



Institut de Formation
En
Ergothérapie
- Toulouse -



Schizophrénie, sentiment d'auto-stigmatisation et inclusion sociale : intérêt de l'empowerment dans l'accompagnement en ergothérapie

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

Directrice de mémoire : Marine LETELIER

Lucile CORAZZA

Mai 2022

Promotion 2019-2022

Engagement et autorisation

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

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

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

Fait à **Toulouse**,

Le **9/05/2022**

Signature du candidat :

A handwritten signature in black ink, consisting of a stylized 'L' and 'C' intertwined, with a long horizontal stroke extending to the right.

Note au lecteur

Ce travail est réalisé conformément à l'Arrêté du 5 juillet 2010 relatif au Diplôme d'État d'Ergothérapeute :

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

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

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

Extrait du guide méthodologique : « Le mémoire d'initiation à la recherche offre la possibilité à l'étudiant d'approfondir des aspects de la pratique professionnelle. Il permet l'acquisition de méthodes de recherches, d'enrichissements de connaissances et de pratiques en ergothérapie. Il inscrit l'étudiant dans une dynamique professionnelle qui tend à développer le savoir agir, vouloir agir et pouvoir agir de l'étudiant (Le Boterf, 2001), ainsi que sa capacité d'analyse réflexive sur la pratique professionnelle. Il favorise l'esprit critique et l'acquisition d'une méthodologie conforme à la recherche académique, ce qui facilite l'accès à un parcours universitaire. »

Remerciements

Je tiens d'abord à remercier Marine Letelier, pour son accompagnement et ses conseils précieux tout au long de ce travail de recherche.

J'aimerais remercier les professionnels ayant participé à cette étude pour le temps qu'ils m'ont accordé et la richesse de nos échanges.

Merci aux formateurs et à l'équipe pédagogique de l'Institut de Formation en Ergothérapie de Toulouse pour leur bienveillance, leur bonne humeur et la transmission de leur savoir. Ainsi qu'aux patients-experts pour ces magnifiques rencontres, véritables leçons de vie. Merci à vous de m'avoir aidé à bâtir mon identité professionnelle (et même personnelle !)

Je souhaite également remercier ma famille pour leur soutien et les moments magiques passés en leur compagnie. Merci à toi Maman de m'avoir toujours suivi jusqu'au bout de mes projets, merci d'avoir toujours cru en moi et d'avoir aidé à construire la personne que je suis aujourd'hui.

Un grand merci à Andreï et Adriana pour leur générosité et le temps qu'ils ont consacré à la relecture de ce long travail.

Merci à la promotion pour leur entraide et leur soutien au cours de ces trois années de formation. Une mention particulière pour toi Fanny et à la belle personne que tu es.

Et surtout, je souhaite te remercier toi, Cosma, pour ton amour inconditionnel et ton soutien sans faille. Merci de m'avoir poussé à me surpasser et à devenir quelqu'un de plus fort chaque jour.

TABLE DES MATIÈRES

| | |
|---|----|
| INTRODUCTION..... | 1 |
| CADRE THEORIQUE..... | 3 |
| I. La schizophrénie..... | 3 |
| A. Contexte et épidémiologie | 3 |
| B. Les symptômes..... | 3 |
| C. Les répercussions dans le quotidien | 5 |
| II. Stigmatisation, autostigmatisation et inclusion sociale | 7 |
| A. La stigmatisation | 7 |
| B. L'autostigmatisation dans la schizophrénie..... | 8 |
| C. L'inclusion sociale..... | 10 |
| III. L'ergothérapie en santé mentale..... | 11 |
| A. L'intervention en santé mentale centrée sur le rétablissement..... | 11 |
| B. L'empowerment..... | 13 |
| C. Ergothérapie, rétablissement et empowerment | 14 |
| D. Le Modèle de l'Occupation Humaine (MOH)..... | 15 |
| PROBLEMATISATION | 18 |
| PARTIE EXPLORATOIRE | 19 |
| IV. Méthodologie de recherche | 19 |
| A. Choix de l'outil | 19 |
| B. Construction du guide d'entretien..... | 20 |
| C. Critères d'inclusion et sélection des participants | 21 |
| D. Passation des entretiens..... | 21 |
| E. Présentation de l'outil d'analyse des résultats | 22 |
| V. Analyse des résultats..... | 24 |
| VI. Discussion | 31 |
| A. Interprétation des résultats en lien avec les hypothèses..... | 31 |
| B. Les limites | 35 |
| C. Perspectives professionnelles..... | 36 |
| CONCLUSION | 37 |

| | |
|--|----|
| BIBLIOGRAPHIE | 39 |
| TABLE DES ANNEXES | 47 |
| ANNEXE I : Critères diagnostiques de la schizophrénie du DSM-5..... | 1 |
| ANNEXE II : Les différences entre la stigmatisation publique et l'autostigmatisation (Corrigan, 2005) | 3 |
| ANNEXE III : Les cinq processus de rétablissement personnel (Leamy et al., 2011) | 4 |
| ANNEXE IV : Typologie et composantes de l'empowerment (Ninacs, 2003) | 5 |
| ANNEXE V : Le Modèle de l'Occupation Humaine (Kielhofner, 1980) | 6 |
| ANNEXE VI : Guide d'entretien | 7 |
| ANNEXE VII : Formulaire de consentement | 9 |
| ANNEXE VIII : Codage des entretiens en unité syntaxique et sémantique..... | 10 |
| ANNEXE IX : Grille d'analyse thématique transversale | 16 |
| ANNEXE X : Retranscription de l'entretien 1 | 22 |
| ANNEXE XI : Retranscription de l'entretien 2 | 31 |
| ANNEXE XII : Retranscription de l'entretien 3 | 40 |
| ANNEXE XIII : Retranscription de l'entretien 4..... | 47 |

"Enseigner la compréhension entre les humains est la condition et le garant de la solidarité intellectuelle et morale de l'humanité."

Edgard Morin

INTRODUCTION

Parmi les 10 pathologies les plus préoccupantes du XXIème siècle, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) classe 5 maladies mentales incluant la schizophrénie.

En 2022, l'OMS estime que 24 millions de personnes dans le monde en seraient atteintes, soit 0,3% de la population. Les symptômes de cette pathologie vont impacter le fonctionnement des personnes affectées dans tous les domaines de la vie quotidienne, ce qui la rend particulièrement invalidante.

Selon l'OMS, la stigmatisation et les discriminations sont des phénomènes auxquels les personnes atteintes de schizophrénie sont couramment confrontées.

En conséquence, ces données traduisent et révèlent que la schizophrénie constitue un enjeu public en matière de santé mentale.

J'ai découvert le domaine d'étude de la santé mentale lors d'un stage de deuxième année. J'ai pu, à cette occasion, appréhender et approfondir la diversité des accompagnements en ergothérapie auprès de personnes atteintes de schizophrénie : à savoir la réadaptation, la réhabilitation psychosociale ou encore la domiciliation.

Ces différents champs d'action de la pratique des ergothérapeutes permettent d'assurer une continuité dans le parcours de soins du patient, dont l'objectif est son rétablissement.

Ce stage m'a permis d'avoir des échanges suivis avec les patients atteints de schizophrénie, qui ont été l'occasion d'observer et d'étudier la représentation que ces personnes se faisaient d'elles-mêmes. J'ai pu constater que certains parmi eux se dévalorisaient souvent, en mettant en doute leur capacité à agir (« *je m'en sens pas capable* ») alors que d'autres avaient tendance à s'exclure eux-mêmes des interactions avec les autres, en leur attribuant d'emblée des opinions négatives à leur sujet.

Les activités de recherche menées à travers ces échanges, m'ont conduit à considérer que ces phénomènes observés pouvaient relever de l'auto-stigmatisation, c'est-à-dire le fait que le patient internalise les stéréotypes véhiculés par la société et liés à sa pathologie, la schizophrénie. L'auto-stigmatisation va souvent entraîner des restrictions de participation, par exemple en empêchant le patient d'oser agir ou encore d'aller vers les autres.

Ce cheminement m'a amené à choisir le double questionnement suivant comme point de départ :

Par quels moyens l'ergothérapeute pourrait contribuer, via l'activité, à corriger ou réduire le sentiment de stigmatisation de certains patients ?

Comment l'accompagnement en ergothérapie pourrait permettre l'inclusion sociale de ces patients ?

Pour répondre à ces interrogations, la structure de ce mémoire va comporter trois grandes parties.

La première partie est dédiée au cadre théorique. Les concepts explicités sont ceux présents dans ma question de départ. Dans un premier temps, je vais présenter le contexte, l'épidémiologie et la symptomatologie de la schizophrénie ainsi que ses répercussions dans le quotidien de la personne atteinte par cette pathologie. Ensuite, j'approfondirai au regard de la littérature de spécialité les termes *stigmatisation*, *auto-stigmatisation* et *inclusion sociale*. Enfin, je ferai le lien avec l'ergothérapie en santé mentale. Les concepts de rétablissement et d'empowerment seront également développés durant cette première partie. Je ferai aussi un lien avec une des théories utilisées en ergothérapie, le Modèle de l'Occupation Humaine. Ce cadre théorique aboutit à la formulation de la question de recherche ainsi qu'aux hypothèses que j'ai pu émettre.

La seconde partie de mon mémoire est consacrée à la description de la méthodologie utilisée et à l'analyse des résultats. Les différentes phases de construction de mon outil de recherche ainsi que la méthodologie choisie pour l'analyse des résultats en seront détaillées. Il s'en suivra une présentation des résultats et une analyse des résultats.

La troisième partie est consacrée à la discussion des résultats obtenus par les entretiens. Cette discussion comprendra la confrontation entre les résultats constatés et mes hypothèses de recherche. Les limites de ce travail et les perspectives seront également évoquées dans cette partie. Enfin, je finirai ce mémoire d'initiation à la recherche par une conclusion reprenant les principaux éléments établis au long de ce travail.

CADRE THEORIQUE

I. La schizophrénie

La schizophrénie est une pathologie psychiatrique chronique faisant partie des troubles psychotiques.

Autrefois appelée « démence précoce » par Emil Kraepelin, le terme *schizophrénie* est proposé par Eugène Bleuler en 1911. Ce terme provient du grec, *schizo* signifie fractionnement/fendre et *phren* veut dire esprit. Littéralement, la schizophrénie se définit comme un fractionnement de l'esprit.

A. Contexte et épidémiologie

D'après l'OMS, environ 0,3% de la population mondiale serait atteinte de schizophrénie. En France, 600 000 personnes seraient concernées par cette pathologie psychiatrique.

La schizophrénie toucherait autant les femmes que les hommes. Elle se déclenche généralement pendant la période de l'adolescence, entre 15 et 25 ans. Son apparition serait plus précoce chez les hommes que chez les femmes (INSERM, 2017).

L'étiologie de la schizophrénie est plurifactorielle : le déclenchement de la maladie résulterait d'interactions complexes entre la génétique et l'environnement.

Parmi les facteurs environnementaux, trois ont été recensés dans la littérature comme facteurs de risque : vivre dans un milieu urbain, être déraciné ou immigré et la consommation de substances psychotropes, notamment du cannabis (Vilain et al., 2012).

B. Les symptômes

Le diagnostic de la schizophrénie est posé par un médecin selon les critères diagnostiques définis par le DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders). Il s'agit de la dernière version du « Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux » dont la dernière version a été traduite en juin 2015 en français ([ANNEXE I](#)).

La schizophrénie se caractérise par l'association de symptômes appartenant à trois grandes dimensions : positive, négative et désorganisée (Franck, 2013).

Les symptômes positifs correspondent à une modification du vécu de la personne. La relation à son environnement et à son propre corps est perturbée.

Les hallucinations et les idées délirantes sont les deux symptômes positifs les plus manifestes. Les hallucinations se définissent comme des perceptions sans objet. Elles sont le plus souvent auditives et en général verbales (Franck, 2013). Elles peuvent être sensorialisées, ce sont les hallucinations psycho-sensorielles acoustico-verbales (HAV) ou alors intrapsychiques, ce sont les hallucinations psychiques. Même si les HAV sont les plus fréquentes, d'autres types d'hallucinations existent : cénesthésiques, olfactives, psychomotrices, visuelles et tactiles. Les idées délirantes résultent d'une altération du cours de la pensée. Elles se définissent selon le DSM-5 par « une croyance erronée fondée sur une déduction incorrecte concernant la réalité extérieure, fermement soutenue en dépit de l'opinion très généralement partagée et de tout ce qui constitue une preuve incontestable et évidente du contraire ».

Il existe plusieurs mécanismes propres aux idées délirantes : hallucinatoire, interprétatif, imaginatif et intuitif. Leur contenu, appelé thème, peut prendre de nombreuses formes : la persécution, l'influence, les convictions mystiques, de référence, la possession, l'hypocondrie et la mégalomanie.

Les autres symptômes positifs impliquent l'intervention d'autrui dans les pensées de la personne. Nous pouvons citer le syndrome d'influence, les pensées imposées, la diffusion de la pensée ou encore le vol de la pensée (Franck, 2013).

Les symptômes négatifs de la schizophrénie sont la « conséquence 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 » (Franck, 2013) et se traduisent sur les plans comportemental et affectif. Ainsi, ils se divisent eux-mêmes en deux dimensions de symptômes : l'apathie et la diminution de l'expressivité (Klaus, Dorsaz, Kaiser, 2018). Les symptômes d'apathie comprennent l'avolition (perte d'initiation et de poursuite d'une activité), l'anhédonie (perte de plaisir durant une activité) et l'asocialité (perte d'intérêt et de participation les relations sociales). Tandis que l'alogie (réduction de la quantité de mots exprimés) et l'émoussement affectif (diminution de l'expression des émotions) correspondent aux symptômes de diminution de l'expressivité (Klaus, Dorsaz, Kaiser, 2018).

Enfin, les symptômes de désorganisation se définissent par une incapacité à construire un comportement ou un discours cohérents (Franck, 2013). Ils peuvent engendrer des troubles du cours de la pensée et du langage comme des barrages (arrêt de discours brutal) ou encore

une incohérence du discours. Les troubles du comportement et de l'affectivité comme une bizarrerie ou encore une ambivalence affective (rires immotivés) font partie des symptômes de désorganisation.

Au-delà de ces trois catégories de symptômes, la sphère neurocognitive est souvent impactée. Selon le DSM-5, un trouble neurocognitif se définit par une réduction acquise, significative et évolutive des capacités dans un ou plusieurs domaines cognitifs. La prévalence des ces troubles est élevée chez les personnes atteintes de schizophrénie, elle est estimée à 70-80% (Heinrichs, Zakzanis, 1998). Les altérations de la sphère cognitive les plus fréquentes concernent la mémoire, l'attention, la vitesse de traitement et les fonctions exécutives (Prouteau, 2011).

Néanmoins, la clinique de la schizophrénie se manifeste de façon hétérogène en fonction des individus. En ce sens, il est préférable d'utiliser la terminologie de schizophrénies (Madigand, 2019). Au sein des classifications diagnostiques, plusieurs formes cliniques sont distinguées.

La schizophrénie est dite paranoïde lorsque les symptômes positifs sont prédominants ; désorganisée lorsque les symptômes de désorganisation sont au premier plan et indifférenciée quand il n'y a pas de prédominance de catégories et que les symptômes sont peu intenses, ils correspondent en général aux symptômes négatifs.

Plus rarement, la schizophrénie catatonique se caractérise par la présence de troubles moteurs spécifiques. Enfin, la schizophrénie résiduelle est une forme évolutive de la schizophrénie qui se définit par une symptomatologie négative peu intense (Franck, 2013).

C. Les répercussions dans le quotidien

Les symptômes de la schizophrénie vont impacter le quotidien des personnes et engendrer de nombreuses limitations.

Les difficultés d'insertion professionnelle sont soulignées dans la littérature. En effet, en Europe, 80 % des individus souffrant de schizophrénie sont sans emploi (Thornicroft et al., 2004.). Par ailleurs, les troubles de cognition sociale, correspondant à « *l'ensemble des processus de traitement de l'information qui sous-tendent les relations interpersonnelles* » auraient un retentissement majeur sur l'insertion professionnelle (Franck, 2013). Tandis que

la performance au travail serait influencée par la métacognition, c'est à dire à l'évaluation et la régulation de ses propres processus cognitifs (Quiles et al. 2013).

Un autre domaine qui va être particulièrement touché est le fonctionnement social et affectif. En effet, selon une étude polonaise réalisée sur un échantillon de 202 personnes atteintes de schizophrénie dans des centres de santé mentale, 87% se sentaient rejetés par les autres et 50% avaient des ruptures de contact interpersonnel (Cechnicki et al, 2011). Une étude s'intéressant aux impacts personnels de la schizophrénie en Europe a révélé que, sur un échantillon de 404 personnes, 65% sont célibataires (Thornicroft et al., 2004).

Ces difficultés sociales vont engendrer une souffrance et impacter leur bien-être. En effet, selon une étude mesurant la qualité de vie, les personnes atteintes de schizophrénie sont en général moins satisfaites de leur vie en général, de leurs relations familiales et de leurs relations sociales, en comparaison à un groupe témoin. (Proutau, 2009).

La sphère occupationnelle va également être impactée. En effet, Lipskaya-Velikovsky (2016) a réalisé une étude comparative sur la participation à la vie quotidienne des personnes atteintes de schizophrénie par rapport à celle de la population générale. Les résultats montrent que les personnes souffrant de schizophrénie participent à moins d'activités et ont tendance à les réaliser seules.

Il est important de souligner que les difficultés doivent être considérées de manière individuelle en raison du caractère hétérogène de la sémiologie de la schizophrénie. Toutefois, les données trouvées dans la littérature montrent que la maladie peut avoir un retentissement majeur dans tous les domaines de la vie quotidienne de la personne (personnel, familial, relationnel, occupationnel ou encore socioprofessionnel), qui peuvent conduire à d'importantes restrictions de participation.

II. Stigmatisation, autostigmatisation et inclusion sociale

A. La stigmatisation

Erving Goffman a été le premier à décrire le concept de stigmatisation au début des années 1960. Selon lui, ce phénomène a lieu lorsqu'une personne présente un attribut singulier qui varie par rapport aux modèles offerts par son proche environnement. Cet attribut spécifique va modifier la relation aux autres et va conduire à la disqualifier en situation d'interaction (Goffman, 1963, cité par Derguy, Aubé et Belme, 2019).

La déviation de traits personnels est reconnue par Goffman comme une des trois formes de stigmatisation. Elle englobe les troubles psychiques qui sont perçus comme un écart à la norme. En ce sens, la schizophrénie est donc source de stigmatisation.

Corrigan (2005) distingue trois types de stigmatisation : la stigmatisation publique, la stigmatisation structurelle et l'auto-stigmatisation.

Dans cette partie, nous traiterons de la stigmatisation publique et structurelle. L'auto-stigmatisation fera l'objet de la partie suivante (II. B).

La stigmatisation publique renvoie aux réactions du grand public envers les personnes atteintes de schizophrénie. Ces réactions peuvent prendre la forme de stéréotypes, c'est-à-dire des croyances négatives concernant un groupe (Corrigan, 2005).

Selon une enquête nationale française sur les connaissances, attitudes et comportements vis-à-vis de la schizophrénie, 65% des répondants considéraient les personnes atteintes de schizophrénie comme dangereuses pour les autres (Durand-Zaleski et al, 2012), et moins capables de s'insérer dans la société comparativement à d'autres maladies mentales.

Les préjugés constituent un accord avec le stéréotype (réponse cognitive) et engendrent une réaction émotionnelle négative (réponse émotionnelle). Selon la même étude, comparativement au trouble bipolaire et à l'autisme, les personnes atteintes de schizophrénies génèrent une plus grande peur et méfiance.

Enfin, la discrimination est la réponse comportementale aux préjugés. Une discrimination est définie par le Défenseur des Droits en 2001, « *comme un traitement défavorable qui doit généralement remplir deux conditions cumulatives : être fondé sur un*

critère défini par la loi (sexe, âge, handicap...) et relever d'une situation visée par la loi (accès à un emploi, un service, un logement...). » Le harcèlement, consistant en des comportements ou remarques répétés portant atteinte à l'intégrité d'une personne, est considéré par la loi comme une forme de discrimination.

Selon l'enquête nationale française citée, 30% des participants refuseraient de travailler avec une personne atteinte de schizophrénie et 24 % n'accepteraient pas de vivre avec un proche atteint de schizophrénie. De plus, d'après un rapport de la Haute Autorité de Santé paru en juillet 2011, les personnes atteintes de schizophrénie sont 7 fois plus souvent victimes d'agressions que la population générale.

Par ailleurs, la stigmatisation perçue par les personnes atteintes de schizophrénie va engendrer de réelles souffrances chez ceux qui en font l'expérience. En effet, selon une étude, les personnes vivant avec un trouble mental affirment davantage souffrir de la stigmatisation que des symptômes de la maladie elle-même (Hamilton et al, 2016).

La stigmatisation structurelle englobe les institutions (médias, justice, lois...). Corrigan la définit comme « *un ensemble distinct de politiques des secteurs public et privé dont les conséquences involontaires restreignent les opportunités des membres des groupes minoritaires.* » (Corrigan, 2005).

Au Canada, une étude a réalisé une analyse rétrospective des articles de journaux traitant de la maladie mentale de 2005 à 2010 pour coder leur contenu. Les résultats montrent que 40% des articles faisaient référence directement à la violence, le danger et la criminalité (Whitley, Berry, 2013)

Le traitement médiatique majoritairement négatif alimente les stéréotypes autour de la schizophrénie et contribue à une vision péjorative de la personne affectée, ce qui peut renforcer la stigmatisation publique.

B. L'autostigmatisation dans la schizophrénie

La stigmatisation publique perçue va engendrer chez la personne affectée un désir de distance sociale avec les autres mais ses effets vont aussi se manifester à l'échelle de la personne stigmatisée par un processus d'autostigmatisation provenant d'une internalisation de la stigmatisation (Lambooy et al, 2013).

L'internalisation de la stigmatisation est également appelée stigmatisation intériorisée, stigmatisation internalisée ou encore ou auto-stigmatisation.

Peu d'études ont exploré la prévalence de la stigmatisation intériorisée auprès de personnes atteintes de schizophrénie. Cependant, il s'agit d'un phénomène courant en santé mentale car selon une étude réalisée auprès d'un échantillon de 144 personnes ayant reçu un diagnostic de maladie mentale, 36% en seraient affectées (West et al., 2011).

West et al. (2011) définissent le processus d'intériorisation de la stigmatisation comme : *« une conséquence des attitudes stigmatisantes de la société est que les personnes avec une maladie mentale commencent souvent par intérioriser ces croyances stigmatisantes, qui en retour érodent des croyances antérieures plus positives sur eux-mêmes. Durant ce processus, une personne perd l'identité précédente pendant que l'identité de malade devient dominante. »*

Selon la société pour les troubles de l'humeur au Canada, l'auto-stigmatisation se produit *« lorsque vous commencez à penser que vous méritez de vous faire injurier et de vous faire bloquer l'accès à des possibilités »*.

Une étude intitulée « Stigmatisation internalisée dans la schizophrénie et liens avec les attitudes dysfonctionnelles » décrit les répercussions de l'auto-stigmatisation dans la vie quotidienne. Parmi celles-ci, nous pouvons citer : l'isolement social, les attitudes de retrait, l'inhibition, des difficultés à obtenir un logement et un emploi, des conduites d'évitement, le fait de s'attendre à être rejeté par les autres, les pertes d'opportunités socio-économiques, la précarité ou encore l'auto-dénigrement avec des sentiments de honte et culpabilité (Park, 2013). Cette liste est complétée par : une diminution de l'estime de soi, une dépréciation de soi et de ses compétences, une faible qualité de vie et une peur des échanges sociaux (Rüsch, 2005).

Finalement, Corrigan (2005) explique les différents niveaux de l'auto-stigmatisation ([ANNEXE II](#)). D'abord, l'Etre va être impacté dans sa dimension la plus fondamentale par la modification de la représentation de soi et de son identité. Il va s'attribuer des stéréotypes négatifs par rapport à lui-même (faiblesse de caractère, incompetence). Puis il va s'appliquer ces stéréotypes ce qui va contribuer à engendrer des états émotionnels négatifs et une dévalorisation de lui-même (faible estime de soi et faible sentiment d'auto-efficacité). En conséquence, la personne peut être confrontée à des restrictions de participation dans ces activités signifiantes et significatives (emploi, logement, loisirs...) ; ce qui va à l'encontre de l'inclusion sociale.

C. L'inclusion sociale

Plusieurs définitions sont données dans le monde. En Allemagne, le sociologue Niklas Luhmann a utilisé la notion d'inclusion sociale pour caractériser les rapports entre les individus et les systèmes sociaux.

Au Canada, prévaut une perception plus utilitaire et opérative, selon laquelle l'inclusion sociale « *consiste à faire en sorte que tous les enfants et adultes aient les moyens de participer en tant que membres valorisés, respectés et contribuant à leur communauté et à la société* » (Laidlaw Foundation, Toronto). Cinq pierres angulaires ont été identifiées pour faire avancer ces objectifs : la reconnaissance valorisée, les opportunités de développement humain, l'implication et l'engagement, la proximité, le bien-être matériel.

La Commission Européenne (2011) définit l'inclusion sociale comme un processus « *permettant aux personnes en danger de pauvreté et d'exclusion sociale de bénéficier des possibilités et des ressources nécessaires pour participer à la vie économique et sociale, en jouissant d'un mode de vie considéré comme normal dans la société dans laquelle ils vivent* ».

Le Think tank européen Pour la Solidarité opère cette distinction en parlant « d'inclusion active » qui consiste à intégrer les personnes au marché du travail et « d'inclusion des groupes vulnérables » qui vise à les protéger de l'exclusion sociale (Bouquet, 2015). « *L'inclusion ne se résume pas à des processus d'insertion professionnelle et d'intégration économique, elle consiste aussi en une participation sociale, culturelle et civique à la société.* » (Lebrun, 2009)

En France, la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, reconnaît les troubles psychiques comme un handicap en lien avec les limitations d'activité et restrictions de participation dans la société. Cette reconnaissance vise à en réduire les conséquences concernant la stigmatisation et la discrimination.

Ces objectifs d'inclusion sociale se retrouvent au niveau national par la mise en place en 2018 d'une feuille de route en santé mentale et psychiatrie, en cohérence avec les stratégies nationales de santé pour la période 2018-2022. Cette feuille de route se décline par la mise en œuvre d'actions concrètes dont un des trois axes principaux est « Améliorer les conditions de vie et d'inclusion sociale et la citoyenneté des personnes en situation de handicap

psychique. » Par ailleurs, une action de lutte contre la stigmatisation est mentionnée dans ce plan en mettant l'accent sur la communication autour de la maladie mentale (Action 3 : Informer le grand public sur la santé mentale).

III. L'ergothérapie en santé mentale

A. L'intervention en santé mentale centrée sur le rétablissement

William Anthony, un des précurseurs du concept de rétablissement en santé mentale, a défini le rétablissement dans les années 1990 comme « *une démarche personnelle et unique, visant à changer l'attitude, les valeurs, les sentiments, les objectifs, les capacités ou/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 la maladie. Pour guérir, le malade doit donner un nouveau sens à sa vie, et passer outre aux effets catastrophiques de la maladie mentale* ». (Anthony, 1993)

Le rétablissement est un concept relativement récent dans la démarche de soins mais prend de plus en plus de place au sein des politiques de santé. En 2021, dans une note d'orientation relative aux services de santé mentale communautaire, l'OMS a publié des directives en faveur d'une démarche client-centrée et orientée vers le rétablissement.

Morin et Franck (2017) proposent un modèle recouvrant quatre aspects du rétablissement. Le rétablissement clinique s'attarde sur la rémission des symptômes liés à la pathologie (positifs, négatifs et de désorganisation) et l'amélioration durable du fonctionnement de la personne dans son quotidien. Le rétablissement clinique est corrélé au rétablissement social. Celui-ci va tendre à une inclusion sociale par l'amélioration de la situation de la personne sur différents plans (emploi, logement, relations sociales, qualité de vie). Le rétablissement fonctionnel, quant à lui, se focalise sur la capacité gérer des situations et a pour objectif de réduire l'impact des difficultés de la personne sur sa vie quotidienne. Le rétablissement fonctionnel et social vise le renforcement des ressources et des stratégies de la personne pour s'adapter dans son environnement, d'être considéré comme un membre actif de la société et d'accéder à des rôles sociaux significatifs (Franck, Gilliot, 2017). Enfin, le

rétablissement personnel va s'attacher à la redéfinition d'une identité positive au-delà des symptômes de la maladie. Pour Anthony (1990), ce remaniement identitaire implique de dépasser les effets de l'auto-stigmatisation pour pouvoir réinvestir des rôles sociaux significatifs : « *Se rétablir d'un trouble psychique implique bien davantage que de se rétablir du trouble lui-même. Les personnes avec trouble psychique peuvent avoir à se rétablir de la stigmatisation qu'elles ont intégrée dans leur identité même* »

Ainsi, pour que le rétablissement soit optimal, tous les aspects du rétablissement doivent être considérés.

Par ailleurs, la définition du rétablissement donné par les personnes atteintes de schizophrénie se rapproche de l'atteinte d'une vie significative et valorisée, plutôt que l'absence de symptômes (Deegan, 1988). Ainsi, cette définition va davantage se référer au rétablissement social et personnel.

En 2011, Leamy et al. réalisent une première revue systématique du rétablissement personnel en santé mentale. Ils élaborent un cadre conceptuel comprenant 13 dimensions du rétablissement, les 5 processus de rétablissement (CHIME) ainsi que des descriptions des étapes de récupération qui correspondent au modèle transthéorique du changement.

Les 5 processus du rétablissement ([ANNEXE III](#)) sont, en de traduction libre :

Connectedness : la connexion aux autres et à la communauté

Hope and optimism about the future : l'espoir et l'optimisme par rapport au futur

Identity : la reconstruction d'une identité positive

Meaning in life : donner du sens à sa vie

Empowerment : pouvoir d'agir et prendre des décisions pour soi au sein de la société

Ce cadre conceptuel sera approuvé dans la littérature au travers d'un examen de la portée (Van Weeghel et al., 2019). Cet examen souligne des obstacles et des facilitateurs au rétablissement. Parmi les obstacles identifiés, ils citent la **stigmatisation**, les effets négatifs des services de santé mentale et les médicaments. Les facilitateurs sont la spiritualité, le libre arbitre et le soutien social. Par ailleurs, lorsque les pairs sont impliqués dans les interventions, il y a une amélioration du rétablissement, de l'espoir et de « l'empowerment ».

B. L'empowerment

« L'empowerment » tire son origine du verbe « to empower ». Il apparaît en Grande-Bretagne au milieu du XVIIe siècle, et désigne initialement un pouvoir ou une autorité formelle accordés par une autorité plus élevée (Bacqué, 2013).

Ce n'est que récemment, dans les années 1960, que le terme « empowerment » apparaît. Les années 60-70, le terme sera repris dans plusieurs contextes en lien avec l'apparition des nouveaux mouvements sociaux comme la libération de la femme ou encore la question raciale.

Le terme empowerment sera importé en France dans les années 2000. On peut remarquer qu'il n'existe pas une traduction unique établie pour ce mot. Nous pouvons le retrouver dans la littérature francophone sous différents termes : « autonomisation », « pouvoir d'agir » (Ninacs, 2008), ou encore « autodétermination ».

En 1996, Wehmeyer et Sands ont défini l'autodétermination comme la « *capacité à agir et à gouverner sa vie, à choisir et à prendre des décisions libres d'influences et d'interférences externes exagérées* ».

En 2008, William Ninacs, un canadien francophone, définit les fondements de l'empowerment comme : « *le sentiment de pouvoir personnel, une orientation de l'intervention qui mise sur le développement des forces existantes, l'adoption d'un cadre d'analyse écologique et la vision selon laquelle le pouvoir ne constitue pas nécessairement une denrée rare.* »

Ninacs propose une typologie de l'empowerment en identifiant trois dimensions interdépendantes : l'empowerment individuel, le collectif et l'organisationnel. ([ANNEXE IV](#)).

Selon l'auteur, les composantes de l'empowerment individuel sont la participation, les compétences, l'estime de soi et la conscience critique. « *La démarche d'empowerment est un cheminement dans lequel une personne doit s'engager (participation), en utilisant ou en acquérant des habiletés spécifiques aux objectifs poursuivis (compétences). La démarche amène la personne à se percevoir comme compétente, possédant les habiletés, les qualités et les attitudes et les connaissances suffisantes (ou avoir la capacité de les acquérir) pour emboîter le pas (estime de soi). La conscience critique permet à l'individu de transcender la conscience individuelle du problème pour permettre une analyse plus poussée et pour mettre*

en contexte (individuel, collectif, social, politique) la nature de la problématique vécue. »
(Ninacs, 2008)

Pour Ninacs, *« il s'agit d'un enchaînement simultané d'étapes sur chaque plan qui, dans leur ensemble et par leur interaction, forment le passage d'un état sans pouvoir à un état où l'individu est capable d'agir en fonction de ses propres choix. »* (Ninacs, 2003)

L'empowerment communautaire découle de l'empowerment individuel. Il s'agit d'un processus complexe dont la finalité est d'augmenter le pouvoir d'agir de chaque membre d'une communauté.

Enfin, l'empowerment organisationnel met l'accent sur les organisations gravitant autour de l'individu et d'une communauté. Ces organisations formelles jouent un rôle majeur car elles servent de médiateurs entre les individus et l'accès à la communauté. La structure organisationnelle devrait permettre, grâce à ses compétences, la participation des individus mais aussi de bannir les approches d'exclusion ou de discrimination.

C. Ergothérapie, rétablissement et empowerment

La WFOT (Fédération mondiale des ergothérapeutes, 2010) définit l'ergothérapie comme *« une profession qui s'intéresse à promouvoir la santé et le bien-être à travers l'occupation. L'occupation représente toutes les choses que les gens font dans leur vie de tous les jours. Le but principal de l'ergothérapie est la participation des gens dans leurs occupations. Les ergothérapeutes pensent que les capacités personnelles, les caractéristiques ou les demandes particulières de l'occupation, ainsi que les éléments de l'environnement physique, social, attitudinal et légal, peuvent aider ou au contraire restreindre la participation sociale. C'est pourquoi la pratique de l'ergothérapie se focalise sur le soutien nécessaire aux individus pour qu'ils puissent changer des aspects de leur personne, de leurs occupations ou de leur environnement. »*

La pratique de l'ergothérapie est basée sur une philosophie humaniste dont la démarche est client-centrée. Les valeurs de l'ergothérapie telles que « la personne est capable d'autonomie et d'autodétermination ; la personne est responsable, digne et ses droits fondamentaux sont respectables ; la motivation et les valeurs de vie de la personne sont les moteurs de l'action, du changement et de l'adaptation ; la personne humaine doit être

envisagée dans sa globalité, dans laquelle le corps et l'esprit forment un tout ; l'environnement humain et l'environnement matériel sont des facteurs déterminants, qui interagissent avec toutes les composantes physiques, psychiques et sociales du patient, dans ses différents domaines d'activités » (ANAES, 2001), font écho aux concepts d'empowerment et de rétablissement dans le champ de la santé mentale.

L'empowerment est une démarche consensuelle appliquée par les ergothérapeutes. En effet, ils recherchent le développement de la capacité d'agir de la personne pour lui permettre la participation dans son environnement.

Dans leur pratiques, les ergothérapeutes travaillent à la fois sur les facteurs personnels, environnementaux et occupationnels. De plus, ils vont aider la personne à retrouver un sens à sa vie à travers la reprise de ses rôles et de ses activités signifiantes et significatives. Le développement de cette identité occupationnelle positive va contribuer à l'inclusion sociale de la personne.

En ce sens, ils participent aux différents aspects du rétablissement de la personne : fonctionnel, social, fonctionnel et personnel.

D. Le Modèle de l'Occupation Humaine (MOH)

Le MOH est un modèle en ergothérapie élaboré par Kielhofner en 1980 et validé empiriquement ([ANNEXE V](#)).

Ce modèle s'intéresse à la nature occupationnelle d'être humain. L'occupation humaine se définit comme la réalisation des activités de la vie quotidienne, du travail et des loisirs d'une personne, dans un espace-temps délimité, un environnement physique précis et un contexte culturel spécifique (Kielhofner, 2002, cité par Bélanger et al. 2006).

Les occupations, concept central du MOH, vont permettre à la personne de donner un sens à sa vie et de s'adapter à la vie en société (Bélanger et al., 2006). Par ailleurs, le rapport CHIME (Leamy, 2011) admet le « sens à sa vie » comme l'un des cinq processus clés du rétablissement. Ainsi, nous pouvons considérer les occupations comme un facteur clé du rétablissement en santé mentale.

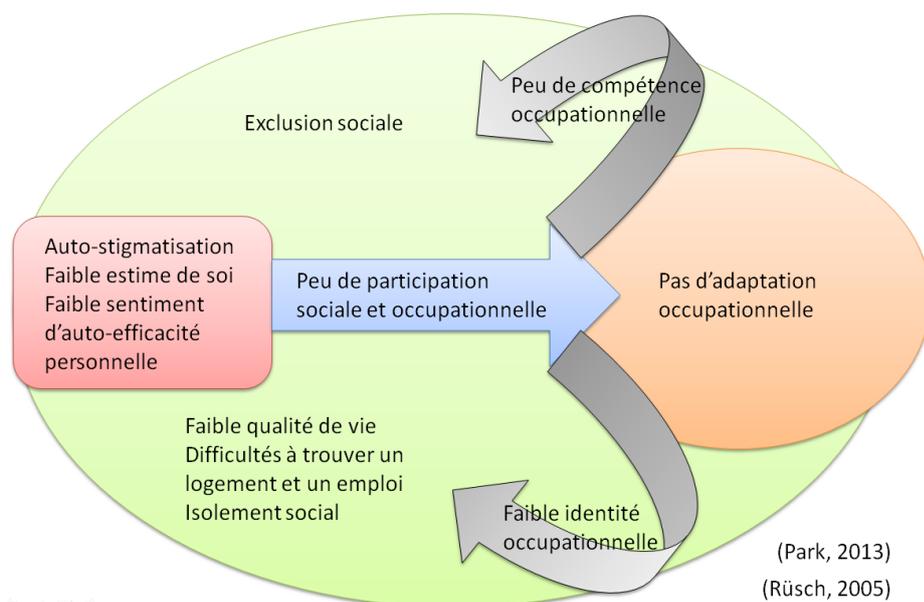
Ce modèle postule que la participation à des occupations est le résultat d'un processus dynamique d'interaction entre la motivation à faire face à l'action, les habitudes et les rôles, les capacités et l'environnement (Morel-Bracq, 2017).

Le MOH comprend trois dimensions : l’Etre, l’Agir, le Devenir. L’analyse de ces trois composantes en interaction constante avec l’Environnement. Ce dernier offre à la personne des ressources ainsi que des contraintes qui influence sa participation (Morel-Bracq, 2017).

L’Etre regroupe les composantes de la personne, qui vont soutenir l’Agir. Il comprend la volition, l’habituaton et la capacité de rendement. Pour Kielhofner, c’est la volition qui va permettre à la personne de s’engager dans une activité (Morel-Bracq, 2017). Ce processus va s’exprimer à travers les valeurs, les centres d’intérêt et la causalité personnelle (dont le sentiment d’efficacité et de capacité personnelle). L’Agir se subdivise en trois dimensions : les habiletés, le rendement et la participation. Enfin, le Devenir comprend l’identité occupationnelle et la compétence occupationnelle qui va permettre l’adaptation occupationnelle.

Pour Kielhofner, l’identité occupationnelle est « *une composante de ce que la personne est et de ce qu’elle souhaite devenir en tant qu’être occupationnel généré par une histoire de participation occupationnelle* ». La compétence occupationnelle fait référence à la façon dont une personne organise sa vie pour prendre ses responsabilités et atteindre des standards personnels,, tout en respectant les obligations sociales de ses rôles et le contexte environnemental propre (Kielhofner, 2002).

Dans le cadre de ce travail de recherche, le MOH me semble pertinent pour analyser les relations complexes de facteurs subjectifs et objectifs en lien avec la participation occupationnelle. Un schéma résumé du processus de participation de la personne atteinte de schizophrénie ayant un sentiment d’auto-stigmatisation a été réalisé ci-dessous.



Ce schéma issu du MOH ouvre la perspective à des pistes de réflexion.

En effet, les composantes de l'empowerment individuel décrites par Nincacs peuvent être reliées à ce modèle. L'ergothérapeute va agir sur les composantes de l'Être en travaillant sur la motivation, le sentiment d'efficacité personnelle et l'estime de soi via les occupations significatives et significatives pour la personne (valeurs et centres d'intérêt). Il tentera également d'entraîner et de faire progresser les habiletés (motrices, opératoires d'interaction et de communication) de la personne afin de lui permettre d'acquérir des compétences nécessaires à l'objectif poursuivi par le patient. L'amélioration des compétences va induire une meilleure participation et constituer la compétence occupationnelle.

Une étude en ergothérapie s'est intéressée aux composantes d'identité occupationnelle et de compétence occupationnelle du MOH dans un contexte de rétablissement des personnes atteintes de schizophrénie (Tan et al., 2020).

Cette étude porte sur un échantillon de 66 personnes atteintes de schizophrénie et les outils utilisés comportent notamment l'OSA (mesure de la compétence occupationnelle et de l'identité occupationnelle) et le QPR, mesure d'auto-évaluation du rétablissement ainsi que d'autres échelles.

Concernant la compétence occupationnelle, les résultats montrent une corrélation significative avec le rétablissement personnel ainsi qu'avec l'espoir, la résilience et le bien-être. Une corrélation négative entre la stigmatisation intériorisée et le sentiment de compétence occupationnelle a été trouvée. Enfin, une corrélation significative entre la compétence occupationnelle et l'« empowerment » a été démontrée.

Concernant l'identité occupationnelle, un lien positif a été démontré avec le sentiment d'espoir et une corrélation négative a été trouvée avec la dépression.

Dans cette étude, la compétence occupationnelle est liée à l'amélioration des états personnels tels que le sentiment d'auto-efficacité dans la réalisation d'occupations significatives et significatives.

Les auteurs fournissent des implications thérapeutiques pour les ergothérapeutes. En effet, cette étude montre que la compétence occupationnelle ne cible pas uniquement l'amélioration fonctionnelle, mais passe aussi par l'amélioration des états personnels d'auto-efficacité dans la réalisation d'occupations significatives et significatives pour la personne. Ainsi, l'utilisation de l'empowerment dans l'accompagnement en ergothérapie pourrait permettre d'améliorer la compétence occupationnelle et ainsi favoriser le rétablissement de la personne.

PROBLEMATISATION

Malgré un contexte sociétal qui s'attache de plus en plus à favoriser l'inclusion, la stigmatisation des personnes atteintes de schizophrénie demeure un phénomène courant. Cette stigmatisation peut engendrer un phénomène d'internalisation de la stigmatisation et entraîner de multiples restrictions sociales et occupationnelles.

La notion de rétablissement en santé mentale est de plus en plus valorisée par les politiques de santé et prône une vision plus émancipatrice des soins. Le rétablissement est à relier avec la démarche d'empowerment qui s'attache à augmenter la qualité de vie et la capacité d'agir de la personne.

L'ergothérapeute fait le lien entre la personne, ses occupations et son environnement. Sa vision client-centré et sa démarche d'agir sur les forces et les objectifs de vie du patient afin de retrouver une vie la plus satisfaisante pour lui, le placent comme acteur privilégié de cette démarche d'empowerment.

Les données issues de la littérature m'ont permis d'aboutir à ma question de recherche :

Comment l'intervention en ergothérapie axée sur l'empowerment peut-elle favoriser l'inclusion sociale et la diminution du sentiment d'auto-stigmatisation chez les personnes atteintes de schizophrénie ?

Deux hypothèses, qui découlent de ma question de recherche sont formulées :

1. L'intervention en ergothérapie axée sur l'empowerment permet de réduire le sentiment d'auto-stigmatisation
2. L'intervention en ergothérapie axée sur l'empowerment permet de favoriser l'inclusion sociale

PARTIE EXPLORATOIRE

IV. Méthodologie de recherche

L'objectif de cette partie exploratoire est d'identifier les différents moyens et outils employés par les ergothérapeutes auprès de personnes atteintes de schizophrénie. Cette exploration sera mise en relation avec le concept d'empowerment et nos deux hypothèses de recherche.

A. Choix de l'outil

Au vue de la spécificité de ma question de recherche et la diversité des thèmes que je souhaitais aborder, je me suis orientée vers une approche qualitative en réalisant des entretiens auprès d'ergothérapeutes.

Selon Baribeau et Royer (2012), « *L'entretien individuel, plus que tout autre dispositif, permet de saisir, au travers de l'interaction entre un chercheur et un sujet, le point de vue des individus, leur compréhension d'une expérience particulière, leur vision du monde, en vue de les rendre explicites, de les comprendre en profondeur ou encore d'en apprendre davantage sur un objet donné.* »

La forme choisie pour l'entretien est semi-directive. L'entretien semi-directif propose un certains nombres de thèmes tout en laissant une liberté d'expression à l'interlocuteur. Il va s'attacher à comprendre les pratiques, les comportements et les perceptions des individus en lien avec la question de recherche (Thiéart, 2014, cité par Chevalier & Meyer, 2018). En effet, l'entretien semi-directif repose sur l'idée que la réalité de l'individu n'est pas uniquement accessible par le chercheur, pas le biais de l'observation, ou par les individus eux-mêmes, par le biais des questionnaires mais par une interaction dynamique entre le chercheur et ses interlocuteurs (Chevalier & Meyer, 2018).

Le cadre de l'entretien semi-directif étant assez souple, il va offrir la possibilité d'approfondir les propos et les nouveaux thèmes amenés par les participants lors des interviews. Ainsi, la forme semi-directive semble la plus appropriée dans le cadre de ce travail de recherche.

B. Construction du guide d'entretien

Avant de conduire les entretiens, un guide d'entretien doit être construit. Il doit être constitué d'une liste de thèmes et de questions ouvertes, complétée par des reformulations et des questions de relance, en lien avec la question de recherche (Chevalier & Meyer, 2018).

Le guide d'entretien ([ANNEXE VI](#)) se décompose en cinq parties principales. Elle comporte 15 questions concrètes et abstraites, portant sur les pratiques, les expériences et les représentations des ergothérapeutes. Des questions de relance ont également été formulées, pour être utilisées au cas où il serait nécessaire de préciser ou de clarifier pour les participants mes questions initiales.

La première partie permet d'initier le contact et porte sur le parcours professionnel de l'ergothérapeute (questions 1,2 et 3). Ces questions d'introduction permettent de mettre en confiance les participants et de les ancrer dans un processus réflexif (Chevalier & Meyer, 2018).

La seconde partie est centrée sur l'intervention de l'ergothérapeute auprès de personnes atteintes de schizophrénie. Elle permet de questionner les représentations de son métier (question 4) et s'intéresse aux différents moyens et objectifs utilisés en ergothérapie auprès de cette population (questions 5 et 6).

La troisième partie concerne le thème de la stigmatisation du patient. Les expériences (questions 7 et 8), les représentations (question 9), les interventions et les stratégies utilisées par les ergothérapeutes concernant cette problématique (question 10) y sont abordés.

La quatrième partie porte sur l'inclusion sociale des personnes atteintes de schizophrénie. Dans cette partie, les pratiques et les idées des ergothérapeutes (question 11) ainsi le rôle de la société sur l'inclusion de cette population spécifique (question 12) sont traités.

La cinquième partie étudie l'empowerment au niveau des représentations des ergothérapeutes (questions 13 et 15) et de leurs prises en soins (question 14).

C. Critères d'inclusion et sélection des participants

Une fois le guide d'entretien élaboré, il s'agit d'établir des critères d'inclusion afin de déterminer les personnes qui seront le plus à même d'apporter des réponses pertinentes et fiables en lien avec la question de recherche.

Mes critères d'inclusion sont :

- Être titulaire du Diplôme d'Etat d'ergothérapie
- Les ergothérapeutes travaillant ou ayant travaillé dans le domaine de la santé mentale
- Les ergothérapeutes travaillant ou ayant travaillé auprès de patients atteints de schizophrénie
- Les ergothérapeutes ayant au moins cinq ans d'expérience en santé mentale

Les ergothérapeutes devront remplir les quatre conditions pour être sélectionnés.

Pour cette phase de sélection des participants, j'ai contacté par mail l'Association Nationale Française des Ergothérapeutes (ANFE) en leur présentant mon sujet de recherche et mes critères d'inclusion. L'ANFE a communiqué ma demande aux ergothérapeutes concernés, et j'ai reçu trois réponses positives.

Pour récolter davantage de données, j'ai décidé de réaliser un quatrième entretien en contactant une ergothérapeute avec qui j'ai suivi un stage deuxième année en santé mentale.

D. Passation des entretiens

Avant de réaliser mes entretiens auprès des ergothérapeutes ayant répondu positivement, j'ai fait passer mon entretien auprès d'une personne neutre pour m'assurer de la cohérence et de la pertinence de mes questions. Ce retour m'a permis d'ajuster ma trame.

Compte-tenu du contexte sanitaire défavorable et de l'éloignement géographique des interviewés, les entretiens se sont déroulés en visio-conférence. Au total, quatre entretiens ont été réalisés.

Pour débiter l'entretien, je me suis présentée, avant d'évoquer les différents thèmes que nous allions aborder. Avec l'autorisation verbale des participants, j'ai enregistré tous les entretiens dans le but de pouvoir traiter les données par la suite. Un formulaire de consentement leur a également été envoyé ([ANNEXE VII](#)).

Les entretiens se sont déroulés entre le 22 février et le 16 mars 2022. La durée d'enregistrement pour chaque entretien est respectivement de 36 min 25 (E1), 34 min 53 (E2), 33 min 35 (E3) et 23 min 55 (E4).

Lors de la passation des entretiens, une attention particulière a été accordée à la reformulation des propos des participants. Elle consiste à « redire en d'autres termes » ce que l'interviewé vient d'exprimer et « *concourt à mettre en œuvre l'attitude d'empathie indispensable à l'interviewer* » (Chevalier & Meyer, 2018). Deux types principaux de reformulation ont été utilisés ; la reformulation-résumé qui synthétise les propos tenus par l'interviewé et la reformulation-clarification qui consiste à reformuler le non-dit, c'est-à-dire les dires que le participant n'a pas verbalement énoncés mais qui étaient présents implicitement dans son propos (Chevalier & Meyer, 2018).

E. Présentation de l'outil d'analyse des résultats

Selon Krippendorff (2003), l'analyse de contenu est la méthode la plus répandue pour étudier les interviews ou les observations qualitatives (cité par Andreani et Conchon, 2005). Sur ce travail, j'ai choisi de réaliser une analyse thématique, c'est-à-dire d'analyser les données par thèmes.

L'étape préalable à l'analyse de contenu est la retranscription des données. Elle consiste à poser à l'écrit l'entièreté des données brutes enregistrées, appelées verbatim. Cette étape a été réalisée à la main pour les quatre entretiens afin d'obtenir des données les plus fidèles possibles au discours de l'interviewé ([ANNEXE X](#), [ANNEXE XI](#), [ANNEXE XII](#) et [ANNEXE XIII](#)).

La première étape est la pré-analyse. Ici, la méthode de la « lecture flottante » de Bardin a été utilisée. Elle consiste « *à se mettre en contact avec les documents d'analyse, à faire connaissance en laissant venir à soi des impressions, des orientations* ». (Bardin, 2013).

La seconde étape est relative au codage des données. Le codage consiste à découper les données en unités d'analyse, à définir les catégories qui vont les accueillir, puis à placer les unités dans ces catégories (Grawitz, 1996). Deux unités de codage ont été utilisées lors de

cette phase. L'unité syntaxique correspond à une phrase ou un groupe de mots du verbatim des interviews (Andreani et Conchon, 2005). L'unité sémantique comprend l'idée exprimée par les répondants et en dégage la signification (Andreani et Conchon, 2005). Ainsi, j'ai codé chaque entretien à partir du verbatim des participants tout en m'intéressant aux idées clés exprimées. Ce codage a été réalisé en suivant l'ordre des questions de la trame d'entretien. Pour cette étape, une grille de codage a été établie ([ANNEXE VIII](#)).

La troisième étape consiste en l'identification des thèmes. Il s'agit d'attribuer aux catégories d'analyse issues de l'étape précédente, des groupes de sens. Ces catégories sont regroupées entre elles en thèmes. Dans ma trame d'entretien, quatre grands thèmes étaient déjà bien définis : l'intervention en ergothérapie auprès de personnes atteintes de schizophrénie, la stigmatisation, l'inclusion sociale et l'empowerment.

En analysant les données issues de ma grille de codage, trois nouveaux thèmes ont émergé : les principes d'intervention en ergothérapie, le rôle de l'équipe pluridisciplinaire et les limites rencontrés lors de leurs pratiques. En ce sens, une grille d'analyse thématique transversale a été créée en lien avec les nouveaux thèmes émergeant du codage ([ANNEXE IX](#)). Ainsi, les thématiques retenues dépendent donc à la fois des questions de départ, du sujet de l'enquête et des thématiques « découvertes » pendant le terrain, grâce à l'approche inductive (Alami, Desjeux & Garabua-Moussaoui, 2013).

La dernière étape est celle de la rédaction de l'analyse et de l'interprétation. L'interprétation correspond à un « *diagnostic des informations analysées et les classe en identifiant les plus et les moins, les points forts et les points faibles, les hypothèses vérifiées ou non validées* » (Buber, Gardner, Richards, 2004, cité par Andreani et Conchon, 2005).

Lors de cette étape d'analyse des résultats, il a été choisi de mettre en annexes à la fois la grille de codage et la grille d'analyse thématique transversale car les données se complètent et offrent un meilleur accès aux représentations des participants.

V. Analyse des résultats

Pour fluidifier la lecture et respecter l'anonymat des participants, les sigles E1, E2, E3 et E4 seront utilisés. Ils correspondent aux ergothérapeutes 1, 2, 3 et 4 par ordre chronologique de passation des entretiens.

Profil des participants

| | E1 | E2 | E3 | E4 |
|------------------------------|---|---|--|---|
| Année du diplôme | 2009 | 1998 | 1980 | 1999 |
| Expériences en santé mentale | 7 ans | 23 ans | 30 ans | 20 ans |
| Lieux d'exercice | Intra-hospitalier : service de secteur Extra-hospitalier : hôpital de jour, CMP | Clinique privée Intra-hospitalier Cabinet libéral spécialisé en santé mentale | Intra-hospitalier en hôpitaux et cliniques Extra-hospitalier : CATTP Plateforme de lieu de vie | Clinique privée : intra-hospitalier Hôpital militaire : intra en hospitalisation libre Hôpital : intra- hospitalier et extra-hospitalier (CMP) |
| Population accueillie | Population adulte Pas de pathologies spécifiques | Population adulte Pas de pathologies spécifiques | Population adulte Pas de pathologies spécifiques | Essentiellement population adulte Essentiellement psychotiques actuellement |

Analyse thématique

Le **premier thème** qui ressort des entretiens concerne les **principes d'intervention** en ergothérapie auprès des personnes atteintes de schizophrénie.

Dans leur pratique, les quatre ergothérapeutes s'inscrivent dans une démarche client-centrée. Ils envisagent la personne dans sa globalité en se basant sur ses intérêts occupationnels (E2 « *activité qui soit signifiante pour la personne* »), ses ressources, ses capacités et ses compétences (E2, E4). Leurs interventions sont tournées vers les besoins du patient en lien avec son projet de vie. Pour E4, il est important de ne pas mettre nos propres représentations à la place de celles du patient.

Un des principes sur lequel insiste E1 est de mettre la personne en position d'acteur ' (« *je pense qu'on ouvre à quelque chose où la personne peut être actrice, et ça il me semble que ça nous ait propre en tant qu'ergothérapeute* »). Elle évoque également l'ouverture sur l'extérieur.

Trois des ergothérapeutes s'accordent à laisser un pouvoir de décision dans le cadre de sa prise en soins. Ce peut être dans les supports utilisés (E1, E2, E3 : jeux, médiations thérapeutiques) ou encore dans les sujets abordés en séances (E2, E3).

La question du quotidien et de l'autonomie est un principe qui guide les interventions en ergothérapie. E4 évoque le transfert des acquis dans le quotidien. Pour deux des ergothérapeutes, l'objectif à terme de la prise en soins est la réinsertion dans la société et dans la cité.

E2 insiste sur l'importance de créer une relation thérapeutique de confiance avec le patient sur le long terme. L'écoute semble être un principe important (« *recueillir l'expression du patient* »).

Le **deuxième thème** repéré dans les entretiens concerne les **moyens d'interventions et les objectifs spécifiques** en ergothérapie auprès des personnes atteintes de schizophrénie.

Les **entretiens individuels** sont la première étape de la prise en soin en ergothérapie et permettent d'une part d'instaurer une relation de confiance (E2) et d'autre part d'explorer les difficultés, les ressources et le profil occupationnel du patient dans son quotidien (E1, E2). Les ergothérapeutes s'accordent à dire que les **évaluations** et les **bilans** sont des outils majeurs. Ils permettent d'analyser les difficultés, les capacités de la personne et ainsi servent à établir des axes d'accompagnement personnalisés. E2 mentionne également les **objectifs de suivi thérapeutique** et le **diagnostic ergothérapeutique**.

Les **misés en situations** (MES) sont évoquées par trois des ergothérapeutes. Elles seraient bénéfiques pour le patient car elles vont lui permettraient d'acquérir des compétences pratiques (E2 : « *ca les réentraîne vraiment au quotidien* ») mais aussi d'améliorer leur sentiment d'efficacité personnelle et leur estime de soi (E2 : « *ca lui permet vraiment parfois de réaliser qu'il est en capacité de faire* » ; « *ca restaure leur image d'eux* »). Les mises en situation en lien avec quotidien de la personne sont également utilisés par E4 (« *faire les courses, se repérer dans son quartier* »). L'observation du patient via les MES permettrait à l'ergothérapeute de cibler « *par du concret* » les difficultés du patient et d'orienter la prise en soins. En cas de réussite, passer à un autre objectif ou en cas d'échec, l'accompagner vers l'acquisition de nouvelles habiletés et compétences nécessaires à la réalisation de l'activité.

Pour deux des ergothérapeutes, les **prises en charge individuelles** sont à privilégier dans un premier temps. Pour E1, cela va permettre au patient de s'engager dans une activité (« *se mettre en action* »). En phase aiguë, E2 utilise l'activité comme « *moyen d'atteindre un objectif* ». Il recourt à des médiations projectives pour travailler sur la personne, notamment en travaillant « *sur la restructuration psychique et de l'image du corps* ». Sur le temps de l'hospitalisation, les prises en charge individuelle permettent d'accompagner les patients sur certaines problématiques de la vie quotidienne (E3). Pour E2, elles permettent de travailler plus spécifiquement sur son projet de vie (ressources, difficultés).

Les **ateliers de groupe** arrivent dans un second temps lorsque la personne atteinte de schizophrénie est dans une phase de stabilisation (E1, E2). Leur contenu revêt deux formes principales : les ateliers créatifs et de la vie quotidienne. Pour E3, les jeux thérapeutiques (Dixiludo, Compétences, Jeu de la maison) sont des supports utilisés pour acquérir des compétences et stratégies spécifiques en lien avec des problématiques de la vie quotidienne. Plusieurs exemples d'accompagnement de groupe sont donnés : « *activité de repas thérapeutique* » (E1), « *mise en situation d'activité et d'interaction* » (E2), « *atelier vie pratique* » (E3) ou encore les *ateliers créatifs* (E4). Les quatre participants s'accordent à dire que le groupe thérapeutique est un outil majeur en ergothérapie. En effet, il va apporter la possibilité de viser d'autres objectifs spécifiques comme le travail des compétences sociales et des habiletés d'interaction et de communication (E2, E3 et E4), mais aussi l'adaptation aux autres et le plaisir à être avec le groupe (E1). Pour E1, le groupe permet aussi de développer le sentiment d'appartenance lorsqu'il est confronté aux mêmes problématiques dans son quotidien, ce qui peut rassurer la personne. Pour E3, l'atelier vie pratique a pour objectif d'acquérir des compétences pratiques et des stratégies en lien avec les besoins des patients en soulevant la discussion entre pairs.

Les **ateliers créatifs/artisanaux** sont des moyens utilisés par tous les ergothérapeutes. Ils permettent l'engagement du patient dans un projet (E1), l'expression de soi (E2, E3, E4). Pour E3, l'atelier créatif représente le moyen d'exercer une emprise puissante sur son environnement physique (via la transformation de l'objet) et social (pouvoir de l'offrir ou non). L'acquisition de techniques créatives peut augmenter le sentiment d'efficacité personnelle du patient et la confiance en soi (E4) qui permettent, ensuite, la confrontation aux autres. Pour E2, les ateliers créatifs peuvent développer l'identité occupationnelle du patient et accroître sa motivation via l'engagement sur de nouvelles occupations (« *j'ai des patients à l'atelier dessin, qui se sont découverts des talents qu'ils ne soupçonnaient pas et du coup qui se sont réellement mis à la peinture ou au dessin par la suite sur l'extérieur* »).

Dans sa pratique, E4 réalise également des **visites à domicile** dont les objectifs sont « *l'observation du domicile, de l'autonomie et des compétences* ».

Le **troisième thème** abordé dans les entretiens est **l'empowerment en ergothérapie**. Développer l'empowerment chez la personne atteinte de schizophrénie est une activité centrale dans la pratique de trois ergothérapeutes. E1 parle du « *cœur de notre pratique* », E4 « *c'est ce qu'on fait depuis des années* ».

Les définitions de l'empowerment données par les ergothérapeutes sont différentes et se complètent. Pour E1, il s'agit d' « *accompagner la personne à trouver les ressources en elle-même pour développer ses capacités* ». E2 parle de la « *capacité d'agir, capacité de prendre des décisions, capacité à décider pour soi, de s'auto-gérer* ». E3 le définit comme « *le pouvoir d'agir, avoir la sensation de pouvoir faire quelque chose sur sa vie, de pouvoir prendre des décisions, pouvoir bouger quelque chose dans son environnement.* ». Tandis que E4, ne donne pas de définition mais s'identifie dans cette démarche à travers sa pratique. En effet, elle part du désir du patient et l'accompagnement en ergothérapie va permettre d'acquérir des compétences en fonction de ses besoins.

E1 cherche à développer l'empowerment du patient notamment en utilisant les mises en situations (activité courses par exemple). Pour elle, l'engagement du patient dans une activité en milieu écologique va lui permettre d'acquérir des habiletés et de trouver ses propres stratégies. En ce sens, il développe son sentiment de compétence et améliorer sa confiance en soi. A terme, le patient développe ses ressources, ce qui lui permettra un transfert de ses acquis dans le quotidien et donc sera plus autonome. Selon elle, le rôle de l'ergothérapeute est de « *d'accompagner, soutenir la personne dans un mouvement* ».

Pour E2, l'empowerment « *c'est aussi accepter de se limiter dans son fonctionnement pour pouvoir vivre avec l'autre.* » En ce sens, pour lui, l'accompagnement thérapeutique est nécessaire. Il aide le patient à maintenir un équilibre occupationnel dans son quotidien mais l'aide parfois à se détacher de certaines activités qui pourraient être néfastes pour lui. En ergothérapie, l'empowerment se travaille à partir des activités signifiantes et significatives pour la personne et lors de l'évaluation du profil occupationnel.

Au regard de la définition de l'empowerment donnée, E3 laisse la « capacité de prendre des décisions » aux patients dans sa pratique (jeux, sujets). Elle développe l'empowerment du patient par le biais des ateliers créatifs qui lui permettent d'avoir un pouvoir sur son environnement et « *avoir la sensation de pouvoir faire quelque chose* ».

Le **quatrième thème** identifié est les interventions pour réduire la stigmatisation et favoriser l'inclusion sociale.

Les deux concepts ont été regroupés sous un même thème ; car les réponses des ergothérapeutes allaient dans le même sens, ce qui sous-entend que les deux concepts leur apparaissent intrinsèquement liés.

Au niveau de leurs expériences professionnelles, tous les ergothérapeutes interrogés ont déjà rencontré des personnes atteintes de schizophrénie qui étaient confrontés à la stigmatisation publique, que ce soit par la population générale ou par la famille. Ces contextes ont pu mener à des situations d'exclusion sociale (E1 : « *il y a eu des périodes où c'était interdit pour eux d'aller à la cafétéria* »). E2 évoque spontanément l'auto-stigmatisation : « *je pense que la première stigmatisation c'est l'auto-stigmatisation* ».

Plusieurs conséquences à l'échelle de la personne stigmatisée sont citées par les ergothérapeutes comme la perte de confiance en soi, le sentiment de rejet par les autres, un désir de distanciation sociale, un risque accru de passage à l'acte, le fait de ne plus s'autoriser à tenter de nouvelles expériences, ainsi qu'un désinvestissement l'extérieur et une régression dans de la prise en charge. Les conséquences de cette stigmatisation vont être un frein pour « *réussir avoir une vie indépendante et autonome et pouvoir se réinsérer* » (E1) dans la société notamment pour accéder à un logement autonome et à retrouver un travail (E1).

Pour déstigmatiser la schizophrénie et favoriser l'inclusion sociale, les ergothérapeutes s'accordent sur leur **rôle d'information et d'éducation** sur la maladie mentale auprès du grand public. Cette communication permet de réduire les stéréotypes liés à la schizophrénie en apportant des connaissances sur la pathologie. D'ailleurs, plusieurs s'engagent ou se sont déjà engagés dans cette démarche là.

Trois des ergothérapeutes expriment l'idée **d'ouverture des structures sur l'extérieur** avec des **événements culturels ou sportifs** (tournois sportifs, cirque, groupe de musique).

Par rapport au travail, une ergothérapeute propose l'idée de **communiquer des chefs d'entreprise** pour favoriser la réinsertion socioprofessionnelle de cette population. E2 rejoint cette idée : « *pousser les entreprises à employer les personnes en situation de handicap psychique* ». Le relai avec des structures qui accompagnent au travail est un axe évoqué (E1, E3). Pour E3, les entretiens individuels vont permettre de comprendre la demande et de connaître leur représentation du travail (sens pour la personne).

Pour les ergothérapeutes, la stigmatisation et l'inclusion sociale peuvent également être travaillées en séances. En effet, les entretiens et séances individuelles permettent de travailler sur les ressources de la personne pour s'insérer dans des groupes et dans son environnement et de maintenir un équilibre occupationnel (E2). La confiance en soi, l'image de soi, la communication avec les autres sont également des objectifs visés en séances. Cependant, pour E4, l'inclusion sociale découle de la volonté de la personne. Il faut donc qu'il y ait ce désir-là. Dans la même optique, E2 parle de « *trouver un équilibre dans la relation à l'autre qui soit satisfaisant pour la personne* ». Ainsi, les accompagnements en ergothérapie visent les besoins du patient en lien avec ses objectifs de vie.

Les autres propositions sont de développer l'accompagnement thérapeutique après l'hospitalisation et développer l'ergothérapie libérale en santé mentale (E2), de soutenir les programmes de patients experts (E1) ou encore de faire preuve d'innovation en ergothérapie en utilisant les postes pour être créatif et les faire évoluer (E3).

Le cinquième thème identifié est le **rôle de l'équipe pluridisciplinaire**.

Les ergothérapeutes soulignent l'importance de l'équipe pluridisciplinaire dans la prise en soin des patients atteints de schizophrénie. D'abord, E4 souligne les objectifs communs avec les différentes professions (« *on travaille beaucoup dans la même optique* »). D'ailleurs, certaines missions se recoupent (E3, E4). E4 évoque la possibilité de réaliser des ateliers en binôme, par exemple des séances sur les habiletés sociales avec la psychologue (ce qui n'est pas son cas actuellement).

Pour E2, confrontation des points de vue lors de réunion d'équipe permet de préparer au mieux la sortie du patient. Lorsqu'il réalise des accompagnements en cabinet libéral, E2 est en contact avec différents professionnels et structures en satellite autour du patient (psychiatre, psychologue, des infirmiers libéraux, les SAMSAH). Pour lui, c'est la spécificité

et la complémentarité de chaque profession qui va contribuer au maintien du patient dans son environnement.

Concernant la réinsertion au travail, les ergothérapeutes évoquent l'importance de la collaboration avec les structures relais (E1, E2, E3) dans la continuité du parcours de soins. E1 est en lien avec une association et des éducateurs spécialisés qui proposent des missions de travail (ESAT).

E2 évoque également un lien avec le tuteur ou curateur pour accompagner la personne sur le réseau (médecin traitant notamment).

Le **sixième thème** repéré concerne **les limites** de leurs pratiques.

Des limites sont repérées à différents niveaux : micro (relations interpersonnelles) et méso (structurel et organisationnel) et macro (sociétal). Concernant le niveau macro (sociétal), deux des ergothérapeutes soulignent le manque d'ouverture des entreprises pour la réinsertion au travail pour les personnes atteintes de schizophrénie. Pour E2, il existe un manque de continuité des soins après l'hospitalisation. Selon lui, les ergothérapeutes libéraux spécialisés en santé mentale ne sont pas assez nombreux et les actes ne sont pas remboursés. En ce sens, des réformes pourraient être réalisées.

Au niveau méso, pour E2, la hiérarchie peut être un frein au niveau de sa pratique. En effet, les missions assignées par la direction ne lui permettaient pas toujours de réaliser des accompagnements avec des objectifs ergothérapeutiques. E2 souligne des contraintes organisationnelles. En effet, elle ne réalise pas autant de visites à domicile qu'elle le souhaiterait. Pourtant, il est établi que l'accès au logement est un pilier de la réinsertion. Par ailleurs, le manque d'effectif d'ergothérapeutes dans la structure où elle travaille restreint les possibilités d'accompagnement.

Au niveau micro, il existe des défis interpersonnels. E3 a eu des expériences professionnelles où les relations entre collègues soignants étaient compliquées, dans le sens où ils lui attribuaient des tâches à réaliser. Une autre limite citée par les ergothérapeutes est la difficulté à faire émerger parfois le désir chez une personne atteinte de schizophrénie (E2, E4).

VI. Discussion

L'analyse des résultats a permis d'en extraire des données expérimentales, qui vont être confrontées au cadre théorique et aux hypothèses de recherche.

A. Interprétation des résultats en lien avec les hypothèses

Première hypothèse : L'accompagnement en ergothérapie axée sur l'empowerment permet de réduire le sentiment d'auto-stigmatisation

D'un point de vue de l'accompagnement de la personne :

La personne atteinte de schizophrénie ayant un sentiment d'auto-stigmatisation souffre d'une diminution de l'estime de soi et du sentiment d'auto-efficacité (Rüsch, 2005). Ces deux composantes personnelles vont impacter la participation du patient et porter atteinte à la réalisation de ses objectifs de vie.

L'empowerment est l'une des composantes du processus du rétablissement personnel (Leamy et al, 2011).

Une étude a réalisée une enquête auprès de 1229 personnes atteintes de schizophrénie dans 14 pays européens afin de mesurer les niveaux d'auto-stigmatisation, d'empowerment et de discrimination perçue (Brohan et al., 2010). Les résultats montrent que 41,7% des participants avaient des niveaux d'auto-stigmatisation modérés à élevés et 69,4% estimaient que la population avait des attitudes négatives à leur égard (discrimination perçue). L'intensité de cette croyance était liée à une augmentation des scores mesurant l'auto-stigmatisation. Cette étude révèle que l'empowerment et un nombre accru de contact sociaux sont associés à une réduction de l'auto-stigmatisation. Les auteurs considèrent que les interventions mettant l'accent sur l'empowerment pourraient réduire l'auto-stigmatisation.

Notre analyse de résultats montre que les ergothérapeutes cherchent à développer l'empowerment chez la personne atteinte de schizophrénie.

Les indicateurs de l'empowerment individuel décrits par Ninacs (2003), à savoir la participation, les compétences et l'estime de soi sont des objectifs inhérents à leur pratique. Différents moyens comme le recours au groupe thérapeutique, les mises en situation ou encore les ateliers créatifs vont permettre l'amélioration de l'estime de soi et du sentiment d'auto-efficacité via l'acquisition de compétences en lien avec la participation à une activité.

Plusieurs processus du rétablissement personnels sont constatés à travers notre analyse de résultats. D'abord, l'amélioration de ces états personnels contribue au développement d'une identité positive (*identity*). Mais aussi, à travers les ateliers de type créatifs, le patient peut développer son identité occupationnelle, ce qui peut accroître sa motivation à s'engager vers de nouvelles occupations (*meaning of life*). Nos résultats indiquent que l'ergothérapeute peut avoir une démarche client-centré et ses interventions vont cibler tous les aspects du rétablissement : social, fonctionnel, clinique et personnel.

Toutefois, nous ne pouvons pas conclure directement par l'intermédiaire de cette étude que l'accompagnement en ergothérapie axée sur l'empowerment permet de réduire de manière mesurable le sentiment d'auto-stigmatisation. Bien que ces stratégies semblent contribuer à la diminution de l'auto-stigmatisation, leur efficacité n'a pas été formellement prouvée.

En revanche, il existe des exemples de programmes validés par des études expérimentales ayant montré leur efficacité dans la réduction de l'autostigmatisation. Parmi ceux-ci, nous pouvons citer : Narrative Enhancement and Cognitive Therapy (Yanos, 2012), Self-Stigma Reduction Program (Fung, 2011) et Ending Self-Stigma (Lucksted, 2011).

Par ailleurs, un programme expérimental, appelé RemedRugby, a montré des améliorations significatives dans le domaine du fonctionnement social et de la réduction de l'auto-stigmatisation pour les personnes atteintes de schizophrénie (Dubreucq et al. 2020). Ce programme conjugue un ensemble d'outils thérapeutiques visant à restaurer ou compenser les difficultés cognitives en lien avec la pathologie (remédiation cognitive) avec la pratique d'un sport (Touch Rugby). Les ergothérapeutes, agissant à la fois sur la réadaptation et les occupations signifiantes pour la personne, pourraient avoir leur rôle à jouer dans ce genre de programme qui s'avère prometteur.

D'un point de vue sociétal :

Le sentiment d'auto-stigmatisation découle du phénomène de stigmatisation publique (Lambooy et al., 2013). En effet, ce phénomène ne peut pas avoir lieu en l'absence de stéréotypes négatifs au sujet de la pathologie dont est affecté le sujet de stigmatisation.

Une méta-analyse a examiné les effets des approches visant à réduire la stigmatisation publique dans le domaine de la santé mentale (Corrigan et al., 2012). Les résultats montrent que l'éducation et le contact interpersonnel avec des membres du groupe stigmatisé semblent réduire la stigmatisation envers les personnes atteintes de maladie mentale. L'étude souligne que le contact semble produire des changements plus importants chez les adultes, tandis que pour les adolescents c'est l'éducation qui est plus efficace.

Nos résultats montrent que deux des ergothérapeutes se sont déjà engagés dans des démarches d'information et d'éducation du grand public.

Par ailleurs, une ergothérapeute a proposé de développer les programmes impliquant des patients-experts pour favoriser l'inclusion sociale. Cette idée de patients-experts se révèle particulièrement intéressante à développer, notamment auprès d'un public adulte. Nous pouvons imaginer sa mise en œuvre lors des semaines d'information en santé mentale qui ont lieu en France chaque année dans un but de sensibilisation à la maladie psychique.

Deuxième hypothèse : L'accompagnement en ergothérapie axée sur l'empowerment permet de favoriser l'inclusion sociale

D'un point de vue de l'accompagnement de la personne :

L'inclusion sociale est un nouvel objectif des politiques de santé (Ministère des Solidarités et de la santé, feuille de route santé mentale et psychiatrie 2018-2022).

Les ergothérapeutes font le lien entre la personne, ses occupations et son environnement. En ce sens, ils ont toute leur place dans une optique d'inclusion sociale.

Lors des entretiens, E4 met en avant que l'inclusion sociale doit venir avant tout de la volonté de la personne (E4) et que qu'il ne faut pas que l'ergothérapeute mette ses représentations à la place de celle du patient.

Les résultats de l'étude de Tan et al. (2020) montrent que le rétablissement personnel prédit la compétence occupationnelle. Celle-ci peut être atteinte par l'amélioration des états personnels d'auto-efficacité dans l'accomplissement des occupations valorisées. De plus, l'espoir prédit l'identité occupationnelle. Ce sont les compétences et l'identité occupationnelle qui vont permettre l'adaptation future à de nouvelles occupations.

Pour favoriser le rétablissement des personnes atteintes de schizophrénie, les auteurs préconisent des axes d'intervention tournée vers l'espoir, l'empowerment et le sens pour atteindre leurs objectifs de vie et favoriser la reprise de leurs rôles (Tan et al., 2020).

Les données analysées montrent que les interventions des ergothérapeutes s'inscrivent dans cette dynamique. En effet, les mises en situation notamment, vont permettre à la personne d'acquérir des compétences occupationnelles. Par un transfert de ses acquis dans son environnement, la participation de la personne va s'accroître (occupationnelle, sociale) et va contribuer à l'adaptation occupationnelle et ainsi à l'inclusion sociale.

Selon Lebrun (2009), « *L'inclusion ne se résume pas à des processus d'insertion professionnelle et d'intégration économique, elle consiste aussi en une participation sociale, culturelle et civique à la société.* » La notion de participation se retrouve dans le Modèle de l'Occupation humaine. En effet, la finalité des interventions en ergothérapie cible l'adaptation et la participation occupationnelle de la personne (Morel-Bracq, 2017).

Il faut également souligner que la complémentarité pluridisciplinaire apparaît indispensable pour aborder cette problématique. En effet, les structures (de réinsertion au travail notamment) et professionnels gravitant autour de la personne atteinte de schizophrénie vont avoir pour objectif commun de favoriser cette inclusion sociale, avec chacun leur spécificité.

D'un point de vue sociétal :

L'inclusion sociale va dépendre également du contexte sociétal. L'analyse des résultats met en évidence un manque d'ouverture des entreprises envers les personnes atteintes de schizophrénie. Pourtant, avoir un travail peut faire partie des occupations signifiantes et significatives pour la personne. En ce sens, l'ergothérapeute aurait un rôle de communication à jouer auprès des recruteurs pour favoriser la réinsertion socioprofessionnelle. Ce point sera développé dans la partie « *perspectives professionnelles* » de ce mémoire.

Les politiques de santé pourraient également s'attacher à augmenter l'amélioration de la continuité des soins après l'hospitalisation, notamment en proposant des accompagnements en libéral qui soient plus accessibles pour les personnes atteintes de schizophrénie.

B. Les limites

Il est important de souligner les limites de ce mémoire.

D'abord, le faible nombre d'ergothérapeutes interrogés ($n = 4$) questionne la validité des résultats obtenus.

De plus, les entretiens sont complémentaires et apportent de nombreuses données sur divers sujets. Traiter les données objectivement sur des thèmes subjectifs m'a demandé un travail particulièrement minutieux d'analyse de données pour m'approcher au plus près du sens des entretiens. De plus, certaines données auraient pu être davantage approfondies lors de l'entretien, ce qui m'interroge sur la pertinence d'avoir traité deux sujets (auto-stigmatisation et inclusion sociale). Ce travail de recherche aurait pu mettre l'emphase sur un seul des deux concepts afin de récolter plus d'informations.

Un biais méthodologique au niveau de la construction de mon guide d'entretien peut être relevé. En effet, certaines formulations de questions manquaient de précision, ce qui a donné des réponses assez générales alors que je souhaitais approfondir des points précis (question 6 par exemple).

Au vue de la subjectivité des résultats, il m'a semblé plus intéressant de réaliser mon traitement des données sans logiciel informatique, ce qui en soit peut constituer une limite au niveau de la fiabilité des résultats au niveau des thèmes retenus dans l'analyse.

Une autre limite de ce mémoire a été soulignée lors de la phase de sélection des participants. En effet, j'ai réalisé un entretien auprès d'une maîtresse de stage que j'ai eu en deuxième année, ce qui peut potentiellement induire des biais.

Enfin, il aurait été intéressant d'interroger des personnes atteintes de schizophrénie ayant un sentiment de stigmatisation afin d'avoir leurs représentations et l'utilité pour eux de certaines pratiques. Or, en raison de la loi Jardé qui contraint la méthodologie de recherche, cela n'a pas pu être réalisé.

C. Perspectives professionnelles

Ce travail de recherche a permis de dégager plusieurs stratégies utilisées par les ergothérapeutes lors de leur pratique conduites auprès des personnes atteintes de schizophrénie.

Or, les ergothérapeutes interrogés n'utilisent pas d'interventions spécifiques ciblant la réduction de la stigmatisation. Ce qui suppose que les ergothérapeutes utiliseraient peu d'évaluations mesurant les effets de la stigmatisation ou de l'auto-stigmatisation. La littérature montre que les répercussions de l'auto-stigmatisation impactent la participation de la personne atteinte de schizophrénie. En ce sens, il serait intéressant de développer des recherches en ergothérapie, notamment au travers d'évaluations ciblant spécifiquement l'auto-stigmatisation et la participation occupationnelle. La notion d'empowerment en lien avec les différentes dimensions du rétablissement serait également pertinente à approfondir, pour développer des programmes validés.

La loi de 1987, révisée le 5 septembre 2018 pour la liberté de choisir son avenir professionnel, déclare l'obligation pour tout employeur d'une entreprise d'au moins 20 salariés d'employer des personnes en situation de handicap dans une proportion de 6% de l'effectif total. En 2019, le taux d'emploi direct de travailleurs en situation d'handicap s'élève à 3,5%. Ce taux est stable depuis 2016 (DARES, 2021). Par ailleurs, 9% des employeurs préfèrent verser une contribution financière annuelle à l'Association de gestion du fonds pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées (DARES, 2021).

Ces chiffres témoignent que l'inclusion socioprofessionnelle des personnes en situation de handicap, et notamment atteint d'handicap psychique, demeure insuffisante.

Dans les entretiens, l'idée de communiquer avec les chefs d'entreprise afin de favoriser la réinsertion professionnelle a été évoquée. En ce sens, l'ergothérapeute pourrait avoir un rôle clé à jouer en réalisant des actions de prévention de la stigmatisation auprès des employeurs, ce qui pourrait favoriser l'inclusion socioprofessionnelle.

De plus, développer les programmes de patients experts en France peut être une perspective professionnelle intéressante dans les problématiques d'autostigmatisation et d'inclusion sociale.

CONCLUSION

La schizophrénie est une pathologie psychiatrique invalidante dont la sévérité la place au cœur des préoccupations des politiques de santé.

Ce mémoire d'initiation à la recherche s'est attelé dans un premier temps à poser un cadre théorique pour expliciter les concepts centraux de ce travail, à savoir la schizophrénie et ses répercussions dans le quotidien des patients ainsi que les concepts de stigmatisation, d'auto-stigmatisation et d'inclusion sociale. Je me suis ensuite intéressée aux notions de rétablissement et d'empowerment, que j'ai relié avec la pratique de l'ergothérapie en santé mentale. Le Modèle de l'Occupation Humaine (MOH) m'a servi de base théorique pour analyser les liens entre les composantes personnelles, occupationnelles et environnementales de la personne atteinte de schizophrénie manifestant un sentiment d'auto-stigmatisation.

Ce travail m'a permis d'approfondir le rôle de l'ergothérapeute ainsi que ses différents moyens d'intervention et objectifs auprès de personnes atteintes de schizophrénie.

La question de recherche formulait l'interrogation de savoir dans quelles mesures ces accompagnements peuvent permettre de réduire le sentiment d'autostigmatisation et de favoriser l'inclusion sociale chez les personnes atteintes de schizophrénie.

Les entretiens et l'analyse des résultats ont pu faire émerger plusieurs éléments de réponse permettant de répondre à mes hypothèses.

Nous ne pouvons pas conclure directement par l'intermédiaire de cette étude que l'accompagnement en ergothérapie axée sur l'empowerment permet de réduire de manière mesurable le sentiment d'auto-stigmatisation chez la personne atteinte de schizophrénie. Il est important de souligner que les ergothérapeutes n'utilisent pas d'interventions spécifiques en lien avec cette problématique. En revanche, plusieurs moyens tels que les mises en situation et les ateliers de groupe permettraient de développer l'empowerment chez la personne. En effet, l'acquisition d'habiletés et compétences spécifiques, peuvent contribuer à améliorer le sentiment d'efficacité personnelle et l'estime de soi chez les patients atteints de schizophrénie. L'Être va être renforcé et la personne pourrait avoir une meilleure vision d'elle-même, ce qui pourrait contribuer à réduire l'auto-stigmatisation. Les ergothérapeutes interrogés lors des entretiens proposent des pistes intéressantes pour réduire la stigmatisation comme leur rôle de communication et d'éducation auprès du grand public.

Concernant ma seconde hypothèse, les données récoltées lors des entretiens confirment que l'accompagnement en ergothérapie axée sur l'empowerment permet de favoriser l'inclusion sociale. La démarche client-centré de l'ergothérapeute basée sur le développement du pouvoir d'agir de la personne et en se focalisant sur ses ressources, le place dans une logique d'intervention centrée sur l'inclusion sociale du patient et son rétablissement. Cependant, la pratique des ergothérapeutes respectueux de leurs valeurs professionnelles doit faire face à de nombreux défis s'inscrivant sur plusieurs niveaux : relations interpersonnelles (micro), relations avec l'établissement (méso) et contexte sociopolitique (macro). Il est crucial d'intervenir sur tous ces contextes pour une action optimale.

Enfin, l'ergothérapeute dont l'adaptation et la créativité sont des qualités inhérentes à son métier, a toute sa place pour explorer de nouvelles solutions.

BIBLIOGRAPHIE

Alami, S., Desjeux, D. & Garabuau-Moussaoui, I. (2013). L'analyse et la restitution des résultats. Dans : Sophie Alami éd., *Les méthodes qualitatives* (pp. 107-120). Paris cedex 14: Presses Universitaires de France.

ANAES (2001). Le dossier du patient en ergothérapie. Service des recommandations et références professionnelles.

Andreani, JC & Conchon, F. (2005). Méthodes d'analyse et d'interprétation des études qualitatives : état de l'art en marketing.

Anthony, W. A., (1993). Recovery from mental illness : The guiding vision of the mental health service system in the 1990s, *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16, 11-23.

Bacqué, M. & Biewener, C. (2013). L'empowerment, un nouveau vocabulaire pour parler de participation ?. *Idées économiques et sociales*, 173, 25-32.
<https://doi.org/10.3917/idee.173.0025>

Bardin, L. (2013). *L'analyse de contenu*. Paris cedex 14: Presses Universitaires de France.

Baribeau, C. & Royer, C. (2012). L'entretien individuel en recherche qualitative : usages et modes de présentation dans la *Revue des sciences de l'éducation*. *Revue des sciences de l'éducation*, 38(1), 23–45. <https://doi.org/10.7202/1016748ar>

Bélangier, R., Briand, C., et Marcoux, C. (2006). Le modèle de l'occupation humaine : un modèle qui considère la motivation dans le processus de réadaptation psychosociale des personnes aux prises avec des troubles mentaux. *Le partenaire*, 13(1), 8-15.

Bouquet, B. (2015). L'inclusion : approche socio-sémantique. *Vie sociale*, 11, 15-25.
<https://doi.org/10.3917/vsoc.153.0015>

Briand, C. ; Bédard, M. (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*. Volume 5, numéro 1

Brohan, E., Elgie, R., Sartorius, N., Thornicroft, G., & GAMIAN-Europe Study Group (2010). Self-stigma, empowerment and perceived discrimination among people with schizophrenia in 14 European countries: the GAMIAN-Europe study. *Schizophrenia research*, 122(1-3), 232–238. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2010.02.1065>

Buber, R., Gadner, J., Richards, L. (2004). *Applying Qualitative Methods to Marketing Management Research*, Palgrave Macmillan

Cechnicki, A., Angermeyer, M. C., & Bielańska, A. (2011). Anticipated and experienced stigma among people with schizophrenia: its nature and correlates. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 46(7), 643–650. <https://doi.org/10.1007/s00127-010-0230-2>

Chevalier, F. & Meyer, V. (2018). Chapitre 6. Les entretiens. Dans : Françoise Chevalier éd., *Les méthodes de recherche du DBA* (pp. 108-125). Caen: EMS Editions. <https://doi.org/10.3917/ems.cheva.2018.01.0108>

Commission européenne, « L'inclusion sociale », Document de politique transversale française, projet de loi de finances pour 2011, p. 9.

Corrigan, P. W.; Kerr, A., Knudsen, L. (2005). *The stigma of mental illness: Explanatory models and methods for change.* , 11(3), 179–190. doi:10.1016/j.appsy.2005.07.001

Corrigan, Patrick W.; Morris, Scott B.; Michaels, Patrick J.; Rafacz, Jennifer D.; Rüschi, Nicolas (2012). *Challenging the Public Stigma of Mental Illness: A Meta-Analysis of Outcome Studies*. *Psychiatric Services*, 63(10), 963–973. doi:10.1176/appi.ps.201100529

Crocker, J. (1999). *Social Stigma and Self-Esteem: Situational Construction of Self-Worth*. *Journal of Experimental Social Psychology*, 35(1), 89–107. doi:10.1006/jesp.1998.1369

Deegan, Patricia E. (1988). Recovery: The lived experience of rehabilitation.. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 11(4), 11–19. doi:10.1037/h0099565

Derguy, C., Aubé, B. & Belme, L. (2019). Chapitre 3. Les déterminants de la stigmatisation internalisée chez les parents d'enfants ayant un TSA : analyse systématique de la littérature. Dans : Cyrielle Derguy éd., *Familles et trouble du spectre de l'autisme* (pp. 53-68). Paris: Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.dergu.2019.01.0053>

DSM-5 (2015). Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux.

Dubreucq, J. et al. RemedRugby Group (2020). Improving social function with real-world social-cognitive remediation in schizophrenia: Results from the RemedRugby quasi-experimental trial. *European psychiatry : the journal of the Association of European Psychiatrists*, 63(1), e41. <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2020.42>

Dubreucq, J. (2021). Quels outils thérapeutiques en faveur du rétablissement dans la schizophrénie ? *Annales médico-psychologiques*.

Durand-Zaleski, I., Scott, J., Rouillon, F. *et al.* (2012) Une première enquête nationale sur les connaissances, attitudes et comportements vis-à-vis de la schizophrénie, des troubles bipolaires et de l'autisme en France. *BMC Psychiatrie* 12, 128. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-12-128>

Franck, N. (2013). Clinique de la schizophrénie. *EMC - Psychiatrie* 2013;10(1):1-16.

Fischer, G. (2020). Chapitre 7. L'identité sociale. Dans : , G. Fischer, *Les concepts fondamentaux de la psychologie sociale* (pp. 237-266). Paris: Dunod.

Gilliot, É. (2017). Restaurer les capacités d'autodétermination pour favoriser le rétablissement. *Perspectives Psy*, 56, 203-210. <https://doi.org/10.1051/ppspsy/201756203>

Goffman, E. (1963). *Stigmate. Les usages sociaux des handicaps*, traduit de l'anglais par Alain Kihm, coll. « Le Sens commun », [Éditions de Minuit](https://www.editions-minuit.fr/), 1975, (ISBN 2707300799)

Grawitz, M. (1996). *Méthodes des Sciences Sociales*, 10^{ième} édition, Paris : Dalloz.

Green M. F. (1996). What are the functional consequences of neurocognitive deficits in schizophrenia?. *The American journal of psychiatry*, 153(3), 321–330. <https://doi.org/10.1176/ajp.153.3.321>

Gruhl, K. L. R. (2005). The recovery paradigm: Should occupational therapists be interested? *Canadian Journal of Occupational Therapy / Revue Canadienne D'Ergothérapie*, 72(2), 96–102. <https://doi.org/10.1177/000841740507200204>

Hamilton, S., Pinfold, V., Cotney, J., Couperthwaite, L., Matthews, J., Barret, K., Warren, S., Corker, E., Rose, D., Thornicroft, G., & Henderson, C. (2016). Qualitative analysis of mental health service users' reported experiences of discrimination. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 134 Suppl 446(Suppl Suppl 446), 14–22. <https://doi.org/10.1111/acps.12611>

Heinrichs RW, Zakzanis KK. (1998). Neurocognitive deficit in schizophrenia: A quantitative review of the evidence. *Neuropsychology*;12:426–45.

INSERM. (2017, 07 11). *Schizophrénie*. Consulté le 11 14, 2021, sur INSERM: <https://www.inserm.fr/dossier/schizophrenie/>

Kielhofner, G. (2007). *Model of human occupation: Theory and application* (4ed.). Baltimore, MD: Lippincott Williams & Wilkins.

Kielhofner, G., et Burke, J. P. (1980). A model of human occupation, part 1. Conceptual framework and content. *American Journal of Occupational Therapy*, 34(9), 572-581

Kielhofner, G. (2002). *A model of human occupation: Theory and application*. Lippincott Williams

Kielhofner, G. (2007). *Model of human occupation: Theory and application* (4ed.). Baltimore, MD: Lippincott Williams & Wilkins.

Kielhofner, G. (2009). *Conceptual foundations of occupational therapy practice*. FA Davis.

Klaus, F., Dorsaz, O., Kaiser, S. (2018), Symptômes négatifs de la schizophrénie – état des lieux et implications pratiques, *Rev Med Suisse*, 4, no. 619, 1660-1664. <https://doi.org/10.53738/REVMED.2018.14.619.1660>

Krippendorff, K. (2003). *Content analysis : an introduction to its methodology*, 2nd Edition, Sage Publications, Thousand Oaks, CA

Klaus, F., Dorsaz, O., Kaiser, S. (2018), Symptômes négatifs de la schizophrénie – état des lieux et implications pratiques, *Rev Med Suisse*, 4, no. 619, 1660-1664. <https://doi.org/10.53738/REVMED.2018.14.619.1660>

Lamboy, B., & Saïas, T. (2013). *Réduire la stigmatisation des personnes souffrant de troubles psychiques par une campagne de communication ? Une synthèse de la littérature. Annales Médico-Psychologiques, Revue Psychiatrique*, 171(2), 77–82. doi:10.1016/j.amp.2010.11.022

Lampropoulos, Dimitrios; Fonte, David; Apostolidis, Thémis (2018). *La stigmatisation sociale des personnes vivant avec la schizophrénie : une revue systématique de la littérature. L'Évolution Psychiatrique*, (), S0014385518300926–. doi:10.1016/j.evopsy.2018.09.002

Leamy, M., Bird, V., Le Boutillier, C., Williams, J., & Slade, M. (2011). Conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*, 199(6), 445–452. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.083733>

Lebrun, N. (2009). *Cohésion et inclusion sociale, les concepts*, Bruxelles, Pour la solidarité (Think tank européen)

Lipskaya-Velikovsky, L., Jarus, T., Easterbrook, A., & Kotler, M. (2016). Participation in daily life of people with schizophrenia in comparison to the general population: Comparaison de la participation à la vie quotidienne des personnes atteintes de schizophrénie à celle de la population générale. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 83(5), 297–305. <https://doi.org/10.1177/0008417416647158>

Madigand, J. (2019). 9. Formes cliniques des schizophrénies. Dans : Sonia Dollfus éd., *Les schizophrénies* (pp. 60-64). Cachan: Lavoisier.

Morel-Bracq, M.-C. (2017). Les modèles conceptuels en ergothérapie : Introduction aux concepts fondamentaux / sous la direction de Marie-Chantal Morel-Bracq (2e édition). De Boeck Supérieur.

Morin, Laurent; Franck, Nicolas (2017). *Rehabilitation Interventions to Promote Recovery from Schizophrenia: A Systematic Review. Frontiers in Psychiatry, 8()*, 100–. doi:10.3389/fpsy.2017.00100

Nakagami, E., Xie, B., Hoe, M., & Brekke, J. S. (2008). Intrinsic motivation, neurocognition and psychosocial functioning in schizophrenia: testing mediator and moderator effects. *Schizophrenia research, 105*(1-3), 95–104. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2008.06.015>

Ninacs, W. A. (2003). Empowerment: cadre conceptuel et outil d'évaluation de l'intervention sociale et communautaire. *La clé: La coopérative de consultation en développement, 26*.

Ninacs, W.A. (2008). Empowerment et intervention : Développement de la capacité d'agir et de la solidarité. Québec. Les presses de l'Université Laval.

Park S.G., Bennett M.E., Couture S.M., Blachard J.J. (2013). Internalized stigma in schizophrenia: relations with dysfunctional attitudes, symptoms, and quality of life. *Psychiatry Res. Jan 30;205*(1-2)

Prouteau, A., Grondin, O. & Swendsen, J. (2009). Qualité de vie des personnes souffrant de schizophrénie : une étude en vie quotidienne. *Revue française des affaires sociales, , 137-155*. <https://doi.org/10.3917/rfas.091.0137>

Prouteau A. Neuropsychologie clinique de la schizophrénie. Paris: Dunod; 2011.

Quiles, C.; Prouteau, A.; Verdoux, H. (2013). *Caractéristiques et impact des déficits métacognitifs dans la schizophrénie. Revue de la littérature. L'Encéphale*, 39(2), 123–129. doi:10.1016/j.encep.2012.01.009

Rüsch N, Angermeyer MC, Corrigan PW. Mental illness stigma: concepts, consequences, and initiatives to reduce stigma. *Eur Psychiatry J Assoc Eur Psychiatr*. déc 2005;20(8):529- 39

Tan, B. L., Zhen Lim, M. W., Xie, H., Li, Z., & Lee, J. (2020). Defining Occupational Competence and Occupational Identity in the Context of Recovery in Schizophrenia. *The American journal of occupational therapy : official publication of the American Occupational Therapy Association*, 74(4), 7404205120p1–7404205120p11. <https://doi.org/10.5014/ajot.2020.034843>

Thornicroft, G., Tansella, M., Becker, T., Knapp, M., Leese, M., Schene, A.H., Vazquez-Barquero, J.L., 2004. The personal impact of schizophrenia in Europe. *SchizophrRes* 69(2-3), 125-132.

Viertiö, S., Tuulio-Henriksson, A., Perälä, J., Saarni, S. I., Koskinen, S., Sihvonen, M., Lönnqvist, J., & Suvisaari, J. (2012). Activities of daily living, social functioning and their determinants in persons with psychotic disorder. *European psychiatry : the journal of the Association of European Psychiatrists*, 27(6), 409–415. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2010.12.005>

Van Weeghel, J., van Zelst, C., Boertien, D., & Hasson-Ohayon, I. (2019). Conceptualizations, assessments, and implications of personal recovery in mental illness: A scoping review of systematic reviews and meta-analyses. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 42(2), 169–181. <https://doi.org/10.1037/prj0000356>

Vilain J, et al. (2012). Les facteurs de risque environnementaux de la schizophrénie. *Encéphale*.doi:10.1016/j.encep.2011.12.007

Wehmeyer; M.L. (1996). Self-determination as an educational outcome: Why is it important to children, youth and adults with disabilities?. D.J. Sands et Wehmeyer M.L. (dir), *Self*

determination across life span: independence and choice for people with disabilities. (p. 15-34), Baltimore, Mar. Paul H. Books.

West, ML, Yanos, PT, Smith, SM, Roe, D. et Lysaker, PH (2011). Prévalence de la stigmatisation intériorisée chez les personnes atteintes de maladie mentale grave. *Recherche et action sur la stigmatisation* , 1 (1), 3–10. <https://doi.org/10.5463/sra.v1i1.9>

WFOT. (2010). Position Statement on Client-centredness in Occupational Therapy

Whitley, R., & Berry, S. (2013). Trends in newspaper coverage of mental illness in Canada: 2005-2010. *Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie*, 58(2), 107–112. <https://doi.org/10.1177/070674371305800208>

TABLE DES ANNEXES

| | |
|--|----|
| <u>ANNEXE I : Critères diagnostiques de la schizophrénie du DSM-5</u> | 1 |
| <u>ANNEXE II : Les différences entre la stigmatisation publique et l'autostigmatisation (Corrigan, 2005)</u> | 3 |
| <u>ANNEXE III : Les cinq processus de rétablissement personnel (Leamy et al., 2011)</u> | 4 |
| <u>ANNEXE IV : Typologie et composantes de l'empowerment (Ninacs, 2003)</u> | 5 |
| <u>ANNEXE V : Le Modèle de l'Occupation Humaine (Kielhofner, 1980)</u> | 6 |
| <u>ANNEXE VI : Guide d'entretien</u> | 7 |
| <u>ANNEXE VII : Formulaire de consentement</u> | 9 |
| <u>ANNEXE VIII : Codage des entretiens en unité syntaxique et sémantique</u> | 10 |
| <u>ANNEXE IX : Grille d'analyse thématique transversale</u> | 16 |
| <u>ANNEXE X : Retranscription de l'entretien 1</u> | 22 |
| <u>ANNEXE XI : Retranscription de l'entretien 2</u> | 31 |
| <u>ANNEXE XII : Retranscription de l'entretien 3</u> | 40 |
| <u>ANNEXE XIII : Retranscription de l'entretien 4</u> | 47 |

ANNEXE I : Critères diagnostiques de la schizophrénie du DSM-5

A. Deux ou plus des symptômes suivants sont présents pendant une partie significative du temps sur une période d'un mois (ou moins quand elles répondent favorablement au traitement). Au moins l'un des symptômes doit être 1, 2 ou 3 :

1. Idées délirantes
2. Hallucinations
3. Discours désorganisé (c.-à-d., coq-à-l'âne fréquents ou incohérence)
4. Comportement grossièrement désorganisé ou catatonique
5. Symptômes négatifs (c.-à-d., réduction de l'expression émotionnelle, aboulie)

B. Pendant une partie significative du temps depuis la survenue du trouble, un ou plusieurs domaines majeurs du fonctionnement tels que le travail, les relations interpersonnelles ou les soins personnels sont nettement inférieurs au niveau atteint avant la survenue de la perturbation (ou en cas de survenue dans l'enfance, ou dans l'adolescence, incapacité à atteindre le niveau de réalisation interpersonnelle, scolaire, ou dans d'autres activités auxquelles on aurait pu s'attendre).

C. Des signes permanents de la perturbation persistent pendant au moins 6 mois. Cette période de 6 mois doit comprendre au moins 1 mois de symptômes (ou moins quand ils répondent favorablement au traitement) qui répondent aux critères A (c.-à-d. symptômes de la phase active), et peut comprendre des périodes de symptômes prodromiques ou résiduels. Pendant ces périodes prodromiques et résiduelles, les signes de la perturbation peuvent se manifester uniquement par des symptômes négatifs ou par deux ou plus des symptômes figurants dans le critère A présents sous une forme atténuée (p.ex., croyances bizarres, perceptions inhabituelles).

D. Un trouble schizo-affectif et un trouble dépressif ou bipolaire avec caractéristiques psychotiques ont été éliminés soit 1) parce qu'aucun épisode dépressif majeur ou maniaque n'a été présent simultanément aux symptômes de la phase active, soit 2) parce que si des épisodes thymiques ont été présents pendant les symptômes de la phase active, ils ne l'ont été que pour une faible proportion de la durée des périodes actives et résiduelles.

E. La perturbation n'est pas due aux effets physiologiques directs d'une substance (c.-à-d. une drogue donnant lieu à abus, un médicament) ou d'une affection médicale.

F. En cas d'antécédents d'un trouble du spectre autistique ou d'un trouble de la communication débutant dans l'enfance, le diagnostic additionnel de schizophrénie n'est fait que si les idées délirantes ou les hallucinations sont prononcées et sont présentes avec les autres symptômes requis pour le diagnostic pendant au moins 1 mois (ou moins quand elles répondent favorablement au traitement)

**ANNEXE II : Les différences entre la stigmatisation publique et l'autostigmatisation
(Corrigan, 2005)**

| Public Stigma | Self-Stigma |
|---|---|
| <p>- <u>Stereotype:</u> Negative belief about a group e.g., dangerousness incompetence character weakness</p> <p>- <u>Prejudice:</u> Agreement with belief and/or negative emotional reaction e.g., anger fear</p> <p>- <u>Discrimination:</u> Behavior response to prejudice e.g., avoidance of work and housing opportunities</p> | <p>- <u>Stereotype:</u> Negative belief about the self e.g., character weakness incompetence</p> <p>- <u>Prejudice:</u> Agreement with belief Negative emotional reaction e.g., low self-esteem low self-efficacy</p> <p>- <u>Discrimination:</u> Behavior response to prejudice e.g., fails to pursue work and housing</p> |

Fig. 1. Cognitive levels that explain the distinction between public stigma and self-stigma.

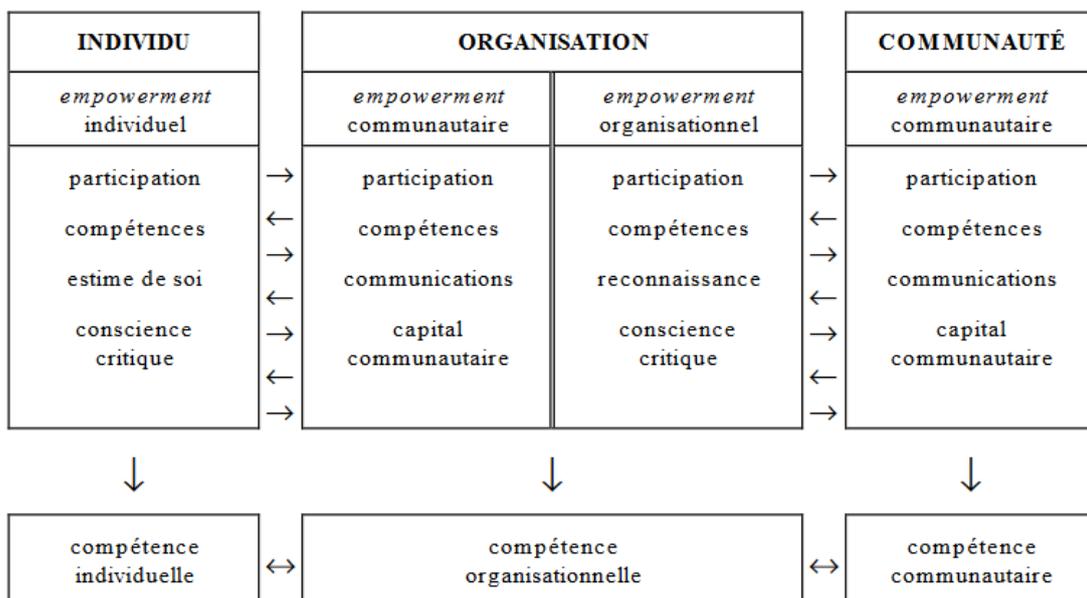
ANNEXE III : Les cinq processus de rétablissement personnel (Leamy et al., 2011)

Table 2. Recovery Processes

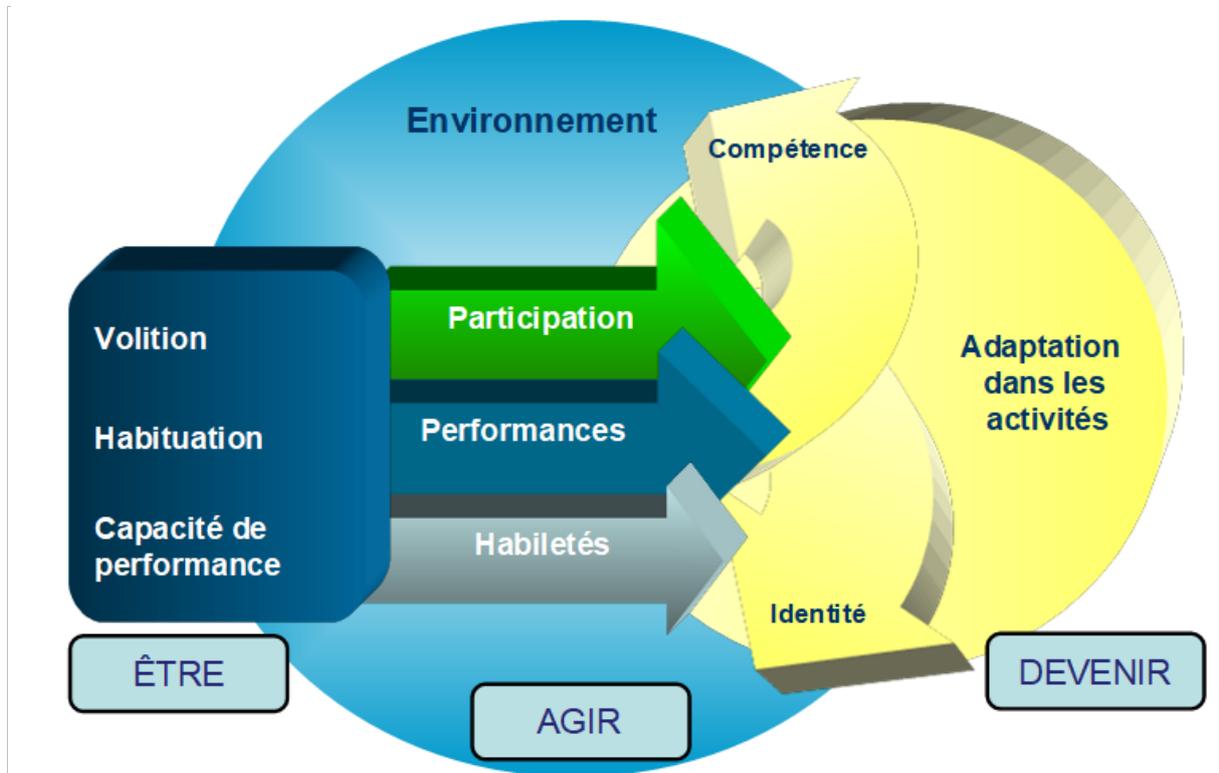
| Recovery Processes | Number (%) of 87 studies identifying the process |
|---|--|
| Category 1: Connectedness | 75 (86%) |
| Peer support and support groups | 39 (45%) |
| Relationships | 33 (38%) |
| Support from others | 53 (61%) |
| Being part of the community | 35 (40%) |
| Category 2: Hope and optimism about the future | 69 (79%) |
| Belief in possibility of recovery | 30 (34%) |
| Motivation to change | 15 (17%) |
| Hope inspiring relationships | 12 (14%) |
| Positive thinking and valuing success | 10 (11%) |
| Having dreams and aspirations | 7 (8%) |
| Category 3: Identity | 65 (75%) |
| Dimensions of identity | 8 (9%) |
| Rebuilding/redefining positive sense of identity | 57 (66%) |
| Over-coming stigma | 40 (46%) |
| Category 4: Meaning in life | 59 (66%) |
| Meaning of mental illness experiences | 30 (34%) |
| Spirituality | 6 (41%) |
| Quality of life | 57 (65%) |
| Meaningful life and social roles | 40 (46%) |
| Meaningful life and social goals | 15 (17%) |
| Rebuilding life | 19 (22%) |
| Category 5: Empowerment | 79 (91%) |
| Personal responsibility | 79 (91%) |
| Control over life | 78 (90%) |
| Focussing upon strengths | 14 (16%) |

ANNEXE IV : Typologie et composantes de l'empowerment (Ninacs, 2003)

FIGURE 1. L'EMPOWERMENT INDIVIDUEL, L'EMPOWERMENT ORGANISATIONNEL ET L'EMPOWERMENT COMMUNAUTAIRE



ANNEXE V : Le Modèle de l'Occupation Humaine (Kielhofner, 1980)



ANNEXE VI : Guide d'entretien

Entame de l'entretien :

Bonjour, je suis Lucile.

Je réalise cet entretien dans le cadre de mon mémoire de fin d'études en ergothérapie, qui porte sur l'approche de l'ergothérapeute auprès des personnes atteintes de schizophrénie.

Nous allons aborder plusieurs thèmes lors de cet entretien, tels que la stigmatisation, l'inclusion sociale ainsi que spécificité des prises en charge et de l'accompagnement en ergothérapie auprès de cette population.

Cet entretien sera enregistré et retranscrit dans mon mémoire afin de l'analyser, en vous garantissant l'anonymat et la confidentialité de vos propos. Etes-vous d'accord ?

Questions ouvertes et question de relance :

Question d'introduction : Parcours professionnel

1. Pouvez-vous me parler de votre parcours professionnel ?
2. Qu'est-ce qui vous a amené à travailler en psychiatrie ?
3. Dans quelles structures avez-vous travaillé en psychiatrie et auprès de quelle population ?

Thème 1 : L'intervention de l'ergothérapeute auprès de personnes atteintes de schizophrénie

4. Selon vous, quelles sont les missions propres à l'ergothérapeute en psychiatrie ?
5. Spécifiquement, quel type d'accompagnement réalisez-vous auprès de personnes atteintes de schizophrénie ?
6. Pouvez-vous me décrire un exemple d'une de vos prises en charge ?

Question de relance : Quelles sont les compétences (savoirs, savoir-être, savoir-faire) que vous souhaitez mobiliser chez le patient ?

Thème 2 : La stigmatisation

7. Avez-vous déjà rencontré un patient atteint de schizophrénie qui était confronté à la stigmatisation ?
8. Avez-vous déjà vu les conséquences de cette stigmatisation lors de vos prises en charge d'un point de vue comportemental, social, psychologique ?

9. Selon vous, quels peuvent être les freins de la stigmatisation pour le rétablissement du patient ?

Question de relance : Quels impacts peut avoir la stigmatisation sur les objectifs de vie du patient ?

10. Utilisez-vous un type d'intervention en particulier, ou des stratégies particulières, pour les patients schizophrènes confrontés à la stigmatisation ?

Question de relance : Selon vous, que serait-il utile de faire pour réduire la stigmatisation si vous en aviez la possibilité ?

Thème 3 : L'inclusion sociale

11. Selon vous, comment l'ergothérapeute peut-il favoriser l'inclusion sociale de ces patients ?

12. Selon vous, que faudrait-il changer dans la société pour favoriser l'inclusion des personnes atteintes de schizophrénie ?

Thème 4 : L'empowerment

13. Que pensez-vous de l'utilisation de l'empowerment en psychiatrie ? Comment le définiriez-vous ?

14. Appliquez-vous cette démarche dans vos prises en soin ? Si oui, avec quels outils et moyens l'appliquez-vous concrètement ?

15. Selon vous, quels bénéfices peuvent tirer les patients de ce type d'intervention ?

Clôture de l'entretien :

Merci beaucoup d'avoir pris le temps de participer à mon entretien.

Avez-vous quelque chose à ajouter ?

ANNEXE VII : Formulaire de consentement



CONSENTEMENT A LA FIXATION, REPRODUCTION ET EXPLOITATION DE L'IMAGE OU D'UN AUTRE ATTRIBUT DE LA PERSONNALITE

Je soussigné(e) : _____

Né(e) le : _____, à _____

Résidant à l'adresse suivante : _____

Autorise ----- dans le cadre de son diplôme en ergothérapie agissant dans le cadre de l'initiation à la recherche à l'Institut de Formation en Ergothérapie de TOULOUSE

à enregistrer ma voix

à me photographier

à me filmer

Cette autorisation est consentie dans les strictes conditions suivantes :

- Utilisation de l'analyse des situations d'entretien dans le cadre de la recherche : -----
---- (nom du mémoire).
- Diffusion uniquement dans le cadre de la recherche et de la santé pour analyse des paroles des interviewés, à titre de présentation et réflexion à caractère uniquement lié à la recherche.
- Diffusion interdite en public et/ou dans le cadre d'utilisation des images pour un film destiné au grand public sans un nouveau consentement de ma part.

Je me réserve le droit de demander à tout moment la destruction des supports de fixation d'images et cela sans donner d'explication.

La présente autorisation est consentie à titre gracieux.

La présente autorisation est délivrée en deux exemplaires, dont le premier me sera remis et le second sera conservé par ----- . *Sous réserve du respect de l'ensemble de ces conditions, je délivre mon consentement libre et éclairé.*

Fait à : _____ Le : _____

ANNEXE VIII : Codage des entretiens en unité syntaxique et sémantique

| Thème : L'intervention en ergothérapie auprès des personnes atteintes de schizophrénie | | |
|--|------|--|
| Sous-thème | Ergo | Codage en unité syntaxique et sémantique/références |
| Missions en santé mentale | E1 | Mettre la personne en position d'acteur (1.32-33) Pouvoir l'ouvrir sur l'extérieur (1.34) |
| | E2 | Spécialiste de l'occupation (L21-22) Rôles d'évaluation du retentissement des troubles sur l'équilibre occupationnel (1.25-26) Etablissement d'objectifs de suivi (1.27-28) Travail sur les facteurs environnementaux, personnels et occupationnels (1.29-30) |
| | E3 | Expériences professionnelles avec des missions très changeantes (1.20-25) Le quotidien et l'autonomie de la personne doivent être au cœur de la pratique (1.25) Travail autour des habiletés sociales et fonctionnelles dans le but de se réinsérer dans la société (activités à l'extérieur, logements) : 1.27-29 |
| | E4 | Rôles d'évaluation (1.28-29) Se baser sur les compétences et capacités d'apprentissage de la personne pour lui permettre le transfert des acquis dans son quotidien et se réinsérer dans la cité (1. 30-33) |
| Accompagnement en ergothérapie | E1 | Bilans de différents types : capacités, projets, cognitifs (1.42-46) Prise en charge individuelle et/ou en groupe : artisanales/créatives (vannerie, terre, dessin) et vie quotidienne (jardin, courses, cuisine) : 1.46-51 |
| | E2 | Dépend de la phase dans laquelle se trouve la personne (1.35) Phase aigüe : instauration de la relation de confiance (1.51-52), utilise d'activité comme un moyen d'atteindre un objectif (1.41-43), médiations projectives pour travailler la restructuration psychique et l'image du corps (1.39-41) Phase de stabilisation : travail sur les habiletés, les capacités de communication, de relation, d'interaction, les capacités cognitives (1.55-56) Phase de réhabilitation : relais avec les structures extérieures (1.60-61), importance de travailler en équipe (1.62-63) pour permettre la stabilisation du patient, continue à travailler en cabinet avec le patient sur son équilibre occupationnel (1.68-73) |
| | E3 | Travail sur les habiletés sociales, la communication interpersonnelle, prendre des décisions pour soi, assumer sa vie quotidienne (1.40-42) Différents accompagnements : activité cuisine, supports jeux, entretiens individuels (1.42-47) |

| | | |
|----------|----|--|
| | E4 | <p>Evaluations de l'autonomie (1.42)</p> <p>Visites à domicile (observation du domicile, de l'autonomie et des compétences) : 1.44-45</p> <p>Accompagnements pour améliorer le quotidien de la personne : courses, se repérer dans son quartier (1.46-47)</p> <p>Lien avec l'équipe pluriprofessionnelle « <i>on travaille beaucoup dans la même optique</i> » (1. 47-48)</p> <p>Travail avec les professionnels en satellite autour de la personne (1.48-50)</p> |
| Exemples | E1 | <p>Premier entretien pour connaître la situation de la personne dans son quotidien (1.57-58)</p> <p>Bilans pour voir les difficultés (1.56-57)</p> <p>Décider ensemble d'une première activité pour se mettre en action (1.59)</p> <p>Accompagnement en ergothérapie en lien avec le projet de la personne (1.62-63)</p> <p>Si retour à domicile : travailler les habiletés pour réaliser un projet de repas via des mises en situation (courses, cuisine) : 1.63-68</p> <p>Seul dans un premier temps puis en groupe (activité de repas thérapeutique) (1.68-70)</p> <p>Intérêt du groupe : capacité d'adaptation, prendre plaisir à être avec les autres (1.70-74)</p> <p>Intérêt des mises en situation : pour le patient c'est sentiment d'efficacité personnelle (1.81-81 : « <i>ça lui permet vraiment parfois de réaliser qu'il est en capacité de faire</i> », participation à une activité, augmente la confiance en soi (1 87 : <i>Ca restaure leur image d'eux</i> » , acquérir des compétences pratiques (1.87 : <i>ça les réentraîne vraiment au quotidien</i>)</p> <p>Pour le thérapeute : permet d'ajuster son intervention par le biais d'une observation concrète (1.91-97)</p> |
| | E2 | <p>Entretien initial qui va permettre l'évaluation des habitudes de vie et créer une relation de confiance (1.80-82)</p> <p>Diagnostic ergo puis propositions d'entretiens ou de séances individuelles (1.83-84)</p> <p>Séances individuelles : médiations (dessin, peinture, modelage) dans le but de restructuration (1.84-86)</p> <p>Lorsque stabilisation : ateliers de groupe (1.88)</p> <p>Exemple des « mises en situation d'activité et d'interaction » -> mise en activité individuelle avec activité signifiante pour la personne puis temps d'échange en groupe autour des thèmes amenés par les patients, permet de travailler les habiletés d'interaction et de communication (1.89-105)</p> <p>Entretien individuel : permet de recueillir l'expression du patient et de travailler sur son projet de vie (ressources, organisation) : 1.107-112)</p> <p>Travail important avec l'équipe pour préparer au mieux la sortie du patient (1.112-114)</p> <p>Continue le suivi au cabinet avec le patient après l'hospitalisation (1.114-116)</p> |
| | E3 | <p>Atelier de groupe « vie pratique »</p> <p>Les patients donnent un sujet sur une problématique de leur vie quotidienne (gérer un budget, mieux consommer, mieux communiquer). Le but de cet atelier est d'acquérir des compétences pratiques et des stratégies en lien avec leurs besoins en soulevant la discussion entre pairs. (1.53-68)</p> |
| | E4 | <p>Les ateliers de groupe permettent de travailler des compétences sociales (1.53)</p> <p>Les ateliers artistiques permettent la participation du patient et l'acquisition de compétences via l'activité et peuvent contribuer au développement d'une identité occupationnelle en se mobilisant à l'extérieur (1.56-61)</p> |

| Thème : La stigmatisation | | |
|-------------------------------|------|---|
| Sous-thème | Ergo | Codage en unité syntaxique et sémantique/références |
| Expériences | E1 | Situation de stigmatisation publique (l. 108-113) A conduit à une situation d'exclusion sociale (l.126-127) |
| | E2 | Evoque l'auto-stigmatisation comme première stigmatisation (l.123), risque de passage à l'acte important (l.130) Situation de stigmatisation par la famille : le patient s'exclut lui-même de la famille, génère une souffrance (l.139-143) |
| | E3 | Stigmatisation par la famille (l.71) Stigmatisation publique, mais faire la part des choses avec la paranoïa (l.71-73) Conduit à des situations de préjudices, comme le vol (l.73-74), et de discrimination (l.93-100) |
| | E4 | Stigmatisation publique (l.67-68) Conséquences : régression dans la PEC, états émotionnels négatifs, n'osait plus sortir, a remis en question son projet de vie (l.68-76) |
| Freins pour le rétablissement | E1 | Difficultés de réinsertion socioprofessionnelle (l.145-146) Difficultés à accéder à un appartement autonome (l. 152(153)) |
| | E2 | Tendance à se mettre en retrait (l.150) Perte de confiance en soi (L.151) Ne plus s'autoriser à faire des expériences (l.151) |
| | E3 | Désinvestissement de l'extérieur (l.83) Ne se sentent pas accueillis par les autres -> tendance à se mettre en retrait (l.90-91) Perte de confiance en soi (l.104) |
| | E4 | Honte, culpabilité (l.79) Isolement social, sentiment de rejet par les autres, difficultés de réinsertion (l.83-84) |
| Interventions en ergothérapie | E1 | Pas d'intervention en ergothérapie directement, dans le relais avec les autres professionnels En lien avec une association qui propose des missions de travail (ESAT) : l.161-165 Intérêt de parler de la souffrance psychique lors de différents types d'évènements (action qu'elle a déjà menée) : l.185-193 Propositions d'actions : réaliser des tournois sportifs mêlant PAS et public lambda (l.178-184) |
| | E2 | Sur l'individu : entretiens, séances individuelles, groupe thérapeutique -> expression, prise de confiance, expérimentation, sentiment d'appartenance à un groupe (l.168-175) Sur la société : rôle d'éducation et d'information au sujet de la santé mentale auprès du grand public (action qu'il a déjà menée) : l.175-178 |
| | E3 | Pas d'intervention directement Lien avec les ateliers de groupe qui permettent l'expression et la confrontation aux autres (l.110-112) Accompagnements sur l'extérieur pour l'habitation (l.116-118) Utiliser les postes pour être créatif et les faire évoluer (l.126-127) Expériences professionnelles compliquées pour réaliser des objectifs purement ergo (l.127-133) |

| | | |
|--|----|--|
| | E4 | Pas d'intervention directement Propositions d'actions : événements culturels ouverts au grand public (musique, cirque) : 1.88-95 Actions d'information auprès de différents publics en variant les supports (1.98-103) |
|--|----|--|

| Thème : L'inclusion sociale | | |
|-----------------------------|------|---|
| Sous-thème | Ergo | Codage en unité syntaxique et sémantique/références |
| Interventions ergo | E1 | N'accompagne pas la personne sur son lieu de travail car cela peut être stigmatisant (1.202-204) Proposition d'action : Action de communication globale auprès « des chefs d'entreprise qui seraient intéressés pour recruter des personnes en situation de handicap » pour favoriser la réinsertion au travail (1.213-214) |
| | E2 | N'accompagne pas la personne sur son lieu de travail car cela peut être stigmatisant (1.202-204) Dans les accompagnements : travaille sur les ressources de la personne pour s'insérer dans des groupes et dans son environnement, sur la reprise de confiance, et trouver un équilibre à l'autre qui soit satisfaisant pour la personne (1.191-200) Relation de suivi qui permet le maintien des occupations (1.213) |
| | E3 | Entretiens individuels pour comprendre la demande et leurs représentations du travail (sens pour la personne) : 1.139-150, mais aussi d'établir des priorités en fonction des besoins des patients (1.162-164) Relais avec les structures qui accompagnent au travail (1.149) mais n'a jamais pratiqué Travail en lien avec les autres professionnels (psychologue) -> représentations du travail (1.150-151) |
| | E4 | Travailler sur l'image de soi et la confiance en soi qui permettra au patient d'aller vers les autres (1.110-112) Travail pluriprofessionnel sur les habiletés de communication, ce qui n'est pas son cas par manque d'effectif (1.113-117) Inclusion doit venir de la volonté de la personne, ce qui n'est pas toujours le cas (1.117-120) |
| Au niveau de la société | E1 | Propositions : soutenir les programmes de patients experts (1.224-232) Mobilisation de l'ergothérapeute pour parler de la souffrance psychique, même dans le cercle personnel (1.234-238) |
| | E2 | Propositions d'actions : Travail : pousser les entreprises à employer les personnes en situation de handicap psychique (1.218-220) Education et information auprès du grand public (1.220-221) Continuité des soins : Développer l'accompagnement thérapeutique après l'hospitalisation et développer l'ergothérapie libérale en santé mentale (1.225-226) |
| | E3 | Constata les changements qui s'opèrent actuellement sur l'acceptation des différences (1.167-171) Proposition d'action : participation des structures à des événements culturels et sportifs ouverts sur l'extérieur (1.170-173) |
| | E4 | Propositions d'actions : expliquer la souffrance psychique au grand public (1.137-138) |

| Thème : L'empowerment en ergothérapie | | |
|---------------------------------------|------|---|
| Sous-thème | Ergo | Codage en unité syntaxique et sémantique/références |
| Définition et avis | E1 | « Accompagner la personne à trouver les ressources en elle-même pour développer ses capacités » (1.241-242) Cœur de la pratique en ergothérapie en santé mentale (1.246-249) |
| | E2 | « Capacité d'agir, capacité de prendre des décisions », « autonomie » « capacité à décider pour soi, de s'auto-gérer » (1.245-246) Complicé en santé mentale, car pour lui l'autonomie c'est se limiter dans son fonctionnement pour pouvoir vivre avec l'autre (lois, pouvoirs) : 1.246-254 Fait en sorte que le patient soit, le plus possible, acteur de son projet de vie (1.255-256) |
| | E3 | « Pouvoir d'agir, avoir la sensation de pouvoir faire quelque chose sur sa vie, de pouvoir prendre des décisions, pouvoir bouger quelque chose dans son environnement » (1.180-182) Complicé d'appliquer l'empowerment dans ses pratiques car le personnel avait tendance à décider à la place du patient ; mais à la fin elle a vu une dynamique de changement s'opérer (1.186-191) |
| | E4 | L'empowerment est inhérent à sa pratique « c'est ce qu'on fait depuis des années sans l'appeler comme ça » (1.150) L'ergothérapeute part du désir du patient pour travailler ses compétences afin d'obtenir des résultats escomptés (1.158-160) Les évaluations, les mises en situations et le travail de compétences spécifiques vont permettre au patient de pouvoir réaliser sa réinsertion (appartement) : 1.161-164 Les mises en situation sont révélatrices des capacités de la personne et peuvent la mettre en échec, le rôle de l'ergo est qu'il arrive à obtenir les résultats souhaités en lien avec le projet de vie (1.170-174) |
| Interventions en ergothérapie | E1 | Activité courses (1.269) L'ergothérapeute accompagne et soutien la personne dans un mouvement (1.282, 285-286) C'est le patient qui est acteur et qui quantifie ses difficultés (1.279-282) Développe l'autonomie de la personne en développant ses propres stratégies (1.274-276) |
| | E2 | Pendant hospitalisation : évaluation initiale du profil occupationnel (1.260) Préparation à la sortie : aider la personne à retrouver des occupations qui soient satisfaisantes pour elle (1.261-262) Le thérapeute peut l'aider à en abandonner certaines qui peuvent être néfastes pour elle (1.263-264) |
| | E3 | Laisse le choix au patient de décider ce qui est important pour eux dans les séances (sujets, jeux) : 1.196-198 Activités créatives : expression, affirmer le pouvoir sur son environnement physique (transformation de l'objet) et social (pouvoir de l'offrir ou non) : 1.198-201 |
| | E4 | Ateliers artistiques : acquisition d'habiletés, confiance en soi, sentiment d'efficacité personnelle, expression de soi-même (1.129-134) |
| | E1 | Meilleur rétablissement (1.289), meilleure estime d'elle-même (1.291), acquisitions de stratégies spécifiques et augmentation du sentiment d'efficacité personnelle (1.292-293), autonomie (1.296) |

| | | |
|-----------|----|--|
| Bénéfices | E2 | Equilibre occupationnel qui va permettre le maintien de la personne dans sa vie quotidienne (1.278-280) |
| | E3 | Amélioration de l'estime et de la confiance en soi, s'autoriser à faire des expériences, amélioration du contact avec les autres (1.217-223) |
| | E4 | Attention à ne pas mettre nos propres représentations à la place du patient -> inciter à l'expérimentation par lui-même (1.181-184) |

ANNEXE IX : Grille d'analyse thématique transversale

| Thème 1 : Principes d'interventions auprès des personnes atteintes de schizophrénie | |
|--|---|
| Ergo | Unités d'analyse/références |
| E1 | Mettre la personne en position d'acteur (1.32-33 ; 1.279-282) Pouvoir l'ouvrir sur l'extérieur (1.34) Décider ensemble d'une première activité (1.59) Accompagnement en ergothérapie en lien avec le projet de la personne (1.62-63) Utilise l'empowerment (1.246-249) L'ergothérapeute accompagne et soutient la personne dans un mouvement (1.282, 285-286) |
| E2 | Création d'une relation thérapeutique de confiance (1.51-52), Choix de décision dans les sujets abordés en séance (1.89-105) Au plus près du patient : évaluation des habitudes de vie (1.80-82) Basé sur les intérêts du patient (choix du média thérapeutique) « <i>activité qui soit importante et signifiante pour la personne</i> » (1.93-97) Faire en sorte que le patient soit acteur de son projet de vie (1.255-256) Lien avec les ressources de la personne, l'aide à trouver des solutions dans son environnement (1.191-200) |
| E3 | Quotidien et autonomie au cœur de sa pratique (1.25) Laisse le choix au patient de décider ce qui est important pour eux dans les séances (sujets, jeux) : 1.196-198 But de réinsertion dans la société (1.27-29) Prendre des décisions pour soi, assumer sa vie quotidienne (1.40-42) |
| E4 | Transfert des acquis dans le quotidien dans un but de réinsertion dans la cité (1. 30-33) Se base sur les compétences et les capacités d'apprentissages de la personne (ressources) : (1. 30-33) Laisse la personne expérimenter par elle-même (1.181-184) |

| Thème 2 : Moyens d'intervention et objectifs spécifiques | | |
|---|------|--|
| Sous-thème | Ergo | Unités d'analyse/références |
| Entretiens individuels | E1 | Situer la situation environnementale, familiale, occupationnelle de la personne (1.59) |
| | E2 | Permet de créer la relation thérapeutique de confiance (1.81-84) Permet de recueillir l'expression du patient et de travailler sur son projet de vie (ressources, organisation) : 1.107-111 |
| | E3 | Oui (1.46-47) |
| Bilans et évaluations | E1 | Différents types : capacités, projets, cognitifs (1.43-45) |
| | E2 | Rôles d'évaluation du retentissement des troubles sur l'équilibre occupationnel (1.23-24) |

| | | |
|---------------------------------|----|---|
| | E4 | Evaluation de l'autonomie, observation au domicile (1.42-45) |
| Objectif de suivi | E2 | Oui (1.27-28) |
| Diagnostic ergo | E2 | Oui (1.84) |
| Accompagnement individuel | E1 | Privilégie cette modalité dans un premier temps (1.70) Artisanales/créatives (vannerie, terre, dessin) et vie quotidienne (jardin, courses, cuisine) : 1.47-52 |
| | E2 | Privilégie cette modalité dans un premier temps (phase aigüe) : 184-85 Utilise d'activité comme un moyen d'atteindre un objectif -> médiations projectives pour travailler la restructuration psychique et l'image du corps (1.41-44) Poursuit le travail individuel en cabinet libéral si besoin : 1.116-118 |
| | E3 | Oui (117-119) |
| Mise en situation | E1 | Pour le patient : sentiment d'efficacité personnelle, participation à une activité, augmente la confiance en soi, acquérir des compétences pratiques (1.82-94) Pour le thérapeute : permet d'ajuster son intervention par le biais d'une observation concrète (1.94-108) |
| | E2 | Mises en situation d'activité et d'interaction : 1.90-91 |
| | E4 | Pour accompagner la personne dans son quotidien: courses, se repérer dans son quartier (1.45-47) |
| Visites à domicile | E4 | CMP : observation du domicile, de l'autonomie et des compétences (1.42-45) |
| Accompagnement de groupe | E1 | Artisanales/créatives (vannerie, terre, dessin) et vie quotidienne (jardin, courses, cuisine) : 1.47-52 Dans un deuxième temps : le groupe (activité de repas thérapeutique par exemple) : 1.71 Intérêt du groupe : capacité d'adaptation, prendre plaisir à être avec les autres (1.71-76) |
| | E2 | Lors de la phase de stabilisation : travail sur les habiletés, les capacités de communication, de relation, d'interaction, les capacités cognitives (1.55-57) Exemple des « mises en situation d'activité et d'interaction » (1.90-91) Groupe thérapeutique -> expression, prise de confiance, expérimentation, sentiment d'appartenance à un groupe (1.171-178) |
| | E3 | Atelier de groupe « vie pratique » : Les patients donnent un sujet sur une problématique de leur vie quotidienne (gérer un budget, mieux consommer, mieux communiquer). Le but de cet atelier est d'acquérir des compétences pratiques et des stratégies en lien avec leurs besoins en soulevant la discussion entre pairs (1.52-69) Travail sur les habiletés d'interaction et de communication au sein du groupe (1.40-41) |
| | E4 | Les ateliers de groupe permettent de travailler des compétences sociales (1.54-55) |
| Activités créatives/artisanales | E1 | Vannerie, dessin, terre, mosaïque (1.49-51, 1.61) Permet de se mettre en action (1.61-62) Permet de réaliser un projet (1.61-63) |
| | E2 | Utilise d'activité comme un moyen d'atteindre un objectif en phase aigüe, médiations projectives pour travailler la restructuration psychique et l'image du corps (1.41-44) Objectif de bien-être : « apaisement psychique par l'activité » (1.98-99) Moyen d'expression (1.99-100) |

| | | |
|--|----|---|
| | E3 | Moyen d'expression (1.203) Pouvoir sur son environnement physique (transformation de l'objet) et social (pouvoir de l'offrir ou non) : 1.202-205 |
| | E4 | Acquisition d'habiletés, confiance en soi, sentiment d'efficacité personnelle, expression de soi-même (1.130-135) |

| Thème 3 : L'empowerment | | |
|----------------------------------|------|---|
| Sous-thème | Ergo | Unité d'analyse/références |
| Définition et avis | E1 | « Accompagner la personne à trouver les ressources en elle-même pour développer ses capacités » (1.241-242) Cœur de la pratique en ergothérapie en santé mentale (1.246-249) |
| | E2 | « Capacité d'agir, capacité de prendre des décisions », « autonomie » « capacité à décider pour soi, de s'auto-gérer » (1.245-246) Complicé en santé mentale car pour lui l'autonomie c'est se limiter dans son fonctionnement pour pouvoir vivre avec l'autre (lois, pouvoirs) : 1.246-254 Fait en sorte que le patient soit, le plus possible, acteur de son projet de vie (1.255-256) |
| | E3 | « Pouvoir d'agir, avoir la sensation de pouvoir faire quelque chose sur sa vie, de pouvoir prendre des décisions, pouvoir bouger quelque chose dans son environnement » (1.180-182) Complicé d'appliquer l'empowerment dans ses pratiques car le personnel avait tendance à décider à la place du patient ; mais à la fin elle a vu une dynamique de changement s'opérer (1.186-191) |
| | E4 | L'empowerment est inhérent à sa pratique « c'est ce qu'on fait depuis des années dans l'appeler comme cela » (1.150) L'ergothérapeute part du désir du patient pour travailler ses compétences afin d'obtenir des résultats escomptés (1.158-160) Les évaluations, les mises en situations et le travail de compétences spécifiques vont permettre au patient de pouvoir réaliser sa réinsertion (appartement) : 1.161-164 Les mises en situation sont révélatrices des capacités de la personne et peuvent la mettre en échec, le rôle de l'ergo est qu'il arrive à obtenir les résultats souhaités en lien avec le projet de vie (1.170-174) |
| Interventions en ergothérapie | E1 | Activité courses (1.269) L'ergothérapeute accompagne et soutien la personne dans un mouvement (1.282, 285-286) C'est le patient qui est acteur et qui quantifie ses difficultés (1.279-282) Développe l'autonomie de la personne en développant ses propres stratégies (1.274-276) |
| | E2 | Pendant hospitalisation : évaluation initiale du profil occupationnel (1.260) Préparation à la sortie : aider la personne à retrouver des occupations qui soient satisfaisantes pour elle (1.261-262) Le thérapeute peut l'aider à en abandonner certaines qui peuvent être néfastes pour elle (1.263-264) |
| | E3 | Laisse le choix au patient de décider ce qui est important pour eux dans les séances (sujets, jeux) : 1.196-198 Activités créatives : expression, pouvoir sur son environnement physique (transformation de l'objet) et social (pouvoir de l'offrir ou non) : 1.198-201 |

| | | |
|-----------|----|--|
| | E4 | Ateliers artistiques : acquisition d'habiletés, confiance en soi, sentiment d'efficacité personnelle, expression de soi-même (1.129-134) |
| Bénéfices | E1 | Meilleur rétablissement (1.289), meilleure estime d'elle-même (1.291), acquisitions de stratégies spécifiques et augmentation du sentiment d'efficacité personnelle (1.292-293), autonomie (1.296) |
| | E2 | Equilibre occupationnel qui va permettre le maintien de la personne dans sa vie quotidienne (1.278-280) |
| | E3 | Amélioration de l'estime et de la confiance en soi, s'autoriser à faire des expériences, amélioration du contact avec les autres (1.217-223)/ |
| | E4 | Attention à ne pas mettre nos propres représentations à la place du patient -> inciter à l'expérimentation par lui-même (1.181-184) |

| Thème 4 : interventions ergo favorisant l'inclusion sociale et permettant de réduire la stigmatisation | | |
|---|------|--|
| Sous-thème | Ergo | Unités d'analyse/références |
| Communication | E1 | Pour réduire la stigmatisation : Intérêt de parler de la souffrance psychique lors de différents types d'évènements (action qu'elle a déjà menée) : 1.185-193 Pour favoriser l'inclusion sociale : Mobilisation de l'ergothérapeute pour parler de la souffrance psychique, même dans le cercle personnel (1.234-238) Pour favoriser la réinsertion au travail : proposition d'action : Action de communication globale auprès des « des chefs d'entreprise qui seraient intéressés pour recruter des personnes en situation de handicap » (1.213-214) |
| | E2 | Pour réduire la stigmatisation : rôle d'éducation et d'information de la santé mentale auprès du grand public (action qu'il a déjà menée) : 1.175-178 Pour favoriser l'inclusion sociale : éducation et information auprès du grand public (1.220-221) |
| | E4 | Pour réduire la stigmatisation : Actions d'informations auprès de différents publics en variant les supports (1.98-103) Pour favoriser l'inclusion sociale : Actions d'informations auprès de différents publics en variant les supports (1.98-103) |
| Événements ouverts sur l'extérieur | E1 | Pour réduire la stigmatisation : Propositions d'actions : réaliser des tournois sportifs mêlant PAS et public lambda (1.178-184) |
| | E3 | Proposition d'action : participation des structures à des événements culturels et sportifs ouverts sur l'extérieur (1.170-173) |
| | E4 | Propositions d'actions : Evénements culturels ouverts au grand public (musique, cirque) : 1.88-95 |
| | E2 | Pour réduire la stigmatisation : entretiens, séances individuelles, groupe thérapeutique -> expression, prise de confiance, expérimentation, sentiment d'appartenance à un groupe (1.168-175) Pour favoriser l'inclusion sociale : travaille sur les ressources de la personne pour s'insérer dans des groupes et dans son environnement, sur la reprise de confiance, et trouver un équilibre à l'autre qui soit satisfaisant pour la personne (1.191-200) Relation de suivi qui permet de maintien des occupations (1.213) |
| | E3 | Pour réduire la stigmatisation : Lien avec les ateliers de groupe qui permettent l'expression et la confrontation aux autres (1.110-112) et Accompagnements sur l'extérieur pour l'habituatation (1.116-118) |

| | | |
|---|----|---|
| | | Réinsertion au travail : Entretiens individuels pour comprendre la demande et leurs représentations du travail (sens pour la personne) : 1.139-150 mais aussi d'établir des priorités en fonction des besoins des patients (1.162-164) |
| | E4 | Travailler sur l'image de soi et la confiance en soi qui permettra au patient d'aller vers les autres (1.110-112) |
| Rôle des structures extérieures pour le travail | E1 | En lien avec une association qui propose des missions de travail (ESAT) : 1.161-165 |
| | E3 | Relais avec les structures qui accompagnent au travail (1.149) |
| Autres propositions | E1 | Inclusion : soutenir les programmes de patients experts (1.224-232) |
| | E2 | Développer l'accompagnement thérapeutique après l'hospitalisation et développer l'ergothérapie libérale en santé mentale (1.225-226) Travail : pousser les entreprises à employer les personnes en situation de handicap psychique (1.218-220) |
| | E3 | Innovation : Utiliser les postes pour être créatif et les faire évoluer (1.126-127) |

| Thème 5 : Lien avec l'équipe pluridisciplinaire | | |
|--|------|---|
| Sous-thème | Ergo | Unités d'analyse/références |
| Réinsertion au travail | E1 | Relais avec les autres professionnels pour le travail (1.173-174) En lien avec une association qui propose des missions de travail (ESAT) : : 1.165-169 |
| | E3 | Relais avec les structures qui accompagnent au travail (1.153-155) |
| | E4 | Travail de réhabilitation avec des structures annexes (hôpital de jour) |
| Prise en charge du patient | E2 | Travail important avec l'équipe pour préparer au mieux la sortie du patient (1.114-116) La spécificité et la complémentarité de chaque profession va aider le maintien du patient dans son environnement (1.63-71) |
| Travail en équipe | E4 | Professions avec des objectifs communs « dans la même optique » (1.47-49) Possibilité de réaliser des accompagnements en binôme (habiletés sociales) : 1.113-118 Lien avec l'équipe pluriprofessionnelle et les personnes en satellite autour de la personne (1.50-51) Lien avec le tuteur/curateur pour accompagner la personne sur le réseau (1.49-50) |
| | E2 | Lien avec les professionnels en libéral (1.63-64) |

| Thème 6 : Les limites de la pratique | | |
|---|------|--|
| Sous-thème | Ergo | Unités d'analyse/références |
| Sociétale | E1 | Manque d'ouverture de la société sur la réinsertion du travail pour les personnes atteintes de schizophrénie (1.213-215) |
| | E2 | Manque d'ouverture de la société sur la réinsertion du travail pour les personnes atteintes de schizophrénie (1.221-223) Manque de continuité des soins après l'hospitalisation (1.224-229) |
| Structurelles | E3 | Freins au niveau de la hiérarchie dans ses pratiques : réalisaient des missions pas toujours ergo (1.23-24) Epreuves pour mettre en place des accompagnements ergothérapeutiques (1.188-194) |
| Organisationnelles | E4 | Ne peut pas réaliser autant de visites à domicile qu'elle voudrait (1.43) Le manque d'effectif d'ergothérapeutes sur la structure où elle travaille restreint les possibilités d'accompagnement (1.114-115) |
| Interpersonnelles | E3 | Relations avec les collègues soignants parfois compliquées |
| | E4 | Faire émerger le désir chez le patient atteint de schizophrénie (1.115) |

ANNEXE X : Retranscription de l'entretien 1

1 Q1 : Pouvez-vous me parler de votre parcours professionnel ?

2 E1 : Alors, j'ai passé mon diplôme en 2009. J'ai fait à peu près 18 mois sur 2 postes
3 totalement différents, le premier c'était en EHPAD sur une création de poste, et le second
4 c'était auprès d'adolescents déficients intellectuels avec troubles associés. Et après, j'ai pris
5 en poste en secteur de psychiatrie adultes pendant à peu près 7 ans. Ce poste initialement il
6 était sur l'intra hospitalier donc que les patients hospitalisés en service de secteur classique, il
7 a évolué au bout de quelques années pour 3 demi-journées par semaine sur l'extra hospitalier.
8 Donc j'avais une matinée sur le centre de jour, en hôpital de jour, et 2 demi-journées sur les
9 CMP. Le reste étant tout le temps sur l'intra hospitalier.

10 Q2 : Ok. Du coup ma seconde question est qu'est-ce qui vous a amené à travailler en
11 psychiatrie ?

12 E1 : C'est une bonne question. Je pense que ce qui m'intéresse dans mon travail c'est le
13 travail autour du relationnel, de comment accompagner l'individu dans ses difficultés
14 psychiques. Je pense que c'est ça qui me plaît le plus dans mon travail. Adapter
15 l'environnement, pouvoir réfléchir à l'environnement humain ou matériel c'est quelque chose
16 de passionnant aussi. Mais vraiment pouvoir aider la personne en souffrance psychique c'est
17 ce qui me tient le plus à cœur. Je pense que c'est pour ça que j'ai travaillé 7 ans en psychiatrie
18 adulte.

19 Q3 : D'accord. Vous y avait déjà un peu répondu mais dans quelles structures avez-vous
20 travaillé en psychiatrie et auprès de quelle population en particulier ?

21 E1 : En intra hospitalier en service de secteur, en extra hospitalier en hôpital de jour et en
22 CMP. La population c'était des adultes en service de secteur, autant des personnes souffrant
23 de schizophrénie, que des troubles bipolaires graves, que des personnalités limites, que des
24 dépressions, tout venant. De toute façon la psychiatrie de secteur, il n'y a pas de tri.

25 Q3 : Tout à fait. Selon vous, quelles sont les missions propres à l'ergothérapeute en
26 psychiatrie ?

27 E1 : Je pense qu'il y a quelque chose autour de pouvoir accueillir la personne différemment,
28 de quelque chose de moins médical. Je dis pas que l'ergothérapeute n'est pas du tout
29 paramédical et qu'il est là pour occuper. C'est pas mon propos du tout bien sûr, mais il me
30 semble qu'on propose quelque chose d'un peu différent, d'aller au repas, trouver un rythme,
31 pouvoir prendre son traitement, pouvoir évoquer ses difficultés. Je pense qu'on ouvre à

32 quelque chose où la personne peut être actrice, et ça il me semble que ça nous ait propre en
33 tant qu'ergothérapeute. Il y a de ça, de mettre la personne en position d'acteur et il me semble
34 qu'il y a autre chose aussi, de pouvoir l'ouvrir sur l'extérieur, même si elle est hospitalisée, en
35 rupture, dans un moment de crise, etc. De pouvoir l'ouvrir sur l'extérieur, ça il me semble que
36 ça nous est propre aussi. Après c'est très varié, c'est tout ce qui est autour des difficultés
37 cognitives, c'est pouvoir être en groupe, c'est ce genre de chose, mais il me semble que c'est
38 des choses qui traversent d'autres professions aussi, alors que le fait d'être acteur et de
39 s'ouvrir sur l'extérieur, il me semble que c'est quelque chose qui nous est vraiment propre.

40 Q : D'accord. Et spécifiquement, quels types d'accompagnement avez-vous réalisé auprès de
41 personnes atteintes de schizophrénie ?

42 E1 : Alors moi je proposais des bilans de différents types, soit des bilans pour faire le point
43 sur les capacités et les projets mais aussi des bilans plus cognitifs dans les cas par exemple, de
44 retour au travail, de retour à domicile pour évaluer les capacités pour être en activité. Et au
45 niveau pratico-pratique, tant au niveau fonctionnel qu'au niveau cognitif, c'était le côté plus
46 bilans. Et au niveau des prises en charge, j'accompagnais des personnes au niveau individuel
47 et en accompagnement en groupe ; des fois les deux pour une même situation avec des prises
48 en charge soit au niveau de la vie quotidienne soit des activités plutôt artisanales (vannerie,
49 terre, dessin...) enfin peu importe toutes ces activités-là de l'ordre du créatif. Après vie
50 quotidienne, c'était jardin, faire les courses, la cuisine, ce genre de choses. Et ça, c'était
51 décliné autant en groupe qu'en individuel.

52 Q : D'accord. Du coup est-ce que vous pouvez me décrire un peu plus précisément un
53 exemple d'une de vos prises en charge que vous avez pu réaliser ?

54 E1 : Alors, je pourrais penser à une personne en particulier qui a fait des choses très
55 différentes du coup ça illustrerait pas mal. Donc par exemple, on peut commencer par une
56 phase de bilan pour faire une première rencontre, pour évaluer quelles sont les difficultés à
57 l'entrée ou en tout cas à l'arrivée de la personne en séance, avec un premier entretien pour
58 situer la situation familiale, la situation de travail, la situation environnementale. Et en
59 fonction de ça, décider ensemble, d'une première activité, pour justement se mettre en action.
60 Par exemple, faire de la mosaïque, décider de faire un tableau en mosaïque avec le dessin,
61 avec le fait de casser des carreaux, de réassembler tout, de pouvoir en faire quelque chose de
62 finit, de complet et d'uni. Et une fois qu'on s'est remis en activité, quel va être le projet, une
63 fois la sortie se profilant. Si c'est retour à domicile, peut-être qu'il faut se pencher sur
64 comment faire ou refaire à manger, donc aller faire les courses ensemble autour d'un projet,
65 après avoir refait un bilan, quelles sont les capacités à pouvoir réaliser un projet de repas.

66 Aller faire les courses, donc ca veut dire pouvoir faire les courses en fonction d'une recette,
67 pouvoir opérer le trajet éventuellement en bus, se rendre sur le lieu, réaliser les courses, payer
68 les achats en fonction d'un budget, rentrer avec le bus. Et après réaliser le plat qui a été choisi,
69 seul dans un premier temps je dirais, et après plutôt sur un projet de groupe avec une activité
70 de repas thérapeutique. Par exemple, supporter de choisir un repas un commun avec d'autres
71 personnes, ce qui veut dire que c'est pas forcément le repas qu'on aurait choisi, avec des
72 contraintes budgétaires, supporter que si personne veut faire une partie du repas qu'on puisse
73 en faire une autre, ce genre de chose où la contrainte du groupe a amené autre chose. Et après,
74 pouvoir arriver à prendre plaisir à être avec les autres une fois toutes ces épreuves de
75 contrariété supportées. Voilà, ce pourrait être ce genre de choses.

76 Q : D'accord, très bien. Du coup si je comprends bien vos propos, vous parlez beaucoup de
77 mise en situation finalement. Donc quels bénéfices, vous pensez, que le patient peut avoir du
78 fait des mises en situation ?

79 E : Je pense que les mises en situation sont bénéfiques des deux côtés, à la fois du côté de
80 l'ergothérapeute et du côté du patient. Le patient, ça lui permet vraiment parfois de réaliser
81 qu'il est en capacité de faire, c'est pas toujours le cas, on a parfois l'impression que les
82 patients sont couper en arrivant en hospitalisation, et le fait de retourner chez eux ou de
83 retourner chez un proche c'est assez angoissant finalement alors qu'on se dit *c'est bon il va*
84 *mieux il va pouvoir rentrer chez lui*. Finalement, c'est assez angoissant parce qu'il y a plein
85 de gestes du quotidien qu'ils ne font plus et pouvoir proposer ces mises en activité, de se
86 remettre un peu en scène et de réaliser qu'on est en capacité de faire, je pense que c'est un
87 plus pour les patients. Ca restaure leur image d'eux, et ça les réentraîne vraiment au quotidien
88 sur comment faire dans leur corps et dans leur esprit, et cognitivement aussi, pas que dans leur
89 esprit dans le sens psychique de *je suis en capacité faire* mais cognitivement ça remet la
90 machine en route je dirais. Et puis y a des fois, c'est l'inverse, ça permet de voir que c'est pas
91 possible et donc y aura besoin d'avoir de l'étayage supplémentaire ou de continuer à travailler
92 pour que ca devienne possible. Et du côté de l'ergothérapeute, le fait de mettre le patient en
93 action sur une activité, je trouve qu'on le voit différemment, de la même manière que eux
94 peuvent se voir différemment, de *je suis en capacité de faire*, l'ergothérapeute voit qu'il est en
95 capacité de faire. De coup ca reconforte et on va pouvoir passer à autre chose de plus
96 compliqué ou de retour à domicile. Ou alors, justement, c'est difficile à faire, il va falloir
97 étayer et accompagner davantage. Et ça, c'est vraiment un plus, j'ai vraiment l'impression que
98 les mises en situation permettent aux deux parties se réunir autour de quelque chose de
99 commun et de pas rester dans l'illusion que le retour à domicile reste envisageable en se

100 disant que psychiquement la personne va mieux, par exemple le délire est amoindri, les voix
101 sont moins présentes, en se disant *oui oui ça va aller* mais si on a pas essayé on en sait rien
102 donc il me semble que ça permet de se mettre d'accord ou de ne pas de mettre d'accord
103 justement sur le quotidien si il est possible ou non. Mais en tout cas sans que ce soit par la
104 parole mais par du concret, de voir vraiment là c'est possible là ça ne l'est pas, et du coup soit
105 étayer soit *prenez confiance en vous ça va aller vous aller y arriver quoi*.

106 Q : D'accord, ça marche. On va changer de thème, est ce que vous déjà rencontré un patient
107 atteint de schizophrénie qui était confronté à la stigmatisation ?

108 E1 : Alors je pense tous mais c'était assez global là où je travaillais c'était un service de
109 psychiatrie adulte mais c'était au sein de l'hôpital général. Du coup, les patients étaient peu
110 appréciés s'ils allaient à la cafétéria de l'hôpital. C'est-à-dire que c'était des patients qui
111 avaient tendance à pas forcément prendre leur douche le matin avant d'aller prendre leur café
112 à la cafétéria, qui s'habillent de manière marginale et qui étaient assez pointés du doigts et que
113 si ils s'agitaient à la cafétéria ça dérangeaient fortement. Je pense que c'est possible, et
114 j'entends que ça peut déranger le public, de vociférer dans la cafétéria c'est pas toujours bien
115 reçu mais je suis persuadée qu'il y a des personnes qui n'étaient pas hospitalisées en
116 psychiatrie et qui n'avaient pas meilleure apparence et qui étaient plus discrètes, et pourtant
117 c'est ces personnes-là qui dérangeaient davantage du fait qu'elles soient hospitalisées en
118 psychiatrie. Donc voilà, c'est plus cette idée qui me vient, du fait d'être pointé du doigt parce
119 qu'on sait qu'il y a une souffrance psychique alors que d'autres personnes qui pourraient
120 avoir le même comportement et qui ne sont pas étiquetés psychiatrie par exemple sont moins
121 montrés du doigt.

122 Q : Oui, d'accord, je vois. Du coup est-ce que vous avez vu les conséquences de cette
123 stigmatisation lors de vos prises en charge d'un point de vue comportemental, social ou
124 psychologique ?

125 E1 : Au sein des séances, j'ai pas le sentiment qu'il y ait eu un impact particulier. C'est des
126 sujets qui ont pu être abordés en séances effectivement parce qu'il y a eu des périodes où
127 c'était interdit pour eux d'aller à la cafétéria tout simplement, ça c'est assez fou quoi. Donc
128 forcément c'est pas quelque chose qui était le bienvenu car c'était leur bulle d'oxygène de
129 pouvoir aller à cet endroit-là, et finalement la possibilité de rencontrer du public ; donc c'est
130 important pour eux aussi y a pas de raisons que ce soit interdit. Enfin, c'est des choses qu'on a
131 abordées, de là à dire qu'il y a eu un impact sur les séances, je ne pense pas. Je pense que
132 c'était au contraire la possibilité de pouvoir échanger, de pouvoir déposer ce qu'il se passait à
133 l'extérieur dans l'espace de la séance donc je pense que c'était plutôt positif pour les

134 personnes de pouvoir en parler à cet endroit-là. Après j'ai pas eu l'impression qu'il y avait un
135 impact négatif dans le sens où ça affectait les séances.

136 Q : D'accord, du coup vous ne l'avez pas forcément remarqué, il n'y avait pas forcément des
137 patients qui se plaignaient sur certaines situations, à part l'exemple de la cafétéria dont vous
138 m'avez parlé mais il n'y avait pas forcément d'autres choses qu'ils vous rapportaient ?

139 E1 : Non, j'avais pas le sentiment, j'ai plus le sentiment que les patients souffraient d'avoir
140 peur des autres, plutôt que les autres aient peur d'eux. Enfin je sais pas si c'est bien dit mais
141 j'avais plus l'impression que eux avaient plus peur des autres, qu'étaient gênés par la peur de
142 l'autre.

143 Q : D'accord. Ma question suivante c'est quels peuvent être les freins de la stigmatisation
144 pour le rétablissement du patient ?

145 E1 : Le point principal qui me vient en tête c'est la possibilité d'accéder à un appartement
146 autonome parce que quand on est accompagné par une ergothérapeute et une assistante sociale
147 pour aller signer un bail, et qu'en plus le tuteur s'en mêle, les propriétaires sont quand mêmes
148 assez frileux. Parce que c'est des appartements qui peuvent rapidement se dégrader parce que
149 c'est des personnes qui sont en difficulté dans leur quotidien pour entretenir leur appartement
150 et que des propriétaires ont été refroidis par la dégradation de leur appartement et qu'ils n'ont
151 pas envie de faire confiance de nouveau. Donc ça je pense que c'est un frein majeur pour
152 pouvoir se réinsérer dans la société de manière autonome et pareillement pour retrouver un
153 travail. Je pense qu'aller à la rencontre d'un employeur en disant *ça fait 35 ans que j'ai pas*
154 *travaillé parce que j'ai été hospitalisé en psychiatrie et qu'il a fallu du temps pour m'en*
155 *remettre*. Voilà, c'est vraiment un frein pour réussir à avoir une vie indépendante et autonome
156 et pouvoir se réinsérer, je pense qu'il y a de ça.

157 Q : D'accord. Du coup est-ce que vous, vous aviez utilisé un type d'intervention en particulier
158 pour les patients atteints de schizophrénie confrontés à la stigmatisation ?

159 E1 : Moi j'en ai pas utilisé directement. Je sais qu'il y a des services comme Cap Emploi qui
160 accompagnent les personnes en situation de handicap et qui en ont besoin pour être réinsérés.
161 Moi j'y ait pas fait appel directement, par contre j'étais en lien une association qui s'appelle
162 Méssidor, qui réinsère dans le sens où elle propose un accompagnement sur le long terme
163 avec des éducateurs qui sont là au quotidien pour accompagner les personnes sur des missions
164 de travail style ESAT, et après qui accompagnent les personnes pour réintégrer un travail plus
165 autonome. Donc j'ai des patients qui sont allés sur des services comme ça, et après j'ai
166 accompagné des personnes aussi qui allaient en centre de réadaptation où du coup il y avait
167 des missions de réentraînement au travail et réinsertion après au travail.

168 Q : D'accord.

169 E1 : Et c'est vrai que souvent je passais le relai plus que j'étais présente au quotidien avec la
170 personne pour cette affection-là.

171 Q : Par rapport à la stigmatisation du coup ?

172 E1 : Redites-moi votre question, pardon.

173 Q : Pas de soucis. Est-ce que vous vous pensez en tant qu'ergothérapeute qu'il aurait été utile
174 de faire quelque chose pour justement un patient atteint de stigmatisation ? Enfin, quelle
175 aurait été la spécificité de l'ergothérapeute pour peut être réduire cette stigmatisation ? Et est-
176 ce vous pensez que vous avez un rôle à jouer, ou peut être comme vous dites, passer le relai ?

177 E1 : Alors oui je pense qu'il y a un rôle à jouer sur deux plans je dirais. Je pense que ça peut
178 être intéressant de réaliser des activités qui mêlent patient en souffrance psychique et pas
179 patient du tout. Par exemple, des tournois sportifs qui mêlent des personnes en souffrance
180 psychique et des personnes qui ne le sont pas, ce genre de choses ou culturel mais peu
181 importe. En tout cas, quelque chose qui rassemble autour d'une activité commune et du coup
182 que toute les populations se mêlent. Ça je pense que ce serait intéressant parce que ça
183 permettrait déjà au patient de se rassurer sur ce que les autres peuvent penser d'eux et sur la
184 population lambda d'être rassurée sur les personnes en souffrance psychique. Faut-il encore le
185 faire. Et je pense qu'une autre action qui serait intéressante aussi serait tout simplement de
186 parler de la souffrance psychique, de parler des personnes qui sont en souffrance psychique,
187 d'en parler dans des forums, dans des colloques. Je pense par exemple à la semaine
188 d'information sur la santé mentale, c'est quelque chose qui permet de vulgariser la souffrance
189 psychique en expliquant en fait que *oui c'est facile de stigmatiser quand on connaît pas* mais
190 en fait la souffrance psychique peut atteindre n'importe qui à n'importe quel moment et je
191 pense que c'est bien ça qui fait peur c'est que ça concerne tout le monde. Je pense que c'est
192 une autre action qu'on peut mener et que j'ai pu mener à un moment donné aussi d'en parler à
193 la population générale de la souffrance psychique.

194 Q : Ok super. On va passer sur un autre thème si ca vous va.

195 En Europe, 80 % des individus souffrant de schizophrénie sont sans emploi (Thornicroft *et*
196 *al.*, 2004). Selon une étude polonaise réalisée dans des centres de santé mentale auprès de
197 personnes atteintes de schizophrénie, près de 90% se sentaient rejetées par les autres et 50%
198 avaient des ruptures de contact interpersonnel (Cechnicki et al, 2011).

199 Selon vous, comment l'ergothérapeute peut-il favoriser l'inclusion sociale de ces patients ?

200 E1 : Au travail du coup ?

201 Q : Oui.

202 E1 : Je me vois mal accompagner la personne sur son lieu de travail pour lui expliquer ce que
203 c'est une difficulté psychique, je pense que ce serait mettre à mal les relations qu'elle peut
204 instaurer d'elle-même là où elle travaille. Ou alors je pense que je le ferais avec sa hiérarchie
205 mais avec l'autorisation de la personne bien-sûr, pour expliquer si la personne en a besoin,
206 quelles peuvent être les difficultés de la personne, à quel moment il faut l'aider et de telle
207 manière si la personne en a besoin et rassurer sur ses capacités tout simplement. Mais je ne
208 me verrais pas aller auprès de son équipe avec qui elle est au quotidien parce que je pense que
209 ce serait justement plus stigmatisant qu'autre chose. C'est discutable mais moi je serais plus
210 du parti de semer la graine dans l'esprit de la hiérarchie plutôt qu'avec les personnes qui sont
211 au quotidien avec elle. Et après de manière plus générale, je vais revenir sur cette idée de
212 colloque mais voilà d'avoir une possibilité d'expliquer ce qu'est la souffrance psychique mais
213 de manière générale à par exemple, à des chefs d'entreprise, qui serait intéressés à recruter des
214 personnes en situation de handicap ça je pense que ce serait intéressant. Mais je pense qu'il y
215 a deux champs, pouvoir expliquer de manière générale à un public lambda sans que ce soit
216 ciblé sur une personne et de manière un peu plus ciblé accompagner une personne qui est en
217 train d'être réinsérée ou qui a trouvé un travail, si elle est d'accord, pour la soutenir. Mais que
218 ça procure un malaise dans ses relations qu'elle va avoir au quotidien.

219 Q : Bien sûr. D'un point de vue un peu plus global, selon vous que faudrait-il changer dans la
220 société pour favoriser l'inclusion des personnes atteintes de schizophrénie ?

221 E1 : Je pense que c'est plus général encore que favoriser l'inclusion des personnes atteintes de
222 schizophrénie. C'est juste que les gens aient l'esprit un peu plus ouvert, soient un peu plus
223 empathiques et bienveillants. C'est difficile cette question car c'est hyper général et en même
224 temps je ne sais pas si y aurait une action directe qui pourrait aider. Il y a déjà les patients
225 experts, ça je pense que c'est quelque chose à développer. C'est assez décrié en psychiatrie
226 mais je pense que c'est quelque chose à développer parce que je pense que les personnes qui
227 ont été en souffrance psychique sont les plus à même d'expliquer ce qu'est la souffrance
228 psychique. On ne peut pas annuler la peur des gens mais je pense que plus on en parle plus on
229 annule la peur de l'autre. Parce que en fait la peur elle vient de l'inconnu, si on ne sait pas ce
230 qu'il se passe chez l'autre forcément ça fait peur et forcément on va la stigmatiser en se disant
231 *elle me fait peur donc du coup je veux pas qu'elle vienne chez moi* par exemple. Peut-être que
232 soutenir ces programmes-là de patients experts, je pense que c'est intéressant. Et puis après
233 c'est en parler, c'est faire du bruit autour de ça, c'est rendre les semaines d'information en
234 santé mentale vivantes et attractives. C'est à nous de se mobiliser en tant qu'ergo pour en
235 parler, au-delà de notre petit service et des patients qu'on accueille. En parler autour de nous,

236 dans notre entourage amical, dans nos familles, diffuser que *oui il y a des personnes en*
237 *souffrance psychique et la schizophrénie ca fait peur* mais je pense que eux ont plus peur de
238 nous que l'inverse.

239 Q : Tout à fait. Du coup on va passer sur la dernière partie de l'entretien. Que pensez-vous de
240 l'utilisation de l'empowerment en psychiatrie et comment le définiriez-vous ?

241 E1 : Alors l'empowerment pour moi c'est accompagner la personne à trouver les ressources
242 en elle-même pour développer ses capacités. C'est pas tout à fait la bonne définition mais
243 c'est quelque chose comme ça, mobiliser l'autonomie de la personne à se mobiliser elle-
244 même.

245 Q : Qu'en pensez-vous dans votre pratique ?

246 E1 : Je pense que c'est le cœur de ce qu'on pratique en ergothérapie. Alors je sais pas si c'est
247 de manière générale en ergothérapie mais en tout cas auprès de personnes souffrant de
248 schizophrénie, si on a pas idée de ce qu'est l'empowerment et si on pas idée de développer ça
249 chez la personne ben je pense qu'on passe à côté de quelque chose. Donc il me semble qu'on
250 ne peut pas accompagner la personne qui souffre de schizophrénie en se disant qu'en
251 permanence il faut qu'elle ait quelque chose à côté d'elle pour la soutenir. Y aura
252 certainement de l'étayage, ça c'est certain, mais le but justement en ergothérapie c'est
253 d'accompagner à sentir qu'il a les capacités de se développer par rapport à lui-même. Pour
254 moi, c'est vraiment ça l'empowerment, c'est faire revivre à l'intérieur de l'individu quelque
255 chose qui fait qu'il est persuadé que - quoi qu'il arrive - il va, peut-être pas déplacer des
256 montagnes, mais il va réussir à aller au-delà de ses difficultés. Donc c'est, par des choses très
257 simples, par exemple la personne est en train de faire de la mosaïque, plutôt que lui dire, *il*
258 *faut prendre la pince, c'est essayez de vous rappeler la dernière fois déjà vous cherchiez*
259 *comment faire je suis sûre que allez trouver, si vous avez besoin regardez autour de vous,*
260 *rappelez-vous on l'a fait la dernière fois.* Du coup la personne plutôt qu'on lui donne la
261 solution tout de suite elle va se dire *ah oui on l'a déjà fait la dernière fois*, puis elle va
262 regarder les appuis autour et elle va se dire *ah oui c'était la pince bien sûr !* Et du coup juste
263 en faisant ça on réanime la capacité de la personne à être persuadée qu'elle peut y arriver et
264 qu'elle peut trouver les ressources à l'intérieur d'elle-même pour réussir.

265 Q : D'accord. Donc si je comprends bien, c'est quelque chose que vous avez utilisé dans votre
266 démarche en psychiatrie, la notion d'empowerment. Est-ce que vous pouvez me donner un
267 exemple ou comment vous l'avez appliqué concrètement lors de vos prises en soins avec des
268 outils ou des moyens que vous pouvez me citer ?

269 E1 : Je pense à l'activité courses. Ce serait beaucoup plus simple et rapide, que ce soit
270 l'ergothérapeute qui prenne le papier et le crayon et qu'est ce qu'on fait à manger *ok on fait*
271 *ça qu'est ce qu'il faut comme courses ok je note*. Pour moi, c'est pas ça le travail en
272 ergothérapie, pour moi c'est le patient qui a le crayon, qui a le papier, qui apprend à faire une
273 liste, qui apprend éventuellement à ranger sur sa liste les fruits et les légumes d'un côté, les
274 laitages de l'autre. Et après ça lui facilite les choses, une fois qu'il arrive pour faire les
275 courses, c'est tous ces petits détails qui paraissent insignifiants mais qui redonnent confiance
276 à la personne pour qu'après elle puisse faire toute seule. C'est ce genre de détails, je pense au
277 modèle KAWA où en fait on est là on accompagne, on récolte ce que la personne a besoin de
278 poser sur sa feuille, *les événements de ma vie c'est ça, ce qui m'encombre dans ma vie c'est*
279 *ça, mes soutiens c'est ça*. Mais en fait c'est la personne qui note, c'est la personne qui
280 quantifie là où sont ses difficultés et là où sont ses appuis et nous on est juste là pour soutenir
281 pour accompagner et pour qu'elle puisse en dire quelque chose mais au final on est pas là à
282 côté en tant que tuteur, j'ai l'impression qu'on est à côté, à soutenir dans un mouvement. En
283 tout cas je trouve que ce modèle est intéressant pour pouvoir poser les choses, réaliser où la
284 personne en est et en fait nous on est juste là pour soutenir et accompagner. Et en fait,
285 l'empowerment c'est ça aussi, c'est soutenir, accompagner pour que ça naisse à l'intérieur
286 d'eux.

287 Q : D'accord très bien. Et pour la petite dernière question, selon vous, quels bénéfices peuvent
288 tirer les patients de ce type d'intervention basée sur l'empowerment ?

289 E1 : Eh ben pour moi il me semble que le rétablissement est meilleur derrière parce que
290 justement il n'y a pas forcément tous ces tuteurs autour ce qui fait que la personne se tient un
291 peu plus d'elle-même. Y a une meilleure estime d'elle car elle sait qu'elle est en capacité de
292 réussir, en tout cas même si y a des moments où ça ira moins bien, elle arrivera à passer au-
293 delà et elle trouvera des appuis si jamais elle a besoin. Donc voilà, il me semble que le
294 rétablissement sera meilleur, je dis pas que c'est plus rapide, j'ai pas le sentiment que ce sera
295 plus rapide parce que ça demandera plus de temps. Mais ce sera meilleur, plus solide et la
296 personne sera plus autonome mine de rien si elle est en capacité de faire les choses et de se
297 dire qu'elle pourra trouver des appuis par elle-même, y a quelque chose de beaucoup plus
298 autonome.

ANNEXE XI : Retranscription de l'entretien 2

1 Q : Pour commencer, est-ce que vous pouvez me parler de votre parcours professionnel ?

2 E2 : Oui. J'ai été diplômée de l'école de Montpellier en 1998. J'ai travaillé un petit peu en
3 centre de rééducation, puis après je me suis vite dirigé vers la santé mentale, la psychiatrie,
4 c'est ce que j'affectionnais plus particulièrement. Et donc depuis 1998-1999, je travaille dans
5 une clinique aux alentours de Montpellier, une clinique privée qui accueille des personnes
6 adultes toute pathologie et notamment des personnes atteintes de schizophrénie. Puis ensuite
7 j'ai fait beaucoup de formations, j'ai aussi un diplôme de cadre de santé, j'ai fait des
8 formations, de l'enseignement notamment en IFE pendant plus de 20 ans. J'ai aussi une
9 formation en sciences de l'éducation. Je suis aussi psychanalyste.

10 Q : D'accord, très bien. Ma seconde question est qu'est-ce qui vous a amené à travailler en
11 psychiatrie ?

12 E2 : J'avais un intérêt pour la santé mentale, en tout cas pour le fait psychique depuis très
13 longtemps, même avant mes études. J'étais très intéressé par tout ce qui touche à la
14 problématique psychique et au fonctionnement psychique donc je me suis orienté
15 naturellement dans ce domaine-là.

16 Q : D'accord. Ma question suivante, vous y avez déjà un petit peu répondu mais c'était dans
17 quelles structures avez-vous travaillé en psychiatrie et auprès de quelle population ?

18 E2 : En psychiatrie adulte, en établissement et également en cabinet.

19 Q : D'accord. On va passer à un autre thème. Selon vous, quelles sont les missions propres à
20 l'ergothérapeute en psychiatrie ?

21 E2 : Je dirais que pour moi, l'ergothérapeute avant tout, doit être le spécialiste de
22 l'occupation. C'est-à-dire de l'activité humaine. Je pense que l'ergothérapeute son rôle dans
23 un premier temps c'est d'évaluer déjà le retentissement des troubles d'une personne sur son
24 fonctionnement quotidien, sur l'ensemble de ses activités de la vie quotidienne, sur ses loisirs,
25 sur des activités de productivité, sur ses relations, etc. Donc c'est déjà de pouvoir faire cette
26 évaluation de l'impact des troubles sur l'équilibre occupationnel, sur l'état de la personne. Ça
27 je dirais que c'est le premier travail de l'ergothérapeute, et ensuite à partir de là établir des
28 objectifs de suivi thérapeutique. Une fois qu'on a repéré les difficultés que rencontre la
29 personne, on va travailler autant sur les facteurs personnels que les facteurs
30 environnementaux, ou les habitudes de la vie et d'activité de la personne. Alors voilà pour

31 moi le rôle de l'ergo en santé mentale, mais pas que, dans tous les domaines de l'ergothérapie,
32 je crois que c'est le rôle de l'ergothérapeute.

33 Q : D'accord. Et du coup, un peu plus spécifiquement, quel type d'accompagnement réalisez-
34 vous auprès de personnes atteintes de schizophrénie ?

35 E2 : Alors ça va dépendre de l'état dans lequel est la personne, si on est en phase aigüe, si on
36 est en phase de stabilisation/consolidation ou si on est en phase de réhabilitation. Moi
37 j'accompagne ces personnes dans toutes ces phases. En phase aigüe, il me semble important
38 de travailler sur une question de structuration psychique chez ces personnes qui ont un rapport
39 à la réalité, à leur réalité, à leur corps qui est souvent très perturbée. Donc là l'ergothérapeute
40 va travailler un peu plus spécifiquement sur, ce qu'on appelle, la structuration psychique ou la
41 structuration de l'image du corps par des activités contenant, par des médiations projectives.
42 On va être un peu plus sur une activité top-down, où on va travailler vraiment sur des choses
43 très spécifiques. Pas tellement sur l'occupation en elle-même mais plutôt utiliser l'activité
44 comme un moyen d'atteindre un objectif, comme un objectif de restructuration psychique ou
45 de reconstruction de l'image du corps chez ces sujets qui peut les mettre en grande difficulté.
46 Moi je suis d'orientation psychodynamique donc je vais beaucoup travailler sur ce travail de
47 restructuration psychique, d'accès aux phénomènes de symbolisation pour que ces patients
48 psychotiques retrouvent quelque chose du côté de la réalité qui est souvent déconstruite. Donc
49 là on est en phase aigüe dont le but est de stabiliser, reconstruire quelque chose, chez le
50 psychotique il y a un rapport au corps très morcelé, il y a aussi des hallucinations auditives,
51 des délires donc on va essayer d'apaiser tout ça. Il faut vraiment instaurer une relation de
52 confiance qui est très ténue et très stable. Et puis ensuite, grâce aux traitements
53 médicamenteux qui vont permettre d'instaurer une certaine stabilisation plus la relation de
54 confiance plus le travail, on va pouvoir arriver petit à petit à une stabilisation de la personne.
55 A ce moment-là, on va pouvoir à commencer à travailler un peu plus sur les capacités de
56 communication, de relation, d'interaction, les capacités cognitives aussi si besoin. En tout cas
57 je travaille beaucoup aussi les capacités de relation, les habiletés en tout genre finalement.
58 Dans un second temps, on travaille sur les habiletés lorsque le patient est stabilisé, ce qui
59 correspond souvent à la sortie d'une hospitalisation. Et là le travail de réhabilitation
60 psychosociale se met en place. A ce moment il y a un gros travail à faire en dehors des murs
61 de l'hôpital. C'est là que prennent en relais les hôpitaux de jour, ce genre de choses. Et moi à
62 ce moment-là, je continue à suivre les patients en cabinet, pour ceux qui en ont les moyens.
63 C'est important à ce moment-là de travailler en équipe, même si c'est en ambulatoire ou en
64 cabinet. Souvent je travaille avec un psychiatre, des fois avec une psychologue en plus puis à

65 deux-trois plus d'autres services qui peuvent venir au domicile du patient, des SAMSAH, des
66 infirmiers. A nous tous on essaie justement de maintenir le patient dans son environnement
67 naturel avec chacun avec sa spécificité. Le médecin sur le côté plus médical et
68 médicamenteux, le psychologue avec le recueil du vécu psychique de la personne, moi à
69 travailler beaucoup sur les habitudes de vie de la personne, dans une approche bottom-up sur
70 comment les habitudes de vie de la personne vont permettre la stabilisation. C'est-à-dire que
71 c'est plus l'impact du trouble sur les activités mais c'est l'impact des activités sur le trouble,
72 de trouver un équilibre occupationnel qui soit satisfaisant pour la personne et qui soit en
73 même temps structurant pour elle. Je travaille beaucoup sur ces thématiques-là, en lien avec
74 des concepts psychanalytique, de suppléance chez Jacques Lacan par exemple qui a beaucoup
75 travaillé sur comment certaines activités permettent chez des sujets psychotiques et
76 notamment schizophrènes de retrouver un lien à la réalité.

77 Q : Est-ce que vous pouvez me décrire un exemple d'une de vos prises en charge ?

78 E2 : En institution ?

79 Q : Oui, comme vous voulez, un exemple de votre choix.

80 E2 : En institution, je reçois le patient pour un premier entretien initial, des fois il y en faut
81 plusieurs, qui va permettre l'évaluation des habitudes de vie de la personne et un même temps
82 créer la relation de confiance. C'est un temps très important qui va permettre de se nouer cette
83 relation de confiance. Suite à mon diagnostic ergo finalement, je vais proposer à la personne
84 soit uniquement des entretiens ou des séances individuelles. Pour les séances individuelles,
85 j'utilise souvent des médiations, pour travailler cette restructuration psychique et l'image du
86 corps. Ce peut être du dessin, de la peinture, du remodelage, on peut imaginer pleins de
87 médiations qui peuvent permettre de travailler. Ensuite quand il y a quelque chose qui est un
88 petit peu stabilisé chez le patient, je peux lui proposer de s'inscrire dans des groupes donc là
89 j'anime des groupes que j'appelle des mises en situation d'activité et d'interaction. Ce sont
90 des groupes qui durent deux heures, d'une dizaine de personnes avec des groupes qui sont
91 divisés en deux séquences. La première partie du groupe est un temps de mise en situation
92 d'activité. J'amène du matériel et je demande aux personnes de se mettre en activité, en
93 essayant de faire une activité qui est la plus signifiante pour la personne. Donc certains aiment
94 bien faire de la peinture, certains aiment bien écrire, d'autres dont des photos qu'ils aiment
95 bien retoucher, d'autres des montages vidéo, du bricolage, enfin on peut imaginer tout type
96 d'activité qui soit importante pour la personne. Pendant une heure, chacun va se plonger dans
97 son activité, dans un état presque de méditation, d'apaisement psychique par l'activité. Cette
98 activité peut être un moyen pour la personne d'exprimer ce qu'elle a envie d'exprimer, c'est

99 totalement libre. Et la deuxième partie du groupe, la deuxième heure est un temps d'échange
100 et d'interaction avec le groupe où là, chacun si il le souhaite, peut venir partager sur son
101 ressenti pendant le groupe, présenter ce qu'il a réalisé à tour de rôle. A ce moment-là, on va
102 travailler toutes les habiletés d'interaction, de communication. Et puis à partir de ce
103 qu'amènent les patients, je vais essayer de prendre des thèmes en lien avec la vie quotidienne
104 et l'intégration dans la cité, le rapport au travail, aux relations familiales, l'éducation. Donc
105 voilà je vais travailler autour des thèmes qui sont amenés par les patients. En parallèle, je
106 continue le travail en individuel avec les patients. Le travail individuel permet de recueillir
107 l'expression du patient, de laisser un espace d'expression au patient puis en même temps de
108 travailler sur son projet de vie pour voir comment il va organiser son quotidien extérieur,
109 quelles sont ses ressources et ce qu'il va mettre en place, l'environnement social,
110 l'environnement architectural si y a besoin. On essaie de préparer l'après hospitalisation,
111 comment organiser les choses avec le patient pour voir si il y a une stabilisation et un
112 maintien dans son environnement habituel. Donc ça, ça se fait en individuel puis après y a un
113 travail important avec l'équipe qui se fait (médecin, psychologues, infirmiers). On va
114 confronter nos points de vue pour préparer au mieux la sortie avec le patient. Puis si il y a
115 besoin, à ce moment-là, je continue avec le patient le suivi en cabinet pendant quelques
116 temps, voire parfois des années. Il y a des patients que je suis, comme ça, en cabinet, qui
117 peuvent être suivis par un psychiatre, un psychologue, parfois un hôpital de jour. Je pense à
118 un patient schizophrène que je suis depuis longtemps qui va une journée à l'hôpital de jour
119 par semaine, qui va voir son psychiatre une fois par mois et qui vient me voir toutes les
120 semaines par exemple.

121 Q : D'accord. On va passer à un autre thème si ça vous va. Est-ce que vous avez déjà
122 rencontré un patient atteint de schizophrénie qui était confronté à la stigmatisation ?

123 E2 : Oui oui, bien sûr. Je pense que la première stigmatisation c'est l'auto-stigmatisation.
124 C'est un patient qui souffre lui-même de ne pas se trouver normal. Alors pas au début, mais
125 dans un deuxième temps, quand il commence à être stabilisé, il y a une vraie souffrance de se
126 rendre compte de ne pas être dans la norme, de pas pouvoir faire les choses comme les autres.
127 C'est d'ailleurs à ce moment-là que le risque suicidaire est le plus important, C'est pas dans la
128 phase aigüe lorsque le délire est fourni et présent, à ce moment-là il y a moins de risque. Par
129 contre, lorsqu'il y a cette prise de conscience du trouble, d'être différent des autres, des
130 difficultés d'intégration, c'est là qu'il y a un risque de passage à l'acte important. Donc la
131 première stigmatisation, c'est en premier l'auto-stigmatisation dans ce rapport-là. Alors,
132 ensuite, il peut y avoir effectivement des stigmatisations, le regard de la société peut être

133 difficile, alors ça on le travaille avec des personnes. La stigmatisation par la famille aussi
134 souvent, la famille qui ne comprend pas les troubles et qui peut avoir tendance à trop mettre la
135 pression sur le patient et ça c'est très douloureux pour les patients aussi.

136 Q : D'accord. Est-ce que vous avez déjà vu les conséquences de cette stigmatisation lors
137 d'une de vos prises en charge d'un point de vue comportemental, social ou psychologique ?

138 E2 : Oui bien sûr, c'est ce que je vous disais, le risque suicidaire par exemple. Ces idées
139 suicidaires lorsqu'il y a le sentiment de ne pas être dans la norme. Quand c'est une oppression
140 familiale par ensemble, il peut y avoir un risque, toujours dans le même rapport à la norme,
141 lorsque la famille ne comprend pas la maladie, là il peut y avoir une mise à distance de la
142 personne. Le patient qui s'exclut lui-même, qui se protège de ça, en se mettant en distance lui-
143 même de la famille, il en souffre aussi bien-sûr.

144 Q : D'accord, et selon vous quels peuvent être les freins de la stigmatisation pour le
145 rétablissement du patient ?

146 E2 : J'ai pas bien compris la question.

147 Q : Ou, en d'autres termes, quels impacts peuvent avoir la stigmatisation sur les objectifs de
148 vie du patient ?

149 E2 : Je pense déjà que c'est sur l'estime de soi. C'est-à-dire que le patient lorsqu'il ressent
150 cette stigmatisation et ce regard sur lui très normatif, lui-même a tendance à se mettre en
151 retrait et à perdre confiance en lui, et à ne plus s'autoriser à faire des expériences. J'ai envie
152 de dire, ça vient en plus de l'apragmatisme, en plus d'une difficulté à être désirant chez le
153 sujet schizophrène, il y a quelque chose de l'ordre du désir qui est atteint, qui est en berne, qui
154 est en difficulté. Donc cette pression normative vient en rajouter sur le fait de trouver quelque
155 chose de l'ordre du désir, d'une motivation à se mettre en activité et du coup à pouvoir
156 atteindre un rétablissement. Parce que le rétablissement c'est « *arriver à faire avec* » son
157 trouble, encore faut-il trouver la motivation à faire. Alors, oui ça a un impact vraiment majeur,
158 donc effectivement il faut travailler à la fois sur le sujet à la norme et à la fois travailler sur la
159 société pour qu'elle puisse aussi changer son regard sur la maladie. C'est vraiment un travail
160 complexe qu'il faut faire à la fois sur le patient à la fois sur son environnement social mais
161 aussi soignant, qui n'échappe pas aussi à ces difficultés-là. Donc le rôle de l'ergothérapeute
162 c'est vraiment de travailler sur ces deux champs.

163 Q : D'accord. Tout à l'heure vous m'avez parlé d'auto-stigmatisation en rapport avec la
164 stigmatisation. Est-ce que vous avez déjà utilisé un type d'intervention en particulier pour les
165 patients atteints de schizophrénie qui étaient confrontés soit à l'auto-stigmatisation soit à la

166 stigmatisation ? Et si non, est-ce que vous avez des stratégies particulières relatives à votre
167 champ d'action ?

168 E2 : Alors je dirais travailler sur l'individu avec les dispositifs que je vous ai évoqués tout à
169 l'heure : les entretiens, les séances individuelles et les groupes. Les groupes sont très utiles
170 car à ce moment-là, les patients vont pouvoir partager leur vécu de stigmatisation, les
171 difficultés qu'ils ont rencontrées vis-à-vis de leur famille et des employeurs dans le monde du
172 travail. A ce moment-là, appartenir à un groupe d'appartenance, avec un groupe de personnes
173 qui vivent les mêmes choses, ça a quelque chose de très apaisant et rassurant pour le patient.
174 A partir de là, ils vont pouvoir prendre confiance en eux et puis expérimenter des choses. Le
175 groupe thérapeutique en ergothérapie est un outil majeur. En ce qui concerne le travail sur
176 l'extérieur et la société, moi je fais des choses au niveau associatif. Par exemple, je fais une
177 intervention auprès d'éducateurs et d'assistantes sociales dans le cadre de la semaine de la
178 santé mentale pour parler de la maladie mentale. Là il y a tout un travail à faire effectivement
179 à faire au niveau de la société pour justement expliquer ce qu'est la maladie mentale et ce
180 qu'elle n'est pas, de dédramatiser les choses. Je que l'ergothérapeute à un rôle à jouer dans ce
181 cadre-là d'information et d'éducation du grand public. Je pense qu'il faut travailler sur les
182 deux tableaux.

183 Q : D'accord super, merci beaucoup pour votre réponse. On va passer à un autre thème mais
184 qui est relié à ce que nous avons évoqué précédemment.

185 En Europe, 80 % des individus souffrant de schizophrénie sont sans emploi (Thornicroft *et*
186 *al.*, 2004. Selon une étude polonaise réalisée dans des centres de santé mentale auprès de
187 personnes atteintes de schizophrénie, près de 90% se sentaient rejetées par les autres et 50%
188 avaient des ruptures de contact interpersonnel (Cechnicki et al, 2011). C'est ce dont vous
189 m'avez évoqué également tout à l'heure.

190 Selon vous, comment l'ergothérapeute peut-il favoriser l'inclusion sociale de ces patients ?

191 E2 : Travailler la reprise de confiance et en même temps trouver un bon équilibre dans la
192 relation à l'autre. Trouver un équilibre qui soit satisfaisant pour la personne, qui ne soit pas
193 forcément je dirais une relation « normale » mais satisfaisante pour elle. Après ce peut être
194 trouver des stratégies pour que la personne puisse intégrer des groupes à l'extérieur. C'est
195 quelque chose que je fais très souvent avec les personnes, réfléchir à l'environnement dans
196 lesquels ils pourraient se sentir bien à partir de leurs propres intérêts, de leurs valeurs, des
197 activités qui sont signifiantes pour elle. C'est essayer de trouver des environnements qui
198 seraient susceptibles de les accueillir de manière bienveillante, pas forcément des
199 environnements thérapeutiques d'ailleurs, ce qui être des environnements de droits communs,

200 de trouver des environnements qui peuvent être les plus adaptés pour la personne. On pourrait
201 même imaginer un environnement dans la cité. Sur le plan du travail, je trouve ça plus
202 compliqué, ce peut être stigmatisant d'accompagner le patient en tant que thérapeute.
203 Lorsqu'on arrive dans une entreprise avec son thérapeute, ce peut être compliqué, ça je ne le
204 fais pas, je préfère vraiment travailler auprès de la personne et voir avec elle comment elle
205 peut trouver ses ressources pour s'insérer dans des groupes et dans son environnement. Puis
206 toutes les semaines on se voit et on en parle. Je pense à ce patient schizophrène que je vois
207 depuis des années, c'est vraiment un des sujets qu'on aborde toutes les semaines ; quelles
208 activités il a pu mettre en place, quelles sont les difficultés qu'il a rencontré dans ses relations
209 et dans ses activités, d'arriver à faire la part des choses avec des idées délirantes parfois vis-à-
210 vis de certaines personnes. Comme il y a une relation de confiance très importante qui s'est
211 mise en place, c'est un patient qui est capable de me demander *je pense ça de cette personne,*
212 *qu'est-ce que vous en pensez, est ce que je délire, est ce que je suis dans la réalité.* On en
213 discute et j'essaie de soutenir la personne à maintenir certaines activités, de s'apaiser.

214 Q : D'accord, ok. D'un point de vue un peu plus global, que faudrait-il changer dans la société
215 pour favoriser l'inclusion sociale des personnes atteintes de schizophrénie ? Vous m'aviez
216 parlé tout à l'heure de la semaine d'information en santé mentale, est-ce que vous avez
217 d'autres idées ?

218 E2 : Je pense qu'il faut qu'il y ait un peu plus d'ouverture en entreprise pour les personnes en
219 situation de handicap psychique. Ça me paraît important de pousser les entreprises à employer
220 ce type de personnes. Aussi, continuer à faire de l'éducation auprès du grand public,
221 d'informer, ça me paraît important. Après je pense qu'il faut aussi développer tout
222 l'accompagnement thérapeutique. Il y a de l'accompagnement associatif après
223 l'hospitalisation, les Groupes d'Entraide Mutuelle, mais on voit que ce n'est pas suffisant. Les
224 personnes schizophrènes ont besoin d'une relation thérapeutique avec des thérapeutes formés.
225 Donc là je crois qu'il y a un gros manque d'accompagnement après l'hospitalisation dont
226 l'ergothérapie. L'ergothérapie aujourd'hui est très présente dans les établissements de santé
227 mais après il y a très peu d'ergothérapeutes spécialisés en santé mentale. Comme vous aviez
228 dit tout à l'heure, c'est une population qui travaille peu donc du coup il ya très peu de
229 personnes schizophrènes qui peuvent se payer des séances d'ergothérapie ou alors de
230 psychologie, c'est pareil. Il y a eu une réforme récemment pour payer quelques séances de
231 psychologie mais c'est uniquement pour des patients « légers » donc les schizophrènes ne
232 rentrent pas dedans donc ils n'ont pas de remboursement. Ou alors ils sont suivi en hôpital de
233 jour. Je pense à ce patient, lui ne s'y retrouve pas en hôpital de jour, il est plus gravement

234 atteint, il y va quand même une fois par semaine mais ce n'est pas suffisant. Donc là je pense
235 qu'il y a tout un champ à développer du côté de l'ergothérapie libérale en santé mentale. Ça
236 me tient à cœur mais je ne sais pas si les jeunes ergothérapeutes ont encore envie de travailler
237 en santé mentale, je crois que ce n'est plus tellement le cas. Au niveau national, j'ai un peu
238 peur que les ergothérapeutes se désintéressent de ce champ-là. Je trouve ça grave et
239 dommage. A l'étranger les ergothérapeutes travaillent beaucoup en santé mentale, et si
240 l'ergothérapeute lâche ce domaine-là, d'autres professionnels vont venir prendre ce champ de
241 l'occupation sans avoir les mêmes formations.

242 Q : D'accord, très bien. On va passer au dernier thème de mon entretien si ça vous va. C'est
243 une question en deux parties ; que pensez-vous de l'utilisation de l'empowerment en
244 psychiatrie et comment le définiriez-vous ?

245 E2 : Capacité d'agir, capacité de prendre des décisions. Ce qu'on appelait l'autonomie avant
246 finalement. C'est aussi la capacité à décider pour soi, de s'auto-gérer. C'est compliqué
247 comme question, la capacité d'autonomie en santé mentale. Au premier abord, on essaie que
248 le patient soit le plus sujet de son soin, de son projet de vie, au plus près de soi. Mais il n'y a
249 autonomie, que si on est prêt à accepter des dépendances. Il y a aussi un travail
250 d'accompagnement à l'acceptation de certaines dépendances, dépendre de la société,
251 dépendre des lois, dépendre des pouvoirs aussi, limiter sa propre jouissance pour pouvoir
252 s'inscrire dans un ensemble. L'empowerment, l'autonomie, c'est aussi accepter de se limiter
253 dans son fonctionnement pour pouvoir vivre avec l'autre, et en même temps ensuite pour
254 pouvoir faire des choses, avancer, trouver sa place dans la société. C'est un sujet un peu
255 compliqué l'empowerment en santé mentale la question de l'autonomie et de l'empowerment
256 mais bien sûr faire en sorte que les personnes soient le plus possible acteurs de leur projet de
257 vie.

258 Q : D'accord. Est-ce que vous appliquez cette démarche d'empowerment dans vos prises en
259 soin et si oui, comment l'appliquez-vous concrètement avec des outils ou des moyens que
260 vous pouvez me citer par exemple ?

261 E2 : Pendant l'hospitalisation, c'est déjà avec l'évaluation initiale du profil occupationnel de
262 la personne avec ses habitudes et ses valeurs. Puis ensuite, quand on prépare la sortie, faire en
263 sorte que la personne puisse retrouver des occupations qui soient satisfaisantes pour elle.
264 Parfois aussi travailler avec la personne pour en lâcher certaines qui peuvent être néfastes
265 pour elle. C'est pour ça que la relation de confiance est très importante, il faut que le patient
266 ait confiance en vous. Il peut n'y avoir aucun travail là-dessus si n'y a pas une relation
267 thérapeutique de qualité.

268 Q : D'accord, donc pour vous la relation thérapeutique c'est vraiment quelque chose
269 d'essentiel.

270 E2 : Oui, avec des sujets psychotiques et schizophrènes, c'est la relation dans le temps qui fait
271 la différence. Lorsqu'on s'engage avec ces patients-là pour que ça fonctionne et que la
272 relation soit stable, il faut accepter de s'engager sur des années. Et ça malheureusement, le
273 monde professionnel ne valorise pas beaucoup ça. Notamment pour les jeunes professionnels,
274 on les pousse plutôt à changer de lieu de travail régulièrement, et ça ce n'est pas forcément
275 bon pour la relation thérapeutique avec les patients.

276 Q : D'accord. Du coup on arrive à la dernière question de l'entretien. Selon vous, quels
277 bénéfices peuvent tirer les patients de ce type d'intervention sur l'empowerment notamment
278 au niveau des compétences et sur les savoir-être/savoir-faire ?

279 E2 : Lorsqu'on travaille avec un patient à partir des activités signifiantes et significatives, sur
280 ce travail d'indépendance, d'autonomie, d'empowerment, il arrive à trouver un équilibre. Et
281 lorsque le patient trouve l'équilibre, on peut le maintenir dans sa vie quotidienne pendant des
282 années. Et s'il n'y a pas d'évènements majeurs dans sa vie, c'est tout à fait quelqu'un qui peut
283 retrouver une vie normale, familiale, un travail. J'ai des patients psychotiques qui travaillent,
284 qui ont une vie de famille. On a tendance à dire *la psychose c'est grave, la névrose c'est pas*
285 *grave*, on caricature les choses comme ça, c'est totalement faux. Grâce à l'accompagnement
286 au long cours et avec la relation thérapeutique de confiance, on arrive à tenir des patients
287 pendant des dizaines d'années.

ANNEXE XII : Retranscription de l'entretien 3

1 Q : Est-ce que vous pouvez me parler de votre parcours professionnel ?

2 E3 : J'ai été diplômée en 1980. J'ai trouvé d'abord un travail en mi-temps en physiologie
3 donc la rééducation du souffle et pneumologie, quelques mois. Ensuite j'ai fait un break de 10
4 ans puis quand j'ai repris, j'ai travaillé en hôpital psychiatrique. Donc j'ai fait deux hôpitaux
5 psychiatriques puis des remplacements en clinique à Montpellier ; et j'ai trouvé un temps
6 plein sur une plateforme qui s'occupait des personnes en handicap psychique. Sur
7 Montpellier, je suis restée 11 ans et je suis à la retraite depuis un peu moins d'un an. J'ai fait
8 aussi entre temps un peu de rééducation du membre supérieur.

9 Q : Du coup, qu'est-ce qui vous a amené à travailler en psychiatrie ?

10 E3 : Après les 10 ans de pause pour raisons familiales, ça m'a paru évident que c'était en
11 psychiatrie. Ce sont les liens interpersonnels qui m'intéressaient et j'ai trouvé tout de suite un
12 poste. Je revenais juste de l'étranger, et un hôpital à côté m'a prise tout de suite.

13 Q : D'accord. Dans quelles structures avez-vous travaillé en psychiatrie et auprès de quelle
14 population ?

15 E3 : Population adulte à chaque fois. Hôpital en intra. Dans le deuxième hôpital, j'ai fait de
16 l'intra et de l'extra (CATTP). J'ai fait deux cliniques en remplacement, c'était de l'intra aussi.
17 Et ensuite la plateforme, qui est un lieu de vie pour des personnes qui sont logées sur place.

18 Q : D'accord, ça marche. Selon vous, quelles sont les missions propres à l'ergothérapeute en
19 psychiatrie ?

20 E3 : Alors je crois qu'il y a celles que nous imaginons et celles qu'on nous donne dans les
21 structures où nous travaillons. Ce peut être très changeant en fonction de la structure où nous
22 sommes. Ce que j'en dirais maintenant avec le recul, c'est que l'ergothérapeute ne doit pas se
23 perdre. Surtout à mon époque, maintenant je pense que ça a évolué, entre les attentes du
24 personnel infirmier, qui était plus dans l'animation, ou les attentes des moniteurs éducateurs
25 dans les structures où il y a ce personnel. Il nous faudrait rester centré, vraiment, sur la
26 question du quotidien des personnes et comment les faire mieux communiquer entre eux donc
27 tout ce qui est de la réhabilitation psychosociale, habiletés sociales et habiletés fonctionnelles
28 pour mieux vivre dans les logements. C'est s'intégrer dans la société, avoir des activités à
29 l'extérieur en milieu normal plutôt de ne viser que le milieu protégé. A l'hôpital, moi je
30 pratiquais mes activités dans le milieu protégé et sur la plateforme c'était les ressources à

31 l'intérieur, mais c'est important de travailler ça avec eux dans les lieux où ils se sentent
32 protégés pour qu'ils aient des contacts et un investissement d'activités à l'extérieur.

33 Q : D'accord. Donc si je comprends bien vos propos, les spécificités de l'ergothérapeute c'est
34 ce contact là avec l'extérieur ?

35 E3 : Non pour moi, ce n'est pas la spécificité, les autres membres de l'équipe avec lesquels
36 j'ai travaillé, allaient sur l'extérieur mais ils travaillaient moins que moi l'évolution de la
37 personne pour qu'elle puisse être la plus indépendante et autonome possible.

38 Q : Ok. Spécifiquement, quel type d'accompagnement avez-vous réalisé auprès de personnes
39 atteintes de schizophrénie ?

40 E3 : Sur mon dernier poste, je me suis attaché à tout ce qui touchait les habiletés sociales donc
41 la communication interpersonnelle, le fait de pouvoir prendre des décisions pour soi et
42 assumer sa vie quotidienne. J'ai fait aussi des activités autour de la cuisine. J'utilisais des
43 supports de jeux qui permettaient d'intégrer le fait que changer de lieu de vie, d'être moins
44 accompagné, va induire de se prendre en charge soi-même de façon plus importante. Il y a des
45 jeux comme le jeu de la maison ou Dixiludo qui va faire plus de conversations ou des choses
46 comme ça. Il y a aussi tous les entretiens individuels, apprendre à prendre ses médicaments, à
47 gérer ses cigarettes, ce sont des choses de base.

48 Q ; D'accord. Est-ce que vous pouvez me donner un exemple d'une de vos prises en charge
49 que vous avez pu réaliser ?

50 E3 : Un exemple dans quel sens ? Tout ce que le patient faisait ?

51 Q : Un exemple d'un atelier par exemple, vous m'avez parlé d'atelier cuisine ou autre ?

52 E3 : Un atelier sur lequel j'ai beaucoup travaillé, je l'ai appelé « vie pratique ». C'est un
53 atelier pour parler des problèmes qui touchent les patients au quotidien. Cet atelier, je l'ai
54 commencé avec une dizaine de personnes. On a commencé par des choses très simples, très
55 pragmatiques, en me basant sur les programmes de PRACS ou d'autres programmes. Par
56 exemple, on leur demande de savoir gérer leur budget, on a aussi abordé le mieux
57 consommer, faire attention à ce que j'achète (rapport au kilo...). Puis on en est venu, à leur
58 demande, de parler des relations humaines, *comment bien que je sois handicapé je peux*
59 *rencontrer quelqu'un, comment je peux l'aborder, comment je peux le défendre dans ma*
60 *famille si on se moque toujours de moi*. C'était très intéressant parce que moi, j'étais
61 seulement là pour réguler, j'avais une technique d'animation mais tout venait d'eux, c'est-à-
62 dire que le sujet c'est eux qui l'amenaient En fonction des sujets, chacun donnait son point de
63 vue et ensuite on passait tout en revue. Ce n'est pas un groupe de parole simple puisqu'à la fin
64 on devait en tirer des conseils, des choses pratiques. *Si la situation se représente, comment je*

65 *dois faire attention et comment je peux résoudre le problème que j'ai eu. Ce système-là, je*
66 *l'ai retrouvé dans des jeux comme compétences, j'ai un problème comment je fais pour le*
67 *résoudre, en soulevant des discussions entre pairs. Eventuellement, je rajoutais quelque chose*
68 *si personne ne trouvait, moins je parlais mieux c'était.*

69 Q : D'accord. Est-ce que vous avez déjà rencontré un patient atteint de schizophrénie qui était
70 confronté à la stigmatisation ? Vous m'avez parlé par rapport à la famille peut être ?

71 E3 : Oui bien sûr. Y a celui qui parlait de ses problèmes avec sa famille, y en avait un c'était
72 aussi de l'ordre de la paranoïa où systématiquement il se sentait regardé dans la rue, donc il
73 faut faire cette part-là. Puis il y a ceux sont repérés comme fragiles et qu'on vole plus
74 facilement. Et après, effectivement en termes de stigmatisation, ils me disent souvent, *moi je*
75 *veux pas aller à l'extérieur faire une activité parce que les gens ne veulent pas me parler. Le*
76 *problème de la stigmatisation c'est qu'il y a la façon de s'habiller, des fois nous ne sommes*
77 *pas du tout d'accord comment on s'habille en fonction des saisons. Mais il y a aussi leurs*
78 *capacités à eux à rentrer en communication avec les autres. J'ai eu des personnes qui disaient*
79 *mais non, à l'extérieur je me sens pas du tout accueilli, je ne peux pas y aller.*

80 Q : Est-ce que vous avez déjà vu les conséquences de cette stigmatisation lors d'une de vos
81 prises en charge sur le plan comportemental, social ou psychologique ?

82 E3 : C'est déjà *je ne peux venir en activité que dans le plan ressources parce que je me sens*
83 *protégé par le personnel. C'est un désinvestissement de l'extérieur. C'est aussi une*
84 *déconnexion par rapport à ce qui se passe à l'extérieur. Ils se recréent un univers et c'est*
85 *compliqué. Après, en travaillant petit à petit, reprendre confiance, on arrive à ce que certains*
86 *puissent aller à l'extérieur.*

87 Q : D'accord. Donc selon vous, c'est peut-être la prise de confiance qui va permettre à ces
88 patients-là de s'ouvrir à l'extérieur ? Ça vient de eux aussi, selon vous ?

89 E3 : Oui, certes, il y a des moments de crises, des moments d'angoisse, les moments de peur,
90 les hallucinations mais il y a aussi le fait qu'ils ne se sentent pas accueillis ou qu'ils ne se
91 sentent pas désirables par les autres depuis le début. Donc, il faut qu'ils prennent confiance en
92 eux pour aller s'exprimer auprès des autres, se présenter et si ils ont une demande particulière
93 la poser. Je pense qu'il y a une part sur leur comportement. Moi, il me vient un détail en
94 termes de stigmatisation. Nous avions des résidents qui venaient avec beaucoup de pièces
95 jaunes, et ils voulaient acheter des tickets de bar chez nous car nous avions un bar associatif.
96 Ils venaient avec leurs petites pièces car ils disaient qu'à l'extérieur les commerçants ne
97 veulent pas les prendre. Et moi je leur disais qu'ils avaient le droit de payer avec leur
98 monnaie, comme tout le monde, sans sortir de billet ou de pièces, mais ils ne se sentaient pas

99 autorisés, et il y en avait qui leur refusait réellement. C'est un détail qui a son importance, et
100 c'était encore plus horrible pour moi de voir mes collègues leur refuser les petites pièces.

101 Q : D'accord. Selon vous, quels peuvent être les freins de la stigmatisation pour le
102 rétablissement du patient ?

103 E3 : Alors, si ils se sentent stigmatisés ou qu'ils le sont à plus ou moins grosse échelle, ils
104 n'ont pas de confiance en eux. Et un des appuis du rétablissement c'est aussi la confiance en
105 soi et l'estime de soi mais aussi, la connexion avec les autres. Donc si ils n'ont pas assez
106 confiance en eux pour aller vers les autres, c'est plus compliqué.

107 Q : Tout à fait. Est-ce que vous vous aviez pu utiliser un type d'intervention particulier pour
108 les patients schizophrènes confrontés à la stigmatisation, des programmes ? Ou si non est-ce
109 que vous avez utilisé des stratégies particulières ?

110 E3 : Déjà, je dirais que dans l'atelier de vie pratique on peut déjà en parler et s'exprimer.
111 L'intérêt est qu'ils étaient confrontés aussi à l'avis des autres. Par exemple : *ah ben non, moi*
112 *je me sens pas regardé par les autres, peut être que toi tu les regarde méchamment.* Au
113 niveau des programmes il faut être formé, ce qui n'était pas mon cas. En revanche, j'ai fait
114 beaucoup de recherches par internet donc je connais un petit peu leur contenu. Mais hormis le
115 travail avec les jeux, comme « Michael's Game », Compétences, Jeu de la maison, je n'ai pas
116 eu de stratégies spécifiques. On a fait des choses comme les activités à l'extérieur et les
117 accompagnements pour qu'ils s'habituent petit à petit pour qu'ils puissent après se sentir
118 assez bien pour se repérer et s'autoriser à aller à l'extérieur.

119 Q : Tout à l'heure vous m'avez parlé de la différence entre ce que vous aurez aimé faire et la
120 différence en structure avec ce qu'on peut réellement faire. Selon vous, est-ce que
121 l'ergothérapeute aurait pu faire quelque chose d'utile pour un patient confronté à la
122 stigmatisation ?

123 E3 : A proprement parler, je ne connais pas assez les échelles, et si cette chose existe je pense
124 que je n'aurais pas pu le faire à mon travail. Les échelles c'était très compliqué à faire
125 admettre et j'ai déjà eu beaucoup de mal avec ELADEB pour parler des besoins. Je pense déjà
126 qu'il faut être bien formé sur ces évaluations, et d'autre part à être bien positionné au
127 démarrage lorsqu'on est embauché. Quand je suis arrivé dans ce post,e par exemple,
128 l'ergothérapeute était simplement là parce que le directeur avait besoin de personnel
129 paramédical pour avoir des foyers d'accueils médicalisés et pour avoir son quota de personnel
130 médical. Puis quand on arrive, les autres collègues nous disent *tu dois faire l'accueil, tu dois*
131 *faire la caisse*, des choses qui ne sont pas spécifiques ergo. Il a fallu que je rame pour avoir

132 des activités différentes de celles qui m'étaient assignées, d'avoir des objectifs plus clairs et
133 ergo au lieu de faire de l'animation comme ça m'était demandé.

134 Q : En Europe, 80 % des individus souffrant de schizophrénie sont sans emploi (Thornicroft
135 *et al.*, 2004. Selon une étude polonaise réalisée dans des centres de santé mentale auprès de
136 personnes atteintes de schizophrénie, près de 90% se sentaient rejetées par les autres et 50%
137 avaient des ruptures de contact interpersonnel (Cechnicki et al, 2011).

138 Comment l'ergothérapeute peut-il favoriser l'inclusion sociale de ces patients ?

139 E3 : Concernant le travail, je pense que la première étape est de savoir leur vision du travail.
140 Par exemple, j'avais un résident qui se disait « *je vais mieux donc il faut que je travaille,*
141 *maintenant je dois trouver quelqu'un pour vivre avec, avoir des enfants, avoir une maison, un*
142 *chien et une voiture* ». Ça c'est la vision courante, mais savoir ce que ça représente vraiment
143 avec les contraintes. Je pense à cette personne en particulier qui se disait « *je vais mieux donc*
144 *maintenant il faut que je travaille* », mais ça n'a pas de sens profond chez elle de ce que
145 représente le travail, se lever tous les jours à l'heure, respecter les consignes au travail, avoir
146 des liens avec ses collègues, être productif. Donc je crois que le premier niveau que
147 l'ergothérapeute peut faire c'est déjà les entretiens individuels pour déjà comprendre le
148 pourquoi de la demande. Souvent, c'est ce qu'on leur a dit « *si t'es bien, tu travailles* » mais
149 ce n'est pas forcément ça qui va les rendre bien. Donc déjà comprendre le pourquoi de la
150 demande. Ensuite il y a, ce n'était pas mon cas, des structures qui accompagnent au travail. Il
151 y a aussi la psychologue qui accompagne sur les difficultés au quotidien, ce que ça représente
152 le travail en ESAT par exemple. Et puis y en a aussi qui font l'ouverture au travail en milieu
153 ordinaire. Donc ça c'est pour des structures particulières, je sais qu'il y a des ergothérapeutes
154 qui travaillent là-bas, moi je n'ai jamais pratiqué. Pour ce qui est de l'inclusion sociale, pour
155 moi c'est pour que les personnes puissent, comme tout le monde, se sentir à l'aise dans un
156 magasin, pouvoir aller dans un lieu public, avoir les mêmes droits que les autres et créer des
157 liens avec leurs voisins, pouvoir réaliser des activités dans des maisons pour tous ou des
158 choses comme ça.

159 Q : Du coup, selon vous, comment l'ergothérapeute peut agir sur cette dimension que vous
160 avez décrite donc l'inclusion sociale ?

161 E3 : Du coup ce que moi je cherchais à faire c'est qu'ils comprennent ce que ça représentait
162 d'aller sur l'extérieur, comment s'adresser aux autres, c'est ce que je traitais dans mes
163 pratiques. Et en entretien individuel c'est-à-dire établir des priorités et voir quels sont les
164 problèmes. Par exemple, pour un patient, sa priorité c'était d'apprendre à dire non, car il se
165 faisait racketter ses cigarettes etc. Donc c'était déjà de pouvoir en parler avec eux librement.

166 Q : D'accord. D'une manière un peu plus globale, selon vous, que faudrait-il changer dans la
167 société pour favoriser l'inclusion des personnes atteintes de schizophrénie ?

168 E3 : Moi, je vois beaucoup de changements qui s'opèrent actuellement, surtout sur les
169 différences. Dans la publicité ou dans les bandes annonces de films, la tendance va pencher
170 vers une idée d'acceptation et ça fonctionne. Dans les films ou des feuillets, la
171 schizophrénie peut être évoquée. Et je pense que les structures qui s'occupent de ces
172 personnes doivent participer à des événements sur l'extérieur. Tout simplement, on s'habitue
173 au contact. Dans ma structure, il y avait des événements sportifs, les pièces de théâtre
174 ouvertes à tous, des spectacles.

175 Q : D'accord, du coup ce serait mélanger la population dans votre idée pour qu'ils se sentent
176 plus inclus ?

177 Q3 : Oui. On a reçu une troupe de théâtre qui était venue s'entraîner et faire un spectacle chez
178 nous.

179 Q : Ok merci. On va passer au dernier thème de l'entretien. Que pensez-vous de l'utilisation
180 de l'empowerment en psychiatrie et comment le définiriez-vous ?

181 E3 : Alors, l'empowerment. Le pouvoir d'agir, avoir la sensation de pouvoir faire quelque
182 chose sur sa vie, de pouvoir prendre des décisions, pouvoir bouger quelque chose dans son
183 environnement. Ce que j'en pense de son utilisation en psychiatrie, la psychiatrie pour moi
184 c'est tout ce qui concerne la pathologie, ça va être les soins à l'hôpital ou en clinique, on va
185 parler de santé mentale de façon générale. Je travaillais en santé mentale sur une plateforme
186 pour des personnes ayant des troubles psychiques. Et puis la santé mentale nous concerne
187 tous. Alors oui, c'est évident pour moi, lorsque je suis arrivée sur cette plateforme c'était
188 évident pour moi que le personnel avait trop tendance à tout porter et à vouloir décider pour
189 les résidents plutôt que leur laisser des choix, les entraîner à prendre des décisions et leur
190 laisser la place à prendre des décisions. Et moi j'ai beaucoup travaillé avec mon équipe autour
191 de cette question-là et j'étais très contente de voir avant de partir à la retraite que les choses
192 s'étaient mises en place.

193 Q : Est-ce que vous aviez appliqué cette démarche d'empowerment et si oui par quels outils et
194 moyens l'avez-vous appliquée ? Vous avez parlé de pouvoir d'agir, de prendre des décisions,
195 est-ce que dans vos expériences vous avez réalisé des prises en soins qui faisaient écho avec
196 cette démarche d'empowerment ?

197 E3 : Oui, par contre ce n'était pas avec des outils ou des moyens spécifiques. C'était déjà,
198 « *de quoi vous voulez qu'on parle aujourd'hui ?* », rien que ça je trouve que c'est déjà un vrai
199 pouvoir. « *Quelles activités vous voulez faire aujourd'hui* ». Je trouve le fait que déjà faire

200 une activité manuelle c'est un pouvoir puissant que ce soit au niveau cognitif et de la
201 créativité et de cet objet qu'on obtient qui va être un reflet de nous-même, que l'on peut
202 garder pour soi, que l'on peut offrir. Il y a déjà cette dimension de pouvoir sur son
203 environnement et de le transformer. Donc déjà c'était « *alors voilà, moi j'ai ça comme*
204 *matériel, vous qu'est-ce que vous voulez faire aujourd'hui* » donc c'était vraiment un crédo
205 chez moi, c'était à eux de décider ce qu'ils voulaient faire. Et dans les jeux c'était pareil. Je
206 me suis fourni en jeux et à chaque fois je leur laisser le choix du jeu, que ce soit Michael's
207 Game, Dixiludo, compétences ou le programme comète, mais c'est eux qui décidaient.

208 Q : En fait, pour vous, leur laisser le pouvoir de décider ça fait aussi parti de l'empowerment
209 parce que c'est selon leurs besoins, finalement ?

210 E3 : C'est ça. C'est leur laisser le pouvoir de décider ce qui était important pour eux. J'avais
211 des ateliers d'écriture, et ce n'était jamais moi qui donnais un sujet. J'ai été très choquée
212 d'aller dans une unité, où c'est eux qui décidaient du sujet d'actualité dans un groupe de
213 parole. Moi c'est pas ça, c'est eux qui décidaient.

214 Q : A l'écoute des besoins.

215 E3 : C'est ça, tout à fait.

216 Q : Ok. Ma dernière question est : selon vous, quels bénéfices peuvent tirer les patients de ce
217 type d'intervention basée sur une approche d'empowerment ?

218 E3 : Le bénéfice est immense parce que déjà ça veut dire « *j'ai de la valeur et je suis capable*
219 *de...* ». Donc la remontée de l'estime de soi et de la confiance en soi et du coup on s'autorise
220 à faire des expériences qui pourraient être douloureuses sans ça. Donc on va pouvoir
221 s'autoriser, je pense aux activités manuelles par exemple. Mais surtout ça va être sur
222 l'extérieur par rapport au contact avec les autres, faire des choses sur leur environnement
223 physique direct, et peut être aussi s'autoriser à demander aux personnes qui les accompagnent
224 de faire des choses qu'ils n'auraient jamais osé tenter.

ANNEXE XIII : Retranscription de l'entretien 4

Note au lecteur : Dans le cadre de cet entretien, il a été admis de nous tutoyer.

1 Q : Est-ce que tu peux me parler de ton parcours professionnel ?

2 E4 : Alors moi j'ai quasi tout le temps travaillé en psychiatrie depuis que j'ai eu mon diplôme
3 en 1999. J'ai commencé par travailler un petit peu dans les remplacements auprès de
4 personnes âgées puis rapidement j'ai travaillé dans une clinique privée dans le sud de la
5 France qui faisait de la psychiatrie. Donc je faisais des ateliers avec différents supports,
6 différents médias, je faisais que des ateliers sur l'intra. Ensuite, j'ai été recrutée dans un
7 hôpital militaire sur Toulon, où là aussi j'ai fait de la psychiatrie avec que des patients qui
8 étaient en hospitalisation libre avec des psychotiques mais beaucoup plus de névroses. De
9 2005 à 2007, j'ai travaillé dans un IME avec des enfants plutôt orientés avec des troubles
10 psychiatriques. Et là, ça va faire 15 ans, que je travaille sur un hôpital en psychiatrie adulte
11 avec des psychotiques essentiellement. Je fais des ateliers divers et variés. J'ai diversifié ma
12 pratique car avant je faisais que des ateliers sur l'intra et maintenant je travaille dans une autre
13 structure un jour par semaine où je fais de la réinsertion au domicile.

14 Q : D'accord. Et du coup qu'est-ce qui t'a amené à travailler en psychiatrie ?

15 E4 : Les jobs que j'ai trouvés. En fait quand j'ai commencé à travailler, j'ai postulé à
16 différents endroits et il y avait du travail en psychiatrie. Aussi parce que dans ma formation, à
17 l'époque, on faisait deux travaux de synthèse et un de mes deux écrits était sur la réinsertion
18 des psychotiques, donc je pense que ça a un peu appuyé mon recrutement. Je pense que ça les
19 a interpellés sur mon CV donc je suis rapidement partie en psychiatrie.

20 Q : Ma question suivante, tu y as déjà un petit peu répondu, dans quelles structures as-tu
21 travaillé et auprès de quelle population ?

22 E4 : Essentiellement psychiatrie adulte, un petit peu d'enfants et de personnes âgées mais
23 c'est surtout des adultes.

24 Q : D'accord. Selon toi, quelles sont les missions propres à l'ergothérapeute en psychiatrie ?

25 E4 : Il y en a pas mal, après ça se recoupe beaucoup avec ce que font nos collègues, surtout
26 que maintenant on diversifie beaucoup les professions, il y a pas mal de nouvelles professions
27 qui rentrent sur l'hôpital. En tant qu'ergothérapeute, je dirais ce qui est important, c'est tout
28 ce rôle d'évaluation du patient au maximum dans ses compétences et ses capacités et au plus
29 près de ce qu'il fait dans son quotidien. Donc évidemment, à l'hôpital c'est un petit peu plus

30 compliqué. Pour moi, c'est vraiment la mission première de l'ergothérapeute, c'est de pouvoir
31 travailler au plus près de où la personne en est dans son quotidien et de ne pas faire des choses
32 trop éloignées de patient, qu'il n'arrive pas à transférer ses acquis après quand il retourne chez
33 lui, que ce soit dans son lieu de vie, son travail.

34 Q : D'accord. Donc pour toi une des missions principales de l'ergothérapeute est de permettre
35 ce transfert des acquis.

36 E4 : Oui. De vraiment se baser sur ses compétences et sur ses capacités d'apprentissage, et
37 après lui permettre de pouvoir utiliser ça dans son quotidien. Parce que le but, car on a
38 beaucoup de patients qui restent longtemps à l'hôpital, c'est de pouvoir se réinsérer dans la
39 cité.

40 Q : Bien sûr. Un petit peu plus spécifiquement, quel type d'accompagnement réalises-tu
41 auprès de personnes atteintes de schizophrénie ?

42 E4 : On fait déjà des évaluations de l'autonomie, ensuite des visites à domicile, je fais qu'une
43 journée par semaine, donc je n'en fais pas autant que ce que j'aimerais en faire mais du coup
44 des visites à domicile où je fais des observations du domicile, de l'autonomie de la personne,
45 de ses compétences. Et ensuite des accompagnements, une fois que les évaluations sont faites,
46 pour améliorer le quotidien de la personne, pour qu'elle soit mieux chez elle. On peut faire
47 aussi les courses, pour se repérer dans son quartier. Après ça se recoupe aussi avec ce que font
48 mes collègues le CESF et l'infirmière, on travaille beaucoup dans la même optique. On les
49 accompagne aussi sur le réseau, pour avoir un médecin traitant, avec le tuteur/curateur. On
50 travaille avec les différentes personnes qui sont en satellite autour de la personne.

51 Q : Est-ce que tu peux me décrire un exemple d'une de tes prises en charge ? Quelles
52 compétences/savoir-faire/savoir-être cherches-tu à mobiliser chez le patient ?

53 E4 : Dans les ateliers par exemple, tout ce qui est compétences sociales déjà parce que chez le
54 psychotique c'est vraiment quelque chose qui est compliqué. On le voit aux ateliers, ils
55 interagissent peu entre eux. Donc essayer par le biais de l'activité, qu'ils interagissent les uns
56 avec les autres. Après leur permettre d'expérimenter des choses qu'ils n'auraient pas cherché
57 à faire par eux-mêmes, pour leur permettre de s'ouvrir sur des nouveautés et des compétences
58 qu'ils ne soupçonnent pas. Parce que ça arrive aussi, j'ai des patients à l'atelier dessin, qui se
59 sont découverts des talents qu'ils ne soupçonnaient pas et du coup qui se sont réellement mis
60 à la peinture ou au dessin par la suite sur l'extérieur, qui sont allés dans les cours. Ils se sont
61 mobilisés d'eux-mêmes sur l'extérieur.

62 Q : On va passer à un autre thème. Est-ce que tu as déjà rencontré un patient atteint de
63 schizophrénie qui était confronté à la stigmatisation ?

64 E4 : Surement.

65 Q : Est-ce que tu en a déjà vu les conséquences lors d'une de tes prises en charge d'un point
66 de vue psychologique, comportemental, social ?

67 E4 : Oui. Je pense à un patient qui était à l'hôpital sous contrainte, qui a fait une sortie à
68 l'extérieur et qui a été reconnu par une personne à l'extérieur. Et du coup après cette personne
69 se sentait montrée du doigt et n'osait plus sortir sur l'extérieur, de l'enceinte de l'hôpital. On a
70 régressé dans la prise en charge, c'est-à-dire qu'on était sur un travail d'ouverture, de
71 réinsertion et là on a fait un bond en arrière. On est tombé dans une situation où après c'était
72 très compliqué de relancer une dynamique d'aller vers l'extérieur. C'était compliqué, il l'a
73 mal vécu, il a été en colère, il a été triste, il est passé par plusieurs phases. D'autant plus qu'on
74 remettait en cause toute une progression qui allait dans le bon sens, donc ça a été compliqué à
75 la fois pour lui et pour les équipes qui le suivaient. Ça a remis en question son projet de vie,
76 donc c'était quelque chose d'assez conséquent.

77 Q : C'est sûr. Du coup, selon toi, quelles peuvent être les freins de la stigmatisation pour le
78 rétablissement du patient ?

79 E4 : Ça le met dans une position où il va parfois éprouver de la honte ou de la culpabilité alors
80 qu'il n'y est pour rien, ce n'est pas de sa faute.

81 Q : Donc selon toi, en quoi les sentiments de honte et de culpabilité peuvent empêcher le
82 rétablissement du patient au long terme et la réinsertion dans la société ?

83 E4 : Du coup, s'isoler des autres, avoir des difficultés pour se réinsérer, se sentir rejetés et le
84 sentiment de ne pas être à sa place.

85 Q : Est-ce que tu as déjà utilisé un type d'intervention particulier pour des patients
86 schizophrènes qui étaient confrontés à cette stigmatisation-là ou si non, est-ce que tu as utilisé
87 des stratégies particulières ?

88 E4 : Non, ça ne m'est pas arrivé. Après sur la stigmatisation, nous on le travaille à l'hôpital
89 avec tout le côté culturel pour travailler sur les publics, parce nous les patients on en est
90 convaincu mais du coup on travaille beaucoup sur les personnes extérieures, le grand public.
91 Essayer de déstigmatiser la psychiatrie quoi. On travaille plus là-dessus sur toutes les actions
92 culturelles comme le cirque, pour montrer que l'hôpital ce n'est pas uniquement de la
93 psychiatrie on fait aussi des choses. Moi je n'ai pas participé mais il y a aussi un groupe de
94 musiciens qui s'est formé « New Shuffle », ils tournent maintenant ils sont quasi
95 professionnels, ils font des festivals. C'est un bel exemple de travail sur la déstigmatisation.

96 Q : Est-ce que tu penses qu'en tant qu'ergothérapeute, on a notre place pour la
97 déstigmatisation du patient ?

98 E4 : De façon indifférenciée, toute profession a sa place dans ce fait là. En tant
99 qu'ergothérapeute on fait plein de choses pour le patient, notamment tout ce qui est de la
100 réinsertion. Je trouve qu'on a tout à fait notre place pour nous dire comment travailler la
101 déstigmatisation, quelles actions on peut mettre en place auprès des publics divers et variés.
102 On peut aussi se focaliser un peu plus, autant sur des adultes, que sur des enfants, les actions
103 ne vont pas être tout à fait les mêmes. On va pas utiliser les mêmes supports.

104 Q : Ok, super, du coup on va passer à l'inclusion. J'ai un petit texte à te lire. En Europe, 80 %
105 des individus souffrant de schizophrénie sont sans emploi (Thornicroft *et al.*, 2004. Selon une
106 étude polonaise réalisée dans des centres de santé mentale auprès de personnes atteintes de
107 schizophrénie, près de 90% se sentaient rejetées par les autres et 50% avaient des ruptures de
108 contact interpersonnel (Cechnicki et al, 2011). Donc, selon toi, comment l'ergothérapeute
109 peut-il favoriser l'inclusion sociale de ces patients ?

110 E4 : De pleins de façons. De travailler avec le patient en tout cas, déjà, la confiance en soi et
111 l'image de soi. Je pense que c'est vraiment la base car c'est à partir de là que si il a un ego un
112 peu regonflé, il va pouvoir aussi se confronter aux autres. Il y aussi, ça c'est plus les
113 psychologues qui le fond mais pas seulement on peut le faire en binôme, ce n'est pas mon cas
114 car nous ne sommes pas assez nombreuses en tant qu'ergothérapeute sur l'hôpital, il y a des
115 ateliers pour travailler tout ce qui est habiletés sociales et donc gérer la relation à l'autre,
116 c'est-à-dire comment être dans une situation. Je pense qu'en tant qu'ergothérapeute on a des
117 outils aussi pour travailler tout ça. Pour moi c'est la base, car l'inclusion ne peut venir que de
118 la personne, même si à un moment les autres rentrent en ligne de compte, il faut qu'il y ait
119 cette volonté de la personne. Ce qui n'est d'ailleurs pas toujours le cas, certains veulent juste
120 avoir une petite vie tranquille sans forcément de relations avec les autres. La relation aux
121 autres c'est quelque chose qui est compliqué dans cette pathologie. Nous on a des cas assez
122 compliqués, donc tout ce qui est emploi, nous on en a très peu qui travaillent car ils sont
123 lourdement dans la pathologie, où c'est compliqué d'aller jusqu'au travail, même si c'est en
124 milieu protégé ou en ESAT on en a pas tant que ça. Déjà si on arrive qu'ils aient un logement
125 et quelques petites choses dans la cité, c'est déjà énorme.

126 Q : D'accord. Tu me parlais de confiance en soi, image de soi et le travail que
127 l'ergothérapeute peut faire derrière. Est-ce que tu as un exemple dans ta pratique où justement
128 tu travaille la confiance en soi ?

129 E4 : Oui, dans les ateliers notamment artistiques. Par exemple, l'atelier dessin, où ils arrivent
130 dans un rapport un petit peu avec l'école « *je sais pas très bien dessiner* », c'est assez facile à
131 travailler car avec quelques petites techniques, on peut avoir un résultat sympa, et du coup ça

132 renarcissise la personne « je suis quand même capable de faire quelque chose du coup je peux
133 le montrer/l'accrocher/l'afficher ». Ça je trouve que c'est une pierre à l'édifice dans la
134 confiance en soi.

135 Q : D'accord. Selon toi, d'un point de vue global, que faudrait-il changer dans la société pour
136 favoriser l'inclusion des personnes atteintes de schizophrénie ?

137 E4 : Il faut travailler sur les peurs et les préjugés. Je pense que quand on ne connaît pas bien
138 les choses on en a peur. Expliquer la psychiatrie, le soins, les psychotiques, la schizophrénie.
139 C'est pas si terrible pour les autres, c'est surtout pour la personne.

140 Q : C'est sûr donc expliquer au grand public par diverses actions, différents moyens ?

141 E4 : Voilà. On fait déjà pas mal de choses, mais visiblement ça ne touche pas encore tout le
142 monde.

143 Q : On va passer à la dernière partie de l'entretien. Que penses-tu de l'utilisation de
144 l'empowerment en psychiatrie et comment tu le définirais ?

145 E4 : Tu veux bien me rappeler ce que c'est ?

146 Q : La démarche d'empowerment est un cheminement dans lequel une personne doit
147 s'engager , en utilisant ou en acquérant des habiletés spécifiques aux objectifs poursuivis. La
148 démarche amène la personne à se percevoir comme compétente, possédant les habiletés, les
149 qualités et les attitudes et les connaissances suffisantes, dans son environnement.

150 E4 : C'est ce qu'on fait depuis des années sans l'appeler comme ça.

151 Q : D'accord. Est-ce que tu as déjà entendu ce terme ?

152 E4 : Oui, en fait j'ai déjà fait une formation sur la réhabilitation psychosociale et c'est un
153 terme que j'ai beaucoup entendu. Mais vu que je ne pratique pas parce que je n'ai pas été sur
154 le poste, c'est un terme que j'avais plus en tête.

155 Q : D'accord. Par rapport à la définition que je viens de te donner, tu m'as dit que c'était
156 évident pour les ergothérapeutes ?

157 E4 : Oui, parce que on se base sur les compétences mais aussi sur les envies et le désir du
158 patient, parfois c'est compliqué il y faut le faire émerger, le désir. A partir du moment où le
159 patient désire quelque chose, on va travailler ses compétences pour lui permettre d'acquérir
160 tout ce qu'il a besoin pour obtenir des résultats escomptés. Si besoin, mettre en place des
161 aides au domicile par exemple. Il y a des patients qui veulent avoir un appartement, on se dit
162 « *ils ne vont jamais y arriver* », et une fois des évaluations, des mises en pratique, qu'on a
163 travaillé sur des compétences et qu'on a mis en place des aides si besoin, ils vont réussir à
164 tenir dans leur appartement.

165 Q : D'accord, donc selon toi, c'est en se basant sur le désir du patient et les mises en situation
166 qui rentrent dans le cadre de la démarche d'empowerment qui peuvent donner au patient cette
167 impulsion pour réaliser ses objectifs de vie ?

168 E4 : Exactement, et ça peut montrer les limites aussi.

169 Q : Quels types de limites, par exemple ?

170 E4 : Si la personne peut faire vraiment tout plein de choses et qu'elle se rend compte que c'est
171 compliqué pour pleins de raisons, des connaissances qu'elle n'a pas, des difficultés cognitives
172 en lien avec la maladie. Même avec des stratégies ou des aides spécifiques, ce peut être aussi
173 des freins et être un échec. Après à nous de voir comment on peut tourner autour de ça et
174 trouver des solutions.

175 Q : Quels bénéfices peuvent tirer les patients de ce type d'intervention basée sur
176 l'empowerment ?

177 E4 : La difficulté est de ne pas mettre notre désir à nous à la place de celui du patient, parce
178 qu'on voit qu'il a telle ou telle capacité, donc la difficulté est là c'est de laisser la place au
179 désir du patient. Déjà le faire émerger puis ensuite de ne pas mettre nos propres
180 représentations à la place du patient, qui peuvent être des freins car des fois on veut trop en
181 faire. Moi j'ai vraiment été formée là-dedans et j'y crois, je préfère laisser les patients
182 expérimenter eux-mêmes, j'aime bien qu'ils le fassent dans mes ateliers d'ailleurs, plutôt que
183 d'apporter des solutions qui sont les nôtres et qui vont pas forcément correspondre à la
184 personne.

Schizophrénie, sentiment d'auto-stigmatisation et inclusion sociale : intérêt de l'empowerment dans l'accompagnement en ergothérapie

RESUME

Selon l'OMS, la schizophrénie est l'une des pathologies psychiatriques les plus préoccupantes du 21^{ème} siècle. En 2022, 0.3% de la population mondiale en serait atteinte. Cette pathologie peut avoir des répercussions importantes dans tous les domaines de la vie quotidienne. Les phénomènes de stigmatisation à l'encontre de cette population sont courants et peuvent s'internaliser chez les sujets stigmatisés. Cette auto-stigmatisation peut entraîner des restrictions de participation allant jusqu'à l'exclusion sociale. Les objectifs de cette recherche sont d'explorer les interventions des ergothérapeutes auprès de cette population mais aussi d'évaluer dans quelle mesure ils peuvent réduire le sentiment d'auto-stigmatisation et favoriser l'inclusion sociale. Pour cela, quatre ergothérapeutes, avec une expérience significative en santé mentale auprès de patients atteints de schizophrénie, ont été interrogés au cours d'entretiens semi-directif. Les résultats montrent que les ergothérapeutes peuvent contribuer à réduire le sentiment d'auto-stigmatisation en développant l'empowerment chez cette population. Les différentes interventions visent à acquérir des compétences et permettent d'améliorer la participation, l'estime de soi, le sentiment d'efficacité personnelle. Cependant, l'hypothèse reste en suspens, son efficacité n'ayant pu être formellement prouvée. D'autres propositions sont également évoquées. L'action des ergothérapeutes favorise l'inclusion sociale chez les personnes atteintes de schizophrénie. Leurs interventions s'opèrent dans un environnement complexe sur plusieurs niveaux : interpersonnel, organisationnel et sociétal. Il est crucial d'intervenir sur ces différents contextes pour une action optimale. L'ergothérapeute fonde sa pratique sur l'interaction des facteurs personnels, occupationnels et environnementaux. En ce sens, il a un rôle clé à jouer pour résoudre les problématiques d'auto-stigmatisation et d'inclusion sociale.

Mots-clés : personnes atteintes de schizophrénie, auto-stigmatisation, ergothérapie, inclusion sociale, empowerment

Schizophrenia, self-stigmatization and social inclusion : empowerment in occupational therapy support

ABSTRACT

According to the WHO, schizophrenia is one of the most disquieting psychiatric pathologies of the 21st century. In 2022, 0.3% of the world's population would be affected. This pathology can have significant repercussions in all areas of daily life. Phenomena related to stigma impacting this population are common and can be internalized by the stigmatized subjects. The effects of self-stigmatization range from restrictions of participation to social exclusion. The objectives of this research are exploring the interventions of occupational therapists in this population and assessing the extent to which they can reduce feelings of self-stigma and promote social inclusion. To this purpose, four occupational therapists, with significant experience in mental health and dealing with patients with schizophrenia, were interviewed during semi-structured interviews. Results show that occupational therapists can help reduce self-stigmatization by developing empowerment in this population. The various interventions are aimed at developing skills and improving participation, self-esteem, and a sense of personal effectiveness. However, the hypothesis remains open, as its validity could not be formally proven. Several other propositions are mentioned as well. The work of occupational therapists promotes social inclusion in people with schizophrenia. Their interventions occur in a complex environment at several levels : interpersonal, organizational and societal. It is crucial to intervene in these different contexts to achieve optimal action. Occupational therapist practice is based on the interaction of personal, occupational and environmental factors. In this sense, it has a key role to play in resolving issues of self-stigmatization and social inclusion.

Keywords : people with schizophrenia, self-stigma, occupational therapy, social inclusion, empowerment