

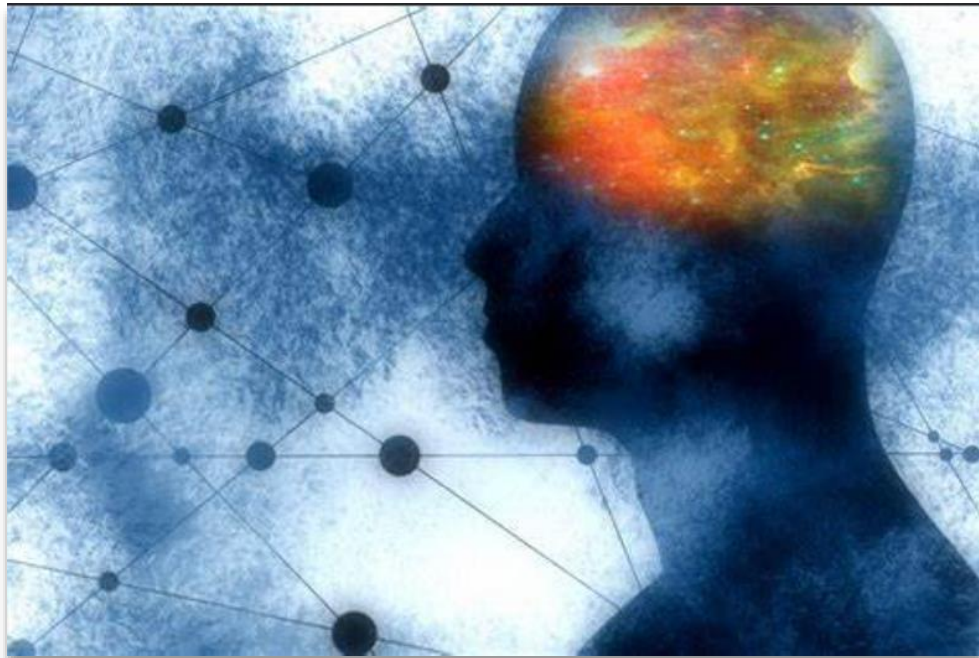


INSTITUT DE FORMATION EN ERGOTHÉRAPIE DE PARIS

Association pour le Développement, l'Enseignement et la Recherche en Ergothérapie

Communication, schizophrénie et réhabilitation psychosociale.

L'ergothérapie au cœur de ce triangle complexe.



Mémoire d'initiation à la recherche réalisé dans le cadre de la validation de l'U.E. 6.5

S6 : Evaluation de la pratique professionnelle et recherche

Sous la direction de Madame **HAINÉ Marianne**

Emma CASTAING

(Session Juin 2021)

Note aux lecteurs :

« Ce mémoire est réalisé dans le cadre d'une scolarité. Il ne peut faire l'objet d'une publication que sous la responsabilité de son auteur et de l'Institut de Formation concerné

»

Remerciements :

Je tiens à remercier sincèrement :

Marianne HAINE, ma maîtresse de mémoire, pour son soutien, sa disponibilité, ses conseils avisés et ses qualités, non seulement professionnelles mais aussi humaines qui m'ont permises de mener à bien ce travail de recherche. Ainsi que de m'avoir accompagnée tout le long de cette année surtout dans les moments de doutes, toujours avec bienveillance.

Mes parents qui ont su me porter tout au long de ces trois années en m'offrant toujours les meilleures conditions pour que je puisse réussir. Je souhaite également les remercier pour leur soutien, aide et encouragement sans faille lors de la réalisation de ce travail.

Mes camarades de promotion pour leur partage, leur entraide et pour leur encouragement quotidien malgré la distance.

Les ergothérapeutes qui m'ont accordé de leur temps malgré la crise sanitaire, pour répondre à mes questions et avec qui j'ai pu échanger sur mon sujet permettant son enrichissement et une vision ciblée de terrain.

Toute l'équipe de l'Institut de Formation en Ergothérapie de l'ADERE pour m'avoir accompagnée durant ce travail et ces trois années, notamment à Yolaine ZAMORA, ma référente pédagogique, pour son accompagnement, ses conseils avisés, ses retours sur ce travail, son écoute et sa bienveillance.

Mon compagnon pour sa patience et son soutien sans faille.

Mon grand-père, pour m'avoir transmis son goût pour la psychiatrie et l'accompagnement de ces patients.

« Entre ce que je pense, ce que je veux dire, ce que je dis, ce que vous avez envie d'entendre, ce que vous entendez, ce que vous comprenez... il y a dix possibilités qu'on ait des difficultés à communiquer. Mais essayons quand même... » Bernard WERBER

Table des matières :

Introduction

Partie I : Cadre conceptuel..... 9

I. La communication 6

1. Définition de la communication 6
 - a. Qu'est-ce que communiquer ? 6
 - b. Communication verbale 7
 - c. Communication non-verbale..... 8
2. Communication, relation et ergothérapie 10
 - a. La relation 10
 - b. Communication, relation et intersubjectivité..... 10
 - c. L'intervention et l'apport de l'ergothérapie..... 11
 - d. Coopération soignant-soigné 12
3. Communication et ergothérapie..... 12
 - a. L'ergothérapie en psychiatrie 13
 - b. La communication : outil et compétence de l'ergothérapeute 13

II. La schizophrénie 15

1. Définition de la schizophrénie 15
 - a. Les symptômes 15
 - b. Origine, évolutions et complications 18
2. Impact de la maladie..... 18
 - a. Sur la vie familiale 18
 - b. Sur la vie sociale (rapport à l'autre)..... 19
 - c. Sur la vie professionnelle..... 21
 - d. Schizophrénie et communication 22
 - e. Rapport au corps 22
3. Relation Soignant-Soigné 24
 - a. Relation de soins 24
 - b. Relation thérapeutique 24
 - c. La relation thérapeutique entre l'ergothérapeute et la personne atteinte de schizophrénie..... 26

III. Réhabilitation psychosociale et ergothérapie.....	26
1. La réhabilitation psychosociale :	27
a. Contexte socio-politique	27
b. Définition de la réhabilitation psycho-sociale	28
c. Prise en soins et services de soutien communautaires	29
2. Accompagnement du patient dans tous les aspects de sa vie	31
a. Répercussions sur les différents loisirs du patient	31
b. Impact sur les activités et liens sociaux	32
c. Accompagnement à la réinsertion professionnelle en ergothérapie	33
3. L'occupation et la réinsertion	33
a. De l'occupation à la réinsertion sociale	33
b. La performance occupationnelle et l'Ergothérapie.....	34
IV. Hypothèse :	36
Partie II: Recherche.....	37
I. Méthodologie de Recherche :.....	37
1. Objectif de la recherche :	37
2. Choix de la méthode d'enquête :	37
3. Choix du terrain et de la population :	38
II. Mise en place de la recherche	40
1. Approche des différents professionnels :	40
2. Déroulement de l'enquête :.....	40
3. Elaboration de l'outil d'enquête :	41
III. Présentation et analyse des résultats :	43
1. Présentation des ergothérapeutes interrogées :	43
2. Parcours dans les institutions :	46
a. Etapes guidant la démarche des ergothérapeutes :	46
b. Parcours de soin :	49
3. La réhabilitation psychosociale : Définition et importance.....	52
4. Moyens pour l'accompagnement des patients souffrant de schizophrénie :	56
a. Pluridisciplinarité.....	56
b. Formations complémentaires à la formation initiale en ergothérapie :.....	57
c. Programmes et outils en réhabilitation psychosociale	60

5.	Accompagnement en ergothérapie vers la communication non-verbale :.....	62
a.	Communication non-verbale, personne souffrant de schizophrénie et ergothérapie :	62
b.	Travail et conscientisation de la communication :.....	65
6.	Apport de la communication non-verbale dans sa reconnaissance et son utilisation :	68
a.	Apport de la communication non-verbale dans sa reconnaissance et utilisation par le patient :.....	68
b.	Apport de la communication non-verbale dans son analyse par le soignant :	69
7.	Intérêt de la reprise d'occupations :.....	71
IV.	Discussion :	73
V.	Conclusion :	79
	ANNEXE I : Mail envoyé aux ergothérapeutes :	I
	ANNEXE II : Guide d'entretien :	II
	ANNEXE III : Grille d'entretien :	VI
	ANNEXE IV : Retranscription d'un des sept entretiens réalisés :	XI
	ANNEXE V : Attestation d'enregistrement audio.....	XIX
	ANNEXE VI : Stades du rétablissement :	XX
	ANNEXE VII : Stades du Rétablissement et outils de réhabilitation psychosociale :	XX
	ANNEXE VIII : Outils de réhabilitation psychosociale cités par les ergothérapeutes interrogés	XXI
	ANNEXE IX : Pyramide de MASLOW :	XXVII
	ANNEXE X : Les Habilités Sociales :	XXVIII
	ANNEXE XI : La communication non-verbale :	XXIX

Introduction

La schizophrénie est une maladie invalidante perturbant la création de lien social car elle affecte la mise en relation avec l'autre et l'interaction au monde. Cette maladie mentale chronique touche 1% de la population française, tous genres et milieux confondus (ROUILLON et NIRO, 2000). Elle se déclare entre 15 et 30 ans et perturbe, dès l'apparition des premiers symptômes, toutes les facettes de la vie de la personne atteinte. JACQUES et MORIN (2019) expliquent que les symptômes psychotiques affectent le Soi et la perception de soi et des autres, que « les conséquences de la schizophrénie impliquent des stress chroniques tels que les pertes (d'amis, d'emploi, de capacités), le deuil (de certains rêves ou objectifs de vie), la stigmatisation, la pauvreté, l'instabilité résidentielle (...) ». En conséquence, une perte de rapport à la réalité et de lien social.

Or, la création de lien social nécessite de communiquer. FRITH (1992) ramène les troubles du langage dans la schizophrénie à des troubles de la communication. Les personnes souffrant de schizophrénie présentent des « stéréotypes et comportements persévérants ». Ils ont, en effet, des difficultés à évoquer des idées spontanées par la parole et la pauvreté et/ou l'incohérence de leur discours les empêchent souvent d'être compris de leur auditoire. Par ailleurs, ils présentent également une limite dans la dimension non-verbale de la communication. L'auteur classe dans cette catégorie l'émoussement des affects. Cependant selon lui, ces patients souffriraient davantage d'une diminution de l'usage des mimiques que d'une moindre sensibilité affective. VAN AMERONGEN (2011) ajoute qu'il est difficile pour une personne atteinte de schizophrénie de vivre dans la société, de part certains des symptômes de la maladie, mais également à cause de la stigmatisation dont elle est victime. L'adaptation à la vie de tous les jours est difficile sans l'aide des techniques de réhabilitation et sans accompagnement social. De plus, leurs proches sont parties prenantes dans le processus de soutien et d'intégration. En effet, BOUCHER et LALONDE (2006), expliquent qu'aujourd'hui l'évolution de la prise en soins des personnes souffrant de schizophrénie tend « à privilégier une approche qui permet à la famille de jouer un rôle actif face à l'évolution de la maladie. On perçoit de plus en plus la famille comme une alliée potentielle du malade et on s'efforce de l'associer au traitement. »

Pour GAILLARD (2018), la prise en soins des personnes atteintes de schizophrénie est un « enjeu de santé publique du fait de son important retentissement sur les patients (morbi-mortalité élevée, précarisation sociale) et sur leurs proches ». Leur suivi nécessite

des actions de prévention et une articulation des soins hospitaliers et ambulatoires dans le but de permettre une réinsertion précoce. De plus, NAUDIN, cité par NEUVILLE (2020), développe l'idée que pour faciliter leur insertion sociale « les patients peuvent participer à leur propre prise en charge, apprendre à connaître leur maladie et surtout exploiter par eux-mêmes leurs compétences pour se rétablir ». C'est en cela qu'intervient l'ergothérapeute.

L'ergothérapie est une pratique holistique plaçant le patient au centre de sa prise en soins. Par définition, c'est « une profession de la santé axée sur le client et soucieuse de promouvoir la santé et le bien-être par l'occupation. Son but premier est de permettre aux gens de participer aux activités de la vie quotidienne ». Elle a donc sa place dans l'accompagnement des personnes psychotiques pour leur réhabilitation psychosociale (World Federation of Occupational Therapists, 2012). La réhabilitation psychosociale est « l'ensemble des actions mises en œuvre auprès des personnes souffrant de troubles psychiques pour favoriser leur autonomie et leur indépendance dans la communauté » (DUPREZ, 2008), tout ceci rentrant dans le champ d'action de l'ergothérapeute. L'ergothérapie ne vise pas uniquement à réduire des symptômes mais à améliorer le fonctionnement et la capacité des personnes atteintes de schizophrénie pour participer à des activités. (MORRIS, REID, SPENCER, 2018). L'ergothérapeute va alors accompagner le patient pour lui permettre de reprendre ses activités de vie quotidienne et les rôles sociaux qu'il avait avant le déclenchement de sa maladie. (Ordre des ergothérapeutes du Québec, 2009). Pour cela l'ergothérapeute va être confronté aux problèmes de communication, notamment de communication non-verbale de leurs patients.

Ce mémoire vise à rechercher **en quoi l'accès à la communication non-verbale d'un patient souffrant de schizophrénie peut favoriser sa réhabilitation psychosociale** ? Pour cela, le cadre conceptuel abordera la communication dans toutes ses dimensions avant de décrire la schizophrénie, son influence sur la vie quotidienne du patient et son impact sur la relation soignant (ergothérapeute) / soigné. Enfin, il s'intéressera à la réhabilitation psychosociale de cette population. La seconde partie de ce travail sera consacrée à la méthodologie, sur une étude de terrain réalisée auprès d'ergothérapeutes travaillant auprès des personnes souffrant de schizophrénie, au travers d'un outil de recueil de données pour questionner la pratique et le vécu des ergothérapeutes. L'analyse des entretiens sera exposée et les données recueillies seront discutées avant d'étayer les pistes de réflexions qui viendront conclure ce travail.

Partie I : Cadre Conceptuel

I. La communication

1. Définition de la communication

a. *Qu'est-ce que communiquer ?*

Le mot « communiquer » vient du latin « *communicarere* », il est apparu dans le langage français au milieu du XIV^{ème} siècle. Il signifie « mettre en commun, être en relation » et consiste à transmettre, révéler, faire participer, entrer en rapport, entretenir des relations réciproques. La communication est utilisée par les Hommes pour échanger des informations, donner un avis, expliquer une situation, séduire, etc... (WINKIN, 2020). Selon le dictionnaire médical de l'Académie de médecine (2020), elle correspondrait à l'émission et à la transmission « d'un message par une personne ou un groupe et sa réception par autrui avec des erreurs possibles, liées surtout au codage de la langue parlée ou écrite, du langage mimogestuel, par l'émetteur, puis au décodage par le récepteur. Processus fragile d'action et de rétroaction, qui permet interaction et synchronisation entre les communicants. »

MIAS (1992) explique que la communication est une « boucle rétroactive » : les interlocuteurs exercent de façon continue une influence l'un sur l'autre, et ce, consciemment ou pas. Ils doivent prêter attention aux réactions de l'autre et s'adapter en modifiant leur façon de communiquer tout au long de leur discours grâce à un feed-back (retour d'informations). MARC et PICARD en 2015 analysent cette interaction sur 3 niveaux : « intrapsychique (les dimensions de la personnalité de chacun des protagonistes), interactionnel (la structure relationnelle et sa dynamique) et social (le contexte culturel avec ses normes, ses valeurs et ses rituels dans lequel il se place). »

FISCHER (1999), ajoute que « la communication est un des modes d'expression de la relation, c'est un moyen à travers lequel des relations se construisent et se développent. [...] Elle constitue l'une des modalités fondamentales de la conduite humaine : les individus ne sont pas seulement influencés par des contextes sociaux auxquels ils réagissent, mais ils interagissent en permanence avec des interlocuteurs ». La communication apparaît alors comme une activité humaine indispensable et complexe régissant la plupart des comportements quotidiens. Elle permet d'établir et d'organiser les relations intersubjectives et sociales au cours desquelles des informations sont transmises et échangées entre les individus dans un contexte social donné.

Il faut noter que chez les personnes atteintes de schizophrénie, les rapports à l'autre et à soi-même constituent de véritables obstacles pour leur permettre de communiquer et d'adapter leur discours car, comme le dit RAS (2016) : transmettre « les informations relatives aux partenaires de la communication : leurs pensées, leurs états d'âme et leurs affects : émotions, sentiments, désirs, etc... » est très difficile. AUSTIN, cité par RAS (2016), explique que la communication chez ces patients est toujours un problème d'actualité dans le cadre de leur réinsertion sociale. Mais quand on parle de communication de quoi parle-t-on précisément ?

MEHRABIANM, psychologue (1967), détaille la communication en trois sous-catégories d'utilisation :

- 7% accordés à la communication verbale (correspondant au sens littéral des mots employés).
- 38% à la communication vocale ou paraverbale : « variation du volume, du débit et du timbre de la voix »
- Et enfin 55% à la communication non-verbale : « gestes et attitudes innés ou acquis »

b. *Communication verbale*

La communication verbale, selon l'encyclopédie Titanica (2020), « fait référence à un type de communication qui implique l'utilisation de signes linguistiques (lettres et phonèmes). Cela signifie qu'il nécessite l'utilisation de mots ou d'expressions écrites ou orales. » Elle se divise en deux catégories. La première est la communication orale, passant par la parole. Elle se « réfère non seulement aux mots et aux phrases qui sont exprimés dans le discours, mais aussi aux sons et aux tonalités qui accompagnent la communication. De cette façon, un cri, un soupir, une onomatopée caractéristique sont également des formes de communication orale. » La seconde est la communication écrite, qui est l'expression « d'idées à travers un code écrit ».

Cette forme de communication engageant le langage, est la plus efficace et conduit à un échange rapide d'informations et de retours d'informations. Le risque de mauvaise compréhension ou d'interprétation des idées est moindre entre les individus. Cependant les patients souffrant de schizophrénie présentent des troubles du langage, reflétant leur pensée incohérente et qui réduisent leurs possibilités de communication. Ces troubles sont observables à travers : « des accès de mutisme, des répétitions automatiques des paroles de l'interlocuteur, des stéréotypies des mots ou phrases revenant souvent dans la conversation,

une altération syntaxique (agrammatisme), des néologismes » ou encore dans les cas les « plus sévères, on assiste à une réelle schizophasie (paralangage totalement déformé, hermétique, incompréhensible » (DESBROSSES, 2007). Cependant Frith (cité par LEROY et BEAUNE, 2005), précise que « seuls les hauts niveaux du langage sont véritablement perturbés dans la schizophrénie » telle que la planification du discours, préalable indispensable à la production d'un langage oral compréhensible.

c. *Communication non-verbale*

S'il est possible de ne pas communiquer verbalement, il est en revanche impossible d'empêcher l'expression d'une communication non-verbale. Il s'agit d'un « mode de communication qui n'a pas recours aux mots. C'est l'ensemble des moyens de communication existants entre les individus n'utilisant pas le langage parlé ». Elle « met en jeu des actes volontaires ou involontaires, des actes conscients ou inconscients, et mobilise plusieurs canaux de communication. Le non-verbal peut exprimer des émotions, manifester des processus cognitifs, accompagner le discours ou réguler les échanges, tout ceci venant renforcer ou décrédibiliser les messages verbaux. » (PLUSQUELLEC, DENAULT, 2018).

SCHIARATURA en 2008, explique que la communication non-verbale « s'acquiert très tôt, elle est en générale spontanée et se manifeste souvent en dehors de la conscience. ». Lorsqu'un individu communique avec autrui, il « accompagne son discours de mouvements corporels autres que les mouvements phonatoires [...] ». Les gestes, alors associés au langage verbal, représentent figurativement le contenu du discours. Ces signaux renseignent les deux partenaires sur « leurs attitudes, intentions et états cognitifs et émotionnels. Ainsi, si les expressions faciales sont liées à une expérience émotionnelle intime, elles peuvent également avoir des fonctions sociales ». Ces échanges non-verbaux favorisent la compréhension interpersonnelle et « participent à la régulation de la relation sociale. Ils apparaissent de manière spontanée, en dehors de la conscience, et utilisent peu de ressources cognitives. Ils peuvent néanmoins devenir conscients et être contrôlés lorsque l'objectif est de transmettre une information précise ».

Selon la théorie néodarwinienne, l'Homme serait biologiquement préparé à interagir avec l'autre à l'aide de comportements non-verbaux qui constitueraient des signaux « innés adaptatifs ». Cependant, ces derniers peuvent être influencés et modifiés par différents facteurs (interpersonnels, intergroupes, culturels, ...). SCHIARATURA (2008) précise que « la culture, le statut social et les rôles sociaux modulent également les comportements non-

verbaux ». Raison pour laquelle pour se conformer aux différentes normes sociales et culturelles, « les personnes apprennent à supprimer, minimiser, accentuer ou même masquer certaines manifestations non-verbales et émotionnelles. »

Les messages véhiculés par les comportements non-verbaux sont considérés comme plus fiables que les messages verbaux. C'est pour cette raison particulière qu'il est indispensable de savoir les lire et les interpréter. Darwin, fût le premier savant à étudier le langage non-verbal corporel. Il est admis que ces messages sont « émis et perçus par des centres nerveux très archaïques ». Ceci explique que nous utilisons cette forme de communication de manière collective et inconsciente. (WINCKLER, 2005)

Au-delà des gestes et autres signes non-verbaux, le silence se dégage. Les silences peuvent venir non seulement de l'interlocuteur mais également du locuteur. BRUNEAU (1973), explique qu'ils font partie intégrante de la communication, qu'ils expriment quelque chose et est indispensable à l'écoute de l'autre. Il est en général lourd de sens et peut exprimer la frustration, la colère ou l'attente d'un retour, d'une réponse par exemple. L'interlocuteur par son silence peut montrer son intérêt, son attention et son respect vis-à-vis de celui qu'il écoute. Par ailleurs, les silences se doivent d'être analysés et interprétés en fonction du contexte de rencontre car « ils peuvent être liés à des rapports affectifs ou personnels aussi bien qu'à l'échange d'informations et/ou à la résolution d'un problème ».

La communication non-verbale est donc comme une composante essentielle de la communication interpersonnelle. Sa maîtrise permet d'obtenir une adhésion au discours ainsi que de focaliser l'attention du récepteur. Son interprétation permet de comprendre et d'analyser les intentions de l'émetteur et est essentielle à la relation qui s'établit entre les êtres communicants.

La communication s'impose lorsqu'il s'agit d'interagir avec l'autre, de rentrer en relation et donc dans la société. Or, pour la personne souffrant de schizophrénie, cette difficulté à communiquer représente un handicap entraînant l'isolement et la perte de ses rôles sociaux. C'est pour cela que sa prise en charge se doit d'être globale, incluant de la médication mais également l'intervention de professionnels du paramédical telle que l'ergothérapeute, qui va utiliser la communication afin de prodiguer ses soins.

2. Communication, relation et ergothérapie

a. La relation

L'étymologie du mot « relation », vient du mot latin « relatio » signifiant « rapport ». La relation est donc le lien qui met en rapport deux personnes.

Selon FORMARIER, (2007) « les relations sont une accumulation d'interactions entre individus qui durent et impliquent des attentes, des affects et des représentations spécifiques ». La relation peut être définie comme « une succession d'interactions s'inscrivant dans une continuité et un lien ». Chacune est « affectée par les interactions passées et affecte à son tour les interactions futures ».

La relation comprend donc les rencontres entre des individus distincts, un contexte particulier, une communication (des échanges) entre ces personnes, et tout ceci dans un temps donné. La relation entre deux personnes n'est pas figée, les parties sont actives et une dynamique en émerge puisque chaque nouvel échange sera influencé par ce qui s'est déjà joué entre ces personnes. Ainsi, la « relation » est-elle un lien unique entre des individus. Mais qu'en est-il entre soignant et soigné ?

b. Communication, relation et intersubjectivité

VERDON, LAVOIE et BLONDEAU (2013) expliquent que les termes « relation » et « communication » sont « omnipotents dans la littérature » médicale surtout dans le cadre de la rencontre du soignant et du soigné. Ces termes sont parfois utilisés « de façon interchangeable, ce que déplorent les auteures au vu de cette « certaine confusion » pouvant s'en dégager. Selon elles, il est nécessaire de les redéfinir pour « préciser leurs rôles et leurs influences respectives ». Dans le cadre de la rencontre, en vue de créer une relation, la communication va jouer un rôle majeur. Or, l'acte de mise en relation oppose deux personnes distinctes, impliquant le concept d'intersubjectivité. Cette notion « survient avant toute relation et vise ultimement à passer par soi pour aller vers l'autre en créant un lien particulier ». Concrètement, le lien « décrit une relation symétrique où se crée une ouverture à soi tandis que la communication est plutôt unidirectionnelle » où le thérapeute « est essentiellement tourné vers l'autre, se fixant des objectifs concrets pour être aidant et thérapeutique ».

Pour l'ergothérapeute, la relation au patient va s'effectuer au travers d'un suivi spécifique centré sur l'occupation ainsi que par le biais de différentes médiations.

c. L'intervention et l'apport de l'ergothérapie

D'après l'Association Nationale Française des Ergothérapeutes (2019) « l'objectif de l'ergothérapie est de maintenir, de restaurer et de permettre les activités humaines de manière sécurisée, autonome et efficace. Elle prévient, réduit ou supprime les situations de handicap en tenant compte des habitudes de vie des personnes et de leur environnement. L'ergothérapeute est l'intermédiaire entre les besoins d'adaptation de la personne et les exigences de la vie quotidienne en société. »

En santé mentale, l'ergothérapie vise généralement à aider la personne à :

- Améliorer ou à recouvrer sa capacité à établir des relations satisfaisantes avec les autres
- Accroître ses capacités d'adaptation à la vie en société
- Connaître et accepter ses limites
- Développer ou restaurer son autonomie dans les activités quotidiennes (hygiène personnelle, entretien ménager, travail, études et loisirs)
- Développer ses ressources personnelles et ses intérêts
- Regagner sa confiance en soi et exprimer ses sentiments.

Selon l'Ordre des ergothérapeutes du Québec (2009), l'ergothérapeute a donc un rôle de soutien de la personne pour qu'elle puisse atteindre « un niveau optimal de fonctionnement autonome dans la communauté. » En facilitant la récupération ou le « développement des fonctions cognitives (l'attention, la concentration, la mémoire, la résolution de problème), affectives et sociales (la connaissance des règles sociales, la capacité à s'adapter au contexte social, etc.) nécessaires pour vivre un quotidien satisfaisant ». Son intervention se fait au travers d'une relation thérapeutique et par le biais d'activités significatives. « Il l'aide à déterminer les difficultés qui découlent de son problème de santé, à rétablir de façon optimale ses capacités fonctionnelles physiques et psychiques, et à s'adapter à ses limites fonctionnelles. »

En psychiatrie, l'utilisation de la médiation est inhérente à la pratique en ergothérapie. Afin de mener à bien sa prise en charge, l'ergothérapeute va utiliser toutes sortes d'activités (qui sont en soi des médiations), « qu'elles soient manuelles, artisanales, artistiques ou autres », qui vont servir « de levier thérapeutique entre la personne et ses difficultés. Avec certains clients, l'utilisation d'activités concrètes vise à les aider à reprendre contact avec la réalité. Avec d'autres, le produit obtenu par la réalisation de l'activité agit sur la confiance en leurs capacités. Les activités artistiques leur offrent également la possibilité d'exprimer leurs sentiments et leurs émotions » (Ordre des ergothérapeutes du

Québec, 2009). LAUNOIS (2013), met en lumière le fait que l'activité médiatrice, sert d'intermédiaire à la relation, à la communication et à l'échange. C'est en effet grâce à elle qu'un lien peut se créer, entre réalité et imaginaire, et que le patient peut se laisser aller autrement que par la parole, laquelle peut s'avérer angoissante. Il pourra exprimer ses affects par la création et l'imaginaire.

La médiation ouvre ainsi la porte à une dimension non-verbale dont le but selon LAUNOIS, (2013) est de « séparer et relier l'espace intérieur et l'espace extérieur » du patient, en lui permettant de s'exprimer au travers de la matière. C'est ainsi « que la matière brute offerte par l'ergothérapeute, va se transformer, métaphore de soi-même en voie de changement possible ». L'ergothérapeute s'en saisira pour accompagner le patient à réaliser l'élaboration psychique de ses pulsions.

d. *Coopération soignant-soigné*

Selon CHAMBON et MARIE-CARDINE (2014) l'ergothérapeute a pour première mission d'établir une alliance thérapeutique avec ses patients. Elle est permise par le fait que le patient « voit son thérapeute comme lui apportant aide et soutien (un facteur affectif, le lien relationnel) » mais aussi parce qu'il a « le sentiment d'un travail en commun, d'une coopération avec lui (un facteur cognitif et de motivation, l'alliance de travail) ». La rencontre initiale sert à développer chez le patient un sentiment positif par « l'empathie, la chaleur, la préoccupation authentique et un regard positif inconditionnel ». Sa seconde mission repose sur sa capacité à convaincre son patient qu'il est un thérapeute compétent, « digne de confiance, avec qui il sera possible de se découvrir et de former un lien en toute sécurité. »

L'ergothérapeute parviendra à ses fins si « l'environnement de la consultation est exempt de toute cause de distraction et fournit un cadre sécurisant et agréable ». Le patient devra aussi avoir été prévenu de ce qui va se dérouler, de ce qu'il va vivre au cours de son traitement et de sa prise en soins. (CHAMBON et MARIE-CARDINE, 2014)

3. Communication et ergothérapie

SCHIARATURA (2008), définit la communication comme « un échange dynamique de pensées et de sentiments qui se fait avec les mots, mais aussi avec le regard, les expressions faciales, les gestes, la posture, le ton de la voix et la gestion de l'espace interpersonnel ». Ces éléments nous amènent à distinguer la communication verbale qui

comme nous l'avons vu précédemment, se fait par le biais du langage et des mots, et la communication non-verbale qui se caractérise par les gestes, les mimiques faciales, les postures etc...

Cette auteure développe l'idée que la communication non-verbale est d'une grande importance dans les relations sociales puisque qu'elle peut informer sur « les attitudes, les intentions et sur les états cognitifs et émotionnels ». Ainsi lorsqu'un patient n'a pas accès à la communication verbale, l'ergothérapeute doit être attentif aux éléments qui résultent de sa communication non-verbale pour collecter des informations sur ses ressentis et tenter de le comprendre.

a. *L'ergothérapie en psychiatrie*

L'ergothérapie en psychiatrie selon RIOU et al (2016), a pour mission « d'évaluer les retentissements fonctionnels de la maladie sur les investissements professionnels, scolaires, relationnels et de vie quotidienne ». Son intervention reposera sur l'établissement d'une relation thérapeutique personnalisée qui soutiendra « l'élaboration des conflits internes avec le support des activités d'expression ». L'ergothérapeute aura pour outil le lien existant entre la santé et l'activité humaine afin de permettre aux patients d'obtenir une qualité de vie satisfaisante. Il accompagnera la personne vers des activités signifiantes donnant du sens à son existence avec pour objectif principal de « permettre à chacun de se construire et de s'épanouir en tant que sujet ».

Le développement de la prise en charge en ergothérapie en psychiatrie apporte un nouveau regard sur les possibilités d'évolution de ces patients. L'évaluation 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 ». Aujourd'hui, les objectifs posés sont un « retour à un niveau de fonctionnement le plus autonome possible et la participation sociale par l'investissement dans des activités signifiantes et significatives » (RIOU, RIGUET, KATSAROS et POUILLAIN, 2016). Le champ d'exercice de l'ergothérapie ne cesse de s'enrichir, s'adaptant sans cesse aux besoins de la personne, mais également aux contraintes médicales et socio-économiques.

b. *La communication : outil et compétence de l'ergothérapeute*

L'un des objectifs principaux de l'ergothérapeute est de permettre au patient d'atteindre son degré d'autonomie maximal en visant notamment l'optimisation de sa communication car c'est un « outil de la vie quotidienne » (TRETAULT et ARAGON,

2011). Le référentiel d'activités des ergothérapeutes (Ministère de la santé et des sports, 2010) en témoigne : la « réalisation d'activités de réadaptation, de réinsertion et de réhabilitation sociale » se fait à travers diverses mises en situation, représentant des « entraînements dans des activités écologiques dans les lieux habituels de vie visant la performance et la participation, en particulier de mobilité, de vie domestique, de communication, de relations et interactions avec autrui, d'activités liées aux grands domaines de la vie, de vie communautaire, sociale et civique ».

Du point de vue de l'utilisation de la communication par le thérapeute : TRETRAULT, ergothérapeute et ARAGON, orthophoniste (2011), dans leur article "*Ergothérapie et communication : comment développer un message clair ?*" (p51-53) décrivent les principes permettant d'améliorer la communication des ergothérapeutes auprès des patients, de leur entourage et de l'équipe de soins. Elles mettent en avant différentes capacités de l'ergothérapeute telles que l'écoute et la disponibilité autant physique que mentale. Les auteures exposent que réussir à communiquer dépend de trois conditions :

- « maîtriser un répertoire de comportements communicationnels ;
- s'adapter aux différents contextes et interlocuteurs ;
- ajuster ses objectifs professionnels pour qu'ils soient compatibles avec les besoins de l'interlocuteur ».

TRETRAULT et ARAGON développent le concept de "l'écoute active" qui consiste à être attentif aux messages verbaux et non-verbaux (« ce que l'autre pense et ressent ») de l'interlocuteur et permet « d'établir une relation, d'instaurer un climat de confiance et de reconnaissance mutuelle ».

Le contenu du discours de l'ergothérapeute doit être structuré avec une introduction, un corps et une conclusion en adaptant son langage à la compréhension de son auditoire et en étant attentif à ses réactions pour ajuster, reformuler ou préciser son discours et s'en assurer l'entière compréhension. L'environnement de l'échange est également à prendre en compte. En effet, par exemple, la présence d'autres personnes dans la salle peut influencer sur la teneur du message émis ou la façon de laquelle il sera transmis, mais les auteures insistent sur l'importance de s'adresser directement au patient avec un langage, vocabulaire etc... qu'il puisse comprendre.

Les ergothérapeutes en intégrant ces principes de communication en font des outils essentiels à leur pratique (TRETRAULT, D'ARAGON, 2011).

II. La schizophrénie

1. Définition de la schizophrénie

La schizophrénie est une maladie psychiatrique caractérisée par un ensemble de symptômes très variables d'un individu à l'autre. Elle est décrite pour la première fois en 1908 par le psychiatre Eugen BLEULER, qui introduit alors le terme « schizophrénie » en associant deux mots d'origine grecque « schizo » (division) et « frenia » (esprit) pour souligner la dissociation qui la distingue de toute autre psychose.

Le DSM-5 (5^{ème} édition du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux de l'Association Américaine de Psychiatrie, 2015), définit la schizophrénie comme une maladie chronique, hétérogène et invalidante. Les symptômes doivent persister pendant au moins six mois et le patient doit présenter en plus d'une altération significative du fonctionnement (touchant le travail, les relations interpersonnelles, de soins personnels etc...) au moins deux des cinq symptômes suivants (dont obligatoirement au moins un des trois premiers): idées délirantes; hallucinations ; discours désorganisé ; comportement excessivement désorganisé ou catatonique ; symptômes négatifs (comme un émoussement affectif ou une perte de volonté) » (PSYCHOMEDIA, 2015).

L'INSERM (2020), apporte quelques précisions en expliquant que la schizophrénie « est une pathologie psychiatrique chronique complexe qui se traduit schématiquement par une perception perturbée de la réalité, des manifestations productives, comme des idées délirantes ou des hallucinations, et des manifestations passives, comme un isolement social et relationnel. En pratique, elle peut être très différente d'un patient à l'autre, selon la nature et la sévérité des différents symptômes qu'il présente ». En effet, ses symptômes les plus impressionnants restent les hallucinations et les délires mais les difficultés cognitives et le retrait social en sont les plus invalidants dans le quotidien pour les individus qui en souffrent.

a. *Les symptômes*

Les **symptômes positifs**, ou symptômes de premier rang (SPR), ont été décrits pour la première fois par Kurt Schneider en 1955. Ils se caractérisent par des hallucinations (olfactives, cénesthésiques, auditives, visuelles, tactiles, etc...) mais également par des idées délirantes (de persécution, de grandeur, de référence, mystiques ou encore hypocondriaques etc...). Ils représentent l'expression manifeste de la schizophrénie et engendrent des comportements jugés inadéquats. FRANCK, en 2013 explique que les SPR ont pour

« caractéristique commune la perte des limites entre le soi agissant et l'autre agissant ». Ils se révèlent par des « erreurs touchant l'affectation d'un auteur à des actions, des pensées ou des sentiments ». Les patients ont alors le sentiment, voire la certitude que « les autres peuvent leur voler leurs pensées, en introduire dans leur esprit, influencer leurs actes ou leurs sentiments ou encore s'adresser à eux sous la forme de voix perçues comme provenant de l'environnement ». Concrètement, « soit le sujet entend autrui lui donner des ordres ou commenter ses actes ou ses pensées, [...] soit le sujet a l'impression que ses propres pensées, actions et sensations se confondent avec celles d'autrui ». Il est à noter que ces symptômes ne sont pas spécifiques de la schizophrénie puisqu'ils peuvent s'exprimer dans la bipolarité par exemple.

Les idées délirantes quant à elles ne reposent sur rien de concret. Ce sont des convictions profondes pour le patient qui naissent sur « la base d'intuitions infondées ou d'interprétations erronées », et qui sont agrémentées par des « éléments de la réalité même si aucun rapport logique ne fait a priori le lien ».

Le Centre Psychiatrique Universitaire Ibn Alhasan (2017) décrit les différents thèmes (objets du discours, non-spécifiques au délire et peuvent être unique ou multiples) possibles des délires :

- **La persécution** : conviction d'être la proie d'un monde hostile ;
- **L'influence** : sentiment que ses actes ou pensées sont imposés ;
- **La référence** : des messages cachés au travers d'évènements ou de discussions apparaissent aux yeux du malade ;
- **La possession** : conviction d'être possédé par un être supérieur qui le contrôle, le persécute et le pousse à dire ou à faire des choses sous la contrainte ;
- **La mégalomanie** : impression de toute-puissance. Le patient est sûr qu'il va et peut accomplir de grands projets ;
- **Les convictions mystiques** : « Thèmes en rapport avec les paroles des écritures, une mission divine à accomplir, l'existence de forces occultes extérieures ».
- **L'hypocondrie** : se manifeste par des idées fausses concernant son corps et son fonctionnement.

GAILLARD, BERKOVITCH et OLIÉ, (2018) expliquent que les **symptômes négatifs** représentent « les éléments constituant l'aspect déficitaire : d'activité, de réactivité émotionnelle, d'investissement affectif ». Ils regroupent cinq domaines : « la réduction dans la gamme et dans l'intensité de l'expression émotionnelle (l'émoussement affectif, ...), dans

la fluence et la productivité de la pensée et du discours (alogie, ...) dans la capacité à entreprendre et à réaliser des activités (avolition, ...), ou à éprouver du plaisir (anhédonie, ...) et dans l'intérêt à établir des relations sociales (retrait social) ».

Pour la société québécoise de la schizophrénie (2020), « les symptômes négatifs apparaissent habituellement avant les symptômes positifs et peuvent persister, même après la phase aiguë de la maladie et que l'état de la personne a été stabilisé ».

FRANCK (2013), quant à lui, précise qu'ils peuvent être antérieurs ou secondaires aux SPR et qu'ils touchent la sphère comportementale et affective ainsi que l'idéalisme. Ces symptômes seraient le fruit « d'une altération de la volonté, de la capacité à initier un discours ou des actions, de la motivation, de l'expressivité émotionnelle et du ressenti ». Les plus fréquents dans la schizophrénie sont :

- **L'aboulie** : le déficit de volonté
- **L'anergie** : le déficit d'énergie
- **L'apragmatisme** : La difficulté à entreprendre des actions
- **L'émoussement affectif** : Restriction de l'expression des sentiments
- **L'incurie** : La perte de la capacité à prendre soin de soi (le patient ne se lave plus)
- **Le retrait social** : La diminution des échanges interpersonnels
- **L'alogie** : Les difficultés à communiquer
- **L'appauvrissement du discours**
- **L'apathie** : L'incapacité à réagir

Ils sont à l'origine de possibles incapacités fonctionnelles, résistent aux traitements et sont constants à travers le temps. Bien que « moins spectaculaires que les symptômes positifs » ils n'en sont « pas moins invalidants pour autant ». La perte de la capacité à initier des actions notamment « peut entraîner à l'extrême, une impossibilité à agir en dehors des sollicitations de l'environnement ».

Enfin, la dernière catégorie de symptômes présents dans la schizophrénie est la **désorganisation de la pensée et du comportement**. Cette désorganisation présente pour conséquences « l'apparition d'un discours flou, parfois incompréhensible, voire incohérent et l'utilisation de termes étranges ». Elle est extrêmement invalidante et peut s'accompagner de troubles de l'organisation du comportement, entraînant l'incapacité à réaliser les activités de vie quotidienne jusque-là réalisées (LLORCA, 2006).

La manifestation de la désorganisation de la pensée et du discours « va de la pensée floue et bizarre à la totale incohérence », tandis que celle affectant le comportement « peut

revêtir de nombreux aspects, du ralentissement à l'agitation, du mutisme à la logorrhée, de la familiarité au négativisme » (GAILLARD, BERKOVITCH et OLIÉ, 2018).

b. *Origine, évolutions et complications*

Cette maladie qui démarre généralement à l'entrée dans l'âge adulte présente une composante génétique complexe aujourd'hui classiquement admise (DEMILY, 2018). Plusieurs entrées dans la maladie sont possibles. Pour la plupart des patients, elle se fait par la manifestation d'une bouffée délirante aiguë mais elle peut aussi se déclarer progressivement, sur une période de plusieurs mois (VIDAL, 2020).

Selon FRANCK (2013), la schizophrénie peut évoluer de façon dite :

- favorable (avec une amélioration visible, voire une quasi-disparition des symptômes de la personne accompagnée d'une « insertion professionnelle satisfaisante »),
- intermédiaire (« stabilisation sur un mode déficitaire, avec prédominance des symptômes négatifs, ou délirants)
- défavorable (quand l'état du patient s'accroît en se dégradant progressivement, « avec aggravation des symptômes positifs, négatifs ou de la désorganisation »).

LLORCA, en 2006, remarque que l'évolution de la schizophrénie se caractérise par « des phases de rechutes de psychose aiguë dans les premières années, puis une stabilisation avec des symptômes résiduels, d'intensité variable selon les sujets », tout ceci accompagné d'états dépressifs lors des épisodes aigus.

Pour FRANCK, (2013) le risque majeur d'une évolution négative des patients souffrants de schizophrénie reste le suicide (environ 15% des patients) et « la qualité des soins est le seul remède efficace face à ce risque ».

2. Impact de la maladie

a. *Sur la vie familiale*

L'ouvrage « *La schizophrénie : Ce que les familles et les proches des malades devraient savoir* » de DESCLIN (2006), illustre l'impact de la schizophrénie dans la cellule familiale. A l'annonce d'un diagnostic de schizophrénie, la famille du patient se voit « littéralement écrasée par un fardeau rendant presque impossible toute vie familiale normale ». Cette maladie rend les relations avec le malade « difficiles à établir et à entretenir ». Le comportement incompréhensible et imprévisible du malade est complexe à gérer et impacte

le quotidien familial. Le déni du patient lui-même ou le refus de l'acceptation de la pathologie par un proche, « le caractère énigmatique de l'affection, les sentiments de honte, voire de culpabilité des membres de la famille, tous ces éléments concourent à figer la famille dans son ensemble dans le repli sur soi, le mutisme, l'isolement et l'immobilisme ». Les sentiments « de honte, de crainte, de culpabilité, d'amertume, d'abattement » de la famille mènent parfois jusqu'à la « rupture sociale (entourage, connaissances, collègues de travail) ». La pathologie est alors souvent « niée ou présentée comme une péripétie mineure ».

Au contraire, la maladie « par son caractère obsédant, devient le seul sujet de conversation encore abordé dans la famille, les proches se font mutuellement des reproches », le reste de la fratrie du malade se sent délaissé, des disputes entre les parents éclatent, « allant parfois jusqu'à se séparer et entraînant famille et belle-famille dans les disputes et les accusations réciproques ».

L'inquiétude naît de la manifestation des crises avec le comportement parfois agressif (verbalement mais aussi physiquement) et les idées délirantes et hallucinations qui sont sources d'angoisse et d'insécurité. Les proches « ont peur des dangers qui guettent le malade ou qu'il fait encourir aux autres ». Les symptômes « négatifs » sont mal supportés et souvent incompris (tels que « l'isolement, le mutisme, l'indifférence, l'inaction, le désintérêt, la lenteur, l'indécision et l'ambivalence, la négligence vestimentaire et de l'hygiène »).

En revanche, de nombreuses familles « supportent sans se plaindre les charges et les sacrifices consentis pour s'occuper de leur malade. Elles essayent d'éviter l'hospitalisation autant que possible. » Ces familles aidantes représentent une grande ressource, car la personne souffrant de schizophrénie dans la plupart des cas n'est plus apte à « relever seul les multiples défis de la vie quotidienne ; il a besoin, pour survivre, d'une assistance vigilante, et il faut même fréquemment s'assurer qu'il continue à prendre son indispensable médication aux dates et aux doses prescrites, faute de quoi son état de santé, inéluctablement, se détériorera encore un peu plus. » (DESCLIN, 2006, p78-80)

b. *Sur la vie sociale (rapport à l'autre)*

L'impact de la schizophrénie sur la vie sociale est d'une ampleur considérable. PASSERIEUX (2013) expose que le patient se voit atteint d'une altération de la cognition sociale qui concerne l'ensemble des compétences relationnelles :

- La reconnaissance des émotions exprimées par le visage, les attitudes etc...
- La capacité à distinguer Soi et autrui (le non Soi)
- L'aptitude à prévoir ou expliquer le comportement d'autrui (théorie de l'esprit)

PASSERIEUX (2013) explique que ceci s'accompagne d'un « biais de raisonnement (tendance à conclure trop vite et sur trop peu d'indices, erreurs d'attribution qui augmentent les effets dans les relations interpersonnelles). » et que ces troubles de la cognition sociale se traduisent par une incapacité plus ou moins importante à « se mettre à la place de l'autre », à le comprendre même dans les situations les plus simples et évidentes.

« Faute de saisir le point de vue de l'autre ou ce qu'il sous-entend, une personne schizophrène est émaillée de malentendus, voire d'incohérences. » Cette difficulté induit dans la relation « une position autocentrée : l'autre est opaque » rendant la communication et l'échange avec l'autre très difficile.

Pour PASSERIEUX (2013, p25-26), les troubles de la cognition sociale s'associent à des difficultés interpersonnelles qui influencent négativement le patient. Il en découle « une tendance au retrait et un vécu globalement persécutif ». De plus, le « déficit empathique ne se limite pas aux cognitions mais concerne également les émotions : sans capacité à se montrer sensible aux émotions des autres, à les percevoir et à en tenir compte, la personne schizophrène peut se montrer peu chaleureuse ou indifférente. » De plus, certaines compétences relationnelles comme la tolérance, le tact et la compréhension d'autrui sont inaccessibles aux personnes souffrant de schizophrénie. Ils ne peuvent « ressentir intuitivement ce que l'autre ressent pour le prendre en considération et en tenir compte ». Il leur est donc impossible d'adapter leur discours ou leur comportement en fonction des réactions de leurs interlocuteurs.

Pour FRANCK, (2013, p8), les symptômes de premier rang jouent également un rôle dans l'interaction à l'autre. En effet, ils « suscitent [...] un état de suspicion à l'égard d'autrui. Le sentiment qu'il peut être manipulé à distance et le fait que des propos hallucinatoires désagréables ou insultants lui soient tenus de manière insistante, le conduisent à taxer les autres de malveillance et à se méfier d'eux ». De ce fait, il n'est pas aisé d'établir une relation avec eux. « Seule une relation de confiance instaurée dans la durée permet éventuellement à terme, de vaincre sa méfiance ».

L'ergothérapeute, pour intervenir auprès de ces patients, doit donc parvenir à établir une relation de confiance et thérapeutique.

c. Sur la vie professionnelle

Selon DEBOUT (2008), le travail se définit par l'effort, la créativité et la recherche du succès dans le domaine de l'action. Il ne peut plus être pensé comme un rapport individuel entre un sujet et la matière (ou l'outil ou la structure) mais comme une construction de règles qui organisent les activités de production, les rapports de sociabilité et de convivialité ». Le travail s'articule entre plusieurs dimensions. Travailler n'est « pas uniquement produire, c'est aussi se transformer soi-même. Le travail ne se réduit donc en théorie ni au salariat, ni au métier, ni à un emploi. C'est l'engagement authentique dans l'affrontement au réel, à l'inconnu, à ce qui ne se maîtrise ni par les savoirs théoriques, ni par les prescriptions. »

D'après VERDOUX (2010), pour les patients souffrants de schizophrénie, il est compliqué de mettre du sens à un travail. L'insertion ou le maintien dans une activité professionnelle est un objectif difficile à atteindre. Même si peu d'entre eux, du fait de leurs troubles, obtiennent un emploi stable, beaucoup restent « néanmoins dans une dynamique de réinsertion, que ce soit par le biais de stages, de formations, d'entretiens d'embauche ou de périodes d'activités même transitoires ». La question de l'engagement du patient dans un processus de réinsertion via une activité salariée est centrale, car il permet de lutter contre son isolement social en favorisant son maintien dans la communauté tant qu'il n'est pas confronté à des échecs répétés pouvant impacter négativement l'estime de soi et le décourager.

Plusieurs facteurs et dimensions sont à prendre en considération pour la réinsertion professionnelle du patient (PACHOUD, LEPLEGE, PLAGNOL, 2009) :

- Le rapport qu'entretient le patient au travail en fonction de son expérience professionnelle et la valeur qu'il accorde au travail (succès, échecs, attentes, durée d'interruption d'activité...)
- L'aspect motivationnel incluant le « sentiment d'efficacité personnel à trouver un emploi, à s'y adapter, à surmonter ses difficultés psychiques »
- Les enjeux de reconnaissance sociale (motivation ou facteur d'inhibition par peur de l'échec)
- Les capacités relationnelles comme la compétence sociale

Malgré les préjugés/ fausses croyances, les personnes atteintes de schizophrénie, qui souffrent d'une « pathologie réputée pourtant fortement invalidante, ne sont pas les plus difficiles à réinsérer professionnellement ». Pour peu que les symptômes résiduels ne soient

pas en contradiction vis-à-vis d'un travail, comme on peut l'observer en Etablissement et Service d'Aide par le Travail (ESAT) (PACHOUD, LEPLEGE, PLAGNOL, 2009).

d. *Schizophrénie et communication*

Selon FRITH (1988), cité par LEROY et BEAUNE (2005), l'« incompréhensibilité du discours du schizophrène ne relève pas tant d'une pensée qui, en elle-même, serait décousue, mais de la difficulté, induite chez l'interlocuteur, dans la compréhension de ce qui est dit. Tout ceci va bien dans le sens d'une altération du niveau de la performance du langage (produire un discours, en contexte, et adressé à quelqu'un d'autre) et non de la compétence (connaissance et usage corrects de la langue) ». C'est à la suite de ces travaux qu'il conclut que ces patients ne souffrent pas d'une altération du langage, mais d'une incapacité à communiquer. Il ajoute même que cette absence de prise en compte du savoir de l'interlocuteur est expliquée « par une difficulté particulière qu'auraient les schizophrènes à identifier les signes non-verbaux manifestant l'intention de communiquer de l'interlocuteur ».

FRANCK, (2013, p9) va plus loin en explicitant que « la froideur affective rend les patients qui en souffrent incapables de ressentir pleinement ou d'exprimer des émotions en adéquation avec les situations auxquelles ils sont confrontés, que ce soit en termes de contenu du discours, de prosodie, de mimique ou d'expression gestuelle ». Leur capacité à percevoir l'émotion d'autrui est également altérée. Les patients sont alors en proie à leur « déficit touchant leurs propres émotions aussi bien que celles que les autres manifestent ». L'altération « des processus émotionnels se manifeste par des malentendus, une incompréhension des situations ou un isolement relationnel » et entraîne des « erreurs dans l'appréhension des désirs et des objectifs d'autrui ».

La société québécoise de la schizophrénie (2020), s'intéressant à la communication verbale, ajoute que la personne schizophrène peut perdre l'envie de s'exprimer spontanément, en « conséquence du ralentissement général de la pensée, voire même d'une absence d'idées ». Il lui serait alors difficile de converser à cause de la pauvreté de son discours, de ses « réponses évasives et brèves », mais aussi « des interruptions subites de la conversation » ou de trop longs « délais de réponse à une question ».

e. *Rapport au corps*

Un des symptômes positifs de la schizophrénie est la dépersonnalisation : la personne a le sentiment de ne pas être elle-même. Ceci génère une grande anxiété. « Le schizophrène

a l'impression que son corps est dissocié de sa personne, ou que ses membres pourraient se détacher. Cette peur peut se traduire par des attitudes d'auto-contemplations : le malade observe attentivement ses mains, passe des heures devant un miroir à regarder son visage, palpe certaines parties de son corps » (VIDAL, 2018).

DESBROSSES (2007) explique la dépersonnalisation comme étant le résultat d'un trouble de la conscience de l'individu : « le sujet perd le sentiment de familiarité avec son corps et son intégrité physique ». Elle est accompagnée d'une "déréalisation" : impression de transformation de l'ambiance.

Selon PROBST et al. en 1988, les patients psychotiques chroniques « éprouvent fréquemment des problèmes de relation avec eux-mêmes, avec les autres et avec leur environnement ». Ces problèmes peuvent être liés et mis en évidence par « l'image corporelle, l'estime de soi et les mouvements de l'individu ». En effet, la dissociation de pensée, d'affect, et d'action peuvent se produire lorsque les actions physiques sont limitées ou lorsque les interactions avec les autres sont défectueuses. « Quand une personne perd le contact avec son corps, la réalité s'estompe » (LOWEN, 1967, cité par PROBST et al. en 1998).

De plus des études sur certains ateliers tel que l'atelier groupal « mime », ont été réalisés, afin d'en voir les effets sur « la conscience corporelle, l'image corporelle, l'estime de soi, les mouvements du corps et enfin les effets du mime sur la communication ». Cette activité se base, tout en la réentraînant, sur la communication non-verbale des patients. (PROBST et al. , 1988)

BELLON et LOWENTHAL (2013) soutiennent qu'il existe un lien très important entre l'image du corps, le langage et la conscience. Ils citent par ailleurs SEARL, qui en 1999 exposait la théorie en quoi « toute conscience commence avec l'expérience du corps par le biais de l'image du corps ». Or ici, la schizophrénie est un trouble de la conscience du Soi entravant ce lien ainsi que son rapport à la communication passant par le corps. POUSS (1995) ajoute que le corps du « psychotique est un problème », il représente un « lieu de souffrance », un « outil de violence » ou encore un « instrument inadapté à ses besoins ». Leur vécu corporel est alors souvent douloureux et angoissant. C'est ainsi que la dissociation et le clivage corps-esprit ont pour conséquence la segmentation et le rejet du corps en lui-même.

3. Relation Soignant-Soigné

a. Relation de soins

La relation questionnée ici relève du champ professionnel, impliquant des « rapports sociaux codifiés, préétablis fixant par avance l'identité sociale, les rôles et les styles d'interactions des protagonistes. Ces relations sont enfermées dans des pratiques répétitives, voire des scénarii, ce qui semble être le cas dans les situations de soins ». Ce qui renvoi au besoin de ressentir de la sécurité et de l'efficacité des soignants garantissant une certaine stabilité dans la relation humaine établie. « En miroir, les soignants attendent des patients, non seulement qu'ils adoptent des comportements attendus, mais qu'ils le fassent dans des temps très brefs ». (FORMARIER, 2007)

FORMARIER (2007) définit la relation de soin comme une « simple interaction ou relation suivant les inter-actants, leur connaissance mutuelle, le contexte dans lequel se situe le soin [...] (Cette relation est la plus fréquente en milieu hospitalier). Support d'échanges avec le patient ou sa famille, elle est mise en œuvre par le soignant pendant les soins techniques ou de confort. » Cette relation s'inscrit dans le présent, lors d'un acte médical ou technique, « sur l'activité en cours, sur le devenir immédiat du patient : traitement, confort, douleur, planning de soins, visite médicale... ».

b. Relation thérapeutique

A l'origine, la rencontre patient/soignant est avant tout une rencontre entre deux êtres humains, deux individus distincts. Elle se fait à un moment donné, dans un contexte particulier et avec une visée thérapeutique définie. En effet, le rôle du thérapeute est d'accompagner le patient dans sa thérapie sans porter de jugement. Cette relation est singulière et fragile en son début, surtout auprès de patients souffrants de psychose. (MANOUKIAN et MASSEBEUF, 2008)

En psychiatrie, les soins reposent sur la relation thérapeutique dont la communication est une des composantes essentielles. La relation thérapeutique est centrée sur le patient, basée sur le respect, l'authenticité et le partenariat. Elle permet d'obtenir du patient les informations nécessaires pour son suivi thérapeutique et de s'assurer qu'il en a une bonne compréhension (BOZARTH, et MOTOMASA, 2014, p 58 à 76).

NASIELSKI (2012), définit la relation thérapeutique à partir de deux concepts : l'alliance thérapeutique et la distance thérapeutique. Il explique qu'il est nécessaire d'assurer un « maniement à la fois souple et constructif en matière de distance et d'alliance

thérapeutique ». Ainsi, « les thérapeutes naviguent sur une route étroite entre les marécages de l'excès de proximité et les déserts de l'excès de distance ». Cet équilibre est difficile à obtenir car la frontière entre alliance et distance thérapeutique reste très floue : « Il existe très peu d'indications quant au degré d'alliance opportun, et de même au degré de distance opportun ». L'auteur propose de définir l'alliance thérapeutique comme : « la combinaison suffisante de proximité et de similitude que le thérapeute affiche avec le client pour que ce dernier lui accorde la confiance nécessaire à la réduction de ses résistances naturelles à changer son cadre de référence. Il y a donc :

- Un but à l'établissement de l'alliance (aider le client à changer son cadre de référence) ;
- Un obstacle à réduire (la rigidité du cadre de référence) ;
- Un moyen de réduire la difficulté de changer de cadre de référence (la confiance accordée au thérapeute lorsqu'il est ressenti comme suffisamment proche, soutenant, compréhensif, informé, sécurisant) ».

Au cours des séances en ergothérapie, la distance thérapeutique va s'instaurer de façon bilatérale. D'une part, « le thérapeute aura créé les précautions nécessaires en ayant instauré la distance thérapeutique qui interdit au patient l'accès à sa vie privée » en refrénant tout glissement vers une relation personnelle, sentimentale ou sexuelle à l'aide d'un cadre thérapeutique défini au préalable. D'autre part il devra « s'abstenir de toute intervention, de tout commentaire, dans les matières et les choix qui appartiennent au patient ». Selon NASIELSKI, (2012, p14-18) cette distance permettra à l'ergothérapeute d'assurer son « pouvoir technique ».

DAUNJ (2001), ajoute que la distance thérapeutique malgré sa connotation négative a pour but de protéger autant le soignant que le soigné, cependant « elle ne doit pas signifier négligence, ignorance ou mépris. Elle doit être considérée dans un sens positif, en tant qu'outil pour la continuité et la stabilité de la relation, en ce sens qu'elle « sépare », tout en gardant une approche suffisante pour que le patient ne se sente pas « de côté » ». Il revient au thérapeute de trouver cette juste distance.

La relation thérapeutique dans le processus de soin en ergothérapie en psychiatrie est donc d'une importance cruciale pour mettre en place des activités adaptées et évolutives, centrées sur le patient. Un climat de confiance mutuelle permet d'assurer la motivation du patient et le bon déroulement de ces activités.

c. *La relation thérapeutique entre l'ergothérapeute et la personne atteinte de schizophrénie*

L'ergothérapeute, selon GUIHARD (ergothérapeute, 2000), cherche à « mettre en actes un sujet pour permettre une élaboration conjointe des actions qui sous-tendent l'acte ». Le Faire est important, mais au-delà du visible de l'acte « il importe de comprendre, le trajet entre le début de la mise en acte et sa finalité afin de replacer l'action dans une dimension active et non-factuelle ». La personne souffrant de schizophrénie, à cause de certains de ses symptômes (tel que le repli sur soi), présente des difficultés à se mettre en action : il ne montre ni envie, ni intention visible et compréhensible. Il est incapable de « partager des relations vécues comme porteuses de codes sociaux et politiques par trop figés et rigides. »

L'ergothérapeute avec ses propositions thérapeutiques s'inscrit dans le registre de l'ergon (l'activité) et donc « de l'action et non dans celui de la poïa (le travail) ». Il prend en compte l'Homme dans son ensemble et plus particulièrement en tant qu'« animal créateur » en mettant « en place un cadre repéré dans le temps et dans l'espace pour permettre au sujet de créer » en conservant la liberté « de produire comme de détruire » sa création. Celle-ci permet de faire « émerger quelque chose qui n'existait pas avant, qui vient de nulle part et cette chose peut être, certes un objet, mais aussi une relation, un autre monde, un autre niveau de relation, de rapport à soi, aux autres, au monde ». Il s'agit de « renvoyer au sujet l'interprétation de l'ergothérapeute à partir de l'imaginaire collectif, de ce qui est en production, la validité qu'il en donne » dans le but « que le sujet devienne le lecteur de ce qu'il produit ». Le regard de l'ergothérapeute est en fait focalisé sur le créateur et non sur la création en elle-même. (GUIHARD, 2000)

III. Réhabilitation psychosociale et ergothérapie

« La problématique de la réadaptation en psychiatrie est indissociable de la question récurrente du devenir du lien social chez les personnes affectées d'une pathologie mentale. Elle met en question la distinction formelle et arbitraire du sanitaire et du social et interroge la place des acteurs du soin par rapport à ceux du social qui contribuent également à construire avec les patients leur continuité d'existence. » (DURAND, 2010)

1. La réhabilitation psychosociale :

a. Contexte socio-politique

Dans ASCODOC PSY (2020) il est possible de lire qu'aujourd'hui, la réhabilitation psychosociale propose des outils thérapeutiques susceptibles de favoriser le rétablissement en exploitant et renforçant les capacités du patient souffrant d'une maladie mentale qualifiée désormais de « chronique » plutôt qu'« incurable ». Cette pratique est née au cours des années cinquante, marquées par la découverte et l'usage des neuroleptiques, ce qui se trouve être un véritable tournant dans le secteur de la psychiatrie. « Dans ce contexte émerge la notion de réadaptation, qui consiste à rétablir le lien social du patient en développant des activités thérapeutiques expressionnelles » conjointes au traitement médicamenteux, « le but étant de favoriser au maximum le maintien du patient au domicile. »

Dans les années soixante-dix, les psychiatres ont exposé la nécessité que la prise en charge par traitement médicamenteux soit accompagnée « d'un soutien dans la communauté ». C'est ainsi qu'en 1975, la « loi définit pour la première fois les droits fondamentaux pour les personnes handicapées, enfants et adultes » dans le cadre de leur inclusion dans la société. Cet article de loi, du 1^{er} juillet 1975, définit clairement trois droits fondamentaux de la personne handicapée physique ou mentale : le droit au travail, le droit à une garantie minimum de ressources par le biais de prestations ainsi que le droit à l'intégration scolaire et sociale. (Journal officiel de la République française, 1975)

Dans les années quatre-vingt, les systèmes publics adoptent le concept de « soutien communautaire », dont l'approche principale est le « case management ». Elle constitue une méthode d'intervention particulière au service des dispositifs de réhabilitation psychosociale et permet une prise en charge globale du patient afin d'améliorer sa qualité de vie et favoriser son insertion sociale en vue d'un rétablissement (ASCODOC PSY, 2020). La réhabilitation psychosociale concerne les personnes avec des troubles mentaux sévères. Elle cible le rétablissement personnel par le biais du renforcement du pouvoir de décision et d'agir des personnes. Ses outils sont : la remédiation cognitive, la psychoéducation, l'entraînement des compétences sociales, les approches psychocorporelles et l'accompagnement vers l'emploi. (FRANCK, 2018)

b. *Définition de la réhabilitation psycho-sociale*

La réhabilitation psychosociale est un mouvement communautaire né aux Etats-Unis en 1986. Elle est initialement destinée aux personnes atteintes de troubles mentaux sévères. Ce courant de pensée a été influencé par le mouvement de désinstitutionalisation ayant transféré « des patients présentant une maladie mentale sévère vers la communauté, tâche relativement simple en comparaison des objectifs de la réhabilitation ». (ANTHONY et FARKAS, 2009)

Selon l'Agence Régionale de Santé (2020), la réhabilitation psychosociale désigne « l'ensemble des mesures qui peuvent contribuer au rétablissement des personnes souffrant de troubles psychiques afin de favoriser leur autonomie et leur intégration dans la communauté ». Elle repose sur le principe fondateur suivant : « Améliorer la qualité de vie des personnes en situation ou à risque de handicap psychique en les aidant à conserver et à développer des habilités sociales et fonctionnelles pour vivre dans la communauté avec le plus d'autonomie et de satisfaction possible ».

En psychiatrie, ANTONY (1986) la désigne comme une finalité dans un processus de soins comprenant une phase de traitement, afin de diminuer les causes et les symptômes, une phase de réadaptation, pour « redonner au patient les moyens d'agir » et une phase de réhabilitation afin d'aider le patient à agir par lui-même pour, qu'à terme, il puisse fonctionner avec succès et satisfaction dans l'environnement de son choix avec un « minimum d'intervention professionnelle ». L'auteur ajoute que la réhabilitation correspond au rétablissement du fonctionnement du rôle social et instrumental dans la mesure du possible par des aides environnementales. « Quand les symptômes persistent, les efforts de réadaptation visent à aider l'individu à acquérir une vie, des environnements d'apprentissage et de travail » adaptés à ses capacités. Elle repose donc avant tout sur les compétences et les forces de l'individu, ce qui oblige les thérapeutes à concevoir les patients dans leur ensemble : le sujet devient co-acteur et co-responsable de sa prise en soins établie avec son consentement libre et éclairé. Ainsi, sa parole, ses envies et son projet de vie ont une place centrale. Le but de cette pratique est le retour dans la communauté, qui, chez le patient psychotique, demande du temps, un ajustement des conditions de vie, sociales, professionnelles et matérielles. Selon PERSON (2016), l'ergothérapie prend tout son sens au sein de ce processus (sortir de la vision médicale pour s'orienter vers une vision de l'individu dans sa globalité). Il explique que les patients souffrants de troubles psychiques se voient être en difficulté dans les actions simples du quotidien. C'est pourquoi

l'ergothérapeute prendra en compte les exigences de l'environnement de la personne. C'est ainsi que l'ergothérapie s'inscrit dans « ce soutien de la personne au long cours », en favorisant par ses « moyens d'action propres à l'émergence » de la motivation du patient, outil indispensable dans le processus de réhabilitation.

BON, quant à elle, en 2018, met l'accent sur le rétablissement du patient s'accompagnant d'adaptations au niveau de son quotidien en adéquation avec ses attentes et reposant sur sa capacité d'évolution vers un projet de vie qu'il aurait choisi. En effet, comme l'explique PERSON (2016), l'ergothérapeute va offrir au patient la possibilité de « s'identifier à nouveau à travers une action dont il est un des acteurs ». BON (2018) ajoute que certains champs de la personne vont entrer en ligne de compte :

- La clinique : Les symptômes et traitements liés à la pathologie.
- Le fonctionnel : Les capacités cognitives, relationnelles et l'autonomie.
- Le social : Le logement, la gestion de budget, la réinsertion professionnelle.

Cette prise en soin se base sur les capacités préservées de la personne à lutter contre ses incapacités.

Au travers de ces définitions, il est possible de comprendre que la réhabilitation en psychiatrie s'adresse à des personnes souffrant de maladies mentales entraînant des situations de handicap dans la vie quotidienne. Ces pathologies étant évolutives, elles nécessitent des traitements au long terme avec des adaptations régulières. Cependant, le « traitement est très souvent insuffisant pour que la personne se rétablisse et joue un rôle actif dans la société. » (ASCODOC PSY, 2020)

Aujourd'hui, le rétablissement, l'inclusion et la réhabilitation psychosociale des personnes souffrant de troubles psychiques représentent une priorité de santé comme l'expose le décret R. 3224-6 du ministère des solidarités et de la santé : « Le projet territorial de santé mentale a pour priorité l'organisation du parcours de santé et de vie de qualité et sans rupture, notamment pour les personnes souffrant de troubles psychiques graves et s'inscrivant dans la durée, en situation ou à risque de handicap psychique, en vue de leur rétablissement et de leur inclusion sociale ». (Journal officiel de la république française, 2017)

c. Prise en soins et services de soutien communautaires

La prise en soin de ces patients s'articule de diverses façons. Comme l'explique TAMMINGA (2018), « des programmes de réinsertion psychosociale et professionnelle

aident de nombreux patients à travailler, à faire leurs courses et à prendre soin d'eux-mêmes ; tenir une maison ; nouer des relations avec d'autres ; et travailler avec un praticien en santé mentale ». C'est au cœur de ces programmes que l'intervention d'un ergothérapeute prend tout son sens. Il accompagnera le patient dans tous les aspects de ses activités de vie quotidienne, car comme le remarque PASSERIEUX (2013) « la schizophrénie s'accompagne de l'altération de l'ensemble des cognitions sociales. Ces troubles impactent fortement la vie quotidienne des patients et sont devenus des cibles thérapeutiques cruciales ». Ici, l'ergothérapeute pourra intervenir, par exemple, dans des programmes de Remédiation Cognitive, qui selon DE LUSSAC (2016) ne sont réellement efficaces que si les nouveaux acquis sont transférés dans le quotidien. L'ergothérapeute a alors un rôle essentiel : celui de placer la personne dans une situation dite écologique, c'est-à-dire la plus proche de ses conditions de vie, tout en favorisant le travail des fonctions cognitives déficitaires. Il est donc nécessaire que la personne expérimente d'abord dans un cadre dont le thérapeute est garant, avant d'envisager un renforcement à domicile ou dans la société (MCGURCK et al., 2007). Par ailleurs, concernant la cognition sociale (capacité à construire des représentations sur soi-même et autrui, et sur les relations entre soi et les autres, ainsi qu'à utiliser ces représentations de manière flexible, afin de guider le comportement social), l'ergothérapeute pourra utiliser des outils d'entraînement aux cognitions sociales dans la visée d'une amélioration des capacités relationnelles du patient dans le but final de favoriser sa réinsertion sociale (PEYROUX, 2014).

TAMMINGA (2018), précise que pour accompagner le patient au mieux, des associations existent et permettent à un grand nombre de personnes atteintes de schizophrénie de vivre en collectivité en présence de personnel médical par exemple (observance accrue de la prise des traitements). « Ces programmes sont utiles pour promouvoir l'autonomie du patient tout en fournissant des soins suffisants pour diminuer le risque d'une récurrence et les besoins d'hospitalisation. Les services sociaux personnalisés procurent des services à domicile et sont fondés sur un nombre élevé d'assistants par rapport au nombre de patients ; l'équipe de soin fournit directement tous ou presque tous les soins requis ». Cependant cette auteure alerte sur le fait que malgré l'amélioration des soins et de la rééducation en ambulatoire, « un petit pourcentage de patients, en particulier en cas de déficits cognitifs importants et de mauvaise réponse au traitement médicamenteux, nécessite un accompagnement à long terme ou d'autres soins de support. » Il s'agit alors d'une prise en soins de longue durée nécessitant une attention de tout instant.

TAMMINGA (2018) conclut alors que la thérapie de remédiation cognitive peut être d'une grande aide chez ces patients. Cette thérapie s'inscrit dans les thérapies psychosociales indispensables au rétablissement des patients souffrants de schizophrénie. « Elle vise à optimiser les aptitudes cognitives des patients qui ont la plupart du temps un déficit dans les domaines attentionnels, mnésiques ou exécutifs. Dispensée par un thérapeute formé à ces techniques, elle est basée sur un entraînement cognitif et sur l'apprentissage de stratégies cognitives. Cette aide permet au patient de résoudre les problèmes auxquels il doit faire face dans les exercices formels comme dans sa vie quotidienne ». (Académie nationale de médecine, 2011)

2. Accompagnement du patient dans tous les aspects de sa vie

La schizophrénie s'accompagne souvent de comportements inadaptés et incompris, à l'origine de difficultés d'adaptation sociale et constituant une des principales sources de handicap. En 2008, PONTONNIER et al. expliquent que même si des progrès dans l'accompagnement de ces patients ont permis la désinstitutionnalisation d'un grand nombre d'entre eux, « leur quotidien reste difficile dans l'ensemble des domaines sociaux ». Les individus souffrants de schizophrénie ont alors « une vie relationnelle pauvre ou conflictuelle, des difficultés à entreprendre des activités de loisir et une incapacité à prendre du plaisir lors de leur réalisation ainsi qu'une altération du fonctionnement global ».

a. Répercussions sur les différents loisirs du patient

Comme vu précédemment les patients atteints de schizophrénie souffrent de divers symptômes dits « négatifs » entraînant un isolement social dû au repli de l'individu dans un monde intérieur, souvent source de comportements inadaptés ou bien inexistants. LAULAN (2007) explique que leur fonction contenante n'étant plus efficiente, le monde extérieur devient persécutif et source de peur. La perte de l'estime et de confiance en soi, induite par l'incapacité du malade à s'adapter aux situations rencontrées, conduit à sa marginalisation. De plus, l'appauvrissement émotionnel, la perte d'intérêt et d'investissement, ainsi que les problèmes rencontrés pour planifier les tâches favorisent l'isolement social et de ce fait la réalisation des loisirs. En effet, la perte de désir et la diminution de la motivation rendent les activités de loisirs insignifiantes, voire désagréables. Tout ceci peut provoquer une baisse de l'estime du patient, diminuant ses possibilités d'être dans l'agir et de se mouvoir physiquement. Enfin, l'auteure expose que la société reste encore aujourd'hui « réticente à

l'acceptation de ces personnes différentes, le regard porté sur les personnes handicapées en général étant péjoratif. Ceci rend les activités de loisirs difficilement accessibles ».

L'isolement social causé par les symptômes, et la stigmatisation empêche l'implication de la personne dans des activités sociales. Ceci représente un danger car le manque de relation cause souvent une rupture du traitement. C'est pourquoi il est primordial d'instaurer une dynamique de réhabilitation afin de lutter contre ce retrait social. Ce qui représentera un objectif à part entière de l'ergothérapeute et de l'équipe pluridisciplinaire accompagnant le patient afin de lui permettre de retrouver un lien social pérenne.

b. *Impact sur les activités et liens sociaux*

Les liens sociaux représentent « l'ensemble des relations concrètes que l'on entretient avec sa famille, ses amis, ses collègues ou ses voisins, jusqu'aux mécanismes collectifs de solidarité, en passant par les normes, les règles, les valeurs et les identités qui nous dotent d'un minimum de sens d'appartenance collective » (CUSSET cité par PRENVEILLE, 2009). Ils permettent à l'individu d'appartenir à une communauté, d'élaborer une identité propre, d'éviter l'exclusion et l'isolement. Les individus évaluent alors « positivement leur vie, car parmi les activités personnelles les plus agréables, nombreuses sont celles qui impliquent des relations sociales » (FITOUSSI, SEN, STIGLITZ, 2009, p 56). En revanche, certains facteurs tels que l'individualisation, la pauvreté, la précarité, l'absence d'emploi, une situation de handicap, dans le cadre d'une maladie psychique peuvent nuire à la construction ou la pérennisation de ces liens.

La schizophrénie est ainsi souvent synonyme de rupture sociale. Cependant ce n'est pas une fatalité si la cognition sociale est travaillée avec cette population. D'après MARZLOFF et DOLLFUS (2013, p 5 et 28), la cognition sociale « regroupe l'ensemble des processus mentaux qui sous-tendent les interactions sociales, ce qui comprend la perception, l'interprétation, et l'élaboration de réponses aux intentions, attitudes et comportements d'autrui ». Elle implique la capacité à se « représenter les relations entre soi et les autres, à traiter l'information émotionnelle, à inférer des états mentaux à autrui, ce qui est couramment défini par le terme de théorie de l'esprit, et enfin à utiliser ces représentations de manière flexible pour ajuster et guider son propre comportement en société en fonction du contexte. »

La prise en soins en ergothérapie peut être mise en place au sein de structures de soin extra-hospitalières pour favoriser la reprise d'activité et de lien social. La prise en « charge

ambulatoire peut prendre différentes formes : consultations médicales, entretiens avec un psychologue, accompagnement social, soins de groupe (en Centre d'activité thérapeutique à temps partiel notamment), soins à domicile ou en institution, ... ».

c. Accompagnement à la réinsertion professionnelle en ergothérapie

Le Comité des Écoles Suisses d'Ergothérapie (2005) explicite le rôle de l'ergothérapie dans l'accompagnement par des mesures ciblées à la reprise et/ou au maintien d'une activité professionnelle auprès de ces malades, devenus un enjeu sociétal majeur. En effet, l'intérêt grandissant accordé par la société à la promotion, prévention de la santé, ainsi qu'à l'intégration sociale, modifie le contexte dans lequel les ergothérapeutes exercent leur profession et ouvre conjointement de nouveaux domaines d'activités.

L'intervention de l'ergothérapeute repose sur les capacités de la personne. Il s'intéressera donc aux facteurs biopsychosociaux de l'utilisateur pour adapter sa prise en soin. Dans le cadre de cet accompagnement à la reprise d'un emploi, il est à souligner que la schizophrénie est une pathologie hétérogène s'exprimant différemment d'un individu à l'autre. Cette « diversité des situations et la complexité de l'évaluation du potentiel professionnel » sont à prendre en compte avec un grand sérieux si l'on ne souhaite pas « orienter le sujet vers un projet sans espoir sérieux de réalisation ». De plus, de nombreux obstacles se dresseront tels que la « méconnaissance profonde de la réalité des troubles psychotiques, voire de la peur ou de la stigmatisation excluante dont les pathologies schizophréniques peuvent faire encore l'objet dans la société ». (PLAGNOL, 2009)

Il est important de savoir déterminer les ressources et limites de chaque patient. Pour cela, il est indispensable de travailler en réseau, mais également en étroite collaboration avec le patient, afin de croiser les différents regards des professionnels dans le cadre d'une prise en soin visant la réhabilitation psycho-sociale.

3. L'occupation et la réinsertion

a. De l'occupation à la réinsertion sociale

Selon MEYER (2020), l'occupation représente le « concept central de l'ergothérapie ». Les occupations peuvent se définir comme ce que les individus font et la manière dont ils le font. Elles peuvent être « individuelles, partagées, interdépendantes ou collectives » et ne sont pas figées dans le temps. Celles-ci sont « associées à des rôles »

sociaux et permettent d'organiser la vie de la personne. Les individus forgent leur identité, se construisent un avenir et appartiennent à un « environnement social ». Ainsi, les occupations « assurent, renforcent, limitent ou empêchent la survie, le bien-être et la santé ». La vision de l'ergothérapeute va se centraliser autour de cette approche occupationnelle, les patients seront alors vus comme « des êtres occupationnels ». Le but de l'intervention de l'ergothérapeute est d'habiliter les patients à reprendre, « modifier ou créer des occupations » et à leur donner les moyens nécessaires pour contrôler leur performance occupationnelle, leur engagement, et également leur participation tout en prenant un compte leur environnement.

En effet, les personnes souffrant de schizophrénie, comme nous avons pu le voir précédemment, présentent un ensemble de symptômes entraînant des répercussions fonctionnelles majeures dans leurs vies quotidiennes, ce qui a pour conséquence une limitation d'activité et une restriction de participation sociale, familiale et professionnelle. Par ailleurs, les situations de handicap psychique persistent chez les personnes stabilisées tant que les symptômes résiduels sont présents. Différentes situations de handicap peuvent ainsi être retrouvées chez les personnes stabilisées en rapport avec les symptômes négatifs et les troubles cognitifs, ce qui explique les difficultés que rencontre cette population dans les activités de vie quotidienne. C'est pourquoi, comme l'explique LAULAN (2016) l'ergothérapeute, « par des mises en situations écologiques, évaluera les capacités du patient et le ré-entraînera dans les gestes quotidiens pour atteindre une autonomie maximale. Tout ceci dans un objectif de réinsertion sociale. Il s'agira donc d'accompagner la personne pour développer « ses habiletés sociales pour accéder à une vie autonome » dans la société tout en évitant les possibles rechutes et donc l'hospitalisation.

b. *La performance occupationnelle et l'Ergothérapie*

Selon MCGURK et al., en 2007, l'ergothérapeute possède un rôle central : celui de placer la personne au centre de ses soins de façon « écologique », autrement dit dans les situations les plus adaptées à ses conditions de vie, tout en étant propice au travail des fonctions déficitaires.

Aujourd'hui les différentes pratiques en ergothérapie ont été conceptualisées à travers des modèles. L'un d'entre eux place la performance occupationnelle des patients comme le reflet et le résultat de l'intervention en ergothérapie comme l'expliquent ses créateurs en 1985, BAUM, BASS-HAUGEN et CHRISTIANSEN. Il s'agit du modèle

« PEOP : Personne-Environnement-Occupation-Performance », il est décrit comme axé sur le « client » et s'articule autour de trois éléments principaux :

- **L'Occupation**, correspondant aux activités/tâches et aux rôles qu'une personne réalise ou souhaite réaliser
- **L'Environnement**, composé à la fois d'obstacles et d'éléments facilitateurs
- **La Personne**, composée de ses capacités et incapacités

Ainsi, selon ce modèle, le lien entre la personne, son environnement et ses occupations permet l'émergence de la performance occupationnelle qui quant à elle permet la participation sociale et contribue au bien-être de l'individu (CHRISTIANSEN, BAUM, BASS-HAUGEN ; 2015).

Par ailleurs, le modèle PEOP permet d'intégrer les objectifs, perspectives et valeurs de la personne dans le processus de résolution de ses problèmes occupationnels. Ainsi, il est tout à fait adapté à l'accompagnement des patients dont la capacité d'agir et la participation sociale sont altérées. Ce qui rejoint les concepts centraux de la démarche de la réhabilitation psycho-sociale et de la prise en soins en ergothérapie.

IV. Hypothèse :

La première partie de ce mémoire a donc abordé les notions théoriques du sujet afin de définir et approfondir la question de recherche suivante : « **En quoi l'accès à la communication non-verbale d'un patient souffrant de schizophrénie peut favoriser sa réhabilitation psychosociale ?** ». Il est dorénavant clair que la communication est un outil de vie quotidienne indispensable lorsqu'il s'agit d'interagir avec l'autre, de rentrer en relation et donc dans la société. Or, pour la personne souffrant de schizophrénie cette difficulté à communiquer représente un handicap entraînant l'isolement, la crainte et la perte de ses rôles sociaux. C'est pour cela que sa prise en charge se doit d'être globale, incluant de la médication, mais également l'intervention de professionnels du paramédical tel que l'ergothérapeute, qui va réentraîner le patient à la reconnaissance et à l'utilisation des moyens de communication, afin de permettre la réinsertion du patient dans la société. Mais alors comment les professionnels de santé s'y prennent ? Il est vrai qu'il existe d'ores et déjà une grande variété de programmes permettant d'accompagner les patients souffrants de schizophrénie dans un grand nombre de domaines de la vie quotidienne, or peu d'entre eux sont tournés vers la communication non-verbale et sa reconnaissance. C'est pourquoi mon hypothèse est la suivante : « **Un programme d'entraînement aux habiletés sociales, centré sur la communication non-verbale, s'inscrivant dans l'approche en réhabilitation psychosociale, auprès des patients souffrant de schizophrénie, favoriserait leur reprise d'occupations et donc leur réinsertion dans la société** ».

Partie II : Recherche

I. Méthodologie de Recherche :

Afin de répondre à la question de recherche énoncée dans la partie conceptuelle de ce mémoire, il est nécessaire de réaliser une enquête.

1. Objectif de la recherche :

L'enquête réalisée a pour but d'explorer la question de recherche émise, d'affirmer ou d'infirmer l'hypothèse proposée, ainsi qu'étudier la pratique de terrain. Le croisement des différents points de vue des professionnels et de la théorie va enrichir ce travail de recherche. Tout ceci dans le but de savoir si le travail de l'accès à la communication non-verbale auprès de patients souffrants de schizophrénie aurait un impact et un intérêt à être exploré, mais également de se rendre compte si pour les professionnels ce travail est réalisable, atteignable et objectivable auprès de cette population complexe. C'est ainsi qu'il me semble tout indiqué et nécessaire de questionner les ergothérapeutes travaillant à l'aide de cette approche.

2. Choix de la méthode d'enquête :

La méthode de recherche que j'ai choisie est une étude qualitative réalisée par le biais de l'entretien semi-directif. Cette méthode, hypothético-déductive, selon CLAUDE (2020) laisse libre cours à la pensée de l'interlocuteur, lui permettant d'élaborer ses idées autour d'un fil conducteur représenté par le guide d'entretien préalablement réalisé. Cette méthode permet également au chercheur de tester ses différentes hypothèses, de développer son sens critique permettant d'arriver à une conclusion apportant des « éclaircissements sur la cause du sujet étudié ». D'après TETREAULT (2015), l'entretien semi-directif permet de recueillir un grand nombre de données pouvant amener des réponses à l'hypothèse émise, mais également développer de nouveaux axes de réflexion autour de la problématique donnée. L'entretien consiste en un échange entre le chercheur et le professionnel impliquant un contact direct. En revanche, malgré ses très nombreux avantages, comme tout autre outil de recherche, l'entretien semi-directif présente également des limites. En effet, je pense nécessaire de savoir que le travail de retranscription demandé sera très chronophage et complexe. De plus, il me sera impératif de savoir, si besoin est, recentrer l'échange pour éviter les possibles dérives du professionnel interrogé au fur et à mesure du temps de la rencontre. Je devrais également me rendre capable de reformuler ce qui a été dit par la

personne interrogée pour être certaine de percevoir les idées avec le moins de biais et d'interprétation personnelle afin de rester le plus objectif possible.

L'entretien semi-directif implique une rencontre entre deux individus, et donc leurs personnalités respectives. Il est alors possible que lors de l'entretien des biais tels que l'état mental, la fatigue, la motivation, l'implication personnelle etc... entrent en jeu lors des échanges (aussi bien de la part de l'interrogé que de l'enquêteur). De plus, le nombre limité de personnes interrogées ne permet pas de poser de conclusion pouvant s'étendre à une généralité. Les entretiens se déroulant à distance, par visioconférence ou par téléphone, la rencontre ne sera donc pas réalisée en face-à-face (en présence des corps) ce qui selon moi, pose une barrière dans l'observation du professionnel, qui aurait pu m'apporter des éléments à explorer au vu de ma problématique centrée sur la communication non-verbale.

Cette méthode d'enquête donne à l'interlocuteur une certaine liberté dans sa parole afin qu'il puisse exprimer ses perceptions d'une situation, ses interprétations et ses expériences tirées de sa propre pratique. Elle nécessite beaucoup de temps et demande au chercheur une grande rigueur afin de concevoir, conduire mais également traiter les informations données. De plus, elle exige que le chercheur soit « à l'écoute, attentif, patient, et curieux de l'Autre, afin d'entrer dans son univers de sens pour le décrypter ensuite » (IMBERT, 2010).

3. Choix du terrain et de la population :

Afin de mener à bien ma recherche, j'ai fait le choix de cibler une population d'ergothérapeutes engagés dans une approche en réhabilitation psychosociale sachant que mon cadre théorique cible cette pratique. En effet, je voulais que les entretiens menés laissent transparaître les résultats de l'expérience acquise sur le terrain des thérapeutes interrogés.

Dans le but de répondre à ma problématique, je souhaite que les professionnels interrogés travaillent dans le domaine de la santé mentale auprès de patients souffrant de schizophrénie. En revanche, le type de structure dans lequel les ergothérapeutes travaillent (qu'elle soit intra ou extra-hospitalière) m'importe peu, tant qu'ils se trouvent dans une dynamique menant à la réadaptation et à la réinsertion du patient dans la société. Ces professionnels doivent accompagner des personnes atteintes de schizophrénie tout en travaillant avec l'approche de réhabilitation psychosociale ou avoir au minimum réalisé la formation dispensée par l'ANFE (Association Nationale Française des Ergothérapeutes) s'intitulant « La démarche de l'ergothérapeute en réhabilitation psychosociale » (Référence

PSY22 200032), approche que j'ai décidé de questionner dans ce travail de recherche. (Association Française des Ergothérapeutes, 2020)

J'ai choisi de me concentrer sur des ergothérapeutes diplômés d'Etat en France exerçants dans la région Rhône-Alpes, car je souhaite interroger des personnes exerçant cette profession. En effet, le volet « psychiatrie et santé mentale » du Schéma Régional d'Organisation des Soins 2012-2017 de l'Agence Régionale de Santé (ARS) Auvergne-Rhône-Alpes, « souligne l'importance des soins de réhabilitation et de réinsertion psychosociale (remédiation cognitive, entraînement aux habiletés sociales, éducation thérapeutique, soutien aux familles, mise en situation professionnelle.) » (Santé Mental, 2013). Cette région a déployé son action axée sur la réhabilitation psychosociale pour s'inscrire dans le Plan d'Action Santé Mentale du Projet Territorial de Santé des Hauts-de-France. L'ARS souhaitait alors structurer son offre de réhabilitation sur les principes définis par l'instruction du 16 janvier 2019 (Agence Régionale de Santé Hauts-de-France, 2020). Il me semblait alors tout à fait indiqué d'interroger des professionnels travaillant dans cette région, auprès de personnes atteintes de schizophrénie. En effet, il est nécessaire que les professionnels aient des connaissances approfondies concernant la maladie en elle-même (les retentissements possibles sur le comportement), mais également une représentation précise de la prise en soins en ergothérapie auprès de ces personnes aux profils complexes de par la multitude de symptômes qu'ils peuvent présenter ainsi que leur complexité. Je souhaitais interroger un panel composé de 5 à 10 ergothérapeutes afin d'obtenir un nombre de réponses et un recueil de données suffisants pour étayer la réflexion et réussir à en tirer des conclusions. De plus, pour les besoins et la faisabilité de l'étude, les participants ont été choisis en fonction de leur pertinence théorique par rapport à l'étude réalisée. Les ergothérapeutes doivent également avoir été formés et/ou exercer en réhabilitation psychosociale à temps partiel ou complet, afin de s'assurer que le professionnel connaisse les enjeux de cette approche, ses concepts et qu'il ait pu observer ses bienfaits dans son utilisation lors de la réinsertion sociale des patients souffrants de schizophrénie.

II. Mise en place de la recherche

1. Approche des différents professionnels :

Lors de la phase d'entrée en contact avec les professionnels, le hasard fit que seul des femmes furent interrogées. Comme le montre la figure 1, ceux-ci ont été réalisés par appels téléphoniques et demandes écrites envoyées par mail (voir annexe I).

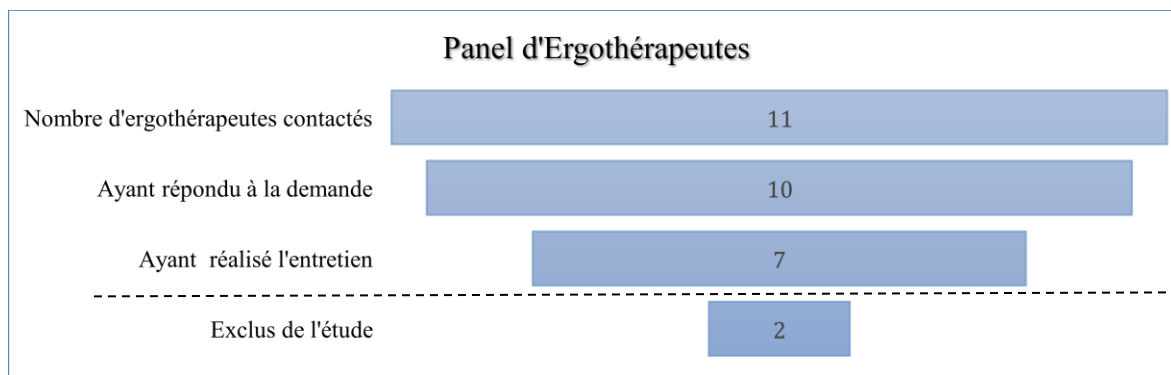


Fig. 1: Panel des ergothérapeutes contactés par mail ou téléphone

En finalité, 11 ergothérapeutes ont été contactées. Sur ces 11 professionnels : 10 ont répondu au mail et 7 ont réalisé l'entretien. Sur l'ensemble des professionnels contactés, deux n'entraient finalement pas dans les critères d'inclusion de l'étude. Ces prises de contact permettaient d'expliquer la visée de la recherche et le déroulé des entretiens.

Lors de ces entretiens, le projet de recherche était présenté, donnant lieu généralement à de fructueux échanges sur leur perception de l'importance de travailler sur la communication non-verbale des personnes souffrant de schizophrénie.

Concernant le guide d'entretien (Annexe II), il a été pré-testé auprès d'une ergothérapeute ne rentrant pas dans les critères d'inclusions, corrigé et validé auprès ma maître de mémoire ainsi qu'une ergothérapeute ne rentrant pas dans le panel établis. Une attention particulière a été portée à la formulation, à la structure et à l'organisation des questions.

2. Déroulement de l'enquête :

Dès le commencement de mon enquête, j'ai réalisé un recensement des établissements de santé mentale de la région Rhône-Alpes, dans le but de trouver des ergothérapeutes prêts à réaliser un entretien (excluant donc les établissements n'employant aucun ergothérapeutes). Je me suis alors intéressée aux établissements concernés et cités par l'ARS Auvergne Rhône Alpes qui a labellisé trois centres référents de France qui sont : le Centre Hospitalier Spécialisé du Vinatier (Bron), le Centre Hospitalier Alpes-Isère (Saint-

Egrève) et le Centre Hospitalier Universitaire de Saint-Étienne (Loire). J'ai également effectué diverses recherches portant sur l'entretien semi-directif afin d'en comprendre tous les aspects et pouvoir commencer la création de mon outil de recherche.

3. Elaboration de l'outil d'enquête :

Après avoir choisi l'entretien comme outil de recherche et réalisé des recherches pour trouver les ergothérapeutes que j'allais interroger, je me suis référé au livre « Guide pratique de recherche en réadaptation » de Sylvie TETREAULT (2015) afin de créer mon guide d'entretien. Par le biais de cet ouvrage, j'ai cherché à structurer mon guide d'entretien afin de faire apparaître une trame logique. C'est ainsi, qu'après sa lecture, j'ai pu créer un « squelette » d'entretien très détaillé. J'ai également créé dans le même temps une grille (Annexe III) retraçant les principaux points abordés lors des entretiens, dans l'idée de réaliser un support utilisable lors de ceux-ci, ce qui me permettrait de faire un premier tri d'informations en y inscrivant les idées principales qu'énonceraient les professionnels interrogés.

C'est après avoir rédigé toutes mes questions (en essayant de me limiter dans la quantité pour respecter le temps imparti de 45min à 1h par entretien), que j'ai réalisé un classement en trois catégories différentes : une première partie s'intéresse aux **ergothérapeutes** elles-mêmes et à leur **pratique**, pour apprendre à connaître leur parcours, leur vision de la prise en soins des patients souffrants de schizophrénie ainsi que leur fonctionnement dans leur structure et dans leur exercice professionnel. Une seconde porte sur la **réhabilitation psycho-sociale**, afin de percevoir leur vision de cette approche et l'importance que celle-ci prend dans leur pratique, ainsi que faire du lien entre les différentes notions abordées lors de la partie théorique. Enfin, la dernière partie accentue les questionnements autour de la **communication**, afin de savoir le niveau d'importance que porte le thérapeute à l'observation, la connaissance et l'utilisation de la communication non-verbale de leurs patients. Ainsi que recueillir leur avis sur la pertinence de s'intéresser à cette compétence, et enfin de faire un parallèle entre la notion de communication non-verbale et l'occupation humaine. En revanche, ces catégories ne se voient pas « cloisonnées ». En effet, les questions mettent en lien tous les thèmes abordés avec des questions ciblées et d'autres plus larges, moins spécifiques. Enfin, je les ai réparties en sous-catégories, les rassemblant à l'aide d'objectifs de recherche précis recentrant et facilitant l'exploration des résultats, tout ceci dans le but d'être très au clair avec ce que je souhaite chercher derrière chaque question.

Le guide d'entretien a été réalisé en associant les différentes questions à des objectifs de recherche bien définis, ainsi :

- ❖ **Les questions 1 à 5** ont pour but d'apprendre à connaître les ergothérapeutes et leur parcours permettant une comparaison directe entre les professionnels.
- ❖ **La question 6** a pour but de connaître le fonctionnement des ergothérapeutes dans leurs structures ainsi que leur fonctionnement dans leur exercice professionnel.
- ❖ **Les questions 7 et 8** permettent de comprendre la vision des ergothérapeutes de l'approche et de l'importance de la réhabilitation psychosociale dans leur pratique.
- ❖ **Les questions 9 et 10** permettent de découvrir les différents moyens en réhabilitation psychosociale qu'utilisent les ergothérapeutes.
- ❖ **La question 11** permet de savoir si les principes fondamentaux de la réhabilitation psychosociale sont impliqués dans les prises en soins.
- ❖ **Les questions 12 et 13** visent à faire le lien entre les différentes notions abordées lors de la partie théorique de ce mémoire, les difficultés rencontrées par le patient vis-à-vis de sa communication non-verbale, ainsi que préciser quels apports pourrait apporter cette communication au patient.
- ❖ **Les questions 14 et 15** apportent un regard sur l'importance que portent les professionnels à la communication non-verbale et mettre en parallèle la notion de communication non-verbale et la réhabilitation psychosociale.
- ❖ **Les questions 17 à 19** permettent de définir le degré de connaissance des patients sur leur propre façon de communiquer. Au cours de leurs années d'expérience les ergothérapeutes interrogés se sont-ils déjà interrogés sur l'impact que pourrait avoir le travail de la notion de communication non-verbale pour cette population ? Quelle serait la pertinence de s'y intéresser ?
- ❖ **Enfin la 20ème question** permet de questionner le thérapeute sur l'importance qu'il met derrière la reprise d'occupation des patients souffrants de schizophrénie.

Grâce à mes lectures et avancées concernant mon outil, j'ai pu rédiger mon introduction, que j'énoncerai au début de chaque entretien (indiquant ses modalités, le premier contact avec les personnes interrogées, les indications concernant l'anonymat, les droits des participants à l'enquête, etc...), répondre aux « questions en lien avec la thématique » (d'après le livre de Sylvie Tétreault) et enfin, rédiger la conclusion. Ce n'est qu'à la suite de ce travail que j'ai pu rédiger le mail que j'ai fait parvenir à chaque

ergothérapeute que je souhaitais interroger. Les entretiens ont donc été réalisés par visioconférence (permettant un contact visuel entre les parties, un échange « direct ») ou par téléphone (cette méthode ne permet pas l'observation de l'interlocuteur, il n'y a pas de contact visuel pouvant gêner le rythme de l'échange).

A la fin de chaque étape énoncée ci-dessus, un échange (par mail ou sms) a été réalisé avec ma maîtresse de mémoire pour lui soumettre mes avancées, afin que celle-ci puisse les valider ou invalider et me conseiller sur comment améliorer mon travail.

III. Présentation et analyse des résultats :

La présentation et l'analyse des données recueillies sont ici présentées dans un même temps, dans un souci de faciliter la lecture et la compréhension des notions abordées.

Cette analyse s'est construite en plusieurs étapes. Dans un premier temps, j'ai débuté par la retranscription afin de m'imprégner des idées énoncées (voir Annexe IV). Cela m'aura permis d'avoir une vision globale des dires des différents professionnels. Par la suite, j'ai repris chacune des questions pour en dégager les idées principales évoquées. Ainsi, j'ai pu constater les divergences et/ou les convergences des points de vue. Ces idées principales ont été classées dans un tableau afin de structurer mon analyse et de croiser les pratiques.

Les données recueillies à la suite de l'enquête, sont analysées selon l'ordre des thèmes et questions définis dans mon guide d'entretien.

Sept ergothérapeutes ont été interrogés lors de cette phase de recherche. Les résultats bruts ici présentés correspondent à une synthèse des réponses pertinentes obtenues lors de chaque question des entretiens. Tous les ergothérapeutes ont été anonymisés, une lettre aléatoire leur a donc été attribuée pour les nommer. De plus, à la fin de chaque entretien, il leur a été remis un formulaire d'acceptation écrit concernant l'enregistrement de ceux-ci. (Annexe V)

1. Présentation des ergothérapeutes interrogés :

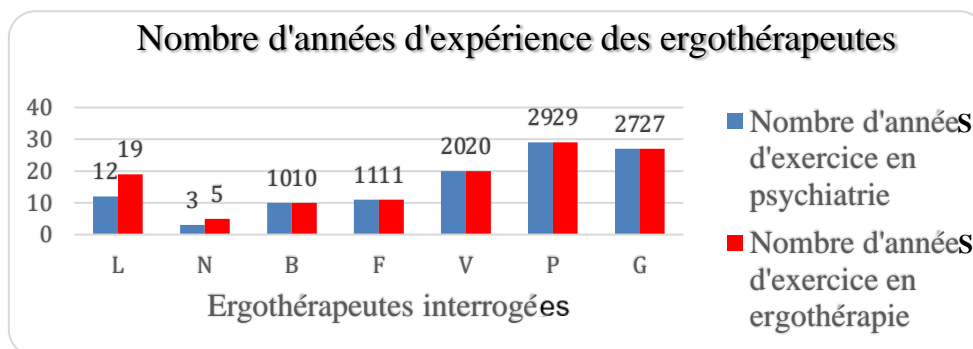


Fig. 2: Expérience professionnelle en ergothérapie et en psychiatrie des ergothérapeutes contactées

Lors du début de la phase de recherche consistant en la création d'un panel de professionnels, j'avais la volonté d'interroger des ergothérapeutes ayant des temps d'expériences différents. Ceci dans le but de pouvoir confronter leur vision professionnelle au regard de leurs années d'expériences.

Ainsi, chaque entretien débutait par une question générale demandant aux ergothérapeutes de se présenter brièvement. Naturellement, tous les thérapeutes ont commencé par donner leur année d'obtention du diplôme d'ergothérapie, puis le nombre d'années d'exercice en psychiatrie (Figure 2).

Comme le montre le graphique ci-dessus, il est remarquable qu'une grande majorité des ergothérapeutes ont commencé à exercer en psychiatrie dès le début de leur carrière pour ne jamais en sortir. Mais dans quels types de structures travaillent-elles ? (Figure 3)

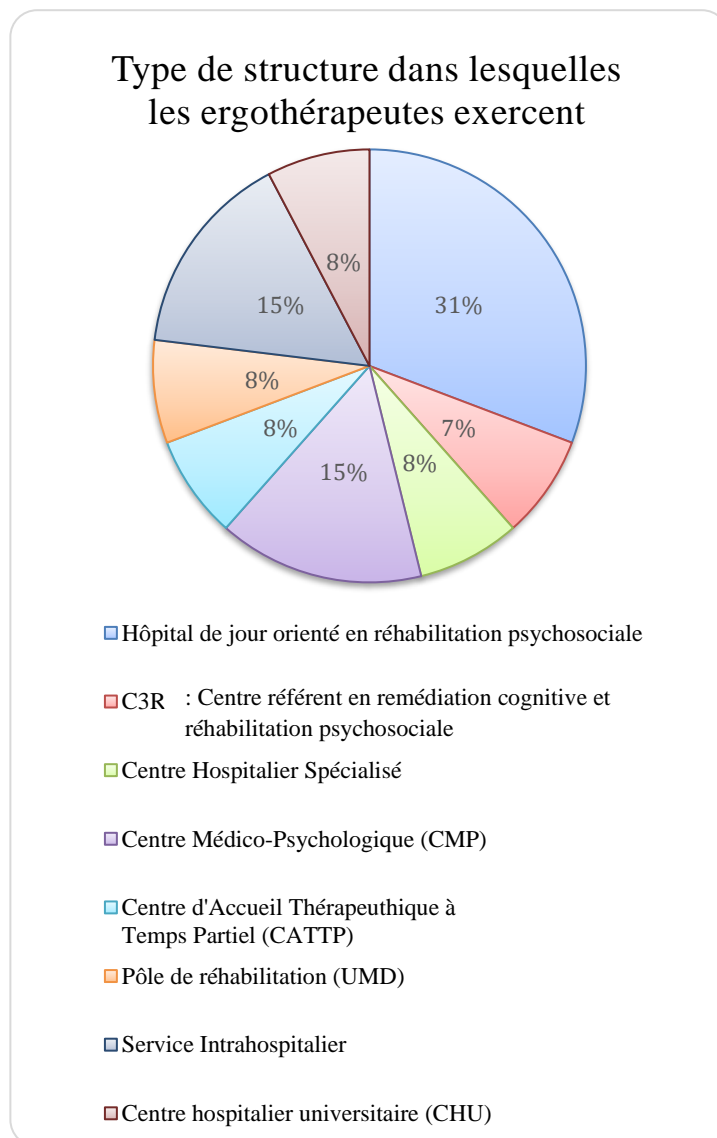


Fig. 3: Structures d'exercice des ergothérapeutes interrogées

La plupart des ergothérapeutes interrogées travaillent sur des structures très diversifiées. Toutes exercent en réhabilitation psychosociale dans des structures spécialisées ou non. Cela pose la question du « est-ce une obligation d'exercer dans une structure orientée vers la réhabilitation psychosociale pour travailler avec cette approche » ? La réponse commune des ergothérapeutes est que non. En revanche, une d'entre elles insiste sur l'importance « d'avoir des moyens assez développés » (EV), afin de pouvoir mettre en œuvre un accompagnement le plus complet vis-à-vis des principes de la réhabilitation psychosociale. (Figure 4)

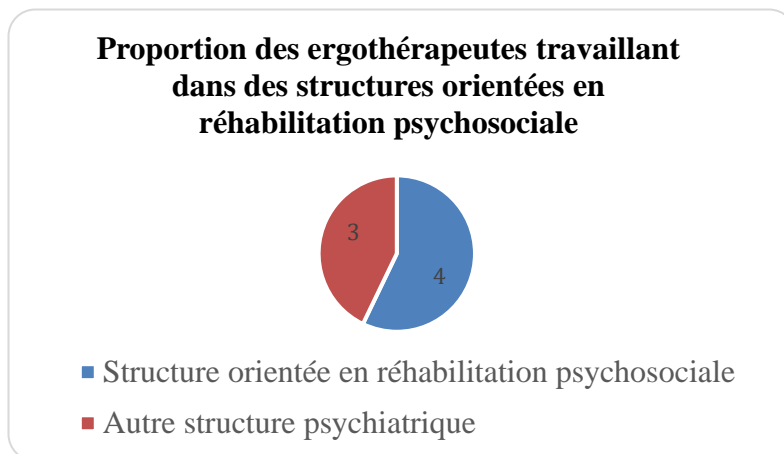


Fig. 4: Répartition des structures de travail des ergothérapeutes interrogées

Il va être indispensable, aux structures souhaitant réaliser des soins en réhabilitation psychosociale, de pouvoir proposer un grand nombre de moyens différents de prise en soin. Effectivement, comme l'explique FRANCK en 2018, il est nécessaire, pour pouvoir offrir des soins individualisés, de détenir un grand choix d'outils et de programmes en réhabilitation psychosociale. En effet, si l'institution ne propose qu'un seul programme, les patients se voient tous pris en soins de façon identique, or comme j'ai déjà pu le constater, en psychiatrie, il existe autant de schizophrénies que de patients en souffrant. Il est alors indispensable de réaliser des projets de soins individualisés et centrés sur les difficultés et compétences des personnes accompagnées.

2. Parcours dans les institutions :

a. Etapes guidant la démarche des ergothérapeutes :

La mise en commun des différentes réponses aux entretiens des ergothérapeutes interrogées, m'a permis de faire émerger des étapes communes par lesquelles le patient passe. Je l'ai représentée sous la forme de la carte mentale présentée ci-dessous (figure 5). Si elle n'est pas représentative de la démarche suivie par **tous** les patients en psychiatrie, elle constitue un support visuel qui facilitera la lecture de cette partie. Elle regroupe les différentes étapes recensées par les ergothérapeutes interrogées, que les patients doivent traverser lors de leur arrivée dans leurs structures respectives.

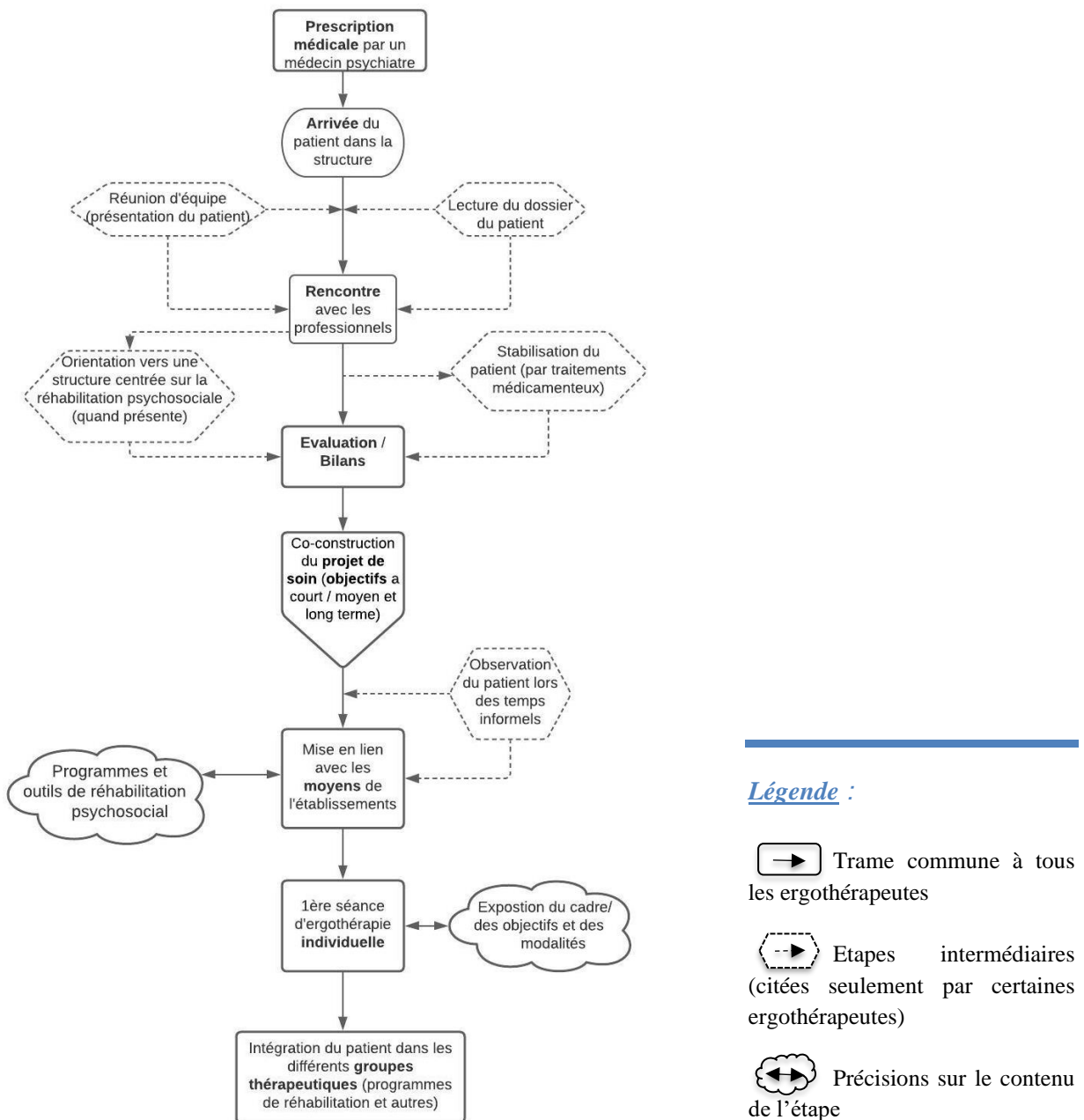


Fig. 5: Carte mentale, du parcours, réalisée à partir des dires des ergothérapeutes

Même si toutes les ergothérapeutes interrogées précisent que leur « démarche peut être totalement différente d'un patient à un autre et cela dépend également d'où ils en sont dans leur vie » (EG), il m'est apparu cependant qu'une trame commune semble tout de même se dessiner. En effet, chaque patient sera adressé par prescription médicale à la structure d'accueil. Dès son arrivée dans la structure, la majorité des ergothérapeutes interrogées ne se réfèrent pas au dossier médical par peur d'arriver « face au patient avec des préjugés » (EF). En revanche, l'ergothérapeute V, ne peut s'en passer, car selon elle, il s'agit du « seul moyen de pouvoir commencer à travailler avec le patient dès la première rencontre ».

Puis, le patient passera par une phase de rencontre informelle ou formelle permettant aux thérapeutes d'appréhender le patient dans sa globalité, mais également « dans sa position par rapport à l'activité » (EP). Les ergothérapeutes vont alors mettre l'accent sur l'observation des réactions du patient en collectivité, de son caractère, de la manifestation de ses symptômes ainsi que de son comportement envers les différents professionnels de santé et les autres patients. Puis, les patients subiront une série de bilans et d'évaluations afin de faire « ressurgir les plaintes » (EB), les capacités, les incapacités et avoir une vision globale et précise de leur quotidien. Cette étape n'est pas réalisée de la même manière en fonction des structures. La majorité des ergothérapeutes interrogées explique réaliser cette étape en collaboration pluriprofessionnelle. Le patient est alors soumis à des bilans spécifiques à l'ergothérapie mais est également questionné et évalué à l'aide d'outils de neuropsychologie ou d'une trame d'entretien prédéfinie par l'équipe infirmière par exemple. En revanche, certaines ergothérapeutes préfèrent séparer cette étape en faisant passer leurs évaluations et bilans « en intimité avec le patient » (EV) puis en font une restitution des résultats lors des réunions d'équipes.

C'est à la suite de ces bilans que des objectifs à court, moyen, et long terme de prises en soins précis vont être discutés et mis en place en collaboration avec le patient, en fonction de ses envies, capacités et de son projet de vie. Le « projet de soin individualisé » (EL) est donc toujours une co-construction.

Ce n'est qu'après ces premières étapes que les ergothérapeutes vont orienter et proposer au patient les différents ateliers, groupes, programmes et outils de réhabilitation psychosociale. Deux des ergothérapeutes interrogées préfèrent, au préalable, proposer des activités au travers d'un groupe ouvert, dont le cadre reste un peu flou, pour permettre au patient de pouvoir partir à tout moment. Par la suite, il prendra des engagements vis-à-vis

des groupes qu'il intégrera au cours de sa prise en soins. La notion d'engagement fut évoquée par toutes les professionnelles interrogées. Elle apparaît nécessaire pour responsabiliser le patient dans ses choix et sa démarche (Il s'agit en soi d'un exercice de réhabilitation psychosociale).

Enfin, les ergothérapeutes vont proposer au patient les moyens à disposition dans la structure pour répondre aux objectifs posés, la prise en soin peut alors commencer. Cinq d'entre elles réalisent alors des prises en charge hybrides se composant de séances individuelles et de séances en groupe, les deux autres, quant à elles, ne proposent que des groupes.

L'engagement du patient dans les ateliers (programmes) se fait en fonction de :

- « La stabilité de sa maladie (de ses symptômes)
- Ses traitements
- Ses souhaits » (EF)

Qu'importe la structure d'accueil du patient où exercent les ergothérapeutes interrogées, on constate que les parcours de soins passent par des étapes communes dont certaines ne peuvent être ignorées et sont primordiales pour guider l'accompagnement comme la rencontre avec le patient et son évaluation. En revanche, il est remarquable que certaines ergothérapeutes préfèrent ne pas regarder le dossier du patient avant son arrivée pour ne pas biaiser leur vision de la personne à cause de la lecture de ses antécédents. Cependant, la Haute Autorité de Santé (2008) tient à rappeler qu'il s'agit d'un « outil de communication, de coordination et d'information entre les acteurs de soins et avec les patients. Il permet de suivre et de comprendre le parcours hospitalier du patient. Il est un élément primordial de la qualité des soins en permettant leur continuité dans le cadre d'une prise en charge pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire ». La lecture du dossier médical est donc une étape obligatoire, qu'elle ait lieu en amont ou après la rencontre avec le patient, selon le choix du thérapeute.

Comme j'ai pu le constater, la prise en soins en réhabilitation psychosociale est centrée sur le rétablissement. Selon FRANCK (2018), plusieurs étapes vont alors devoir être franchies. Dans un premier temps, une « évaluation précoce » va être nécessaire pour prévenir les situations de handicap. Cette étape, par a effectivement été jugée indispensable par toutes les ergothérapeutes interrogées. Elle serait d'une absolue nécessité pour orienter les soins de la personne en mettant en lumière ses difficultés.

Puis, dans le chemin du rétablissement, on va chercher à « compenser les difficultés et « valoriser les compétences » du patient (FRANCK, 2018). Pour cela, il faut se focaliser sur ses réussites (sur ce qu'il peut et arrive à faire). Le thérapeute va donc apporter la notion « d'apprentissage sans erreur », impliquant de ne pas exposer le patient à des obstacles insurmontables (FRANCK, 2018). On met donc le patient face à des exercices qu'il peut réussir, tout ceci favorise son estime de soi et sa volonté à avancer dans sa rééducation. Il ne faut jamais oublier que le traitement se doit d'être « individualisé » (FRANCK, 2018). L'institution, pour permettre cela, doit proposer / offrir un grand panel de moyens d'intervention. En effet, si une structure orientée en réhabilitation ne propose qu'un seul et unique programme par exemple, et bien tous les patients se verront suivre la même rééducation, nous perdrons donc ici le côté holistique de l'accompagnement. Or, il s'agit d'une notion clé de l'ergothérapie. Enfin, FRANCK (2018) insiste sur l'importance de la « collaboration étroite entre tous les acteurs ». Effectivement, en réhabilitation psychosociale, comme soulevé par les professionnelles de terrain, les liens entre les individus d'une même équipe pluridisciplinaire vont entraîner une dynamique dans les prises en soins et permettront, par une communication développée et une coordination entre les membres des équipes, de réaliser des prises en soins aussi complètes et efficaces que possibles.

b. *Parcours de soin :*

Trois des ergothérapeutes expliquent que la réhabilitation psychosociale est faite pour « tous les patients sans exception » (EV/EG/EL). En effet, elle est tout aussi adaptée « pour les patients suivis en psychiatrie, mais aussi pour des patients en neurologie ou autre » (EL). Les patients sont donc pris en charge en réhabilitation psychosociale « dès leur entrée en hospitalisation » (EG), « dès le début de leur suivi » (EL). Les autres ergothérapeutes restent plus mesurées et expliquent qu'il faut dans un premier temps « stabiliser l'état des patients » (EN). Puis, quand celui-ci « commence à avoir un projet de sortie » (EN) c'est là que les « outils de réhabilitation vont entrer en jeu » (EN). Une des ergothérapeutes précise qu'elle n'intervient en réhabilitation psychosociale qu'à la « demande du patient » (EB) et toujours « vis-à-vis de son projet » (EB). Certains patients sont tout de suite redirigés en service de réhabilitation à cause de leur « désadaptation et de leur grand mal à vivre en communauté, à respecter des règles et ceux dont l'avenir est le plus incertain » (EB). L'ergothérapeute F appuie ces propos en expliquant qu'il faut prioriser les patients

« présentant de gros problèmes de vie dans la communauté ». Il s'agirait donc d'une prise en soin « patient dépendante » dont le caractère est « très fluctuant ». L'ergothérapeute P ajoute qu'il faut « parfois beaucoup de temps pour « apprivoiser » le patient et le remettre dans une certaine dynamique ».

Concernant la place du patient dans son projet de soin, une grande majorité des ergothérapeutes interrogées sont d'accord : « Le patient est au centre » (EG/EF/EP/EB/EN), il s'agit là d'une « obligation » (EG), tout « part de lui » (EP). C'est pour cela qu'il est indispensable de « l'écouter dans ses attentes, ses non-désirs et ses refus » (EG) mais également dans « ses demandes » (EL/EN/EP). Afin de le comprendre, il faut prendre le patient « dans sa totalité et sa complexité, dans son environnement et son quotidien » (EG). Tout ceci va passer par les « échanges » (EP) que l'ergothérapeute va pouvoir avoir avec lui, mais également par « l'observation » (EP) de celui-ci.

L'ergothérapeute L évoque une toute autre dimension, en apportant la notion d'un changement de paradigme qui consisterait à casser la vision du patient « en place centrale » mais « autour de la table » avec tous les thérapeutes le prenant en soins. Il se trouverait alors au « même niveau » que le médecin, l'ergothérapeute, l'infirmier... C'est ainsi que tous « travaillent en réseau », afin de tout faire « pour que le patient se réinsère au mieux dans la société ».

Ce travail collaboratif se basera, comme expliqué par toutes les autres ergothérapeutes interrogées sur « les désirs, capacités et attentes » (EL) du patient. Dans cette nouvelle vision de création du projet de soin, c'est au patient de rédiger en collaboration avec l'ergothérapeute ses objectifs, « il va y mettre ses propres mots » (EL). Ce n'est que par la suite que l'équipe soignante lui proposera « les moyens » (EL) qui peuvent être mis en place. Le patient les « validera ou non » (EL).

Tout ceci passe par le développement du « soi conscientisé ». C'est-à-dire « qu'on montre à nos patients qu'on est faillible » (EB) tout comme lui et qu'ils peuvent « posséder des ressources que tout le monde n'a pas » (EL). En finalité, « ce qui compte, c'est qu'eux gagnent en fonctionnement, en qualité de vie et en autonomie » (EL).

En revanche, intégrer de façon « entière le patient dans la création de son projet de soins peut s'avérer être une vraie épreuve » (EV) demandant du temps et du travail. En effet, certains patients, dont la répercussion des symptômes se révèle d'une ampleur considérable, se voient dans l'incapacité de « réfléchir, imaginer ou conscientiser » (EG) la création de ce

projet de soins. Face à une telle situation, l'ergothérapeute F, explique qu'il est alors intéressant « d'entraîner le patient aux compétences sociales ». Ce travail permettra au patient de « se réaliser » et donc « s'ouvrir à de nouvelles perspectives », pouvant mener à un projet de vie et donc en finalité à des objectifs de soins précis pouvant s'inscrire dans un projet de soins « commençant à se définir » (EF).

Il est remarquable que la pensée de l'ergothérapeute N semble aller à l'encontre de toutes les autres. En effet, celle-ci pose la question de la vision du thérapeute qui projette ses envies pour le patient, sur le patient. « Quelle part peut-on donner aux désirs du patient par rapport à ce que nous on estime de sa sécurité et de ses capacités » (EN). Ici, la question se posant est : « Est-ce que le patient est capable ou non d'imaginer un projet de soin cohérent et adapté ? » Il est vrai que pour certains patients, cela peut s'avérer compliqué de par leur « déni » (EN) de la maladie ou encore de leurs « mécanismes de défenses » (EN) pouvant être « très importants » (EN) entraînant une « non-conscience de leurs difficultés et capacités » (EN). Ce juste milieu est donc difficile à trouver. Il s'agit donc de trouver le juste « équilibre entre le désir du patient et ce que nous, on imagine pour lui » (EN). Selon elle, c'est « là, toute la complexité » (EN).

Les ergothérapeutes G et B exposent la difficulté qu'elles rencontrent à impliquer le patient dans son parcours de soin à cause de leur lieu d'exercice Il leur faut parvenir à « composer » entre leur vision et celles des structures dans lesquelles elles exercent. En effet, le contexte des hospitalisations sous contraintes ainsi que la différence de vision des professionnels avec celle de la structure amènent de nouvelles contraintes et complexifie les démarches.

Toutes les ergothérapeutes interrogées semblent s'accorder pour dire que « notre position d'ergothérapeute nous facilite cette tâche » même si cette dynamique « n'est pas encore intégrée malgré une bonne volonté et prise de conscience ». L'importance de « centrer la prise en charge sur le patient » est indispensable. Mais actuellement, « on est encore loin de l'accompagnement partant du patient vers le patient et avec le patient ».

La vision des ergothérapeutes présentée explique que la réhabilitation psychosociale semble tendre à se développer et sortir du cercle de la psychiatrie. Or, comme j'ai déjà pu le constater au travers des diverses définitions de celle-ci, elle concernerait aujourd'hui les personnes présentant des troubles mentaux sévères. En revanche, cette approche étant encore à ce jour en plein développement, il serait

possible d'imaginer qu'elle puisse se tourner vers d'autres populations telles que celles atteintes de troubles neurologiques.

Ici, certains des principes clés de la réhabilitation psychosociale ont été cités par les professionnelles, comme la notion de choix : il faut écouter le patient dans ses envies et non-envies, et recentrer la situation autour de l'accomplissement des activités de vie quotidienne et le contexte de vie de la personne. De plus, un des objectifs majeurs reste la conscientisation par le patient de ses difficultés, mais également de ses capacités résiduelles.

Comme le précisent FORMARIER (2007) et les ergothérapeutes interrogées, le contexte d'hospitalisation va avoir un rôle important. La réhabilitation est dans le meilleur des cas réalisée en structure extrahospitalière ou dans des centres spécifiques afin de placer le patient dans le climat le plus propice à son rétablissement.

Par ailleurs, la vision holistique de l'ergothérapie semble être un atout majeur dans cette démarche. Effectivement, comme vu précédemment l'ergothérapie est une pratique holistique plaçant le patient au centre de sa prise en soins, elle va être axée « sur le client et soucieuse de promouvoir la santé et le bien-être par l'occupation. Son but premier est de permettre aux gens de participer aux activités de la vie quotidienne ». Elle a donc bien sa place dans l'accompagnement des personnes psychotiques pour leur réhabilitation psychosociale (World Federation of Occupational Therapists, 2012).

3. La réhabilitation psychosociale : Définition et importance

Au détour des différents entretiens, j'ai pu me rendre compte que la définition voire la qualification de la réhabilitation psychosociale n'était pas la même pour toutes les interrogées. En effet, certains la qualifient de « processus visant le rétablissement » (EV) par un accompagnement vers la « conscientisation » (EV) des capacités et incapacités. D'autres vont plus loin en la qualifiant d'« approche de soin » (EF), de « dynamique » (EP) ou encore de « philosophie de soin » (EL). En revanche, toutes les ergothérapeutes s'accordent à dire qu'il s'agit d'accompagner la personne vers SON propre idéal de vie et non vers l'idéal que veut nous indiquer la société. C'est pourquoi il est essentiel de se focaliser sur les « désirs du patient » pour lui permettre d'avoir « un niveau de vie satisfaisant par rapport à ce qu'il attend », « pour lui » (EB).

Afin de définir la réhabilitation psychosociale, plusieurs verbes d'action ont été employés. Ainsi, les ergothérapeutes expliquent qu'il s'agit d'« aider » (EL) les patients, de

« rendre possible » (EB), de « permettre » (EL) la réinsertion sociale. Nous restons ici dans la notion d'accompagnement, c'est pourquoi le rôle de l'ergothérapeute est de donner et de travailler les différentes clés afin de se réinsérer, cependant c'est au patient de réaliser et concrétiser son projet.

Deux des ergothérapeutes interrogées (EB/EL) possèdent une vision commune qui s'articule en deux mouvements : La réhabilitation psychosociale serait d'« aider la personne à s'insérer/s'adapter à la société » (EB/EL) en agissant sur « ses problématiques telles que les troubles cognitifs et la symptomatologie négative » (EL), mais également « permettre/adapter la société à la personne ». Ceci en luttant contre la stigmatisation du handicap psychique. Il s'agit donc d'un « jeu à double sens » (EL) : la société se doit de lutter contre ses préjugés à l'encontre des personnes souffrant de schizophrénie, mais les patients se doivent d'en apprendre les règles afin de pouvoir s'y intégrer. Pour cela, les ergothérapeutes prônent l'importance de parler, d'échanger sur les véritables aspects de la schizophrénie. Il faut expliquer que « ce n'est pas parce que la personne souffre de schizophrénie qu'elle fera un passage à l'acte hétéroagressif dans la population » (EL). Il y a aujourd'hui un grand besoin « de casser les fausses croyances » (EL) de la population envers ces pathologies qui aujourd'hui inspirent « la crainte et la méfiance » (EL). De plus, selon l'ergothérapeute L, « lutter contre cette déstigmatisation fait partie de notre rôle d'ergothérapeute ».

Le terme rétablissement fut employé par trois ergothérapeutes. Elles expliquent qu'il est important de rétablir les patients en tenant compte de « leur quotidien et de leur environnement » (EF), dans le but de leur permettre de retrouver un niveau de vie satisfaisant, selon leurs propres critères de jugement. L'ergothérapeute V ajoute, quant à elle, la notion d'« empowerment » de la personne. Selon DAUMERIE (2011), l'empowerment « fait référence au niveau de choix, de décision, d'influence et de contrôle que les usagers des services de santé mentale peuvent exercer sur les événements de leur vie. (...) La clé de l'empowerment se trouve dans la transformation des rapports de force et des relations de pouvoir entre les individus, les groupes, les services et les gouvernements ». L'ergothérapeute L va plus loin en expliquant que la notion de rétablissement est « paradoxale ». En effet, selon elle « on se rétablit le premier jour où on tombe malade » : « Vous apprenez que vous êtes malade, vous passez par différentes phases et donc évoluez dans votre rétablissement » (EL).

Toutes les ergothérapeutes interrogées (travaillant ou non en structure orientée en réhabilitation), s'accordent à dire que la réhabilitation psychosociale est essentielle et centrale dans leur pratique et dans leur vision de professionnelle. Une d'entre elles va plus loin en précisant qu'elle représente « l'essence » (EB) même de leur pratique. C'est une évidence « vis-à-vis du sens que peut prendre la réhabilitation en ergothérapie » (EP). En effet, elle consiste à prendre la personne dans son entièreté, ce qui se rapporte parfaitement à la vision holistique de l'ergothérapie. L'ergothérapeute N, ajoute qu'en ergothérapie « on se centre sur la personne, on parle de ses désirs, de ses objectifs, de ses compétences et de ce qu'il souhaite faire ». L'ergothérapeute G, la rejoint en expliquant que cette approche est « inhérente à sa pratique ». Selon les interrogées, l'ergothérapeute aurait aussi pour rôle de « guider » la personne « dans le chemin qu'elle a choisi d'emprunter ». Il est alors important de « ne pas se limiter aux contraintes institutionnelles ou aux symptômes psychotiques et accompagner le patient dans son projet personnel » (EG).

L'ergothérapeute P, insiste sur le fait de prendre en compte l'environnement et le quotidien de la personne. Nous devons nous mettre « en lien avec les patients pour comprendre s'ils ont conscience ou non de leurs difficultés, pour les conseiller sur des stratégies, pour compenser leurs difficultés et surtout travailler sur leurs capacités préservées ». Tout cela en travaillant en étroite collaboration avec les familles.

Au travers des différentes définitions, nous pouvons nous rendre compte que la notion de réhabilitation psychosociale s'accompagne de la notion de finalité, d'« aboutissement », de « concrétisation du projet de soins » (EP), se manifestant par l'inclusion de la personne dans la société.

La définition de la réhabilitation psychosociale semble encore floue au vu des réponses obtenues. Les ergothérapeutes B et L possèdent une vision commune de cette approche, pouvant peut-être s'expliquer par le fait que toutes les deux travaillent ou ont travaillé auprès d'un même psychiatre qui, actuellement, est une référence pour le développement de la réhabilitation en France. Par ailleurs, leur vision s'accorde en tout point avec la définition de l'insertion sociale de VIDON (1995), qui « sous-entend une double réciprocité de la part de la société d'accueil et de l'individu en processus d'insertion ». L'individu devra donc apprendre les règles de fonctionnement de la société qu'il souhaite intégrer. Celle-ci devra mettre en place des dispositifs permettant

une réinsertion facilitée tels que : la création de structures extrahospitalières (CATTP¹, HDJ², CMP³ par exemple), la facilitation de l'accès au logement (foyer, appartement thérapeutique etc...), la création d'associations (exemple : le Groupe d'Entraide Mutuelle). Toutes ces structures vont offrir aux patients l'opportunité d'accéder à des lieux présentant un cadre rassurant, favorisant le partage, l'entraide, les échanges et les loisirs. Des ergothérapeutes travaillent dans ces mêmes structures afin de favoriser le passage de la vie intra-hospitalière à celle dans la société.

Les ergothérapeutes ont amené les notions d'empowerment et de rétablissement qui sont souvent confrontées dans la littérature. C'est pourquoi il semble pertinent de s'y intéresser afin de bien les différencier. L'empowerment, selon ANTHONY (cité par DUBOC en 2018) est un processus qui va « désigner la succession d'étapes par lesquelles un individu ou une collectivité s'approprie le pouvoir et la capacité d'exercer celui-ci de façon autonome ». Le rétablissement, quant à lui, est « une démarche personnelle et unique visant à changer l'attitude, les valeurs, les sentiments, les objectifs, les capacités et les rôles de chacun. C'est la façon de vivre une vie satisfaisante et utile où l'espoir a sa place malgré les limites imposées par les problèmes de santé. Pour aller mieux, il s'agit de donner un nouveau sens à sa vie et passer outre aux effets dévastateurs des problématiques de santé mentale ». J'ai pu constater que, contrairement à ce que l'on trouve dans la littérature, à savoir qu'il s'agit de deux processus complexes par lesquels le patient va progresser, certaines ergothérapeutes, elles, les assimilent à des états dans lesquels le patient se trouverait à un moment donné.

Selon FRANCK (2013), le rétablissement est à distinguer de l'aspect clinique de la guérison. Il s'agit d'un processus personnel « dynamique, non-linéaire, pouvant comprendre des périodes de stagnation, voire de retour en arrière » (BRALET, 2017). Le rétablissement serait une démarche active, propre à l'individu, malgré la maladie. ANDRESEN (2003), le décrit en une succession de cinq stades : le stade moratoire, de conscience, de préparation, de reconstruction et de croissance (voir annexe VI). FAROD en 2015, fait le lien entre ces stades et les outils de réhabilitation pour aider les professionnels à accompagner les patients dans ce processus (Annexe VII).

¹ CATTP: Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel

² HDJ: Hôpital De Jour

³ CMP : Centre Médico-psychologique

Les visions des professionnelles de terrain et de la littérature ne sont pas entièrement en accord. Peut-être s'agit-il de la démonstration de l'appropriation incomplète de ces notions émergentes en psychiatrie ?

4. Moyens pour l'accompagnement des patients souffrant de schizophrénie :

a. Pluridisciplinarité

Une majorité des ergothérapeutes interrogées ont exposé l'importance du travail en équipe, que ce soit dans la prise en soin en psychiatrie ou encore au sein de la démarche en réhabilitation psychosociale.

Par ce graphique (figure 6), je montre les différents professionnels évoqués spontanément ainsi que le nombre d'ergothérapeutes qui les ont cités :

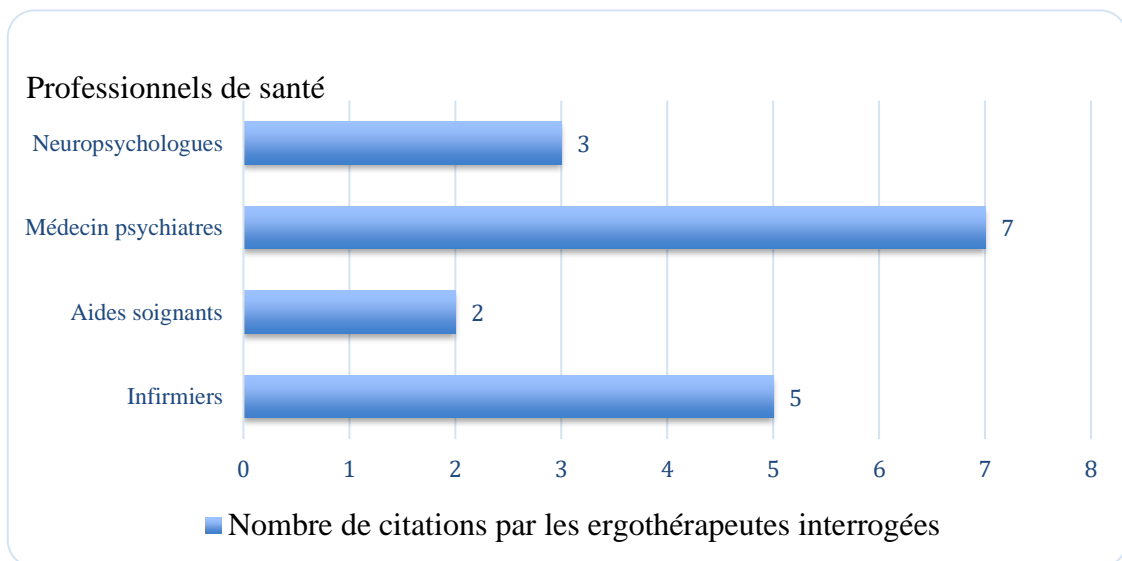


Fig. 6: Proportion des citations des professionnels composant les équipes pluridisciplinaires

Ce graphique montre que tous les ergothérapeutes ont cité les médecins psychiatres. En effet, les prises en soins en ergothérapie doivent être prescrites par un médecin. Dans cette étude, toutes les ergothérapeutes interrogées travaillaient en santé mentale, les prescriptions émanent donc logiquement de médecins psychiatres. Une grande majorité d'entre elles travaillent en étroite collaboration avec les équipes infirmières de leurs établissements, celles-ci coanimant des groupes avec les ergothérapeutes par exemple. D'autres professions médicales ont également pu être citées telle que les aides-soignants et les neuropsychologues. Il est intéressant de noter qu'une des ergothérapeutes (EB) a même réalisé un partenariat avec un « laboratoire de fabrication » (EB) permettant la réalisation et la concrétisation de différents projets.

Pour un grand nombre des ergothérapeutes interrogées ce travail en pluridisciplinarité est « indissociable » des principes fondateurs de la réhabilitation psychosociale. Il faut que tous les acteurs de la santé travaillant auprès du patient soient engagés dans un « projet de soin commun autour et avec le patient ».

L'analyse des résultats me permet de montrer que la réhabilitation psychosociale est un « champ professionnel vaste qui réunit et nécessite de nombreux corps de métiers. Il se caractérise notamment par un travail mené au sein d'équipes pluridisciplinaires avec pour principe central d'intervention, d'accompagner l'utilisateur sur le chemin de son rétablissement » (Centre ressource de réhabilitation psychosociale et remédiation cognitive, 2021). Il s'articule entre le travail partenarial d'une même équipe idéalement multidisciplinaire, et la collaboration active de ses intervenants dans les projets de soins des patients. En effet, cette pluridisciplinarité permet la multiplication des points de vue pour un accompagnement global et complet de la personne. Chacun y apporte la particularité et les compétences de sa profession. On peut imaginer que c'est pour toutes ces raisons que les groupes instaurés, par exemple en réentraînement aux habiletés sociales, sont souvent animés par deux professionnels, souvent issus de deux professions différentes. Cela favorise le partage d'expériences et de compétences en lien avec l'accompagnement des patients. Selon l'ANAP (Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux, 2019), « la réhabilitation psychosociale repose sur la pluridisciplinarité ». Cette approche pluriprofessionnelle nécessite « des compétences encore peu nombreuses dans les institutions de santé mentale (sanitaires et médico-sociales) : neuropsychologues, ergothérapeutes, orthophonistes ». Cette mixité des compétences « permet en plus d'enrichir la culture, les connaissances et compétences des professionnels ».

b. *Formations complémentaires à la formation initiale en ergothérapie :*

Le tableau I qui suit retrace toutes les formations complémentaires réalisées par les ergothérapeutes interrogées, afin de pouvoir offrir aux patients un grand panel de médiations et programmes venant enrichir la « trousse à outils » (EV) des professionnels ainsi que leur pratique.

Ergothérapeutes interrogées	Formations complémentaires réalisées
EL	<ul style="list-style-type: none"> - La CRT : Cognitive Remediation Therapy (programme de remédiation cognitive pour les enfants) - L'IPT : Integrated Psychological Treatment (programme de remédiation cognitive et d'entraînement des compétences sociales. - Diplôme universitaire en remédiation cognitive. - Diplôme universitaire sur le traumatisme crânien - Tomremed (théorie de l'esprit) - L'EMC : Entraînement Métacognitif - PEPS : Programme Emotions Positives pour la Schizophrénie
EN	<ul style="list-style-type: none"> - Formations en interne qui sont paramédicales - Formation ANFE sur les outils d'évaluation spécifique en psychiatrie
EB	<ul style="list-style-type: none"> - Formations liées à des activités (photos, art du cirque) - Formation en réhabilitation psychosociale
EF	<ul style="list-style-type: none"> - Relaxation - IPT : Integrated Psychological Treatment - Prise en charge précoce - Case management - Formation de formateur - Deux modules des formations en autisme de l'ANFE⁴ - Formation en réhabilitation psychosociale de l'ANFE
EV	<ul style="list-style-type: none"> - Deux Diplômes Universitaires (un en remédiation cognitive et un en Neuropsychologie clinique) - Formation de 40h en Education thérapeutique du patient - Formatrice d'ELADEB : Auto-évaluation des difficultés et des besoins
EP	<ul style="list-style-type: none"> - Formation en réhabilitation psychosociale - Formation en ETP : Education Thérapeutique du Patient

⁴ ANFE : Association Nationale Française des ergothérapeutes

	<ul style="list-style-type: none"> - Formations spécifiques à certaines psychopathologies organisées par le Centre Hospitalier Universitaire - Formation à la Manutention
EG	<ul style="list-style-type: none"> - Musicothérapie passive - Théâtre et thérapie - Marionnette et thérapie - Formations en intra-hospitalier sur les pathologies - Formée à la réorganisation neuro-fonctionnelle - Module Snoezelen - Réhabilitation psycho-sociale

Tab.I : Formations complémentaires réalisées par les ergothérapeutes interrogées

Les réponses recueillies pendant cette enquête, m'ont permis de me rendre compte que la question de la formation était importante pour les ergothérapeutes. Ces formations peuvent être imposées et organisées par les établissements de santé, ou être motivées par le désir et l'intérêt particulier porté à une pratique spécifique dans un domaine par le professionnel (telle que la formation en réhabilitation psychosociale dispensée par l'ANFE : Association Nationale Française des Ergothérapeutes).

Dans cette étude, les ergothérapeutes interrogées se sont formées à diverses pratiques telles que :

- **L'évaluation par la passation de mises en situation écologiques** : le principe est de plonger le patient dans des situations les plus proches possibles des situations de vie réellement rencontrées. Elles permettent l'évaluation de ses capacités au sein de ses activités de vie quotidienne, qu'elles soient fonctionnelles ou cognitives.
- **La réhabilitation psychosociale** : cette formation permet d'en appréhender tous les aspects et la portée, mais également d'être formé à l'utilisation de ses divers outils spécifiques. Certaines des ergothérapeutes m'ont expliqué ne pas se sentir capable d'utiliser de tels outils sans formation spécifique préalable.
- **Une grande diversité de médiations** afin, sans doute, d'offrir à leur patientèle un panel conséquent de moyens d'intervention. Il est important de proposer des ateliers/moyens plaisants pour que les patients intègrent et adhèrent réellement à ce qui leur est proposé. La notion de choix entre ici en jeu : plus le patient aura de possibilités, plus il se sentira libre, car les activités ne lui seront pas imposées.

De plus, certaines médiations peuvent avoir plus ou moins de sens pour les patients et donc induire plus ou moins de réactions. Aussi, il est donc important de pouvoir leur en proposer une grande diversité.

- **Des diplômes universitaires (pour deux des ergothérapeutes) : ces formations sont plus poussées et mènent à développer un raisonnement étayé et à acquérir des compétences très développées dans un domaine précis.**

c. Programmes et outils en réhabilitation psychosociale

Selon les dires des ergothérapeutes interrogées, les équipes pluridisciplinaires travaillant auprès de la population schizophrénique prend conscience de l'importance de travailler la communication non-verbale. En effet, « tout ce qui est gestuel, émotionnel, expressions au niveau du visage et tout ce qui passe par la communication non-verbale » (EG) est intégré dans les prises en soins.

En revanche, il existe d'ores et déjà des programmes en réhabilitation psychosociale, des « modules pour travailler le non-verbal » (EL), que ce soit en « axe de remédiation, d'entraînement aux habiletés sociales ou en ETP » (EP). Les ergothérapeutes passent donc beaucoup par « des mises en situations, des jeux de rôles ou bien même des mimes ». L'ergothérapeute V explique que si à l'heure actuelle aucun programme n'est axé exclusivement sur cette notion, cette possibilité pourrait tout de même s'envisager et qu'il y aurait « certainement de très bons retours et résultats, surtout dans le cadre de la problématique de morcellement ».

Mais quel serait le but de mettre en place un tel programme ? Selon l'ergothérapeute L, « c'est ce qui va permettre aux personnes de s'insérer dans la société », car l'intégration au sein de groupes sera plus aisée. Cela permettrait également de « travailler sur la coercivité et sur l'estime de soi » puisque lorsqu'un patient va intégrer un groupe, il va lui être indispensable de « comprendre les interactions sociales, en comprenant ce qui se joue, sans se sentir persécuté ». Cette ergothérapeute précise tout de même se baser sur des programmes existants en les modifiant en fonction des objectifs et besoins » (EL). La question des programmes et outils utilisés en réhabilitation psychosociale a été posée. Dans le graphique ci-dessous j'ai présenté les différents outils et programmes que les ergothérapeutes interrogées disent utiliser.

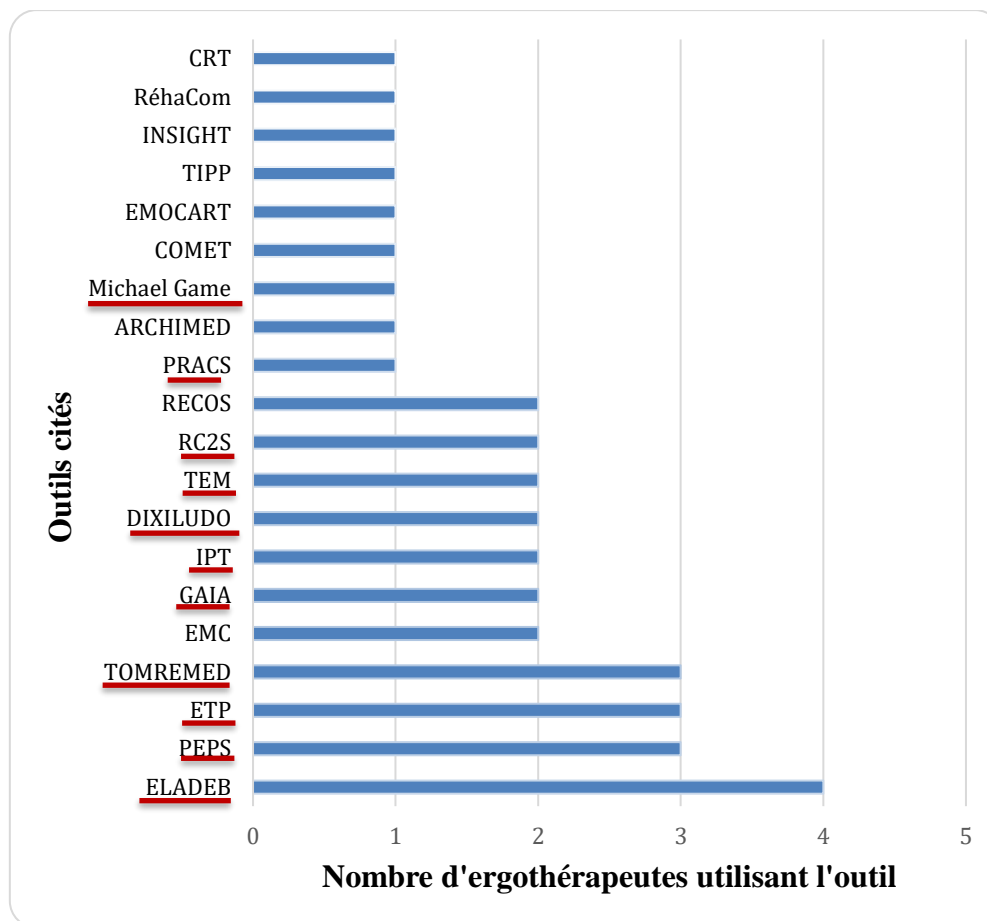


Figure 7: Outils cités et utilisés par les ergothérapeutes interrogées

On constate l'utilisation d'outils et programmes que l'on peut subdiviser en deux catégories : les outils d'évaluation et les programmes de réhabilitation psychosociale (Annexe VIII).

Aujourd'hui, il n'existe que très peu de programmes de réhabilitation psychosociale centrés sur la notion de communication. Parmi tous ceux cités, seul le programme Global Activation of Intention and Action (GAIA) est centré sur la communication non-verbale par le biais de la reconnaissance des émotions. Sur le graphique présenté ci-dessus, les outils soulignés en rouge sont ceux abordant d'une quelconque manière que ce soit la notion de communication. En revanche, il est remarquable qu'un grand nombre d'entre eux présentent des « modules » travaillant les compétences en communication non-verbale. Tous ces programmes semblent présenter un but commun : faciliter l'insertion et la réhabilitation de la personne dans son environnement social, en favorisant les interrelations.

Concernant les outils utilisés en remédiation cognitive, FRANCK en 2018 précise qu'ils possèdent tous des points communs : ils permettent « d'améliorer les

compétences cognitives, ils s'inscrivent dans une temporalité et durent de quelques semaines à quelques mois, à raison d'une à deux séances par semaine ». En revanche, il insiste sur le fait que les programmes en réhabilitation se composent d'une multitude de modules, il faut alors, pour créer un projet de soin personnalisé, cibler spécifiquement ceux pouvant venir en aide au patient.

Il est très important de garder à l'esprit que la personne ne se définit pas par sa maladie. Il n'y aura donc pas de programmes spécifiques pour traiter un patient souffrant de schizophrénie adulte par exemple. On va évaluer les besoins de la personne et tout ce qui va lui être utile à la mise en place de son projet personnel pour choisir les outils adéquats à déployer.

5. Accompagnement en ergothérapie vers la communication non-verbale :

Ce travail de recherche est centré sur la communication non-verbale. Il a donc été demandé aux ergothérapeutes de donner leur point de vue quant à sa place dans l'accompagnement en ergothérapie.

a. Communication non-verbale, personne souffrant de schizophrénie et ergothérapie :

Selon les ergothérapeutes interrogées, le travail de cette dimension de la communication est « essentiel » (EG/EF/EB), car elle est « inhérente à toute pratique en psychiatrie » (EN) et « très importante » (EV) au sein de l'accompagnement de cette population. L'ergothérapeute B précise même que celle-ci occupe une « grande place analytique pour les soignants ».

Du point de vue du patient, la communication non-verbale va « livrer ce que les autres souhaitent exprimer et la différence avec ce qu'eux vont percevoir des autres » (EL). De plus, certains patients ont un « émoussement affectif tel » (EL) qu'il est très « compliqué de les lire et de voir ce qu'ils peuvent vivre » (EL) et ça ne veut en aucun cas dire qu'ils « ne ressentent rien, bien au contraire » (EL). D'autres, ne vont pas « oser dire » (EG), exprimer des difficultés dans la façon de percevoir ce que l'autre veut leur faire passer. Cependant, selon l'ergothérapeute G, les personnes souffrant de schizophrénie auraient « toujours un minimum d'intégration de la loi sociale » (EG), dans le sens où la personne est en mesure de verbaliser qu'elle ressent des choses. Certes, « ce n'est peut-être pas conscient ni analysé » (EG), mais elle se pose la question du « Qu'est-ce qu'attend l'autre de moi ? » (EG). Elle ajoute que le « patient se pose souvent en miroir de l'autre » (EG).

L'ergothérapeute B, précise tout de même que la communication non-verbale est « utilisée énormément de façon instinctive », instinct que les patients psychotiques ne perdent pas même si « leur posture est souvent particulière, au vu de leur problématique d'intégration du corps ».

La communication non-verbale va « permettre au patient de favoriser son entrée en relation » (EP). Or, l'entrée en relation est une de leur « difficulté principale » (EP), il est donc indispensable de venir travailler autour de ces objectifs. L'ergothérapeute va alors passer par « la médiation, par l'activité pour permettre et favoriser la communication et donc l'entrée en relation » explique l'ergothérapeute P. L'ergothérapeute V, rejoint cette idée en exposant l'importance « de travailler sur la cognition sociale qui entrave ou qui permet de faire des pieds dans la communication non-verbale ».

La personne souffrant de schizophrénie rencontre diverses difficultés face à la communication non-verbale. En effet, il y a souvent une « mésinterprétation » (EL) des signaux envoyés par l'autre. Tout ceci, est dû au fait qu'ils présentent des problèmes « d'attention sélective » diminuant leur « pattern de recherche » comme l'évoque l'ergothérapeute B. Ceci implique la difficulté de « voir les détails pertinents qui les aideraient « à interpréter ce qu'ils voient » (EL). C'est ainsi qu'ils « ont tendance à sauter aux conclusions » (EL). Sans compter qu'il peut aussi « être difficile de regarder l'autre » et donc d'aller chercher différentes informations essentielles à la compréhension des situations rencontrées. Par ailleurs, ils ne vont pas « mobiliser tout ce qui est à leur disposition pour comprendre ce qui se joue devant eux » et vont « s'attacher au message verbal » (EL).

Il est donc d'une grande importance de travailler ces notions en ergothérapie. Les ergothérapeutes vont alors accentuer leurs prises en soins sur :

- « L'expressivité de leurs propres émotions pour essayer de mieux ressentir les choses » (EN).
- La difficulté à « s'exprimer sur leur mal » (EB). Au fur et à mesure « on exprime de moins en moins et on rentre dans un « cercle destructeur » (EV) (c'est ce qu'il faut éviter).
- Les émotions positives « en exagérant les émotions que l'on ressent » (EP).
- La « sur l'estimation du futur » (EL) que certains patients « n'arrivent pas à avoir » (EL).
- La corrélation entre « ce que le patient va dire et ce que va dire leurs yeux, leur position de retrait, leur croisement de jambes ou pas, les regards fuyants, les

attitudes d'écoute » (EG). Tout ceci, va venir « valider/guider la communication non-verbale qui va invalider ou en tout cas remettre en question » (EL) son discours.

Il faut donc accompagner le patient vers cette conscientisation, à la « prise en compte », de sa communication non-verbale, par le biais d'échanges où on vient pointer du doigt notre propre incertitude en tant que soignant. Par exemple : « Vous avez formulé une idée, mais ce que je vois de votre corps et de votre attitude me fait penser que ça n'est pas la même idée au travers de ce que vous semblez retranscrire physiquement et sensitivement » (EG). Il est intéressant de leur expliquer qu'ils ont « le droit d'exprimer ce que leur corps a envie de leur dire » (EF), et qu'il « n'est jamais exclu que ce soit l'autre qui interprète mal » (EF) ce qu'il cherche à transmettre (ses intentions).

Les personnes souffrant de schizophrénie ont des difficultés à utiliser, reconnaître et interpréter la communication non-verbale. En effet, du fait d'une attention sélective et d'une tendance à sauter aux conclusions trop vite, ils n'arrivent pas à se saisir de toutes les informations nécessaires à la bonne compréhension d'une situation. Leur réponse est donc souvent inadéquate. Pour pallier ces difficultés, l'ergothérapeute va aider le patient à développer des compétences de communications verbales et corporelles qui soient en adéquation, mais aussi à les reconnaître chez autrui. La finalité est de leur éviter les situations de mésinterprétation entre eux et les autres. Ce travail semble, d'après les résultats de cette enquête, essentiel dans l'accompagnement en ergothérapie de cette population.

La question de la reconnaissance et de l'expression des émotions a été relevée par les ergothérapeutes. Il est vrai que l'émoussement affectif fait partie de la symptomatologie de la schizophrénie. En effet, il a été démontré que percevoir l'affect sur le visage des autres est une compétence fondamentale qui est déficiente dans la schizophrénie et peut contribuer au mauvais fonctionnement interpersonnel et social des patients. En général, les personnes atteintes de schizophrénie sont moins expressives dans des situations sociales. C'est pour cela que les ergothérapeutes viennent travailler cette notion à l'aide de supports multiples tels que des photos, des images, des films, pour que les patients puissent identifier et imiter les émotions. Ces difficultés ont été étudiées par BEDIU et al. (2005) qui expliquent que « chez les patients atteints de schizophrénie, le déficit de traitement des affections faciales est spécifique aux émotions (tristesse et colère) ». Ce mauvais traitement des informations peut être la conséquence « d'un traitement contextuel altéré, d'un déficit attentionnel

sélectif ou d'une altération du traitement global-local, probablement lié à des dysfonctionnements cérébraux » (BEDIOU et al., 2005).

b. *Travail et conscientisation de la communication :*

Quatre des ergothérapeutes interrogées (EG/EN/EP/EB) se montrent très catégoriques et disent que « non, les patients souffrant de schizophrénie n'ont pas conscience de leur communication ni de ce qu'ils renvoient », les trois autres (EL/EF/EV), plus mesurées, disent que c'est le cas de la majorité, mais pas de tous les patients. Pour faire prendre conscience aux patients souffrant de schizophrénie de leur propre communication non-verbale, de ce qu'ils renvoient aux autres, les ergothérapeutes ont trouvé diverses solutions :

Toutes passent par une étape d'échanges avec le patient : moyen pour lui, de verbaliser ses difficultés et aprioris, ou bien au contraire, de rester enfermé dans une « pensée anosognosique » qui l'empêche de prendre du recul sur son vécu.

L'ergothérapeute N, quant à elle, a mis en place un groupe centré sur cette difficulté qu'elle a nommé : « Qu'est-ce que notre attitude corporelle peut induire comme communication aux autres » ? Ainsi, afin de débiter cet accompagnement, le groupe commence toujours par répondre à la question suivante : « Quelle attitude va avoir une personne qui refuse de vous parler ? ». C'est au fur et à mesure de son expérience qu'elle a pu se rendre compte qu'aucune attitude corporelle n'était jamais citée dans les différentes réponses des patients. Par ce constat, elle explique « que l'attitude corporelle n'est pas en lien avec la communication pour les patients ». Et que s'ils n'ont pas conscience de ce qu'ils dégagent ça nous renvoie énormément de choses. »

L'ergothérapeute V, passe également par les groupes pour travailler la communication non-verbale. Ainsi plusieurs activités sont proposées, telles que des mimes afin également de « travailler la cognition sociale » et par ce biais, rentrer dans « un entraînement aux habiletés sociales ». Elle explique que « tout ce qui est dans la communication rentre dans la cognition sociale » pour en finalité être utilisé par les patients dans « leur autonomie, gestuelle et donc dans leur quotidien ». L'ergothérapeute L, rejoint cette démarche en rajoutant une étape consistant à expliquer au patient, au cours d'une séance d'ETP (éducation thérapeutique du patient), les cinq composantes de la cognition sociale : « Le tacite d'attribution, la théorie de l'esprit, la reconnaissance des expressions faciales, le contexte et les connaissances/perceptions sociales ».

L'ergothérapeute P, elle, va « beaucoup travailler sur les émotions », sur « ce qu'eux peuvent renvoyer à l'autre » et enfin sur « les interprétations qu'ils peuvent avoir » sur les situations rencontrées pour combler ce déficit.

Malgré la difficulté des patients souffrant de schizophrénie, à se rendre compte de leur propre communication, il leur est tout de même possible de verbaliser leur différence avec les autres « quand on leur fait la remarque » (EB). Ce n'est qu'après cette prise de conscience que le « travail d'adaptation commence » (EB).

L'intérêt final de cette phase est que les patients « comprennent mieux les interactions sociales » (EG), pour qu'ils « perçoivent plus de choses », qu'ils travaillent sur la « conscientisation de ce qu'ils renvoient ». Le fait qu'ils puissent déjà se rendre compte de cette difficulté est déjà « un grand pas vers la réinsertion » (EL). Cependant, la prudence est de mise pour les thérapeutes, car « avoir conscience de ses difficultés peut aussi entraîner « une perte de confiance en soi, de son estime de soi » (EG), créant alors un « cercle vicieux » (EG) : le patient va alors éviter la difficulté en communiquant de moins et moins, se renfermer sur lui-même et donc s'exclure totalement par peur « d'avoir des problèmes » (EV). C'est d'ailleurs pour ces raisons, qu'il est impératif d'obtenir avant « l'apaisement de la souffrance psychique, des hallucinations et du délire » (EL).

La conscientisation de la communication non-verbale par les personnes atteintes de schizophrénie va revêtir plusieurs aspects. Elle sera réalisée en plusieurs temps, menant le patient à comprendre et identifier cette dimension de la communication non seulement chez lui, mais également chez l'autre. Effectivement, le but de la communication est la mise en relation avec l'autre, ce qui, souvent, va définir le lien qui va se créer entre deux individus. Ainsi, par exemple, une approche calme inspire la confiance, tandis qu'une approche brutale, inspire plutôt la méfiance.

Ce travail apportera au patient de nouvelles capacités et compétences afin de rentrer en relation et échanger avec autrui. L'ergothérapeute le mènera donc vers cette conscientisation en lui renvoyant ce que lui-même renvoie aux autres par sa communication. Le forçant à élaborer et verbaliser ses ressentis et impressions. L'éducation thérapeutique semble être un outil intéressant pour travailler la notion de cognition sociale. Cette notion se définit comme « la faculté de comprendre soi-même et autrui dans le monde social, elle est une composante importante, de par son rôle

central dans le fonctionnement social, professionnel et interpersonnel » selon PEYROUX et al. en 2013.

La notion de cognition sociale peut également être mise en lien avec certains symptômes de la schizophrénie et particulièrement avec les troubles cognitifs qui sont très présents et ont d'importants retentissements sur cette population. En effet, bien que leur sévérité soit hétérogène d'un individu à l'autre, ils touchent la plupart des patients et altèrent les possibilités de récupération fonctionnelle et de réinsertion sociale. Les troubles cognitifs peuvent affecter non seulement tous les processus neurocognitifs, mais aussi la cognition sociale. Les ergothérapeutes interrogées semblent y prêter une attention particulière au vu de certaines évaluations citées (exemple : IPT⁵, SCIT⁶). La cognition sociale présente des liens privilégiés, tant avec certains symptômes de la schizophrénie qu'avec les difficultés interpersonnelles qui la caractérisent. Elle recouvre l'ensemble des opérations mentales qui « sous-tendent les capacités d'interaction sociale telles que la reconnaissance et la compréhension des émotions, la capacité à inférer les pensées, intentions ou croyances d'autrui (théorie de l'esprit), l'habileté à tenir compte du contexte dans une situation sociale donnée (perception sociale) et à trouver des explications équilibrées concernant les causes des situations positives et négatives dans lesquelles nous sommes impliqués (style attributionnel) » (PEYROUX et al., 2018).

La finalité de cet accompagnement est que les patients obtiennent la possibilité de s'adapter et de réagir de façon adéquate au moment de la rencontre avec un nouvel individu. De plus, en comprenant le comportement non-verbal, il leur sera plus aisé d'identifier les intentions réelles de ceux qui les entourent, menant à une diminution des mésinterprétations des comportements d'autrui à leur égard. Leur climat de vie ne pourra qu'en être apaisé et leur qualité de vie améliorée.

⁵ IPT : Integrated Psychological Treatment

⁶ SCIT : Social Cognition and Interaction Training

6. Apport de la communication non-verbale dans sa reconnaissance et son utilisation :

a. Apport de la communication non-verbale dans sa reconnaissance et utilisation par le patient :

Pour les patients souffrant de schizophrénie, selon toutes les ergothérapeutes, la prise de « conscience » de leur propre communication « est un gain énorme au niveau qualité de vie » (EB). Effectivement, elle est indispensable « dans la vie de tous les jours » (EB) par son omnipotence. Le travail réalisé sur les « interrelations » (EV) contenant les notions de communication verbale et non-verbale va les aider à prendre du recul, en leur permettant d'adapter leur propre communication, mais aussi « restituer que l'attitude de l'autre a changé » (EN) à son égard. En effet, ils réalisent qu'être en adéquation entre ce qu'on veut dire et comment on le dit induit différentes réactions chez l'interlocuteur. C'est également pour ça que, par exemple, « l'intonation de voix » (EN) est travaillée en ergothérapie, afin de se rendre compte de ce qu'ils peuvent induire chez l'autre.

Il est tout de même indispensable, pour obtenir l'adhésion du patient à la prise en soin, de lui « expliquer chaque objectif » (EL) et donc « pourquoi on travaille la communication non-verbale » (EL). Une fois, les objectifs posés et compris, il faut « expliciter à chaque séance pourquoi c'est important de regarder les gens, et d'adapter notre voix quand on leur parle » (EV). Cependant, cela ne suffit pas, « il ne faut pas que leur communication ne soit adaptée que dans l'enceinte des structures (EP), mais surtout qu'elle le soit « dans leur environnement extérieur » (EL). Le transfert des acquis dans le quotidien des patients est la concrétisation de l'accompagnement.

Pour l'ergothérapeute F, il s'agit de la « clé du rétablissement » et est « essentiel au patient, comme à tous, dans la vie ». Ce transfert leur permettra de « mieux se faire comprendre des autres en améliorant même les contacts superficiels, en évitant les malentendus ».

L'ergothérapeute N, ajoute que l'accès à la reconnaissance et à l'utilisation de la communication non-verbale va permettre au patient d'avoir « accès à tout ce qui est « symbolique et second degré ». En effet, dans la vie courante, on retrouve beaucoup de second degré avec de l'ironie, et de l'humour ». Notion qu'il faut maîtriser, si on vise l' « inclusion sociale ». Au long terme, ce travail qui certes, « demande beaucoup de temps, est absolument nécessaire » et facilitera « une reprise de rôles sociaux ».

b. *Apport de la communication non-verbale dans son analyse par le soignant :*

Pour le soignant, l'analyse de cette forme de communication chez le patient permet par exemple « d'identifier si le patient est douloureux » (EV). Comme les « patients psychotiques ont du mal à exprimer leur douleur ou leur ressenti corporel » (EV), cette observation de la communication non-verbale va « orienter les soins somatiques » (EV). En ce qui concerne le soin psychique, « ça permet de mieux canaliser, de mieux comprendre les angoisses » (EG). Tout ceci va favoriser « l'orientation de la prise en charge » (EG), et permettre de « comprendre le patient dans ses angoisses » (EG).

Cette analyse passera par « l'observation, mais également la plainte du patient » (EP). Selon l'ergothérapeute L, les patients atteints de schizophrénie « voient la vie avec un filtre » qui va déformer leurs perceptions de la réalité. Cela fait qu'ils ont « des mauvais préjugés sur leur environnement ». Donc c'est à l'ergothérapeute de se saisir de ces plaintes afin de travailler dessus par le biais de programmes « comme RC2S » en réhabilitation psychosociale. Le thérapeute va prendre « appui sur les capacités résiduelles » du patient pour le « réadapter à son quotidien, à sa vie ».

La communication non-verbale peut s'avérer être, concernant le patient délirant, « tout ce qui reste pour le comprendre » (EG). Elle peut être travaillée au détour « des groupes où l'on utilise les outils de réhabilitation psychosociale, mais aussi dans les temps informels » (EF). Son importance réside dans chaque instant de la journée.

Les ergothérapeutes soulignent l'importance de l'observation. L'ergothérapeute N, explique qu'elle passe un temps considérable à « observer le patient et à essayer de ressentir ce qu'il projette ». Elle précise travailler beaucoup avec ses propres ressentis. La communication non-verbale s'avère être, pour elle, « non seulement observer le patient dans ses attitudes d'écoute, mais également dans son anxiété, dans sa posture » (EN). De plus, il ne faut pas oublier que « les patients psychotiques absorbent énormément ce qu'on dégage » (EN) en tant que thérapeute. Il faut donc rester « vigilant » (EN). Lors d'une rencontre avec un patient souffrant de schizophrénie « tout se joue dans le non-verbal, dans l'attitude et le contact qu'on va avoir avec lui » (EN). Ce qui pose la question du « comment entrer en contact avec un patient totalement délirant et pris dans des hallucinations acoustico-verbales » (EN) ? Dans ce type de situation, il va être indispensable pour l'ergothérapeute de passer par « une attitude, une posture soignante et cadrante » (EN), car ce « ne sont pas les mots qui vont atteindre le patient mais le non-verbal » (EN). Ces

affirmations montrent qu'il s'agit d'un jeu perpétuel à double sens entre l'ergothérapeute et le patient.

L'ergothérapeute V, explique être formée depuis 10 ans à la communication. Selon elle « quand on dépieute la communication » il y aurait « 5% qui serait verbale et tout le reste serait de l'ordre du non-verbal et du paraverbal. Avec une majorité de non-verbal ». Ces pourcentages ne sont pas ceux exposés dans ma partie conceptuelle, nous reviendrons donc sur cette notion lors de la discussion. Elle conclut tout de même que « la communication verbale et non-verbale sont indissociables ».

Par souci de clarté, l'analyse des deux sous-parties précédentes sera réalisée en même temps.

La communication est un outil indispensable de vie quotidienne, comme nous le montrent les résultats de cette enquête. Avoir accès à la communication non-verbale va apporter au patient tout le côté symbolique des échanges, qui est très présent. Il s'agirait, pour une des ergothérapeutes, de la clé du rétablissement que j'ai défini précédemment. Or, dans la littérature, celui-ci est décrit en termes de « processus profondément personnel et singulier de transformation de ses attitudes, de ses valeurs, de ses sentiments, de ses buts, de ses compétences et de ses rôles. C'est une façon de vivre une vie satisfaisante, prometteuse et utile, en dépit des limites causées par la maladie. » (ANTHONY cité par KOENIG en 2014). Au vu de ces informations, je pense que le travail de cette dimension de la communication s'avère être un moyen d'atteindre le rétablissement, mais n'est pas suffisant pour en être la clé de voûte.

Comme nous avons pu le voir dans le cadre théorique, les difficultés de la personne souffrant de schizophrénie vis-à-vis de la communication non-verbale ne résident pas seulement dans son utilisation et sa reconnaissance, mais également dans son interprétation. En effet, la prise de conscience de leur propre façon de communiquer est un gain énorme au niveau qualité de vie puisque cela permettra d'éliminer une des principales sources de malentendus lors de l'entrée en relation avec une tierce personne. Certains patients arrivent même à verbaliser que l'attitude de l'autre a changé à leur égard, après un entraînement centré sur la communication. Or, s'ils arrivent à le verbaliser c'est non seulement qu'ils en voient les bienfaits, mais aussi qu'ils ont réussi à transposer dans leur vie quotidienne les compétences nécessaires, montrant l'aboutissement de cet accompagnement.

L'observation du patient souffrant de schizophrénie semble être très importante. Je peux imaginer que cela est en lien étroit avec la communication non-verbale. Les réactions non-verbales mêmes subtiles sont riches d'informations. Utiliser son sens de l'observation signifie être conscient de ce qui se joue sous nos yeux. Il s'agit de repérer et exploiter les indicateurs comportementaux associés à un état interne. Tout ce que va vivre le patient va donc transparaître au travers de ses réactions comportementales même si elles sont parfois subtiles. Ces informations vont permettre à l'ergothérapeute d'adapter son approche et sa façon d'appréhender le patient.

7. Intérêt de la reprise d'occupations :

L'occupation est le « propre de l'Homme » expose l'ergothérapeute L.

Lors des entretiens, les ergothérapeutes ont toutes expliqué viser « l'équilibre occupationnel » qui représente un objectif à part entière. En effet, il est important de trouver le juste équilibre entre « les occupations solitaires et les occupations groupales » (EL). Il est indispensable d'avoir un peu des « deux pour que la personne s'insère dans la société » (EL). Mais la première étape est « d'aider la personne à trouver ce qui est signifiant pour elle » (EL) et de la guider pour qu'elle arrive à trouver « une motivation intrinsèque à faire les choses » explique l'ergothérapeute L. L'ergothérapeute P, la rejoint en insistant sur le fait qu'il « faut les pousser à être moteurs et acteurs de leur propre vie ».

La reprise d'occupation est le « travail quotidien » d'un ergothérapeute explique la professionnelle F. D'ailleurs, « dans la pyramide de MASLOW » (voir annexe IX) les occupations sont citées comme un « des besoins primaires ».

Plus on favorise les occupations, plus la personne est insérée socialement. Elles sont très importantes « quelles qu'elles soient » (EB). De plus, l'activité peut se retrouver sous plusieurs formes : elle peut être « un travail, une activité sportive, artistique, du bénévolat » (EB), etc... Il est très positif pour le patient psychotique « de s'accomplir dans quelque chose, et avoir de la fierté de production. Quelque chose de l'ordre de l'exutoire, car ils ne sont pas capables de reconnaître leurs émotions ou de les exprimer de façon adaptée » (EB). De plus, les ergothérapeutes s'accordent sur le fait que la reprise d'occupation « c'est personnel. L'intérêt, c'est qu'ils vont pouvoir transférer les outils qu'ils auront acquis dans leur vie personnelle » (EF). En effet, l'objectif final est que ces acquis se « transposent à l'extérieur » (EF), dans leur vie quotidienne.

L'ergothérapeute L, insiste tout de même sur le fait qu'il « faut leur demander ce qu'ils souhaitent vraiment » pour les accompagner vers l'autonomie. Cette transposition permettrait à terme de favoriser « l'estime de soi » du patient, entraînant « de nouvelles expériences et émotions positives ». Notamment dans les occupations collectives où le patient va « être avec d'autres, rencontrer et créer du lien social ».

En revanche, il est indispensable et nécessaire de répondre aux envies du patient et de ne pas lui en imposer. En effet, encore aujourd'hui la vision de la société reste très réductrice. Celle-ci reste aujourd'hui omnipotente. Elle « compte beaucoup, on attend certaines choses » (EL) pour rentrer dans les normes de cette dernière : « il faut travailler, avoir des enfants, un chien, une maison, etc... » (EL).

De l'ensemble des entretiens, il me semble important de relever plusieurs points cruciaux autour de la notion d'occupation questionnée ici. En effet, de par leurs symptômes, les patients souffrant de schizophrénie voient leurs occupations très diminuées, voire réduites à néant. L'ergothérapeute, spécialiste de l'occupation, va donc viser l'équilibre occupationnel en favorisant la reprise d'activités individuelles mais également collectives. Il est imaginable que ne favoriser que les activités solitaires, ne résoudrait pas la problématique des patients souffrant de schizophrénie vis-à-vis de leur rapport au monde et à l'autre. Cela ne permettrait pas de travailler les capacités communicationnelles, qui quant à elles, favorisent la mise en relation et en finalité la réinsertion. L'ergothérapeute va donc guider le patient afin que celui-ci trouve ce qui va être signifiant pour lui. En effet, cela renforcera sa motivation et son envie de se remettre en activité.

Par ce travail, la réinsertion sociale va se voir facilitée. Le patient pourra s'intégrer dans des groupes plus aisément. En revanche, comme le soulèvent les professionnelles, il est indispensable et nécessaire, pour obtenir l'adhésion du patient à sa prise en soin, de prendre en compte ses souhaits et de ne pas essayer de le conformer à la vision de la société qui nous indique un idéal de vie (qui n'est pas forcément celui du patient car non en adéquation avec ses propres aspirations). L'ergothérapeute va donc guider le patient dans le chemin de vie qu'il souhaite emprunter, en transférant les compétences nouvellement acquises, lors de sa prise en soin. En effet, selon la Revue Francophone de Recherche en Ergothérapie (RFRE, 2019), l'ergothérapeute « croit que toute personne peut faire ses propres choix et se mettre en action à travers l'occupation afin de se bâtir un futur au-delà de la maladie ». Celui-ci va donc

considérer que la personne rencontrée est « unique, possède des forces et des ressources, privilégiant ainsi une pratique centrée sur le client ». Toutes ces valeurs vont dans « le sens du développement d'une identité occupationnelle positive qui permet à toute personne de retrouver un sens à sa vie et de reprendre les activités et rôles qu'elle valorise ».

La mise en action de l'individu, par le biais de l'activité est intéressante, car cela va mettre le patient face à ses difficultés et va l'obliger à prendre conscience de ses limitations. L'activité va donc, après expérimentation, mener à des résultats observables et quantifiables. L'ergothérapeute va se saisir de ces situations, dans un premier temps pour lutter contre l'anosognosie et dans un second temps pour identifier les difficultés rencontrées par le patient à travailler ou compenser.

IV. Discussion :

Le recueil et l'interprétation des données des entretiens effectués visant à questionner les ergothérapeutes sur leur pratique et leur accompagnement concernant la communication non-verbale des personnes présentant une schizophrénie, tout ceci dans une dynamique de réhabilitation psychosociale, ont permis de donner des pistes de réponses à la question de recherche suivante : **En quoi l'accès à la communication non-verbale d'un patient souffrant de schizophrénie peut favoriser sa réhabilitation psychosociale ?**

Le cadre théorique de ce mémoire m'a permis de mettre en évidence les difficultés auxquelles doit faire face la personne souffrant de schizophrénie notamment en termes de communication. Les symptômes négatifs persistent, généralement, même après la sortie de la phase aiguë, étant peu impactés par la médication proposée pour une schizophrénie. De ce fait, l'autonomie et l'indépendance dans les activités de vie quotidienne, ainsi que la qualité de vie sont altérées. On observe alors des conséquences professionnelles, sociales et relationnelles. C'est pourquoi un accompagnement en ergothérapie semble indiqué et nécessaire.

Rappelons que l'annonce du handicap est vécue comme un véritable bouleversement qui entraîne une rupture dans le parcours de vie des usagers. Les personnes souffrant de schizophrénie, n'ayant pas les clés des normes sociales, rencontrent de nombreuses situations d'échec, accentuées par l'anosognosie, qui favorisent leur isolement. De plus, comme nous avons pu le voir dans le cadre théorique de ce travail de recherche, l'évolution de la psychiatrie a donné naissance à de nouveaux besoins et notamment à une

désinstitutionalisation des patients. Cette évolution a aussi demandé la mise en place de nouveaux soins, dont le but est l'intégration maximale dans la société des patients souffrant de troubles psychotiques. C'est au cœur de cette dynamique que l'ergothérapeute vient prendre sa place. Son objectif principal reste inchangé : rendre la personne accompagnée la plus autonome et indépendante possible dans ses activités de vie quotidienne. En l'occurrence, les patients en psychiatrie perdent leur autonomie à réaliser les actes de la vie quotidienne, impliquant la nécessité d'un suivi rapproché.

Le travail de la communication non-verbale est **primordial** de par ses importants retentissements sur la vie du patient. Sur ce point, les auteurs et les professionnelles interrogées semblent s'accorder. Selon HENNEL-BRZOZOWSKA (2008), « la communication non-verbale comprend un ensemble vaste et hétérogène des processus ayant des propriétés communicatives, en commençant par les comportements plus manifestes et macroscopiques comme l'aspect extérieur, les comportements de relation spatiale avec les autres (rapprochements, prises de distance) et les mouvements du corps (du tronc, des membres ou de la tête), jusqu'aux activités moins évidentes ou plus fugaces, comme les expressions faciales, les regards et les contacts visuels et les intonations vocales ». Tous ces éléments ont été repris par les ergothérapeutes, ici présentées, afin d'expliquer les difficultés rencontrées par leurs patients.

A l'aide de l'approche en réhabilitation psychosociale, l'ergothérapeute va guider le patient souffrant de schizophrénie pour lui permettre l'apprentissage ou le réapprentissage des habiletés sociales (annexe X), nécessaire à la vie en communauté. En effet, les habiletés sociales résident dans le fait que l'adaptation des composantes de la communication, est très importante pour répondre aux codes sociaux opérants. Il s'agit des éléments verbaux, paraverbaux et non-verbaux, qu'il est nécessaire de maîtriser pour pouvoir les moduler en fonction de la situation et de la personne avec laquelle se fait l'échange pour que celui-ci soit audible et agréable. Elles sont définies également comme « l'ensemble des capacités qui nous permettent de percevoir et de comprendre les messages communiqués par les autres, de choisir une réponse à ces messages et de l'émettre par des moyens verbaux et non-verbaux, de façon appropriée à une situation sociale » (BAGHDADLI et BRISSOT-DUBOIS, 2011).

Ce mémoire d'initiation à la recherche cible particulièrement les habiletés relationnelles qui vont concerner les relations à autrui. Celles-ci vont se montrer indispensables à la réhabilitation puisqu'elles sont primordiales à la réinsertion sociale et professionnelle. Cette enquête a montré que les ergothérapeutes travaillent le plus souvent

en équipe pluridisciplinaire pour réaliser cet accompagnement, en utilisant des programmes normés (comme RC2S et GAIA par exemple), mais également de groupes dits thérapeutiques. Ces derniers permettent à des patients d'entrer en relation par le biais de mises en situation et débats. Ces ateliers favorisent aussi des échanges autour de la maladie, de ses symptômes, des difficultés qu'elle entraîne etc... Ainsi, les patients mis en relation avec leurs pairs peuvent s'identifier à eux et partager leur expérience tout en travaillant les différentes composantes de la communication (Annexe XI), notamment le non-verbal, qui m'intéresse particulièrement dans ce travail de recherche. La vision dégagée de la littérature et celle des ergothérapeutes se rejoignent concernant la nécessité du travail de la communication non-verbale des patients souffrant de schizophrénie, de par les grandes difficultés qu'elle entraîne dans le quotidien de cette population.

Probablement à cause des sources différentes qu'ils utilisent, MEHRABIAN (1967) et une des ergothérapeutes interrogées, évaluent avec des pourcentages différents, mais similaires, la représentation des trois dimensions de la communication (verbale, paraverbale et non-verbale). Tous deux montrent une prédominance de la communication non-verbale et, à l'inverse, une très faible représentation de la dimension verbale.

La réhabilitation psychosociale (RPS) est centrée sur le fonctionnement social de la personne et l'amélioration de sa qualité de vie et non pas sur sa pathologie. Les stratégies d'intervention sont variées et font appel aux compétences de différents professionnels : évaluation fonctionnelle (bilan/ autoévaluation), psychoéducation, remédiation cognitive, ou encore entraînement aux habiletés sociales. FRANCK en 2018, précise que ce qui va favoriser « l'implication de la personne dans la prise en charge et améliorer le transfert et la généralisation des compétences » va être la « psychoéducation » qui doit, pour lui, être déployée dès l'entrée du patient dans son parcours en réhabilitation psychosociale (la psychoéducation concerne le patient, mais également son entourage, ses aidants).

L'ergothérapeute, par ses compétences professionnelles, peut s'inscrire dans cet accompagnement. Il aura alors pour but de rendre la personne actrice de son projet de soin et de vie afin qu'elle puisse s'engager pleinement dans ses occupations pour une participation sociale optimale. Les ergothérapeutes interrogées portent l'accent sur la notion de choix et de volonté du patient.

Au vu des nombreuses qualifications données à la RPS lors des entretiens, il me semble nécessaire de redéfinir cette approche. C'est pourquoi, je tiens à préciser que ce travail de recherche prend comme référence la définition proposée par FARKAS (chercheuse

et directrice du centre de réhabilitation psychosociale de l'OMS⁷ au sein du centre de réhabilitation psychosociale de Boston), citée par DURAND en 2012. La RPS est donc un processus / une approche de soin se composant de « la somme des actions à développer pour optimiser les capacités persistantes d'un sujet et atténuer les difficultés résultant de ces conduites déficitaires ou anormales. Son but est d'améliorer le fonctionnement de la personne afin qu'elle puisse remporter des succès et éprouver des satisfactions dans un milieu de son choix et avec le moins d'intervention professionnelle possibles ».

Attention, la mise en place de la démarche en RPS se doit d'être progressive pour permettre aux patients d'investir son milieu de vie. En effet, proposer trop précocement des activités à l'extérieur de l'hôpital pourrait se terminer en échec. Tout d'abord, le patient va devoir s'investir dans les activités proposées à l'intérieur de la structure de soin, grâce notamment au soutien apporté par l'équipe pluridisciplinaire. Puis, il sera en mesure d'intégrer ces mêmes activités ou d'autres, seul, sans l'appui de l'équipe. Ce processus peut s'avérer être long et fastidieux mais il est nécessaire.

Mais la RPS, a-t-elle un réel impact positif sur les patients ? Selon la méta-analyse, de 2019, menée par les Centres Experts FondaMental Schizophrénie, « l'efficacité des interventions de réhabilitation psychosociale sur les symptômes et le fonctionnement des personnes présentant une schizophrénie a été évaluée. Les résultats plaident en faveur d'un large déploiement de ce type d'intervention », de par la « réduction des rechutes psychotiques, l'amélioration de l'observance des traitements, l'amélioration significative des symptômes (positifs et négatifs), l'amélioration cognitive et de la flexibilité mentale ». Ces résultats s'accordent en tout point avec la vision de terrain des ergothérapeutes interrogées.

L'accent est aujourd'hui mis sur l'accompagnement de cette population vers un idéal de vie qui lui sera propre. Tout ceci en essayant d'oublier la vision très définie et réductrice de même que la pression exercée par la société. Aujourd'hui, les ergothérapeutes croient en les capacités d'évolution et d'amélioration de leurs patients, la schizophrénie ne se pose plus donc comme une fatalité.

Aussi bien dans la littérature que lors de l'enquête, il ressort que l'ergothérapeute place le patient au cœur du processus de son parcours de soin, il va donc :

- Evaluer les difficultés de la personne ;

⁷ OMS : Organisation Mondiale de Santé

- Etablir des priorités dans la prise en soin et poser des objectifs précis ;
- Mettre en place une prise en soin pour tenter de pallier ces difficultés.

Il ressort de ce travail de recherche que l'approche de réhabilitation psychosociale, présente de nombreux bénéfices pour viser le rétablissement. Elle a été qualifiée d'essentielle par toutes les ergothérapeutes interrogées lors de cette étude, mais pourquoi ? Pour répondre à cette question, il me semble indispensable de rappeler les bénéfices de ce dispositif, énoncés par FRANCK en 2018 :

- Pour les patients, ce dispositif va donner accès à des « soins de qualités », il met en évidence leurs « ressources et leurs limitations ». Il est en faveur du rétablissement personnel donc il va venir « renforcer les ressources » de la personne, et en finalité permettre « l'inclusion sociale » ;
- Pour les professionnels : ils vont pouvoir se former et donc « acquérir des compétences spécifiques », mais également « participer à une recherche » et avoir « un sentiment d'accomplissement » ;
- Pour la société : une « réduction des coûts » significative, car on « favorise l'inclusion sociale en limitant le recours au soin ». Enfin, ce dispositif se trouve « dans une approche positive de la santé mentale » qui permet d'espérer à terme une « déstigmatisation » de la maladie mentale.

Les bénéfices à la mise en place d'une telle approche sont donc nombreux.

Si, au début de ce travail, je pensais que la maîtrise totale de la communication non-verbale, permettrait à la personne souffrant de schizophrénie de se réinsérer au mieux dans la société, aujourd'hui mon avis est plus nuancé. Je ne pense plus que cela soit suffisant. La communication est inhérente et indispensable quelle que soit sa forme. Elle va, certes, être une notion clé à aborder et maîtriser, cependant d'autres aspects tels que les difficultés cognitives et l'anosognosie vont également devoir être des cibles pour l'accompagnement en ergothérapie. De plus, le travail des habiletés sociales se doit d'être global afin de rétablir la personne dans son environnement. Il faut garder à l'esprit, comme l'explique la définition de la santé par l'Organisation Mondiale de la Santé (World Health Organization, 2018) que « la santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ». Effectivement, l'Homme est un être social. Il est alors d'une absolue nécessité d'accompagner le patient vers cette remise en lien avec ses pairs et un des moyens permettant d'y arriver est le travail de la communication par le biais d'outils de réhabilitation psychosociale.

L'hypothèse à la question de recherche posée est **qu'un programme d'entraînement aux habiletés sociales, centré sur la communication non-verbale, s'inscrivant dans une démarche en réhabilitation psychosociale, auprès des patients souffrant de schizophrénie, favoriserait leur reprise d'occupation et donc leur réinsertion dans la société.** Suite à l'enquête réalisée, je peux désormais affirmer que cette hypothèse est partiellement validée. Effectivement, la maîtrise et la reconnaissance de la dimension non-verbale de la communication, s'avère être incontournable pour permettre aux patients de s'insérer dans la société. Cela va favoriser leur reprise d'activité et va leur permettre d'intégrer plus aisément des groupes sociaux, développant des sentiments positifs, tel que l'estime de soi. Tout ceci sans que le patient ne se sente persécuté. La communication non-verbale va donc être un outil. En effet, pour être intégré socialement, il faut communiquer et savoir interagir avec autrui, créer des liens interpersonnels avec un grand nombre d'individus tels que sa famille, son propriétaire, son employeur, ses collègues de travail... Dans tous les cas, il faut communiquer pour s'intégrer. La communication est omnipotente et essentielle et sa dimension non-verbale encore plus. Elle va permettre aux patients d'avoir une vision globale et non unifocale, favorisant leur ouverture et évitant les mésinterprétations et faux jugements et donc pallier au mieux les problématiques au niveau du rapport à l'autre. Cependant, cette nouvelle compétence acquise est certes nécessaire, mais insuffisante pour permettre l'intégration complète du patient dans la société.

Des biais ont pu être révélés lors de ce travail d'initiation à la recherche. Le principal est le faible nombre d'entretiens réalisés. Il semble difficile de dégager une analyse des pratiques des ergothérapeutes en réhabilitation psychosociale avec si peu d'informations. En revanche, cela a suffi pour tirer des conclusions quant à leur avis sur l'impact de la communication non-verbale des personnes souffrant de schizophrénie. De plus, la crise sanitaire actuelle a entravé la prise de contact avec les professionnels.

Lors des entretiens : la connexion, pouvant être de mauvaise qualité, a par moments cassé la dynamique des échanges. Sans compter que parfois, les professionnelles ont dérivé, hors du cadre de la recherche et des questions posées. Il me fut difficile de lutter contre cela tout en sachant que ces nouvelles informations pouvaient également amener de nouvelles questions tout à fait pertinentes pour ma recherche.

Le temps donné pour réaliser la recherche étant très court, j'ai choisi de cibler entre 5 et 10 ergothérapeutes afin de pouvoir garder un laps de temps suffisant pour l'exploitation

des résultats. Les ergothérapeutes ont pour certaines tardé à répondre à ma requête, ce qui a ralenti considérablement mes avancées. J'ai tout de même pu réaliser sept entretiens, de durée conséquente (en moyenne 45 minutes) mais j'ai conscience qu'il aurait fallu un panel plus important pour être plus représentatif de la pratique des ergothérapeutes, afin d'en tirer des conclusions plus probantes.

Lors de ma recherche, je me suis aussi heurtée à quelques difficultés comme le fait que la définition de la RPS ne soit pas identique pour toutes les ergothérapeutes interrogées. Ces différences sont sans doute liées au fait que certaines ont réalisé la formation en réhabilitation psychosociale dispensée par l'ANFE, tandis que d'autres ont tout appris sur leur terrain d'exercice (dans des structures orientées en réhabilitation psychosociale). Il faut également se rendre compte que le panel interrogé ici est très faible en comparaison du nombre d'ergothérapeutes travaillant ou ayant été formés en réhabilitation psychosociale. Le hasard a fait que toutes les ergothérapeutes interrogées étaient convaincues de son utilité et de sa portée, ce n'est pas forcément le cas de tous ceux qui y ont été sensibilisés.

V. Conclusion :

La réhabilitation psychosociale est aujourd'hui considérée comme une approche sous-tendant le modèle cognitivo-comportemental prônant « la pleine intégration dans la communauté et l'amélioration de la qualité de vie pour les personnes vivant avec un trouble de santé mentale » (LANCON, 2018). Or, la communication est un outil de vie quotidienne indispensable. Malheureusement celle-ci se voit altérée par les symptômes de la maladie psychique, entravant la capacité d'entrée en relation des personnes souffrant de schizophrénie. Au vu de ces difficultés, les ergothérapeutes, spécialistes de l'occupation, voient en la réhabilitation psychosociale, un moyen menant au rétablissement et à la réinsertion sociale. Ils vont utiliser ses principes et outils afin de permettre à la personne de transférer ses nouvelles compétences en termes de communication non-verbale dans leur vie quotidienne. Il ne s'agit là que d'une étape donnant des armes au patient afin de le mener vers son empowerment et en finalité à la réinsertion dans la société avec la reprise de rôles sociaux et d'occupations. Cependant, le travail autour de cette dimension de la communication doit s'inscrire dans un accompagnement complet et adapté au patient s'appuyant sur ses capacités et luttant contre ses incapacités. Ce travail vise à démontrer, par une enquête de terrain, l'importance et les bienfaits d'une communication non-verbale optimisée pour ces patients. Aujourd'hui, les ergothérapeutes se montrent porteurs d'espoir.

En effet, les patients souffrant de schizophrénie ne sont pas dans l'incapacité de progresser. Si leur réinsertion est certes difficile, elle n'est cependant pas impossible pour peu qu'ils bénéficient d'un accompagnement adapté à leurs capacités, incapacités, désirs et projet de vie.

Ce sujet de mémoire revêt une multitude d'aspects amenant à se questionner sur la place de l'ergothérapie en psychiatrie. Le système de santé en psychiatrie est destiné à être repensé, afin de pouvoir proposer une nouvelle offre de soins, plus complète et surtout plus positive. Mais alors où se trouve la place de l'ergothérapie dans ce changement qui va viser le rétablissement ? Comment les ergothérapeutes vont-ils axer leur pratique vers ce rétablissement ?

Selon la Revue Francophone de Recherche en Ergothérapie (RFRE, 2019), « les ergothérapeutes sont de plus en plus interpellés par le paradigme du rétablissement » qui vise « un retour à une vie satisfaisante et pleine de sens ». Beaucoup d'ergothérapeutes (comme celles interrogées ici) ont le « sentiment que leur approche correspond déjà » à ce paradigme. Ces professionnels sont aujourd'hui mis au cœur de ces changements « grâce à leurs valeurs et principes d'intervention, leurs modèles théoriques et outils d'analyse » (RFRE, 2019). Comme le dit la RFRE, « ils sont probablement les professionnels de la santé les mieux positionnés pour agir comme *leaders* et faire la différence » dans ce nouveau tournant que prend la vision de la prise en soin en psychiatrie.

Il serait également intéressant de poursuivre et d'approfondir les notions de cognition sociale et de remédiation cognitive. En effet, elles me semblent primordiales de les exploiter pour comprendre tous les aspects qu'elles revêtent, et leur impact sur les performances occupationnelles du patient souffrant de schizophrénie.

Bibliographie

Ouvrages :

- Anthony, W., & Farkas, M.-D. (2009). *Abécédaire du processus de Réhabilitation* (Boston University éd.). Consulté à l'adresse http://www.espace-socrate.com/pdfs/Abecedaire_Rehab.pdf
- Chambon, O. & Marie-Cardine, M. (2014). Chapitre 3. Le thérapeute et la relation thérapeutique. Dans : *Les bases de la psychothérapie: Approche intégrative et éclectique* (p. 59-108). Paris: Dunod.
- Christiansen, C., Baum, C. M., & Bass-Haugen, J. (2015). *Occupational therapy : Performance, Participation, and Well-being* (4e éd.). Thorofare, NJ: Slack.
- Delamarre, C. (2014). Chapitre 2. Communication verbale et non verbale. Dans : C. Delamarre, *Alzheimer et communication non verbale: Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées* (p. 29-38). Paris: Dunod.
- Desclin, J. (2006). *La schizophrénie, ce que les familles et les proches des malades devraient savoir*. Consulté à l'adresse <http://www.mens-sana.be/docu/schizof.pdf>
- Franck, N. (2013). *Clinique de la schizophrénie* (1^{re} éd., Vol. 10). [https://doi.org/10.1016/S0246-1072\(12\)59577-5](https://doi.org/10.1016/S0246-1072(12)59577-5)
- Guillez, P., Tétréault, S., Izard, M. H., & Morel, M. C. (2014). *Guide pratique de recherche en réadaptation* (1^{re} éd.). Berchem, Belgique : De Boeck.
- Hernandez, H. (2016). *Ergothérapie en psychiatrie De la souffrance psychique à la réadaptation*. Paris, France : Boeck supérieur.
- Jacques, M.-C., & Morin, P. (2019). Adaptation et schizophrénie : Pourquoi est-ce un enjeu important ? Dans Institut universitaire de première ligne en santé et services sociaux, *Accompagner la personne vivant avec la schizophrénie* (1^{re} éd., p. 3). Consulté à l'adresse http://www.csss-iugs.ca/c3s/data/files/Guide_Schizophrenie.pdf
- Manoukian, A., & Massebeuf, A. (2008). *La relation soignant-soigné* (3^e éd.). Consulté à l'adresse <https://www.abebooks.fr/Relation-Soignant-Soigne-%C3%89dition-Soigner-accompagner/22848465374/bd>
- Pous, G. (1995). *Thérapie corporelle des psychoses*. Paris, France : L'harmattan.
- Riguet, K., Riou, G., Katsaros, I., & Poullain, C. (2016). *Ergothérapie en santé mentale : enjeux et perspectives*. Consulté à l'adresse https://maillage94.sante-idf.fr/files/live/sites/maillage94/files/PDF/Kiosque/Ergoth%c3%a9rapie%20en%20Sant%c3%a9%20Mentale_Livre%20blanc%20complet.pdf

- Vidon, G. (1995). La réhabilitation dans tous ces états. Dans Frison-Roche (Éd.), *La réhabilitation psychosociale en psychiatrie* (1^{re} éd., p. 26). Paris, France : Frison-Roche.

Rapport :

- Stiglitz, J., Sen, A., & Fitoussi, J.-P. (2011). *Rapport de la Commission sur la mesure des performances économiques et du progrès social*. Consulté à l'adresse <https://www.vie-publique.fr/sites/default/files/rapport/pdf/094000427.pdf>

Articles :

- Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux. (2019, mars). Mettre en place la réhabilitation psychosociale dans les territoires. Consulté le 20 mai 2021, à l'adresse https://www.epsm-loiret.fr/wp-content/uploads/2019/03/Mettre_en_place_la_rehabilitation_psychosociale_dans_les_territoires.pdf
- Anthony, W., & Liberman, R.-P. (1986). The Practice of Psychiatric Rehabilitation : Historical, Conceptual, and Research Base. *Schizophr Bull*, 12(4), 542-555. Consulté à l'adresse <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3810064/>
- Association Nationale Française des Ergothérapeutes. (2020). La démarche de l'ergothérapeute en réhabilitation psychosociale. Dans *Formation continue des Ergothérapeutes* (p. 46). Consulté à l'adresse https://www.anfe.fr/images/stories/doc/formation_continue/ANFE_2020_1.pdf
- Baghdadli, A., & Brisot-Dubois, J. (2011). Clinique et évaluation des habiletés et cognitions sociales. Dans Elsevier (Éd.), *Entraînement aux habiletés sociales appliqué à l'autisme* (p. 16). Consulté à l'adresse <https://www.unitheque.com/entrainement-aux-habiletés-sociales-applique-autisme/medecine-psychotherapie/elsevier-masson/Livre/42710>
- Bediou, B., Franck, N., Saoud, M., Baudouin, J. Y., Tiberghien, G., Daléry, J., & d'Amato, T. (2005). Effects of emotion and identity on facial affect processing in schizophrenia. *Psychiatry Research*, 133(2-3), 150-156. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2004.08.008>
- Bellon, T. & Lowenthal, F. (2013). Évaluation de la représentation du corps chez les personnes schizophrènes par jugement sémantique : vers un nouvel outil diagnostique ?. *L'information psychiatrique*, 8(8), 675-684. <https://doi.org/10.3917/inpsy.8908.0675>

- Boucher, L., & Lalonde, P. (2006). La famille du schizophrène : interférente ou alliée ? *Santé mentale au Québec*, 7(1), 50-56. <https://doi.org/10.7202/030124ar>
- Bozarth, J. & Motomasa, N. (2014). La relation thérapeutique: enquête sur l'état de la recherche. *Approche Centrée sur la Personne. Pratique et recherche*, 19(1), 58-76. <https://doi.org/10.3917/acp.019.0058>
- Bralet, M.-C. (2017). Éducation thérapeutique et rétablissement. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 175(8), 730-735. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2017.08.005>
- Bruneau, T.-J. (1973). Le silence dans la communication. *Communication et langage*, (20), 7. <https://doi.org/10.3406/colan.1973.4045>
- Centres Experts Fondamental. (2019, novembre). *Schizophrénie : l'efficacité des soins de réhabilitation dans les centres experts fondamental*. Consulté à l'adresse <https://www.santementale.fr/2019/11/schizophrenie-l-efficacite-des-soins-de-rehabilitation/>
- Claude, G. (2020, 12 février). Utiliser la méthode déductive dans un travail de recherche : définition, méthodologie, et exemple. Consulté le 7 mars 2021, à l'adresse <https://www.scribbr.fr/methodologie/methode-deductive/>
- Claude, G. (2020, janvier 27). La pyramide de Maslow. Consulté le 20 mai 2021, à l'adresse <https://www.scribbr.fr/methodologie/pyramide-de-maslow/#:%7E:text=La%20pyramide%20de%20Maslow%2C%20aussi%20appel%C3%A9%20E2%80%9Cpyramide%20des,cat%C3%A9goriser%20les%20besoins%20d%E2%80%99un%20groupe%20ou%20d%E2%80%99un%20individu.>
- Coldefy, M., & Nestrigue, C. (2015). La variabilité de la prise en charge de la schizophrénie dans les établissements de santé en 2011. *Questions d'économie de la santé*, (206), 5-6. Consulté à l'adresse <https://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/206-la-variabilite-de-la-prise-en-charge-de-la-schizophrenie-dans-les-etablissements-de-sante-en-2011.pdf>
- Daumerie, N. (2011). L'empowerment en santé mentale : recommandations, définitions, indicateurs et exemples de bonnes pratiques. *La santé de l'homme*, (413), 8. Consulté à l'adresse <https://www.santepubliquefrance.fr/content/download/140502/2115207>
- Daunj, D. (2001, juillet 21). La distance thérapeutique. Consulté le 25 mars 2020, à l'adresse http://ancien.serpsy.org/etudiants/ecriture/distance_dorsaf.html

- Debout, F. (2008). L'insertion professionnelle des patients schizophrènes : changements dans les Esat et conséquences cliniques. *L'information psychiatrique*, volume 84, 841-845. <https://doi.org/10.3917/inpsy.8409.0841>
- Desbrosses, S. (2007, 20 décembre). La schizophrénie. Consulté le 25 décembre 2020, à l'adresse <http://www.psychoweb.fr/articles/psychopathologie/87-la-schizophrenie.html>
- Duboc, C. (2018). Rétablissement. *Réhabilitation psychosociale et remédiation cognitive*, 1. Consulté à l'adresse <https://centre-ressource-rehabilitation.org/-retablissement->
- Duprez, M. (2008). Réhabilitation psychosociale et psychothérapie institutionnelle. *L'information psychiatrique*, 84(10), 907-912. <https://doi.org/10.3917/inpsy.8410.0907>
- Durand, B. (2010). Psychiatrie et réadaptation. *Journal de Réadaptation Médicale : Pratique et Formation en Médecine Physique et de Réadaptation*, 30(4), 160-166. <https://doi.org/10.1016/j.jrm.2010.10.010>
- Durand, B. (2012). La réhabilitation aujourd'hui : une dynamique renouvelée. *Pluriel*, (94-95), 2. Consulté à l'adresse https://crehpsy-documentation.fr/doc_num.php?explnum_id=284
- Fischer, G.-N. (1999). Le concept de relation en psychologie sociale. Consulté le 20 décembre 2020, à l'adresse <https://bdsp-ehesp.inist.fr/vibad/controllers/getNoticePDF.php?path=RSI/56/4.pdf>
- Formarier, M. (2007). La relation de soin, concepts et finalités. *Recherche en soins infirmiers*, 89(2), 33-42. <https://doi.org/10.3917/rsi.089.0033>
- Frith, C-D. (1992). Communication in Schizophrenia. Dans Lawrence erlbaum associates (Éd.), *The Cognitive Neuropsychology of Schizophrenia* (1^{re} éd., p. 52 et 112). Consulté à l'adresse <https://zh.b-ok.org/book/1104180/03f1b0>
- Gaillard, R., Berkovitch, L., & Olié, J.-P. (2018, 30 janvier). La schizophrénie, une affaire de société. *Bulletin de L'Académie Nationale de Médecine*. Consulté à l'adresse <https://www.academie-medecine.fr>
- Gallois, J. (2019). Les principaux programmes de remédiation cognitive. Consulté le 4 avril 2021, à l'adresse <https://www.collectif-schizophrenies.com/les-prises-en-charge/les-principaux-programmes-de-remediation-cognitive>
- Guihard, J.-P. (2000). Ergothérapies et schizophrénies. Consulté le 5 décembre 2020, à l'adresse <http://www.jp.guihard.net/spip.php?article40>

- Haute Autorité de Santé. (2008, 26 novembre). Dossier du patient. Consulté le 20 mai 2021, à l'adresse https://www.has-sante.fr/jcms/c_438115/fr/dossier-du-patient
- Imbert, G. (2010). L'entretien semi-directif : à la frontière de la santé publique et de l'anthropologie. *Recherche en soins infirmiers*, 3(3), 23-34. <https://doi.org/10.3917/rsi.102.0023>
- Koenig, M., Castillo, M., Plagnol, A., Marsili, M., Miraglia, S. & Bouleau, J. (2014). De la détérioration au rétablissement dans la schizophrénie : histoire d'un changement de paradigme. *PSN*, 4(4), 7-27. <https://doi.org/10.3917/psn.124.0007>
- Lançon, C. (2018). La disponibilité à la réhabilitation psychosociale : une étape importante pour amorcer des changements. Dans Elsevier (Éd.), *Traité de la réhabilitation psychosociale* (p. 285). Consulté à l'adresse <https://www.sciencedirect.com/sdfe/pdf/download/eid/3-s2.0-B9782294759154000323/first-page-pdf>
- Launois, M. (2013). Méditations personnelles 2013 : Les 3 espaces Espace intermédiaire. Consulté le 25 décembre 2020, à l'adresse <http://www.ergopsy.com/espace-intermediaire-a656.html>
- Leroy, F. & Beaune, D. (2005). Langage et schizophrénie : intention, contexte et pseudo-concepts. *Bulletin de psychologie*, numéro 479(5), 567-577. <https://doi.org/10.3917/bupsy.479.0567>
- Llorca, P.-M. (2006). Schizophrénie. Consulté le 2 décembre 2020, à l'adresse <https://www.fondation-fondamental.org/les-maladies-mentales/schizophrenie/la-maladie>
- Maille, C. (2020, 4 janvier). Eugen Bleuler, le père de l'étude de la schizophrénie Consulté le 11 novembre 2020, à l'adresse <https://chmpsy.com/2020/01/04/eugen-bleuler-le-pere-de-letude-de-la-schizophrenie/>
- Marc, E., & Picard, D. (2015, 2 septembre). Communication et interaction : approche psychosociologique. Consulté le 7 novembre 2020, à l'adresse <https://www.techno-science.net/definition/4201.html>
- Marzloff, V., & Dollfus, S. (2013). Schizophrénie neuro-imagerie et cognition sociale. *Santé mentale*, (183), 28. Consulté à l'adresse <https://www.santementale.fr/boutique/acheter-numero/numero-183-decembre-2013.html>

- McGurk, S. R., Twamley, E. W., Sitzler, D. I., McHugo, G. J., & Mueser, K. T. (2007). A Meta-Analysis of Cognitive Remediation in Schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 164(12), 1791-1802. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2007.07060906>
- Meyer, S. (2020). L'occupation en thérapie et la thérapie comme occupation. *ErgoThérapies*, 37-44. Consulté à l'adresse <https://revue.anfe.fr/2020/05/22/l'occupation-en-therapie-et-la-therapie-comme-occupation/#:~:text=INTRODUCTION%20L%E2%80%99occupation%20est%20le%20concept%20central%20de%20l%E2%80%99ergoth%C3%A9rapie,d%C3%A9finissant%20les%20occupations%20comme%20C2%AB%20l%E2%80%99ensemble%20des%20activit%C3%A9s%E2%80%A6>
- Mias, L. (1992, novembre). Qu'est-ce que communiquer ? Consulté le 7 novembre 2020, à l'adresse <http://communiquer-cm.fr/539communiquer.html>
- Morris, K., Reid, G., & Spencer, S. (2018, 7 octobre). L'ergothérapie pour la schizophrénie offerte par les ergothérapeutes comparativement à des non-ergothérapeutes. Consulté le 7 novembre 2020, à l'adresse https://www.cochrane.org/fr/CD012398/SCHIZ_ergotherapie-pour-la-schizophrenie-offerte-par-les-ergotherapeutes-comparativement-des-non#:~:text=L%27ergoth%C3%A9rapie%20vise%20%C3%A0%20am%C3%A9liorer%20le%20fonctionnement%20et%20la,dispens%C3%A9e%20par%20des%20professionnels%20sp%C3%A9cialis%C3%A9s%20form%C3%A9s%20comme%20ergoth%C3%A9rapeutes
- Nasielski, S. (2012). Gestion de la relation thérapeutique : Entre alliance et distance. *Actualités en analyse transactionnelle*, (144), 14-18. Consulté à l'adresse <https://www.cairn.info/revue-actualites-en-analyse-transactionnelle-2012-4-page-12.htm>
- Neuville, J. (2020, 18 mars). Schizophrénie : définition du schizophrène, symptômes, test, causes, traitements. Consulté le 3 décembre 2020, à l'adresse <https://www.medisite.fr/maladies-schizophrenie-definition-du-schizophrenie-symptomes-test-causes-traitements.5559062.42.html>
- Pachoud, B., Leplège, A. & Plagnol, A. (2009). La problématique de l'insertion professionnelle des personnes présentant un handicap psychique : les différentes dimensions à prendre en compte. *Revue française des affaires sociales*. 257-277. <https://doi.org/10.3917/rfas.091.0257>

- Passerieux, C. (2013). Schizophrénie et troubles de l'intersubjectivité. *Santé mentale (le mensuel des équipes soignantes en psychiatrie)*, (183), 22-26. Consulté à l'adresse <https://www.santementale.fr/boutique/acheter-article/schizophrenie-et-troubles-de-l-intersubjectivite.html#:~:text=Auteur%20%28s%29%20%3A%20Christine%20Passerieux%2C%20psychiatre.%20Nombre%20de.patients%20et%20sont%20devenus%20des%20cibles%20th%C3%A9rapeutiques%20cruciales.>
- Peyroux, L., Gaudelus, B., & Franck, N. (2013). Remédiation cognitive des troubles de la cognition sociale dans la schizophrénie. *L'Évolution Psychiatrique*, 78(1), 71-95. <https://doi.org/10.1016/j.evopsy.2013.01.003>
- Peyroux, E. (2017, 21 septembre). Elodie Peyroux : Cognition sociale dans la schizophrénie : impact clinique et fonctionnel des déficits. Consulté le 23 février 2021, à l'adresse <https://c3rp.fr/cognition-sociale-et-schizophrenie/>
- Plagnol, A. (2009). Pathologie schizophrénique et insertion professionnelle. *La Lettre du Psychiatre*, 5(6), 118-121. Consulté à l'adresse <https://www.edimark.fr/Front/frontpost/getfiles/15879.pdf>
- Plusquellec, P., & Denault, V. (2018). The 1000 Most Cited Papers on Visible Nonverbal Behavior : A Bibliometric Analysis. *Journal of Nonverbal Behavior*, 42(3), 347-377. <https://doi.org/10.1007/s10919-018-0280-9>
- Prenveille, L. (2009). Le lien social. *Culture générale*, 1-2. Consulté à l'adresse <https://territoireliensocial.files.wordpress.com/2009/04/le-lien-social.pdf>
- Probst, D., & Howe, M. (1988). The Effect of a Mime Group on Chronic Adult Psychiatric Clients' Body-Image, Self-Esteem, and Movement-Concept. *Occupational Therapy in Mental Health*, 8(3), 144-145. https://doi.org/10.1300/j004v08n03_09
- Revue Francophone de Recherche en Ergothérapie. (2019). L'ergothérapeute : un agent de changement et un leader pour une recherche en santé mentale axée vers le rétablissement. *Revue Francophone de Recherche en Ergothérapie*, 5(1), 1-5. <https://doi.org/10.13096/rfre.v5n1.150>
- Rouillon, F., & Niro, V. (2000). Épidémiologie de la schizophrénie. *Actualité en psychiatrie*, 17(9), 328. Consulté à l'adresse <https://www.edimark.fr/actualites-psychiatrie/epidemiologie-schizophrenie>
- Rouzé, V. (2010). Médiation/s : un avatar du régime de la communication ?. *Les Enjeux de l'information et de la communication*, dossier 2010(2), 71-87. <https://doi.org/10.3917/enic.hs02.0500>

- Schiaratura, L.-T. (2008). La communication non verbale dans la maladie d'Alzheimer. *Psychol NeuroPsychiatr Vieil*, 6(3), 183-185. <https://doi.org/10.1684/pnv.2008.0140>
- Tamminga, C. (2018, octobre). Schizophrénie. Consulté le 20 décembre 2020, à l'adresse <https://www.msmanuals.com/fr/professional/troubles-psihiatriques/schizophr%C3%A9nie-et-troubles-apparent%C3%A9s/schizophr%C3%A9nie>
- Trétault, S., & D'Aragnon, E.-M. (sous presse). Ergothérapie et communication : comment développer un message clair ? *Expérience en ergothérapie*
- Van Amerongen, A.-P. (2011). Schizophrénie et société. *Annales Médico-psychologiques*, 169(3), 168-170. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2011.02.004>
- Verdon, C., Lavoie, M. & Blondeau, D. (2013). Relation et communication : une différence conceptuelle pouvant influencer l'exercice infirmier par le lien infirmière/soigné. *Recherche en soins infirmiers*, 114(3), 92-92. <https://doi.org/10.3917/rsi.114.0092>
- Verdoux, H. (2010, 2 mai). Le devenir professionnel des personnes souffrant de schizophrénie. Consulté le 5 décembre 2020, à l'adresse <https://www.cnsa.fr/recherche-et-innovation/resultats-de-recherche/le-devenir-professionnel-des-personnes-souffrant-de-schizophrenie>
- Winckler, M. (2005, 16 janvier). Qu'est-ce que la communication non-verbale ? Consulté le 6 décembre 2020, à l'adresse <http://martinwinckler.com/spip.php?article461>
- Winkin, Y. (2020). COMMUNICATION. Consulté le 7 novembre 2020, à l'adresse <https://www.universalis.fr/encyclopedie/communication/1-aux-sources-du-mot-communication/>

Sitographie :

- Académie nationale de médecine. (2011, 21 juin). Les principes de la remédiation cognitive dans la schizophrénie. Consulté le 20 décembre 2020, à l'adresse <https://www.academie-medecine.fr/les-principes-de-la-remediation-cognitive-dans-la-schizophrenie/>
- Agence régionale de santé. (2020, 15 juin). Réhabilitation Psychosociale. Consulté le 23 novembre 2020, à l'adresse <https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/rehabilitation-psyhosociale>

- Ascodocpsy. (2020, 27 octobre). La réhabilitation psychosociale. Consulté le 22 novembre 2020, à l'adresse <https://www.ascodocpsy.org/trouvez-de-linformation-psychiatrie-sante-mentale/dossiers-thematiques/la-rehabilitation-psychosociale/>
- Association Nationale Française des Ergothérapeutes. (2019, 1 février). L'ergothérapeute est un professionnel de santé qui fonde sa pratique sur le lien entre l'activité humaine et la santé. Consulté le 14 novembre 2020, à l'adresse <https://www.anfe.fr/l-ergotherapie/la-profession>
- Centre psychiatrique universitaire Ibn Alhassan. (2017). Syndrome délirant Centre Psychiatrique Universitaire Ibn Alhassan. Consulté le 20 décembre 2020, à l'adresse <http://www.psychiatriefes.org/formation/etudiants/cours-de-semiologie/syndrome-delirant>
- Centre ressource en réhabilitation. (2021, 21 avril). Outils de la réhabilitation. Consulté le 4 avril 2021, à l'adresse <https://centre-ressource-rehabilitation.org/-outils-de-la-rehabilitation->
- Comité des Écoles Suisses d'Ergothérapie. (2005). Profil professionnel de l'ergothérapie. Consulté le 14 novembre 2020, à l'adresse <https://www.ergotherapie.ch/ergotherapie-fr/profil-professionnel/>
- C3RP. (2020, 20 janvier). Remédiation cognitive et réhabilitation psychosociale. Consulté le 4 avril 2021, à l'adresse <https://c3rp.fr/>
- Encyclopédie Titanica. (2020). Communication verbale : de quoi s'agit-il, types, exemples, caractéristiques, et éléments- expressions-2020. Consulté le 26 décembre 2020, à l'adresse <https://fr.encyclopedia-titanica.com/comunicaci-n-verbal>
- Ministère de la santé et des sports. (2010, 5 juillet). Diplôme d'Etat d'ergothérapeute : Référentiel d'activités. Consulté le 30 novembre 2020, à l'adresse <https://www.sifef.fr/wp-content/uploads/2014/05/referentiel-activites-arrete-5-07-2010-annexe-i.pdf>
- INSERM. (2020, 5 mars). Schizophrénie. Consulté le 8 novembre 2020, à l'adresse <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/schizophrenie>
- Ordre des ergothérapeutes du Québec. (2009, 1 janvier). L'ergothérapie en santé mentale. Consulté le 14 novembre 2020, à l'adresse <https://www.oeq.org/publications/chroniques-de-l-ergotherapie/15-lergothérapie-en-santé-mentale.html>
- Psychomedia. (2015, 23 octobre). Schizophrénie : définition, symptômes, critères diagnostiques (DSM-5). Consulté le 8 novembre 2020, à l'adresse

<http://www.psychomedia.qc.ca/dsm-5/2015-10-23/schizophrenie-criteres-diagnostiques>

- Santé mentale. (2013, 30 décembre). Réhabilitation psychosociale : trois centres référents en Rhône-Alpes. Consulté le 2 février 2021, à l'adresse <https://www.santementale.fr/actualites/rehabilitation-psychosociale-trois-centres-referents-en-rhone-alpes.html>
- Société Québécoise de la Schizophrénie. (2020). Les symptômes de schizophrénie diffèrent d'une personne à l'autre par leur intensité et manifestation. Consulté le 1 décembre 2020, à l'adresse <https://www.schizophrenie.qc.ca/fr/symptomes>
- Verdoux, H. (2010, 2 mai). Le devenir professionnel des personnes souffrant de schizophrénie. Consulté le 5 décembre 2020, à l'adresse <https://www.cnsa.fr/recherche-et-innovation/resultats-de-recherche/le-devenir-professionnel-des-personnes-souffrant-de-schizophrenie>
- Vidal. (2018, août). Les symptômes de la schizophrénie - EurekaSanté par VIDAL. Consulté le 15 novembre 2020, à l'adresse <https://eukekasante.vidal.fr/maladies/psychisme/schizophrenie-psychoses.html?pb=symptomes>
- Vidal. (2020, 27 juillet). Bouffée délirante - symptômes, causes, traitements et prévention. Consulté le 20 décembre 2020, à l'adresse <https://www.vidal.fr/maladies/psychisme/bouffee-delirante.html>
- World Federation of Occupational Therapists. (2020, 13 avril). About Occupational Therapy. Consulté le 7 novembre 2020, à l'adresse <https://www.wfot.org/about/about-occupational-therapy>

Texte de lois :

- Journal officiel de la République française. (1975, 1 juillet). LOI n° 75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées. Consulté le 22 novembre 2020, à l'adresse <https://www.legifrance.gouv.fr/download/securePrint?token=rg7uZuV8s5W5vHDY!qJQ>
- Journal officiel de la république française. (2017, 27 juillet). Décret no 2017-1200 du 27 juillet 2017 relatif au projet territorial de santé mentale. Consulté le 22 novembre 2020, à l'adresse

https://www.legifrance.gouv.fr/download/pdf?id=MVnzi7XdDvwk4ZQpBsFDkyrFi06kv4uNmW1FL3_nvcg=

Conférence vidéo :

- Centre ressource réhabilitation psychosociale. (2018, 15 janvier). *Fondements et mise en œuvre de la réhabilitation psychosociale, Nicolas Franck* [Fichier vidéo]. Consulté à l'adresse https://www.youtube.com/watch?v=Ed51cGdJajA&list=PLfPCc6-e871o4Ej6Hgg1LZ6ttfZ7_Idw9&index=2

Table du tableau :

Tab.I : Formations complémentaires réalisées par les ergothérapeutes interrogées.....	58
---	----

Table des figures :

Fig. 1: Panel des ergothérapeutes contactés par mail ou téléphone	40
Fig. 2: Expérience professionnelle en ergothérapie et en psychiatrie des ergothérapeutes contactés.....	43
Fig. 3: Structures d'exercice des ergothérapeutes interrogées	44
Fig. 4: Répartition des structures de travail des ergothérapeutes interrogées	45
Fig. 5: Carte mentale du parcours réalisée à partir des dires des ergothérapeutes	46
Fig. 6: Proportion des citations des professionnels composant les équipes pluridisciplinaires	56
Figure 7: Outils cités et utilisés par les ergothérapeutes interrogées.....	61

Table des annexes :

ANNEXE I : Mail envoyé aux ergothérapeutes.....	I
ANNEXE II : Guide d'entretien.....	II
ANNEXE III : Grille d'entretien	VI
ANNEXE IV : Retranscription d'un des sept entretiens réalisés.....	XI
ANNEXE V : Attestation d'enregistrement audio.....	XIX
ANNEXE VI : Stades du rétablissement	XX
ANNEXE VII : Rétablissement et outils de réhabilitation psychosociale.....	XX
ANNEXE VIII : Outils de réhabilitation psychosociale cités par les ergothérapeutes interrogés	XXI
ANNEXE IX : Pyramide de Maslow.....	XXVII
ANNEXE X : Les habiletés sociales.....	XXVIII
ANNEXE XI : La communication non-verbale.....	XXIX

ANNEXE I : Mail envoyé aux ergothérapeutes :

Madame/Monsieur X,

Actuellement étudiante en troisième année d'ergothérapie à l'IFE de l'ADERE à Paris, je me permets de vous solliciter dans l'espoir que vous m'accordiez un **entretien pour mon mémoire de recherche**. Ce dernier ciblera la notion de **communication non-verbale** dans l'accompagnement de patients souffrants de **schizophrénie**, dans le cadre d'une approche en **réhabilitation psychosociale**.

Concernant ma recherche, je me suis interrogé sur la portée que pourrait avoir le travail de la communication (du fait de son retentissement sur la reprise d'occupation des patients), au sein d'une prise en soins en ergothérapie visant la réinsertion sociale. En effet, elle permet d'accéder et de s'engager dans la plupart des activités signifiantes et significatives. Aujourd'hui, sachant que les patients souffrants de schizophrénie présentent une altération, de par leurs symptômes négatifs, des capacités communicationnelles verbales et non-verbales. J'ai décidé de questionner ces difficultés dans mon travail de recherche.

Notre entretien reposerait sur une vingtaine de questions et me permettrait, j'en suis convaincue, de profiter de votre vision de professionnel pour mieux cerner les différents aspects que mon sujet revêt, voire pour développer de nouveaux axes de réflexion et possiblement répondre à ma question de recherche.

Etant donné le contexte sanitaire actuel, il nous serait possible de nous entretenir par téléphone ou par visioconférence sur une plateforme comme Zoom ou Skype. Cet entretien consistera en un échange d'environ 1h. Il aura pour vocation de vous laisser élaborer et exposer vos opinions, idées et expériences autour des multiples questions posées.

Dans l'attente de votre réponse, sachez que je me tiens à votre entière disposition pour toute question complémentaire.

Je vous suis extrêmement reconnaissante de votre attention car je suis bien consciente que la qualité de ma formation dépend éminemment de ce partage d'expérience avec des professionnels aguerris.

Salutations respectueuses,
CASTAING Emma

ANNEXE II : Guide d'entretien :

I. Introduction et considérations éthiques :

- **Rencontre** : Bonjour, merci beaucoup d'avoir accepté de réaliser cet entretien. Je sais qu'avec le contexte sanitaire actuel, il n'est pas aisé pour les professionnels de donner de leur temps. Est-ce que vous m'entendez et me voyez bien ?
- **Introduction à l'entretien** :

Notre entretien d'aujourd'hui ciblera la notion de communication non-verbale dans l'accompagnement des patients souffrants de schizophrénie, dans le cadre d'une approche en réhabilitation psychosociale.

Notre entretien durera 45min à 1h. Il sera guidé par un guide d'entretien composé de 20 questions. Acceptez-vous que j'enregistre notre entretien ? Toutes les informations recueillies seront anonymisées, elles ne seront aucunement diffusées, or le contexte de la rédaction de mon mémoire et votre nom n'apparaîtra nul part. L'enregistrement de l'entretien sera effacé après un an. Vous êtes libre d'interrompre à tout moment cet entretien et de quitter l'étude si vous le souhaitez.

« Lecture du formulaire de consentement »

Avez-vous des questions avant que nous débutions le questionnaire ?

Au vu du contexte sanitaire actuel, les entretiens semis dirigés de cette étude seront réalisés à distance, par visioconférence dans l'idéal (le face-à-face favorisant le contact visuel) ou par entretien téléphonique.

II. Questionnaire + Sous-Objectifs :

❖ Ergothérapeute/ Durée d'exercice en psychiatrie/ Type de structure/ Population

- Pouvez-vous vous présenter brièvement ?
- Quel a été votre parcours ?
- Quelles formations avez-vous réalisées ?
- Depuis combien de temps exercez-vous en psychiatrie ? Dans quelle structure ?
- Quelles populations rencontrez-vous dans votre structure d'exercice ?
 - ➔ Apprendre à connaître les ergothérapeutes et leurs parcours. Permettre de faire une comparaison entre les professionnels, de poser la question du parcours par rapport à une façon de faire une prise en soins.
- Lorsque vous débutez une prise en soins avec un patient souffrant de schizophrénie, quelles sont les étapes qui guident votre démarche de façon générale ?
 - ➔ Connaître le fonctionnement des ergothérapeutes dans leurs structures ainsi que leur fonctionnement dans leur exercice professionnel.

❖ Réhabilitation psychosociale :

- Selon vous, qu'est-ce que la réhabilitation psychosociale ?
- Quelle place prend-elle dans votre pratique ?
 - ➔ Percevoir la vision de l'ergothérapeute sur cette approche et l'importance que celle-ci prend dans sa pratique.
- Quels outils de réhabilitation psychosociale utilisez-vous dans votre pratique ?
- Quels sont pour vous les patients concernés par cette approche et à quel moment de leur suivi (de leur parcours de soins) ?
 - ➔ Appréhender la vision des professionnels concernant la réhabilitation et leur utilisation (l'inclusion) de celle-ci dans leur prise en soins.
- Quelle place le patient occupe-t-il dans la création de son projet de soins ?

→ Savoir si les principes fondamentaux de la réhabilitation psychosociale sont impliqués

- Selon vous, au sein de l'accompagnement en ergothérapie, quelle place pourrait occuper la communication non-verbale dans la reprise d'occupations par les patients ?
- Selon vous, que permettrait un programme de réhabilitation psychosociale centré sur la communication non-verbale auprès de patients souffrants de schizophrénie, dans une dynamique de réinsertion sociale ?

→ Faire du lien entre les différentes notions abordées lors de la partie théorique. Cibler une compétence à travailler avec le patient et imaginer les différents bienfaits pouvant en résulter.

❖ **Communication** :

- Prêtez-vous un regard attentif (une attention particulière) à votre propre façon de communiquer (verbale et non-verbale) ? A la façon dont communiquent vos patients ?
- Apporte un regard sur l'importance que porte les professionnels à la communication non-verbale. Permettre de les questionner sur ce qu'ils s'appliquent à eux-mêmes, une vision pouvant s'étendre ou non à leur niveau d'observation de leur patient. Mettre en regard la communication non-verbale et la réhabilitation psychosociale.
- Selon vous, les patients souffrants de schizophrénie ont-ils conscience de leur propre communication ? De ce qu'ils renvoient ?
- Vous êtes-vous déjà retrouvé dans une situation où le travail de la communication non-verbale aurait pu se trouver être un atout pour ces patients afin de reprendre leur occupations et/ou leur rôles sociaux ?
- Que pourrait apporter l'accès à la communication non-verbale, aux patients atteints de schizophrénie ? (Dans sa reconnaissance et son utilisation au quotidien)
- Réaliser le degré de connaissance des patients sur leur propre façon de communiquer. Au cours de leurs années d'expérience les ergothérapeutes interviewés se sont-ils déjà interrogés sur l'impact que pourrait avoir le travail

de la notion de communication non-verbale pour cette population ? Quelle serait la pertinence de s'y intéresser ?

- Comment accompagnez-vous le patient vers la réinsertion sociale ?
 - D'après vous, quel est l'intérêt de favoriser les occupations d'un patient atteint de cette maladie psychique ?
- Permettre de faire un parallèle direct entre tous les ergothérapeutes car l'occupation humaine est une notion centrale en ergothérapie.

III. Conclusion de l'entretien :

« Je vous remercie de toutes les informations que nous avons pu échanger. Auriez-vous des choses à ajouter ? Ou des questions à me poser ? »

« Encore merci pour le temps que vous m'avez accordé pour cet entretien ainsi que pour votre participation. Si vous le souhaitez, je pourrais vous faire parvenir mon travail final. »

« Au revoir et bonne continuation ! »

ANNEXE III : Grille d'entretien :

Professionnels	Durée d'exercice en psychiatrie	Type de Structure	Population	Formations supplémentaires	Outils de réhabilitation utilisés	Définition de la réhabilitation psychosociale
Ergothérapeute L	(Diplômée en 2002) 12 ans	Hôpital de jour orienté en réhabilitation psychosociale + C3R	Majorité souffre de schizophrénie (97%)	<ul style="list-style-type: none"> - La CRT (programme de remédiation cognitive pour les enfants) - L'IPT (Programme de remédiation cognitive et d'entraînement des compétences sociales. - Diplôme universitaire en remédiation cognitive. - Diplôme universitaire sur le traumatisme crânien - Tomremed (théorie de l'esprit) - L'EMC - PEPS 	<p><u>RECOS</u></p> <p>CRT</p> <p>ITP</p> <p><u>TOMREMED</u></p> <p>EMC</p> <p>PEPS</p> <p>ELADEB</p> <p>ETP</p>	« La réhabilitation psychosociale possède deux mouvements. C'est aider la personne à s'insérer dans la société en agissant sur ses problématiques que ce soit les troubles cognitifs ou la symptomatologie négative. Mais c'est aussi permettre à la société, enfin faire bouger la société pour inclure un peu plus le patient dans la vie de tous les jours et pour lutter contre la stigmatisation du handicap psychique. Pour que la société mette en place des choses pour que nos patients trouvent leur place. Pour moi c'est vraiment un jeu à deux sens. C'est une philosophie de soins. »

<p>Ergothérapeute N</p>	<p>(Diplômée en 2016) 3 ans</p>	<p>40% sur le CHS (Centre Hospitalier Spécialisé) 20% + 20% sur deux CMP (Centre-Médico-Psychologique) / CATTP (Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel)</p>	<p>Psychotiques (majorité de schizophrènes, un peu de trouble des humeurs)</p>	<p>- Formations en interne qui sont paramédicales - Formation ANFE sur les outils d'évaluation spécifique en psychiatrie</p>	<p>ELADEB ARS TEM</p>	<p>« C'est se focaliser sur les capacités et désirs du patient pour le réintégrer du mieux possible dans la société. »</p>
<p>Ergothérapeute B</p>	<p>(Diplômée en 2011) 10 ans</p>	<p>Pole de réadaptation en réhabilitation psychosociale en UMD (Unité pour Malades Difficiles)</p>	<p>Essentiellement des psychotiques + Personnes toxicomanes + Trouble de l'attention</p>	<p>- Formations liées à des activités (photos, art du cirque) - Formation en réhabilitation psychosociale</p>	<p>Pas d'utilisation de programmes validés (mais s'appuie sur des outils validés)</p>	<p>« La réhabilitation psychosociale dans le temps c'est essayer rendre un maximum d'autonomie à la personne pour qu'elle puisse être adaptée aux règles de vie en société et à la société et dans un deuxième temps quand on est arrivé aux limites de cette déf c'est essayer d'adapter la société à la personne. »</p>

<p>Ergothérapeute</p> <p>F</p>	<p>(Diplômée en 2011)</p> <p>11 ans</p>	<p>Centre de jour (centre de réhabilitation psychosociale + CMP : Centre-Médico-Psychologique)</p>	<p>Beaucoup de schizophrénie et TSA (Troubles du Syndrome Autistique) + troubles bipolaire et des personnes Burderline</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Relaxation - ITP - Prise en charge précoce - Case management - Formation de formateur - 2 modules des formations en autisme de l'ANFE - Formation en réhabilitation psychosociale de l'ANFE 	<p>RC2S</p> <p>DIXILDO</p> <p>ITP</p> <p>Entraînement aux habilités sociales</p> <p>TomRemed</p> <p>PEPS</p> <p><u>GAIA</u></p> <p>RéhaCom</p> <p>INSINE</p> <p>PRACS</p> <p>TIPP</p> <p>EMOCART</p> <p>Groupes d'habiletés sociales/affirmation de soi</p> <p>COMET</p>	<p>« La réhabilitation psychosociale est une approche de soin. C'est une valise avec pleins d'outils mais c'est une approche de soin... comme le dit le professeur Nicolas Franck c'est une approche qui tend en santé mentale à se développer. Cependant pour faire de la réhab il faut des moyens. Tout le monde ne peut pas en faire de son côté. Elle nécessite aussi une pluridisciplinarité qui est juste essentielle. C'est la condition pour faire de la réhab, il faut tous les professionnels autour du patient. Pour moi, il faut que tout le monde soit engagé et qu'il y est des moyens. Le but c'est que la personne acquière un niveau de rétablissement qui lui permette d'avoir le niveau de vie le plus satisfaisant pour lui. »</p>
---------------------------------------	---	--	--	--	--	--

<p>Ergothérapeute</p> <p style="text-align: center;">V</p>	<p>(Diplômée en 2001)</p> <p>20 ans</p>	<p>Mi-temps en unité de réhabilitation</p> <p>Mi-temps intra-hospitalier</p>	<p>« Grosse population schizophrénique »</p>	<ul style="list-style-type: none"> - 2 Diplômes Universitaires (un en remédiation cognitive de Nicolas Franck et un en Neuropsychologie clinique du docteur Dujardin - Formation de 40h en Education thérapeutique du patient <p>Formatrice d'ELADEB</p>	<p><u>En remédiation cognitive</u> : RECOS / GAIA / TOMREMED</p> <p>En <u>entraînement aux habiletés sociales</u> : PRACS / DIXILUDO / Jeux de compétences / Michael Game</p> <p>Dans la <u>Métacognition</u> : INSINE T / EMC / PEPS</p> <p>ETP</p> <p>ARSIMED</p> <p>ELADEB</p>	<p>« Pour moi, la réhabilitation psychosociale, c'est un processus qui va dans le sens du rétablissement de la personne, si elle le veut en étant elle-même acteur dans l'empowerment de son projet et de l'amener jusqu'à la finalisation de son projet de soins à elle. »</p>
<p>Ergothérapeute</p> <p style="text-align: center;">P</p>	<p>(Diplômée en 1992)</p> <p>29 ans</p>	<p>CHU et hôpital de jour en psychiatrie adulte</p>	<p>Patients souffrants de schizophrénie mais aussi de dépression ou des états limites.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Formée en réhabilitation psychosociale - Formation en ETP (Education Thérapeutique du Patient) 	<p>RC2S + certains <u>programmes de remédiation cognitive</u> + ETP</p>	<p>« Je pense que c'est vraiment aider ces personnes, comme on dit à se rétablir donc tenir compte de leur environnement, de leur quotidien. Pour qu'ils aient un niveau de vie satisfaisant par rapport à ce qu'ils en attendent. »</p>

				<ul style="list-style-type: none"> - Formations spécifiques à certaines psychopathologies organisées par le CHU - Manutention 		
Ergothérapeute G	(Diplômée en 1994) 27 ans	Pavillon d'hospitalisation	Schizophrénie ++ Bipolarité Névrose Quelques états limites	<ul style="list-style-type: none"> - Musicothérapie passive - Théâtre et thérapie - Marionnette et thérapie - Formations en intra hospitalier sur les pathologies - Formée à la réorganisation neuro fonctionnelle - Module Snoezelen - Formation en Réhabilitation psycho-sociale 	<p>ELADEB</p> <p>RC2S</p> <p>Entraînement aux habilités sociales</p>	« Pour moi c'est la réappropriation ou l'appropriation par la personne consultante, par le patient, de ses difficultés, de ses incapacités mais aussi de ses forces, de ses capacités et donc de ses forces d'appuis. Et l'accompagnement qu'on peut faire de cette conscientisation et après la réinsertion. Et que c'est ce tout là pour moi. C'est un projet qui se concrétise. »

ANNEXE IV : Retranscription d'un des sept entretiens réalisés :

Entretien 29/03/2021 : Réalisé par visioconférence (premier entretien réalisé)

Bonjour ! Ça va ? Enchanté Emma !

Enchanté ! Merci beaucoup de m'accorder un petit peu de votre temps pour réaliser cet entretien. Vous m'entendez bien ?

Je vous en prie. C'est normal.

Donc c'est bon ? Vous entendez bien ? On peut commencer ?

Oui ça va ça va.

D'accord. Donc pour commencer est ce que vous pourriez vous présenter brièvement s'il vous plaît ?

D'accord alors... Je suis diplômé depuis 2002, ça fait pas mal de temps maintenant. J'ai travaillé 7 ans en neuro. Je suis spécialisé en neuropsychologie. J'ai un DU à ce sujet. Sur le traumatisme crânien et neuropsychologie donc. Et puis je me suis spécialisé en remédiation cognitive. Et je travaille dans ma structure actuelle depuis 2009. Je travaille dans un hôpital de jour dont l'orientation est la réhabilitation psychosociale et je fais partie du C3R. C'est un centre ressource en rééducation psychosociale et remédiation cognitive. On fait pas mal de recherche, sur plusieurs programmes de recherche. Concernant le C3R on travaille beaucoup avec Nicolas Franck. Tous les programmes de recherche, comme RECOS c'est nous qui les avons... on a fait centre d'étude pour RECOS. Je suis donc formé... J'ai commencé et fais partie de tous les programmes de recherche, à tous ces programmes. On a beaucoup de chance.

Pour vous expliquer un petit peu, j'ai beaucoup cité les écrits de Nicolas Franck dans ma partie théorique et vous n'êtes pas la première ergothérapeute à me parler de lui donc ça me rassure.

Bah c'est vrai que Nicolas est une référence, dans le sens où il est très dynamique et porteur de beaucoup de projets et il soutient beaucoup la création de nouveaux projets ! Y'a Godelus qui a développé GAIA qui est un programme dans la reconnaissance des émotions faciales. Y'a une neuropsy qui a travaillé sur la cognition sociale, qui est Elodie Perroux qui elle a développé RC2S. Il y a aussi Isabelle Amado qui a travaillé et traduit le CRT en français.

D'accord je vois très bien de quels programmes il s'agit. Et dans votre structure quel type de population rencontrez-vous ?

Alors. La majorité de mes patients souffrent de schizophrénie. A peu près 97 % je dirais .

Alors nous sommes dans le thème ! Et qu'elle formation avez-vous pu réaliser en plus de la formation initiale d'ergothérapeute ?

Alors comme on a fait partie d'un grand nombre de programmes de recherche, j'ai eu la chance d'être formé à tous ces programmes-là. Donc j'ai eu la CRT. Après moi, j'ai donné des formations sur le programme IPT qui est un programme inclusif... heu... un programme intégratif pardon. Qui travaille à la fois la neurocognition et la cognition sociale. En fait on a monté avec notre équipe le DU de remédiation cognitive de Lyon. De ce fait, on sait tout ce qu'il y a dedans, mais comme on l'a monté on ne l'a pas eu. Sinon j'ai eu un DU sur le traumatisme crânien et beaucoup de formation neuropsy et réhabilitation psychosociale. Je ne pourrais pas toutes te le citer, car il y en a beaucoup beaucoup mais voilà.

Ne vous en faites pas c'est déjà très bien.

Ah, il y a aussi Tomremed qui est un programme que j'aime bien et on l'utilise pas mal. Il y a aussi EMC qui est d'ailleurs libre d'accès sur le site « seretablir.net », ces programmes sont très bien écrits et intéressants. Tu connais ce site ?

Non, je ne le connais pas, mais je vais aller regarder, car ça me semble très intéressant.

Tu y trouveras le PEPS et l'EMC qui moi, j'aime beaucoup. Surtout autour de la question de la métacognition. Ce programme est très intéressant, car il parle des biais cognitifs et c'est

vrai que nous en avons tous, mais là il cible sur les difficultés rencontrées par les personnes souffrant de schizophrénie. Il est vraiment très intéressant. Voilà !

Alors pour que je me rende compte un petit peu de votre démarche : est-ce que vous pourriez m'expliquer les étapes qui guident votre démarche lorsque vous débutez une prise en soins d'un patient souffrant de schizophrénie ?

Alors souvent nos patients sont adressés par leur médecin psychiatre qui va les adresser pour quelque chose, car lui va avoir en tête quelque chose malgré le fait que ce ne soit pas toujours ce que veut le patient. C'est assez compliqué. En psychiatrie, l'avantage qu'on a vis-à-vis d'en neuro c'est qu'on va se laisser le temps, on fait des évaluations. Moi je sais que je fais souvent le test des errances multiples ainsi qu'ELADEB sur les besoins. Pour essayer de faire ressurgir les plaintes cognitives et pour essayer de voir dans le quotidien comment elles peuvent se traduire notamment s'il y a des troubles dysexécutifs, qui sont quand même des plaintes qui reviennent assez souvent. Et en fait on va se poser, faire tous les bilans nécessaires vis-à-vis de l'ARS aussi. Et après on va coconstruire ensemble, et la psychologue fera aussi quelques trucs, un projet de soins individualisé. En gros, on va avec le patient, on va essayer de voir quels sont les besoins qu'il a et quels sont les moyens qu'on peut mettre en place pour l'aider à gagner en qualité de vie avec le temps qu'on se donne. On met alors 2-3 mois à faire tout ça et après, on va cibler, si le patient a vraiment des problèmes cognitifs on va voir quel programme de remédiation cognitive pourrait être intéressant pour lui sachant qu'en hôpital de jour on fait des programmes de remédiation cognitive mais également des programmes de développement de soi et sur la connaissance de la maladie. C'est de l'ETP. En fait, c'est très complexe votre question, car la démarche peut être totalement différente d'un patient à un autre et cela dépend également d'où ils en sont dans leur vie. Certains patients très chroniques bénéficient très rapidement du programme IPT par exemple pour qu'on les mobilise jusqu'au bout. Je crois alors qu'il n'y a pas de fil conducteur. Et pour certaines personnes cela prend beaucoup de temps. Et certains critères sociaux rendent les choses compliquées. Après je dirais que dans l'idéal ce qu'on fait c'est que tous les thérapeutes (ergothérapeutes, psychologues et infirmiers) on fait une sorte d'évaluation qui va durer deux mois et après on essaie de monter ce projet de soins individualisé avec des objectifs à court, moyen, et long terme. Il faut aussi savoir qu'avant nous n'étions pas totalement au fait des médicaments et que chez certains patients, il est difficile de commencer une prise en soins alors qu'ils ne sont pas stabilisés et malheureusement certains

sont résistants aux médicaments. Des fois, il faut savoir également s'arrêter et ne pas projeter ses propres envies sur le patient. C'est aussi ça le rôle de l'ergothérapeute.

Et si vous deviez donner une définition de la réhabilitation psychosociale qu'elle serait-elle ?

Alors la réhabilitation psychosociale possède deux mouvements. C'est aider la personne à s'insérer dans la société en agissant sur ses problématiques que ce soit les troubles cognitifs ou la symptomatologie négative. Mais c'est aussi permettre à la société, enfin faire bouger la société pour inclure un peu plus le patient dans la vie de tous les jours et pour lutter contre la stigmatisation du handicap psychique. Pour que la société mette en place des choses pour que nos patients trouvent leur place. Pour moi, c'est vraiment un jeu à deux sens. C'est une philosophie de soins.

Et qu'elle place elle occupe dans votre pratique ?

C'est toute ma pratique ! On lutte beaucoup pour la déstigmatisation du handicap psychique on organise beaucoup de chose comme la MAD Pride. On explique beaucoup autour de nous que non ce n'est pas par ce que la personne souffre de schizophrénie qu'elle va faire un passage à l'acte hétéroagressif. D'ailleurs il n'y a que très peu de passage à l'acte hétéroagressif dans la population. Ça, c'est un travail de tous les jours. Et la réhabilitation c'est aussi redonner un rôle social à la personne pour leur permettre d'avoir des droits, d'exister en tant que telle et d'avoir un rôle quel qu'il soit. Et un rôle ce n'est pas forcément la valeur travail dont je vous parlais tout à l'heure. Ça peut donc se passer en étant bénévole et en ayant une vie pleine et satisfaisante.

Quels sont les patients concernés par cette approche et à quel moment de leur suivi ?

Pour tous les patients. La réhabilitation est faite pour tous. Ce que vous dites c'est intéressant, car c'est pour tous les patients et dès le début du suivi. Ça fait penser au parcours de rétablissement. En fait, il faut savoir qu'on se rétablit le premier jour où on tombe malade. C'est paradoxal, mais c'est un peu ça. Vous apprenez que vous êtes malade, vous allez passer par différentes phases et donc évoluer dans votre rétablissement. C'est pour ça que le concept

de la réhabilitation psychosociale est adaptable à toute personne. Mais aussi bien pour des patients suivis en psychiatrie que des patients en neuro ou autre.

Et qu'elle place du patient dans son parcours de soins ?

Alors avant, on nous disait qu'il avait une place centrale. C'est ce qu'on nous apprenait à l'école avec le patient au milieu et tous les thérapeutes (acteurs de soins) autour de lui. Avant, je travaillais dans un projet de recherche sur les médiateurs de santé pair dans une équipe. Ce sont donc des personnes qui ont suivi un parcours en psychiatrie, qui souffrent donc de schizophrénie. Et pour moi, c'est très important, car ils travaillent dans l'équipe et qui va être porteur d'espoir pour les patients et qui va utiliser un vocabulaire adapté. Mais effectivement, à l'école on vous dit que le patient est au centre. Et nous, c'est à force d'en parler qu'on se dit qu'en réalité le patient est avec nous autour de la table. On travaille tous ensemble. En collaboration. On est au même niveau. C'est vraiment un changement de paradigme. C'est le patient, le médecin, l'ergothérapeute, etc.... On est tous en réseau. Et on va essayer de tout faire pour que le patient se réinsère au mieux dans la société. C'est aussi pour ça que nous on rédige le projet de soin avec le patient. On le rédige ensemble, c'est lui qui va mettre ses propres mots dessus. Ensuite, nous en équipe, on voit les moyens qu'on peut mettre en place, on lui propose et lui regarde les moyens pour voir si ce sont des choses qui lui semble adaptés ou pas ? Qu'elles sont les priorités ?

C'est très intéressant ! Cette vision est d'ailleurs très pertinente, je trouve.

On utilise d'ailleurs beaucoup le développement de soi conscientisé. C'est-à-dire qu'on montre à nos patients qu'on est faillible, que ce n'est pas par ce qu'on est ergothérapeute qu'on a aucune faille. C'est intéressant, car ils se rendent compte qu'ils ont des ressources que peut-être moi, je n'ai pas. On travaille en collaboration et ce qui compte, c'est qu'eux gagnent en fonctionnement, en qualité de vie et en autonomie.

Et selon vous, qu'elle place pourrait occuper la communication non-verbale dans la reprise d'occupation de ces patients ?

Alors c'est intéressant. La communication non-verbale elle va livrer ce que les autres expriment et la différence avec ce qu'eux vont percevoir des autres. Certains patients ont un

émoussement affectif tel qu'en fait, c'est très compliqué de lire et de voir ce qu'elle peut vivre et ça ne veut pas dire qu'elle ne ressent rien, bien au contraire. Mais c'est difficile de lire en elle. Donc, là c'est vrai que ça va être plus compliqué. Et ensuite, tu as la reconnaissance que la personne va avoir des autres et de ce qu'elle peut percevoir. Le problème, c'est que nos patients ont des problèmes d'attention sélective qui fait que souvent, ils ont du mal à voir les détails pertinents pour les aider à interpréter ce qu'ils voient. Tu peux lire les écrits sur TomRemed qui sont passionnants. C'est basé sur la théorie de l'esprit. Et du fait de cette attention sélective, ils ont un pattern de recherche qui est vachement réduit. Tu sais ils ont aussi tendance à sauter aux conclusions et regarder l'autre peut aussi être difficile pour eux. Donc ils ne vont pas mobiliser tout ce qui est à leur disposition pour comprendre ce qui se joue devant eux et ils ont tendance à s'attacher au message verbal, car c'est déjà compliqué de comprendre ce qui se passe. Ce qui fait qu'il y a souvent mésinterprétation de ce qui se passe devant eux. Avec RC2S on travaille beaucoup là-dessus (sur le langage verbal, non-verbal donc corporel etc...). Mais oui il y a beaucoup de choses qu'on travaille à ce niveau-là. Et on travaille aussi sur l'expressivité de leurs propres émotions pour essayer de mieux ressentir les choses. On s'est aperçu que ce problème de mal ou peu exprimer. Car au fur et à mesure on exprime de moins en moins et c'est vraiment un cercle destructeur. On travaille donc sur les émotions positives, exagérer les émotions qu'on ressent quand on vit quelque chose d'heureux. De plus, on s'est rendu compte que même au niveau sérotonine en exagérant, on en synthétise deux fois plus. Il y a beaucoup d'études qui montrent que surexprimer l'émotion permet de mieux la ressentir. Et comme nos patients ont un seuil qui est très très bas ça leur permet d'arriver à un seuil normal. Bon, c'est toute une histoire avec les neurones miroir mais ça marche super bien. Et ça permet vraiment d'aider à motiver les patients. Car tu sais on a une sur estimation, c'est ce qui fait qu'on est des êtres motivés. On a une surestimation du futur. Et nous nos patients n'arrivent pas à avoir cette surestimation-là. C'est pour ça que nous on va les sur entraîner pour qu'ils puissent.

D'accord ! Et comment vous vous saisissez de toutes les informations données par la communication non-verbale de vos patients afin de répondre à vos objectifs ?

Alors déjà, il y a l'observation, mais également la plainte du patient. Car ils voient la vie avec un filtre très compliqué par ce que par exemple, ils voient deux personnes chahuter mais ils ne vont pas voir le sourire de l'un des deux donc ils vont penser qu'ils sont entrainés

de se battre. Ça fait qu'ils ont des mauvais préjugés sur leur environnement. Donc nous quand il y a ces plaintes-là, on essaye de travailler dessus grâce aux programmes dont je vous ai parlé comme RC2S. On a d'ailleurs des batteries comme ClaCoS que l'on fait passer pour la cognition sociale pour voir si le patient est en difficulté ou pas ainsi que pour voir s'il objectivise ses objectifs. S'il est conscient de ses troubles. On va faire des questionnaires qui vont être plus : « je vais à des réunions et je ne sais pas ce qui se passe ». Avec aussi des choses plus centrés sur leur quotidien qui vont aider à se dire « a oui c'est vrai des fois je suis en difficulté pour... » ou « je ne comprends pas une blague » ou « je ne comprends pas le second degré ». On va donc faire de l'ETP, on va expliquer que oui la cognition sociale, on va lui expliquer ce que c'est : qu'il y a 5 composantes dans la cognition sociale qu'elles sont toutes très importantes. (Tacite d'attribution, théorie de l'esprit, reconnaissance des expressions faciales, le contexte et les connaissances/perceptions sociales, ces deux derniers composent la cognition sociale). On leur explique que quand on souffre de troubles cognitifs heu... de troubles schizophréniques on peut avoir des problèmes de cognition sociale : ce qu'on appelle la cognition chaude parfois sous-entendus par la neurocognition.

Ainsi que permettrait un programme de réhabilitation psychosociale centré sur cette communication non-verbale dans une dynamique de réinsertion sociale ?

C'est juste essentiel puisque justement, c'est ce qui permet aux personnes de s'insérer dans la société. Ça leur permet d'intégrer des groupes beaucoup plus aisément et de travailler sur la coercivité et sur l'estime de soi puisque quand on va intégrer un petit groupe, il faut comprendre les interactions : savoir ce qu'il se passe sans se sentir persécuté. Donc je pense que c'est essentiel après, c'est déjà fait par certains programmes cibles dont je te parlais comme RC2S. On fait d'ailleurs plein d'exercices où certains doivent exprimer une émotion et d'autre deviner celle qui est exprimée. Donc c'est vraiment quelque chose que j'utilise, je me base sur des programmes existants que je modifie en fonction des objectifs et besoins.

Et finalement, qu'est-ce que ce travail a pu apporter au patient ?

Il est beaucoup plus à l'aise en société. Ils comprennent mieux les interactions sociales. Ils perçoivent plus de choses et son plus expressifs. Certains forcent même un peu trop le trait après. Ce travail ce n'est pas réactiver quelque chose d'existant, il faut voir les patients comme des pages blanches où il faut tout réécrire dessus. De plus, il faut aussi travailler

autour des relations amoureuses, car effectivement, il y a beaucoup d'implicite et de jeux ce qui pose souvent soucis.

Oui bien sûr ! J'avais une dernière petite question qui est : « D'après vous en tant qu'ergothérapeute quel est l'intérêt de favoriser la reprise d'occupations des patients atteints de schizophrénie ? »

En fait, plus on favorise les occupations, plus la personne est insérée socialement. Donc c'est important. Quelle qu'elles soient ! Par contre, il faut qu'il y est un équilibre entre les occupations solitaires et les occupations groupales, il faut un peu des deux pour que la personne s'insère dans la société. Car si on favorise beaucoup d'activité solitaire la problématique restera la même. C'est pour ça qu'on travaille beaucoup sur l'équilibre occupationnel. De toute façon, l'occupation est le propre de l'homme. Il faut aider la personne à trouver ce qui est signifiant pour elle et d'essayer qu'elle est une motivation intrinsèque à faire les choses. Car parfois, ce sont leurs parents par exemple qui veulent qu'il fasse des études, car ça fait bien dans la société. La vision de cette société compte beaucoup, on attend certaines choses (il faut travailler, il faut avoir des enfants, un travail etc...) Donc nous, on travaille beaucoup là-dessus en leur demandant ce qu'il souhaite vraiment. Qu'est-ce que vous désirez vous. On va accompagner vers l'autonomie. Toujours penser au pourquoi vous voulez faire ça ? Toujours accompagner le patient dans ce qu'il souhaite. Et surtout se remettre en question en tant que thérapeute ça va aussi être essentiel.

Oui bien sûr ! C'est une parfaite conclusion ! Et bien merci beaucoup, c'était réellement très intéressant ! Auriez-vous des choses à ajouter ?

Je t'en prie et non pas vraiment. N'hésite pas à aller voir certains des programmes que je t'ai cités. C'est très intéressant. Et c'était un plaisir de se pencher sur ton sujet. Il est très pertinent et d'actualité. Continue comme ça et surtout bon courage !!

Merci beaucoup !

Ah et si jamais il y a des questions qui te viennent n'hésite pas à me recontacter.

Merci, c'est vraiment gentil. Je n'hésiterai pas dans ce cas. Bonne fin de journée !

ANNEXE V : Attestation d'enregistrement audio



Association pour le Développement, l'Enseignement et la Recherche en Ergothérapie
Institut de formation en ergothérapie : 52 rue Vitruve, 75020 PARIS
Tél. : 01 43 67 15 70 - Email : ife@adere-paris.fr

**ATTESTATION D'ENREGISTREMENT AUDIO DANS LE CADRE DU
MEMOIRE D'INITIATION A LA RECHERCHE EN ERGOTHERAPIE**

Je soussigné (e) :

.....

Téléphone :

.....

Reconnaissant et acceptant être interviewé, au titre d'ergothérapeute diplômé d'état.

Atteste par la présente avoir accordé un entretien enregistré,

à :

CASTAING Emma

Date de la rencontre :

.....

Lieu de la rencontre :

.....

Fait à :

Le :

Pour valoir ce que de droit,

Signature :

ANNEXE VI : Stades du rétablissement :

Étapes	Trouver et maintenir de l'espoir	Rétablir une identité positive	Trouver un sens à la vie	Prendre la responsabilité de sa vie
Moratoire	Pas d'espoir dans le futur et le rétablissement	Perte de l'identité	Perte du sens de la vie	Impuissance, désespoir, sentiment d'être dépassé
Conscience	Espoir en une amélioration ; conscience que d'autres ont pu s'améliorer	Acceptation de la maladie ; distinction entre la maladie et soi	Donner un sens à la maladie	Désir de prendre soin de soi ; envie de faire face
Préparation	Espoir dans la capacité propre de pouvoir se rétablir	Reconnaissance de ses forces et de ses faiblesses	Établissement de buts pour le futur ; redécouverte de valeurs personnelles	Utilisation des ressources existantes, construction de la confiance en soi ; apprentissage de stratégies pour faire face
Reconstruction	Efforts pour améliorer sa santé. Confiance dans la capacité à se remettre sur les rails	Acceptation de la maladie comme une partie de soi ; découverte de nouveaux aspects de soi ; développement d'une nouvelle identité	La maladie nous apprend quelque chose sur la vie ; engagement dans la vie	Volonté de prendre des risques ; confiance dans la capacité de gérer la maladie ; sentiment d'être responsable de sa vie
Croissance	Bien-être et optimisme envers le futur	Identité différente mais améliorée ; bonheur d'être soi ; sentiment d'accomplissement	Acquisition de nouvelles valeurs dans la vie ; engagement dans de nouveaux projets	Disposition à affronter de nouveaux défis ; capacité à bien gérer la maladie ; sentiment d'être en contrôle de sa vie

Source : FAVROD,J. et al. (2015) *Se rétablir de la schizophrénie : Guide pratique pour les professionnels*. 2^e éd. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson.

ANNEXE VII : Stades du Rétablissement et outils de réhabilitation psychosociale :

Étapes	Interventions principales
Moratoire	<ul style="list-style-type: none"> - Engagement dans la relation et les soins - Normalisation des symptômes psychotiques - Suivi intensif dans le milieu
Conscience	<ul style="list-style-type: none"> - Psychoéducation individuelle et/ou familiale - Thérapie cognitive et comportementale des symptômes psychotiques
Préparation	<ul style="list-style-type: none"> - Thérapie cognitive et comportementale des symptômes psychotiques - Remédiation cognitive - Entraînement des habiletés sociales dans le domaine de la vie domestique, des loisirs, des relations sociales et sentimentales
Reconstruction	<ul style="list-style-type: none"> - Soutien à l'emploi ou à la formation - Emplois transitionnels, stages professionnels - Engagement dans de nouveaux rôles sociaux et de nouvelles activités.
Croissance	

Source : FAVROD,J. et al. (2015) *Se rétablir de la schizophrénie : Guide pratique pour les professionnels*. 2^e éd. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson.

ANNEXE VIII : Outils de réhabilitation psychosociale cités par les ergothérapeutes interrogés

Le tableau ci-dessous a été réalisé à l'aide du site internet **C3RP** (Centre Ressource-Remédiation Cognitive-Réhabilitation Psychosociale)

	Noms	Présentation
REMÉDIATION DE LA COGNITION SOCIALE	IPT : Integrated Psychological Treatment	Ce programme d'approche cognitivo-comportementale est destinée aux patients atteints de schizophrénie. Il se compose de 6 modules « à complexité croissante, il associe un travail sur la remédiation cognitive et un travail sur les habiletés sociales » (communication et résolutions de problèmes).
	EMC : Entraînement métacognitif	Ce programme d'entraînement aux habiletés métacognitives vise à améliorer les interprétations de l'environnement, les relations interpersonnelles et diminuer les fausses croyances en favorisant une meilleure estime de soi
	SCIT: Social Cognition and Interaction Training	La SCIT a pour but d'améliorer la cognition sociale dans la schizophrénie. Il s'agit d'un programme groupal. Il « permet de décliner la cognition sociale à partir de l'émotion jusqu'au interactions sociales en évoquant les biais d'attributions ou pensées automatiques
	GAIA : Global Activation of Intention and Action	Ce programme se base sur la simulation pour remédier aux troubles de la reconnaissance des émotions faciales. Il s'agit d'un programme se déroulant en individuel
	Michael's Game	Ce jeu « s'inspire des thérapies cognitives et permet d'entraîner le raisonnement par hypothèses. Il s'agit d'un jeu progressif

		<p>permettant aux participants de se confronter à des situations de plus en plus complexes et chargées émotionnellement</p>
	<p>TomRemed</p>	<p>« Le programme de remédiation ToMRemed a pour objectif d'améliorer les compétences des personnes souffrant de schizophrénie en Théorie de l'Esprit. La ToM est l'aptitude à prévoir ou à expliquer le comportement d'autrui en lui attribuant des croyances, des souhaits ou des intentions qui sont différents des nôtres. »</p>
	<p>RC2S : Remédiation Cognitive de la Cognition Sociale</p>	<p>« Le programme RC2S se focalise sur les compétences sociales qui permettent une insertion sociale et professionnelle. Il propose aux patients de s'entraîner dans des situations sociales réalistes présentées sur ordinateur. Les participants travaillent ainsi les représentations de soi-même et d'autrui, les relations avec les autres, le comportement social et la gestion des émotions. Les exercices sont individuels et peuvent être adaptés au patient en fonction de son niveau et de son avancement. »</p>
<p>REMEDATION NEUROCOGNITIVE</p>	<p>CRT : Cognitive Remediation Therapy</p>	<p>« Méthode de remédiation neurocognitive s'exerçant en interindividuel. Elle utilise des techniques d'apprentissage variées et progressives ; elle est, de plus, basée sur le principe de l'apprentissage sans erreur. Le programme comprend 3 modules :</p> <ul style="list-style-type: none"> • « Flexibilité cognitive »,

		<ul style="list-style-type: none"> • « Mémoire » • « Planification ».
	<p>RECOS : Remédiation cognitive pour la schizophrénie ou trouble associé</p>	<p>« Thérapie qui vise à aider les patients souffrant de schizophrénie ou d'un trouble associé à améliorer leurs performances au niveau de la mémoire, de la concentration ou du raisonnement. »</p>
<p>REHABILITATION COGNITIVE</p>	<p>RéhaCom</p>	<p>« La thérapie RehaCom peut s'utiliser pour des patients atteints de schizophrénie. Il s'agit d'un entraînement informatique grâce à des logiciels ciblant différentes capacités (attention, mémoire, fonctions exécutives) à raison de séances deux fois par semaine durant dix semaines. Les CD-rom d'entraînement peuvent être utilisés en groupe par le thérapeute, ou au domicile du patient. »</p>
<p>METACOGNITION</p>	<p>PEP'S : Programme Emotions Positives pour la Schizophrénie</p>	<p>« Programme groupal qui cherche à réduire l'anhédonie et l'apathie en augmentant le contrôle cognitif des émotions positives. Il s'agit d'un programme en huit séances d'une heure, administré à l'aide de matériel multimédia (visuel et sonore) présenté sous forme de fichiers PowerPoint projetés sur un écran. »</p>
	<p>MCT : Remédiation cognitive de la métacognition</p>	<p>« Ce programme a pour objectif d'améliorer la « métacognition » c'est-à-dire la compréhension et la connaissance de ses propres pensées. Ce programme travaille sur différents thèmes comme :</p>

		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Les sauts aux conclusions : c'est le fait de juger d'une situation trop rapidement, sans prendre en compte toutes les informations normalement nécessaires pour faire un jugement (exemple : ce collègue ne m'a pas salué, cela veut dire qu'il ne m'aime pas). ▪ La théorie de l'esprit : capacité à attribuer des pensées, des émotions à autrui ▪ La confiance en soi »
<p style="text-align: center;">Réentrainement aux habiletés sociales</p>	<p style="text-align: center;">DIXILUDO</p>	<p>« Les objectifs du groupe de conversation et du jeu Dixiludo sont de recréer, de remettre en jeu les principes de base de la conversation : être capable de comprendre une question et d'y répondre et être apte à poser une question et de comprendre la réponse donnée.</p> <p>L'évaluation des capacités d'expression et/ou des difficultés relationnelles peut se faire grâce à la mise en situation induite par le jeu. Rapidement, en une ou deux séances, on évalue les capacités verbales et non-verbales tels que le contenu verbal, l'intonation de la voix, le niveau d'énergie, l'attitude, la cohérence et la cohésion des propos, les relations interpersonnelles... et ceci au travers de différents niveaux de dévoilement de soi. »</p>

	<p>TEM : Test des errances multiples</p>	<p>Le Test des Errances Multiples est un test dit « écologique » évaluant plus spécifiquement les fonctions exécutives dans des situations de vie quotidienne.</p>
	<p>PRACS : Programme de Renforcement de l'Autonomie et des Capacités Sociales</p>	<p>« Le Programme de Renforcement de l'Autonomie et des Capacités Sociales (PRACS) est un outil de réhabilitation psychosociale pour des pratiques orientées vers le rétablissement. Le PRACS a été créé dans l'objectif d'aider à trouver des solutions concrètes aux problèmes de la vie quotidienne. En favorisant l'acquisition de compétences sociales et en renforçant les sentiments de responsabilité et d'autonomie, le PRACS permet aux participants de redevenir des agents actifs et décisionnaires de leur vie. Ce programme, orienté sur le développement de la valeur du rôle social, aide les participants à retrouver un niveau d'autonomie compatible avec une vie sociale et relationnelle satisfaisante. »</p>
	<p>ELADEB (bilan : Auto-évaluation)</p>	<p>« ELADEB est une échelle de mesure subjective des difficultés et du besoin d'aide de la personne évaluée. Le tri d'une série de cartes thématiques effectué par la personne concernée permet de dresser rapidement son profil de difficultés psychosociales et de mettre en évidence les domaines dans lesquels elle estime avoir besoin d'une aide supplémentaire. Cet outil peut être employé dans différents</p>

		contextes cliniques et convient particulièrement aux personnes peu verbales, maîtrisant mal le français et plutôt réticentes devant des questionnaires classiques. »
Psychoéducation	ArchiMed	« ArchiMed est un outil d'autoévaluation des risques liés à la prise en charge médicamenteuse dans un établissement de santé, élaboré à partir de l'outil Inter Médicaments construit par l'Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médicosociaux (ANAP) »

Sources :

- Gallois, J. (2019). Les principaux programmes de remédiation cognitive. Consulté le 4 avril 2021, à l'adresse <https://www.collectif-schizophrenies.com/les-prises-en-charges/les-principaux-programmes-de-remediation-cognitive>
- C3RP. (2020, 20 janvier). Remédiation cognitive et réhabilitation psychosociale. Consulté le 4 avril 2021, à l'adresse <https://c3rp.fr/>
- Centre ressource en réhabilitation. (2021, 21 avril). Outils de la réhabilitation. Consulté le 4 avril 2021, à l'adresse <https://centre-ressource-rehabilitation.org/-outils-de-la-rehabilitation->
- Weka. (s. d.). ArchiMed, un outil de la sécurisation du médicament. Consulté le 4 avril 2021, à l'adresse <https://www.weka.fr/sante/dossier-pratique/maitrise-des-risques-et-de-la-qualite-dt86/archimed-un-outil-de-la-securisation-du-medicament-5442/>

ANNEXE IX : Pyramide de MASLOW :



Source :

Claude, G. (2020a, janvier 27). La pyramide de Maslow. Consulté le 20 mai 2021, à l'adresse <https://www.scribbr.fr/methodologie/pyramide-de-maslow/#:%7E:text=La%20pyramide%20de%20Maslow%2C%20aussi%20appel%C3%A9%20E2%80%9Cpyramide%20des,cat%C3%A9goriser%20les%20besoins%20d%E2%80%99un%20groupe%20ou%20d%E2%80%99un%20individu>

ANNEXE X : Les Habiletés Sociales :

Groupe I. Habiletés sociales de base [communication]

- | | |
|---------------------------------|-----------------------------|
| 1. Écouter | 2. Amorcer une conversation |
| 3. Entretenir une conversation | 4. Poser une question |
| 5. Dire merci | 6. Se présenter |
| 7. Présenter d'autres personnes | 8. Faire un compliment |

Groupe II. Habiletés sociales avancées [communication]

- | | |
|---------------------------|----------------------------|
| 9. Demander de l'aide | 10. Se joindre à un groupe |
| 11. Donner des directives | 12. Suivre des directives |
| 13. S'excuser | 14. Convaincre |

Groupe III. Habiletés permettant de composer avec ses sentiments

- | | |
|--|--|
| 15. Reconnaître ses sentiments | 16. Exprimer ses sentiments |
| 17. Comprendre les sentiments d'une autre personne | 18. Composer avec la colère d'une autre personne |
| 19. Exprimer de l'affection | 20. Composer avec la peur |
| 21. Se récompenser | |

Groupe IV. [Habiletés permettant de développer des] solutions de rechange à l'agression

- | | |
|-------------------------------------|-----------------------------|
| 22. Demander une permission | 23. Partager |
| 24. Aider les autres | 25. Négocier |
| 26. Faire preuve de maîtrise de soi | 27. Faire valoir ses droits |
| 28. Bien réagir aux taquineries | 29. Éviter les ennuis |
| 30. Ne pas se mêler des bagarres | |

Groupe V. Habiletés permettant de gérer son stress

- | | |
|--|--|
| 31. Se plaindre de ce qui ne va pas | 32. Répondre à une plainte |
| 33. Se montrer beau joueur après une partie | 34. Composer avec la gêne |
| 35. Composer avec le fait d'être laissé de côté | 36. Se porter à la défense d'un ami |
| 37. Répondre de façon appropriée à la persuasion | 38. Réagir à l'échec de façon constructive |
| 39. Composer avec des messages contradictoires | 40. Réagir correctement à une accusation |
| 41. Se préparer pour une conversation difficile | 42. Supporter la pression d'un groupe |

Groupe VI. Habiletés de planification

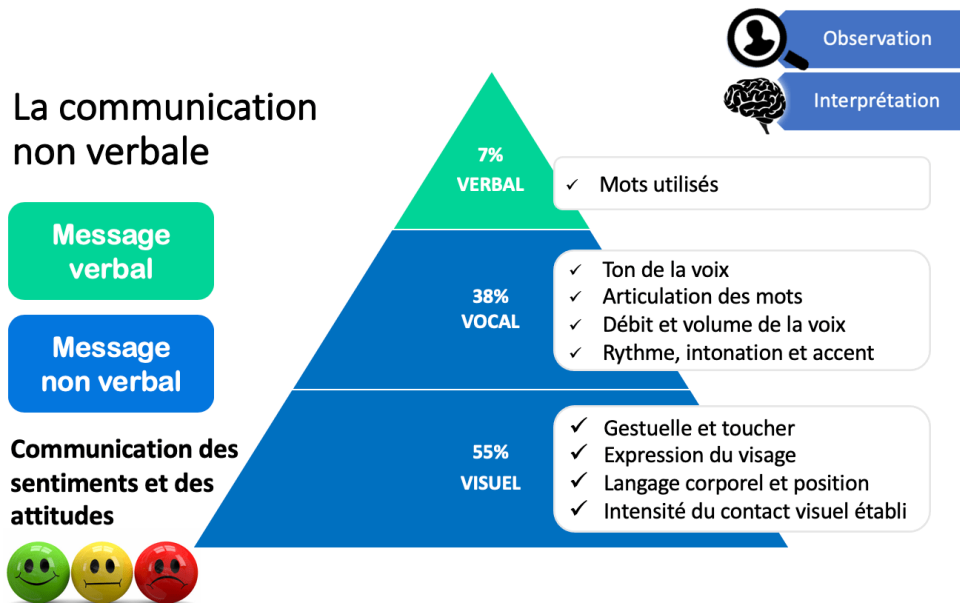
- | | |
|---------------------------------|---|
| 43. Décider une action | 44. Déterminer la cause d'un problème |
| 45. Se fixer un objectif | 46. Connaître ses habiletés |
| 47. Rassembler de l'information | 48. Placer les problèmes par ordre d'importance |
| 49. Prendre une décision | 50. Se concentrer sur une tâche |

Source :

50 habiletés sociales proposée par Goldstein (1999) traduit par Egide Royer, Céline Morand, Martin Gendron (2005).

ANNEXE XI : La communication non-verbale :

❖ Les composantes de la communication :



Source : [Illustration]. (s. d.). *La communication non verbale*. Consulté à l'adresse <https://pto.coachmelan.com>

❖ Déclinaison de la communication non-verbale :



Source : Souiller, C. (2013, août 20). *La communication non verbale* [Illustration]. Consulté à l'adresse <http://www.vocalia.net/les-elements-de-la-communication-non-verbale>

Communication, schizophrénie et réhabilitation psychosociale. L'ergothérapie au cœur de ce triangle complexe.

Résumé

Mots clé : Réhabilitation Psychosociale - Schizophrénie - Communication non-verbale - Réinsertion sociale – Ergothérapie

Les personnes souffrant de schizophrénie présentent de grandes difficultés de communication. Les retentissements dans la sphère sociale sont importants. Leurs symptômes et la stigmatisation dont ils sont victimes rendent difficile leur intégration dans la société. C'est pourquoi l'offre de soin en psychiatrie tend à évoluer vers une approche en réhabilitation psychosociale, qui vise le rétablissement en favorisant l'autonomie et l'indépendance dans la communauté. De plus, le développement de l'ergothérapie en psychiatrie offre une nouvelle vision et de nouvelles perspectives à ces prises en soins. Ce mémoire a pour objectif de découvrir en quoi l'accès à la communication non-verbale d'un patient souffrant de schizophrénie peut favoriser sa réhabilitation psychosociale. Sept ergothérapeutes ont été interrogées par le biais d'entretiens semi-directifs. Les résultats ont montré que la communication non-verbale est un outil de vie quotidienne indispensable posant de grandes difficultés à ces patients. Les ergothérapeutes voient en la réhabilitation, un moyen menant au rétablissement et la réinsertion. Ils vont utiliser ses principes et outils afin de permettre à la personne de transférer ses nouvelles compétences en termes de communication non-verbale dans sa vie quotidienne, grâce à un accompagnement adapté aux capacités, incapacités, désirs et projet de vie du patient.

Abstract

Keywords : Psychosocial rehabilitation - Schizophrenia - Non-verbal communication - Social reintegration - Occupational therapy

People with schizophrenia have great communication difficulties. The repercussions in the social sphere are significant. Their symptoms and stigma that they are victims makes it difficult for them to integrate into society. This is why the provision of psychiatric care is tending to evolve towards a psychosocial rehabilitation approach, which aims at recovery by promoting autonomy and independence in the community. Moreover, the development of occupational therapy in psychiatry offers a new vision and new perspectives to this care. The thesis aims to find out how access to non-verbal communication of a patient suffering from schizophrenia can promote his psychosocial rehabilitation. Seven occupational therapists were interviewed using semi-structured interviews. The results showed that non-verbal communication is an indispensable tool for everyday life that poses great difficulties for these patients. Occupational therapists see in this approach a means to recovery and social reintegration. They will use these principles and tools to enable the person to transfer their new skills in terms of non-verbal communication into their daily life, with the help of support adapted to the patient's abilities, disabilities, desires, and life plan.

CASTAING Emma

Sous la direction de Madame HAINE Marianne