

MEMOIRE D'INITIATION A LA RECHERCHE



**L'ERGOTHERAPIE POUR FAVORISER L'ENGAGEMENT DES
PATIENTS PSYCHOTIQUES EN REEDUCATION-READAPTATION
PHYSIQUE**

Yasmine AIT SI SELMI | IFE de Créteil | Mai 2020

ENGAGEMENT SUR L'HONNEUR

L'arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'Etat d'ergothérapeute précise que l'Unité d'intégration UE 6.5 Semestre 6 intitulée « Evaluation de la pratique professionnelle et recherche » a pour modalité d'évaluation un mémoire d'initiation à la recherche : écrit et argumentation orale.

L'étudiant(e) réalise, après utilisation du traitement de textes, un mémoire d'au moins 40 pages sans excéder 65 pages, hors annexes.

Ce mémoire doit permettre à l'étudiant(e) de montrer ses capacités à utiliser des outils d'expertise et de recherche, ainsi que ses capacités à synthétiser et rendre compte des résultats de son travail.

Le mémoire peut être :

- un travail de recherche fondamentale relatif à la pratique de l'ergothérapie.
- un travail de recherche appliquée à partir de l'observation d'un ou plusieurs cas cliniques.

L'étudiant(e) est aidé(e) dans sa recherche et dans son travail d'écriture par un maître de mémoire.

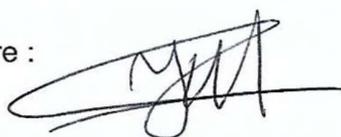
Le sujet et le maître de mémoire sont choisis par l'étudiant(e) en accord avec le directeur de l'institut.

Je, soussigné (e),* AÏT SI SELMI Yasmine étudiant(e) en 3^{ème} année en institut de formation en ergothérapie, m'engage sur l'honneur à mener ce travail écrit dans les règles édictées.

Je reconnais avoir été informé(e) des sanctions et des risques de poursuites pénales qui pourraient être engagées à mon encontre en cas de fraude, et/ou de plagiat avéré.

A Créteil, le 27/05/2020

Signature :



*NOM, Prénom

Note aux lecteurs :

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

Remerciements

Merci à Céline Rouif, ma maîtresse de mémoire pour sa disponibilité, ses conseils et ses relectures, merci d'avoir cru en mon sujet.

Merci à Cynthia Engels et Gwenaëlle Delourme pour leur accompagnement durant les ateliers mémoire, et à toute l'équipe de l'IFE pour leur encadrement.

Merci aux ergothérapeutes qui ont pris part à ma pré-enquête et ceux qui ont accepté de participer à mon enquête, pour la richesse de leurs témoignages.

Merci à mes camarades et amies, Meriem, Jennifer et Elise pour nos échanges, leur temps et leur écoute, une galère à la fois.

Merci à Nicolas sans qui la réalisation de ce mémoire n'aurait pas été possible, pour son aide, ses mots et son engagement dans ce mémoire.

Merci à Rachid, pour ses idées toujours pertinentes, son soutien sans faille et son dévouement.

Merci à ma colocataire Lilo pour son indulgence, son réconfort et ses réflexions.

Merci à mes parents et ma sœur, confinés avec moi, pour leur patience, leurs encouragements et leur aide à toute heure.

« L'homme malade n'est pas seulement un problème physiologique à résoudre, il est surtout une détresse à secourir »

- *Georges Canguilhem, 1965*

Sommaire

| | |
|--|----|
| Remerciements | E |
| Sommaire | G |
| Introduction | 1 |
| I. Question de recherche | 3 |
| A. Réflexion | 3 |
| B. Problématique..... | 4 |
| C. Hypothèse..... | 4 |
| II. Contexte théorique | 5 |
| A. Les troubles psychotiques | 5 |
| 1. Définition et étiologie..... | 5 |
| 2. Expression..... | 6 |
| 3. Formes cliniques et évolutions | 8 |
| 4. Handicap psychique et ergothérapie..... | 10 |
| 5. Troubles psychotiques et pathologies somatiques..... | 11 |
| B. Rééducation-réadaptation physique et comorbidités..... | 12 |
| 1. Un système de santé cloisonné | 12 |
| 2. Discontinuité des soins et comorbidité..... | 13 |
| 3. Rééducation et réadaptation physique | 14 |
| 4. Ergothérapie en rééducation-réadaptation et trouble psychotique | 15 |
| C. L'engagement thérapeutique | 16 |
| 1. Le Modèle de l'Occupation Humaine..... | 16 |
| 2. Concepts clés..... | 18 |
| 3. Facteurs de motivation..... | 20 |
| 4. L'engagement thérapeutique en ergothérapie..... | 21 |
| III. Cadre expérimental | 22 |
| A. Méthodologie de l'enquête | 22 |
| 1. Objectifs | 22 |
| 2. Choix de l'outil..... | 23 |
| 3. Population et échantillon | 24 |
| 4. Grille d'entretien..... | 25 |
| 5. Protocole de passation | 26 |

| | | |
|-----|---|-----------|
| B. | Présentation et analyse des résultats..... | 27 |
| 1. | <i>Généralités</i> | 27 |
| 2. | <i>Prise en charge ergothérapique en rééducation-réadaptation physique</i> | 28 |
| 3. | <i>Rééducation-réadaptation physique et patients avec troubles psychotiques</i> | 32 |
| 4. | <i>Engagement thérapeutique du patient</i> | 36 |
| 5. | <i>Question de clôture</i> | 38 |
| C. | Biais et limites de la méthode expérimentale..... | 39 |
| IV. | Discussion | 41 |
| A. | Spécificités de prise en charge..... | 41 |
| 1. | <i>Facteurs liés aux troubles psychotiques</i> | 41 |
| 2. | <i>Facteurs liés aux soignants</i> | 41 |
| 3. | <i>Facteurs liés au système de soins</i> | 41 |
| B. | Adaptation Mise en place par les ergothérapeutes..... | 42 |
| 1. | <i>Mobilisation de ressources</i> | 42 |
| 2. | <i>Intérêt d'une approche centrée sur la personne</i> | 42 |
| 3. | <i>Outils spécifiques</i> | 42 |
| 4. | <i>Adaptation du cadre thérapeutique</i> | 43 |
| C. | Impact perçu sur l'engagement thérapeutique du patient..... | 43 |
| 1. | <i>Facteurs d'engagement</i> | 43 |
| 2. | <i>Limites des adaptations</i> | 44 |
| D. | Pour aller plus loin..... | 44 |
| 1. | <i>Rôle de l'ergothérapeute dans la coordination du parcours de soin</i> | 44 |
| 2. | <i>Service de prise en charge complexe</i> | 45 |
| E. | Apports personnels et professionnels..... | 45 |
| F. | Retour sur l'hypothèse..... | 45 |
| | Conclusion et perspectives | 46 |
| | Liste des abréviations..... | 47 |
| | Bibliographie..... | 48 |
| | Tables des Tableaux..... | I |
| | Tables des Figures..... | I |
| | Annexes..... | II |

Introduction

La santé est aujourd'hui implémentée dans notre quotidien et y tient une place tout à fait importante. Le système français s'est ainsi construit et adapté autour de cette notion, notamment avec l'instauration de la santé publique dans le but d'améliorer l'état de santé de la population. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la santé est « *un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* ». La santé mentale est donc une composante essentielle de la santé. Les maladies mentales seraient au 3ème rang des maladies les plus fréquentes après les cancers et maladies cardio-vasculaires, de plus, 5 maladies mentales figurent parmi les 10 pathologies les plus préoccupantes du 21^{ème} siècle (HAS, 2013). En France, au moins 12 millions de personnes seraient touchées et au moins un quart de la population française serait concernée à un moment ou un autre de sa vie par un trouble psychique (Laforcade, 2016). La prise en charge du handicap psychique, conséquence des pathologies psychiatriques, constitue ainsi un enjeu majeur de santé publique.

Avec le vieillissement des Français et la chronicisation des maladies, on voit l'augmentation des personnes en situations de handicap. En France, 58 % des personnes actives souffrant de handicap seraient en situation de plurihandicap (INSEE, 2007), cela désignerait « *l'association circonstancielle de deux ou plusieurs handicaps avec conservation des facultés intellectuelles* ». Dans les structures médicales ou sociales françaises, les équipes pluridisciplinaires seraient « *de plus en plus amenées à rencontrer des sujets au carrefour de différents handicaps* » (Daure, 2017). De plus, le plurihandicap pourrait être source de problématiques de prise en charge, en effet, « *face à ces multiples dimensions du handicap, et à ces entre-deux identitaires dans lesquels la personne handicapée peut se trouver, il n'est pas toujours évident pour les équipes, censées accompagner ces patients souvent en difficulté à se définir comme tel, d'occuper une position subjective qui leur permette de se saisir de la prise en charge proposée.* » (Daure, 2017). Dans le système de soin actuel, la réalité à l'échelle des institutions est donc que les rééducateurs, notamment les ergothérapeutes, seront davantage amenés à prendre en charge des patients présentant une comorbidité de troubles psychiques, quel que soit le handicap pour lequel ils sont pris en charge, dans des services ou structures qui ne sont pas équipés pour traiter l'ensemble des pathologies du patient. La présence de ce type de plurihandicap engendre-t-elle forcément des difficultés de prise en charge ? Quelles sont les spécificités auxquelles font face les ergothérapeutes lors de ce genre de prise en charge ?

Lors de mon premier stage, je rencontrais Madame A alors en Hospitalisation De Jour (HDJ) dans le service de Médecine Physique et Réadaptation (MPR) d'un hôpital parisien. Elle était prise en charge à la suite d'un Accident Vasculaire Cérébrale (AVC). Madame avait 58 ans et nous étions plutôt optimistes

quant à la récupération de ses capacités. Cependant, au cours des séances, Madame A était prise de crise de larmes, se dévalorisait et s'investissait de moins en moins dans sa rééducation. Puis elle devint passive, acceptant toutes les activités proposées sans montrer d'intérêt aucun. Lors d'une réunion de l'équipe pluridisciplinaire, j'appris que Madame A avait un diagnostic de troubles psychotiques depuis plusieurs années. Elle finira par prendre un billet d'avion pour un autre pays et abandonner la rééducation sans plus jamais donner de nouvelles. Sa prise en charge était considérée comme un échec par l'équipe et les ergothérapeutes qui avaient eu l'occasion de la suivre s'étaient sentis en difficulté face à la situation. Je suis restée marquée par cette prise en charge, repensant souvent à ce qui avait été mis en place durant son séjour, mais surtout à ce qui aurait pu être mis en place.

Dans un système de santé cloisonné, qui présente des discontinuités de soins notamment pour les personnes atteintes de pathologies mentales, la situation de Madame A ne représentait pas une exception. Cette discontinuité des soins peut correspondre à une inadéquation des services ou un manque de coordination et d'intégration, et peut mener au décrochage des personnes de l'un et l'autre des réseaux de soins (Clément & Aubé, 2002). Ce « décrochage » est bien souvent la conséquence du désengagement du patient de sa thérapie. L'engagement thérapeutique, notion complexe mais essentiel dans le domaine du soin, est la décision prise par le patient qui le lie à lui-même, à son propre projet et qui lui permet une responsabilité et une implication totale dans sa thérapie et ses soins (Bottai, Benoit, Bourcet, Dassa, & Raymondet, 2010). S'il s'agit d'un acte volontaire et éclairé du patient, le rôle du thérapeute y est tout aussi important, car il peut fournir les leviers nécessaires à cet engagement.

Ici, Madame A ne s'était donc pas engagé dans sa thérapie. Je m'interrogeais alors : qu'aurions-nous pu faire autrement pour permettre à Madame A de s'engager dans sa rééducation ? Comment assurer une prise en charge en ergothérapie qui engage les patients ayant une problématique de santé complexe similaire ?

Ainsi je décidais de réaliser mon écrit de fin d'étude sur le sujet, afin d'en préciser les notions et d'y accorder une réflexion suffisante, en aspirant à trouver une ou plusieurs solutions à mon questionnement pour ma future pratique.

I. Question de recherche

A. REFLEXION

Une pré-enquête fut tout d'abord réalisée dans le but de savoir si mes questionnements étaient pertinents, s'ils concernaient une majorité des ergothérapeutes mais également pour orienter mon hypothèse en obtenant des pistes de réflexions. Cette pré-enquête fut complétée par une recherche documentaire autour des notions de comorbidités et d'engagement. La pré-enquête mis en évidence que sur les 36 ergothérapeutes interrogés, 33 avait déjà rencontré une situation similaire. Si ces situations résonnaient avec un peu plus de 90% des ergothérapeutes interrogés, il me semblait qu'elles étaient significativement fréquentes pour qu'une réflexion autour du sujet soit intéressante, notamment dans le cadre d'un mémoire. Aussi, près de 85% des ergothérapeutes ayant pris en charge des personnes avec plurihandicap s'étaient sentis en difficultés. Mais que faire pour pallier ces difficultés ?

Je souhaitais en savoir plus sur les paramètres de prise en charge d'un patient avec plurihandicap, spécifiquement en ergothérapie. Je recueillais donc les témoignages des ergothérapeutes ayant répondu positivement à ma pré-enquête, les interrogeant sur les stratégies, solutions ou méthodes qu'ils avaient été amenés à mettre en place. J'orientais d'abord mes pistes sur le travail en « réseaux » avec d'autres structures ou services. Or, en questionnant les ergothérapeutes interrogés sur le travail en réseaux et en étudiant son application au champ de l'ergothérapie en France, je réalisais que sa mise en place était peu commune.

Je me penchais alors sur les solutions à l'échelle de l'ergothérapeute. Ainsi, pour engager les patients une grande partie des ergothérapeutes avaient dû adapter les outils utilisés dans la prise en charge ainsi que le cadre thérapeutique. Nombreux étaient ceux qui précisaient avoir eu recours à une approche centrée sur la personne dans sa globalité et ses singularités. Pour la notion d'adaptation, nous nous baserons sur la définition du Larousse. Ainsi, s'adapter c'est modifier sa pensée, son comportement pour le mettre en accord avec une situation nouvelle, cela concernera tout ce qui sera modifié dans le cadre de la prise en charge pour l'approprier, la mettre en accord avec le patient. Ici, l'adaptation concernera d'abord la pratique professionnelle, c'est-à-dire l'ensemble des actions et les manières d'agir de l'ergothérapeute qui se base sur ses compétences et expériences (qu'il s'agisse de l'utilisation d'outils ou de la mobilisation de ressources). L'adaptation concernera également le cadre thérapeutique, « *le dispositif de soin proposé au patient, intégré dans le dispositif global qui est l'institution* » (Hernandez, 2016), c'est-à-dire toutes les modalités spatiales, temporelles et relationnelles mise en place par l'ergothérapeute dans l'accueil et la prise en charge du patient. Enfin, l'engagement thérapeutique sera composé de deux dimensions : l'observance

(le comportement dans les soins) et l'adhésion (la représentation psychique et l'acceptation globale de ces soins) (Bottai, Benoit, Bourcet, Dassa, & Raymondet, 2010).

J'excluais de ma question de recherche les troubles de l'humeur et de la personnalité, pour m'intéresser davantage aux particularités des troubles psychotiques, dont l'expression peut-être très différente. N'ayant aucune expérience dans le champ de la pédiatrie, considérant un fonctionnement différent dans les structures spécifiques accueillant des enfants et un cadre thérapeutique spécifique, je fis le choix de ne m'intéresser qu'aux populations adultes. De ce processus de réflexion émergea donc la problématique et l'hypothèse que je propose aujourd'hui.

B. PROBLEMATIQUE

Dans cet écrit, nous nous demanderons alors :

De quelle manière l'ergothérapeute peut-il favoriser l'engagement thérapeutique des patients présentant des troubles psychotiques en rééducation et réadaptation physique ?

C. HYPOTHESE

Pour répondre à cette problématique, nous avancerons l'hypothèse suivante :

En adaptant sa pratique et le cadre thérapeutique de manière spécifique, dans une approche centrée sur la personne, l'ergothérapeute peut favoriser l'engagement thérapeutique de ces patients.

II. Contexte théorique

Pour construire le cadre théorique et conceptuel de ce mémoire, nous nous intéresserons d'abord à la population concernée par le sujet. Ainsi, nous définirons les troubles psychotiques, leurs expressions, formes cliniques et évolutions, avant de nous intéresser aux conséquences du handicap psychique et au rôle de l'ergothérapeute avec cette population. Enfin, nous décrirons les liens entre troubles psychotiques et santé somatique.

A. LES TROUBLES PSYCHOTIQUES

1. Définition et étiologie

Du grec *psychē* et *ose* littéralement « transformation de l'esprit », la psychose est un trouble psychique important qui touche 2 à 3% de la population générale (Monville, Tambour, Watrice, & Luyten, 2017) et dont la prévalence est 1,5 fois plus élevée chez les hommes que chez les femmes (Gourier-Frery, Chan Chee, & Beltzer, 2014). L'apparition des troubles se fait majoritairement chez le sujet adolescent ou jeune adulte, et peut-être soudaine ou insidieuse. Les troubles psychotiques ne désignent pas une maladie, mais un ensemble de troubles qui se caractérisent par « une distorsion de la pensée, des perceptions, des émotions, du langage, du sentiment de soi et du comportement » (OMS). Ce terme est souvent opposé au terme de névrose, selon le degré de conscience des troubles du patient. Ainsi, si la névrose désigne un trouble limité et parcellaire, la psychose indique une atteinte totale du psychisme.

A ce jour, il n'existe pas d'étiologie formelle des troubles psychotiques. On considère que leur origine est multifactorielle. La littérature décrit quelques pistes possibles, nous pouvons citer par exemple la théorie du dysfonctionnement des systèmes dopaminergiques, sérotoninergiques et noradrénergiques qui pourraient être responsables de l'émergence symptomatique des troubles psychotiques (Llorca, 2005). La recherche s'accorde aujourd'hui sur le fait que des facteurs génétiques expliquent en grande partie l'apparition des troubles psychotiques, cependant il n'existe pas de gène spécifique mais une multitude de gènes aux modes de transmissions complexes qui pourrait être responsables des troubles (Chaumette, Kebir, & Krebs, 2017). Il est également important de considérer que c'est l'interaction de cette vulnérabilité biologique (héritabilité génétique, facteurs physiologiques ou biologiques) avec des « stressseurs » environnementaux qui participerait au développement de troubles psychotiques (Lecadreur, 2019).

2. Expression

Les troubles psychotiques s'expriment de manières très différentes selon la personne et induisent souvent des symptômes variés. Pour être diagnostiqués comme tels, l'ensemble des symptômes doit être maintenu pendant au moins un mois et il n'y a pas de nécessité de handicap fonctionnel, même s'il s'agit d'une conséquence fréquente de la pathologie. La 10^{ème} révision de la Classification Internationale des Maladies (CIM) décrit entre autres : une perte de contact avec la réalité, des troubles de la conscience de soi et des troubles du cours de la pensée (OMS, 2009). Le DSM-V définit les troubles psychotiques par la présence de 5 éléments clés que nous expliquerons ci-dessous.

* Les idées délirantes

Il s'agit de croyances qui ne s'altèrent pas face à un raisonnement logique ou à des preuves qui les contredisent. Elles peuvent comprendre différents thèmes : thème de persécution (croyance que l'on peut être agressé, harcelé, par un individu, une organisation ou groupe), thème de référence (certains gestes, commentaires ou éléments de l'environnement sont destinés spécifiquement à la personne), thème somatique (centrées sur des préoccupations concernant la santé ou le fonctionnement des organes), thème religieux, thème mégalomane (la personne croit à tort qu'elle a des capacités, une richesse ou une renommée exceptionnelle), thème érotomane (la personne croit à tort qu'une autre personne éprouve des sentiments romantiques à son égard) ou thème de nihilisme (conviction qu'une catastrophe majeure va survenir). Les idées délirantes sont considérées comme « bizarres » si elles sont clairement invraisemblables et incompréhensibles pour des personnes d'une même culture et qu'elles ne proviennent pas d'expériences ordinaires de la vie (elles expriment généralement une perte de contrôle sur l'esprit ou le corps). Il est parfois difficile de faire la distinction entre une idée délirante et une croyance fortement ancrée, cette distinction dépend en partie du degré de conviction avec lequel la croyance est soutenue en dépit de preuves contraires claires et rationnelles à propos de sa véracité.

* Les hallucinations

Ce sont des expériences perçues sans stimulus externe. Elles sont perçues aussi clairement et avec autant d'impact qu'une perception normale et ne sont pas soumises au contrôle de la volonté. Les hallucinations auditives, souvent des voix familières ou étrangères, qui sont perçues comme distinctes des propres pensées du sujet, sont les plus fréquentes dans la schizophrénie et les troubles apparentés.

* La pensée désorganisée

Les troubles du cours de la pensée sont souvent déduits du discours de la personne qui peut passer d'un sujet à l'autre par déraillement ou relâchement des associations. Les réponses peuvent être reliées de manière indirecte aux questions ou ne pas y être reliées du tout, c'est la pensée tangentielle. Plus rarement, le discours peut être incohérent ou « salade de mots », il est si gravement désorganisé qu'il est pratiquement incompréhensible. Le symptôme doit être suffisamment important pour altérer les capacités de communication.

* Comportement moteur anormal ou grossièrement désorganisé, incluant la catatonie

Cela peut se manifester de diverses manières, allant du comportement régressif à une agitation imprévisible. Des problèmes peuvent être relevés dans toute forme de comportement dirigé vers un but, conduisant à des difficultés à réaliser les activités de la vie quotidienne. Le comportement catatonique correspond à une réactivité à l'environnement très diminuée. Cela va de la résistance aux instructions (négativisme) au maintien d'une posture rigide, inappropriée ou bizarre et à l'absence totale de réponse verbale ou motrice (mutisme ou stupeur). Cela peut aussi inclure une activité motrice sans but et excessive sans cause évidente (agitation catatonique). Il peut également être caractérisé par des mouvements stéréotypés, une fixité du regard, des grimaces, un mutisme et une écholalie (répétition systématique du dernier mot ou son entendu).

* Symptômes négatifs

Les symptômes négatifs sont très présents dans la schizophrénie, particulièrement : la diminution de l'expression émotionnelle (réduction de l'expression émotionnelle du visage, du contact visuel, de l'intonation du discours ou prosodie et des mouvements des mains, de la tête et du visage) et l'aboulie (diminution de la motivation pour des activités auto-initiées et dirigées vers un but). La personne peut rester assise pendant de longues périodes de temps et montrer peu d'intérêt pour les activités professionnelles ou sociales. Les autres symptômes négatifs comprennent l'alogie (diminution de la production du discours), l'anhédonie (diminution des capacités à éprouver du plaisir à partir de stimuli positifs ou à se rappeler de plaisirs antérieurement éprouvés) et l'asociabilité (manque d'intérêt pour les interactions sociales).

* Autres conséquences

Les conséquences de la pathologie sont multiples, ainsi la personne peut également présenter des difficultés cognitives, des changements de l'humeur et des troubles du sommeil. Il existe également une diminution de l'insight, c'est-à-dire de la capacité à auto critiquer ses symptômes. Les troubles psychotiques sont également souvent associés à des abus de substances et des pensées suicidaires, voire des passages à l'acte.

3. Formes cliniques et évolutions

Dans cet écrit, nous traiterons seulement les formes chroniques de ces troubles psychotiques et excluons les symptômes d'aspect psychotique et d'origine neurologique ou causées par l'influence d'une substance. Les troubles psychotiques regrouperaient entre autres : la schizophrénie, les troubles schizophréniformes, les troubles schizoaffectifs et les troubles délirants.

Le DSM-V les définit ainsi :

* Schizophrénie

C'est une forme qui représente près de 80% des troubles psychotiques (DREES, 2017). Les symptômes caractéristiques de la schizophrénie correspondent à des déficits dans un ou plusieurs domaines majeurs du fonctionnement et des symptômes cognitifs, comportementaux et émotionnel. L'un de ces symptômes doit être la présence d'idées délirantes, d'hallucinations ou d'une désorganisation du discours dans une proportion significative de temps au cours d'une période d'un mois ou plus. Le patient peut également présenter un comportement grossièrement désorganisé ou des symptômes négatifs. Certains signes doivent être présents pendant une période continue d'au moins 6 mois.

Chez la majorité des personnes, les symptômes apparaissent de façon lente et progressive. Un âge de début plus jeune est classiquement considéré comme prédisant un moins bon pronostic. Les déficits cognitifs sont habituels et deviennent stables à l'âge adulte et persistent souvent même si les autres symptômes sont en rémission. Le cours de la maladie apparaît favorable chez environ 20 % des personnes souffrant de schizophrénie, et un faible nombre de ces personnes peut récupérer complètement. Cependant, la majorité des personnes souffrant de schizophrénie a toujours besoin de soutien dans la vie quotidienne, et beaucoup restent chroniquement malades, avec des variations des symptômes, d'autres connaissent une détérioration progressive.

* Troubles schizophréniformes

Les symptômes caractéristiques du trouble schizophréniforme sont identiques à ceux de la schizophrénie mais la durée totale de la maladie incluant les phases prodromique, active et résiduelle est d'au moins 1 mois mais inférieure à 6 mois. On parle de trouble schizophréniforme « provisoire » s'il n'est pas certain que la personne soit effectivement rétablie dans le délai requis de 6 mois. Si les symptômes persistent au-delà de 6 mois, on entre alors dans la schizophrénie.

L'évolution du trouble schizophréniforme est similaire à celle de la schizophrénie. Approximativement un tiers des sujets avec un diagnostic initial de trouble schizophréniforme se rétablissent dans le délai de 6 mois et reçoivent un diagnostic final de trouble schizophréniforme. La majorité des personnes correspondant aux deux tiers restants évoluera vers un diagnostic de schizophrénie ou de trouble schizoaffectif.

* Troubles délirants

Le patient présente une ou plusieurs idées délirantes (type érotomaniaque, mégalomaniaque, de jalousie, de persécution, somatique, mixte ou non spécifié) pendant au moins 1 mois, peu ou pas d'hallucinations et s'il y en a, elles sont en lien avec thème du délire. Le patient ne présente pas de singularités ou bizarreries du comportement. Le fonctionnement psychosocial est altéré d'une façon moins marquée que dans les autres troubles psychotiques. Si des épisodes thymiques sont présents en même temps que des idées délirantes, la durée totale de ces épisodes thymiques est relativement brève par rapport à la durée totale des périodes délirantes.

En moyenne l'évolution globale des troubles délirants est généralement meilleure que dans la schizophrénie. Bien que le diagnostic soit généralement stable, une partie des personnes finit par développer une schizophrénie. Ces troubles ont une prévalence plus forte chez les personnes plus âgées.

* Trouble schizoaffectif

Le patient présente une période ininterrompue de maladie durant laquelle il continue à présenter des symptômes psychotiques résiduels. Il présente nécessairement un épisode thymique caractérisé (dépressif ou maniaque). Si les symptômes thymiques ne sont présents que pendant une courte période, on parle de schizophrénie et non de trouble schizoaffectif.

Le pronostic du trouble schizoaffectif est globalement meilleur que celui de la schizophrénie et moins bon que celui des troubles de l'humeur. Le trouble schizoaffectif évolue selon différentes modalités et les symptômes psychotiques fluctuent au cours de l'existence. Les symptômes dépressifs ou maniaques peuvent apparaître avant le début des troubles psychotiques, au cours des épisodes psychotiques, durant les périodes résiduelles et après la fin des manifestations psychotiques. Le trouble schizoaffectif de type bipolaire est plus fréquent chez l'adulte jeune, alors que le trouble schizoaffectif de type dépressif est plus fréquent chez l'adulte plus âgé.

4. Handicap psychique et ergothérapie

A l'exception des troubles psychotiques aigus dont la prise en charge permet la guérison sans récurrence des troubles psychotiques, la plupart des troubles psychotiques sont chroniques. Les patients présentent donc ces troubles à vie après leur premier épisode. L'expression de leurs troubles est personnelle et varie dans le temps, elle peut être diminuée par une prise en charge adéquate, on parle alors de rémission et pas de guérison des troubles. Lors d'une décompensation primaire ou des suites d'une rupture de traitement, la personne n'est plus en capacité de fonctionner de manière harmonieuse en société et peut représenter un danger pour elle-même ou pour les autres. Le patient est souvent orienté depuis les urgences psychiatriques vers des services intra hospitaliers de psychiatrie où il sera pris en charge jusqu'à sa stabilisation (Llorca, 2005). On parle de troubles stabilisés, lorsque les symptômes du patient sont assez équilibrés pour ne pas entraver de manière significative ses occupations. Or, les patients traversent souvent une longue phase résiduelle, le traitement médicamenteux est équilibré atténuant les symptômes positifs. Mais des symptômes négatifs peuvent perdurer de façon chronique, empêchant une pleine participation de la personne dans ses occupations (Société Québécoise de la Schizophrénie, s.d.). Un accompagnement paramédical et social peut alors être nécessaire. Ainsi le patient peut être amené à être pris en charge par un ergothérapeute.

L'ergothérapeute est un professionnel de santé qui fonde sa pratique sur les liens entre la santé et l'activité humaine (ANFE, s.d.). Il intervient tout au long du processus de rééducation, réadaptation et réinsertion des personnes en situation de handicap physique, sensoriel ou psychique. L'ergothérapeute aide le patient à maintenir, récupérer ou acquérir la meilleure autonomie individuelle, sociale et professionnelle possible, au moyen d'activités manuelles, artistiques, culturelles ou de la vie quotidienne. Dans les structures de soins en psychiatrie, il est amené à travailler avec les personnes présentant des troubles psychotiques. En effet, les troubles psychotiques chroniques sont souvent invalidants et nécessitent une prise en charge au long cours. Les symptômes négatifs ou les hallucinations et idées délirantes envahissantes peuvent empêcher la personne de mener à bien ses occupations dans sa vie sociale, personnelle ou professionnelle. Le

fonctionnement psychosocial du patient psychotiques est alors altéré menant à une pauvreté du fonctionnement ainsi qu'un isolement social. Le parcours scolaire et professionnels des personnes avec des troubles psychotiques sont souvent « *compromis par l'aboulie et les autres manifestations du trouble, même quand les capacités cognitives sont suffisantes pour réussir les tâches à accomplir* » (American Psychiatric Association, 2013). En France, 70 à 80 % des patients souffrant de schizophrénie présentent une invalidation importante et se retrouvent sans emploi (Llorca, 2005). Pour pallier cela, le patient peut être orienté vers une prise en charge en ergothérapie. Celui-ci va travailler à l'autonomie du patient, ses habiletés sociales et ses capacités cognitives au travers d'un accompagnement individuels ou en groupe, lui permettant une meilleure participation dans ses occupations, une meilleure adaptations à son environnement et une gestion des conséquences fonctionnelles de ses troubles (Hernandez, 2016).

5. Troubles psychotiques et pathologies somatiques

Excepté les conséquences fonctionnelles que les patients peuvent rencontrer, les troubles psychiques sont fréquemment associés à des problèmes de santé somatique (Weiss, Haber, Horowitz, Stuart, & Wolfe, 2009). Gain de poids, diabète, syndrome métabolique et maladies cardiovasculaires et pulmonaires sont plus fréquents chez les personnes avec troubles psychotiques que dans la population générale (American Psychiatric Association, 2013). L'espérance de vie d'une personne avec troubles psychotiques est diminuée d'environ 14,5 ans (Hjorthøj, Stürup, McGrath, & Nordentoft, 2017). En France, l'âge moyen des décès des personnes présentant un trouble psychotique est de 69,9 ans et de 59,8 ans pour les patients schizophrènes, contre 76,2 pour les personnes ne présentant pas de trouble mental (Ha, Decool, & Chan Chee, 2017). De plus, ces décès ne sont pas expliqués par la surmortalité par suicide, mais davantage corrélés à un surrisque cardiovasculaire et de cancer sous-estimé par les professionnels de santé (McLean, Mattiske, & Balzan, 2017). Ce surrisque peut être expliqué par des différences dans l'accès au soin et une hygiène de vie négligée mais aussi par les conséquences des traitements antipsychotiques.

La prise d'antipsychotiques de 1^{ère} ou de 2^{ème} génération (souvent indiquée dans le cas de troubles psychotiques) présente de nombreux effets indésirables plus ou moins graves pouvant entraîner des pathologies somatiques. Les principaux troubles somatiques secondaires observés sont les syndromes extrapyramidaux et pseudo parkinsoniens, mais surtout le syndrome métabolique. Il s'agit de l'association d'anomalies physiologiques et biochimiques, souvent asymptomatiques et évolutives, telles que le diabète et prédiabète insulino-dépendant, l'obésité, le taux de cholestérol et l'hypertension (IDF, 2006). Ce syndrome métabolique est un facteur de risque très important de l'athérosclérose et ses complications vasculaires et cardiaques, comme l'AVC (Gamila & Dallongeville, 2003). La littérature cite également comme effets

secondaires des antipsychotiques des troubles sexuels et de la thermorégulation, ainsi que des effets thyroïdiens, oculaires, dermatologiques et hépatologiques (Pissot, 2014).

Au vu de la prévalence des troubles psychotiques dans la population générale et du risque accru de développer une pathologie somatique, l'ergothérapeute peut être fréquemment confronté à cette population et rencontrer ces patients en rééducation-réadaptation physique.

B. REEDUCATION-READAPTATION PHYSIQUE ET COMORBIDITES

Nous allons nous intéresser par la suite à la prise en charge de ces patients dans le système de santé actuel, aux discontinuités de soins qui peuvent en découler avant de nous intéresser au rôle qu'y joue l'ergothérapeute auprès des patients présentant une comorbidité de trouble psychotique. La notion de comorbidité désignera ici la concomitance d'un trouble psychotique chronique stabilisé et d'une pathologie somatique nécessitant une prise en charge en rééducation et réadaptation, telle qu'utilisée dans la littérature (Buck, et al., 2012).

1. Un système de santé cloisonné

Dans un système de santé encore en transition aujourd'hui, l'offre de soins présente un cloisonnement encore trop important entre ville, hôpital et médico-social, les ressources pour la santé sont dispersées et les parcours de soins en ville qui sont encore insuffisamment structurés (ARS, 2018). Ainsi, il existe une séparation très distincte entre les soins de différents domaines et spécialités. Les patients sont pris en charge selon la nature de leur pathologie dans des structures spécifiques. D'après la Haute Autorité de Santé, les nombreux cloisonnements existant dans le système de santé français sont des « *facteurs majeurs de coûts et de non-productivité* ». Il existe une réelle frontière entre le traitement (*cure*), le soin et la santé (*care*) médico-sociale. (Bourret, 2008)

Pour faire évoluer les pratiques, des solutions sont pensées pour modeler notre modèle de soin dans le futur en fonction des besoins de cette population spécifique. Pour répondre à la demande de soin croissante, le gouvernement a lancé, dès 2018, une réforme du système de santé sous la forme d'un projet porté par le Ministère des Solidarités et de la Santé : la Stratégie de Transformation du Système de Santé (STSS). Elle propose une évolution vers un système davantage tourné vers le parcours du patient, la prévention, la coordination de l'ensemble des acteurs (incluant la ville, l'hôpital, le médico-social), dont le but est évidemment une amélioration de la santé des Français (ARS, 2018). Ceci permettrait une meilleure prise en charge des pathologies chroniques, en mettant l'accent sur la personnalisation des soins notamment en ville. La même année, le Programme pluriannuel : Psychiatrie et santé mentale, se propose quant à lui de

« prévenir et réduire les situations de non-recours aux soins et aux accompagnements ainsi que les risques de rupture dans le parcours de soins et de vie » et souhaite un « *décloisonnement structurel et culturel entre les secteurs sanitaire et médico-social* » (HAS, 2013). Il propose également une réflexion autour de l'échange et du partage d'informations entre les professionnels et d'une prise en charge précoce du handicap psychique. Ainsi le futur système de psychiatrie se veut profondément décloisonné, autant dans son organisation que dans ses valeurs. Il s'appuierait sur la coordination et la coopération des différents acteurs de soins gravitants autour du patient. A l'échelle internationale, le Plan d'action pour la santé mentale 2013-2020 de l'OMS a été mis en place. Il met l'accent sur le rôle essentiel de la santé mentale dans la réalisation de l'objectif de la santé pour tous sur toute la durée de la vie. Il souligne également l'importance de la prévention et d'une couverture sanitaire universelle pour pallier l'inaccessibilité aux soins et favoriser leur continuité (OMS, 2013).

Ce mouvement de désinstitutionalisation se développe, répondant à une meilleure connaissance des conséquences des hospitalisations prolongées, qui pourraient participer à la chronicisation des troubles psychiatriques en créant une dépendance du patient au système de soin. L'hospitalisation psychiatrique se doit donc d'être « *aussi longue que nécessaire mais aussi courte que possible* » (Vidon, Combes, & Gross, 2012). Cette désinstitutionalisation est un long processus qui s'appuie sur la mise en place de ressources ambulatoires, d'alternatives à l'hospitalisation et du développement d'une offre médico-sociale. Il s'agit donc de s'orienter vers un modèle bio-psycho-social et non plus biomédical. Cependant, si une réduction drastique du nombre de lits d'hospitalisation a été possible, cette organisation n'a pas su répondre à l'augmentation des flux de demandes vers les réponses extrahospitalières (Glaser, Canceil, & Gozlan, 2016). Sur le terrain, les conséquences de cette désinstitutionalisation lente et complexe peinent encore à être vues.

2. **Discontinuité des soins et comorbidité**

Le Code de la Santé Publique évoque que « la continuité des soins aux malades est assurée quelles que soient les circonstances » (Code de la Santé Publique, 2011). Or, dans le contexte actuel où la prise en charge de chaque trouble est sectorisée, la continuité des soins n'est pas toujours assurée partout de manière optimale, soit par manque d'intérêt des professionnels, soit par manque de dispositifs, soit par manque de collaboration entre les dispositifs, quand ils existent (Laforcade, 2016). Ainsi, « *les équipes pluridisciplinaires qui œuvrent auprès des personnes présentant un handicap moteur, sensoriel, psychique et/ou cognitif, se retrouvent très fréquemment confrontées à des problématiques d'accompagnement complexes* » (Bulain, 2017). Les incapacités physiques d'une personne présentant une comorbidité de trouble psychique ne seraient donc pas prises en compte de la même façon que pour le reste de la population, alors même que le taux de morbidité et de mortalité dus à des pathologies somatiques sont plus élevés chez

ces patients que dans la population générale (Hardy & Thomas, 2012). Le manque d'interactions efficaces entre les dispositifs de soins médicaux et ceux de santé mentale font que la santé physique des patients présentant des troubles psychiques est négligée. (Lecadreur, 2019). Cela serait la conséquence d'une stigmatisation des troubles de la santé mentale et d'un manque de connaissances ou d'habiletés concernant la prise en charge spécifique de ces patients (Hardy & Thomas, 2012). Ces parcours de soins peu favorables, seraient même responsables du taux de mortalité plus élevé chez la population atteinte d'un trouble de santé mentale (McCabe & Leas, 2008). De plus, ces personnes présenteraient souvent des conditions socio-économiques défavorables, menant à une réelle perte de chance et à des soins sous optimaux (Lemogne, 2019). Par exemple, les patients psychotiques présenteraient 2 fois plus de risque d'être diagnostiqués tardivement d'un cancer qu'une personne ne présentant pas de comorbidité de troubles psychotiques (Ishikawa, et al., 2016).

Les personnes présentant une problématique de comorbidité, plus que d'autres clientèles, sont susceptibles de vivre des épisodes de discontinuités dans leurs trajectoires de soins de santé (Rondeau-Boulanger & Drolet, 2016). Le cloisonnement du système de santé serait donc particulièrement désavantageux pour les patients présentant un trouble psychique et ayant besoin d'une prise en charge relative à une problématique somatique (McCabe & Leas, 2008). La prise en charge des patients avec comorbidité est une pratique étudiée et s'il a déjà été pensé des solutions, celles-ci incluent rarement les professionnels de la rééducation. L'ergothérapeute réalise donc la prise en charge de la pathologie somatique mais peu de directives sont mises en place pour gérer l'expression des troubles psychotiques.

3. Rééducation et réadaptation physique

Pour mieux comprendre le contexte de prise en charge de ces patients, intéressons-nous maintenant aux modalités de prise en charge en rééducation et réadaptation physique. Souvent utilisés de pair, les termes rééducation et réadaptation désignent pourtant deux processus de prise en charge différents, généralement réalisés à la suite, voire en même temps dans les mêmes structures de soins et par la même équipe de professionnels de santé. Selon le Larousse, la rééducation est l'action de rééduquer, elle met en œuvre un ensemble de moyens et de soins non chirurgicaux dans le but de rétablir plus ou moins complètement l'usage d'un membre ou d'une fonction. Dans le cadre de la rééducation physique, ces fonctions peuvent être motrices, sensibles et parfois cognitives. En France, le terme rééducation est souvent utilisé pour désigner la spécialité médicale correspondant à la rééducation et la réadaptation (Larousse, s.d.), la Médecine Physique et de Réadaptation. Cette spécialité dont le but est de réduire sur le long terme les conséquences d'une lésion ou d'une maladie, peut concerner une patientèle de tous âges, dont l'origine des déficiences

peut-être entre autres être de nature neurologique, ostéoarticulaire, vésico-sphinctérienne, cardiovasculaires ou respiratoires (ISNI, s.d.).

Toujours selon le Larousse, la réadaptation au sens de soin est l'action de réadapter et correspond à la « *reprise progressive de l'activité après une maladie ou une blessure* ». L'OMS la décrit comme l'ensemble des interventions nécessaires lorsqu'une personne est « *limitée ou risque d'être limitée dans son fonctionnement quotidien à cause de son âge ou d'une pathologie, notamment une maladie ou un trouble chronique, une lésion ou un traumatisme* ». La réadaptation permet à des personnes de tous âges de continuer ou de reprendre leurs occupations, de faire des études et d'avoir un emploi lucratif, de se sentir utiles et de profiter d'un état de bien-être en étant indépendants chez soi, et de réduire au maximum le besoin d'aides techniques, financières ou humaines (OMS, 2019). Ainsi la réadaptation, complémentaire à la rééducation, associe une réelle dimension sociale à sa pratique.

4. Ergothérapie en rééducation-réadaptation et trouble psychotique

L'ergothérapeute a pour rôle la réalisation de soins et d'activités à visée de rééducation et de réadaptation (Ministère de la Santé et des Sports, 2010). Il s'insère dans ce système de santé cloisonné, or l'essence même de la profession gravite autour des notions de globalité et d'holisme. En effet, pour l'ergothérapeute, l'être humain doit être appréhendé de façon globale, c'est à-dire que « *toutes les dimensions de la personne [...] doivent être considérées indissociablement* » (Rondeau-Boulanger & Drolet, 2016). Pour les personnes avec comorbidité, les difficultés engendrées par les troubles psychotiques ne sont pas la problématique centrale de la prise en charge. Mais la psychose est une pathologie aux expressions multiples, qui impacte grandement les capacités et le comportement du patient et sa relation avec l'ergothérapeute, donc la prise en charge en général. Dans la littérature, les ergothérapeutes ont pu constater les nombreux besoins de ces personnes et leurs difficultés, mais également décrire des échecs cliniques fréquents auprès de cette population et un temps de prise en charge supérieurs (Rondeau-Boulanger & Drolet, 2016).

Dans ce contexte de rééducation et réadaptation, l'ergothérapeute doit ainsi savoir mettre en place une relation de confiance avec le patient ayant des troubles psychotiques. Il ne doit plus seulement rééduquer une fonction perdue, préconiser une aide technique ou aménager un environnement inadapté, il a également un rôle d'accueil, d'écoute et de reconnaissance des troubles psychiques voire de la souffrance, reprenant son rôle de thérapeute du corps et de la psyché. L'adaptation du cadre et du positionnement est donc un prérequis pour une prise en charge qualitative patient avec une comorbidité somatique et psychique.

Mais les missions de l'ergothérapeute sur la participation ne s'arrêtent pas là : en effet, selon Townsend & Polatajko (2008) et Wilcock (2006), il se doit également de promouvoir l'engagement en favorisant l'occupation de la personne subissant une restriction occupationnelle par son état de santé ou son environnement (Meyer, 2013). Ainsi il est nécessaire de rechercher cet engagement thérapeutique dans l'objectif que ces patients aux profils complexes investissent leur prise en charge sur le long terme.

C. L'ENGAGEMENT THERAPEUTIQUE

Avant de se questionner sur les moyens permettant aux ergothérapeutes d'engager les patients présentant une comorbidité de troubles psychotiques en rééducation-réadaptation physique, il paraît judicieux de tenter de mieux comprendre la notion complexe d'engagement thérapeutique. Pour cela, nous présenterons d'abord le modèle conceptuel qui nous a permis d'orienter notre recherche ainsi que les notions clés du sujet, avant de décrire les différents facteurs de motivation dans la thérapie et la notion d'engagement thérapeutique dans le champs de l'ergothérapie.

1. Le Modèle de l'Occupation Humaine

Nous nous appuyerons pour cet écrit sur un modèle conceptuel général ergothérapique adaptable à toute population (Morel-Bracq, 2017), notamment car notre écrit étudie une population spécifique qui n'appartient à aucun secteur de soin spécifique. Ainsi, le modèle choisi pour traiter ce sujet sera le Modèle de l'Occupation Humaine de Kielhofner (ou MOH) présenté sur la figure ci-contre.

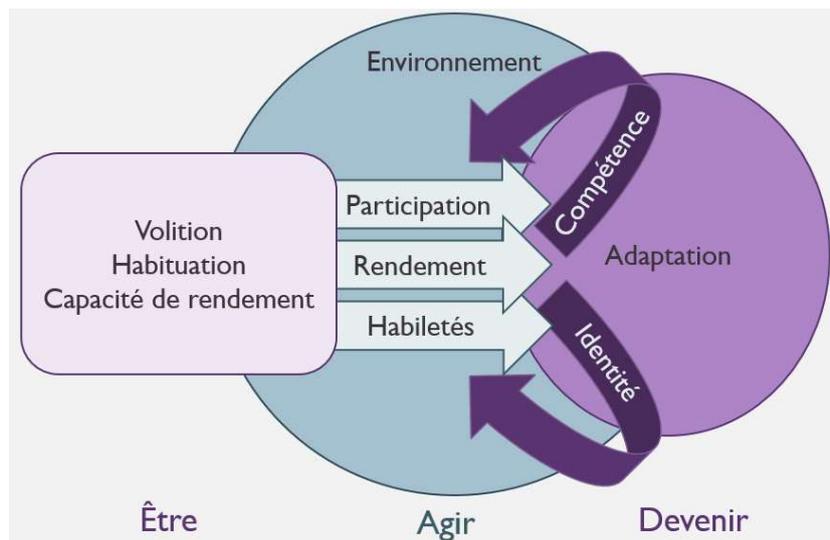


Figure 1: Schéma du Modèle de l'Occupation Humaine de Kielhofner

Nous nous baserons ici sur la définition présente dans le recueil des modèles conceptuels en ergothérapie par Marie-Chantal Morel-Bracq. Le modèle sera ici décrit selon 3 dimensions : l'Être, l'Agir et le Devenir. L'Être regroupe les composantes de la personne, qui vont soutenir la manière d'Agir. Le Devenir, est la résultante de l'Être et de l'Agir et désigne le niveau avec lequel la personne arrive à s'adapter dans la réalisation de ses occupations. Ces dimensions sont en constant interactions avec l'Environnement de manière dynamique, évoluant au fur et à mesure des expériences de la personne (Morel-Bracq, 2017).

* L'Être

La dimension de l'Être se compose de la notion de volition que nous décrirons plus tard et du concept d'habituation qui désigne l'organisation et à l'intériorisation de comportements semi-automatiques que la personne dans un environnement familier, elle comprend les habitudes et les rôles. La notion de capacité de rendement ou capacité de performance correspond à l'aptitude qu'a la personne à agir grâce à ses composantes objectives sous-jacentes, donc ses fonctions physiques et mentales, et à l'expérience subjective que la personne a de son corps.

* L'Agir

Dans l'Agir, nous pouvons décrire trois niveaux d'actions. Le premier niveau est la participation occupationnelle, c'est le fait d'agir au sens large, il y a un engagement de la personne dans ses occupations au sein de contextes socioculturels spécifiques. Le deuxième niveau est le fait de réaliser des activités variées pour participer à une occupation, c'est la performance occupationnelle ou rendement occupationnel. Cela correspond à la réalisation des tâches qui soutiennent la participation. Enfin, la personne effectue différentes actions observables, dirigées vers des objectifs, ce sont les habiletés, les actions observables.

* Le Devenir

La personne accumule ainsi des expériences vécues lors de la réalisations de ses occupations, ce qui façonne son identité et ses compétences occupationnelles, qui vont lui permettre de s'adapter à de nouvelles occupations dans le futur. L'identité occupationnelle est un amalgame subjectif de ce que la personne est et de ce qu'elle souhaite devenir, c'est vers cela que l'ergothérapeute tend à l'accompagner.

* L'Environnement

La personne évolue dans un contexte environnemental donné constamment en interaction avec les trois composantes de la personne. Il peut fournir les ressources nécessaires à la personne pour réaliser ses occupations mais également des contraintes, qui peuvent influencer sur sa participation. On peut décrire un environnement physique (matériel) et social (humain et socioculturel).

Suivant ce modèle, l'approche centrée sur la personne ou holisme est un concept qui ne distingue pas le corps de l'esprit, « cette dichotomie s'avère réductrice, voire obsolète » (Kielhofner, 2009) Ce choix de modèle semble ainsi pertinent dans le traitement de notre sujet. En effet, il met l'accent sur la dimension de « l'Être », il est donc centré sur la personne et ses différentes dimensions physiques comme psychiques. De plus, il aborde l'importante notion de volition, très en lien avec l'engagement et qui rejoint le cœur de notre sujet, et son but serait « *d'expliquer les relations complexes et dynamiques de l'engagement humain* » (Morel-Bracq, 2017). Aussi, ce modèle est l'un des plus étudié et présente une véritable « boîte à outils » en complément.

2. Concepts clés

Pour décrire l'engagement thérapeutique en suivant le modèle du MOH, nous allons également définir les notions importantes qui gravitent autour du concept d'engagement.

* Volition

La volition correspond à la motivation d'une personne à agir sur l'environnement (Morel-Bracq, 2017). Elle comprend les valeurs (ce que la personne considère important et significatif au sens social et personnel), les centres d'intérêt (ce que la personne trouve agréable et satisfaisant à réaliser, ce qui rend une activité plus attirante qu'une autre), la causalité personnelle ou déterminants personnels (ce que la personne pense et connaît au sujet de son efficacité et de ses capacités à réaliser une activité, sentiments d'efficacité et de capacité personnelles).

Pour Kielhofner, la volition est le processus qui va permettre à la personne de s'engager dans une activité. Le processus volitionnel peut être défini selon les étapes suivantes : la personne expérimente des activités, ensuite, elle interprète les expériences réalisées, ce qui lui permet d'anticiper et de faire des choix, qui stimuleront à nouveau son expérience.

* Motivation

C'est un terme générique principalement décrit dans le domaine du management et du travail, mais tout à fait applicable dans un contexte de la thérapie et du soin. La motivation désigne l'ensemble des forces qui agissent sur une personne et qui la pousse à se conduire d'une manière spécifique, orientée vers un objectif (Ryan & Deci, 2000). Dans le domaine du soins, les motivations du patients sont des leviers importants de son engagement thérapeutique.

* Engagement

Selon le Larousse, il s'agit d'un « *acte par lequel on s'engage à accomplir quelque chose ; promesse, convention ou contrat par lesquels on se lie* ». Dans le contexte des soins, s'engager c'est s'impliquer activement dans une situation, prendre des responsabilités, anticiper et ouvrir un avenir à l'action, et, surtout, se lier à soi-même dans le futur par rapport à ses propres actes (Bottai, Benoit, Bourcet, Dassa, & Raymondet, 2010). C'est alors ce qui permet au patient de se placer comme acteur de sa prise en charge, c'est « *reprendre à son propre compte une situation, a priori indépendante de soi, et de s'en considérer comme responsable* » (Bottai, Benoit, Bourcet, Dassa, & Raymondet, 2010)

Ici nous traiterons de l'engagement du patient dans sa prise en charge en ergothérapie, que l'on nommera engagement thérapeutique qui est à distinguer de l'engagement dans l'activité défini comme le « *sentiment de participer, de choisir, de trouver un sens positif et de s'impliquer tout au long de la réalisation d'une activité ou d'une occupation* » (Meyer, 2013). L'engagement thérapeutique sera composé de deux dimensions indissociables : l'observance et l'adhésion (Bottai, Benoit, Bourcet, Dassa, & Raymondet, 2010).

* Observance

L'observance thérapeutique se définit comme l'acte de suivre le traitement prescrit (Lamouroux, Magnan, & Vervloet, 2005). De manière générale, elle désigne un ensemble de comportements incluant la simple prise d'un traitement médicamenteux, ainsi que les comportements sains adoptés par les patients, tels que se présenter à un rendez-vous avec l'ergothérapeute. L'observance est un phénomène dynamique et mesurable dans la durée.

* Adhésion

Il s'agit de l'ensemble des processus intrinsèques tels que les attitudes et la motivation des patients à suivre leurs traitements. L'adhésion thérapeutique trouve sa signification dans un rapport plus social, plus proche de la réalité psychologique, qui considère que le patient doit être partie prenante de son traitement (Lamouroux, Magnan, & Vervloet, 2005). Il s'agit de la relation qu'entretient le patient avec son traitement.

3. Facteurs de motivation

Selon la théorie de la motivation de Maslow, les motivations d'une personne résultent de l'insatisfaction de certains de ses besoins (Louart, 2002). Cette théorie est à l'origine de nombreuses études autour des facteurs pouvant faire évoluer la motivation d'une personne, notamment dans le milieu médical. On peut ainsi décrire deux principaux types de motivations, les motivations intrinsèques et extrinsèques ceux-ci pouvant-être associés (Gagné & Deci, 2005).

* La motivation intrinsèque

La personne va agir uniquement par l'intérêt et le plaisir qu'elle trouve à l'action, sans attente de récompense externe. Cela peut concerner les envies de la personne, ses intérêts, sa spiritualité, son sens de la responsabilité, la possibilité d'un sentiment de reconnaissance et d'accomplissement ou ses projets personnels.

* La motivation extrinsèque

L'action est provoquée par une circonstance extérieure à la personne. Cela correspond aux demandes de son environnement. Il peut s'agir d'une punition ou d'une récompense, des conséquences d'une pression sociale ou du besoin d'obtenir l'approbation d'une tierce personne. La qualité ou la sécurité de l'environnement peuvent également influencer sur les motivations extrinsèques de la personne.

* L'amotivation

En l'absence de motivations, un troisième état : l'amotivation. La personne a le sentiment d'être soumise à des facteurs hors de tout contrôle. Elle se distingue de la motivation extrinsèque par « l'absence de motivation liée au sentiment de ne plus être capable de prévoir les conséquences de ses actions » (Gagné & Deci, 2005). Un état d'amotivation prolongé dans les soins peut alors mener le patient à se désengager de sa thérapie.

4. L'engagement thérapeutique en ergothérapie

L'un des principaux facteurs d'engagement du patient dans sa prise en soin est la motivation. Il est essentiel pour le thérapeute de mettre en place des principes de prise en charge pour permettre de faire naître ou d'accentuer ces motivations dans la thérapie. « *Pour qu'une personne s'engage dans une thérapie de façon active, il lui faudra une motivation* » (Launois, s.d.)

Ces principes peuvent être : Se sentir valorisé le patient dans ses compétences personnelles en multipliant les expériences de réussites à des temporalités proches, en accordant de la valeur à l'activité réalisée et en prenant en compte sa difficulté, redonner progressivement sa capacité de contrôle au patient et favoriser l'autonomie en appuyant son pouvoir de décision, prendre en compte la singularité du patient et personnaliser l'activité ou créer du lien entre évaluation/activité créative et vie quotidienne pour repréciser le contexte de projet du patient (Martin, Franck, & N, 2013). Il s'agirait ici de se baser sur la personnalité, les goûts et l'histoire de vie du patient et de faire du lien avec ses anciens loisirs. Pour donner du sens à l'activité réalisée, il serait aussi intéressant de prendre le temps d'expliquer les liens entre les activités réalisées et ses attentes, « *il faut pouvoir créer une alliance thérapeutique* » (Launois, s.d.).

Il n'existe pas aujourd'hui d'outil de mesure exhaustif de l'engagement du patient dans sa prise en charge en ergothérapie. Cependant des échelles de mesure existent pour d'autres types de prises en charge et peuvent être adaptées à une prise en charge en ergothérapie. Nous pouvons par exemple citer l'EMCT (Boisvert, 2006) destiné à l'évaluation de l'engagement du patient dans sa psychothérapie. Mais également des outils ergothérapiques pouvant donner des indices sur l'engagement thérapeutiques du patient, comme le MOHOST outil d'observation en lien avec le MOH, la MCRO (Mesure Canadienne de Rendement Occupationnelle) qui évalue la satisfaction des personnes dans leurs occupations et permet la verbalisation d'objectifs personnels par le patient.

III. Cadre expérimental

A. METHODOLOGIE DE L'ENQUETE

1. Objectifs

Dans le but de vérifier mon hypothèse, j'ai réalisé une enquête dont les objectifs sont les suivants :

- * **Objectif 1** : Décrire la perception des ergothérapeutes lors de la prise en charge de patients avec troubles psychotiques en rééducation-réadaptation physique.

| Sous-objectifs | Exemples de critères d'évaluation |
|---|---|
| - Identifier les spécificités de prise en charge perçues par l'ergothérapeute | - Conséquences relationnelles, cognitives, motivationnelles, thymiques... |
| - Décrire les ressentis des ergothérapeutes face à ces prises en charge | - Vocabulaire des émotions décrites par les ergothérapeutes |

- * **Objectif 2** : Identifier l'adaptation des pratiques de l'ergothérapeute et du cadre thérapeutique dans la prise en charge des patients psychotiques en rééducation-réadaptation physique.

| Sous-objectifs | Exemples de critères d'évaluation |
|---|---|
| - Identifier les outils spécifiques utilisés par les ergothérapeutes | - Co-construction d'objectifs, outils d'évaluation ou d'entretien, etc. |
| - Identifier les ressources employées par les ergothérapeutes | - Acteurs sollicités, lectures supplémentaire, modèle conceptuel spécifique, etc. |
| - Identifier les adaptation du cadre thérapeutique effectués par l'ergothérapeute | - Adaptation du cadre spatial, temporel et relationnel. |

- * **Objectif 3** : Etudier l'impact de ces adaptations sur l'engagement des patients dans la thérapie du point de vue du thérapeute.

| Sous-objectifs | Exemples de critères d'évaluation |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> - Décrire l'évolution dans l'adhésion aux soins et l'observance des patients en ergothérapie. - Montrer l'importance et intérêt d'une approche centrée sur la personne. | <ul style="list-style-type: none"> - Présence au séances, comportement, intérêt verbalisé, motivation, etc. - Conséquence de la construction des objectifs avec le patients, adaptation à ses singularités, choix d'activités significatives, etc. |

- * **Objectif 4** : Décrire les limites potentielles à la mise en place d'adaptations identifiés par les ergothérapeutes.

| Sous-objectifs | Exemples de critères d'évaluation |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> - Mettre en évidence les obstacles et freins rencontrés par les ergothérapeutes | <ul style="list-style-type: none"> - Limites liées à la structure, à l'institution, au temps, etc. |

2. Choix de l'outil

Dans le cadre de ce mémoire, l'enquête par entretien est l'outil d'investigation principal. Il s'agit d'un « speech event » (un événement de parole) dans lequel l'interviewer cherche à récolter des données objectives et subjectives connues de la personne interrogée, en lien avec le thème de l'enquête (Blanchet & Gotman, 2015). Cet outil permet d'étudier une population restreinte, il est donc pertinent dans le cadre de ce sujet qui concerne une population relativement réduite (Blanchet & Gotman, 2015). L'entretien est de type semi-directif et individuel, son but est de « saisir le sens d'un phénomène complexe tel qu'il est perçu par les participants et le chercheur dans une dynamique de co-construction du sens » (Imbert, 2010). Les questions sont de type ouvert, ce qui permet des retours d'expériences de l'interviewé, notamment dans le cadre de ce sujet, des données sur ses pratiques, le sens que la personne donne à ses pratiques et sa « vision du monde ». L'interviewé peut donc s'exprimer ouvertement de manière sincère et exhaustif, et cela permet

à l'interviewer de pouvoir ajouter des questions au cours de l'entretien pour avoir des précisions (Imbert, 2010). L'outil paraît alors pertinent pour traiter des notions complexes d'engagement et d'adaptations, dont les définitions peuvent prendre plus d'un sens.

3. Population et échantillon

L'enquête principale qui a été réalisée interroge 5 ergothérapeutes constituant un échantillon non représentatif mais caractéristique de la population (Van Campenhoudt & Quivy, 2011). Le cadre théorique ciblant la santé publique et le système de santé français, seuls des ergothérapeutes exerçant en France ont été interrogés.

* Critère d'inclusion

- ✓ La personne interrogée possède un Diplôme d'Etat d'ergothérapeute (ou équivalent).
- ✓ La personne interrogée exerce dans une structure/service de rééducation-réadaptation physique ou effectue des interventions dans un but de rééducation et/ou réadaptation physique.
- ✓ La personne interrogée prend en charge ou a pris en charge au moins 1 patient adulte présentant une comorbidité de trouble psychotique diagnostiqué.

* Critère d'exclusion

- ✗ Le patient a été pris en charge sans diagnostic défini de trouble psychotique.
- ✗ Le patient a été pris en charge par l'ergothérapeute dans une structure de soins psychiatriques.
- ✗ Le patient pris en charge est mineur (nous considérons que les adaptations ne sont pas les mêmes avec une population non adulte).

* Mode d'accès

L'enquête fût débutée dans le courant du mois de mars. Les demandes d'entretien ont d'abord été partagées via les réseaux sociaux, avec 2 relances sur 4 pages ou groupes d'ergothérapie, et sans relance sur un réseau professionnel et 2 groupes d'anciens étudiants de mon IFE. À la suite de cela, 5 ergothérapeutes m'ont contactée pour répondre à mes questions, seules 4 d'entre elles ont été incluses dans mon échantillon, la 5^{ème} ne donnant plus de nouvelles à la suite de notre prise de contact.

J'ai également récolté les contacts de 37 ergothérapeutes qui avaient laissé leurs coordonnées lors de ma pré-enquête, que j'ai pu rencontrer au cours de mes précédents stages ou par le biais du « bouche à oreille ». Ces ergothérapeutes ont été contacté par mail et 2 d'entre elles ont répondu positivement. Seule 1 répondait à mes critères d'inclusion (patient avec un diagnostic de trouble de l'humeur et non psychotique).

Le schéma ci-dessus synthétise les différentes étapes de construction de l'échantillon d'enquête.

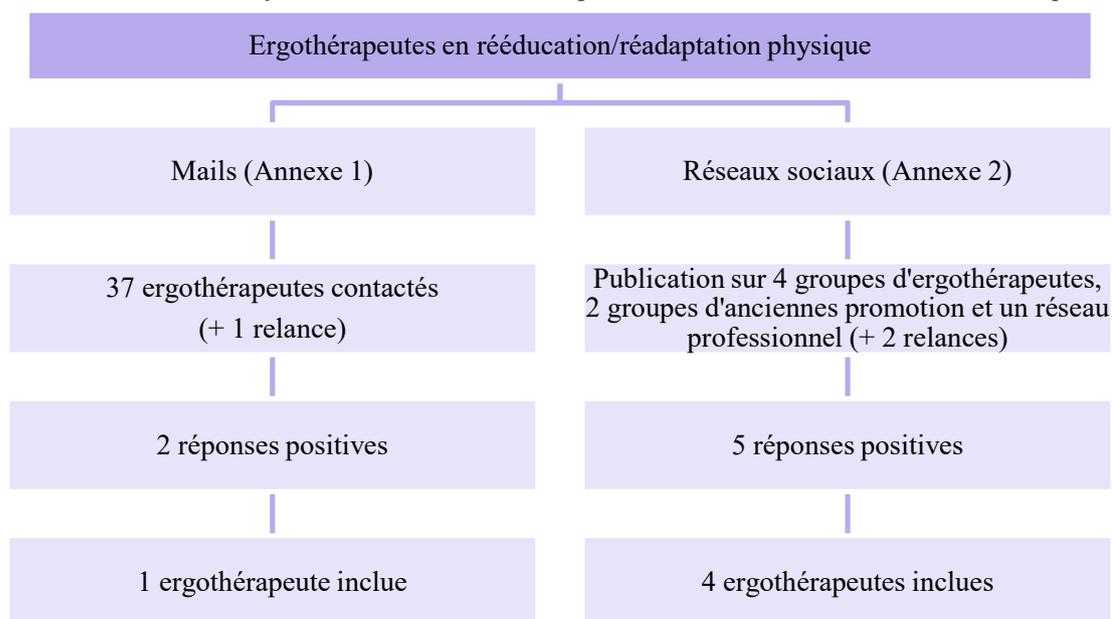


Figure 2 : Diagramme décrivant les étapes de création de l'échantillon d'enquête

4. Grille d'entretien

Pour mener à bien les entretiens, j'ai réalisé une grille d'entretien (Voir Annexe 3) composée d'une série de 17 questions répondant aux objectifs cités précédemment. Tout d'abord, 4 questions générales permettent de récolter des informations de base sur la formation et l'expérience des ergothérapeutes. Les questions abordent ensuite les thèmes suivants : « Prise en charge ergothérapique en rééducation-réadaptation physique », « Rééducation-réadaptation physique et patients avec troubles psychotiques » et « L'engagement thérapeutique du patient ». Dans cette dernière partie, une définition de l'engagement est donnée pour faciliter la compréhension des dernières questions.

Pour clôturer les entretiens, une question libre permet aux ergothérapeutes de s'exprimer concernant le thème de l'entretien et de potentiellement compléter leurs réponses précédentes. La grille d'entretien a été testée sur des ergothérapeutes et étudiants en ergothérapie concernés par le sujet de l'enquête, avant d'être mis en application auprès des 5 ergothérapeutes de notre échantillon.

5. **Protocole de passation**

Les entretiens sont enregistrés afin de faciliter leur retranscription et analyse. Le consentement du participant est demandé au début de l'entretien et la présentation des résultats se fait de manière anonyme. Au vu de la situation sanitaire actuelle et dans un but de respect des gestes barrières, les entretiens seront réalisés au téléphone. Un rendez-vous sera fixé au préalable avec l'ergothérapeute interrogé. Les entretiens débuteront par une présentation du sujet et de l'interviewer, qui définira les notions clés et demandera le consentement du participant. Les questions seront alors posées dans l'ordre, la personne interrogée aura la possibilité de réagir aux réponses en demandant des précisions sur les thèmes abordés.

B. PRESENTATION ET ANALYSE DES RESULTATS

Afin de présenter les résultats et les analyser de manière claire et synthétique, nous allons dans un premier temps présenter les 5 ergothérapeutes interrogées. Je présenterais ensuite les réponses des ergothérapeutes en suivant les thèmes de ma grille d'entretien : Prise en charge ergothérapique en rééducation-réadaptation physique, Rééducation-réadaptation physique et patients avec troubles psychotiques et Engagement thérapeutique du patient.

1. Généralités

Dans le cadre de notre enquête, les 5 ergothérapeutes ayant accepté de prendre part à des entretiens seront nommées E1, E2, E3, E4 et E5 afin de préserver leur anonymat. Le tableau ci-dessous les présente en se basant sur leurs réponses aux 4 questions générales de notre grille d'entretien.

| | E1 | E2 | E3 | E4 | E5 |
|-------------------------------|---|--------------------------------------|---|-------------|--------------------------------------|
| Année d'obtention du D.E. | 2011 | 2018 | 2011 | 2016 | 2017 |
| Formation(s) post D.E. | Alzheimer, AVC, Pneumologie, lombalgies et aide aux aidants | Master en neurosciences du mouvement | Position au fauteuil, ETP, MCRO, COOP | Aucune | Humanitude |
| Expérience en psychiatrie | Un stage | Un stage | Un stage | Deux stages | Un stage + un remplacement de 3 mois |
| Structure d'exercice actuelle | Centre de rééducation neurologique | SSR neurologie | Centre de rééducation pour blessés médullaire | SSR | Mi-temps sur 2 EHPADs |
| Expérience sur ce poste | 5 ans | 10 mois | 9 ans | 4 ans | 2 ans et demi |

Tableau 1 : Réponses aux questions générales de l'entretien

Les 5 ergothérapeutes interrogées ont des profils très différents. Parmi elles, 2 sont diplômées depuis plus de 9 ans, il peut être pertinent de penser que le fait d'avoir exercé plus longtemps induit d'avoir potentiellement fait plus de rencontres avec patients ayant une comorbidité de troubles psychotiques. Aucune d'elles n'a suivi de formation complémentaire spécifique à la prise en charge de patients avec des troubles psychiques, pouvant permettre d'apporter des ressources et outils de prise en charge. Mis à part des expériences de stage lors de leur formation initiale, seule E5 a eu une courte expérience professionnelle en psychiatrie pouvant également enrichir ses prises en charge d'outils et ressources. E5 est également la seule ergothérapeute à exercer en EHPAD, où elle met en place des séances de rééducation et réadaptation auprès des résidents.

2. Prise en charge ergothérapique en rééducation-réadaptation physique

Bien que cette enquête s'intéresse aux cas spécifiques de patients avec des troubles psychotiques, il m'a semblé important de connaître d'abord le contexte habituel de prise en charge des ergothérapeutes. Il est demandé aux ergothérapeutes de décrire le fonctionnement de leur structure d'exercice, leur rôle auprès des patients, leur approche de la profession, leurs habitudes pour la mise en place des objectifs et activités.

| Questions | Réponses |
|--|---|
| <p>Pouvez-vous décrire le fonctionnement de la structure dans laquelle vous exercez ?</p> | <p>E1 : « [...] mon intervention se situe principalement au niveau de la neurologie adulte. On a un grand plateau technique avec des kiné, ortho, psychomot, APA, psychologue, assistante sociale, diététicienne. Il y a également une équipe de soin et une équipe médicale avec deux médecins MPR »</p> <p>E2 : « On travaille avec des patients qui ont des pathologies neurologiques [...] on travaille avec un kiné, des psychologues et les APA avec le médecin qui coordonne tout ça. »</p> <p>E3 : « On est spécialisé dans la prise en charge de patients blessés médullaires. [...] on a une équipe pluridisciplinaire avec un médecin MPR, infirmière, aide-soignante, kiné, ergo, prof APA, psychologues, orthophoniste diététicienne. On a plus de psychiatre à notre grand désespoir. »</p> <p>E4 : « C'est un SSR qui accueille de la neurologie, traumatologie, suites opératoires et oncologie. Il y a une équipe pluridisciplinaire d'ergothérapeutes, kinésithérapeutes, orthophonistes, neuropsychologues, psychologues, et plusieurs médecins MPR. [...] en ergothérapie nous disposons d'une salle de rééducation et d'une cuisine. »</p> <p>E5 : « Je travaille à mi-temps sur deux sites [...] L'équipe est composée d'une ergo, d'une psychomot, d'une psychologue, d'une équipe d'animation, d'aides-soignantes et d'IDE, il y a aussi un cadre de santé. [...] je travaille sur une structure rattachée au CMP de la ville, [...] pour la deuxième nous sommes rattachés à un hôpital [...] nous n'avons plus de psychiatre rattaché à notre établissement. »</p> |

| | |
|--|---|
| <p>Comment décririez-vous votre rôle au sein de la structure/du service ?</p> | <p>E1 : « Il va avoir un rôle de conseil, de prévention [...] on a notre rôle dans l'aspect rééducatif et dans l'aspect de la réadaptation voire de la réinsertion »</p> <p>E2 : « [...] on s'attarde beaucoup sur le moteur [...] Ensuite on va évaluer l'autonomie. On peut également être amené à faire des mises en situation. » « On peut sortir de la clinique [...] voir si le retour à domicile est possible. Après on peut faire plus de la réadaptation en fonction des occupations du patient. »</p> <p>E3 : « On a toute la phase de rééducation sur la reprise des capacités motrices quand c'est possible après on a toute la sphère de la réadaptation avec le retour à domicile [...] on a tout ce qui est attrait à la reprise pro [...] et tout ce qui concerne la reprise de la conduite automobile »</p> <p>E4 : « L'objectif général étant que le patient puisse rentrer au domicile, et qu'il gagne en indépendance. Nous travaillons d'abord sur un versant rééducatif, puis réadaptatif. »</p> <p>E5 : « [...] tout ce qui est lié à l'installation au fauteuil. On réévalue l'environnement du résident. [...] un atelier repas thérapeutique ou cuisine thérapeutique [...] un atelier photo langage un groupe équilibre qui permet de rééduquer la fonction motrice [...] également des séances individuelles de rééducation. »</p> |
| <p>Utilisez-vous un ou des modèle(s) conceptuel(s) ? Sinon que pouvez-vous dire de votre approche de l'ergothérapie ?</p> | <p>E1 : « Je dirais que l'on s'approche quand même du modèle biopsychosocial. Pour ma part j'utilise beaucoup la CIF, que j'arrive à mettre en application relativement facilement dans mon travail. »</p> <p>E2 : « Je suis plus sur le PPH, après je sais que j'avais fait mon mémoire sur le MOH il me semble parce que c'était un modèle qui me plaisait bien et qui était vraiment centrée sur les occupations des patients du coup je dirais bien parfois m'y référer. »</p> <p>E3 : « Je ne suis jamais à l'aise avec cette question, parce que je me dis que jamais j'utilise en pleine pratique un modèle, je dirais de façon générale que j'utilise plus le PPH ou la MCREO, pour un même patient je peux utiliser plusieurs modèle en fonction de la situation. »</p> <p>E4 : « Je n'utilise pas vraiment de modèle. Dans ma pratique, je fais la distinction entre mes objectifs, les objectifs du médecin, et les objectifs du patient, qui priment. », « Je prends en compte l'environnement et l'entourage du patient, car ils ont un rôle capital dans le retour au domicile. »</p> <p>E5 : « Alors je n'utilise pas de modèles conceptuels, si je devais en utiliser un j'utiliserais le PPH [...] on va exercer en fonction de la personne de son vécu de ce qu'elle a envie de faire et en fonction de ses capacités. »</p> |

Tableau 2 : Réponses aux questions de la partie « Prise en charge ergothérapeutique en rééducation-réadaptation physique »

Dans leurs pratiques respectives, les ergothérapeutes interrogées sont amenées à rencontrer des populations aux profils différents. E5 se distingue par sa pratique de la rééducation-réadaptation en lieu de vie. Aucune ne travaille directement avec un psychiatre ou service de psychiatrie présent dans la structure ou le service. E3 précise que le psychiatre présent à mi-temps dans sa structure est parti à la retraite il y a un an, elle semble dire qu'il était un professionnel ressource important. Elles situent toutes les 5 leur exercice au niveau de la rééducation et de la réadaptation du patient, E1 et E3 décrivent également l'aspect de

réinsertion de leur profession. Globalement leur pratique gravite autour des troubles moteurs ou cognitifs de leurs patients. Aucune n'applique de modèle conceptuel en particulier mais elles peuvent s'y référer et font des liens avec leur approches. E2, E3, E5 citent le PPH et E1 la CIF, tous deux des modèles pluridisciplinaires du handicap. Si E4 ne cite pas de modèle, elle semble avoir une approche prenant en compte l'environnement et la situation de handicap. E2 et E3 peuvent également se référer respectivement au MOH et à la MCREO, des modèles davantage spécifiques à l'ergothérapie, et centrés sur l'occupation.

Pour compléter cette partie sur leurs prises en charge habituelles en rééducation-réadaptation physique, je les interroge ensuite sur leurs manières de mettre en place les objectifs ergothérapeutiques, les outils qu'elles peuvent être amenées à utiliser et les activités qu'elles vont ensuite proposer.

| Questions | Réponses |
|--|--|
| <p>Comment se déroule habituellement la mise en place des objectifs ergothérapeutiques ? Utilisez-vous un outil pour vous aider à identifier les objectifs de prise en charge ?</p> | <p>E1 : « Je pars toujours de mon bilan, c'est une trame commune de bilan "maison" établie dans le centre en s'appuyant sur le modèle de la CIF. Je fais mon premier entretien avec le patient où j'essaie d'avoir une idée des objectifs du patient, ce qu'il attend de nous. Puis je fais les bilans, qu'ils soient quantitatifs ou qualitatifs, en fonction de la pathologie. Ensuite, je reprends les objectifs en me basant sur la volonté du patient lors d'entretien final. [...]. Les objectifs sont évidemment réévalués. »</p> <p>E2 : « Généralement on fait plutôt une évaluation globale et si on s'aperçoit qu'il y a quelque chose qui cloche on va creuser un peu plus. [...] une fois qu'on a terminé l'évaluation je récupère les normes pour chaque bilan et je montre au patient dans quelles normes il devrait être et là où il se situe actuellement, du coup après ça une fois qu'on a terminé de faire la synthèse je lui dis qu'on va s'accrocher par exemple sur le renforcement de l'endurance du MS, récupérer les amplitudes articulaires... »</p> <p>E3 : « J'essaie dès le départ de leur dire les grands thèmes qu'on va travailler ensemble pour que quand le patient se sent prêt qu'il sache vers quel professionnel ressource se tourner et je leur demande s'ils ont des objectifs plus personnels [...] j'utilise la MCRO pour aider les patients à verbaliser des objectifs qui seraient importants pour eux. [...] Après on évalue aussi ça de façon informelle, dans les entretiens, les discussions qu'on a avec le patient au quotidien. »</p> <p>E4 : « [...] je fais un recueil de données, je demande au patient quels sont ses attentes. Puis je fais des évaluations [...] En fonction de ses évaluation et du récit du patient, je lui indique quels sont les objectifs que nous essayerons d'atteindre en ergo, je demande au patient si cela lui convient. [...] en fonction de l'évolution du patient, on peut réajuster les objectifs. [...] nous fixons des objectifs très concrets, en lien avec les activités de la vie quotidienne du patient. »</p> <p>E5 : « J'ai un outil que j'ai fabriqué. [...] j'essaie d'aller voir chaque résident à leur entrée pour faire un recueil d'informations. En fonction de ça j'essaie d'établir un diagnostic ergothérapeutique pour pouvoir fixer des objectifs [...] Je fixe toujours des objectifs d'une séance à l'autre. »</p> |

| | |
|---|--|
| <p>Quel type d'activités proposez-vous à votre patient ? Comment se déroule habituellement la mise en place d'une activité ?</p> | <p>E1 : « C'est franchement dépendant du patient [...] Je vais surtout me baser déjà sur les habitudes de vie antérieures, sur les loisirs. [...] je demande toujours clairement au patient s'il veut faire l'activité, s'il est motivé à la faire et s'il y trouve un intérêt, [...] avec des personnes qui ont des troubles cognitives, c'est beaucoup plus compliqué et la démarche est différente, il peut nous arriver de ne pas aller dans le sens du patient »</p> <p>E2 : « Au début je dirais que c'est nous qui choisissons et puis on voit si les patients adhèrent, [...] mais si on voit que ça ne leur plaît pas on va changer d'exercice. Ce n'est absolument pas significatif ou écologique, pour moi c'est très très analytique. [...] si on le fait on sait très bien que c'est parce que derrière ce sera bénéfique pour lui. »</p> <p>E3 : « Pour ce qui est de la rééducation, récupération motrice, quand c'est possible en fonction du niveau lésionnel on sera sur de l'analytique pour récupérer le muscle, mais rapidement on va transposer dans une activité de vie quotidienne »</p> <p>E4 : « Généralement au début de la prise en charge, c'est moi qui choisis l'activité. En fonction du patient et de sa pathologie, nous commençons par des activités analytiques, puis petit à petit fonctionnelles. A ce moment-là, avec le patient, nous choisissons une activité signifiante. [...] Parfois c'est le médecin qui décide de l'activité. [...] Si un patient n'adhère pas à une activité je n'insiste pas, afin de ne pas le démotiver. »</p> <p>E5 : « Parce qu'on n'est pas un centre de rééducation, on va aller chercher quelque chose d'un peu plus ludique [...] on mêle un petit peu le groupe de parole et d'échange pour pouvoir tisser des liens avec les résidents. [...] on ne contraints personne à participer aux groupe, l'activité doit avoir un sens [...] c'est souvent à la demande des résidents. »</p> |
|---|--|

Tableau 3 : Suite des réponses aux questions de la partie « Prise en charge ergothérapique en rééducation-réadaptation physique »

Concernant la mise en place des objectifs ergothérapiques, E2, E4 et E5 mettent en place des objectifs qui sont ensuite validés ou non par le patient. Quant à E1 et E3, elles expliquent les coconstruire en collaboration avec les patients. Toutes utilisent l'entretien et le recueil de données pour mettre en place les objectifs de prise en charge en ergothérapie. E3 utilise également l'outil de la MCRO qui permet de mettre en place des objectifs centrés sur les occupations signifiantes et significatives du patients. E1, E4 et E5 précise que les objectifs sont réajustés tout au long de la prise en charge.

Dans le choix de leurs activités, E1, E3, E4 et E5 se tournent vers des activités signifiantes (qui ont du sens) pour le patient. Selon le moment de la prise en charge et le patients, les ergothérapeutes E2, E3 et E4 vont mettre en place des activités analytiques, puis E1, E3, E4 et E5 vont proposer des activités de vie quotidienne. E5 précise également qu'elle a une approche ludique à ses activités, qui sont souvent réalisées en groupe. Toutes expliquent dans les entretiens qu'elles sont vigilantes à ce que le patient adhère à l'activité.

3. Rééducation-réadaptation physique et patients avec troubles psychotiques

Cette partie de l'entretien vise à décrire et analyser les situations où les ergothérapeutes ont pris en charge un ou plusieurs patients avec comorbidité de troubles psychotiques et à mettre en évidence les spécificités de prise en charge et leur ressenti. Je les interroge également sur les ressources et outils qu'elles ont pu mobiliser, les adaptations du cadre qu'elles ont pu mettre en place et les limites potentiellement rencontrées.

| Questions | Réponses |
|--|---|
| <p>Pouvez-vous décrire cette ou ces situations ? Comment la présence d'un trouble psychotique a-t-elle influencé la prise en charge ?</p> | <p>E1 : « C'était un monsieur d'environ 60 ans qui avait fait un AVC et qui venait en hôpital de jour pour entretenir ses capacités restantes. Il était diagnostiqué schizophrène [...] j'avais un grand sentiment d'inutilité face à lui car je m'estime peu formée à la prise en charge des troubles psychiatriques. Il était très éparpillé [...] il venait à toutes les séances mais tout ce qu'on pouvait lui proposer, ça ne lui allait pas si on l'avait déjà fait la fois d'avant [...] il mangeait des bonbons, de manière compulsive. On était dans une grande salle d'ergothérapie avec jusqu'à 14 patients [...] dès qu'il finissait son activité, il criait à sa façon pour qu'on change [...] ça perturbait tout le monde quoi. On avait une approche complètement différente et décalée. Il ne voulait pas du tout de fonctionnel, il n'adhérait pas aux activités qui n'était pas analytiques. [...] on avait du mal à tenir les objectifs, parce que forcément l'adhésion du patient était complètement différente, y avait un vrai sentiment de frustration »</p> <p>E2 : « [...] je suivais une patiente de 50 ans qui avait un méningiome [...] cette dame présentait des troubles attentionnels et avait des proches qui avaient fait des tentatives de suicide [...] elle faisait des crises clastiques [...] c'était une prise en charge assez particulière parce qu'on ne pouvait pas faire la même chose qu'avec d'autres patients [...] elle était très demandeuse, il fallait que les activités aient du sens pour elle [...] c'était plus des demandes organisationnelles et la rééducation a été orienté plus sur ça. [...] ça a été très très long parce qu'à chaque fois que je lui posais une question elle rebondissait sur autre chose donc ça a été assez compliqué comme prise en charge. Donc tout était orienté en fonction de ce qu'elle avait envie de faire. [...] il fallait que je fasse attention au niveau de la gestion de la frustration pour éviter justement de déclencher une crise derrière »</p> <p>E3 : « Une patiente paraplégique pendant une courte période [...] J'ai aussi pris en charge un patient tétraplégique. C'est celui qui me viens le plus facilement en tête mais je sais que j'étais dans la même position. C'était des patients dont la prise en charge était très complexe, Ce sont des patients qui ont créés des conflits et des tensions au sein de l'équipe, avec des comportements ambivalents [...] ils changeaient complètement d'objectifs, ils étaient contradictoires sur leur discours, il avait des comportements ambivalents, la vie en communauté avec les autres patients était très compliquée [...] ils étaient très demandeurs mais cherchaient à nous mettre en échec. Le relationnel et l'approche quand on n'a pas les outils c'est compliqué. Je me sentais vraiment impuissante, démunie et pas assez formée. »</p> |

| | |
|--|--|
| | <p>E4 : « J'ai pris en charge un patient schizophrène, de 50 ans, accueilli en hôpital de jour. [...] il était en hôpital psychiatrique en attendant le retour au domicile. C'est un patient qui s'est déféstré suite à un délire, ce qui a entraîné plusieurs fractures. [...] Le patient n'a jamais abordé avec moi les circonstances de sa déféstration [...] On a comme stéréotype négatif l'image du patient schizophrène agressif, en plein délire, alors que ce patient a toujours été adapté. [...] j'ai pris en compte les possibles troubles cognitifs qu'il pouvait avoir [...] Aussi, les séances se faisant souvent avec d'autres patients dans la salle, je faisais attention à ne pas nommer l'hôpital psychiatrique. Je pense que cela a contribué à établir une relation de confiance, car je ne le stigmatisais pas »</p> <p>E5 : « C'est une dame qu'on va appeler madame E qui a une schizophrénie vieillissante [...] assez mutique, le contact social est très particulier [...] qui n'a pas de troubles d'incontinence mais qui va déféquer un peu partout [...] qui a été exclue par les résidents et les soignant à cause de ses troubles du comportement. Nous avons voulu l'inclure dans un atelier cuisine [...] l'atelier photo langage lui a permis e vraiment s'exprimer. Dans un premier temps ils (<i>les troubles</i>) n'ont pas du tout été pris en compte pour cette dame comme je disais avant on a un soucis en Ehpad [...]c'est vraiment compliqué, en tout cas c'est le retour que j'ai dans mon expérience c'est que la prise en soin de ces personnes qui ont des atteintes au niveau psychique c'est très compliqué en Ehpad. »</p> |
|--|--|

Tableau 4 : Réponses aux questions de la partie « Rééducation-réadaptation physique et patients avec troubles psychotiques »

Les ergothérapeutes mettent en évidence des spécificités dans la prise en charge des patients avec troubles psychotiques. Toutes mettent en avant la nécessité de prendre en compte les troubles cognitifs associés aux troubles. E1, E2, E3 et E5 décrivent les difficultés liées aux troubles du comportement du patient. Le patient pris en charge par E4 était quant à lui « adapté » dans son comportement. Les ergothérapeutes E1, E2, E3 expliquent que les objectifs de prise en charge ont parfois été mis en échec et précise qu'elles ont souvent été vigilantes aux choix des activités pour que le patient adhère. Pour E1, E3 et E5, la spécificité était également liée aux difficultés dans le contact social, qui pouvait perturber la vie en groupe avec les autres patients.

Dans leurs entretiens les ergothérapeutes E1, E2, E3 et E5 décrivent des prises en charge « compliquée » ou « difficile ». Elles me partagent leurs sentiments d'« inutilité », de « frustration », la sensation d'être parfois « démunie » ou « impuissante » face à ces prises en charge particulières.

| Questions | Réponses |
|--|--|
| <p>Avez-vous ressenti le besoin d'adapter les outils et activités utilisés ou de mobiliser des ressources spécifiques ?</p> | <p>E1 : « [...] j'en ai beaucoup parler avec mes collègues ergo et psychologues, pour qu'elles me donnent des outils et aussi qu'elles accueillent ma frustration, pour savoir s'il était normal que je ressentie ça face au patient. »</p> <p>E2 : « Vu que j'avais déjà fait un stage en psychiatrie, je faisais toujours attention à ce qui était plaisant pour elle dans les activités. »</p> <p>E3 : « Depuis qu'on a plus le psychiatre, on est démunis [...] J'ai beaucoup sollicité mes collègues psychologues, c'est aussi aller voir la famille pour comprendre ses habitudes, certains comportements, réactions ou discours. [...] j'ai cherché à identifier les activités qui sont importantes pour le patient »</p> <p>E4 : « Avant de le prendre en charge, j'ai relu des articles sur la schizophrénie, les symptômes, en particulier les troubles cognitifs et du schéma corporel. Ayant fait mon mémoire de fin d'étude sur la schizophrénie, cela a été simple »</p> <p>E5 : « [...] j'ai plutôt utilisé une approche d'ergo en psychiatrie [...] on s'est quand même inspiré de nos activités réalisées dans les établissements passé pour pouvoir prendre au mieux Madame E. »</p> |
| <p>Avez-vous ressenti le besoin d'adapter le cadre thérapeutique ?</p> | <p>E1 : « J'ai essayé de le mettre tout seul et il avait besoin de voir les autres, ça lui faisait du bien de voir des gens et de se sentir regardé [...] Après je tempérais quand même quand ça allait trop loin je lui disais. J'étais un peu différente avec lui, parce qu'il avait une manière différente d'être [...] ça me posait question. Mais les psychologues me disaient que c'était ce qu'il fallait pour lui, il avait besoin de ce cadre. »</p> <p>E2 : « [...] elle intervenait avec d'autres personnes, ce n'était pas évident et pour ça j'avais fait le choix un peu de l'isoler sans la mettre dans une autre salle [...] quand on sait qu'il y a quand même un fond psychotique on garde à l'esprit des règles de sécurité, je ne laissais pas trainer une paire de ciseaux, on ne sait pas si elle aurait pu l'utiliser »</p> <p>E3 : « Le cadre spatial effectivement [...] ce sont des patients avec qui j'ai dû m'isoler dès que le conflit s'installait quand ça commençait à être compliqué. Tous les objectifs étaient beaucoup plus longs à atteindre à cause de tous ces troubles psychiques qui entravaient l'engagement de la personne. [...] et pour la relation je me serais senti plus à l'aise de vouvoyer mais je ne me voyais pas de faire une différence avec les autres patients [...] je ressentais qu'il fallait que j'adapte ma posture et j'ai essayé au mieux. Mais encore une fois c'était compliqué parce que je n'ai vraiment pas l'habitude et je ne me sens pas à l'aise »</p> <p>E4 : « [...] j'essayais de faire la séance dans une salle calme. Sinon le cadre n'a pas été adapté. Je pense que cela est dû au fait qu'à ce moment-là il était bien stabilisé. »</p> <p>E5 : « Madame E avait tendance à se lever spontanément de sa chaise vraiment sous forme de répétitions insensé pendant la séance ou elle regardait son téléphone toutes les deux minutes, donc on a dû réadapter le cadre lui redonner les consignes. »</p> |

| | |
|---|---|
| <p>Avez-vous fait face à des limites/freins dans la mise en place de ses adaptations ? Quelles ont été pour vous ces limites ?</p> | <p>E1 : « [...] la limite de l'établissement, on n'est pas fait pour accueillir ce type de patient, on ne nous a pas donné les moyens, les ressources ne serait-ce qu'en terme de formation, pas tant en termes de techniques et de moyens matériels mais en termes d'accueil, d'accompagnement et d'écoute, je me suis sentie limitée dans cette structure. [...] je n'arrivais pas moi avec les moyens que j'avais, à les contourner pour lui permettre de comprendre mieux les choses et lui permettre de s'engager dans sa prise en charge. »</p> <p>E2 : « Je n'ai pas pu aller jusqu'au bout de la prise en charge parce que c'était juste avant le confinement et que c'était une prise en charge très très longue. On n'a pas de psychiatre, généralement quand une personne va présenter des troubles psychiatriques ils sont réorientés vers une autre structure [...] on n'a pas les moyens pour sécuriser étant donné que c'est une structure ouverte »</p> <p>E3 : « Bah le manque de formation, enfin oui et non, parce que c'est de mon propre chef que je ne demande pas de formation [...] je vais demander un truc qui m'intéresse vraiment et qui sera davantage en lien avec ma pratique. L'obstacle principal ça a été de pas avoir de psychiatre à ce moment-là pour soutenir la prise en charge je pense [...] j'aurais apprécié sur ces thèmes-là avoir des petits cours ponctuels. »</p> <p>E4 : « [...] il y avait un grand nombre d'intervenant : le patient, le cadre de l'hôpital psychiatrique, la tutrice [...] et le fournisseur de matériel médical. Donc cela prenait plus de temps pour chaque achat ou location de matériel. »</p> <p>E5 : « Oui, la limite c'est que nous n'avons pas de salle d'activité donc c'est une activité que nous réalisons de faite dans une salle commune ou dans un sas où il y a énormément de passage qui perturbe encore plus parois les ateliers [...] Parfois la limite est par rapport à l'institution. »</p> |
|---|---|

Tableau 5 : Suite des réponses aux questions de la partie « Rééducation-réadaptation physique et patients avec troubles psychotiques »

Pour mener à bien leur prise en charge, les ergothérapeutes E1 et E3 ont mobilisé l'aide de leurs collègues et/ou de la famille du patient. E2, E4 et E5 ont utilisées leurs compétences acquises lors de précédentes expériences en psychiatrie et ont donc (tout comme E1) cherché à mettre en place une approche centrée sur la personne avec des activités significatives pour le patient. Aucune d'elle n'a utilisé d'outil spécifique.

Concernant les adaptations du cadre thérapeutique, E1, E2, E3 et E4 ont dû favoriser des lieux calmes et à distance des autres patients, pour permettre au patient de se concentrer ou de ne pas perturber les autres. Les ergothérapeutes E1, E3 et E5 ont également ressenti le besoin d'adapter le cadre relationnel et leur posture.

Dans la mise en place de ces adaptations, E1, E2, E3, E5 décrivent des obstacles en lien avec le cadre institutionnel mais aussi spatial. Pour E2 et E4, il s'agissait également de contraintes temporelles. E1, E2, E3 parlent aussi d'un manque d'outils et ressources.

4. Engagement thérapeutique du patient

Cette dernière partie permettra aux ergothérapeutes de définir et décrire l'engagement thérapeutique de leurs patients. Elles seront également interrogées sur leur manière de l'évaluer et les leviers possibles.

| Questions | Réponses |
|--|---|
| <p>Selon vous qu'est-ce que l'engagement thérapeutique du patient ? Quelle est son importance dans la prise en charge ?</p> | <p>E1 : « Pour moi, l'engagement thérapeutique c'est le fait d'accepter la prise en charge, d'y participer activement, s'engager à essayer d'atteindre les objectifs. C'est aussi être présent en séance, c'est aussi ce qui va permettre à la personne d'avoir des résultats. »</p> <p>E2 : « L'engagement c'est vraiment accepter la personne telle qu'elle est [...] ses envies, ses besoins et pour moi c'est primordial qu'il y ait une entente entre le patient et le thérapeute et que ce soit un échange d'égal à égal. »</p> <p>E3 : « [...] pour moi c'est la motivation, l'envie que va avoir le patient à s'inclure dans une activité, dans une relation, dans un processus. C'est très personnel et c'est un choix du patient de s'engager [...] nous on peut apporter des choses pour faciliter ou non l'engagement »</p> <p>E4 : « Je pense que l'engagement thérapeutique est la motivation et l'envie du patient à prendre part à sa rééducation, de comment il va se positionner durant sa prise en charge [...]. C'est aussi son implication dans sa rééducation [...] parfois, je dis au patient que je ne fais seulement que 10 % du travail, et que les 90% qui restent sont entre ses mains. La motivation du patient est primordiale, d'où selon moi l'importance de fixer avec lui les objectifs. »</p> <p>E5 : « Alors pour moi l'engagement thérapeutique c'est que la personne est en capacité de verbaliser son envie de participer activement à la thérapie qui lui est proposé, cette notion doit être établie pour moi avant de démarrer toute prise en soin. Si on n'a pas la validation en amont pour participer à la thérapie, si on n'a pas son consentement ça ne sert à rien d'aller au-delà en tout cas en ergothérapie. L'engagement du patient a vraiment une influence sur mon activité même si la relation thérapeutique se passe très bien »</p> |
| <p>Evaluez-vous l'engagement du patient ? Par quels moyens ? A quelle fréquence ?</p> | <p>E1 : « Déjà par son comportement, son assiduité [...] par son attitude, son comportement qui me permettait de juger de son engagement, plus que par les activités »</p> <p>E2 : « [...] ça se voit au niveau des échanges qu'on peut avoir avec le patient, s'ils sont ponctuels, s'ils ont le sourire [...] un patient qui est demandeur et qui aime discuter [...] pour moi c'est important dans l'engagement. »</p> <p>E3 : « Du coup c'est un patient avec qui j'avais fait la MCRO parce que je m'étais dit qu'avec un outil autre qu'une discussion peut être que ça l'aiderait à fixer des objectifs et à avoir des preuves concrètes écrites en plus des discours on avait des preuves écrites de ses objectifs »</p> <p>E4 : « Je l'évalue de façon informelle [...], par l'observation et l'échange avec le patient et l'équipe. Cela tout du long de la prise en charge. »</p> <p>E5 : « Pour madame E, c'était le fait de retenir mon prénom, de me voir plusieurs fois, de retenir qu'on réalise des ateliers thérapeutiques ensemble. Et à partir de ce moment-là spontanément il n'y avait plus de d'appréhension à venir à l'atelier. »</p> |

| | |
|--|---|
| <p>Comment a évolué l'engagement du patient dans sa prise en charge ?</p> | <p>E1 : « Il était là, ça ne le dérangeait pas de venir, par contre [...] je n'ai pas l'impression qu'il était dans l'engagement, du moins pas totalement, j'ai quand même l'impression qu'il subissait les séances. Il n'était pas acteur [...] Je n'ai pas senti qu'il était plus engagé dans les activités. La personne qui est arrivée était la même qu'à sa sortie. »</p> <p>E2 : « Il y a eu quand même une évolution. Au début elle était, je ne dirais pas distante, mais je pense qu'elle avait besoin de comprendre ce qu'on faisait. [...] au fur et à mesure, elle était très demandeuse du coup l'adhésion était quand même très présente et puis les exercices à chaque fois ça lui plaisait et quand ça ne lui plaisait pas elle le verbalisait [...] je suis toujours en contact avec cette patiente, ça montre vraiment qu'elle est très très engagée maintenant. »</p> <p>E3 : « Le patient a été pris en charge sur un an. C'était très fluctuant, des jours il était à l'heure aux séances et très investi, impliqué [...] et le lendemain il ne venait pas [...] Juste avant la sortie, troubles psychiatrique c'est souvent source d'angoisses donc son comportement de persévération de colère et de déni était un peu plus prononcé [...] ça a été très compliqué la relation entre lui et sa mère entre sa mère et nous [...] alors que la semaine juste avant [...] la relation était plus sereine plus fluide »</p> <p>E4 : « C'est un patient qui d'emblée a été motivé [...]. Afin de respecter le patient et de conserver la bonne alliance thérapeutique, j'ai bien pris en compte ses douleurs. »</p> <p>E5 : « [...] elle était plus engagée qu'à son arrivée, après y'a d'autres facteurs à prendre en compte. [...] le temps de s'adapter à la structure de s'adapter aux soignants et aux auxiliaires paramédicaux il a fallu un certain temps. Maintenant Madame E participe plus facilement et semble épanouie on a vraiment l'impression que c'est positif et qu'il y a une belle évolution par rapport à son arrivée »</p> |
| <p>Durant ces séances, quels sont les éléments qui ont influé sur l'engagement du patient dans sa prise en charge ?</p> | <p>E1 : « Il faut créer une relation qui soit de qualité dès le début et proposer des activités qui ont du sens selon le profil de la personne »</p> <p>E2 : « Je pense que l'engagement était favorable quand elle m'expliquait les situations dans lesquelles elle se sentait en difficulté et moi j'essayais de proposer un exercice qui pouvait être très proche de ce genre de situation. [...] c'est vraiment en m'adaptant à ses habitudes et ses capacités cognitives, qu'elle adhérerait. »</p> <p>E3 : « [...] dès son arrivée en séance que je savais si ça allait bien se passer ou être une séance de conflit et de colère. Je n'ai pas l'impression qu'au cours de la séance il était investi et qu'il ait changé totalement d'état d'esprit au cours de la séance. J'essayais de trouver des leviers [...] je le mets en lien (<i>l'engagement</i>) avec des choses qui sont significatives et signifiantes »</p> <p>E4 : « Définition des objectifs avec le patient, activités signifiantes, bonne relation thérapeutique. Si j'ai un patient qui n'est pas motivé, je vais essayer de trouver une activité signifiante pour lui, de savoir pourquoi il n'a pas envie. »</p> <p>E5 : « Une influence plutôt positive pour cette dame c'était le petit groupe de l'atelier fermé, je pense que ça a beaucoup influencé dans la prise en soin d'avoir des visages connus des personnes qui osent lui parler [...] Mme E est asociale les résidents n'ont pas envie de lui parler, ils se la représentent comme une résidente très sale donc ils ne s'approchent d'elle. »</p> |

Tableau 6 : Réponses aux questions de la partie « L'engagement thérapeutique du patient »

Si les ergothérapeutes ont toutes des définitions personnelles de l'engagement thérapeutique du patient, les notions de participation active, de consentement, de motivation et d'implication reviennent. Elles insistent toutes sur le fait que l'engagement est « primordial » et qu'il a une influence sur leur prise en charge. Elles expliquent évaluer l'engagement du patient au travers de leurs comportements et attitudes. E3 va également utiliser la MCRO pour permettre au patient de verbaliser ses objectifs en les concentrant sur ses occupations.

Le patient de l'ergothérapeute E1 était peu engagé dans les séances tout au long de sa prise en charge, il était présent à toutes ses séances, on peut parler d'observance, mais ne semblait pas adhérer à la prise en charge et n'était pas « acteur » de ses soins. Pour E3, l'engagement du patient a beaucoup varié au cours de la prise en charge alors que le patient de E4 était d'emblée engagé dans la thérapie. E2 et E5 notent une évolution positive dans l'engagement des patients au cours de la prise en charge. Il semblerait que de nombreux facteurs ont pu affecter l'engagement de ces patients (traitements, relations, habitudes, etc.)

Pour favoriser l'engagement du patient, E1 et E4 expliquent l'intérêt d'une bonne relation avec le thérapeute. Toutes précisent l'importance d'une approche centrée sur la personne et sur le choix d'activités significatives pour engager le patient, en prenant en compte les habitudes et capacités de la personne. Pour E5, la présence d'un groupe de résident soutenant permettant un lien social a été un levier de l'engagement de sa patiente.

5. Question de clôture

| Question | Réponses |
|---|--|
| <p>Avez-vous quelque chose à ajouter ?</p> | <p>E1 : « C'était une vraie expérience cette prise en charge et ça nous remet en question sur notre façon d'être et de faire. Mais ça nous fait prendre conscience qu'il y a des pathologies que l'on n'a pas l'habitude de prendre en charge et qu'il faut vraiment être formé pour pouvoir mieux les accompagner. » « Je pense quand même que l'on devrait faire quelque chose au niveau de la formation post D.E., parce qu'effectivement même si on ne travaille pas dans une structure psychiatrique, on est quand même amenés à rencontrer des personnes avec des troubles psychiatriques, et de plus en plus d'ailleurs peu importe la pathologie et on rencontre souvent des comportements qui sont souvent assez similaires et des difficultés qui sont assez semblables. »</p> <p>E2 : « C'était la première fois dans cette clinique que je me retrouvais dans cette situation. Heureusement que j'avais pu faire un stage en psy pour avoir une aisance, savoir comment gérer les patients psychiatriques. Elle était très adaptée (la patiente) mais une structure où tout le monde peut bouger comme ça, ce n'est pas trop adapté aux patients avec des troubles psychiatriques. »</p> |

| | |
|--|--|
| | <p>E3 : « Non c'est ce que je vous ai dit quand j'ai vu ce sujet je me suis dit "enfin quelqu'un qui traite ce sujet" parce que je suis persuadé qu'on est tous en difficulté. Et qu'il y aurait des façons d'aider tout le monde par exemple s'il y avait un psychiatre tout le temps avec nous ce serait d'une grande aide, mais malheureusement je pense que c'est partout pareil en rééducation fonctionnel y'en a pas forcément. »</p> <p>E4 : « Non ! »</p> <p>E5 : « On a pour projet actuellement de créer une unité géronto psychiatrique justement pour répondre à cette problématique puisque nous avons constaté que chez le sujet âgé vieillissant il n'y avait que très peu de prise en soin finalement qui n'était pas forcément adapté aux personnes qui relèvent de la psychiatrie, la structure n'est pas forcément faite pour ces personnes-là. On se retrouve confronté à un gros problème [...] on n'a pas de solutions pour ces personnes et on se retrouve un peu à tourner en rond face à ces personnes qui ont besoin de beaucoup d'activités [...] Tout en sachant que le rythme est très lent dans la journée donc ça peut être problématique pour les personnes qui ont atteintes psychiques. »</p> |
|--|--|

Tableau 7 : Réponses à la question de clôture

Pour cette question, E1 revient sur la possibilité d'une formation spécifique à la prise en charge de ces patients, comme outil de ressource pour tous les ergothérapeutes. E2 met l'accent sur les limites liées au cadre institutionnel et à la structure. E3 rappelle la nécessité d'avoir le soutien de professionnels ressources. Pour elle, les ergothérapeutes et autres professionnels de santé pourraient tous être en difficultés face à ces situations. Enfin, E5 explique que la mise en place d'une unité de prise en charge pour ces patients présentant des troubles psychiatriques est en projet. Les troubles psychiques des patients seraient alors pris en charge au même titre que leurs besoins rééducatifs et réadaptatifs liés à des troubles somatiques et au vieillissement physiologique.

C. BIAIS ET LIMITES DE LA METHODE EXPERIMENTALE

Bien que répondant à un processus méthodologique décrit précédemment, cette enquête présente des biais et des limites. Nous pouvons par exemple nous interroger sur l'existence d'un possible biais de représentativité il est évident « *que l'échantillon ne se compose que [de] sujets ayant choisi de participer* » (Fortin, 2010) générant alors possiblement un échantillon peu représentatif de la population. Ainsi, les résultats présentés ici ne peuvent faire fonction de généralités dans la représentation des ergothérapeutes. De plus, l'outil d'entretien semi-directif ne nous permet pas d'être en connaissance de tous les éléments ayant pu intervenir dans la prise en charge, mais seulement de l'expérience vécue et rapportée par les ergothérapeutes. Aussi, c'est un outil qui induit une subjectivité, le risque est donc que les personnes interrogées interprètent de manière très différentes le sujet et les termes des questions. Ici, de nombreuses questions de relances ont été nécessaires avec certaines ergothérapeutes. Il existe également des limites en

lien avec le fonctionnement spécifique des structures. Les adaptations mises en place sont très en lien avec le fonctionnement des structures et donc parfois difficilement comparables. Mais c'est également une richesse dans la diversité des réponses.

Concernant la création de l'échantillon d'enquête, les premières demandes d'entretien ont été envoyées et postées courant mars. Il aura fallu attendre les premières semaines du mois de mai, avant de recevoir des réponses positives et réaliser les entretiens. La méthode d'accès était peut-être trop peu sous contrôle et le temps pour recevoir des retours a été sous-estimé, rendant difficile la gestion des retranscriptions, de l'analyse puis la rédaction de la discussion. Au vu des difficultés rencontrées, j'ai décidé de me pencher sur les raisons des refus d'entretien. Certains évoquaient le peu de temps à m'accorder au vu de la situation sanitaire, beaucoup ne pouvaient pas confirmer le diagnostic de troubles psychotiques du patient, les prises en charge de patients avec des diagnostics incertains étant un critère d'exclusion, et d'autres expliquaient que les patients qu'ils avaient pu rencontrer n'ont pas réalisés leur prise en charge en raison de la présence de troubles psychotiques dans une structure non adaptée.

IV. Discussion

A. SPECIFITES DE PRISE EN CHARGE

1. Facteurs liés aux troubles psychotiques

Des spécificités de prise en charge en lien avec la comorbidité de troubles psychotiques chez le patient ont été mises en évidence dans notre enquête. Elles peuvent ainsi être de nature relationnelle, comportementale ou cognitive (Lecadreur, 2019). Les ergothérapeutes interrogées ont notamment pu mettre en évidence des difficultés de prise en charge en lien avec une altération de l'insight du patient, pouvant parfois mettre en échec les objectifs ergothérapeutiques. Il s'agit de spécificités de prise en charge qui sont également présentes chez les personnes avec un trouble de santé mentale en concomitance avec le vieillissement chez la personne âgée notamment en EHPAD (Sommer & Witkiewicz, 2004).

2. Facteurs liés aux soignants

Il existe également des spécificités de soins en lien avec les soignants. Les patients présentant un trouble psychique qui consultent pour un problème somatique seraient souvent « *accueillies et perçues de façon négative par les professionnels de santé* » (Hardy & Thomas, 2012). Lecardeur parle même d'« anosognosie » du corps soignant. Les dissemblances entre les valeurs des ergothérapeutes et le fonctionnement actuel du système de santé nous interroge sur la potentielle existence d'un « *sentiment de ne pas être fidèles à leurs valeurs professionnelles et d'avoir conséquemment le sentiment qu'ils ne font pas ce qu'ils devraient faire pour agir en concordance avec leur identité professionnelle, voire avec leur conscience éthique* » (Drolet, 2014). Il a été mis en évidence que ces situations peuvent même amener à un épuisement professionnel chez les ergothérapeutes (Edwards & Dirette, 2010). Pour pallier cela, nous pourrions concevoir l'existence d'une formation des professionnels dans une approche holistique, centrée sur la personne, pour que les ergothérapeutes soient « *en mesure d'évaluer et d'intervenir à la fois concernant les problèmes physiques et mentaux d'une personne* » (McCabe & Leas, 2008).

3. Facteurs liés au système de soins

Au-delà des professionnels de santé, c'est le fonctionnement même du système de soins qui peut jouer un rôle dans ces prises en charge complexes. Un « *besoin pour les réseaux de santé de développer des structures organisationnelles pouvant supporter une pratique continue et globale* » a été mis en évidence spécifiquement pour les ergothérapeutes (Hardy & Thomas, 2012). Ainsi, il serait judicieux de s'interroger sur la mise en place systématique d'une pratique profondément holistique et centrée sur la personne de

l'ergothérapie, « *plutôt que de répondre aux exigences gouvernementales et organisationnelles* » (Turpin, 2007). Ou l'idée d'un système avec une approche globale, centrée sur la personne et holistique est-elle un idéal difficilement atteignable ? (Finlay, 2001).

B. ADAPTATION MISE EN PLACE PAR LES ERGOTHERAPEUTES

1. Mobilisation de ressources

Pour tenter de favoriser l'engagement thérapeutique des patients avec comorbidités de troubles psychotiques, les ergothérapeutes étaient majoritaires à mobiliser des ressources spécifiques. En effet, les compétences « Rechercher, traiter et analyser des données professionnelles et scientifiques » et « Organiser les activités et coopérer avec les différents acteurs » sont toutes deux présentes dans le référentiel des ergothérapeutes (Ministère de la Santé et des Sports, 2010). Dans notre enquête, nous avons également pu constater que les ergothérapeutes se tournaient fréquemment vers leurs collègues psychologues. Ainsi, en l'absence de psychiatre rattaché à la structure ou au service, le psychologue peut être un professionnel ressource, qui peut « *permettre d'apporter un éclairage sur cette question de l'entre-deux du handicap qui mène bien souvent à un entre-deux identitaire* » (Bulain, 2017).

2. Intérêt d'une approche centrée sur la personne

Cette enquête semble avoir mis en exergue l'importance d'une approche centrée sur la personne notamment dans des prises en charge complexes. Et cela peut-être davantage qu'avec des patients ne présentant pas de comorbidités. Ainsi, il est judicieux que les ergothérapeutes mettent en place « *une relation thérapeutique basée sur le partenariat et la collaboration est également essentielle à la maximisation du processus de soins et services ergothérapeutiques* » (Falardeau & José Durand, 2002). Dans notre enquête, cette approche s'est traduite par la co-construction des objectifs ergothérapeutiques, par la mise en place d'activités signifiantes et significatives ou par une alliance thérapeutique renforcée. De nombreux auteurs vantent les mérites d'une profession basée sur des valeurs holistiques comme l'approche centrée sur la personne, et ce partout dans le monde (Townsend & Polatajko, 2013). L'approche centrée sur la personne serait donc un réel atout dans la prise en charge des patients avec comorbidités. (Rondeau-Boulanger & Drolet, 2016).

3. Outils spécifiques

Dans notre enquête les ergothérapeutes n'ont pas ressenti le besoin d'adapter les outils pour mettre en place les objectifs du patient. Mais toutes utilisaient des outils « maison » assez généraux et se basant sur

la méthode de l'entretien et sur les besoins de la personne. On peut supposer que dans une situation similaire, des ergothérapeutes utilisant habituellement des outils spécifiques à la rééducation-réadaptation physique, pourrait ressentir le besoin d'adapter leurs outils, d'en utiliser un moins spécifique ou d'en modifier les modalités de passation. Nous pouvons nous interroger sur la méconnaissance ou même l'inexistence de ses outils spécifiques. Si l'on avait mis à leur disposition un outil spécifique ou adapté à la prise en charge des patients présentant des troubles psychotiques, les ergothérapeutes auraient-elles senti le besoin de l'utiliser ? Nous pouvons également nous demander si l'utilisation d'outils spécifiques est réellement nécessaire dans ces situations. Est-ce que les autres adaptations (cadre, ressources et approche) mises en place par les ergothérapeutes n'ont pas suffi ?

4. Adaptation du cadre thérapeutique

Notre enquête a mis en évidence qu'une adaptation du cadre thérapeutique est souvent nécessaire pour la prise en charge adaptée du patients, mais aussi pour ne pas impactée celles des autres patients présents. En effet, comme nous avons déjà pu le voir, la mise en place d'une alliance thérapeutique solide est un pas important vers une prise en charge de qualité et cela passe avant tout par une posture de thérapeute adaptée aux besoins du patient et de la thérapie. Il est également important de noter que les ergothérapeutes ont souvent senti le besoin d'adapter le cadre spatial, notamment car les salles d'ergothérapie dans leurs structures sont prévues pour que les patients y travaillent à plusieurs. Certaines n'ont pas eu l'opportunité de faire les séances dans l'environnement adéquat.

C. IMPACT PERÇU SUR L'ENGAGEMENT THERAPEUTIQUE DU PATIENT

1. Facteurs d'engagement

Les moyens de motiver le patient dans sa prise en charge sont nombreux. Nous pouvons mettre en lien les facteurs de motivations cités par les ergothérapeutes interrogés avec ceux de Deci définis dans notre partie théorique. Les ergothérapeutes citent d'un côté les motivations intrinsèques en lien avec les envies et besoins de la personne mais également des facteurs de motivations extrinsèques comme leurs proches et les autres patients. Cependant, lorsque l'on essaye d'analyser plus précisément les raisons de s'engager des patients, cette distinction devient difficile à mettre en place. D'autant plus via les témoignages des ergothérapeutes et pas des personnes directement concernées. Il est en effet difficile d'apporter une analyse poussées des raisons d'engagement de ces patients en les présentant de manière dichotomique. Finalement, ne serait-il pas réducteur de totalement dissocier les facteurs de motivation intrinsèques et les facteurs de motivation extrinsèques ? (Gagné & Deci, 2005)

2. Limites des adaptations

Du fait de sa complexité, l'engagement représente « le plus grand défi du thérapeute » (Lecadreur, 2019). Notre enquête a clairement mis en évidence que l'engagement thérapeutique est une notion multifactorielle et primordiale dans la prise en charge. Malgré les nombreux leviers qui peuvent exister pour permettre aux ergothérapeutes d'engager le patient dans sa thérapie, d'autres facteurs, sur lesquelles le thérapeute ne peut pas agir, entrent en compte. Ces facteurs constituent la subjectivité, les croyances ou l'histoire de vie de la personne. Si l'ergothérapeute ne peut pas agir dessus, les comprendre au mieux peut permettre une meilleure alliance thérapeutique et une prise en charge qualitative. Sur le terrain, les ergothérapeutes font encore face à plusieurs situations qui les font questionner leur pratique, « particulièrement auprès des personnes présentant une problématique complexe de santé » (Rondeau-Boulangier E. , 2015). Si ce mémoire a permis de mettre en évidence ces situations complexes, d'en analyser les composantes et les spécificités de la pratique de l'ergothérapeute dans cette position, il a surtout permis de mettre en avant l'importance de réfléchir des solutions à des échelles structurelles, institutionnelles et systémiques.

D. POUR ALLER PLUS LOIN

1. Rôle de l'ergothérapeute dans la coordination du parcours de soin

La question se pose alors : en dehors de l'échelle individuelle de l'ergothérapeute, comment améliorer la prise en charge somatique ou rééducative des patients avec une comorbidité de troubles psychotiques ? La solution pourrait prendre forme dans le rôle de « case manager » (Lecadreur, 2019). C'est une profession qui s'est développée en suivant le mouvement de désinstitutionnalisation du système de santé, le « case manager » est le référent du parcours de soin. Il peut prendre le visage d'un coordinateur dans certaines institutions. Il joue le rôle de « *référent au long terme faisant le lien entre les différentes instances de prise en charge* » (Gaillard Wasser, Dunker Scheuner, Gammeter, & Daepfen, 2005). Le « case manager » devient donc le garant de « *l'unicité du traitement entre les services spécialisés* » et permet un investissement relationnel sur le long terme. (Gaillard Wasser, Dunker Scheuner, Gammeter, & Daepfen, 2005). Ainsi, si l'on considère les compétences de l'ergothérapeute et sa vision centrée sur la personne, il devient évident qu'il a sa place pour remplir une fonction de coordination du parcours de soin ou de « case management » (Benzine-Cauvy, 2020).

2. Service de prise en charge complexe

Si l'ergothérapeute a donc sa place dans cette évolution des pratiques de soins, le changement peut également être réalisé à une autre échelle, celle de l'institution. Pour prendre en charge au mieux ces patients aux situations complexes « *une philosophie commune devrait sous-tendre les parcours de soins, depuis les services d'urgences jusqu'aux services de suites, selon une succession d'étapes linéaire et sans rupture* » (Jacob, 2013). En France, des services « intégrés » commencent à se développer, on peut par exemple trouver des services transdisciplinaires de réadaptation proposant une double prise en charge somatique et psychiatrique, pour « *répondre aux besoins de ces patients chez qui l'impact du trouble psychiatrique interfère et complique les soins de médecine somatique* » (Fondation Santé des Etudiants de France, s.d.). Ces services ont pour but d'améliorer l'accessibilité des soins et d'éviter les ruptures de soins (Fleury, 2011). Il serait alors tout à fait pertinent de s'intéresser à l'intégration de l'ergothérapeute dans ces services. Les équipes qui y exercent sont formées spécifiquement à ses prises en charge particulières dans une approche holistique et communautaire, ainsi elle doit pouvoir « *contribuer à la formation des services spécialisés* » (Gaillard Wasser, Dunker Scheuner, Gammeter, & Daeppen, 2005).

E. APPORTS PERSONNELS ET PROFESSIONNELS

Ce travail de recherche m'a permis de me passionner pour un sujet dont j'ignorais la complexité. Il m'a permis de m'interroger sur ma pratique mais également celle de mes pairs, et de découvrir des approches nouvelles et innovantes en France et dans le reste du monde. Il m'a permis d'aller à la rencontre d'ergothérapeutes engagés dans leurs exercices respectives et conscients de leurs pratiques.

Aussi, la création et la mise en œuvre de cette méthodologie de recherche m'ont donné des bases solides pour m'initier à la recherche. Les connaissances théoriques que m'a apporté ce travail me seront très utiles dans mon futur exercice en tant qu'ergothérapeute. J'ai pu découvrir le rôle de coordinateur de soin, métier en plein essor à l'international et qui pourrait se faire une place dans notre pays. Cela m'a conforté dans mes choix de pratique et m'a ouverte à nouvelles opportunités de parcours.

F. RETOUR SUR L'HYPOTHESE

Au vu des résultats obtenus et de la réflexion qui a suivi, nous pouvons estimer que notre hypothèse est partiellement validée. Pour rappel, notre étude cherchait à montrer que les adaptations de la pratique et du cadre thérapeutique par les ergothérapeutes, dans une approche centrée sur la personne, permettaient de favoriser l'engagement thérapeutique des patients atteints de troubles psychotiques en rééducation et réadaptation physique.

Cette enquête nous a permis de mettre en évidence les différentes adaptations mises en place par l'ergothérapeute, mais pas toujours à montrer un réel impact sur l'engagement thérapeutique du patient. Les résultats de cette enquête nous montrent que les ergothérapeutes décrivent bien des spécificités de prise en charge de ces patients et soulignent l'importance d'une approche centrée sur la personne. Néanmoins, ils peuvent rencontrer des obstacles institutionnels à la mise en place d'adaptations.

Conclusion et perspectives

Dans le système de santé actuel en France, les patients présentant des profils complexes peinent parfois à trouver leur place et à bénéficier de soins de qualité. C'est notamment le cas des patients présentant une comorbidité de troubles psychotiques en rééducation-réadaptation. Ces soins suboptimaux peuvent être accompagnés d'un désengagement du patient de sa thérapie.

Ce travail de recherche cherchait à décrire les adaptations de la pratique et du cadre thérapeutique réalisées par les ergothérapeutes pour favoriser l'engagement thérapeutique des patients présentant des troubles psychotiques en rééducation-réadaptation physique. Une enquête réalisée par le biais d'entretiens semi-directifs avec des ergothérapeutes a permis de valider partiellement l'hypothèse, en mettant en lumière les apports d'une adaptation des pratiques et d'une approche centrée sur la personne, mais également des limites à de nombreux niveaux.

Pour approfondir ce sujet, il serait pertinent de s'interroger sur la prise en charge par les ergothérapeutes de patients présentant des troubles psychiques quels qu'ils soient dans les structures de rééducation-réadaptation. Les ergothérapeutes rencontrent-ils les mêmes spécificités de prise en charge avec des patients présentant d'autres types de troubles psychiques ? Qu'en est-il des difficultés de prise en charge des patients avec des troubles somatiques en service de psychiatrie ?

Quelles solutions existent pour ces prises en charges complexes ? Aujourd'hui, il n'existe pas de solution ou de « formule » de soin spécifique en rééducation-réadaptation physique pour ces patients. Cependant, de nombreuses évolutions au modèle de soin actuel sont réfléchies, notamment avec la mise en place de coordinateurs de soins et de services spécialisés. Aussi, il pourrait être intéressant d'enrichir la formation continue des ergothérapeutes sur la prise en charge en ergothérapie des patients avec comorbidité.

Liste des abréviations

APA : Activités Physiques Adaptées

ARS : Agence Régionale de Santé

AVC : Accident Vasculaire Cérébral

CIM : Classification Internationale des Maladies

CMP : Centre Médico Psychologique

DSM : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

EMCT : Échelle de Motivation du Client face à la Thérapie

HAS : Haute Autorité de Santé

HDJ : Hospitalisation De Jour

IDE : Infirmière Diplômée d'Etat

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

MCRO : Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel

MOH : Modèle de l'Occupation Humaine

MOHOST : Model of Human Occupation Screening Tool

MPR : Médecine Physique et Réadaptation

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

STSS : Stratégie de Transformation du Système de Santé

Bibliographie

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. Arlington.
- ANFE. (n.d.). *Définition*. Retrieved from <https://www.anfe.fr/l-ergotherapie/la-profession>
- ARS. (2018). *Lancement de la Stratégie de Transformation du Système de Santé (STSS)* .
- Benzine-Cauvy, C. (2020, mai). En quoi les compétences de l'ergothérapeute le prédisposent-elles à un rôle de coordinateur ? *ErgoThérapies*, 77, pp. 15-22.
- Blanchet, A., & Gotman, A. (2015). *L'entretien* (2e ed.). Armand Colin.
- Boisvert, N. (2006). *Validation de l'Échelle de Motivation du Client face à la Thérapie (EMCT), version française du Client Motivation for Therapy Scale (CMOTS)*. Université du Québec: Mémoire de maîtrise.
- Bottai, T., Benoit, M., Bourcet, D., Dassa, D., & Raymondet, P. (2010, mars-avril). L'engagement thérapeutique dans les troubles schizophréniques. *La Lettre du Psychiatre*, VI(2).
- Bourret, C. (2008). Les réseaux de santé ou la rencontre de la santé et des TIC pour décloisonner le système de santé français. *tic&société*, 2(1).
- Buck, H. G., Meghani, S., Bettger, J., Byun, E., Fachko, M., O'Connor, M., . . . Naylor, M. (2012). The use of comorbidities among adults experiencing care transitions: a systematic review and evolutionary analysis of empirical literature. *Chronic Illness*, 8(4), pp. 278-295.
- Bulain, V. (2017). Lorsque les handicaps s'entremêlent... *Le Journal des psychologues*, 348(6), pp. 16-21.
- Chaumette, B., Kebir, O., & Krebs, M.-O. (2017). Génétique et épigénétique de la schizophrénie et des psychoses. *Biologie Aujourd'hui*, 211(1), pp. 69-82.
- Clément, M., & Aubé, D. (2002). La continuité des soins : une solution ? Perspective des personnes avec comorbidité. *Santé mentale au Québec*, 27, pp. 180-197.
- Code de la Santé Publique. (2011, août 10). Article L6315-1, modifié par la loi n°2011-940, article 10.

- Daure, I. (2017). Entre deux handicaps : quel accompagnement psychologique ? *Le Journal des psychologues*(348), p. 14.
- DREES. (2017). *L'état de santé de la population en France*.
- Drolet, M.-J. (2014). De l'éthique à l'ergothérapie : la philosophie au service de la pratique ergothérapique. *Presses de l'Université du Québec*.
- Drolet, M.-J., & Hudon, A. (2014). Les professionnels de la santé ont-ils un devoir d'advocacy ? *Ethica, Revue interdisciplinaire de recherche en éthique*, 18(2), pp. 33-63.
- Edwards, H., & Durette, D. (2010). The relationship between professional identity and burnout among occupational therapists. *Occupational therapy in health care*, 24(2), pp. 119-129.
- Falardeau, M., & José Durand, M. (2002). Negotiation-centred versus client-centered: Which approach should be used? *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 69(3), pp. 135-142.
- Finlay, L. (2001). Holism in occupational therapy: elusive fiction an ambivalent struggle. *American Journal of Occupational Therapy*, 55(3), pp. 268-276.
- Fleury, M.-J. (2011). Application des réseaux intégrés de services de santé mentale au Québec : Contexte d'implantation, état de mise en œuvre et opinion des omnipraticiens. *Santé Publique*(23), pp. 155-159.
- Fondation Santé des Etudiants de France. (n.d.). *Les services de double prise en charge*. Retrieved from <http://www.fsef.net/index.php/types-de-prise-en-charge/hospitalisations-en-psychiatrie/les-services-de-double-prise-en-charge>
- Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche. Méthodes quantitatives et qualitatives*. Montréal: Chenlière Education.
- Gagné, M., & Deci, E. L. (2005). Self-determination theory and work. *Journal of Organizational Behavior*, 26, pp. 331–362.
- Gaillard Wasser, J., Dunker Scheuner, D., Gammeter, R., & Daeppen, J.-B. (2005). Prise en charge des patients «double diagnostic» : comment sortir du carrousel institutionnel ? *Revue Médicale Suisse*.

- Gamila, S., & Dallongeville, J. (2003). Epidémiologie du syndrome métabolique en France. *Med Nutr*, pp. 39 : 89-94.
- Glaser, C., Canceil, O., & Gozlan, G. (2016). La gestion de cas en psychiatrie : vers des pratiques professionnelles intégrées. *L'information psychiatrique*, 92(7).
- Gourier-Frery, C., Chan Chee, C., & Beltzer, N. (2014, Novembre). Prévalence de la schizophrénie et autres troubles psychotiques en France métropolitaine. *European Psychiatry*, p. 29 : 625.
- Ha, C., Decool, E., & Chan Chee, C. (2017). Mortalité des personnes souffrant de troubles mentaux. Analyse en causes multiples des certificats de décès en France, 2000-2013. *BEH*, 23, pp. 500-508.
- Hardy, S., & Thomas, B. (2012). Mental and physical health comorbidity: Political imperatives and practice implications. *International Journal of Mental Health Nursing*, 21(3), pp. 289-298.
- HAS. (2013). *Programme pluriannuel relatif à la psychiatrie et à la santé mentale 2013-2018*.
- HAS. (2018). *Programme pluriannuel : Psychiatrie et santé mentale 2018-2023*.
- HAS. (2018). *Psychiatrie et santé mentale 2018-2023*.
- Hernandez, H. (2016). *Ergothérapie en psychiatrie : de la souffrance psychique à la réadaptation*. De Boeck Supérieur.
- Hjorthøj, C., Stürup, A., McGrath, J., & Nordentoft, M. (2017, Avril). Years of potential life lost and life expectancy in schizophrenia: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Psychiatry*, 4(4), pp. 295-301.
- IDF. (2006). *The International Diabetes Federation consensus worldwide definition of the metabolic syndrome*.
- Imbert, G. (2010). L'entretien semi-directif : à la frontière de la santé publique et de l'anthropologie. *Recherche en soins infirmiers*, 3(102), pp. 23-34.
- INSEE. (2007). *Enquête Santé*.
- Ishikawa, H., Yasunaga, H., Matsui, H., Fushimi, K., & Kawakami, N. (2016). Differences in cancer stage, treatment and in-hospital mortality between patients with and without schizophrenia: retrospective

- matched-pair cohort study. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*, 208(3), pp. 239-244.
- ISNI. (n.d.). *Médecine physique et de réadaptation (MPR)*. Retrieved from <https://isni.fr/les-specialites/medecine-physique-et-de-readaptation-mpr/>
- Jacob, P. (2013). *Un droit citoyen pour la personne handicapée, un parcours de soins et de santé sans rupture d'accompagnement*.
- Kielhofner, G. (2009). *Conceptual foundations of occupational therapy practice* (4e ed.). F.A. Davis.
- Laforcade, M. (2016). *Rapport relatif à la santé mentale*. Ministère des affaires sociales et de la santé.
- Lamouroux, A., Magnan, A., & Vervloet, D. (2005, février). Compliance, observance ou adhésion thérapeutique : de quoi parlons-nous ? *Revue des Maladies Respiratoires*, 22(1), pp. 31-34.
- Larousse. (n.d.). *Rééducation*. Retrieved from <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/reeducation/67385>
- Launois, M. (n.d.). *Engagement et alliance thérapeutique*. Retrieved from Ergopsy.
- Lecadreux, L. (2019). *Troubles psychotiques : protocoles d'intervention précoce. Le guide du clinicien*. Elsevier.
- Lemogne, C. (2019, novembre 27). Conférence Fondamentale : Comorbidités somatiques et maladies psychiatriques. Hôpital Albert Chenevier, Créteil.
- Llorca, P.-M. (2005). *Les troubles psychotiques*. Masson.
- Martin, B., Franck, & N. (2013). Facteurs subjectifs dans le rétablissement de la schizophrénie. *L'Evolution psychiatrique*, 78, pp. 21-40.
- Mccabe, M., & Leas, L. (2008). A qualitative study of primary health care access, barriers and satisfaction among people with mental illness. *Psychology, Health & Medicine*, pp. 303-312.
- McLean, B., Mattiske, J., & Balzan, R. (2017, mars). Association of the Jumping to Conclusions and Evidence Integration Biases With Delusions in Psychosis: A Detailed Meta-analysis. *Schizophrenia Bulletin*, 43(2), pp. 344-354.

- Meyer, S. (2013). *De l'activité à la participation*. De Boeck Supérieur.
- Ministère de la Santé et des Sports. (2010, juillet 5). Référentiel d'activités. *Arrêté relatif au diplôme d'Etat d'ergothérapeute*.
- Monville, F., Tambour, S., Watrice, E., & Luyten, A. (2017). Contexte et développement d'un programme de prise en charge des psychoses émergentes : Ecotone. *L'information psychiatrique*, 93(5), pp. 375-380.
- Morel-Bracq, M.-C. (2017). Le modèle de l'occupation humaine (MOH) de Gary Kielhofner (1949-2010). In *Les modèles conceptuels en ergothérapie : Introduction aux concepts fondamentaux* (2ème ed., pp. 72-85).
- OMS. (2009). *Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes : CIM-10. 1. Table analytique* (Edition 2008. Dixième révision ed.).
- OMS. (2013). *Plan d'action pour la santé mentale 2013-2020*.
- OMS. (2019). *Réadaptation*. Retrieved from <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/rehabilitation>
- OMS. (2019). *Troubles mentaux*. Retrieved from Organisation Mondiale de la Santé: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
- Pissot, L. (2014). Effets indésirables des antipsychotiques : cas particuliers du syndrome métabolique.
- Rondeau-Boulanger, E. (2015, janvier). Perceptions d'ergothérapeutes cliniciens et de personnes aux prises avec une problématique complexe de santé des situations de ruptures dans la trajectoire de soins et de services : réflexion critique et analyse des enjeux éthiques. *Maîtrise en ergothérapie*. Université du Québec à Trois-Rivières.
- Rondeau-Boulanger, É., & Drolet, M.-J. (2016). Continuité et discontinuité dans les trajectoires de soins de personnes ayant une problématique complexe de santé : perceptions d'ergothérapeutes – une étude exploratoire. *BioéthiqueOnline*, 5.
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2000, janvier). Self-Determination Theory and the Facilitation of Intrinsic Motivation, Social Development, and Well-Being. *American Psychologist*.

- Société Québécoise de la Schizophrénie. (n.d.). *Les différentes phases de la schizophrénie*. Retrieved from <https://www.schizophrenie.qc.ca/fr/phases>
- Sommer, J. L., & Witkiewicz, P. M. (2004). The therapeutic challenges of dual diagnosis: TBI/SCI. *Brain Injury, 12*, pp. 1297-1308.
- Townsend, E. A., & Polatajko, H. J. (2013). *Habiliter à l'occupation : Faire avancer la perspective ergothérapeutique de la santé, du bien-être et de la justice par l'occupation* (2e ed.). CAOT Publications ACE.
- Turpin, M. (2007). The issue is... Recovery of our phenomenological Knowledge in occupational therapy. *American Journal of Occupational Therapy, 61*(4), pp. 469-473.
- Van Campenhoudt, L., & Quivy, R. (2011). *Manuel de recherche en sciences sociales*. Dunod.
- Vidon, G., Combes, C., & Gross, A. (2012). *Discontinuité des soins et satellisation. Quels toits pour soigner les personnes souffrant de troubles psychotiques*. ERES.
- Weiss, S. J., Haber, J., Horowitz, J. A., Stuart, G. W., & Wolfe, B. (2009). The Inextricable Nature of Mental and Physical Health: Implications for Integrative Care. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association, 15*(6), pp. 371-382.

Tables des Tableaux

| | |
|---|----|
| Tableau 1 : Réponses aux questions générales de l'entretien..... | 27 |
| Tableau 2 : Réponses aux questions de la partie « Prise en charge ergothérapique en rééducation-réadaptation physique »..... | 29 |
| Tableau 3 : Suite des réponses aux questions de la partie « Prise en charge ergothérapique en rééducation-réadaptation physique »..... | 31 |
| Tableau 4 : Réponses aux questions de la partie « Rééducation-réadaptation physique et patients avec troubles psychotiques »..... | 33 |
| Tableau 5 : Suite des réponses aux questions de la partie « Rééducation-réadaptation physique et patients avec troubles psychotiques »..... | 35 |
| Tableau 6 : Réponses aux questions de la partie « L'engagement thérapeutique du patient »..... | 37 |
| Tableau 7 : Réponses à la question de clôture..... | 39 |

Tables des Figures

| | |
|---|----|
| Figure 1: Schéma du Modèle de l'Occupation Humaine de Kielhofner..... | 16 |
| Figure 2 : Diagramme décrivant les étapes de création de l'échantillon d'enquête..... | 25 |

Annexes

Annexe 1 : Mail de demande d’entretien..... II

Annexe 2 : Demande d’entretien via les réseaux sociaux.....II

Annexe 3 : Grille d’entretien III

Annexe 4 : Retranscription de l’entretien avec E1.....IV

Annexe 1 : Mail de demande d'entretien

Bonjour,

Je suis Yasmine, étudiante en 3ème année à l'IFE de Créteil et je réalise mon mémoire sur la prise en charge en ergothérapie des patients psychotiques en rééducation et réadaptation physique, notamment sur les manières d'engager ces patients avec double pathologie dans leur prise en charge.

Pour cela, je souhaite m'entretenir avec des ergothérapeutes exerçants ou ayant exercé en rééducation ou réadaptation physique, qui ont déjà pris en charge au moins 1 patient adulte présentant un trouble psychotique (schizophrénie, trouble délirant, troubles schizoaffectif etc.) en plus de sa pathologie physique.

Si vous acceptez de répondre à mes questions, au vu des circonstances actuelles, nous pouvons organiser un entretien par téléphone ou par mail, selon vos préférences et disponibilités. N'hésitez pas à me contacter si vous avez des questions.

Merci pour l'aide que vous m'apporterez et bonne journée !

Cordialement,

Annexe 2 : Demande d'entretien via les réseaux sociaux

Bonjour à tous,

Je suis étudiante en 3ème année à l'IFE de Créteil et je réalise mon mémoire sur la prise en charge en ergothérapie des patients psychotiques en rééducation et réadaptation physique, notamment sur les manières d'engager ces patients dans leur prise en charge.

- Vous êtes ergothérapeute DE (ou équivalent)
- Vous exercez ou avez exercé en rééducation ou réadaptation physique
- Vous prenez ou avez déjà pris en charge au moins 1 patient adulte présentant un trouble psychotique en plus de sa pathologie physique.

Votre témoignage m'intéresse ! N'hésitez pas à me contacter. Au vu des circonstances actuelles, nous pouvons organiser entretien téléphonique ou une visioconférence.

Merci pour l'aide que vous m'apporterez, bonne semaine !

Annexe 3 : Grille d'entretien

| Questions générales | | |
|--|---|---|
| N° | Questions | |
| 1 | <i>En quelle année avez-vous obtenu votre Diplôme d'Etat en ergothérapie ?</i> | |
| 2 | <i>Avez-vous suivi une formation complémentaire ? Notamment sur le domaine de la psychiatrie ?</i> | |
| 3 | <i>Avez-vous une expérience dans une structure de soins psychiatriques ? Si oui, de combien de temps ?</i> | |
| 4 | <i>Dans quelle structure travaillez-vous actuellement ? Et depuis combien de temps ?</i> | |
| Partie 1 : Prise en charge ergothérapique en rééducation-réadaptation physique | | |
| N° | Objectifs/Précisions | Questions |
| 5 | Identifier le contexte de soin Patientèle, Durée de séjour, Autres professionnels | <i>Pouvez-vous décrire le fonctionnement de la structure dans laquelle vous exercez ?</i> |
| 6 | Définir le rôle de l'ergothérapeute Objectifs généraux Rééducation et/ou réadaptation | <i>Comment décririez-vous votre rôle au sein de la structure/du service ?</i> |
| 7 | Identifier le modèle conceptuel/approche mis en place | <i>Utilisez-vous un ou des modèle(s) conceptuel(s) ? Sinon que pouvez-vous dire de votre approche de l'ergothérapie ?</i> |
| 8 | Mise en place des objectifs Collaboration avec le patient, Outils utilisés, Ajustements, Moment de la prise en charge | <i>Comment se déroule habituellement la mise en place des objectifs ergothérapiques ?</i> <i>Utilisez-vous un outil pour vous aider à identifier les objectifs de prise en charge du patient ?</i> |
| 9 | Mise en place des activités Type d'activités (analytiques, AVQ, papier-crayon, ludiques...) Moment de la prise en charge Signifiante/Significative Plutôt activité nouvelle ou connue Choix de l'activité par le thérapeute ou le patient | <i>Quel type d'activités proposez-vous à votre patient ?</i> <i>Comment se déroule habituellement la mise en place d'une activité ?</i> |

| Partie 2 : Rééducation-réadaptation physique et patients avec troubles psychotiques | | |
|---|--|--|
| N° | Objectifs/ Précisions | Questions |
| 10 | <p>Décrire les situations</p> <p>Nombre, Classe d'âge, Pathologies, Déroulement de la prise en charge, Spécificités de prise en charge perçues par l'ergothérapeute</p> | <p>Vous avez pris en charge un ou plusieurs patients avec comorbidité de troubles psychotiques.</p> <p><i>Pouvez-vous décrire cette ou ces situations ? Comment la présence d'un trouble psychotique a-t-elle influencé la prise en charge ?</i></p> |
| 11 | <p>Identifier les adaptations spécifiques de la pratique</p> <p>Outils pour la mise en place des objectifs Adaptation des activités Acteurs sollicités Lectures/Formation Modèles conceptuels</p> | <p><i>Avez-vous ressenti le besoin d'adapter les outils et activités utilisés ou de mobiliser des ressources spécifiques ?</i></p> |
| 12 | <p>Identifier les aménagements du cadre thérapeutique effectués par l'ergothérapeute</p> <p>Spatiaux Temporels Relationnels</p> | <p><i>Avez-vous ressenti le besoin d'adapter le cadre thérapeutique ?</i></p> |
| 13 | <p>Décrire les limites et freins structurels potentiels à la mise en place d'adaptations perçus par les ergothérapeutes.</p> | <p><i>Avez-vous fait face à des limites/freins dans la mise en place de ses adaptations ?</i></p> |
| Partie 3 : L'engagement thérapeutique du patient | | |
| N° | Objectifs/ Précisions | Question |
| 14 | <p>Définition de l'engagement et importance dans la prise en charge</p> | <p><i>Selon vous qu'est-ce que l'engagement thérapeutique du patient ? Quelle est son importance dans la prise en charge ?</i></p> |
| <p>L'engagement est « le sentiment de participer, de choisir, de trouver un sens positif et de s'impliquer tout au long de la réalisation d'une activité ou d'une occupation » (Meyer, 2013).</p> | | |

Ici, l'engagement thérapeutique sera composé de deux dimensions : l'observance (le comportement dans les soins) et l'adhésion (la représentation psychique et l'acceptation globale de ces soins) (Bottai & al., 2010).

| | | |
|---|---|--|
| 15 | <p>Evaluation de l'engagement dans la prise en charge</p> <p>Outils Observation</p> | <p><i>Evaluez-vous l'engagement du patient ? Si oui par quels moyens ?</i></p> |
| 16 | <p>Décrire l'évolution perçus de l'engagement des patients dans la prise en charge</p> <p>Impact des adaptations</p> | <p><i>Comment a évolué l'engagement du patient dans sa prise en charge ?</i></p> |
| 17 | <p>Identifier les facteurs d'engagement perçus par l'ergothérapeute</p> | <p><i>Durant ces séances, quels sont les éléments qui ont influé sur l'engagement du patient dans sa prise en charge ?</i></p> |
| <p><i>Avez-vous quelque chose à ajouter ?</i></p> | | |

Annexe 4 : Retranscription de l'entretien avec E1

1 - En quelle année avez-vous obtenu votre Diplôme d'Etat en ergothérapie ?

En 2011

2 - Avez-vous suivi une formation complémentaire ?

Oui, sur la prise en charge de l'AVC, sur la prise en charge des patients en service pneumo et réadaptation respiratoire, sur la prise en charge des patients avec maladie d'Alzheimer, beaucoup de formations d'aide aux aidants et sur la prévention des lombalgies.

-Et dans le domaine de la psychiatrie ?

En psychiatrie, non.

3 - Avez-vous une expérience dans une structure de soins psychiatriques ?

Hormis le stage en psychiatrie, en tant que professionnelle je n'ai pas d'expérience en psychiatrie, en ESA et AVC avec troubles psychiatriques associé, mais pas en psychiatrie.

4 - Dans quelle structure travaillez-vous actuellement ? Et depuis combien de temps ?

Un centre de rééducation fonctionnelle depuis 2015.

5 - Pouvez-vous décrire le fonctionnement de la structure dans laquelle vous exercez ?

Le centre de rééducation accueille des patients à la fois en hospitalisation complète et en hospitalisation de jour. En hospitalisation complète, les durées de séjour sont assez variables, d'1 mois à 6 mois voire 9 mois. Le maximum que l'on a eu c'est 1 an. Au niveau des pathologies, c'est de la neurologie adulte, il y a aussi de la neurologie pédiatrique mais mon intervention se situe principalement au niveau de la neurologie adulte. Des personnes relativement jeunes qui ont pu avoir des AVC, des maladies neurodégénératives, des traumatismes crâniens, et des personnes plus âgées avec des pathologies comme Parkinson et plus rarement Alzheimer. Il y a aussi un service d'orthopédie, où les ergothérapeutes interviennent beaucoup moins sur le service, plutôt sur de l'installation et des besoins spécifiques et ponctuels. Les ergothérapeutes interviennent principalement en service de neurologie.

- Pouvez-vous me parler des professionnels avec lesquels vous travaillez ?

Concernant l'équipe pluridisciplinaire, on a un grand plateau technique avec des ergothérapeutes, des kinésithérapeutes, ortho, psychomot, APA, psychologue, assistante sociale, diététicienne. Il y a également une équipe de soin avec aide-soignante et infirmier. Une équipe médicale avec deux médecins MPR, il y a un cadre de rééducation, 2 brancardiers, agents techniques et le service administratif.

- Y a-t-il un psychiatre dans le service ou rattaché au service ?

Il n'y a pas de psychiatre.

6 - Comment décririez-vous votre rôle au sein de la structure/du service ?

Je dirais que l'équipe d'ergothérapeute est assez bien intégrée dans l'équipe de rééducation, on a notre rôle dans l'aspect rééducatif et dans l'aspect de la réadaptation voire de la réinsertion, parce qu'en fonction des pathologies on peut aussi bien s'occuper des patients directement en rééducation pure quand il y a des capacités à récupérer, en post AVC pour le membre supérieur par exemple. Cependant, pour certaines pathologies neurodégénératives par exemple, où il est moins question de récupération, l'ergothérapeute va plus être là dans un rôle de réadaptation, c'est à dire qu'il va essayer de réapprendre des gestes du quotidien en faisant avec la situation de handicap, il va avoir un rôle de conseil, de prévention. On a aussi un groupe d'éducation à la santé pour la lombalgie. Et un rôle d'aide à la réinsertion, car on travaille avec une auto-école s'il y a besoin d'un véhicule adapté, où on a un rôle de tremplin entre l'institution et la sortie. On fait aussi des sorties thérapeutiques, j'ai eu l'occasion de faire des courses thérapeutiques, pour remettre en situation d'activité réelle de la vie quotidienne. Donc je dirais que le rôle est assez diversifié, que ce soit au niveau rééducatif, réadaptatif ou de réinsertion.

7 - Utilisez-vous un ou des modèle(s) conceptuel(s) ? Sinon que pouvez-vous dire de votre approche de l'ergothérapie ?

L'approche est différente en fonction des ergothérapeutes, de l'âge, des parcours de formation et d'écoles. J'ai connu des modèles conceptuels lors de ma formation. Je dirais que l'on s'approche quand même du modèle biopsychosocial. Pour ma part j'utilise beaucoup la CIF, que j'arrive à mettre en application relativement facilement dans mon travail. L'intérêt c'est que c'est un modèle pluridisciplinaire et qui amène une communication facile et un socle commun à toutes les professions qui gravitent autour du patient. C'est quand même moins utilisé dans le centre comme outil de communication, plus comme un outil personnel pour nous guider dans la mise en place des objectifs.

8 - Comment se déroule habituellement la mise en place des objectifs ergothérapeutiques ? Utilisez-vous un outil pour vous aider à identifier les objectifs de prise en charge du patient ?

Je pars du principe, peu importe la structure dans laquelle je travaille, que nos objectifs sont communs avec ceux du patient, qu'il faut partir des objectifs du patients en effectuant sa prise en charge. Je pars toujours de mon bilan, c'est une trame commune de bilan "maison" établie dans le centre en s'appuyant sur le modèle de la CIF. Je fais mon premier entretien avec le patient où j'essaye d'avoir une idée des objectifs du patient, ce qu'il attend de nous. Puis je fais les bilans qu'ils soient quantitatifs ou qualitatifs en fonction de la pathologie. Ensuite, je reprise lors d'entretien final les objectifs du patient en me basant sur la volonté du patient. Je me suis souvent rendu compte que certes on a la science pour aider le patient, mais s'il n'est pas sur la même longueur d'onde, on a aucune chance d'y arriver. Donc je dirais que l'établissement des objectifs est vraiment dépendant du patient, réalisé d'un commun accord, même si ma trame, mon guide méthodologique reste le même. Les objectifs sont évidemment réévalués et en fonction des objectifs initiaux, on arrive à se dire si on va répondre à nos objectifs et en se calquant sur les objectifs du patient, on peut voir qu'elles sont les problématiques qu'on va discuter avec l'équipe pluridisciplinaire. On peut voir si le patient est passif ou acteur, s'il est dans le déni, en décalage avec la réalité, pour guider.

9 - Quel type d'activités proposez-vous à votre patient ? Comment se déroule habituellement la mise en place d'une activité ?

C'est franchement dépendant du patient, de la pathologie, des capacités, de la présence ou non de troubles cognitifs, de l'âge du patient. Je ne propose pas la même chose à tous les patients. Je vais surtout me baser déjà sur les habitudes de vie antérieures, sur les loisirs. Mieux je vais connaître la personne, plus je vais lui proposer des activités auxquelles elle va adhérer. Toutes mes activités dépendent vraiment du profil de la personne. Je les mets en place à la suite des bilans, je vais prioriser les objectifs et d'un commun accord avec le patient, on va par exemple décider que la priorité est de travailler les transferts avec un patient de neurologie. Il y a des patients qui ont tout de suite envie de retrouver de l'autonomie, auquel cas l'aspect rééducatif va peut-être passer en second plan, on va plutôt mettre en place des éléments qui vont permettre à la personne d'être indépendante dans un premier temps. Il y a des patients qui vont être focaliser sur la rééducation du membre supérieur, là on va commencer par mettre en place des activités autour de la rééducation du bras, pour lui permettre une adhésion à la prise en charge. On se calque aussi au projet thérapeutique du patient, mais je demande toujours clairement au patient s'il veut faire l'activité, s'il est motivé à la faire et s'il y trouve un intérêt, on le voit parfois rien qu'au langage non verbal. Mais avec des

personnes qui ont des troubles cognitives, c'est beaucoup plus compliqué et la démarche est différente, il peut nous arriver de ne pas aller dans le sens du patient, mais c'est vraiment au cas par cas.

10 - Vous avez pris en charge un ou plusieurs patients avec comorbidité de troubles psychotiques. Pouvez-vous décrire cette ou ces situations ? Comment la présence d'un trouble psychotique a-t-elle influencé la prise en charge ?

Je vais choisir une situation qui m'a plus marquée que les autres, à laquelle je pense tout de suite si on me parle de troubles psychiatriques, même si j'en ai connu plusieurs. C'était un monsieur d'une soixantaine d'année qui avait fait un AVC relativement ancien et qui venait en hôpital de jour pour entretenait les capacités restantes qu'il avait. Il était diagnostiqué psychotique schizophrène et il était suivi. Il se déplaçait en fauteuil roulant, il avait une hémiparésie gauche et il était amputé de l'avant-bras droit. Surtout il avait des gros troubles psychiatriques. Ce que je retiens de ce patient et que je peux décrire, c'est que j'avais un grand sentiment d'inutilité face à lui car je m'estime peu formée à la prise en charge des troubles psychiatriques, c'est quand même un métier complètement différent de ce qu'on peut connaître en rééducation fonctionnelle. Il était très éparpillé dans la prise en charge, j'arrivais à mettre un cadre mais il dirigeait quand même pas mal la prise en charge. C'est à dire qu'il venait à toutes les séances mais tout ce qu'on pouvait lui proposer, ça ne lui allait pas si on l'avait déjà fait la fois d'avant, il se souvenait beaucoup des activités. Il était très limité en termes de capacités, les activités étaient faites en uni manuel. On a beaucoup d'activités mais il a vite fait le tour de ce qu'on lui proposait. Il ne voulait pas du tout de fonctionnel, il n'adhérait pas aux activités qui n'étaient pas analytiques. Son passe-temps favori c'était de manger des bonbons, de manière compulsive, toutes les 30 secondes. On était dans une grande salle d'ergothérapie avec jusqu'à 13 ou 14 patients, et il perturbait tout ce monde, c'était la mascotte, il animait, il faisait rigoler tout le monde et donnait des bonbons à tout le monde. Donc c'est vrai qu'il était peu efficace dans ses activités. J'avais vraiment l'impression d'être dans de l'occupationnel et puis dès qu'il finissait son activité, il criait à sa façon pour qu'on change son activité. Les autres patients étaient toujours très étonnés de voir sa manière de nous interpeller, donc sa perturbait tout le monde quoi. On avait un manque de crédibilité, les patients nous voyaient différemment parce qu'on avait une approche complètement différente et décalée par rapport aux autres. C'était compliqué mais en soit je l'ai quand même pris en charge. D'un point de vue fonctionnel, il était là pour passer le temps, on avait du mal à tenir les objectifs, parce que forcément l'adhésion du patient était complètement différente. Il y avait un vrai sentiment de frustration, de se dire qu'il n'avait pas vraiment conscience de ses objectifs et de sa récupération, qu'il était là plutôt pour faire passer le temps.

11 - Avez-vous ressenti le besoin d'adapter les outils et activités utilisés ou de mobiliser des ressources spécifiques (lectures, autres professionnels sollicités, formations...) dans la prise en charge de ce ou ces patient(s) ?

En termes de ressources mobilisées, j'en beaucoup parler avec mes collègues ergothérapeutes et psychologues pour qu'elles me donnent des outils et aussi qu'elles accueillent ma frustration, pour savoir s'il était normal que je ressentie ça face au patient. J'ai très peu de science en ce qui concerne les pathologies psychiatriques, mis à part les cours qu'on a eu dans notre formation initiale et les stages que j'ai eu, ce qui pour moi est très minime. Mais je n'ai pas tant ressenti le besoin d'adapter les techniques analytiques ergothérapeutiques. J'ai utilisé les mêmes outils qu'habituellement.

12 - Avez-vous ressenti le besoin d'adapter le cadre thérapeutique (spatial, temporel et relationnel) dans la prise en charge de ce ou ces patient(s) ?

J'ai essayé de le mettre tout seul et il avait besoin de voir les autres, ça lui faisait du bien de voir des gens et de se sentir regardé, pour certaines personnes le regard des autres vis à vis du handicap peut être difficile pendant les séances, autant pour lui j'avais l'impression que ça lui faisait du bien d'être vu et de faire rire les autres. Après je tempérerais quand même quand ça allait trop loin je lui disais. J'étais un peu différente avec lui, parce qu'il avait une manière différente d'être, mais je peux aussi avoir ce comportement avec des patients qui ont des syndromes frontaux ou des personnes qui ont un comportement inadapté. Pour savoir comment me comporter avec lui, comment modifier ma posture, j'en ai parlé avec mes collègues psychologues, pour savoir comment accueillir ce patient et comment contrôler le cadre. Je me trouvais parfois trop gendarme, trop dirigiste vis à vis de lui, et ça me posait question. Mais les psychologues me disaient que c'était ce qu'il fallait pour lui, il avait besoin de ce cadre.

13 - Avez-vous fait face à des limites/freins dans la mise en place de ses adaptations ? Quelles ont été pour vous ces limites ?

Les limites pour moi, c'était quand il était dans ses états compulsifs, où il mangeait ses bonbons et ne s'arrêtait pas, mais la limite c'était aussi quand lui disait "stop", quand il ne voulait plus de l'activité, des limites liées à ses troubles du comportement. Il y avait aussi la limite de l'établissement, on n'est pas fait pour accueillir ce type de patient, on ne nous a pas donné les moyens, les ressources ne serait-ce qu'en terme de formation, pas tant en termes de techniques et de moyens matériels mais en termes d'accueil, d'accompagnement et d'écoute, je me suis sentie limitée dans cette structure.

14 - Selon vous qu'est-ce que l'engagement thérapeutique du patient ? Quelle est son importance dans la prise en charge ?

Pour moi, l'engagement dans la prise en charge c'est le fait d'accepter la prise en charge, d'y participer activement, s'engager à essayer d'atteindre les objectifs. C'est aussi être présent en séance, c'est aussi ce qui va permettre à la personne d'avoir des résultats.

- Dans le cadre de mon mémoire, j'ai choisi la définition suivante : *Lecture de la définition*

15 - Évaluez-vous l'engagement du patient ? Par quels moyens ?

Déjà par son comportement, son assiduité mais est-ce qu'on ne l'obligeait pas à venir ? Il était amené en ambulance. C'était plus par son attitude, son comportement qui me permettait de juger de son engagement, plus que par les activités, parce qu'il les faisait mais pas forcément tout le temps et parfois à moitié.

16 - Comment a évolué l'engagement du patient dans sa prise en charge ?

Il était là, ça ne le dérangeait pas de venir, par contre on sentait qu'il n'était pas acteur de sa prise en charge, il subissait. Il était présent mais sans réellement de conviction et d'envie dans sa thérapie. Le patient était un peu dans l'engagement parce qu'il était présent, mais la question que je me pose c'est est-ce qu'on ne l'avait pas obligé à être présent ? Est-ce que c'était une demande de sa part d'être présent ? Je n'ai pas ces réponses. Oui, il était là, on sentait à certains moments qu'il aimait être là, mais c'était très limité et il retournait vite à ses bonbons. Je peux dire qu'il passait des bons moments, mais si on prend en compte toutes les dimensions de la définition de l'engagement, je n'ai pas l'impression qu'il était dans l'engagement, du moins pas totalement, j'ai quand même l'impression qu'il subissait les séances. Au niveau de son comportement, ça n'a pas beaucoup changé, il n'y a pas eu d'aggravation de son comportement, pas d'amélioration non plus. Je n'ai pas senti qu'il était plus engagé dans les activités. La personne qui est arrivée était la même qu'à sa sortie.

17 - Durant ces séances, quels sont les éléments qui ont influé sur l'engagement du patient dans sa prise en charge ?

Il faut créer une relation qui soit de qualité dès le début et proposer des activités qui ont du sens selon le profil de la personne. Au début, j'ai beaucoup discuté avec le patient, pour essayer de comprendre, mais l'interaction était compliquée, il ne me regardait pas dans les yeux, il ne répondait pas forcément aux questions, je dirais qu'on a quand même essayé d'élaborer une communication, après j'avouerais que

c'était quand même compliqué de mener la communication ou en tous cas de continuer à essayer de le motiver, à le persuader de l'intérêt de sa venue au centre. Mais ses troubles psychotiques restaient très présents et je n'arrivais pas moi avec les moyens que j'avais à les contourner pour lui permettre de comprendre mieux les choses et lui permettre de s'engager dans sa prise en charge.

Avez-vous quelque chose à ajouter ?

C'était une vraie expérience cette prise en charge et ça nous remet en question sur notre façon d'être et de faire. Mais ça nous fait prendre conscience qu'il y a des pathologies que l'on n'a pas l'habitude de prendre en charge et qu'il faut vraiment être formé pour pouvoir mieux les accompagner. C'est vrai que je ne suis pas très passionnée par la psychiatrie, en termes d'exercice professionnel, je garde une très bonne expérience de mes stages en psychiatrie, même si c'était assez dur. Je pense quand même que l'on devrait faire quelque chose au niveau de la formation post D.E., parce qu'effectivement même si on ne travaille pas dans une structure psychiatrique, on est quand même amenés à rencontrer des personnes avec des troubles psychiatriques, et de plus en plus d'ailleurs peu importe la pathologie et on rencontre souvent des comportements qui sont souvent assez similaires et des difficultés qui sont assez semblables.

Fin de l'entretien

L'ergothérapie pour favoriser l'engagement des patients psychotiques en rééducation-réadaptation physique

Résumé :

Aujourd'hui en France, les ergothérapeutes s'insèrent dans un système de santé cloisonné dans lequel chaque spécialité est exercée séparément. Dans ce contexte, les patients présentant des troubles psychiatriques, notamment des troubles psychotiques, peuvent faire face à des difficultés de prise en charge pouvant mener à une discontinuité des soins. Ainsi, les professionnels de santé cherchent constamment à améliorer ces prises en charge complexes en favorisant l'engagement des patients dans leur thérapie.

Cette étude cherche à décrire les adaptations de la pratique et du cadre thérapeutique réalisées par les ergothérapeutes pour favoriser l'engagement thérapeutique des patients présentant des troubles psychotiques en rééducation-réadaptation physique. Pour répondre à ce questionnement, une enquête par entretiens semi-directifs a été réalisée auprès de 5 ergothérapeutes exerçant en rééducation-réadaptation physique et ayant pris en charge au moins un patient présentant une comorbidité de troubles psychotiques.

Les résultats de cette enquête nous montrent que les ergothérapeutes décrivent bien des spécificités de prise en charge de ces patients et soulignent l'importance d'une approche centrée sur la personne. Néanmoins, ils peuvent rencontrer des obstacles institutionnels à la mise en place d'adaptations. Notre hypothèse est partiellement validée, notre enquête nous a permis de mettre en évidence les différentes adaptations mises en place par l'ergothérapeute, mais pas toujours à montrer un réel impact sur l'engagement thérapeutique du patient.

Mots-clés : ergothérapie, engagement thérapeutique, troubles psychotiques, rééducation-réadaptation physique, prises en charge complexes

Occupational therapy to support therapeutic commitment of patients with psychotic disorder in physical rehabilitation.

Abstract:

Today in France, occupational therapy fits into a context of divided care where each specialty is practiced separately. In this context, patients with psychiatric disorders, especially psychotic disorder, may face care issues which can lead to discontinuity of care. Healthcare professionals are continuously trying to find ways to improve this complex care situations by promoting patient commitment in their therapy.

This research aims at describing the adaptations of the therapeutic framework and ways of practicing made by the occupational therapist to contribute to the therapeutic commitment of patients with a psychotic disorder in physical reeducation and rehabilitation. We are exploring this interrogation through semi-directive interviews, conducted with 5 occupational therapists practicing in physical reeducation and rehabilitation, who took care of at least one patient with a co-morbidity of psychotic disorder.

Results show that occupational therapists describe many specific aspects of the care of these patients and stress the importance of a person-centered approach. However, they may encounter institutional hurdles to the implementation of these adaptations. Our hypothesis is therefore partially validated, as our research allowed us to highlight the different adaptations made by the occupational therapist but failed to show a real incidence on the patient's therapeutic commitment.

Key words: occupational therapy, therapeutic commitment, psychotic disorder, physical reeducation and rehabilitation, complex care situations