie pour gagner aussi la confiance du patient en travaillant des choses, ou il sait qu'il a des difficultés.

**Adrien**

Finalement, c'est plus une évaluation des problématiques occupationnelles des personnes ?

**E1**

Oui.

**Adrien**

Une dernière question, penses-tu que l'évaluation de l'engagement occupationnel peut avoir un intérêt auprès de cette population ? En recherchant la manière dans laquelle ils s'engagent dans les activités, leur équilibre occupationnel... Une évaluation plus axée sur le profil occupationnel de la personne schizophrène ?

**E1**

Oui, complètement. C'est vrai que moi, je n'ai pas de d'évaluation évaluant à proprement parler l'engagement, c'est plutôt des indicateurs.

Je vais me baser sur des indicateurs au niveau du comportement, au niveau de la cognition, de ce que moi je vais observer mais aussi de ce qu'il va pouvoir me verbaliser.

Ça va être plutôt sur ça que je vais me baser pour évaluer l'engagement. Mais effectivement, j'ai pas vraiment d'évaluation validée pour cibler cela.

**Adrien**

Justement, mes recherches sur l'évaluation du profil occupationnel m'ont permis de trouver un bilan peu connu en France, le POES, pour Profile of Occupational Engagement in Schizophrenia. Tu le connais ?

**E1**

Non

**Adrien**

C'est un bilan validé, développé par une ergothérapeute suédoise spécifiquement pour les personnes schizophrènes. Le bilan s'intéresse à l'utilisation du temps quotidien des personnes afin d'évaluer leur profil occupationnel, c'est-à-dire leur niveau d'engagement et leur équilibre occupationnel. Si tu es d'accord, je pourrais te le présenter plus en détail, avec le protocole de passation complet en français, afin que tu puisses l'utiliser.

**E1**

Oui je pense que ça serai intéressant.

**[Présentation du bilan et de son protocole de passation, avec explications des critères d'inclusions à l'étude]**

**Adrien**

Es-tu d'accord pour l'utiliser sur une période de quelques semaines, puis de répondre à nouveau à quelques-unes de mes questions ?

**E1**

Oui.

Annexe XV

On se retrouve dans le cadre de mon mémoire d'initiation à la recherche. Nous nous sommes déjà vus le 08/02/2021 pour la première partie de l'entretien. Après l'entretien, nous avons pu échanger sur le POES, afin que je vous présente le protocole de passation, les modalités du bilan et le public cible. On se retrouve donc aujourd'hui, le //. Sur ce laps de temps, vous avez pu utiliser le POES avec des patients atteints de schizophrénie et l'intégrer à votre processus d'évaluation. »

- Après ces X semaines, avec combien de patients avez-vous pu utiliser le bilan ?
- Avez-vous éprouvé des difficultés lors de la passation ?
- Selon vous, qu'à apporter ce bilan à votre processus d'évaluation ?
- Avez-vous le sentiment de mieux cerner le profil occupationnel du patient depuis que vous utilisez le bilan ?
- A-t-il modifié votre raisonnement clinique ?
- Quel a été, selon vous, l'impact sur votre pratique professionnelle ?

**Adrien**

Bonjour,

On se retrouve dans le cadre de mon mémoire d'initiation à la recherche. On s'est déjà vu, donc du coup le 2 avril 2021, pour la première partie de l'entretien. Après l'entretien, on a pu échanger sur un petit peu le POES pour que je te présente le protocole de passation et qu'on discute un petit peu des critères d'inclusion à l'étude. Notamment des modalités du bilan et public cible.

On se retrouve aujourd'hui le 16/04/2021 donc sur ce laps de temps t'as pu utiliser le POES avec des patients atteints de schizophrénie et l'intégrer dans ton processus d'évaluation.

**Ergothérapeute**

Oui.

**Adrien**

Après ces 2 semaines avec combien de patients t'as pu utiliser ce bilan avec quel type de patient ? Quel est le profil de ces patients?

**Ergothérapeute**

Alors j'ai pu expérimenter le POES avec 2 patients, tous 2 bien sûr, atteint de schizophrénie.

2 patients complètement différents, une patiente qui n'est pas encore stabilisé, qui est hospitalisé depuis plusieurs années, 3 ans à peu près, et que je suis un prise en charge individuelle.

Et un autre patient qui, lui est hospitalisé depuis 4 mois. Qui à la base travaille dans un ESAT, donc 35 heures par semaine. Il a aussi des temps aussi dédiés aux loisirs, 2-3 fois dans la semaine donc des personnes complètement différentes.

**Adrien**

OK, les 2 personnes étaient du coup hospitalisé pendant quand tu leur as fait passer, le bilan ?

**Ergothérapeute**

Exactement, ils étaient hospitalisé les 2 dans des services différents

**Adrien**

Alors, est-ce que tu peux me détailler un petit peu ton ressenti par rapport à l'utilisation du bilan avec ces 2 personnes?

**Ergothérapeute**

Donc pour la personne que j'appellerai p1, ça va être la personne qui est fluctuante, pas stabilisé au niveau de la médication et qui est une femme.

D'accord, donc j'ai trouvé que c'était très difficile, de lui faire passer le POES, donc tout d'abord elle a très peu rempli la grille des dernières 24h. Je lui ai donné la veille, on s'est vus du coup 2 jours après. Donc quand j'ai récupéré les feuilles Madame avait rempli même pas la moitié.

Et après, j'ai essayé de lui faire une entrevue pour en savoir davantage. C'était une personne qui partait en week-end, donc je trouvais ça à la limite un peu plus intéressant de lui faire passer à ce

moment là parce que je me suis dit que ça peut changer des activités qu'on pouvait proposer ici à l'espace de réadaptation, un peu moins cadré justement. Ça permet de, qu'est ce que elle est capable de faire à l'extérieur ?

Et en fait, beh non, c'était peut-être pas forcément une bonne idée pour elle. C'était vraiment trop intrusif. Les questions que je pouvais lui demander. Même des questions un peu banal, Madame, elle me répondait très, très grossièrement et pas forcément dans la précision. Et puis au bout d'un moment, elle s'est énervée, elle est partie et j'ai pas pu continuer l'entrevue.

Par contre, j'ai pu noté, Madame, par rapport à ce que moi je savais d'elle. je la connaît puisque je la suis depuis presque un an. Je l'ai remplis par rapport à ce que je connaissais moi mais pas par rapport à ce que elle m'avait noté parce que c'était pas possible. J'ai essayé de noter à travers ce que elle avait pu noter sur la feuille et me dire, voilà, mais surtout par ma connaissance.

**Adrien**

Tu as pu utiliser l'échelle de de cotation avec p1 ?

**Ergothérapeute**

Oui, donc l'échelle de cotation, je les fais avec madame p1

J'ai eu 14/36, du coup c'était engagement faible.

Voilà pour elle, Madame p. 1.

D'autres questions sur Madame p1 ?

**Adrien**

Non, ça va.

**Ergothérapeute**

Pour monsieur, donc lui, c'est un patient, très intéressant que j'ai déjà vu à plusieurs reprises sur des groupes de l'espace de réadaptation, mais qui vient Pas forcément à mes groupes que j'anime donc comme habiletés sociales et gestion de l'anxiété.

Il va plus venir sur le modelage, le collage, l'art plastique, l'activité physique.

Donc c'est vrai que je le vois passer dans le couloir, mais je le connais pas trop personnellement.

**Adrien**

Donc là, t'as utilisé le POES comme premier entretien ?

**Ergothérapeute**

Exactement, j'ai. J'ai utilisé comme un premier entretien. C'est un monsieur qui a pu très bien le remplir.

Pareil, je lui donne la veille. Puis 24h après, je suis parti le voir. Il avait très bien noté.

Effectivement, il y avait des petits trous dans l'emploi du temps, que j'ai pu reprendre plus tard avec lui pendant mon entrevue. Et là, c'est vrai que ça s'est très très bien passé.

Il a pu me dire, dès qu'il avait pu faire tout seul ce qu'il avait pu initier, qu'il avait pu discuter avec des personnes complètement différentes. Autant les soignants qu'avec ses voisins de chambre. Son rythme aussi au quotidien, et la différence entre ce qu'il fait ici, au quotidien, les activités, mais aussi à l'extérieur. C'est là où j'ai appris qu'il travaille dans un ESAT. Il faisait 35h de travail avec du coup, des activités 2-3 fois par semaine de loisirs.

Et du coup là où j'étais vraiment satisfaite du POES, c'est que je me suis rendu compte qu'on pouvait vraiment commencer un entretien avec cette grille là parce que ça permettait de voir vraiment la personne, avec ce qui lui était vraiment signifiant. On voit bien l'engagement de la personne et vraiment ce qui est signifiant pour lui. Donc il m'a parlé pendant peut-être 5 minutes du travail, mais tu voyais vraiment qu'il était vraiment intéressé par ce qui faisait. Et aussi de ses amis qui étaient aussi très important, notamment dans les loisirs qu'il pouvait faire.

Donc, c'était, je trouve vraiment intéressant comme début de prise en charge. Je lui ai demandé de remplir l'emploi du temps, et dans les 30 minutes qu'on s'est parlé par la suite et j'ai appris beaucoup de choses que je savais pas.

Et sinon ce monsieur-là a un score de 26 /36, donc avec un niveau d'engagement modéré. Comparativement à P1, pour ce monsieur là, je me suis basé, comme je ne le connaissais pas, essentiellement sur l'emploi du temps

### **Adrien**

D'accord, et du coup, t'as pu évaluer aussi son équilibre occupationnel?

### **Ergothérapeute**

Oui.

Concernant son équilibre occupationnel, lui pense qu'il a le bon équilibre occupationnel. En lui expliquant un petit peu les choses, j'étais d'accord aussi avec lui.

### **Adrien**

OK, bon, maintenant je vais te poser plus de questions sur les difficultés que t'as pu avoir lors de la passation du bilan, que ce soit avec p1 ou p2.

### **Ergothérapeute**

Pour Madame P1, ça reprend un petit peu ce que j'ai dit voilà, c'est les difficultés, ça va être qu'elle s'est un peu braquer

Elle s'est braquée quand je demandais plus de questions. Pour rappel Madame, elle n'avait pratiquement rien écrit, donc c'était difficile pour moi de savoir vraiment qu'est ce qu'elle avait fait les dernières 24h. c'était un dimanche. Elle a su je juste me dire des choses très très globale mais pas vraiment dans le détail et je sentais vraiment un agacement progressif contre moi. Je voyais que ça monter quand je lui demandais un petit peu plus. Pourtant, on a vraiment une bonne relation de confiance, ça n'a rien à voir vraiment avec ça, mais je sentais que c'était trop pour elle.

Et du coup au point où elle est sortie de mon bureau. Elle m'a dit, c'est trop pour moi.

Elle est déjà sortie de mon bureau plusieurs fois parce que justement, comme j'ai dit, elle est très fluctuante au niveau de des symptômes positifs. Donc quand elle le sait, elle connaît sa limite et elle part avant. Mais du coup on ne sait jamais trop à quel moment elle va partir parce que des fois ça va être d'un coup.

**Adrien**

Pour reprendre un peu ce que tu disais, c'est peut être le côté « qu'a tu fait de ton temps » qui risque d'être trop intrusif ?

**Ergothérapeute**

Oui, c'est vrai que s'intéresser à la vie quotidienne de cette personne revient à la mettre un peu face à ces difficultés.

c'est vrai que dans prise en charge individuelle, je reviens jamais sur ce qu'elle a fait dans le service. La c'est une Madame qui appréciant pas du tout son service. justement quand on parlait de l'environnement tout à l'heure, pour elle son environnement il est vraiment trop trop stimulant. et c'est pour ça que je trouvais ça bien de lui proposer un week-end ou elle devait aller toute seule se balader, prendre une nuit d'hôtel, pour vraiment essayer de se reposer et je trouvais ça vraiment pertinent de voir son journal de l'emploi du temps.

Mais voilà, toutes ces questions sur sa vie quotidienne c'était trop intrusifs. Et puis, elle n'a pas pu et elle a pas su me répondre.

**Adrien**

Pense tu, que pour P1, la passation de ce bilan puisse faire évoluer ta prise en charge ?

**Ergothérapeute**

est ce que ça va changer quelque chose dans ma prise en charge avec elle? Pas forcément parce que c'est une dame qui est très fluctuante.

Je trouve que justement ce qu'elle a pu écrire traduit, le niveau d'engagement faible à travers son quotidien. J'ai pu noter ça, ça reflète bien Madame au quotidien, très fluctuante. Ca me reflète aussi que certaines semaines, je peux pas la voir parce qu'elle va pas bien.

**Adrien**

Du coup, tu parlais de P1.

si on prend par exemple p. 2 est ce que tu penses que de faire passer ce bilan, a apporter quelque chose de plus à ton processus d'évaluation? En comparaison de comme tu fais d'habitude, c'est-à-dire sans le POES.

**Ergothérapeute**

Oui, la par contre, effectivement avec p 2 qui est déjà plus stabilisé et qui a un projet de vie plus défini c'est très intéressant.

On peut effectivement voir des choses, ça me fait penser à l'OCAIRS, quand tu demandes au patient quel est sa journée type.

Et en comparaison, c'est plus concret je trouve, parce que la personne elle peut dire bon, elle comprend peut-être pas pourquoi tu pose cette question là en plein milieu d'entretien. La, le faire passer par l'utilisation de son temps, puis après en parler je trouve que c'est vraiment un point qui est très intéressant et à garder.

J'aime bien l'idée mais la seule chose c'est que avec ce patient ça s'est très bien passé. Mais je sais pas comment d'autres réagiront.

Tu vois, quand je parle des côtés trop très intrusif, lui, c'est vrai, il a un bon engagement occupationnel. Je le connaissais pas, mais grâce au POES je trouve qu'il a un bon engagement. Et puis ce qu'il fait c'est vraiment très varié, et ça m'a renseigné sur son emploi du temps.

A l'interne, si y a des patients qui font pas grand chose et qui viennent même pas à l'espace de réadaptation, si je leur pose la question, je sais pas à quel point ça sera une intrusion. Parce que certains patients ils viennent pas à l'espace de réadaptation, donc ils ont aucun atelier dans la journée et ils peuvent pas sortir non plus parce qu'ils sont sous contrainte. Dans ce cas, mise à part, sortir de la chambre, manger, rester dans la chambre, et sortir de la chambre pour aller fumer, c'est à peu près tout.

Dans ce cas là il y a peu d'engagement, donc, je réfléchirai quand même à 2 fois à quel patient je propose le POES.

### **Adrien**

Et est-ce que t'as le sentiment de mieux cerner le profil occupationnel de la personne, depuis que tu utilise ce bilan?

### **Ergothérapeute**

Pour p 2 honnêtement, oui. J'ai été agréablement surprise par ces par ces réponses qu'il a pu bien développer. Et, même au niveau de l'engagement, que ça soit ici ou à l'extérieur c'est très pertinent. Pour le profil, oui, car on comprend ses anciennes habitudes de vie et son projet de vie future.

Je trouve que ça peut être vraiment intéressant comme c'est aussi un patient sortant. Je trouvais aussi que c'est un plus pour le compte-rendu que je pourrais faire sur son engagement ici, et comment on peut déjà imaginer le futur au niveau de l'engagement dans la vie quotidienne. Je crois que c'est très positif.

### **Adrien**

Et du coup, est-ce que ça modifie un petit peu ton raisonnement clinique aussi par rapport à un nouveau patient comme P2, sur lequel tu vas avoir tout un processus d'évaluation où d'habitude tu utilises le MCRO ou l'OSA ? Est-ce qu'utiliser POES ça va modifier ton raisonnement clinique pour la suite ?

### **Ergothérapeute**

Oui, je trouverai ça hyper intéressant de leur proposer quand ils partent en permission.

Pour justement préparer la sortie, ça peut être vraiment intéressant de voir leur engagement, dans leur quotidien, dans leur environnement, chez eux.

Ça serait pertinent.

### **Adrien**

Ok,

Le POES évalue l'engagement, et l'équilibre occupationnel des patients. Est-ce que tu penses que d'avoir ces informations là, sur l'engagement et l'équilibre occupationnel de la personne, ça peut impacter un peu ta pratique professionnelle, et ce que tu vas proposer derrière?

## **Ergothérapeute**

Ca peut. Mais encore une fois, je trouve ce bilan vraiment adapté à une prise en charge en HDJ, chose qu'on a malheureusement pas pu faire. Je trouve que ça impacterait vraiment davantage le travail de l'ergothérapeute.

À la fois, il connaîtrait mieux l'engagement, mais aussi l'équilibre occupationnel, ça serait mieux défini que ici.

Comme on a pu dire tout à l'heure, juste le repas, c'est voilà, on leur rapporte le plateau et tout est fait. Et après ils ont plus qu'à mettre à la poubelle et c'est fini quoi. A la maison, il y a tout ce qui est les courses, la préparation, le repas mais aussi la vaisselle et il faut plus d'engagement sur les activités.

Parce que ici aussi, ils sont baignés par oui le. Les ateliers de de l'espèce de réadaptation, mais c'est juste à côté. Le café servi en bas. Si ils veulent, ils ont tout à proximité, donc c'est difficile je trouve. Après c'est un bon début comme pour monsieur P2. c'est un début et je trouve que ça met bien en valeur son engagement qui peut avoir ici et qu'il aura probablement à l'extérieur.

Mais sinon, est ce que ça change quelque chose?

Je dirai que ça alimente le raisonnement clinique qu'on peut avoir en tant qu'ergothérapeute, mais je pense que ça serait vraiment intéressant en HDJ.

## **Adrien**

Si je résume un petit peu, tu veux me dire que pour les patients qui sont ici, ça peut ne pas être représentatif de l'engagement qu'ils auraient dans la vie quotidienne ? Dans le sens où ici, il y a tout le côté hospitalisation qui facilite certains trucs, mais qui du coup, prive aussi.

## **Ergothérapeute**

Oui c'est ça. C'est pour ça que, par exemple pour p. 2 ou pour un autre patient que j'aurai plus tard, je leur ferai passer sur un week-end, et la ça pourrait être très intéressant.

Et la, par contre, ça pourrait changer les choses notamment sur mes interventions par la suite.

## **Adrien**

Ok, dans quel sens?

## **Ergothérapeute**

Si, par exemple, je vois que monsieur est bien ici mais que à la maison en fait il a un engagement faible.

Là, tu vois, je pourrais, me questionné davantage. Au contraire, si un patient qui a bien intégré sa routine ici, et qu'en permission il me remplit l'emploi du temps, avec vraiment plein de choses et un engagement, que je cote modéré ou élevé, là par contre moi mon bilan de sortie serait différent. Ça permet de soutenir mon évaluation comme c'est un bilan validé avec un score ect...

Voilà ce serait plutôt dans ce sens la, mais par contre je parle de l'idée que le patient il faut qu'il soit vraiment stabilisé.

En fait, je pense que l'intérêt d'utilisation du POES ici, ça sera de pouvoir évaluer si le patient réussi à s'engager chez lui, à domicile, et de pouvoir comparer avec l'interne. Un patient où je vois que l'engagement est faible à domicile, je vais me questionner sur les causes de ce désengagement. La, je pourrais ajuster ma prise en charge pour justement coller à son projet de vie, et comprendre ce qui créer ce décalage. Je le vois vraiment comme ça, comme un outil d'évaluation de l'engagement du patient dans son environnement, à l'extérieur.

**Adrien**

Merci d'avoir répondu à mes questions,

A tu autre chose à ajouter ?

**Ergothérapeute**

Avec plaisir, non, pas grand-chose. Merci a toi de m'avoir présenté ce bilan, que je vais garder pour la suite.

Annexe XVII

<b>Catégories</b>	<b>Verbatim Entretien retour d'expérience</b>	<b>Observations</b>
-------------------	---	---------------------

## Thème 1 : Profil de l'ergothérapeute

<b><u>Parcours professionnel</u></b>	<p>« Après mes études à Bordeaux, j'ai fait des remplacements dans des centres de rééducation en neurologie. Les patients étaient surtout AVC. Après, je suis parti dans un EHPAD, j'ai fait un remplacement de 4 mois après, comme je voulais en apprendre davantage sur la pratique mais aussi voyager, je suis parti à Montréal pour faire un master d'ergothérapie qui a duré 2 ans. Après ces 2 ans là, j'ai pu travailler, faire des petits remplacements sur des cliniques privées, axées sur la réinsertion professionnelle. »</p> <p>« j'ai plus grandement travaillé pendant 2 ans et demi sur du soutien à domicile pour des personnes avec une déficience physique »</p> <p>« je suis revenue là vers l'été 2019 et j'ai pu travailler dans un PASA pendant 4-5 mois avant d'arriver ici au CHU de Toulouse, dans le service de psychiatrie en Janvier 2020 »</p>	<b>Parcours professionnel varié avec diverses expériences. Master en ergothérapie obtenu au Canada.</b>
<b><u>Expérience en psychiatrie</u></b>	<p>« dans le service de psychiatrie en Janvier 2020 »</p> <p>« C'était que des stages avant. J'avais fait un stage sur Bayonne où c'était une institution donc là il y avait un peu de tout, des patients dépressifs, troubles de la personnalité et schizophrène aussi. Mais c'était des patients du coup, schizophrène, qui restait vraiment en institution, ils allaient jamais ou très peu de fois à domicile. »</p> <p>« je suis parti à Montréal. C'est aussi ça qui m'a donné aussi envie d'aller faire mon master là-bas. J'avais demandé un stage en santé mentale, avec des patients en hôpital de jour, avec des personnes atteintes de schizophrénie. »</p> <p>« Ce que j'ai vu, c'est la différence entre Montréal et ici (ndlr : en France). Là-bas c'était vraiment porté vers le domicile. »</p> <p>« . Le côté réhabilitation psychosociale, c'était vraiment un changement et une grosse différence par rapport à ce que j'avais vécu à Bayonne »</p>	<b>2 expériences en stages durant sa formation radicalement différentes. L'une en France, dans une institution peu orienter sur la réhabilitation psychosociale. L'autre, au Canada, très orienter sur le domicile, avec une prise en charge en hôpital de jour.</b>

## Thème 2 : Représentation et valeurs

### Vision de l'ergothérapie en psychiatrie

« Mais c'était des patients du coup, schizophrène, qui restait vraiment en institution, ils allaient jamais ou très peu de fois à domicile. En fait, ils n'avaient même pas de chez eux, ils n'avaient pas de logement. Il vivait chez leur famille. Et quand ça se passait mal, ils revenaient en institution, mais il n'y avait jamais la question de pourquoi ça s'est mal passé. Qu'est-ce qui s'est passé ? Qu'est-ce qui a fait qu'il revient de son domicile ? Il revient en institution, et parfois il pouvait partir juste 3-4 jours, ça se passait mal, et il revenait le temps qu'il soit de nouveau stabilisé. Ce qui m'avait un petit peu questionné, c'est que l'ergothérapeute ne s'est jamais positionné sur la question, mais pourquoi ça se passe mal à domicile, pourquoi il est revenu et comment on fait pour prolonger cette durée de ... Enfin même s'il n'est pas chez lui, s'il n'a pas d'autonomie, il reste chez ses parents, mais on peut, peut-être trouver un moyen de créer un milieu ou un environnement qu'il connaît et qui est facilitateur ? » (Ndlr : en France)

« On le voyait dans des ateliers de groupe, mais aussi en individuel. Il m'est arrivé aussi de faire des visites à domicile pour regarder : Mais dans le logement, comment ça va se passer ? Qu'est-ce qui sera difficile ? Qu'est-ce qui va être plus facile pour la personne ? » (Au Canada)

« C'était vraiment une très bonne expérience et j'étais vraiment contente de l'avoir fait. Je sais qu'en France on est en retard sur ça, même si ça tend à se développer, cette idée de réhabiliter la personne. »

« Oui, c'est vrai qu'ils ont vraiment bien développé ça, mais je sais que ça va se développer en France aussi. Le côté réhabilitation psychosociale, c'était vraiment un changement et une grosse différence par rapport à ce que j'avais vécu à Bayonne. »

« Dans ce service, depuis 1 an, il m'a été proposé, et j'étais entièrement d'accord avec ça, de changer un petit peu la vision de l'ergothérapie et des fonctions de l'ergothérapeute. »

**Sa vision de l'ergothérapie en psychiatrie s'est construite autour de ses expériences en stage. Elle valorise la prise en charge canadienne, plus tournée vers la réhabilitation psychosociale, où l'ergothérapeute va agir sur l'autonomie et sur l'environnement de la personne. Elle met en avant le fait de se tourner vers le domicile, contrairement à ce qui était fait dans l'institution psychiatrique à Bayonne.**

**Cette vision fait qu'aujourd'hui le service dans lequel elle travaille a évolué.**

<p><b><u>Valeurs et construction de sa pratique</u></b></p>	<p>« Dans ce service, depuis 1 an, il m'a été proposé, et j'étais entièrement d'accord avec ça, de changer un petit peu la vision de l'ergothérapie et des fonctions de l'ergothérapeute.</p> <p>Avant l'ergothérapeute faisait tout ce qui était activités manuelles, l'atelier modelages, l'atelier arts plastiques ou l'atelier yoga. Il m'a été demandé de faire davantage de prise en charge individuelle.</p> <p>C'était vraiment dans ma perspective de comment je voyais l'ergothérapie en psychiatrie, donc ça m'allait très bien. Depuis 2020, je développe les prises en charge individuelles, avec des patients de tout ordre, que ce soit les addictions, les dépressions, les troubles de la personnalité et les patients schizophrènes. »</p> <p>« Ce n'est pas facile parce que du coup, dans tous les services, ils avaient l'habitude que l'ergothérapeute fasse du modelage, de l'art plastique, donc il ne pense pas tout le temps à moi pour des prises en charge individuelles. »</p>	<p><b>Sous son impulsion, le service s'est orienté sur la vision de réhabilitation avec des prises en charges individuelles. Abandon des techniques de médiation plus classique en psychiatrie institutionnelle. Parfois quelques difficultés du au changement d'orientation de pratique</b></p>
---	---	--

### **Thème 3 : Pratique professionnelle**

<p><b><u>Rôle dans la structure</u></b></p>	<p>« Je fais des ateliers de groupe aussi, autour de tout ce qui est gestion de l'anxiété avec ma collègue psychomotricienne. Le but est d'essayer de trouver, ensemble des stratégies pour essayer de limiter l'anxiété dans le quotidien. Ce n'est pas un groupe de parole, on cherche des stratégies soit plus centré sur l'occupation et l'organisation des activités, soit plus centrée sur le corps et la relaxation avec la psychomotricienne.</p> <p>Je fais aussi de l'habileté sociale en atelier, qui consiste à décortiquer un petit peu toutes les habiletés qu'il faut quand on discute avec une personne, c'est souvent par thème. En ce moment, c'est la confiance en soi. La dernière fois, c'était là les émotions. Après, ça a été la gestion des émotions, et on finit toujours par des petites scénettes qui reprennent des situations de vie quotidienne.</p> <p>On prend des situations qui peuvent nous arriver quand on est à l'extérieur, et on réfléchit à : Comment on peut réagir ? C'est aussi trouver des outils pour que les personnes puissent être plus à l'aise quand ils repartent, et qu'ils sont à l'extérieur. » « Je fais aussi l'atelier pâtisserie qui est pour</p>	
---	---	--

	<p>l'instant en <i>stand-by</i>, pour justement regarder tout ce qui est fonctions exécutives, cognition. Ça permet aussi de voir le partage et l'entraide, parce qu'ils font le gâteau à 2. Ça permet de voir l'entraide et la coopération, comme chacun a des avis différents, qui c'est qui l'emporte, comment ils partagent ça. En même temps au niveau concentration, est ce qu'il arrive à lire la recette en double tâche ? Et au niveau de l'organisation, planification »</p>	
<p><b><u>Prise en soin des personnes schizophrènes</u></b></p>	<p>« l'interne ou le médecin qui m'appelle pour me dire qu'il a quelqu'un à m'orienter, donc je lui demander une prescription. Ensuite, j'essaie de parler avec le patient pour voir ses difficultés et en quoi je pourrais l'aider. »</p>	<p><b>Intervention sur prescription</b></p>
<p><b><u>Raisonnement clinique</u></b></p>	<p>« je le rencontre dans mon bureau pour un entretien »  « L'entretien peut durer une ou 2 séances, ça dépend de sa concentration et de sa fatigabilité. S'il est délirant, je m'adapte et ça peut durer 3 entretiens, également quand je vois que la personne a besoin de parler, et qu'il faut développer la relation de confiance. »  « mon plan d'intervention, soit ça va être des interventions ici dans mon bureau, soit ça va être des interventions plutôt cibler à l'extérieur.  Ça peut être aller faire les courses, réaliser des visites à domicile, faire une évaluation dans les transports en commun. »</p>	<p><b>Utilisation de l'entretien</b>  <b>Les symptômes peuvent influencer la passation.</b>  <b>La prise en soin s'oriente ensuite vers des mises en situations ou des entretiens complémentaires.</b></p>

<p><b><u>Outils d'évaluation utilisés et objectif de l'évaluation</u></b></p>	<p>« durant la phase d'évaluation, j'ai l'habitude de faire soit la MCRO, soit l'OSA, ou les deux. Lorsque ça ne correspond pas forcément à la pathologie ou aux symptômes de la personne, je fais de la mise en situation. »  « Ce que je cherche, c'est vraiment les difficultés de la personne. Est ce qu'elle est consciente de ses difficultés » »</p>	<p><b>L'évaluation cible les problématiques de performance occupationnelle. Les outils utilisés sont la MCRO et l'OSA, avec des mises en situation parfois.</b></p>
<p><b><u>Evaluation du profil occupationnel</u></b></p>	<p>« . C'est vrai que moi, je n'ai pas de d'évaluation évaluant à proprement parler l'engagement, c'est plutôt des indicateurs. Je vais me baser sur des indicateurs au niveau du comportement, au niveau de la cognition, de ce que moi je vais observer mais aussi de ce qu'il va pouvoir me verbaliser. Ça va être plutôt sur ça que je vais me baser pour évaluer l'engagement »</p>	<p><b>L'engagement et le profil occupationnel sont évalués par des indicateurs comportementaux, cognitifs. Pas de bilan spécifique dans son raisonnement clinique pour identifier ces facteurs.</b></p>

Catégories	Verbatim Entretien retour d'expérience		Observations
<b>Thème 1 : Passation du POES</b>			
<u>Profil du patient évalué</u>	<p style="text-align: center;"><b>P1</b></p> <p>« Atteint de schizophrénie. »            « n'est pas encore stabilisé, qui est hospitalisé depuis plusieurs années, 3 ans à peu près, et que je suis un prise en charge individuelle »            « pas stabilisé au niveau de la médication et qui est une femme »</p>	<p style="text-align: center;"><b>P2</b></p> <p>« Atteint de schizophrénie. »            « est hospitalisé depuis 4 mois. Qui à la base travaille dans un ESAT, donc 35 heures par semaine. Il a aussi des temps aussi dédiés aux loisirs, 2-3 fois dans la semaine. » « je le connais pas trop personnellement »</p>	<p><b>2 patients schizophrènes très différents.</b>  <b>Une personne (P1) pas stabilisé au niveau du traitement, très fluctuante, hospitalisé depuis 3ans. E1 la connaît bien</b>  <b>P2, hospitalisé depuis 4 mois, stabilisé au niveau médicamenteux, et qui ne connaît pas E1.</b></p>
<u>Forces du bilan</u>	<p>« C'était une personne qui partait en week-end, » « qu'est ce que elle est capable de faire à l'extérieur ? »</p>	<p>« J'ai utilisé comme un premier entretien. »            « Il a pu me dire, dès qu'il avait pu faire tout seul ce qu'il avait pu initier, qu'il avait pu discuter avec des personnes complètement différentes. Autant les soignants qu'avec ses voisins de chambre. Son rythme aussi au</p>	<p><b>Permet d'explorer le contexte de vie réelle du patient.</b>  <b>Donne beaucoup d'informations sur le profil du patient : son rythme quotidien, sa capacité d'initiation, ses activités significantes, et son engagement occupationnel. Adapté</b></p>

		<p>quotidien, et la différence entre ce qu'il fait ici, au quotidien, les activités, mais aussi à l'extérieur. C'est là où j'ai appris qu'il travaille dans un ESAT. Il faisait 35h de travail avec du coup, des activités 2-3 fois par semaine de loisirs. »</p> <p>« j'étais vraiment satisfaite du POES, c'est que je me suis rendu compte qu'on pouvait vraiment commencer un entretien avec cette grille là parce que ça permettait de voir vraiment la personne, avec ce qui lui était vraiment signifiant. On voit bien l'engagement de la personne et vraiment ce qui est signifiant pour lui »</p> <p>« le faire passer par l'utilisation de son temps, puis après en parler je trouve que c'est vraiment un point qui est très intéressant et à garder. »</p>	<p><b>à un premier entretien.</b></p>
<p><b><u>Limites du bilan</u></b></p>	<p>« elle s'est un peu braquer »</p> <p>« vraiment trop intrusif. Les questions que je pouvais lui demander. Même des questions un peu banal » « elle n'avait pratiquement rien écrit, donc c'était difficile pour moi de savoir vraiment qu'est ce qu'elle avait fait les dernières 24h » « je sentais vraiment un agacement progressif contre moi »</p> <p>« Et du coup au point où elle est sortie de mon bureau. Elle m'a</p>		<p><b>S'intéresser à la vie quotidienne des personnes peut être perçue comme intrusif, car cela les met face à leurs difficultés. La passation peut être difficile avec les patients pas stabilisés et fluctuants.</b></p>

	<p>dit, c'est trop pour moi.</p> <p>Elle est déjà sortie de mon bureau plusieurs fois parce que justement, comme j'ai dit, elle est très fluctuante au niveau de des symptômes positifs »</p> <p>« s'intéresser à la vie quotidienne de cette personne reviens à la mettre un peu face à ces difficultés. »</p>		
--	---	--	--

## Thème 2 : Evaluation de l'engagement et de l'équilibre occupationnel

<p><b><u>Cotation et analyse des résultats</u></b></p>	<p>« , j'ai pu noté, Madame, par rapport à ce que moi je savais d'elle »</p> <p>« J'ai eu 14/36, du coup c'était engagement faible. »</p> <p>« Je trouve que justement ce qu'elle a pu écrire traduit, le niveau d'engagement faible à travers son quotidien. J'ai pu noter ça, ça reflète bien Madame au quotidien, très fluctuante »</p> <p>« , pour elle son environnement il est vraiment trop trop stimulant »</p>	<p>« monsieur-là a un score de 26 /36, donc avec un niveau d'engagement modéré. »</p> <p>« , je me suis basé, comme je ne le connaissais pas, essentiellement sur l'emploi du temps »</p> <p>« lui pense qu'il a le bon équilibre occupationnel. En lui expliquant un petit peu les choses, j'étais d'accord aussi avec lui. »</p> <p>« , il a un bon engagement occupationnel. Je le connaissais pas, mais grâce au POES je trouve qu'il a un bon engagement »</p> <p>« Si ils veulent, ils ont tout à proximité, donc c'est difficile je trouve. Après c'est un bon début comme pour monsieur P2. c'est un début et je trouve que ça met bien en valeur son engagement qui peut avoir ici et qu'il aura probablement à l'extérieur. »</p>	<p><b>P1 : La cotation reflète un engagement faible (14/36) ce qui renforce l'impression qu'avait E1. La cotation de l'équilibre occupationnel montre que son environnement est trop stimulant, ce qui peut expliquer les fluctuations.</b></p> <p><b>P2 : La cotation montre un engagement modéré (26/36) La cotation est en adéquation avec l'impression qu'en a E1, car bien que P2 ait un bon engagement, cela reste dans l'environnement de l'hospitalisation, qui est facilitateur. L'évaluation montre également un bon équilibre occupationnel.</b></p>
--	---	---	---

<p><b><u>Apport de l'évaluation</u></b></p>	<p>« Je trouve que justement ce qu'elle a pu écrire traduit, le niveau d'engagement faible à travers son quotidien »  « je trouvais ça vraiment pertinent de voir son journal de l'emploi du temps. »  « Ca me reflète aussi que certaines semaines, je peux pas la voir parce qu'elle va pas bien. »</p>	<p>« j'ai appris beaucoup de choses que je savais pas. » « ça m'a renseigné sur son emploi du temps. »  « Et, même au niveau de l'engagement, que ça soit ici ou à l'extérieur c'est très pertinent. Pour le profil, oui, car on comprend ses anciennes habitudes de vie et son projet de vie future. »  « Je trouvais aussi que c'est un plus pour le compte-rendu que je pourrais faire sur son engagement ici, et comment on peut déjà imaginer le futur au niveau de l'engagement dans la vie quotidienne. Je crois que c'est très positif. »  « Pour justement préparer la sortie, ça peut être vraiment intéressant de voir leur engagement, dans leur quotidien, dans leur environnement, chez eux. »</p>	<p><b>P1 : Le POES permet de bilanter et d'objectiver l'engagement faible de P1.</b></p> <p><b>P2 : L'évaluation apporte des informations utiles sur les habitudes de vie. De plus, c'est un bilan pouvant renforcer un compte rendu. L'évaluation de l'engagement &amp; de l'équilibre occupationnel semble être un levier intéressant pour préparer la sortie en milieu de vie ordinaire.</b></p>
---	---	--	---

### Thème 3 : Impact du POES sur sa pratique professionnelle

<p><b><u>Processus d'évaluation</u></b></p>	<p>« Oui, je trouverai ça hyper intéressant de leur proposer quand ils partent en permission. »  « je pense que l'intérêt d'utilisation du POES ici, ça serai de pouvoir évaluer si le patient réussi à s'engager chez lui, à domicile, et de pouvoir comparer avec l'interne »  « C'est pour ça que, par exemple pour p. 2 ou pour un autre patient que j'aurai plus tard, je leur ferai passer sur un week-end, et la ça pourrait être très intéressant. »</p>	<p><b>Une nouvelle utilisation du bilan ressort ici : Le POES sert d'outil d'évaluation pouvant argumenter ou non un retour à domicile. Lors d'une permission, le POES peut être administrer afin d'évaluer si l'engagement occupationnel est maintenu à domicile en comparaison avec l'hospitalisation.</b></p>
---	--	--

<p><b><u>Influence sur le raisonnement clinique</u></b></p>	<p>« c'est vrai que dans prise en charge individuelle, je reviens jamais sur ce qu'elle a fait dans le service. »</p> <p>« Je dirai que ça alimente le raisonnement clinique qu'on peut avoir en tant qu'ergothérapeute »</p> <p>« Un patient où je vois que l'engagement est faible à domicile, je vais me questionner sur les causes de ce désengagement. Là, je pourrais ajuster ma prise en charge pour justement coller à son projet de vie, et comprendre ce qui créer ce décalage. Je le vois vraiment comme ça, comme un outil d'évaluation de l'engagement du patient dans son environnement, à l'extérieur. »</p> <p>« Si, par exemple, je vois que monsieur est bien ici mais que à la maison en fait il a un engagement faible. Là, tu vois, je pourrais, me questionné davantage. Au contraire, si un patient qui a bien intégré sa routine ici, et qu'en permission il me remplit l'emploi du temps, avec vraiment plein de choses et un engagement, que je cote modéré ou élevé, là par contre moi mon bilan de sortie serait différent. Ça permet de soutenir mon évaluation comme c'est un bilan validé avec un score ect... »</p> <p>« Je trouve que ça impacterait vraiment davantage le travail de l'ergothérapeute. »</p>	<p><b>Le POES apporte des informations liées au profil (habitudes de vie, engagement...) qui impact raisonnement clinique de E1, notamment lorsque le patient à un projet de retour à domicile ou de sortie d'hospitalisation.</b></p> <p><b>Ainsi, en comparant l'engagement occupationnel dans 2 milieux de vie différents (hospitalisation / milieu ordinaire), l'ergothérapeute peut adapter sa prise en charge pour comprendre les facteurs qui crée ce décalage afin de soutenir l'engagement du patient a domicile. Lorsque le patient présente un bon engagement à domicile, alors le POES, en tant que bilan validé, est un argument fort pour soutenir le bilan de sortie.</b></p>
---	--	--

## FEUILLET D'INFORMATION DE CONSENTEMENT A L'INTENTION DES INFORMATEURS CLES

Titre du mémoire d'initiation à la recherche Institut de Formation en Ergothérapie :

**Évaluation occupationnelle des personnes schizophrènes : L'influence sur le raisonnement clinique des ergothérapeutes en santé mentale.**



Institut de Formation  
En Ergothérapie  
Toulouse

Etudiant institut de Formation en Ergothérapie (IFE) de Toulouse : **PORTAL Adrien**

Directeur mémoire : **CAIRE Jean Michel**

### Présentation du feuillet d'information

Nous vous invitons à participer à un projet de recherche portant sur les pratiques d'évaluation en santé mentale. Cependant, **avant d'accepter de participer** à ce projet de recherche, veuillez **prendre le temps de lire**, de comprendre et de considérer attentivement les renseignements qui suivent.

Ce formulaire de consentement vous explique le but de ce projet de recherche, les procédures, les avantages, les risques et les inconvénients, de même que les personnes avec qui communiquer au besoin.

### Nature de l'étude

### Objectifs de l'étude

### Déroulement de la participation

Vous êtes invité à collaborer à cette étude, car vous êtes **une personne qui connaît ...**

### Participation volontaire et droit de retrait

Votre participation à ce projet est **volontaire**. Vous avez le droit de vous retirer du projet à tout moment sans subir de préjudice.

### Confidentialité et gestion des données

Les renseignements recueillis lors de cette recherche seront traités de façon strictement confidentielle. Aucun

résultat ne sera nominatif, personne ne pourra vous identifier sauf si vous donnez votre accord dans le cadre d'entretien d'expert. Un système de codes sur les entretiens ou questionnaires sera utilisé à cette fin. Votre nom et tous les autres renseignements permettant de vous identifier ne seront pas mentionnés.

Les questionnaires seront conservés dans une source informatique à laquelle seuls le (a) chercheur (e) principale et l'IFE auront accès. Les bandes audio et vidéo seront conservés dans une source informatique à laquelle seuls le (a) chercheur (e) principale et l'IFE auront accès.

Les résultats seront utilisés exclusivement par l'étudiant pour élaborer son mémoire et éventuellement l'écriture d'un article scientifique.

### **Pour des informations supplémentaires**

Si vous avez besoin d'éclaircissements sur le projet et sur les implications de votre participation, ou encore, si vous voulez communiquer avec l'étudiant demandeur ou lui transmettre des documents, n'hésitez pas à contacter :

### **Signature**

Je soussigné (e) \_\_\_\_\_ (*Votre nom en lettres majuscules*) consens librement à participer à la recherche intitulée : « ... ».

J'ai pris connaissance du formulaire et je comprends le but, la nature du projet de recherche.

Je suis satisfait (e) des explications, précisions et réponses que l'étudiant m'a fournies, le cas échéant, quant à ma participation à ce projet.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Date :

Signature du participant ou de la participante

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Date :

Signature de l'étudiant

## Evaluation occupationnelle des personnes schizoéphrènes : L'influence sur le raisonnement clinique des ergothérapeutes en santé mentale

### RESUME

**Contexte :** La schizoéphrénie est une cause majeure d'incapacité. Le handicap psychique qu'elle induit se répercute sur toutes les dimensions de la personne, et cause notamment un désengagement occupationnel important. L'ergothérapeute, en tant qu'expert de l'occupation, doit pouvoir évaluer ce désengagement dans l'objectif de réhabiliter la personne. Ainsi, la revue de littérature sur le sujet nous a permis d'identifier un bilan évaluant le profil d'engagement occupationnel : le POES. Nous avons mené une étude exploratoire interrogeant les pratiques d'évaluations de 40 ergothérapeutes qui a montré que le profil occupationnel des personnes schizoéphrènes est sous-évalué, au profit de la performance occupationnelle. Or, l'évaluation du profil occupationnel permet de comprendre la façon dont une personne s'engage dans ses occupations. **Objectif :** L'objectif de l'étude est d'évaluer l'influence de l'utilisation du POES sur les pratiques et le raisonnement clinique des ergothérapeutes en santé mentale. **Méthode :** En utilisant l'analyse de pratique professionnelle, deux entretiens ont été réalisés auprès d'un ergothérapeute. Entre ces deux entretiens, une phase d'expérimentation du POES a eu lieu, afin d'identifier les changements de raisonnement clinique. **Résultats :** Le POES soutient le raisonnement clinique de l'ergothérapeute en apportant des informations sur l'engagement occupationnel de la personne. Ces données orientent la pratique de l'ergothérapeute, notamment lors d'un projet de retour à domicile. **Conclusion :** L'évaluation de l'engagement occupationnel des personnes schizoéphrènes est un indicateur utile pour l'ergothérapeute, lui permettant d'adapter et d'argumenter son accompagnement. Cet outil semble être intéressant pour préparer un retour à domicile, car il explore l'engagement occupationnel de la personne dans son contexte de vie réel.

Mots clés : Ergothérapie – Schizoéphrénie – Evaluation – Engagement occupationnel – Raisonnement clinique.

## Occupational assessment of people with schizophrenia: The influence on the clinical reasoning of occupational therapists in mental health

### ABSTRACT

**Context:** Schizophrenia is a major cause of disability. The psychic handicap that it induces has repercussions on all the dimensions of the person, and notably causes a significant occupational disengagement. The occupational therapist, as an occupational expert, must be able to assess this disengagement in order to rehabilitate the person. Thus, the literature review on the subject shows us an assessment that evaluates the profile of occupational engagement: the POES. We make an explorative study questioning the assessment practices of 40 occupational therapists which show that the occupational profile of people with schizophrenia is undervalued, in favor of occupational performance. However, the assessment of the occupational profile allows us to understand how a person engages in his occupations. **Objective:** The aim of the study was to evaluate the influence of the POES on the practices and clinical reasoning of occupational therapists in mental health. **Method:** Using professional practice analysis, two interviews were conducted with an occupational therapist. Between these two interviews, a phase of experimentation with POES was conducted, in order to identify changes in clinical reasoning. **Results:** The POES supports the clinical reasoning of the occupational therapist by providing information on the person's occupational engagement. This data guides the occupational therapist's practice, especially when the person is planning to return home. **Conclusion:** The evaluation of the occupational engagement of people with schizophrenia is a useful indicator for the occupational therapist, allowing him to adapt and argue his support. This tool seems to be relevant for preparing a discharge to the home, because it explores the occupational engagement of the person in his real-life context.

Key words: Occupational Therapy – Schizophrenia – Assessment – Occupational engagement – Clinical reasoning.