

# Schizophrénie : l'enjeu du maintien au domicile



*Babina Federico*

**Favoriser, par l'accompagnement en ergothérapie, le maintien au domicile des personnes atteintes de schizophrénie.**

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

Sous la direction de Madame Marie-Lise GONZALEZ

Allano Sonia  
Session Juin 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), ALLANO Sonia étudiant(e) en 3<sup>ème</sup> 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 29/05/2020

Signature :



**NOTE AUX LECTEURS :**

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

## **REMERCIEMENTS**

Je tiens à remercier toutes les personnes qui m'ont soutenue et aidée, de près ou de loin, durant la réalisation du mémoire d'initiation à la recherche,

Tout d'abord, pour son temps et son engagement, ma maître de mémoire, Marie Lise GONZALEZ qui depuis le début m'a aiguillée, accompagnée et soutenue dans toutes les étapes de ce travail.

Je remercie également l'ensemble de l'équipe pédagogique et les intervenants de l'IFE de Créteil, toujours bienveillants et disponibles.

Je souhaite tout particulièrement remercier les ergothérapeutes qui m'ont accordées du temps afin de répondre à mon enquête de recherche, sans leur aide, ce travail n'aurait pas pu aboutir.

Enfin, je remercie mes camarades de promotion avec qui j'ai eu la chance et le privilège de passer ces trois ans de formation, mes amis pour leur soutien et ma famille pour avoir amené un regard extérieur toujours constructif.

*« Nous sommes sans domicile fixe, le monde entier est sans abri si nous ne parvenons pas à nous sentir chez nous avec les autres. »*

Jens Christian Grøndahl

<b>Introduction</b>	<b>1</b>
<b>I. Partie conceptuelle</b>	<b>3</b>
<b>A. La schizophrénie : définition et prise en soin</b>	<b>3</b>
1. Définition et épidémiologie	3
2. Sémiologie et évolution	4
3. Formes cliniques de la schizophrénie	6
4. Retentissement sur la vie quotidienne	7
5. Traitement et prise en soin	8
6. La réhabilitation psychosociale : histoire et définition	8
<b>B. Ergothérapie et MOH</b>	<b>10</b>
1. Ergothérapie, science de l'activité au cœur de la réhabilitation psychosociale	10
2. Modèle de l'occupation humaine	11
3. MOH : modèle ancré dans le concept de réhabilitation psychosociale	15
4. L'apprentissage	16
5. Transfert des apprentissages	17
6. Les mises en situation écologique : outil de la réhabilitation	19
<b>C. Le domicile</b>	<b>20</b>
1. Définition du domicile	20
2. Le domicile : lieu d'intimité	21
3. Schizophrénie et domicile	22
4. Intervention au domicile	23
5. Conclusion de la partie conceptuelle	25
<b>II. Partie méthodologie</b>	<b>26</b>
<b>A. Choix de la méthode d'enquête</b>	<b>26</b>
1. Objectifs de l'enquête	26
2. Choix de l'outil	26
3. Choix de la population	27
4. Élaboration du guide d'entretien	27
5. Modalités de passation	28
<b>B. Résultats bruts</b>	<b>29</b>
1. Présentations des personnes interrogées	29
2. Présentation des résultats bruts	29
<b>B. Analyse des résultats</b>	<b>36</b>

<b>C. Discussion</b>	<b>42</b>
1. Confrontation entre données théoriques et résultats obtenus	42
2. Analyse par rapport aux situations de handicap dans la vie quotidienne	43
3. Analyse par rapport au transfert des acquis	43
4. Analyse par rapport aux interventions à domicile	44
5. Analyse entre mise en situation et maintien au domicile	45
6. Confrontation des résultats obtenus et de l'hypothèse de recherche	45
7. Limites de l'étude	46
8. Intérêts de l'étude	47
9. Pistes de réflexion	47
<b>Conclusion</b>	<b>49</b>
<b>Bibliographie</b>	<b>50</b>
<b>Annexes</b>	<b>I</b>

## Introduction

L'inclusion des personnes en situation de handicap dans la société est prônée depuis la loi de 2005 sur l'égalité des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

Quinze ans après cette loi, les pathologies psychiatriques sont toujours stigmatisées dans nos sociétés. La schizophrénie, maladie chronique et complexe entraînant un handicap psychique, reste connotée négativement.

En effet, très peu de personnes sont sensibilisées à la symptomatologie ni sur les besoins et les capacités des personnes atteintes. Leur réinsertion dans la société est souvent freinée par ce manque de connaissances.

Le questionnement à l'origine de ce travail de recherche a émergé lors d'un stage en psychiatrie au sein d'une unité d'hospitalisation fermée. Les ergothérapeutes intervenaient auprès de patients atteints de schizophrénie qui étaient fortement représentés dans la structure. En effet, lors d'une phase aiguë de la maladie, la personne est hospitalisée à temps plein en psychiatrie.

Après avoir assisté à des séances individuelles et en groupe et m'être entretenue avec plusieurs patients qui allaient bientôt sortir de la structure, je me suis rendu compte que beaucoup de patients étaient très angoissés à l'idée de retourner dans la vie quotidienne, la vie « normale ».

Les discours de ces patients, souvent jeunes, montrent de grands questionnements et de nombreuses peurs sur l'impact de la maladie sur leur vie. En effet, la reprise d'une activité de vie quotidienne comme elle l'était « avant » semble très difficile pour ces personnes, voire impossible pour d'autres. Ils sont complètement démunis et peuvent douter de leur capacité à s'ancrer dans la cité. Ils se sentent à l'écart de la société et celle-ci les rejette souvent.

Le questionnement de départ était le suivant :

**Comment l'accompagnement en ergothérapie peut-il favoriser le retour au domicile de la personne atteinte de schizophrénie ?**

Une fois l'idée née, je me suis alors intéressée à l'impact des troubles que la schizophrénie entraîne dans la vie quotidienne. Les recherches sur la pathologie m'ont appris que toutes les sphères quotidiennes étaient touchées comme les activités de vie quotidienne de base (se faire à manger, se laver), les relations sociales ou encore la vie professionnelle. De plus après quelques lectures une phrase de Bernard Ennuyer m'a paru pertinente : « ils éprouvent des difficultés à trouver un logement et sont très souvent à la charge de leur famille » (Granger & Naudin, 2006).

Le domicile est un lieu où l'on gère ses repas, ses prises de médicaments, où l'on réalise ses soins quotidiens. C'est un lieu important et synonyme d'ancrage dans la vie « normale ». C'est pourquoi j'ai décidé de centrer mes recherches sur le domicile des patients stabilisés car c'est pour moi un endroit important et indispensable pour que la personne atteinte de schizophrénie puisse appréhender sa maladie et se réinsérer en société.

C'est dans cette réflexion que je trouve la place de l'ergothérapeute importante car « *l'objectif de l'ergothérapie est de maintenir, de restaurer et de permettre les activités humaines de manière sécurisée, autonome et efficace, et, ainsi, de prévenir, réduire ou supprimer les situations de handicap pour les personnes, en tenant compte de leurs habitudes de vie et de leur environnement.* » (ANFE, L'ergothérapie : définition, 2019)

Les ergothérapeutes travaillant en structure extra-hospitalière sont là pour accompagner les personnes atteintes de schizophrénie dans une démarche de réhabilitation vers une vie plus autonome. Pour favoriser la confiance et l'intégration des personnes atteintes de schizophrénie dans la communauté un accompagnement psychosocial est indispensable pour améliorer son quotidien (INSERM, 2014). Pour être prises en charge en structure extra-hospitalière, les personnes habitent soit dans un logement autonome ou dans des appartements thérapeutiques et associatifs. L'intérêt étant qu'ils s'y maintiennent.

Ces premières recherches d'exploration m'ont permis de dégager des axes qui me semblaient intéressants à préciser pour la suite de ma réflexion.

Tout d'abord, les structures extra-hospitalières semblent être les structures charnières pour la réinsertion de la personne malade. Ensuite vient la réhabilitation psychosociale, concept qui regroupe différentes pratiques ayant pour but l'amélioration de l'autonomie et la progression de la personne dans sa vie quotidienne. L'ergothérapeute peut intervenir en réhabilitation psychosociale avec différents moyens dans une démarche d'accompagnement dans les activités de vie quotidienne.

Après plusieurs lectures sur ces différents axes de recherches, le questionnement de départ a été modifié pour la question de recherche suivante :

**Comment l'accompagnement des ergothérapeutes travaillant en structure extra-hospitalière peut-il favoriser le maintien au domicile des personnes atteintes de schizophrénie ?**

Dans un premier temps, une partie conceptuelle explicitera les différentes notions en lien avec le questionnement de recherche, il en découlera une hypothèse de recherche.

Dans un second temps, une partie méthodologique présentera l'enquête qui a été menée.

Enfin nous concluons pour valider ou invalider l'hypothèse de recherche et répondre au questionnement de départ.

## I. Partie conceptuelle

### A. La schizophrénie : définition et prise en soin

#### 1. Définition et épidémiologie

La schizophrénie est une pathologie psychiatrique chronique qui selon l'OMS<sup>1</sup> toucherait environ 23 millions de personnes dans le monde (Organisation Mondiale de la Santé, 2019). À l'échelle mondiale on considère qu'environ une personne sur cent est atteinte de schizophrénie. La maladie figure dans les dix pathologies les plus invalidantes et est la psychose la plus répandue chez l'adulte.

Elle toucherait légèrement plus les hommes que les femmes. Les premiers symptômes se déclarent généralement chez le jeune adulte entre 15 et 25 ans (Inserm, 2020)<sup>2</sup>. Dans 35 % à 40 % des cas, elle se manifeste par des débuts aigus, avec des bouffées délirantes. Elle sévit dans toutes les régions du monde mais est néanmoins légèrement plus fréquente en milieu urbain et chez les migrants.

Selon l'INSERM, en France près de 600 000 personnes seraient concernées par cette maladie soit, environ, 0,7% de la population. Une personne atteinte de schizophrénie voit son espérance de vie réduite d'une dizaine d'années. (Llorca, 2004)

La première introduction de la terminologie schizophrénie est faite au début du XXe siècle par le psychiatre Eugen Bleuler. En 1911, il oublie le terme « démence précoce » énoncé par Emil Kraepelin pour parler de schizophrénie comme une fraction de l'esprit. (Llorca, 2004)

La schizophrénie est une pathologie qui s'exprime différemment selon les personnes qui en souffrent, cette maladie psychiatrique est notamment caractérisée par une symptomatologie très variable. La classification internationale des maladies (CIM 10) définit la schizophrénie de la façon suivante : « *Les troubles schizophréniques se caractérisent habituellement par des distorsions fondamentales et*

---

<sup>1</sup> Organisation mondiale de la santé

<sup>2</sup> Institut national de la santé et de la recherche médicale

*caractéristiques de la pensée et de la perception, ainsi que par des affects inappropriés ou émoussés. La clarté de l'état de conscience et les capacités intellectuelles sont habituellement préservées, bien que certains déficits des fonctions cognitives puissent apparaître au cours de l'évolution » (Organisation Mondiale de la Santé, 2008).*

L'apparition des premiers symptômes nécessite une prise en charge hospitalière.

## 2. Sémiologie et évolution

Selon le DSM 5 <sup>3</sup>, la schizophrénie est représentée par des symptômes caractéristiques. On parle de symptômes positifs quand des manifestations apparaissent en plus des fonctions mentales « classiques » et à l'inverse de symptômes négatifs qui expriment le déclin d'une fonction normale. La troisième catégorie de symptômes regroupe les symptômes de désorganisation.

Les symptômes dits positifs :

- Les idées délirantes : croyances erronées sur la réalité de la vie extérieure qui sont maintenues par la personne malgré des preuves évidentes de l'irréalité de la situation.
- Les hallucinations : sensations ou perceptions d'objets externes n'existant pas dans la réalité, elles ont l'air tout à fait normales et peuvent toucher une des cinq modalités sensorielles

Les symptômes dits négatifs sont par exemple :

- L'apathie : réaction et émotion affaiblie
- L'aboulie : diminution de l'envie et de la volonté
- Le repli sur soi et le retrait social, la personne reste « dans son monde »
- L'apragmatisme : incapacité à entreprendre des actions

Les symptômes de désorganisation :

- Un discours désorganisé : discussion sans connexion logique, semée d'incohérence entre les pensées ou entre questions et réponses. La personne passe d'un sujet à un autre sans transition.
- Un comportement désorganisé : la personne fait des choses inhabituelles de façon excessive, on observe des difficultés dans la réalisation des activités de vie quotidienne simple telles que les soins d'hygiène et la prise de repas. La présentation peut également être catatonique c'est-

---

<sup>3</sup> Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux cinquième édition

à-dire marquée par une baisse des activités motrices, une passivité entrecoupée de phase d'excitation.

Pour pouvoir parler de schizophrénie « *deux (ou plus) des symptômes suivants ont été présents une partie significative du temps pendant une période d'un mois (ou moins si traités avec succès)* » (Association psychiatrique américaine, 2005).

En plus de ces symptômes caractéristiques, les personnes atteintes de schizophrénie peuvent également présenter des troubles cognitifs avec notamment des troubles attentionnels et mnésiques comme des difficultés de concentration, une atteinte des fonctions exécutives et des troubles des cognitions sociales. La dimension cognitive impacte les habitudes de vies de la personne sur le plan personnel, social ou encore professionnel.

L'entrée dans la schizophrénie se fait généralement à la fin de l'adolescence. La pose du diagnostic peut s'avérer être relativement longue. En effet, dans certains cas, la phase de début ou « phase prodromique » s'insinue de façon progressive. Les débuts insidieux s'observent par un changement de comportement, un désintérêt des occupations habituelles, un isolement familial et amical. La personne montre une forme d'indifférence et d'apathie envers l'autre. Parfois, on peut aussi observer une baisse des performances intellectuelles ayant des répercussions au niveau scolaire ou professionnel.

Enfin, il arrive aussi que les personnes fassent une fixation intense sur un sujet ou sur une idée. Dans ce cas précis, elles se sentent persécutées par quelque chose ou quelqu'un. Cette batterie de signes avant-coureurs passe souvent inaperçue dans l'entourage de la personne atteinte de schizophrénie, d'autant plus que la première phase de la maladie peut durer ainsi de quelques jours à plusieurs années.

La deuxième phase de la schizophrénie, appelée phase active ou phase aiguë, se manifeste dans la plupart des cas après la phase prodromique, mais pour certaines personnes la phase active et ses symptômes apparaissent de façon brutale (bouffée délirante aiguë). Cette période pathologique fait ressortir les symptômes positifs de la maladie tels que les délires et les hallucinations. La personne, en crise, a souvent besoin d'une hospitalisation pendant cette période. Plus la personne atteinte de schizophrénie rechute, plus son fonctionnement occupationnel est altéré car les symptômes résiduels

s'amplifient (Llorca, 2004). L'autonomie est fortement compromise et entraîne des hospitalisations successives.

Enfin la phase de stabilisation clinique se nomme la « phase résiduelle » car des symptômes semblables à la phase prodromique sont encore visibles, mais les symptômes positifs ont disparus grâce aux traitements adéquats. « Elle indique que l'état de la personne est plus ou moins stabilisé depuis plusieurs années sans survenue de phases actives aiguës » (Llorca, 2004).

L'évolution de la maladie peut suivre trois voies différentes caractérisées de la façon suivante : (Llorca, 2004)

- Pour 25 à 30 % des personnes, on observe un retour de l'état fonctionnel à un niveau quasi équivalent à l'état antérieur, c'est-à-dire avant l'apparition de la phase active.
- Pour la moitié des cas, on observe un état stabilisé avec des symptômes résiduels, mais stabilisés et sans signes psychotiques. On parle d'état « dysadaptif »
- Enfin pour les derniers 20 à 25%, une chronicisation s'installe et une dégradation de l'état global apparaît avec des retours fréquents à l'hôpital

### 3. Formes cliniques de la schizophrénie

Il n'existe pas seulement une schizophrénie, mais « des schizophrénies », en effet il en existe plusieurs types. Selon la prévalence d'apparition d'une catégorie de symptôme au moment de l'évaluation on peut classer le type de schizophrénie.

Cinq catégories de schizophrénies sont annoncées dans la classification internationale des maladies (version 10)<sup>4</sup> :

- La schizophrénie paranoïde (la plus fréquente) : prédominance des symptômes hallucinogènes, des idées délirantes et de sentiments de persécution.
- La schizophrénie hébéphrénique : forme où la maladie débute tôt, caractérisée par une perturbation des affects, un discours incohérent et une pensée incohérente. On observe peu d'hallucinations et d'idées délirantes dans ce type de schizophrénie.

---

<sup>3</sup> Voir annexe 1

- La schizophrénie catatonique : présence de troubles psychomoteurs pouvant aller d'un extrême à l'autre, état de passivité générale, survenue d'épisodes de violente agitation et enfin des expériences hallucinatoires intenses.
- La schizophrénie indifférenciée : cette forme se nomme ainsi car elle répond aux critères classiques de la schizophrénie, mais ne correspond pas aux formes énoncées précédemment. Plusieurs symptômes caractéristiques peuvent être présents, mais sans prédominances.
- La schizophrénie résiduelle : correspond au stade chronique de la maladie, souvent caractérisé par des symptômes négatifs durables, mais pas irréversibles.

Les catégories ne sont pas figées et la personne atteinte de schizophrénie peut passer d'une forme à l'autre de la maladie selon les périodes. (Organisation Mondiale de la Santé, 2008)

#### 4. Retentissement sur la vie quotidienne

Comme nous l'avons énoncé plus tôt, la schizophrénie entraîne « *un haut degré d'incapacité c'est-à-dire de limitations dans les activités quotidiennes et/ou professionnelles, telles que la préparation de repas, le shopping, la gestion de la médication, de rendez-vous, d'un contact téléphonique, etc.* » (Levaux, Van der Linden, Laroi, & Danion, 2012). Cette pathologie implique un réel handicap psychique qui est défini par « *toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération [...] d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques* » (UNAFAM, 2020).

Les troubles cognitifs présents dans la maladie impactent le fonctionnement de la personne. La capacité à prendre soin de soi, à gérer son traitement, à conserver son logement viable, à planifier ses tâches quotidiennes est régie par les performances cognitives. « *Plus précisément, une altération de la mémoire de travail et du fonctionnement exécutif limite de manière significative la capacité à acquérir, retenir ou réapprendre des compétences importantes pour le fonctionnement quotidien* » (Hardy Baylé, 2015).

Prenons l'exemple cité par Rigaut dans *Le traité de la réhabilitation psychosociale* : prendre un repas seul chez soi est une activité quotidienne de base, nécessaire et vitale. Malgré son apparente simplicité pour la plupart des personnes, pour une personne atteinte de schizophrénie cette tâche s'avère être plus complexe. Manger implique d'avoir au préalable fait des courses, conserver les aliments et évidemment cuisiner. Ces différentes actions demandent, entre autres, de l'anticipation, des mécanismes de mémorisation (mémoire de travail et procédurale) et de la planification (Rigaut, et al., 2018). Les fonctions cognitives sont fortement sollicitées et les troubles liés à la pathologie entraînent donc de fortes diminutions des capacités de réalisation d'activités de vie quotidienne de base.

Les déficits cognitifs résultant de la schizophrénie ne sont pas les seuls à expliquer la restriction occupationnelle de la personne. Les symptômes négatifs comme l'aboulie ou encore l'apragmatisme impactent directement la réalisation des activités de vie quotidienne. En revanche, les symptômes positifs semblent avoir moins d'impacts directs sur la vie quotidienne, de plus ils sont en partie « effacés » grâce à un traitement médicamenteux (Bowie, 2010).

## 5. Traitement et prise en soin

Pour pallier les incapacités entraînées par les troubles liés à la schizophrénie, la prise en charge de la personne doit être globale pour pouvoir être efficace. Elle comprend un volet biologique avec un traitement médicamenteux, une approche sociale et psychothérapique.

Le traitement médicamenteux regroupe un traitement à base d'antipsychotique essentiellement ainsi que d'autres psychotropes comme des antidépresseurs, des anxiolytiques et des thymorégulateurs.

Lorsque les médicaments sont insuffisants ou pour suppléer leur efficacité les médecins proposent l'électroconvulsivothérapie ou encore la stimulation magnétique transcrânienne.

En complément des traitements médicamenteux, une approche psychosociale est indispensable car elle aide à mieux comprendre et gérer les symptômes. En effet les difficultés cognitives et les difficultés sociales (repli sur soi, isolement) entraînent une perte d'autonomie. Le but de réhabilitation psychosociale est de réduire les difficultés quotidiennes de la personne atteinte de schizophrénie afin de faciliter son rétablissement. Cette approche tente d'améliorer l'autonomie de la personne dans toutes les sphères occupationnelles pour l'aider au quotidien. Pour gagner en efficacité, une alliance thérapeutique entre le patient, son entourage et l'équipe soignante est fondamentale. (Haute autorité de santé , 2007). Aujourd'hui, des études montrent qu'une prise en charge adaptée, combinant traitement pharmacologique et psychosocial, permet d'obtenir une rémission durable chez un tiers des patients (Inserm, 2020). Pour autant, une stabilisation des symptômes ne signifie pas une disparition totale de ceux-ci, mais permet une stabilité clinique diminuant les rechutes.

## 6. La réhabilitation psychosociale : histoire et définition

En France le renouveau de la psychiatrie arrive dans la seconde partie du 20<sup>e</sup> siècle. En effet, la symptomatologie tend à baisser avec l'apparition des traitements antipsychotiques dans les années 1950. « *La psychiatrie entra donc dans une ère nouvelle grâce à la découverte de nouvelles classes de médicaments permettant de traiter symptomatiquement les psychoses, de combattre les troubles de l'humeur et de soulager l'anxiété.* » (Missa, 2008). Cela correspond au mouvement de

désinstitutionnalisation qui « *constitue l'un des courants les plus actifs dans l'évolution actuelle des dispositifs d'assistance psychiatrique ou sociale* » (Ailam, 2008). Le système de soin évolue et on observe l'extinction des asiles. Les personnes présentant moins de symptômes quittent l'hôpital pour se réintégrer en milieu ordinaire, mais rencontrent des difficultés pour gérer leur vie quotidienne.

La sectorisation des suivis psychiatriques arrive dans une continuité logique grâce à la *circulaire du ministère de la Santé publique et de la Population du 15 mars 1960*.

Cette ouverture sur la cité entraîne la création de nouvelles structures médico-sociales et permet aux pratiques professionnelles d'évoluer. La réinsertion et la réadaptation des personnes dans la communauté participent à l'émergence de la réhabilitation. (Franck & Morin, 2018)

Les évolutions du programme de soins ont pour objectifs d'améliorer la prise en charge de la maladie par la personne elle-même et de l'aider à favoriser son autonomie et son indépendance dans la cité pour réduire les situations de handicap.

Le terme de réhabilitation psychosociale est arrivé en France dans les années 90 selon Gilles Vidon. Aujourd'hui le mouvement est largement étendu et utilisé en psychiatrie et notamment dans les structures extra hospitalières, qui font ici l'objet de l'étude de ce travail de recherche, comme les Centres médico-psychologiques<sup>5</sup>, les Hôpitaux de jour<sup>6</sup> ou encore les Centres d'Accueil thérapeutique à temps partiel<sup>7</sup> (Vidon, 1995). « *Le modèle a dû tenir compte du caractère scientifique des difficultés des malades à accéder ou à conserver un emploi, un logement, ou à vivre en maintenant avec leur entourage des relations équilibrées.* » (Dubuis, Stylianidis, & Harnois, 2006)

La réhabilitation psychosociale peut être à la fois vue comme un mouvement, mais aussi comme un panel d'outils utilisés pour renforcer les capacités des malades. Ainsi le concept se définit de manière très générale selon Duprez comme « *l'ensemble des actions mises en œuvre auprès des personnes souffrant de troubles psychiques au sein d'un processus visant à favoriser leur autonomie et leur indépendance dans la communauté* » (Duprez, 2008). Le principe de la réhabilitation est donc d'utiliser toutes les alternatives possibles à une hospitalisation dans l'accompagnement de la personne et mettre l'accent sur « *l'intégrité et les forces de l'individu plutôt que sur sa maladie et propose une approche globale incluant la réadaptation au travail, le logement, les loisirs sociaux l'éducation et l'adaptation personnelle* » (Cnaan, 1988).

---

<sup>5</sup> CMP

<sup>6</sup> HDJ

<sup>7</sup> CATT

Il semble néanmoins important de rappeler que la réhabilitation psychosociale est appuyée d'un traitement médicamenteux réduisant les symptômes de la maladie et de l'accord de la personne qui est au cœur de sa prise en charge. Pour Cnaan, 13 grands principes régissent la réhabilitation psychosociale<sup>8</sup>. Les deux premiers principes reposent sur la prise en charge globale de la personne avec l'utilisation de ses capacités et de ses habilités. « *Apprendre ou réapprendre les habiletés élémentaires pour agir dans un environnement social, vivre de façon indépendante, garder un emploi, etc, vont être les objectifs du traitement.* » (Deleu, 2004)

Cette approche est en parfait accord avec le travail d'un ergothérapeute qui base son travail sur le rétablissement<sup>9</sup> de la personne dans le cadre de ses habitudes de vie et de sa participation occupationnelle. (ANFE, L'ergothérapie : définition, 2019)

## B. Ergothérapie et MOH

### 1. Ergothérapie, science de l'activité au cœur de la réhabilitation psychosociale

Le terme ergothérapie a pour racine « *ergon* » qui signifie activité et *thérapiā* qui signifie soin en grec. Comme nous le dit George DUHAMEL<sup>10</sup> la terminologie « *traduit le lien entre l'agir et l'être, la thérapie par l'activité étant le moyen de soigner, de soulager les symptômes* ». Dès le début du 20<sup>e</sup> siècle, en période d'après-guerre, l'activité est reconnue comme thérapie et l'ergothérapie naît, dans un premier temps dans le domaine de la santé mentale, puis s'ouvre sur les autres domaines de santé (ANFE, Historique, 2017).

Selon le référentiel d'étude le professionnel « *met en œuvre des soins et des interventions de prévention, d'éducation thérapeutique, de rééducation, de réadaptation, de réinsertion et de réhabilitation psychosociale visant à réduire et compenser les altérations et les limitations d'activité, développer, restaurer et maintenir l'indépendance, l'autonomie et l'implication sociale de la personne.* » (Ministère du travail de la solidarité..., 2010)

---

<sup>8</sup> Voir Annexe 2

<sup>9</sup> Le rétablissement désigne un cheminement personnel de la personne pour se réapproprier sa vie et se réinsérer dans la société. Le rétablissement est à la convergence de plusieurs concepts : apprentissage de l'autonomie, autogestion, droits des personnes handicapées, inclusion sociale et réadaptation. (Holué, 2015)

<sup>10</sup> Secrétaire général de l'académie française

L'ergothérapeute semble donc avoir une place légitime dans le processus de réhabilitation psychosociale qui fait l'objet de l'étude de ce travail de recherche. Il utilise différents outils et moyens au sein des structures extra-hospitalières pour aider la personne souffrant de schizophrénie à retrouver et regagner une place dans la cité. Il travaille conjointement avec les autres professionnels du médical et du paramédical : infirmier, assistant social, psychomotricien, kinésithérapeute, orthophoniste, médecin... dans les modules propres à la réhabilitation psychosociale tels que la thérapie comportementale et cognitive, la psychoéducation, la remédiation cognitive et enfin l'entraînement aux cognitions sociales (Centre Ressource Réhabilitation, 2020). À côté de ces modules, l'ergothérapeute intervient en utilisant l'activité comme moyen thérapeutique propre. Selon Reed et Sanderson, « *l'activité est une action, une fonction ou un domaine spécifique d'action qui permet d'apprendre ou de faire soi-même* » (Meyer, 2013)

L'ergothérapeute, pour structurer et définir sa pratique, peut utiliser un modèle conceptuel. Certains modèles comme le Modèle de l'Occupation Humaine sont centrés sur l'activité.

## 2. Modèle de l'occupation humaine

Le modèle de l'occupation humaine (MOH), élaboré par Gary Kielhofner dans la fin des années 80, est un modèle ergothérapique centré sur la personne, ses activités et son environnement. Ces trois éléments en constante interaction sont en perpétuel renouveau au cours de la vie. C'est un modèle centré sur les activités humaines signifiantes et significatives de la personne. Pour Leontiev<sup>11</sup>, l'activité dite signifiante est celle qui a du sens pour la personne et l'activité dite significative a du sens quant à elle pour la société qui entoure la personne. (Clauzard, 2016)

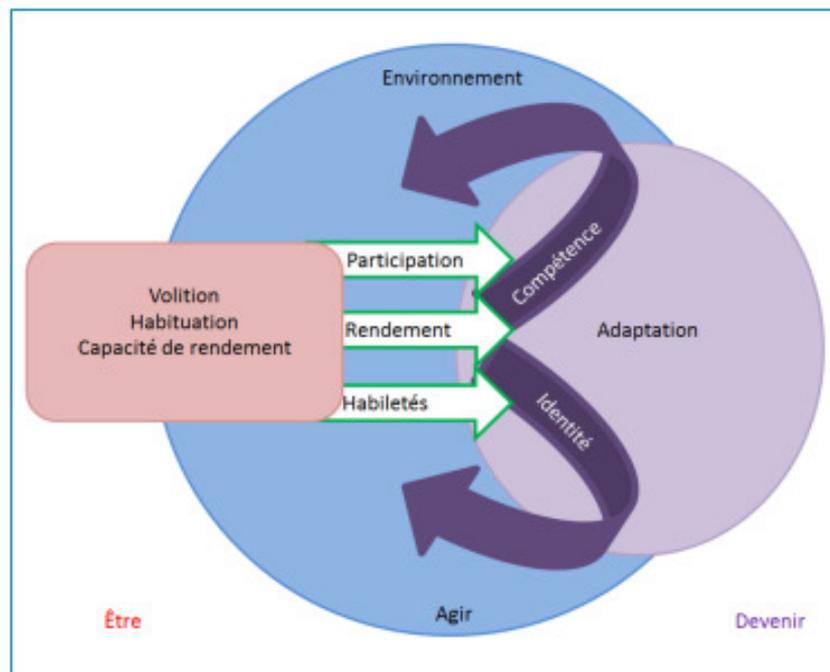
Le fondement théorique sur lequel est basé ce modèle est l'occupation humaine, pour Kielhofner ce concept est défini comme « *une large gamme d'activités (activités productives, de loisirs et de vie quotidienne) réalisée dans un contexte physique, temporel et socioculturel* » (Mignet, Doussin-Antzer, & Sorita, 2017). De façon plus précise, nous pouvons dire que le « *MOH s'intéresse à la nature occupationnelle de l'être humain qui donne un sens à sa vie et lui permet de s'adapter aux exigences de la vie en société.* » (Bélanger, Briand, & Marcoux, Le modèle de l'occupation humaine, 2006).

Les interactions constantes entre les occupations humaines et l'environnement complexifient la notion d'occupation chez l'être humain et donnent un caractère unique aux actions de chacun.

---

<sup>11</sup> Psychologue russe.

C'est pourquoi le MOH est un modèle qui s'adresse à chaque patient ayant « *un problème dans la réalisation de ses occupations, peu importe le stade de sa vie* » (Bélanger, Briand, & Rivard, Le modèle de l'occupation humaine, 2005) comme les personnes souffrant de schizophrénie, pour qui toutes les sphères occupationnelles sont touchées. Ainsi chaque personne est vue de façon individuelle avec ses propres caractéristiques (faiblesse, force, besoin...) qui vont permettre de déterminer les objectifs et les stratégies d'accompagnement de prise en soin.



Modèle de l'occupation humaine schématisé

Le modèle est décrit selon trois dimensions :

- l'Être qui regroupe les composantes de la personne (la volition, l'habituation et la capacité de rendement)
- l'Agir est défini selon trois sous actions : la participation occupationnelle, le rendement occupationnel et les habiletés
- le Devenir qui résulte des conséquences de l'Être et l'Agir et qui forme l'adaptation occupationnelle

Selon Kielhofner, l'ensemble des trois dimensions est en interdépendance continue avec l'environnement (physique et social), et le tout évolue et se redéfinit constamment pour façonner l'individu au cours de ses expériences.

## a) L'être

L'être humain est selon Kielhofner analysé selon trois composantes en interaction. La volition, l'habitation et la capacité de rendement. Elles forment la dynamique même de l'occupation et interagissent avec l'environnement.

### (1) La volition

La volition représente la motivation de la personne à agir de façon active dans son environnement. Elle se construit à travers la répétition des expériences positives ou négatives que la personne fait. La personne anticipe, choisit, expérimente et enfin interprète ses expériences. Ces répétitions modifient l'organisation de nos pensées et de nos sentiments personnels. Pour les personnes atteintes de schizophrénie, cette motivation occupationnelle se trouve très réduite avec la symptomatologie. Ce sont les choix occupationnels positifs qui génèrent des changements et assurent l'évolution des actions de la personne qui aura acquis de nouvelles capacités. (Bélanger, Briand, & Rivard, Le modèle de l'occupation humaine, 2005)

La volition comprend également trois sous composantes décrites par Kielhofner :

- Les valeurs : ce que la personne considère important et significatif (sens social et sens personnel) ;
- Les centres d'intérêt : ce que la personne trouve agréable et satisfaisant à réaliser, ce qui rend une activité plus attirante que l'autre
- Les déterminants personnels : sentiment d'efficacité et de capacité personnelles.

Les sous-composantes sont interdépendantes. (Morel Bracq, 2017)

### (2) L'habitation

L'habitation permet d'organiser et d'intérioriser les actions sous forme de comportements semi-automatiques dans un environnement qui est familier pour la personne. Les automatismes sont constitués des habitudes et des rôles. Les habitudes sont « *les réponses et les comportements automatiques en présence de situations connues ou d'environnement familier* » (Graff, Thijssen, Van Melick, & Verstraten, 2013). Les habitudes se construisent par la répétition d'action dans un environnement connu et constant. Les rôles sont faits des habitudes et des comportements appris et intégrés sous l'influence d'un certain contexte social. Ils sont déterminés soit par l'environnement, et/ou par la personne elle-même. (Graff, Thijssen, Van Melick, & Verstraten, 2013)

Les rôles sont acquis par la personne et procurent à l'individu un statut social et personnel dans la société. (Bélanger, Briand, & Marcoux, Le modèle de l'occupation humaine, 2006)

### (3) Les capacités de rendement

Ici, par capacité de rendement, nous entendons la possibilité pour la personne de réaliser ce qu'elle veut faire. D'abord grâce à la composante objective liée au système organique (musculo-squelettique, neurologique, cardio-respiratoire, sensoriel, cognitif) et également grâce à l'expérience subjective qu'en a la personne (son ressenti) (Graff, Thijssen, Van Melick, & Verstraten, 2013). Comme nous l'avons vu, les troubles cognitifs et les symptômes négatifs en lien avec la schizophrénie diminuent de façon conséquente la capacité de rendement de la personne.

#### b) L'agir

Kielhofner nous dit que les 3 composantes exposées ci-dessus, c'est-à-dire la volition, l'habituatation et les capacités de rendement sont en interdépendance. L'environnement influence l'organisation, la motivation et l'exercice d'occupation. (Graff, Thijssen, Van Melick, & Verstraten, 2013)

De plus il est composé de deux unités interdépendantes :

- L'environnement social réunit les groupes d'appartenances de la personne
- L'environnement physique inclut les objets et les espaces qui nous entourent. Ils peuvent provenir de la nature ou être fabriqués. (Bélanger, Briand, & Rivard, Le modèle de l'occupation humaine, 2005)

L'impact de l'environnement découle donc de l'interaction entre les caractéristiques de la personne et les caractéristiques de l'environnement qui vont stimuler ou freiner l'occupation de la personne.

### (1) Les dimensions de l'agir

Les interactions entre les différentes composantes de la personne et son environnement déterminent les actions de celle-ci. On parle d'action de l'agir (le faire), le MOH définit trois niveaux de l'agir : la participation, le rendement et les habiletés.

La participation correspond au niveau le plus global de l'agir, elle correspond à l'engagement occupationnel de la personne dans son travail, ses loisirs ainsi que ses activités de vie quotidienne. La participation « *est influencée par la volition, l'habituatation, la capacité de rendement et l'environnement* » (Graff, Thijssen, Van Melick, & Verstraten, 2013)

Le rendement occupationnel, lui, correspond au niveau intermédiaire de l'agir, il s'intéresse à l'ensemble des séquences d'actions orientées vers un but précis.

Enfin les habiletés sont les plus petites divisions des dimensions de l'agir. Ce sont les actions « *observables et pertinentes utilisées par une personne pendant l'exécution d'une occupation* » (Graff, Thijssen, Van Melick, & Verstraten, 2013). On trouve trois types d'habiletés définies par Kielhofner : motrices, procédurales et de communications et d'interactions.

### c) *Le devenir*

Le devenir de la personne représente son évolution personnelle et l'évolution de ses actions au sein de l'environnement. Il est déterminé par son identité occupationnelle, sa compétence occupationnelle et son adaptation occupationnelle. Le suivi interprofessionnel réalisé avec les personnes souffrant de schizophrénie tente d'améliorer le devenir de la personne.

L'identité occupationnelle se définit « *comme une image composée de ce que nous sommes et de l'être agissant que nous souhaitons devenir* » (Graff, Thijssen, Van Melick, & Verstraten, 2013). Cette image se base sur les propres expérimentations antérieures de la personne.

La compétence occupationnelle montre « *la capacité de la personne à maintenir sa participation afin que celle-ci reflète son identité occupationnelle* » (Graff, Thijssen, Van Melick, & Verstraten, 2013). Elle fait référence à la façon dont une personne organise sa vie quotidienne et gère ses responsabilités tout en respectant ses rôles sociaux. La compétence occupationnelle concrétise les actions de l'identité occupationnelle.

Enfin l'adaptation occupationnelle est éclairée selon Kielhofner de la façon suivante : « *c'est la résultante de la dynamique qui s'établit entre les composantes de base du modèle (volition, habitude, capacité de rendement), les dimensions de l'agir (participation, rendement, habiletés) et l'environnement (physique et social) lorsqu'une personne participe à ses occupations* » (Bélanger, Briand, & Rivard, Le modèle de l'occupation humaine, 2005). Elle représente au fil du temps la constitution d'une identité occupationnelle positive.

## 3. MOH : modèle ancré dans le concept de réhabilitation psychosociale

Le modèle de l'occupation humaine prend en compte la personne dans sa globalité. En effet toutes les sphères de celle-ci sont utilisées pour apporter une amélioration de sa structure occupationnelle. L'adaptation occupationnelle est, par ailleurs, un concept clé de la réhabilitation psychosociale. Le modèle de l'occupation humaine « *avance que le moyen privilégié pour restaurer les fonctions d'une*

*personne et lui permettre de retrouver un équilibre dans les sphères de sa vie quotidienne, consiste à ramener sa participation dans des occupations significatives »* déclare Bruce (2002). (Bélanger, Briand, & Marcoux, Le modèle de l'occupation humaine, 2006)

Kielhofner nous dit qu'un « *changement sur la volition, l'habitation, la capacité de rendement ou l'environnement créé les conditions dynamiques favorables à l'émergence de pensées, d'émotions et de comportements nouveaux* » (Bélanger, Briand, & Marcoux, Le modèle de l'occupation humaine, 2006). Il nous dit aussi qu'un environnement stable et la répétition des nouvelles conditions entraînent l'émergence d'une nouvelle structure occupationnelle. De plus, le concept de réhabilitation psychosociale encourage la personne à développer de façon optimale ses capacités dans un environnement favorisant l'apprentissage. En effet, Cnann dans sa vision de la réhabilitation psychosociale nous dit « *Il existe en chaque individu une motivation à développer maîtrise et compétence dans des domaines de la vie qui vont lui permettre de se sentir indépendant et confiant en lui-même. De nouveaux comportements peuvent être appris et les individus sont capables d'y avoir recours et de les adapter pour répondre à leurs besoins de base.* » (Deleu, 2004).

Les troubles (négatifs et cognitifs) liées à la maladie impactent toutes les sphères occupationnelles de la personne. Pour favoriser son rétablissement, la personne malade doit réussir à créer de nouveaux apprentissages et les adapter au quotidien.

#### 4. L'apprentissage

Dans la partie ci-dessus, nous avons vu que pour trouver un équilibre occupationnel et atteindre une meilleure autonomie, les personnes atteintes de schizophrénie doivent générer des nouveaux apprentissages. L'apprentissage dans l'usage courant signifie l'acquisition d'un nouveau savoir-faire. Pour Vienneau, il se fait en deux temps : l'étape première est celle du processus, elle correspond à l'action d'apprendre, le résultat qui arrive dans un deuxième temps est lui noté comme la production finale (Vienneau, 2011). Plusieurs facteurs influencent cet apprentissage. Il s'agit de facteurs intrinsèques ou extrinsèques. Les facteurs intrinsèques sont en mouvement constant, ils sont également propres à la personne apprenant comme la motivation, les aptitudes cognitives, la motivation, l'envie d'apprendre et les connaissances intérieures. Les facteurs extrinsèques ne peuvent pas être modifiés par l'apprenant, on parle ici de l'environnement humain (familial, professionnel) ou physique (logement). La prise en compte de ces facteurs est importante pour réussir à apprendre. (Vienneau, 2011)

Pour que les apprentissages soient efficaces et réutilisables dans le temps auprès des personnes atteintes de schizophrénie, il faut qu'ils soient transférables au quotidien et qu'ils organisent un changement comportemental dans les habitudes de la personne.

## 5. Transfert des apprentissages

### a) Définition

Dans notre pratique professionnelle, nous employons le terme « transfert des acquis », ici nous parlerons d'apprentissage ou de compétences pour être plus adaptés à la littérature. Le transfert des acquis correspond à « *la capacité pour toute personne de réutiliser ce qu'elle a appris à un autre moment ou un autre lieu.* » (Frenay & Bédard, 2011). Il demande une capacité d'adaptation dans de nouvelles situations et dans un autre cadre temporel. Ce transfert nécessite un apport cognitif. En effet, Astolfi nous apprend que pendant une situation d'apprentissage, l'apprenant encode dans sa mémoire les tâches nécessaires à la réalisation de cette situation (Astolfi, 1993). L'encodage est un élément essentiel pour que les informations emmagasinées deviennent de réelles connaissances. « *Les connaissances encodées, emmagasinées et organisées servent en quelque sorte de base au transfert puisque ce sont celles-ci qui, ultérieurement, seront rappelées et activées lors de l'accomplissement d'une nouvelle tâche, en l'occurrence la tâche cible, ou lors d'un nouvel apprentissage.* » (Presseau, 2000).

La personne perçoit les différences et similitudes entre deux situations et est en mesure de sélectionner les connaissances reçues dans la tâche première pour les transférer et les ajuster à la tâche actuelle.

En reprenant les écrits de Meirieu et Tardif<sup>12</sup> (1996), les auteurs Renaud, Guilemme et Leblanc (2015) reprennent les étapes suivantes d'interventions qui seraient optimales au transfert avec des propositions pédagogiques facilitatrices. Les étapes sont les suivantes :

- La contextualisation
- La recontextualisation
- La décontextualisation

---

<sup>12</sup> Meirieu : Chercheur spécialiste des sciences de l'éducation et de la pédagogie

Tardif : Psychologue et professeur spécialiste en pédagogie

La phase de contextualisation correspond à la phase de réalisation de la tâche, la personne (dans notre cas il s'agit de l'ergothérapeute) propose une activité. Plus la situation est significative et proche d'une réalisation quotidienne ou d'une connaissance ou vécu antérieur, c'est-à-dire qu'elle a un sens concret pour l'apprenant, plus la contextualisation est aisée.

Les deux étapes suivantes se font plutôt en simultané que de façon successive.

Dans une deuxième phase, on parle de la décontextualisation qui consiste à isoler « la connaissance de son contexte initial et des situations de recontextualisation » (Tardif & Meirieu, 1996). L'apprenant doit, pour cette phase, réussir à prendre conscience des différentes compétences et connaissances acquises et les sortir de leur contexte d'acquisition. Lors de ce cheminement, l'apprenant comprend que certains éléments sont les mêmes face aux nouvelles situations auxquelles il se confronte. Il va alors en « dégager une règle, un modèle d'action, des principes, etc » (Renaud, Guillemette, & Leblanc, 2015)

Enfin pour la troisième étape, « il devient important de recontextualiser la connaissance en question, c'est-à-dire de l'appliquer dans différentes situations. » (Tardif & Meirieu, 1996) Cette opération demande à l'apprenant de sortir les connaissances de leur contexte premier. Il faut que ces connaissances soient claires et explicites pour justifier un transfert. L'apprenant est au cœur d'un travail d'adaptation où il doit être capable de voir les similitudes et les différences entre la situation source et la situation cible. Il réintroduit les acquis de manière cohérente en faisant les liens dans une situation nouvelle. « *Cette étape favorise ainsi le transfert d'apprentissage en rendant la compétence mobilisée plus indépendante d'un contexte spécifique* » (Vianin, 2018).

Le transfert des apprentissages n'est donc pas une transition automatique ni spontanée. Il passe par un travail mental de l'apprenant dans de nouvelles situations.

#### *b) Facteurs favorisant le transfert dans les activités de vie quotidienne*

Durant la phase de recontextualisation, vu précédemment, Presseau expose deux stratégies permettant de faciliter les transferts des apprentissages : il s'agit de proposer à l'apprenant de proposer de nombreuses occasions où il peut réutiliser ce qu'il vient d'apprendre. Soit de façon hypothétique, cela consiste pour l'apprenant à s'imaginer les contextes dans lesquels les notions apprises pourraient être réutilisées. Soit de façon réelle, ici l'apprenant réutilise les notions dans des contextes différents, mais réels. La seconde option est plus intéressante car elle propose une réutilisation significative et est donc plus efficace dans le transfert des acquis (Renaud, Guillemette, &

Leblanc, 2015). En effet, « *les participants pourront alors identifier plus facilement les situations de leur vie quotidienne qui bénéficient de ces compétences* » (Vianin, 2018). La notion du transfert de compétence est au cœur de l'objectif de la remédiation cognitive, outils de la réhabilitation psychosociale.

Être au plus proche de la réalité apparaît comme un élément facilitateur du transfert des acquis.

## 6. Les mises en situation écologique : outil de la réhabilitation

Comme énoncé précédemment, l'ergothérapeute est un professionnel des occupations et utilise l'activité à des fins thérapeutiques. Il propose des mises en situation de vie quotidienne notamment comme la préparation de repas, de soin d'hygiène et la gestion d'un budget. Ce sont des activités de vie quotidienne simple, mais nécessaire au bon fonctionnement occupationnel d'une personne et qui peut souvent être difficile à réaliser pour une personne souffrant de schizophrénie. « La réhabilitation conjugue donc des actions auprès de la personne et auprès de son environnement social et même de la société. » (Lafont-Rapnouil, 2013)

L'ergothérapeute fait partie des acteurs phares du processus de réhabilitation psychosociale. Selon MANIDI l'intérêt de l'ergothérapeute est de permettre « *la généralisation des apprentissages en contexte de vie réelle* ».

Les mises en situation rentrent donc parfaitement dans l'objectif de réhabilitation des personnes souffrant de schizophrénie, car, comme nous dit Marc Seene cela « va aider la personne à prendre conscience de ses difficultés et de son potentiel et donc impulser une dynamique de changement » (Seene, 2015).

Par ailleurs, le MOH souligne également l'importance de l'évaluation de la personne dans sa globalité et l'utilisation d'activités réelles lors de l'intervention.

Pour autant, les définitions des mises en situation ne sont pas toujours entendues de la même façon. Par exemple des mises en situation cuisine peuvent être proposées dans les murs de l'institution, avec le matériel de la structure, ces mises en situation ne sont pas écologiques. Les mises en situation écologiques selon JP Guihard doivent représenter « *la vraie vie, avec de vraies situations et de vraies activités* ».

L'approche écologique a comme notion inéluctable le lieu de vie, le domicile de la personne.

Dans le cadre de ce mémoire de recherche, nous nous intéresserons ici de façon plus précise aux mises en situation écologiques qui ont donc lieu, dans le lieu de vie du patient. Pour autant, Guihard nous dit que des mises en situation classiques, également, « participent à un processus d'apprentissage ». (Guihard, 2007) Le but des mises en situation qu'elles soient écologiques ou non est de proposer à la

personne des situations d'agir et de le faire par elle-même de façon à diminuer les situations de handicaps dans les activités de vie quotidienne. Néanmoins, en termes d'efficacité et de meilleur transfert d'apprentissage, les mises en situation écologiques sont plus intéressantes.

Cet outil utilisé par l'ergothérapeute dans un objectif de réhabilitation aurait pour intérêt de rendre l'apprentissage sûr et réutilisable afin d'observer un changement de comportement significatif dans des situations de la vie quotidienne notamment au domicile du patient atteint de schizophrénie.

## C. Le domicile

### 1. Définition du domicile

L'arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'état nous dit que la profession d'ergothérapeute prend en compte « *l'interaction-personne – activité – environnement* ». Nous allons dans cette partie développer la question de l'environnement et plus précisément celle du domicile de la personne malade.

Étymologiquement parlant, le mot *domicile* vient du latin *domicilium* ou *habitation*, qui a donné *domus* ou maison. Dans le langage courant, le domicile est « *un lieu où quelqu'un habite en permanence ou de façon habituelle* »<sup>13</sup>. Pouvoir avoir un logement décent, quelle que soit sa situation, est un droit régi par plusieurs textes internationaux comme la déclaration universelle des droits de l'Homme de 1948. En France, le droit d'accès à un logement en dépit de l'état de santé ou du handicap de la personne est garanti par la loi DALO<sup>14</sup> de 2008.

L'article 1<sup>er</sup> de la loi précise que « *le droit à un logement décent et indépendant, garanti par l'état, est offert à toute personne qui réside sur le territoire français de façon régulière et permanente, qui n'est pas en mesure d'accéder par ses propres moyens à un logement décent et indépendant et de s'y maintenir* ».

---

<sup>13</sup> Définition du Larousse

<sup>14</sup> Droit au logement opposable

Maslow<sup>15</sup> a classifié les besoins de la personne. Le logement fait partie des besoins de sécurité qui arrivent juste après les besoins physiologiques qui sont d'ailleurs souvent réalisés au sein même de ce logement. Cette hiérarchie montre l'importance pour chacun d'avoir un logement où vivre. (Rodifal & Pagano, 2018)



*Pyramide de Maslow schématisée*

Les personnes atteintes de schizophrénie vivent soit dans un logement indépendant, dans le domicile familial ou encore dans des appartements thérapeutiques ou associatifs (lieu souvent temporaire avec un encadrement). « *L'accès à un hébergement ou à un logement pour les personnes vivant avec des troubles psychiques est le premier pas de la vie dans la cité, il conditionne la continuité des soins et l'accompagnement social* » (UNAFAM, 2020)

## 2. Le domicile : lieu d'intimité

Le domicile (l'habitation ou encore le logement) représente donc le lieu de vie de la personne qui y réside, mais pas seulement, c'est aussi le lieu où la personne passe une grande partie de sa vie, un lieu qui entraîne une certaine stabilité et où il est important qu'elle s'y sente bien et en sécurité. « *La demeure apparaît comme le nid, le refuge à la vertu d'abri, la mémoire heureuse de l'origine avec ses qualités de repos, de tranquillité et de sécurité.* » (Leroux, 2008)

---

<sup>15</sup> Psychologue américain

Une dimension plus intérieure émane donc de la notion de domicile. Djaoui nous dit que dans les représentations sociales, le domicile est bien un territoire privé et qu'il est « *par excellence, lieu d'accueil de l'intime* » (Djaoui, Intervention au domicile : gestion sociale de l'intime, 2011). Le domicile présente les différents domaines de l'intime « *tout d'abord le corps et ses exigences ; ensuite la vie intérieure et ses expressions émotionnelles ; enfin les objets d'amour auxquels on est attaché.* » (Djaoui, Intervention au domicile : gestion sociale de l'intime, 2011)

L'endroit où la personne vit n'est pas un endroit neutre et objectif comme on pourrait le penser. C'est un lieu où se mêlent les liens familiaux, les pratiques culturelles ou encore l'imaginaire des habitants, cet endroit représente « *un objet d'investissements émotionnels très fort* ». (Djaoui, Se confronter à l'intime et à la culture de l'autre : L'intervention socio-éducative au domicile du migrant., 2012)

Ce territoire privé est le « *lieu où l'on passe le plus temps ; c'est là que s'opèrent les nombreuses tâches nécessaires au maintien de la vie (entretien, soins aux plus vulnérables, socialisation des enfants, vie affective et sexuelle, etc.), mais aussi celles exigées par la société (loisirs, mondanités, hospitalité, éventuellement activités professionnelles ou associatives)* » (Djaoui, Se confronter à l'intime et à la culture de l'autre : L'intervention socio-éducative au domicile du migrant., 2012).

Le domicile est donc un lieu où la personne habite, se situe, existe et peut prendre une place dans la société, comme nous le dit Leroux. C'est aussi un lieu qui permet de répondre aux besoins élémentaires d'une personne où il est important de « *pratiquer les usages communs du quotidien qui sont directement liés à l'habitat : manger et se faire la cuisine, recevoir, se divertir et se détendre, travailler, dormir dignement en étant protégé, prendre soin de soi, avoir une intimité, etc.* » (Leroux, 2008). Le domicile peut également être un facteur d'insertion dans la cité, il permet à la personne qui y habite de se sentir autonome et adulte. C'est un élément clé de l'insertion sociale qui permet de répondre aux normes de la société dans laquelle nous vivons et la personne désire s'y maintenir aussi longtemps que possible. Le domicile représente l'environnement occupationnel dans lequel une personne évolue.

### 3. Schizophrénie et domicile

Pour les personnes atteintes de schizophrénie, la capacité de réalisation des activités de vie quotidienne comme la préparation de repas, les soins personnels ou encore la gestion de la médication et l'entretien du logement permettant une qualité de vie satisfaisante, est réduite.

En effet, la symptomatologie, notamment les symptômes cognitifs ont des répercussions importantes dans le quotidien de la personne et causent de sévères limitations dans les activités de vie quotidienne. Les déficits attentionnels, de compréhension, d'organisation et de raisonnement gênent les personnes

malades dans l'ensemble des activités qu'elles doivent accomplir au domicile. Les difficultés fonctionnelles impactent le rendement occupationnel et rendent leurs autonomies et indépendances au domicile difficile. Pour rappel « *l'autonomie est la faculté de se gouverner soi-même ; c'est-à-dire de décider de ce que l'on veut faire, alors que la notion d'indépendance renvoie à la réalisation indépendante de toute une série d'activités* » (Cambois & Robine, 2003).

De plus, comme nous l'avons énoncé plus tôt, Elian Djaoui nous dit que le domicile est un lieu de manifestations de l'intimité sous toutes ses formes. « *Associé au secret, l'intime retient les éléments que le sujet souhaite tenir cachés des regards étrangers. C'est la face d'ombre de la vie psychique, marquée par la faute et la honte* ». Le domicile peut devenir le lieu de repli sécuritaire lorsque les symptômes deviennent trop oppressants. En effet, l'extérieur et toutes ses interactions peuvent entraîner angoisses et manifestations indésirables comme des hallucinations. Le logement devient alors le lieu réconfortant où la personne peut se « cacher » et se replier du monde extérieur. À l'inverse, parfois le domicile s'avère être le lieu de naissance du délire. La personne se sent persécutée, son logement est devenu source de mal être et elle ne peut y rester. Cette recrudescence de symptômes peut entraîner une rechute et donc une nouvelle hospitalisation. Le domicile, pour être bénéfique, doit être un environnement favorable où la personne peut être autonome et indépendante.

#### 4. Intervention au domicile

L'ergothérapeute est un professionnel habilité à se rendre au domicile du patient, ce champ d'action est détaillé dans l'arrêté relatif au diplôme d'état, il peut proposer des « *mises en situation et entraînements dans des activités écologiques dans les lieux habituels de vie visant la performance et la participation* », ici le lieu habituel de vie qui nous intéresse est le domicile. Les différentes structures extrahospitalières travaillent dans un but commun de maintenir la personne dans son milieu, de favoriser son autonomie et de prévenir les périodes crises.

Pour autant, chaque intervention au domicile demande de la préparation en amont, d'autant plus que le temps d'acceptation du patient pour que le professionnel intervienne dans son domicile peut prendre plusieurs mois. Les visites à domicile sont programmées à l'avance et donc acceptées par le patient. « *En devenant lieu d'intervention, le domicile acquiert d'autres significations ; il n'est plus seulement lieu de vie, il est territoire professionnel.* » (Djaoui, Intervention au domicile : gestion sociale de l'intime, 2011). Les frontières entre domaine public et sphère privée et intime sont remises en question, « *plus on s'enfonce dans la demeure, plus on pénètre les territoires de l'intime* » (Leroux, 2008). Djaoui nous dit que cela entraîne des conséquences sur la subjectivité des partenaires. Ce genre d'intervention au domicile demande donc une capacité de gestion émotionnelle et de l'intimité.

Selon Bernard Ennuyer, les interventions au domicile entraînent une situation complexe car le verbe intervenir signifiant « *agir, jouer un rôle dans quelque chose, se trouver entre...* »<sup>16</sup> cela renvoie à l'idée péjorative de s'immiscer quelque part (Ennuyer, 2014). Il faut donc beaucoup plus de contrôle, de recul et de gestion des émotions pour le professionnel que lors d'une séance dans l'enceinte de la structure. Le professionnel se déplaçant, surtout lors d'une première fois, entre donc dans un espace dont il ignore tout jusque-là. Il peut se retrouver dans des situations parfois déstabilisantes, car « *rencontrer l'autre là où il vit, c'est aussi cela : élargir notre représentation de ce que les manifestations de la souffrance psychique [...] provoquent dans le corps social.* » (Bergès, 2014). La distance thérapeutique peut être parfois mise à mal car le cadre de l'institution n'est plus là comme soutien, mais il convient de réussir à maintenir une distance thérapeutique lors d'une visite à domicile. Ennuyer nous dit que le profil idéal du professionnel qui intervient à domicile est « *donc ni trop proche, ni trop inconnu, en clair une personne de confiance* » (Ennuyer, 2014)

L'intervention au domicile demande tout d'abord une alliance thérapeutique entre l'ergothérapeute et la personne atteinte de schizophrénie et de la confiance. Sans celles-ci, l'intervention au domicile ne serait pas acceptée et serait perçue comme une réelle intrusion physique et psychique dans l'univers de la personne. Elle demande pour le professionnel du recul, des remises en question et beaucoup d'adaptations. Pour la personne souffrant de schizophrénie elle montre une confiance en l'ergothérapeute car la personne accepte cette venue, elle accepte de vouloir se faire aider dans son lieu de vie.

Les mises en situation écologiques, qui sont ici l'objet de l'intervention au domicile, nécessitent pour la personne atteinte de schizophrénie un accompagnement discret (si la personne fait preuve d'aisance dans la réalisation de l'activité) ou un accompagnement plus directif avec des guidances de la part de l'ergothérapeute en cas de blocage sur une action. (Bloch, 2018) La mise en situation, quelle qu'elle soit (cuisine, ménage, soin personnel), est faite de façon signifiante et significative pour la personne. Elle a lieu dans son environnement réel, avec ses objets et ses habitudes de vies antérieures pour un meilleur transfert de compétences. Si celui-ci est réussi, le maintien de la personne dans son domicile sera meilleur et diminuera de façon conséquente les rechutes.

---

<sup>16</sup> Définition du dictionnaire Larousse

## 5. Conclusion de la partie conceptuelle

Les apports théoriques amenés tout au long de cette partie ont permis dans un premier temps de définir la schizophrénie en révélant les situations handicapantes qu'elle engendre au quotidien. Même si la pathologie est stabilisée, l'équilibre occupationnel de la personne est restreint. Les symptômes résiduels constituent un obstacle quant à l'autonomisation durable ainsi qu'au maintien à domicile, entraînant un risque de rechutes plus important.

Les structures extrahospitalières tournées vers la réhabilitation proposent un accompagnement pluriprofessionnel pour aider la personne à retrouver une autonomie satisfaisante au domicile. Le rôle de l'ergothérapeute consiste à proposer au patient des activités signifiantes et significatives dans différentes sphères occupationnelles pour permettre une modification de leur fonctionnement afin de gagner en indépendance et en autonomie. Modifier un comportement nécessite de réaliser un apprentissage et de le transférer dans le quotidien de la personne. Les mises en situation écologiques, outil de la réhabilitation utilisées par les ergothérapeutes, permettent de réaliser une activité concrète au domicile. La suite de ce travail permet de confronter l'utilisation de ce moyen d'intervention et le maintien au domicile de la personne atteinte de schizophrénie.

Ainsi à la problématique de recherche qui était, pour rappel :

**Comment l'accompagnement des ergothérapeutes travaillant en structure extrahospitalière peut-il favoriser le maintien au domicile des personnes atteintes de schizophrénie ?**

L'hypothèse émise est la suivante :

**L'utilisation des mises en situation écologiques en ergothérapie faciliterait le maintien à domicile des personnes atteintes de schizophrénie prises en charge en structure extrahospitalière.**

## II. Partie méthodologie

Dans la première partie de ce travail de recherche, nous avons vu les différentes notions conceptuelles et le cadre scientifique en lien avec le sujet de recherche. Dans cette seconde partie méthodologique, nous allons voir la démarche effectuée pour répondre au questionnement de départ.

### A. Choix de la méthode d'enquête

#### 1. Objectifs de l'enquête

Pour mener l'enquête, trois objectifs de recherche ont été dégagés :

- Identifier les outils et médiateurs utilisés par les ergothérapeutes pour permettre un transfert des acquis
- Analyser si les mises en situation écologiques favorisent le transfert des acquis au domicile
- Identifier le lien entre l'utilisation des mises en situation écologiques et le maintien au domicile des personnes atteintes de schizophrénie

#### 2. Choix de l'outil

Lors de cette enquête, nous souhaitons obtenir des informations qualitatives, l'entretien semi-directif est un outil que nous avons choisi d'utiliser pour le recueil de ces informations. Comme énoncé précédemment, c'est une méthode qualitative et non quantitative, il semble pertinent d'utiliser cette méthode car il permet d'étudier une population relativement restreinte et donc de proposer « un véritable échange au cours duquel l'interlocuteur du chercheur exprime ses perceptions [...], ses interprétations ou ses expériences » (Campenhoudt & Quivy, 2011). De plus, l'utilisation de l'entretien semi-directif et individuel entend que celui-ci n'est pas entièrement ouvert et qu'il suit un fil conducteur mais laisse les personnes interrogées s'exprimer librement sur les thématiques abordées. (Campenhoudt & Quivy, 2011)

Le choix de l'entretien est « ainsi particulièrement pertinent lorsque l'on veut analyser le sens que les acteurs donnent à leurs pratiques... » (Blanchet & Gotman, 2007). En effet, nous cherchons à connaître la façon dont interviennent les ergothérapeutes dans le maintien au domicile des personnes atteintes

de schizophrénie et si les mises en situation qu'ils ont été amenés à proposer améliorent ce maintien à domicile.

### 3. Choix de la population

Afin de recueillir des données cohérentes et de répondre au mieux à la question de recherche, nous interrogerons uniquement des ergothérapeutes. La population a été choisie en suivant les critères d'inclusion et d'exclusion suivants.

Critères d'inclusion :

- Ergothérapeute diplômé d'état, travaillant ou ayant travaillé en santé mentale dans une structure extrahospitalière ayant une démarche de réhabilitation psychosociale
- Ergothérapeute ayant au moins 6 mois d'expérience dans le milieu
- Ergothérapeute travaillant avec des personnes atteintes de schizophrénie

Critères d'exclusions :

- Ergothérapeute ne travaillant pas en santé mentale
- Ergothérapeute ne travaillant pas avec des personnes atteintes de schizophrénie
- Entretien interrompu, ou, le non-consentement d'enregistrement de la part de l'ergothérapeute

### 4. Élaboration du guide d'entretien

Il est nécessaire avant de commencer la passation d'un entretien d'élaborer une grille de passation. Celle-ci permet de suivre un déroulement précis, en suivant une certaine logique toujours dans l'objectif de répondre à la problématique de recherche. La grille d'entretien, réalisée et testée en amont, est la même pour chaque entretien, l'organisation et la formation des questions ne doit pas évoluer d'un entretien à l'autre pour ne pas biaiser les résultats d'analyse.

La plupart des questions posées sont ouvertes pour laisser la possibilité aux personnes interrogées de développer leurs réponses. Des questions de relance pourront également être posées si les aspects de la question n'ont pas été abordés de façon spontanée par l'interlocuteur. La grille est organisée de façon à aborder différents thèmes et sujet pour permettre de valider ou invalider l'hypothèse émise. La trame complète se trouve en annexe.

Les thèmes abordés sont les suivants :

- Présentation et généralités

Cette première partie a pour but d'introduire l'entretien et d'en connaître davantage sur l'ergothérapeute et son parcours professionnel jusqu'à aujourd'hui. Il informe aussi sur les modalités de suivi auprès des personnes atteintes de schizophrénie.

- L'utilisation de mises en situation écologiques et son impact

Les questions de cette partie sont orientées de façon à voir si l'ergothérapeute utilise les mises en situation dans ses prises en soin et si elles permettent un transfert des acquis.

Nous cherchons aussi à savoir les avantages ou inconvénients liés à leur utilisation.

- Le maintien au domicile : favorisé par les mises en situation écologiques ?

Cette dernière partie est utilisée pour tenter de répondre à l'hypothèse de recherche. L'intérêt est de voir si le maintien au domicile peut avoir un lien avec l'utilisation de mise en situation. Si c'est le cas, est-ce que les mises en situation représentent un moyen durable pour ce maintien.

## 5. Modalités de passation

Pour commencer, la demande de recherche d'entretien s'est faite auprès de structures extrahospitalières d'Île de France, malheureusement ce démarchage par mail n'a pas abouti. Dans un second temps, la demande a été envoyée sur différents groupes dédiés à l'ergothérapie sur les réseaux sociaux. Ayant eu plusieurs retours positifs, nous avons dans un premier temps échangé par mail ou message pour définir d'un entretien. Après échange, certaines personnes ne correspondant pas aux critères d'inclusions, nous n'avons pas pu donner suite. Pour des raisons géographiques et sanitaires complexes, les entretiens ont tous été réalisés par téléphone. Avant de débiter les entretiens, les modalités de passation sont réexpliquées aux ergothérapeutes telles que la demande d'enregistrement pour retranscrire les entretiens ainsi que l'anonymat des données qui sera respecté. Cinq entretiens ont pu être réalisés pour ce travail de recherche.

## B. Résultats bruts

### 1. Présentations des personnes interrogées

Afin de préserver l'anonymat des ergothérapeutes, chacun d'eux a un numéro attribué qui correspond à l'ordre de passation des entretiens.

	Diplômée depuis :	Lieu(x) d'exercice(s) :	Années d'exercices :	Diplômes / Formations complémentaires :
<b>Ergothérapeute N°1 (E1)</b>	2 ans	Mi-temps HDJ	1 an et demi	Formation IPT
<b>Ergothérapeute N°2 (E2)</b>	- d'1 an	HDJ + CATTP	- d'1an	Petite formation sur la réhabilitation
<b>Ergothérapeute N°3 (E3)</b>	13 ans	CMP + CATTP	11 ans	DU TCC
<b>Ergothérapeute N°4 (E4)</b>	7 ans	HDJ	6 ans	Diplôme d'équithérapeute  Formation outils MOH
<b>Ergothérapeute N°5</b>	8 ans	Centre de jour	7 ans	DU remédiation cognitive
		Centre de réhabilitation Psychosociale	1 an	

### 2. Présentation des résultats bruts

- **Le type de pathologies rencontrées :**

<b>E1</b>	Pas toujours au courant des diagnostics médicaux, mais globalement troubles psychotiques et <b>schizophrénie</b>
-----------	--

E2	<b>Schizophrénie</b> , bipolarité, psychose infantile
E3	<b>Schizophrénie</b> , troubles bipolaires, névroses
E4	<b>Schizophrénie</b> , névroses, dépression chronique
E5	<b>Schizophrénie</b> , psychose maniaco-dépressive, troubles bipolaires

○ **Le modèle conceptuel utilisé :**

E1	Structure tournée vers le <b>PPH<sup>17</sup></b> mais <b>sans utilisation interprofessionnelle</b> . L'ergothérapeute : utilisation du <b>MCRO<sup>18</sup></b> à l'entrée de chaque nouveau patient.
E2	<b>Pas de modèle spécifique</b> dans la structure. Approche encore très <b>médico-centrée</b> malgré un <b>début de travail de réhabilitation et rétablissement</b> .
E3	<b>Pas de modèle interprofessionnel</b> , médecins avec différentes approches (psychanalytique, comportementale). L'ergothérapeute : est formée au <b>PPH</b> , utilisation systématique.
E4	<b>Structure sans modèle précis tourné vers la réhabilitation psychosociale</b>  L'ergothérapeute : utilisation du <b>MOH</b> dès le début de la pratique professionnelle.
E5	Modèle <b>global de réhabilitation psychosociale</b> plutôt dynamique et pluridisciplinaire, mais pas de modèle précis

○ **Fréquence de suivi des personnes atteintes de schizophrénie :**

E1	Mi-temps alors peu de temps pour des suivis individuels. <b>Deux séances individuelles par semaine</b>
E2	Environ <b>6 à 7 groupes par semaine</b> . Séance individuelle suivant les demandes ponctuelles ou suivis réguliers <b>1 fois tous les 15 jours</b> .

<sup>17</sup> Processus de production du handicap

<sup>18</sup> Mesure canadienne du rendement occupationnel

E3	Dépend des besoins, <b>peut être très régulier</b> (3x par semaine) ou <b>seulement un suivi tous les mois ou 3 mois.</b>
E4	Séances groupales et séances individuelles. Base <b>d'une fois par semaine</b> pour les séances <b>individuelles.</b>
E5	<b>De façon quotidienne</b> , prise en charge individuelle ou groupale.

- **Principales difficultés et situations de handicaps pour la personne atteinte de schizophrénie à son domicile :**

E1	<p>Selon les dires des patients : <b>le manque de motivation. Manque d'initiation</b> des actions, <b>ils savent faire, mais</b> une fois seuls chez eux, <b>ils ne font pas.</b></p> <p>Vraiment le <b>désintérêt et le manque de motivation</b> en premier.</p>
E2	<p>Dans un premier temps la difficulté est sociale : <b>difficultés financières, de gestion d'argent...</b></p> <p>Après des difficultés pour :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>La gestion du logement</b></li> <li>- <b>Faire des courses</b></li> <li>- Prendre les transports en commun</li> <li>- <b>Soins personnels</b></li> </ul> <p>Et les répercussions <b>cognitives</b> comme pour la <b>planification, l'organisation</b> ou encore la <b>flexibilité</b></p>
E3	<b>Avoir un rythme journalier et des horaires.</b>
E4	<b>Perte de motivation</b> dans toutes les AVQ (activités de vie quotidienne), difficultés à <b>initier les actions.</b> Également difficultés d' <b>initiation</b> , de <b>planification</b> de la journée, <b>problème de mémoire</b> du fait des troubles <b>cognitifs.</b>
E5	Le manque <b>d'initiative, l'aboulie, l'apragmatisme.</b> Ils ont les capacités pour faire faire, mais sans présence d'un soignant à leurs côtés, <b>ont dû mal à initier.</b>

- **Outils et médiateurs pour accompagner et faciliter le maintien de la personne dans son domicile :**

E1	<p>Dans la structure : <b>Programme d’ETP<sup>19</sup>, entraînement aux habiletés sociales</b> avec le jeu <b>Dixiludo, le programme d’IPT<sup>20</sup></b></p> <p>En ergothérapie : Activité « <b>investir la cité</b> » avec des <b>mises en situation en extérieur, visite à domicile (VAD) pour évaluations cuisines</b>, mais peu régulières par patients suivis par un SAMSAH (service d’accompagnement médico-social pour adultes handicapés) qui s’occupe plus du côté domicile</p>
E2	<p>Dans la structure : <b>Programme d’ETP, groupe sur le sommeil.</b></p> <p>Autour de la remédiation cognitive : utilisation du <b>Mickaels Games</b> (jeu sur le raisonnement hypothétique), groupe sur <b>l’IPT</b>. Ensuite le jeu de <b>réalité virtuelle Mathurin</b> sur la planification des tâches de vie quotidienne. Ainsi que d’autres groupes sur <b>le suivi de santé, la gestion des papiers administratifs</b> par exemple.</p> <p>En ergothérapie : du côté individuel on retrouve <b>la passation de bilan et les évaluations. MES (mises en situation) en extérieur</b> pour prendre les transports en commun par exemple et des <b>VAD</b> parfois.</p>
E3	<p>Dans la structure : <b>beaucoup d’activités thérapeutiques</b> dans différents groupes comme <b>une activité carnaval</b> ou les patients construisent un char et on défile tous ensemble costumé sur l’île.</p> <p>En ergothérapie : <b>cuisine, expressions médiatisées, sport, théâtre, équithérapie.</b></p>
E4	<p>Dans la structure : <b>médiations corporelles</b> avec des groupes thérapeutiques sur <b>l’hygiène et l’image de soi</b>. Des <b>médiations d’expression : groupe photo langage et lecture.</b></p> <p>En ergothérapie : dans <b>le cadre de la réhabilitation psychosociale</b> mise en place d’un <b>groupe jardinage, cuisine, d’équithérapie et de couture.</b></p>

<sup>19</sup> Education thérapeutique du patient

<sup>20</sup> Integrated Psychological Treatment

<b>E5</b>	<p>Dans la structure : <b>MES dans les murs de l'institution ou dans la cité ou au domicile. Médiations artistiques, culturelles, de gestion quotidienne. Accompagnements aux démarches sociales.</b> Utilisation de l'<b>IPT</b> et de la <b>CRT</b><sup>21</sup>.</p> <p>Utilisation du <b>Mickael's Game</b> et du <b>Dixiludo</b>.</p> <p>En ergothérapie : <b>remédiation cognitive</b> (cognitions sociales ou neurocognition) avec un travail sur les troubles cognitifs avec notamment <b>ToMRemed</b><sup>22</sup>, <b>RECOs</b><sup>23</sup>.</p>
-----------	---

○ **Utilisation des mises en situation écologiques**

<b>E1</b>	<b>MES écologique, mais rarement au domicile. MES cuisines et différentes situations dans la cité.</b>
<b>E2</b>	<b>Oui au maximum, mais ce n'est pas de façon quotidienne.</b> Et quand c'est impossible, les ateliers sont adaptés pour être le plus écologiques possible comme l'atelier cuisine.
<b>E3</b>	<b>Oui, surtout en cuisine.</b> Le but est de transférer ce qu'ils apprennent avec le CMP pour le refaire chez eux.
<b>E4</b>	<b>Oui, comme faire des courses, prendre les transports par exemple, mais pas au domicile.</b> Ça serait un <b>réel souhait</b> , mais je n'ai pas encore pu en instaurer dans la structure où je travaille.
<b>E5</b>	<b>Oui, énormément.</b> C'est principalement de la <b>gestion du quotidien</b> , on évalue ce que la personne a déjà au domicile et on fait avec. C'est beaucoup de <b>MES cuisines et organisations du domicile par exemple.</b> Le plus possible avec ce qu'ils ont pour être au plus proche de leur quotidien.

○ **Outils ou médiateurs pouvant favoriser le transfert des acquis au domicile :**

<b>E1</b>	<b>Beaucoup de facteurs</b> entrent en jeu, mais en premier, <b>proposer</b> à la personne <b>des objectifs.</b> Un <b>environnement aidant et stable peut être facilitateur.</b>
-----------	---

<sup>21</sup> Cognitive remediation therapy

<sup>22</sup> Theory of mind remediation

<sup>23</sup> Remediation cognitive pour la schizophrénie ou un trouble associé

	<p>La notion de transfert est <b>compliquée à quantifier</b>, on ne peut <b>pas vraiment voir une réelle acquisition, mais plutôt des améliorations</b>. Cela demande <b>du temps</b> et peut se <b>stopper suite à une rechute</b>.</p> <p>Il faut beaucoup <b>d'entraînement, de répétition, des évaluations et aussi valoriser le patient</b>.</p> <p>De <b>l'incertitude</b> est toujours présente.</p>
E2	<b>Les mises en situation peuvent aider. La discussion, la répétition, la valorisation, les objectifs fixés, les évaluations</b> voilà tout ce qui est facilitateur à mon sens.
E3	<b>Lancer des défis, les guider, faire avec eux, s'appuyer sur le soutien de la famille.</b> Continuer à maintenir et entretenir le lien pour pas qu'ils lâchent.
E4	Mettre en place des <b>activités concrètes</b> comme avec les <b>MES</b> . Accrocher le patient avec quelque chose qui lui plaît, trouver des <b>activités qui font sens</b> .
E5	La question du transfert est <b>compliquée</b> , mais comme facilitateur : le fait de faire des <b>activités en cohérence avec les envies du patient</b> . Les <b>MES</b> sont facilitatrices que si l'activité évaluée est <b>pertinente pour le patient</b> et dans l'idéal les <b>MES doivent être faites à domicile</b> .

- **Utilisation d'évaluations objectivant les résultats :**

E1	EMAE <sup>24</sup> de façon régulière
E2	De moins en moins d'évaluations, seulement l'ELADEB <sup>25</sup> de façon régulière. Avant, utilisation de l'OCAIRS et l'OSA <sup>26</sup> .
E3	Normées non. Essentiellement de l'observation.
E4	EMAE de façon régulière. L'ELADEB également. Les outils du MOH comme le volitional questionnaire (VQ), l'ACIS <sup>27</sup> et l'OSA. Utilisés soit comme réelle évaluation soit comme support notamment pour la rédaction de compte rendu.
E5	ELADEB de façon systématique et AERES (version ressource de l'ELADEB) beaucoup moins souvent.

<sup>24</sup> L'Échelle d'Évaluation Multifocale de l'Activité

<sup>25</sup> L'Échelle Lausannoise d'Auto-évaluation des Difficultés Et des Besoins

<sup>26</sup> Occupational Circumstances Assessment Interview and Rating Scale (OCAIRS) - Occupational Self Assessment (OSA)

<sup>27</sup> Assessment of Communication and Interaction Skills

- **Mises en situation écologiques : facteur facilitant le transfert des acquis au domicile ? Si oui, facteur durable ?**

E1	<p>Sur les MES : <b>Oui</b>. Les MES oui, mais ce n'est <b>pas suffisant</b>, il faut aussi <b>répéter et trouver des astuces pour ce transfert au domicile</b>.</p> <p>Sur la durabilité : <b>Personne dépendante</b>. On <b>ne peut pas dire acquis définitif</b> car on ne sait pas comment ça va se passer pour le patient dans le temps, <b>mais</b> pour certains je dirais quand même que ce sont <b>des acquis durables</b>. Ça <b>dépend aussi des outils qu'on leur donne</b> pour les maintenir dans le temps. Si les structures extra-hospitalières et les SAMSAH n'existaient pas, les retours à domicile après hospitalisation seraient quasiment tous des échecs.</p>
E2	<p>Sur les MES : <b>Oui dès qu'on est dans l'environnement c'est facilitateur</b>, domicile ou extérieur.</p> <p>Sur la durabilité : Il faut surtout de la <b>répétition de ces MES</b>. Après sur le <b>durable, c'est difficile à dire</b>. On observe régulièrement des <b>rechutes quelques mois plus tard</b> même en intervenant à domicile. Les <b>MES semblent aider</b>, mais trop <b>peu de recul pour affirmer</b> quelque chose de durable.</p>
E3	<p>Sur les MES : <b>Oui pour certains</b>. Pour les autres ça va <b>dépendre de la symptomatologie</b> encore présente. <b>C'est très personne dépendante</b>. Certains auront besoin d'intervention au domicile, d'autres y arriveront d'eux même.</p> <p>Sur la durabilité : <b>C'est un facilitateur oui, mais durable moins sûr</b>. C'est propre à chacun. Les <b>MES sont juste des outils pour démarrer le transfert</b>, la relation entretenue sur la durée avec le patient fait la continuité.</p>
E4	<p>Sur les MES : <b>Oui</b>. Ils vont reprendre confiance en eux, reprendre du plaisir avec des activités concrètes. Par contre <b>le transfert se fait sur un temps très long</b>. C'est vraiment <b>petit à petit</b> que les personnes atteignent l'autonomie désirée. C'est vraiment un long processus.</p>

	Sur la durabilité : <b>Oui, mais il y a beaucoup de facteurs différents</b> comme l'âge d'entrée dans la maladie, à quel âge le suivi s'instaure, l'intensité des symptômes. <b>Certains ont besoin d'être suivi toute leur vie, d'autres seulement quelques mois.</b>
E5	Sur les MES : <b>Oui incontestablement.</b>  Sur la durabilité : <b>Oui</b> , quand on fait avec les capacités de la personne, son matériel, ça a un vrai sens. Après la <b>durabilité dépend de différentes choses. Oui a priori, mais trop peu de recul pour l'affirmer complètement.</b>

- **Les mises en situation et autres actions mises en place dans la prise en soin : aide au maintien à domicile ?**

E1	<b>Tous les outils et activités ont leur utilité.</b> Vraiment toutes les actions, <b>MES comprises</b> ont un impact, ça et tous les réseaux de suivis mis en place qui sont très importants.
E2	<b>Oui, c'est le but des structures extrahospitalières</b> de maintenir les patients à domicile et éviter les rechutes au maximum. Des fois il y a besoin de passer 2 à 3 fois au domicile dans l'année pour pas que ça déborde.
E3	<b>Oui, aller à domicile, aller en extérieur avec la personne permet un meilleur maintien.</b> C'est comme ça qu'est fait mon travail d'ergo.
E4	<b>Oui, les patients ont besoin des structures pour les aider et les rassurer.</b> Certains ne se maintiendraient pas à domicile sans les outils proposés. Le lien de confiance est également très important.
E5	<b>Oui évidemment.</b> Il y a aussi les relations avec les proches qui aident beaucoup ce maintien au domicile. <b>L'environnement humain et matériel, c'est un tout.</b>

## B. Analyse des résultats

Après avoir présenté les résultats bruts, nous allons désormais analyser les entretiens en organisant les résultats par thématiques dans l'ordre des questions du guide d'entretien :

- **Généralités de prise en charge des personnes atteintes de schizophrénie**

*Le modèle conceptuel utilisé pour les prises en charge :*

À cette question les réponses sont très différentes. Les structures des 5 ergothérapeutes interrogées ne proposent pas de modèle interprofessionnel. L'ergothérapeute E2 ne suit pas de modèle ergothérapique pour ses prises en charge, en revanche E1, E3 et E4 utilisent les modèles pour lesquels elles ont été formées : dans l'ordre on retrouve le MCRO, le PPH et le MOH. E5 utilise un modèle global de réhabilitation psychosociale.

*La fréquence de prise en charge :*

Les 5 ergothérapeutes ont la même façon de travailler et les accompagnements oscillent entre des séances de groupe et des séances individuelles. Globalement les séances individuelles sont hebdomadaires suivant les besoins sauf pour E2 qui maintient un suivi une fois tous les quinze jours. Les ergothérapeutes disent aussi réaliser des séances ponctuelles en fonction des demandes qu'elles peuvent avoir.

Les suivis sont réguliers et permettent de suivre le patient de près.

*Les principales difficultés et situations de handicaps au domicile :*

Les ergothérapeutes E1, E4 et E5 s'accordent en relatant surtout un manque de motivation et d'initiation des actions. E1 et E4 rajoutent qu'ils savent faire ces actions et qu'ils ont les capacités pour mais que sans aide ils n'arrivent pas à initier les actions.

Pour E2, E3 et E4, les symptômes cognitifs semblent avoir un impact important au domicile du patient. Elles parlent des difficultés de planification, d'organisation, de mémoire et de flexibilité qui rendent difficile le fait de garder un vrai rythme journalier avec des horaires.

Enfin E2 nous dit que pour elle, dans un premier temps la difficulté est sociale avec notamment les questions financières et qu'on retrouve aussi des problèmes pour faire des courses, avoir une bonne hygiène corporelle et gérer son logement notamment.

Les principales difficultés et situations de handicaps sont : le manque de motivation, le manque d'initiative, la gestion du logement, les soins personnels, la planification, l'organisation, la flexibilité. Dans ce listing fait par les ergothérapeutes, les symptômes cognitifs et exécutifs ainsi que les symptômes négatifs sont mis en avant pour expliquer les difficultés rencontrées par les personnes atteintes de schizophrénie dans leur domicile.

- **Outils et moyen pour tenter de maintenir la personne au domicile.**

*Concernant les différents outils et médiateurs utilisés :*

Pour accompagner le patient au domicile, beaucoup d'outils sont proposés par les ergothérapeutes et la structure. On retrouve dans le cadre de la réhabilitation psychosociale des programmes d'ETP et d'IPT pour les ergothérapeutes E1 et E2. E5 utilise également l'IPT ainsi qu'un programme de CRT.

Pour l'entraînement aux habiletés sociales, E1 et E5 proposent dans leur structure un groupe autour du Dixiludo. E2 et E5 utilisent aussi le MickaelGame, jeu autour du raisonnement hypothétique.

De plus, E2, toujours dans le cadre de la remédiation cognitive, nous parle d'un jeu de réalité virtuelle (Mathurin) pour faire des simulations du quotidien et aider à planifier toutes les tâches de vie quotidienne. L'ergothérapeute E5 a mis en place dans sa structure un groupe de travail sur les troubles cognitifs avec ToM Remed (spécifique à la cognition sociale) et RECOS.

En complément des programmes de réhabilitation psychosociale, beaucoup de groupes sont proposés pour accompagner les patients. L'intérêt va être de « *l'accrocher au soin* » selon E4. E5 parle, elle, de médiations artistiques, culturelles et des groupes de gestions de vie quotidienne. E3 et E4, étant formées, proposent de l'équithérapie à leurs patients. On retrouve aussi les activités thérapeutiques types comme la cuisine, la lecture ou encore la couture.

E1, E2 et E5 proposent en ergothérapie des mises en situation en extérieur et des visites à domicile, pour E2, les visites à domicile arrivent dans un second temps « *quand je les connaissais mieux et que la relation était établie* ».

Comme on peut le voir tous les outils et médiateurs utilisés au sein des structures et par les ergothérapeutes s'inscrivent dans une démarche de réhabilitation car beaucoup de médiations proposées sont en lien avec des activités de vie quotidienne. De plus ces entraînements dans toutes les sphères de la vie quotidienne encouragent l'autonomie et la capacité à faire seul, ainsi le fait de se maintenir à domicile. E5 nous rappelle qu'« *on travaille des choses pour transférer dans le quotidien* ».

*L'utilisation des mises en situation écologiques comme moyen thérapeutique :*

À l'unanimité les ergothérapeutes utilisent les mises en situation pendant leur prise en charge avec des patients de schizophrénie.

Le terme écologique, n'étant pas le même pour tous les professionnels nous avons précisé que nous entendions par écologique, les mises en situation faites dans le lieu de vie de la personne. Après cette précision E4 nous dit ne pas avoir eu l'occasion d'en faire mais que « *ça serait un souhait d'évoluer vers*

ça », elle propose seulement des mises en situation écologiques dans la cité pour prendre des transports en commun notamment, cette pratique est commune à E1, E2, E4 et E5. « *Le but est de transférer ce qu'ils apprennent pour qu'ils puissent le refaire chez eux* » pour E3. L'ergothérapeute E2 précise qu'elle adapte tous les ateliers pour être le plus écologique possible même s'ils ont lieu dans la structure pour pouvoir « *transposer au quotidien* ».

E5 pense que les mises en situation écologiques au domicile ont d'autant plus d'intérêt car quand « *on évalue en situation à l'hôpital, on transfère à la maison, c'est compliqué parce qu'on se rend compte qu'avec l'apragmatisme, avec le manque d'initiative, s'il n'y a pas exactement le même matériel qu'il y a dans la salle d'ergo ou dans le service, c'est hyper compliqué de transférer les acquis chez soi* ».

Les ergothérapeutes sont d'accord sur l'utilité des mises en situation dans une prise en charge.

Le fait de l'effectuer au domicile permet de meilleurs résultats et un meilleur transfert des acquis. On retrouve souvent les mises en situation cuisine, course ou encore organisation du quotidien : des AVQ de bases importantes pour réussir à se maintenir à domicile.

#### - **Pédagogie visant à favoriser le transfert des acquis**

*Facilitateur du transfert des acquis au domicile :*

Les ergothérapeutes ont des avis plutôt différents sur la question du transfert même si certaines idées se recoupent. Pour E1, E2 et E3, il est important de donner des « *défis* » et des « *petits objectifs* » pour les impliquer et les motiver à réaliser l'activité.

Tous les ergothérapeutes parlent de mises en situation « *directement implantées dans le quotidien* » (E2), d'outils « *concrets* » (E4), il est important de rester sur « *des évaluations qui font sens pour la personne* » (E5) et qui sont « *plaisantes et apaisantes* » en cas de recrudescence d'angoisse par exemple (E4).

E1 et E2 rajoutent qu'il est important d'encourager la personne, de la valoriser, de ne pas l'infantiliser, de répéter de nombreuses fois pour favoriser un transfert d'acquis et surtout de « *maintenir le lien pour pas qu'ils lâchent* » (E3). Les mises en situation sont faites idéalement dans le lieu de vie de la personne pour E5. L'environnement humain apparaît aussi comme un facteur facilitant le transfert d'acquis pour E1 et E3, la personne transposera mieux au quotidien si son environnement est soutenant et aidant.

Malgré les outils et médiateurs cités par les ergothérapeutes, des limites au transfert des acquis au domicile sont aussi avancées. L'ergothérapeute E1 préfère parler « *d'améliorations* » que d'acquis car pour elle tout n'est pas transférable au quotidien du moins pas rapidement. Elle parle de plusieurs

années qui peuvent parfois être coupées par des rechutes et donc demande de repartir du début dans l'apprentissage. E5 rajoute que cette question de transfert est difficile à évaluer car « *trop personne dépendante* » et dépend de la symptomatologie résiduelle.

Comme on a pu le voir avec cette question, tout ce qui est écologique permettrait un meilleur transfert des acquis pour les personnes atteintes de schizophrénie, celui-ci n'est pas instantané, mais demande du temps et de la répétition. L'ergothérapeute valorise le patient et s'entoure de la famille si elle est présente pour accrocher le patient dans la prise en soin et favoriser les transferts de compétences au domicile. Malgré tous les outils mis en place, parfois le transfert reste très compliqué.

*Utilisation d'évaluations normées pour objectiver les résultats :*

Pour appuyer leur prise en soin, les ergothérapeutes utilisent des évaluations tirées de la réhabilitation comme E2, E4 et E5 avec l'ELADEB. E5 utilise en complément la version ressource de l'ELADEB : l'AERES. Les ergothérapeutes E1 et E4 utilisent de façon régulière l'EMAE pour observer le patient en activité. E4, qui est formé à l'utilisation du MOH, utilise les outils spécifiques du modèle comme le VQ, l'ACIS ou encore l'OSA qui est une autoévaluation. E2 a eu l'occasion d'utiliser l'OCAIRS et l'OSA mais de façon très ponctuelle.

L'ergothérapeute E3 est la seule n'utilisant pas d'évaluation normée, elle se base essentiellement sur l'observation.

- **Les mises en situation écologiques : moyen thérapeutique favorisant le transfert des apprentissages et permettant d'améliorer le maintien à domicile**

*Mise en situation : facteur facilitant le transfert des acquis au domicile ?*

Les cinq ergothérapeutes sont d'accord sur le côté facilitateur des mises en situation écologiques. E2 rajoute que « *dès qu'on est dans l'environnement, c'est facilitateur, domicile ou extérieur* ». Selon l'ergothérapeute E3 c'est très personne dépendant, certains n'auront pas besoin de ces interventions au domicile pour transférer leur acquis. S'ils en ont besoin en revanche, les structures extra-hospitalières servent de « *béquille* » (E4) et accompagnent sur le long terme si besoin pour permettre à la personne d'atteindre l'autonomie désirée. Des répétitions seront nécessaires pour transférer les acquis au domicile.

Les mises en situation écologiques sont des outils importants pour une bonne prise en charge et une recherche de maintien de la personne atteinte de schizophrénie au domicile.

### *Mises en situation : facteur durable ?*

Sur la sous-question de durabilité, on peut observer toute la difficulté d'un suivi avec une personne souffrant de schizophrénie. Les ergothérapeutes rappellent que c'est vraiment différent pour chaque personne et chaque suivi. Beaucoup de facteurs entrent en jeu comme « *l'âge d'entrée dans la maladie, à quel âge le suivi s'instaure, l'intensité des symptômes* » (E4). L'ergothérapeute E5 affirme que les mises en situation, répétées, ont un vrai sens quand elles sont faites avec les capacités de la personne et son matériel. « *C'est un facilitateur oui, mais durable moins sûr* » pour E3.

E2 et E5 pensent ne pas avoir assez de recul pour affirmer la durabilité du transfert suite aux mises en situation écologiques réalisées dans la prise en soin.

L'ergothérapeute E3 déclare que les mises en situation sont juste des outils pour démarrer le transfert et que c'est la relation entretenue sur la durée qui fait la continuité. C'est pourquoi E1 ne s'exprime pas sur des acquis « *définitifs* », mais souligne néanmoins que sans les outils proposés par les structures extra-hospitalières ou encore les SAMSAH, les retours à domicile seraient quasiment tous des échecs car la personne n'arriverait pas à s'y maintenir.

L'avis est mitigé sur la durabilité, le long terme semble être une notion difficile à évaluer.

### *Lien entre l'utilisation des mises en situation écologiques, ainsi que les autres outils et le maintien au domicile :*

Les outils, activités (mises en situation écologiques comprises) facilitent le maintien au domicile pour les cinq ergothérapeutes. L'ergothérapeute E1 sur le fait que tous les outils et activités présentés au patient ont leur utilité dans la réussite du maintien. Pour E3, « *aller à domicile, aller en extérieur permet un meilleur maintien* ». L'ergothérapeute E3 fait également remarquer que si l'environnement humain, couplé à l'environnement matériel est facilitateur, le maintien sera meilleur. « *C'est le but des structures extra-hospitalières* » de tenter de maintenir les patients au domicile, alors les mises en situation au domicile sont utilisées et nécessaires pour pas que ça « *déborde* » nous exprime E2.

## C. Discussion

### 1. Confrontation entre données théoriques et résultats obtenus

#### a) *Analyse par rapport au Modèle de l'occupation humaine*

Les ergothérapeutes interrogées travaillent dans une démarche de réhabilitation psychosociale, elles s'intéressent à la personne dans sa globalité. Selon Kielhofner, le Modèle de l'Occupation Humaine est centré sur la personne, ses activités et son environnement. La volition est une notion importante sur laquelle les ergothérapeutes s'appuient pour réussir à accrocher la personne dans une prise en charge. Elles proposent également un suivi individualisé qui répond au besoin de la personne tout en respectant ses valeurs et centres d'intérêt.

De plus, les ergothérapeutes prennent aussi en compte l'environnement de la personne en réalisant des mises en situation écologiques au domicile ou pour l'ergothérapeute n°4 dans la cité. Ces mises en situation écologiques agissent directement sur les déterminants personnels qui sont les sentiments d'efficacité ou encore de capacités personnelles de la personne. Elles confrontent la personne à ses difficultés, mais aussi aux capacités d'adaptations qui la façonnent. Le côté écologique des mises en situation rend l'activité signifiante pour la personne, elle lui fait sens et a lieu dans son environnement et agit sur l'habitué du patient. En effet, l'ergothérapeute n°5 affirme qu'il faut respecter « *leur mode de vie et je pense que ça, c'est le plus important c'est de rester sur des évaluations qui font sens pour la personne. Ça ne sert à rien d'aller évaluer la mise en situation d'un gâteau au chocolat si la personne n'en a jamais fait et si elle n'en fera jamais derrière* ».

En respectant leurs habitudes de vie et leurs manières de réaliser une activité, les ergothérapeutes participent au maintien des habitudes tout en favorisant l'autonomie de la personne. Ainsi l'engagement occupationnel de la personne est favorisé et son identité occupationnelle évolue : « *une image composée de ce que nous sommes et de l'être agissant que nous souhaitons devenir* » (Graff, Thijssen, Van Melick, & Verstraten, 2013).

L'ergothérapeute agit sur toutes les composantes du modèle de l'occupation humaine, il favorise l'engagement de la personne dans sa prise en soin, pour faciliter un changement pour lui permettre de retrouver un équilibre occupationnel.

Le MOH est un modèle ergothérapique ancré dans le concept de réhabilitation comme nous l'avons vu dans la partie : I.B.3. De plus, les ergothérapeutes utilisent dans leurs prises en charge toutes les sphères et dimensions du modèle. Malgré ces différents éléments, on remarque avec l'enquête

réalisée que seule une ergothérapeute utilise le MOH dans ses prises en charge, l'ergothérapeute N°4. Ce modèle malgré une complexité apparente, gagnerait à être plus utilisé car il s'adresse vraiment à chaque personne ayant « *un problème dans la réalisation de ses occupations peu importe le stade de sa vie* » (Bélanger, Briand, & Rivard, Le modèle de l'occupation humaine, 2005).

## 2. Analyse par rapport aux situations de handicap dans la vie quotidienne

Lors des entretiens, les situations de handicaps révélées par les ergothérapeutes concernent les troubles cognitifs et les symptômes négatifs. Certaines ergothérapeutes comme E1 ont d'abord parlé d'un manque de motivation et d'initiation de l'activité au quotidien, ces troubles font écho aux symptômes négatifs de la maladie. À l'inverse d'autres ergothérapeutes ont énoncé en premier les difficultés mnésiques, de planification et d'organisation liées aux troubles cognitifs. Au regard de la théorie, les troubles cognitifs sont davantage mis en avant pour décrire les difficultés quotidiennes résultant de la schizophrénie, les troubles négatifs apparaissent dans un deuxième temps pour continuer à expliquer les difficultés quotidiennes.

Les ergothérapeutes affirment que les patients ont des difficultés dans toutes les sphères occupationnelles malgré la stabilisation de la maladie. Les activités de vie quotidienne les plus classiques sont difficiles à réaliser comme les besoins essentiels : se faire à manger et les soins personnels notamment. Ces difficultés demandent donc un accompagnement individualisé et global avec un suivi pluriprofessionnel. Un accompagnement en réhabilitation est nécessaire et il consiste selon la théorie à utiliser « *des activités visant à favoriser leur autonomie et indépendance dans la communauté* ».

## 3. Analyse par rapport au transfert des acquis

Nous avons vu dans la première partie de ce travail de recherche que pour Kielhofner un changement sur une dimension occupationnelle demande de créer de nouveaux comportements. Pour qu'un nouvel apprentissage soit efficace, il doit être transférable au quotidien. Vienneau propose deux étapes pour créer un apprentissage : le processus et la production finale. Les facteurs extrinsèques comme le logement, ne peuvent pas être modifié par l'apprenant, mais restent des facteurs importants à prendre en compte pour apprendre. En revanche, l'auteur nous dit que les facteurs intrinsèques sont en mouvement constants et propres à la personne. La personnalisation des objectifs de prise en charge annoncée par les ergothérapeutes participe à la prise en compte des capacités de celle-ci et de ses possibilités d'apprentissage.

De plus, la théorie nous a appris que ce transfert d'acquis ne se fait pas de façon automatique, c'est d'ailleurs en accord avec les propos de tous les ergothérapeutes. « *resolliciter, répéter, démarcher ensemble, valoriser* » sont les termes repris par les professionnels, ils correspondent globalement aux étapes optimales pour favoriser un transfert d'apprentissage qui étaient pour rappel :

- La contextualisation
- La recontextualisation
- La décontextualisation

La dernière étape consiste à appliquer l'apprentissage dans une situation différente, c'est ce que cherchent à faire les ergothérapeutes pour faciliter le transfert d'acquis. « *On peut demander à la personne de le faire après sans le soignant* » (E5) ou encore « *Après soit il le faisait tout seul et je venais après soit j'allais faire avec eux [...] Enfin ça dépendait en fait, mais oui le but c'était de transférer ce qu'ils apprenaient avec le CMP pour qu'ils puissent le refaire chez eux.* ».

Toujours en accord avec la théorie, les ergothérapeutes s'entendent pour dire que toute situation significative pour le patient facilite le transfert des apprentissages. Les moyens utilisés lors des prises en soin par tous les professionnels suivent cette logique comme avec les mises en situation. Le processus d'apprentissage est amélioré grâce à des mises en situation écologiques au domicile pour être au plus proche de l'environnement réel. Seule l'ergothérapeute E4 n'avait pas l'occasion de réaliser de mise en situation au domicile, mais souhaitera dans une optique d'amélioration de suivi en proposer.

#### 4. Analyse par rapport aux interventions à domicile

Comme énoncé ci-dessus, les ergothérapeutes utilisent des mises en situation au domicile même du patient. Selon l'arrêté du diplôme d'état d'ergothérapie, intervenir au domicile fait pleinement partie de notre champ d'activité. Ces interventions sont intéressantes pour les ergothérapeutes car elles sont concrètes et réalisées avec le matériel que la personne utilise de façon quotidienne, comme lors d'une mise en situation cuisine par exemple. La théorie nous dit que les interventions demandent de la préparation et du temps (Djaoui, Intervention au domicile : gestion sociale de l'intime, 2011), car le lieu de vie intime devient territoire professionnel. Cette idée est partagée par les ergothérapeutes qui disent d'abord tisser une relation de confiance avant d'intervenir au domicile car ils interviennent dans le lieu de vie et sont parfois en lien direct avec les familles, ce qui demande en amont un accord du patient pour venir au domicile.

L'ergothérapeute E3 rajoute qu'il est intéressant dans ce genre de situation de « *s'appuyer sur l'entourage présent* » pour qu'ils puissent à leur tour prendre conscience que la personne atteinte de schizophrénie a des capacités. Les ergothérapeutes laissent faire le patient au maximum et proposent juste un rôle de guidance si besoin lors des mises en situation, le but étant de s'appuyer sur les acquis de la personne, comme nous le définissait Bloch dans la partie : I.C.4. Intervenir au domicile a des bénéfices considérables, mais demande une prise en charge adaptée, une relation de confiance et du temps.

## 5. Analyse entre mise en situation et maintien au domicile

Malgré le transfert des acquis présent grâce aux mises en situation, les ergothérapeutes émettent des doutes quant à la durabilité de celui-ci. C'est un travail de répétition qui peut durer des mois, voire des années. Les mises en situation sont présentées comme facilitatrices, mais doivent être accompagnées d'une prise en charge complète. Les ergothérapeutes s'accordent sur la difficulté de visibilité sur le long terme, cela se rapproche de la définition de Llorca sur « la phase aiguë » de la maladie qui peut apparaître de façon brutale. Le fait de ne pas être certain de la stabilisation clinique de la personne sur la durée complique le maintien au domicile des malades. Les mises en situation proposées aident la personne à gérer son quotidien, à retrouver de la motivation et une autonomie satisfaisante pour tenter de réduire les rechutes liées à une recrudescence de symptômes positifs et de désorganisation. Les ergothérapeutes souhaitent maintenir la personne en phase résiduelle de la maladie.

En effet, E1 nous rappelle que si la personne rechute, il faut recommencer le travail au début, cela s'accorde avec les propos de Llorca qui indique que la multiplication des rechutes altère d'autant plus l'équilibre occupationnel du patient.

## 6. Confrontation des résultats obtenus et de l'hypothèse de recherche

Au vu des résultats obtenus, les mises en situation écologiques semblent être un outil présentant un bénéfice dans le maintien au domicile des personnes atteintes de schizophrénie. Le fait d'être réalisé dans le lieu de vie permet d'être au plus proche du quotidien du patient et de mieux visualiser ses difficultés. Cet outil de réhabilitation psychosociale est utilisé par tous les ergothérapeutes participant à l'enquête.

De plus, favoriser le transfert des acquis au domicile permet à la personne d'atteindre une stabilité satisfaisante dans la réalisation de ses activités de vie quotidienne nécessaire à son bien-être.

Néanmoins, les mises en situation écologiques seules ne suffisent pas à prétendre pouvoir maintenir le patient dans son domicile, une prise en charge globale est nécessaire. À cela s'ajoute le manque de stabilité clinique avec une oscillation des symptômes que l'on peut parfois retrouver dans la schizophrénie qui rend difficile la capacité à évaluer l'efficacité prolongée des mises en situation écologiques.

Compte tenu des arguments présentés, nous pouvons estimer une validation partielle de l'hypothèse. Les résultats évoqués montrent l'aspect positif de l'utilisation des mises en situation écologique sur le maintien à domicile des personnes souffrant de schizophrénie, mais ce moyen thérapeutique doit être accompagné de la prise en charge globale pour une meilleure efficacité.

## 7. Limites de l'étude

Le travail de recherche que nous venons de présenter présente plusieurs limites.

Pour commencer, l'échantillon de personnes interviewées, au nombre de 5 ergothérapeutes, ne permet pas de généraliser les résultats à la pratique de tous les ergothérapeutes exerçant en psychiatrie. Cependant, la variété des profils et des réponses obtenues a permis de répondre à l'hypothèse énoncée.

Ensuite, après la première passation d'entretien, nous avons pu observer une interprétation des termes utilisés lors des questions. Les mises en situation écologiques n'ont pas la même définition pour tous les ergothérapeutes, il a donc fallu être vigilant et définir ce que nous entendions par « écologique » lors des entretiens qui ont suivi afin de ne pas biaiser les résultats.

De plus, tous les entretiens ont été réalisés par téléphone et ne permettent pas d'avoir accès au langage non verbal de la personne interrogée. Durant le troisième entretien par exemple, l'ergothérapeute n'exerçant pas en France, la connexion était parfois difficile et nous demandait de répéter nos propos. L'intermédiaire du téléphone peut donc augmenter les interprétations.

L'entretien se termine par une question très globale où les réponses montrent que toutes les interventions utilisées dans une prise en soin sont utiles pour le maintien au domicile. La forme de la phrase atténue la spécificité des mises en situation écologiques et leur apport singulier sur la durabilité du maintien à domicile.

Enfin, la schizophrénie reste une pathologie encore difficile à comprendre et à maîtriser dans sa globalité. Comme nous l'avons dit précédemment, chaque schizophrénie est différente et chaque personne malade également ce qui rend difficile la prise en charge.

Après coup, il aurait été intéressant d'interroger une autre population. En effet interroger avec des entretiens des personnes souffrant de schizophrénie aurait complété ce travail de recherche. Cela aurait permis de recueillir l'avis des patients de façon directe pour voir si les impressions se recourent avec celles des professionnels.

## 8. Intérêts de l'étude

La réalisation de ce mémoire de recherche a été, à mon sens, très enrichissante. Mener à terme un projet sur lequel je travaille depuis plus d'un an est très formateur et gratifiant. Malgré les moments de doutes et de remise en question, j'ai trouvé très intéressant de pouvoir présenter le fruit de ma réflexion aux ergothérapeutes qui ont participé à l'enquête.

Ces entretiens ont permis d'avoir de nouvelles perspectives et de nouveaux points de vue sur mon sujet de recherche.

Ensuite, effectuer ces recherches m'a permis d'approfondir mes connaissances sur la schizophrénie et d'acquérir de nouvelles informations sur la réhabilitation psychosociale, le modèle de l'occupation humaine et le fonctionnement du suivi psychiatrique en général.

Enfin, le secteur psychiatrique m'intéresse beaucoup et je désirerais y travailler en tant qu'ergothérapeute. À travers ces différentes recherches, j'ai appris de nouvelles notions qui pourront me servir plus tard.

Bien sûr, ce travail étant un travail d'initiation à la recherche, il me reste beaucoup de choses à découvrir, approfondir et à apprendre sur la pratique de l'ergothérapie en psychiatrie.

## 9. Pistes de réflexion

Les réponses amenées par les ergothérapeutes m'ont permis de réfléchir sur des domaines à approfondir en complément de ce travail de recherche.

Tout d'abord l'environnement humain (familial et amical) a été cité plusieurs fois sans détails lors de la partie conceptuelle. Au vu des réponses des ergothérapeutes sur l'importance de la famille, il serait intéressant de développer le rôle de celle-ci. Souvent, la famille est en première ligne au côté de la personne malade. Selon une étude anglo-saxonne réalisée par Pitschel-Walz auprès de familles de personnes atteintes d'un trouble psychique : le taux de rechute baisse de 20% lorsque les proches aidants sont inclus dans le parcours de soins dans la première année suivant leur dernière hospitalisation. (Pitschel-Walz, Leucht, Bäuml, Kissling, & Engel, 2001). Ces chiffres montrent tout l'intérêt de prendre en compte la famille du patient dans l'objectif de maintien au domicile.

L'entourage humain semble intéressant à développer car leur vie aussi est impactée par la maladie et il représente une source d'aide au quotidien pour le malade.

Aussi, pour choisir les critères d'inclusion, seules les structures extra hospitalières ont été retenues, or les structures médico-sociales comme les SAMSAH interviennent plus directement dans le lieu de vie de la personne et sur du long terme. Il serait intéressant de développer le rôle de cette structure qui n'apparaît pas dans un premier temps dans le suivi d'une personne atteinte de schizophrénie en sortie d'hospitalisation.

## Conclusion

La symptomatologie liée à la schizophrénie persiste lorsque la personne est stabilisée et impacte sa vie quotidienne formant un déséquilibre occupationnel important. Le suivi proposé par les structures extrahospitalières, dans lesquelles exercent des ergothérapeutes, aide les personnes souffrant de schizophrénie à retrouver une autonomie et une indépendance au quotidien.

Le domicile représente un lieu de vie intime, sécuritaire et où les activités de vie quotidienne sont réalisées. C'est pourquoi nous nous sommes intéressés aux interventions faites au domicile du patient. L'ergothérapeute est un professionnel cherchant à maintenir et restaurer les capacités à agir de la personne. Pour cela, il prend en compte les besoins, les demandes et les capacités du patient. Il a donc un rôle important et peut accompagner le patient en lui proposant des activités significatives au domicile afin de travailler sur ses situations de handicaps.

Dans un objectif de réhabilitation psychosociale, des mises en situation écologiques telles que la cuisine peuvent être mises en place par l'ergothérapeute. Cet outil permet d'obtenir un changement de comportement significatif favorisant l'apprentissage de nouvelles compétences.

L'amélioration de la vie quotidienne du patient favorise son maintien au domicile, évitant les rechutes et la chronicisation de ses symptômes.

Les entretiens effectués avec des professionnels ont montré les limites de l'hypothèse de recherche qui était : **L'utilisation des mises en situation écologiques en ergothérapie faciliterait le maintien à domicile des personnes atteintes de schizophrénie prises en charge en structure extrahospitalière.**

En effet, l'hypothèse est **partiellement validée**.

Les ergothérapeutes rappellent l'importance d'une prise en charge globale. Les mises en situation représentent seulement un outil facilitateur de ce maintien. Cet outil n'est pas efficace si le suivi n'est pas global et interprofessionnel et enfin, si l'environnement physique et humain n'est pas favorable.

## Bibliographie

- Ailam, L. (2008). *Le processus de désinstitutionnalisation*. Récupéré sur Annales Médico-Psychologiques: <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-00562281/document>
- ANFE. (2017). *Historique*. Récupéré sur Associations Nationale Française des Ergothérapeutes: <https://www.anfe.fr/index.php/historique>
- ANFE. (2019). *L'ergothérapie : définition*. Récupéré sur ANFE: <https://www.anfe.fr/l-ergotherapie/la-profession>
- Association psychiatrique américaine. (2005). *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, cinquième édition*.
- Astolfi, J. P. (1993). L'école pour apprendre. *Revue française de pédagogie*, pp. 124-125.
- Babina, F. (s.d). Les maisons psychotiques. *Archiatric*.
- Bardot, J. (2012). Mener un entretien de face à face. Dans S. Paugam, *L'enquête sociologique* (pp. 115-142).
- Beers, M. (2018). *Le manuel MSD version pour professionnels de santé, 20ème édition*. Récupéré sur <https://www.msmanuals.com/fr/professional>
- Bélangier, R., Briand, C., & Marcoux, C. (2006). Le modèle de l'occupation humaine. *Le partenaire, 13*, 8-16.
- Bélangier, R., Briand, C., & Rivard, S. (2005). Le modèle de l'occupation humaine. *Ergothérapie comparée en santé mentale et psychiatrie*, 111-158.
- Bergès, L. (2014). Toit et moi. Une réflexion sur l'accompagnement à domicile de personnes psychotiques. Dans F. Klein, *Etre ergothérapeute en psychiatrie* (pp. 149-162). Toulouse: Eres.
- Blanchet, A., & Gotman, A. (2007). *L'enquête et ses méthodes : L'entretien*.
- Bloch, P. (2018). Réhabilitation psychosociale pour les personnes institutionnalisées dans les dispositifs de santé mentale. Dans N. Franck, *Traité de réhabilitation psychosociale* (pp. 353-367). Elsevier.
- Bowie, C. R. (2010). Prediction of real-world functional disability in chronic mental disorders: a comparison of schizophrenia and bipolar disorder. *The American journal of psychiatry, 167*, 1116–1124.
- Cambois, E., & Robine, J.-M. (2003). Concepts et mesure de l'incapacité: définitions et application d'un modèle à la population française. *Retraite et société, 39*, 59-91.

- Campenhoudt, L., & Quivy, R. (2011). *Manuel de recherche en sciences sociales*.
- Centre de toxicomanie et de santé mentale. (2017). *La schizophrénie : Guide d'information*.
- Centre Ressource Réhabilitation. (2020). *Qu'est ce que la réhabilitation psychosociale*.  
Récupéré sur Réhabilitation psychosociale et remédiation cognitive: <https://centre-ressource-rehabilitation.org>
- Clauzard, P. (2016). *Théorie de l'apprentissage*. Récupéré sur Archives Philippe Clauzard: <https://www.archives.philippeclauzard.com/spip.php?article360>
- Cnaan, R. (1988). Psychosocial Rehabilitation: Toward a Definition. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 61-77.
- Combessie, J. C. (2007). *L'entretien semi directif*. Récupéré sur Cairn Info: <https://www.cairn.info/la-methode-en-sociologie--9782707152411-page-24.htm>
- Deleu, G. (2004). *Les grands principes de la réhabilitation psychosociale*. Récupéré sur [http://www.espace-socrate.com/pdfs/a\\_%20principes\\_rehabilitation\\_psychosociale.pdf](http://www.espace-socrate.com/pdfs/a_%20principes_rehabilitation_psychosociale.pdf)
- Djaoui, E. (2011). Intervention au domicile : gestion sociale de l'intime. *Dialogue*, 192, pp. 7-18.
- Djaoui, E. (2012). Se confronter à l'intime et à la culture de l'autre : L'intervention socio-éducative au domicile du migrant. *Les cahiers dynamiques*, 57, p. 62\_69.
- Dubuis, J., Stylianidis, S., & Harnois, G. P. (2006). La réhabilitation : une problématique mondiale. *L'information psychiatrique*, 82, 321-330.
- Duprez, M. (2008). Réhabilitation psychosociale et psychothérapie institutionnelle. *L'information psychiatrique*, 84, pp. 907-912.
- Ennuyer, B. (2014). *Repenser le maintien à domicile* (Vol. 2ème édition). Paris: Dunod.
- Franck, N., & Morin, L. (2018). Valeurs de la réhabilitation psychosociale. Dans N. Franck, *Le traité de réhabilitation psychosociale* (pp. 16-25). Elsevier.
- Frank, N. (2013). *Clinique de la schizophrénie*.
- Frenay, M., & Bédard, D. (2011). Chapitre 8 : le transfert des apprentissages. Dans E. Bourgeois, *Apprendre et faire apprendre* (pp. 125-137).
- Graff, M., Thijssen, M., Van Melick, M., & Verstraten, P. (2013). Le modèle de l'occupation humaine. Dans *L'ergothérapie à domicile auprès des personnes âgées souffrant de démence et leurs aidants* (pp. 30-38).

- Granger, B., & Naudin, J. (2006). *La schizophrénie*. Le Cavalier Bleu .
- Guihard, J.-P. (2007). Écologie thérapeutique ou thérapie écologique ? *Expériences en ergothérapie : vingtième série*.
- Hardy Baylé, M. (2015). *Données de preuves en vue d'améliorer le parcours de soins et de vie des personnes présentant un handicap psychique sous tendu par un trouble schizophrénique*.
- Haute autorité de santé . (2007). *Guide des affections longues durées : "schizophrénies"*.  
Récupéré sur HAS: [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_565630/fr/ald-n23-schizophrenies](https://www.has-sante.fr/jcms/c_565630/fr/ald-n23-schizophrenies)
- Holué, C. (2015). *Rétablissement*. Récupéré sur Psycom:  
[http://www.psycom.org/Accueil/Espace-Presses/Sante-mentale-de-A-a-Z/Retablissement/\(language\)/fre-FR](http://www.psycom.org/Accueil/Espace-Presses/Sante-mentale-de-A-a-Z/Retablissement/(language)/fre-FR)
- INSERM. (2014). *Schizophrénie Intervenir au plus tôt pour limiter la sévérité des troubles*.  
Récupéré sur inserm: <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/schizophrenie>
- Inserm. (2020, Mai). *Schizophrénie : Intervenir au plus tôt pour limiter la sévérité des troubles*. Récupéré sur Inserm: <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/schizophrenie>
- Lafont-Rapnouil, S. (2013). La réhabilitation psychosociale : quelle réforme des services de soins est nécessaire pour passer des connaissances à la pratique ? *L'information psychiatrique*, 89, 371-377.
- Leroux, N. (2008). Qu'est ce qu'habiter: les enjeux de l'habiter pour la réinsertion. *VST - Vie sociale et traitements*, 97, pp. 14-25.
- Levaux, M., Van der Linden, M., Laroi, F., & Danion, J. (2012, Decembre). Characterization of the difficulties in daily-life of people suffering from schizophrenia in relation with cognitive and clinical factors. *Alter*, 6, 267-278.
- Llorca, P. M. (2004). *La schizophrénie*. Récupéré sur Orphanet:  
<http://www.orpha.net/data/patho/FR/fr-schizo.pdf>
- Meyer, S. (2013). *De l'activité à la participation*.

- Mignet, G., Doussin-Antzer, A., & Sorita, E. (2017). Le modèle de l'occupation humaine (MOH) de Gary Kielhofner. Dans M. C. Morel-Bracq, *Les modèles conceptuels en ergothérapie* (pp. 72-84).
- Ministère du travail de la solidarité... (2010). *Référentiel de compétences*.
- Missa, J. (2008). La psychopharmacologie et la naissance de la psychiatrie biologique. Dans J. Missa, *Les Cahiers du Centre Georges Canguilhem* (pp. 131-145).
- Morel Bracq, M. C. (2017). *Les modèles conceptuels en ergothérapie : Introduction aux concepts fondamentaux*. De Boeck.
- Organisation Mondiale de la Santé. (2008). *Classification internationale des maladies* (Vol. 10).
- Organisation Mondiale de la Santé. (2019, Octobre). *Schizophrénie*. Récupéré sur OMS: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>
- Pitschel-Walz, G., Leucht, S., Bäuml, J., Kissling, W., & Engel, R. R. (2001). The Effect of Family Interventions on Relapse and Rehospitalization in Schizophrenia--A Meta-Analysis. *Schizophrenia Bulletin*, pp. 73-92.
- Presseau, A. (2000). Analyse de l'efficacité d'interventions sur le transfert des apprentissages en mathématiques. *Revue des sciences de l'éducation*, 515-544.
- Renaud, K., Guillemette, F., & Leblanc, C. (2015). Le soutien au transfert des apprentissages. *Formation à la pédagogie en enseignement supérieur*.
- Rigaut, B., Brénugat-Herné, L., Danset-Alexandre, C., Willard, D., Malangin, B., & Amado, I. (2018). Remédiation et transfert des acquis chez les patients ayant une faible autonomie. Dans N. Franck, *Traité de la réhabilitation psychosociale* (pp. 368-376). Elsevier.
- Rodifal, T., & Pagano, C. (2018). Des besoins fondamentaux aux besoins spécifiques. Dans T. Rodifal, *projet individuel et stimulation basale : vers une pédagogie de l'accompagnement de la personne en situation de polyhandicap* (pp. 103-118). Toulouse.
- Seene, M. (2015). L'évaluation écologique. Dans J. M. Caire, *Nouveau guide de pratique en ergothérapie : entre concepts et réalités* (p. 169).
- Tardif, J., & Meirieu, P. (1996). Stratégie en vue de favoriser le transfert des connaissances. *Vie pédagogique*, 4-7.

UNAFAM. (2020, Avril). *Handicap psychique*. Récupéré sur UNION NATIONALE DE FAMILLES ET AMIS DE PERSONNES MALADES ET/OU HANDICAPÉES PSYCHIQUES:

<https://www.unafam.org/troubles-et-handicap-psy/handicap-psychique>

UNAFAM. (2020, avril 22). *Logement et hébergement*. Récupéré sur UNION NATIONALE DE FAMILLES ET AMIS DE PERSONNES MALADES ET/OU HANDICAPÉES PSYCHIQUES:

<https://www.unafam.org/troubles-et-handicap-psy/habitat-et-accompagnement/logement-et-hebergement>

Vianin, P. (2018). Transfert de compétences et généralisation des bénéfiques. Dans N. Franck, *Traité de réhabilitation psychosociale* (pp. 310-315). Elsevier.

Vidon, G. (1995). *La réhabilitation psychosociale en psychiatrie*. Frison Roche.

Vienneau, R. (2011). *Apprentissage et enseignement. Théorie et pratique. 2ème édition*.

Morin, Gaetan.

## Annexes

Annexe 1 : types de schizophrénie selon la CIM 10 .....	II
Annexe 2 : Les 13 grands principes de la réhabilitation psychosociale selon Cnann .....	V
Annexe 3 : Grille d'entretien .....	VI
Annexe 4 : Retranscription de l'entretien avec l'ergothérapeute E4 .....	VIII

### TYPES DE SCHIZOPHRENIES SELON LA CIM 10

- **Paranoïde (F20.0)**

Remplit les critères de schizophrénie, et la dimension distorsion de la réalité est au premier plan avec :

1. Tous types d'idées délirantes (persécution, référence, naissance de rang élevé, mission spéciale, modification corporelle, jalousie...).
2. Hallucinations acoustico-verbales ou hallucinations auditives simples.
3. Hallucinations autres (olfactives, gustatives, sexuelles, cenesthésiques, visuelles ...).
4. Il y a de plus peu ou pas de perturbation de l'*affect*, du langage ou de la volonté.

On y inclut la schizophrénie paraphrénique, et on en exclut la paranoïa (F22.0)

- **Hébéphrénique (F20.1)**

Remplit les critères de schizophrénie, et la dimension trouble de l'*affect*, de la volonté et une désorganisation sont au premier plan avec :

1. Humeur superficielle, émotions discordantes (rires ou sourires inappropriés...).
2. Pensée désorganisée, discours incohérent, comportement sans but.
3. Comportement irresponsable et imprévisible.
4. Il y a de plus peu ou pas d'idées délirantes et d'hallucinations.

Il est mentionné, mais non exigé, que la période d'observation soit d'au moins 2 mois, que le diagnostic devrait être réservé aux formes de l'adolescent - adulte jeune, et que la personnalité prémorbide soit caractérisée par une timidité et une tendance à la solitude. L'équivalent DSM4R est le sous-type désorganisé bien que le recouvrement ne soit que partiel.

- **Catatonique (F20.2)**

Remplit les critères de schizophrénie, et la dimension trouble de la psychomotricité est au premier plan avec au moins un des symptômes suivants qui domine :

1. Stupeur (diminution importante de la réactivité à l'environnement et de l'activité) ou mutisme.
2. Excitation (activité motrice sans finalité apparente, non influencée par les stimuli externes).

3. Posture catatonique (prise volontaire et maintien de postures inadéquates ou bizarres).
4. Négativisme (résistance sans motif apparent à tous les ordres ou tentatives de mobilisation, ou mouvements dans la direction opposée).
5. Rigidité (maintien d'une posture rigide entravant les efforts de mobilisation).
6. Flexibilité cireuse (maintien des membres et du corps dans des positions imposées de l'extérieur).
7. Autres symptômes comme la suggestibilité (obéissance automatique), et la persévération de mots et de phrases.

Il est souvent difficile de mettre en évidence d'autres symptômes, mais la *catatonie* peut s'accompagner d'un état oniroïde avec expériences hallucinatoires intensément vécues. Attention, des symptômes catatoniques s'observent aussi lors de pathologies cérébrales, de troubles métaboliques, d'intoxication ou de sevrage de substances psycho-actives ou au cours d'un trouble de l'humeur.

- **Indifférenciée (F20.3)**

Remplit les critères de schizophrénie et deux définitions très différentes :

1. Soit ne répond à aucune des autres formes (résiduelle et dépression post-psychotique comprises en plus des formes paranoïdes, hébéphréniques et catatoniques).
2. Soit répond simultanément à deux des formes précédentes (paranoïdes, hébéphréniques et/ou catatoniques).

A noter que seule la dernière définition se superpose à celle du DSM4R pour le sous-type du même nom.

- **Résiduelle (F20.5)**

Le diagnostic repose sur les éléments suivants :

- Au moins 1 symptôme "négatif" au premier plan pendant 1 an : ralentissement psychomoteur, réduction des activités, émoussement affectif, passivité et manque d'initiative, *alogie* (pauvreté de la quantité et du contenu du discours), pauvreté de la communication non verbale (expression faciale, contact oculaire, modulation de la voix et gestes), manque de soins apportés à sa personne et performances sociales médiocres.
- L'intensité et la fréquence des symptômes florides (idées délirantes, hallucinations), ont été négligeables ou nettement atténuées pendant la même année.

- Présence, dans les antécédents, d'au moins un épisode répondant aux critères de la schizophrénie.
- Absence de dépression chronique ou de phénomènes d'institutionnalisation suffisants pour rendre compte de la symptomatologie négative.

Il s'agit donc d'un diagnostic sur la durée. Si la durée ne correspond pas, il faut porter le diagnostic de schizophrénie indifférenciée.

**LES 13 PRINCIPES DE LA RÉHABILITATION PSYCHOSOCIALE SELON CNANN**

- **1er principe** : L'utilisation maximale des capacités humaines ( Full Human Capacity)
- **2ème principe** : Doter les personnes d'habiletés (Equipping People with Skills)
- **3ème principe** : L'auto-détermination (Self-Determination)
- **4ème principe** : La normalisation (Normalization)
- **5ème principe** : L'individualisation des besoins et des services (Differential Needs and Care)
- **6ème principe** : L'engagement des intervenants (Commitment of Staff)
- **7ème principe** : La déprofessionnalisation de la relation d'aide (Deprofessionalization of Service)
- **8ème principe** : Intervenir précocement (Early Intervention)
- **9ème principe** : Structurer l'environnement immédiat (Environmental Approach)
- **10ème principe** : Changer l'environnement plus large (Changing the Environment)
- **11ème principe** : Pas de limite à la participation (No limits on participation)
- **12ème principe** : La valeur du travail (Work-Centered Process)
- **13ème principe** : Priorité au social par rapport au médical (Social Rather Than Medical Supremacy)

GRILLE D'ENTRETIEN :

*Présentation de l'ergothérapeute et généralités structurelles :*

- Depuis combien de temps êtes-vous diplômé d'ergothérapie ?  
Avez-vous des formations complémentaires ?
- Depuis combien de temps exercez-vous ou durant combien de temps avez-vous exercé en psychiatrie et dans quel type de structure extrahospitalière ?
- Quels types de pathologies rencontrez-vous dans la structure où vous travaillez ?
- Dans la structure où vous travaillez, quel modèle conceptuel est utilisé ? (Modèle interprofessionnel ou ergothérapique)
- À quelle fréquence suivez-vous des personnes atteintes de schizophrénie ? (Plusieurs fois par semaine, une fois toutes les deux semaines...)

*Prise en soin en ergothérapie :*

- Selon vous : quelles sont les principales difficultés, situations de handicap auxquelles se confronte une personne atteinte de schizophrénie à son domicile ?
- Dans la structure quels médiateurs, outils sont mis en place dans le cadre de la réhabilitation psychosociale pour accompagner et faciliter le maintien de la personne dans son domicile ?

- Dans votre pratique ergothérapique, que mettez-vous en place (comme outils, médiateurs) dans vos approches pour accompagner vos patients dans leur quotidien au domicile ?
- Utilisez-vous des mises en situation écologiques dans vos PEC ? (Exemple : cuisine, soins personnels )

*Lien entre l'utilisation des mises en situation écologique et maintien au domicile :*

- Qu'est-ce qui selon vous (outils, médiateurs) peut favoriser le transfert des acquis au domicile ?
- Utilisez-vous des évaluations normées venant appuyer et objectiver vos résultats ?
- Pensez-vous que les mises en situation écologiques présentent un facteur facilitant le transfert des acquis dans les activités de vie quotidienne au domicile de la personne atteinte de schizophrénie ?
  - Si oui : pensez-vous que ce moyen conduit à un transfert durable des apprentissages au domicile ? Pourquoi ?
  - Si non : Que proposeriez-vous en complément ou en remplacement ? Pourquoi ?
- Pensez-vous que les mises en situation et autres actions mises en place dans le programme de soin permettent un meilleur maintien de la personne schizophrène dans son domicile ?

Question finale : Avez-vous des choses à ajouter ?

## RETRANSCRIPTION ENTRETIEN AVEC L'ERGOTHÉRAPEUTE E2

*Présentation de l'ergothérapeute et généralités structurelles :*

- Depuis combien de temps êtes-vous diplômé d'ergothérapie ?

Alors je suis diplômé en juin 2013, ça va faire 7 ans.

Avez-vous des formations complémentaires ?

Oui alors la grosse formation que j'ai c'est un diplôme d'équithérapeute, que j'ai passée auprès de la société française d'équithérapie en 2017. Voilà et puis après en formation professionnelle, on va dire continue, je suis formée à l'utilisation des outils du Modèle de l'occupation humaine du MOH et puis après j'ai eu quelques petites formations sur les outils de la réhabilitation psychosociale, sur l'animation de groupe à médiation thérapeutique, euh et voilà en gros.

- Depuis combien de temps exercez-vous ou durant combien de temps avez-vous exercé en psychiatrie et dans quel type de structure extra-hospitalière ?

Alors j'ai exercé ça fera 5ans, je crois, alors attend, on va compter. J'ai commencé en septembre 2014 en psychiatrie adulte au sein d'un hôpital de jour (HDJ) donc en structure extra-hospitalière dans le domaine public et ce jusqu'à maintenant, donc c'est la 6e année.

- Quels types de pathologies rencontrez-vous dans la structure où vous travaillez ?

Alors euh un petit de tout, mais ça va être principalement des patients adultes, psychotiques, atteints de schizophrénie pour la plupart. Je vais avoir quelques névroses, quelques dépressions chroniques, mais voilà moins. Principalement psychotiques.

- Dans la structure où vous travaillez, quel modèle conceptuel est utilisé ? (Modèle interprofessionnel ou ergothérapeutique)

Écoute on se dit un petit peu orienté en réhabilitation psychosociale étant une structure extra-hospitalière donc on est forcément tourné vers l'extérieur, le maintien à domicile, le retour dans la cité, etc...

Mais on n'applique pas des outils précis comme de la remédiation cognitive, etc, mais on s'oriente un petit peu comme ça dans la réhabilitation psychosociale, après je te dirais que ce sur quoi on s'oriente c'est aussi dépendant du psychiatre et de la psychologue qu'on a au sein de la structure et c'est assez tourné psychanalytique quand même en partie. Mais voilà on n'a pas vraiment de courant bien arrêté. Moi pour le coup j'utilise le MOH, c'est un modèle qui me parle vraiment dans ma pratique et ça depuis que je suis dans mes études d'ergo, j'avais d'ailleurs fait mon mémoire là-dessus sur ce modèle là et puis là depuis l'année dernière ou j'ai fait cette formation hyper complète d'une semaine avec l'ANFE franchement c'est vraiment un modèle qui me parle. Qui m'a aidé pour mon identité professionnelle notamment en psychiatrie, donc voilà. Pour le coup moi c'est là-dessus que je m'oriente.

- À quelle fréquence suivez-vous des personnes atteintes de schizophrénie ? (Plusieurs fois par semaine, une fois toutes les deux semaines...)

Alors, si je t'explique un petit peu le fonctionnement de la structure. Nous à l'HDJ, les patients ils peuvent venir tous les jours. On est ouvert de 9h à 17h du lundi au vendredi. En général les patients on leur fait un planning de soin, en général ils viennent entre 2 et 3 fois par semaine. Après, moi en tant qu'ergothérapeute, je participe à toute la vie si tu veux de l'hôpital de jour, y'a des temps de cafés, d'accueil, de repas thérapeutique auxquels je fais partie intégrante en tant qu'ergothérapeute. Après, si on parle de séances vraiment pures d'ergothérapie en atelier d'ergothérapie, je les vois une fois par semaine pour ceux qui sont indiqués en ergo. Sinon c'est plus des temps de groupes. Alors moi en tant qu'ergo au sein de la structure, je peux réaliser aussi bien des séances individuelles comme je te disais dans l'atelier d'ergothérapie. Je peux aussi bien faire des séances groupales aussi au sein de

l'atelier d'ergothérapie. Voilà en général la fréquence c'est une fois par semaine je me base là-dessus et après je participe aussi aux groupes thérapeutiques en co-animation avec une collègue soit infirmière, soit psychomotricienne et là pareil c'est toujours une fois par semaine au niveau de la fréquence.

- Selon vous : quelles sont les principales difficultés, situations de handicap auxquelles se confronte une personne atteinte de schizophrénie à son domicile ?

Comme situation de handicap, pour moi la principale situation de handicap ça va être une perte de motivation un peu générale pour toutes les activités de la vie quotidienne euh ça peut partir des activités les plus banales comme faire sa toilette, se prendre un repas ou faire à manger ; aux activités plus complexes comme sortir faire ses courses, ou avoir un loisir ou avoir des relations sociales. Pour moi voilà ça serait vraiment ça. Ce manque de motivation c'est les sources d'angoisses qu'ils peuvent avoir à initier leur action, leur activité et qui peuvent toucher finalement toutes les sphères des activités de la vie quotidienne. Pour moi en fait toutes les sphères de la vie quotidienne sont touchées dans la schizophrénie. C'est des personnes qui n'ont pas forcément de handicaps intellectuels ou moteurs, mais malgré ça tu peux avoir la toilette qui peut être handicapante pour eux, car ils n'ont pas soi la motivation intrinsèque à le faire ou je parlais aussi de handicaps cognitifs qui peut aussi être un gros frein pour la réalisation de ses activités que ce soit en termes de fonctions exécutives tout ce qui est initiation, planification de la journée ou mémoire aussi, se souvenir de ce qu'on a à faire qui peut être extrêmement handicapant.

- Dans la structure quels médiateurs, outils sont mis en place dans le cadre de la réhabilitation psychosociale pour accompagner et faciliter le maintien de la personne dans son domicile ?

Alors nous à l'HDJ on a plusieurs voies d'approche on va dire, plusieurs outils, plusieurs médiations qu'on propose. C'est sur indication médicale qu'on décide tous ensemble en réunion d'équipe. Mais aussi on va d'abord se baser sur les volontés du patient, ses envies parce qu'à la base de la base nous on a un public ou vraiment il faut reprendre de la base.

C'est-à-dire que juste un petit désir ou une petite envie on va essayer d'accrocher, ça va être la première chose. Ça va être de l'accrocher au soin, de l'accrocher à la structure et qu'on puisse tisser une relation de confiance avec eux. Donc parmi toutes les médiations qu'on peut proposer on a aussi bien des médiations corporelles donc ça, ça va être plutôt du champ de la psychomotricienne, mais du coup on va avoir des groupes thérapeutiques comme soin de soi qui touche à tout ce qui est image de soi, l'hygiène des mains, l'hygiène du visage, le maquillage, etc. Il y a un groupe piscine, on a un groupe qu'on appelle « jeu et mouvement » où ça va être des mobilisations douces sous forme de jeu en groupe. Voilà je t'ai cité 3 exemples de médiations corporelles après on va avoir des médiations plus d'expression, donc là ça plus être du champ de la psychologue, on a un groupe par exemple de photo langage, on a un groupe de lecture. Et puis après on a des groupes plus de réhabilitation, on les met dans ce champ là, c'est plus ma partie à moi en tant qu'ergo. On a un groupe par exemple jardinage, un groupe cuisine, évidemment je pratique l'équithérapie donc on va au centre équestre tous les vendredis avec les patients, j'ai créé un groupe aussi qui s'appelle tissons du lien, donc c'est sur la base du tricot, couture par exemple. Voilà c'est tous des groupes un petit peu dans le champ de la réhabilitation.

- Dans votre pratique ergothérapeutique, que mettez-vous en place (comme outils, médiateurs) dans vos approches pour accompagner vos patients dans leur quotidien au domicile ?

Répondu dans Q8

- Utilisez-vous des mises en situation écologiques dans vos PEC ? (Exemple : cuisine, soins personnels)

Alors non pas du tout, je n'ai jamais eu l'occasion dans ma pratique, dans mes 5 années de pratique de faire du domicile. Ça serait un souhait pour moi d'évoluer vers ça parce que pour moi ça paraît évidemment et avec les années de pratique on prend aussi confiance. Enfin moi quand je suis arrivée à ce poste j'étais assez jeune diplômée, je n'avais jamais été en psychiatrie, je n'avais même jamais fait de stage en psychiatrie, donc je découvrais un petit

peu tout. Surtout sur la structure extra-hospitalière et je me retrouvais toute seule en tant qu'ergo. Parce que voilà y'a qu'un seul poste d'ergo sur cette structure et du coup dans un premier temps voilà ça a été beaucoup de poser les bases au sein de la structure, etc. La personne que je remplaçais, donc l'ergo qui était avant moi il avait 30 ans de psychiatrie derrière lui, donc y'avait des choses très très ancrées dans la structure et il n'avait jamais fait de domicile donc voilà. Et moi, je suis arrivée un petit peu avec mes petits concepts, réhabilitation voilà, on a commencé à intégrer un petit peu ces concepts-là au sein de la structure donc ça a pris un peu de temps. Et tout ce qui est mis en situation au domicile, non, je n'ai encore pas eu l'occasion de le faire. Par contre des mises en situation écologiques ça m'arrive d'en faire style en ville par exemple pour prendre un bus, aller boire un café, aller faire des courses, aller au marché. Voilà ça m'arrive d'en proposer soit individuellement pour des patients que je suis en individuel, soit sous forme de petit groupe ou de petit atelier qu'on peut faire ponctuellement ou au sein d'un groupe plus fermé sur une session par exemple.

*Lien entre l'utilisation des mises en situation écologique et maintien au domicile :*

- Qu'est-ce qui selon vous (outils, médiateurs) peut favoriser le transfert des acquis au domicile ?

Pour ça serait tous les outils/médiateurs concrets on va dire. Quand on met le patient en situation d'activités concrètes donc ce que j'appelle du concret c'est par exemple la cuisine, aller faire les courses, faire une liste de courses, ça va être aussi ce qu'on pratique en activité d'ergo, les activités manuelles, donc là, ça serait un petit peu sous forme de loisirs donc à mettre en place au domicile, donc moi ça m'arrive très souvent que des patients aient un exemple en tête. Par exemple, on a mis avec une patiente, on a fait un petit projet de grand puzzle qu'on a mis en place enfin on a tout créé le petit projet ensemble, qu'on a mis en place dans un coin de la grande salle d'accueil avec une table des écriteaux explicatifs, etc, et du coup ça fait un puzzle un peu en libre accès où chaque patient peut venir participer quand il en a envie. Du coup ça a donné envie à cette patiente de reproduire la même chose chez elle et de pouvoir pratiquer le puzzle à son domicile, ce qui fait qu'elle s'est trouvée là

une activité apaisante quand elle a une recrudescence d'angoisses et plaisante donc ça fait partie pour moi du transfert des acquis dans le sens ou... de se trouver une activité qui a du sens et qui est aussi plaisante et apaisante pour le domicile. Voilà, au-delà de la cuisine et de la toilette, etc. Je précise aussi je pense que tu l'as un peu compris à travers mes propos, moi en tant qu'ergo dans la structure, j'interviens peu voire pas du tout sur tout ce qui est activité de toilette, soin corporel, soins personnels c'est une sphère qui n'est pas évidente à aborder avec les patients mine de rien. En général quand tu fais ton entretien initial, etc. c'est « oui oui tout va bien » sur cette sphère la en général les patients ils s'étalent pas trop et vont te dire oui oui tout va bien bon après c'est en pratiquant et en connaissant un peu mieux le patient que tu t'aperçois qu'effectivement y'a des difficultés dans ce domaine là, mais c'est une sphère qu'est pas évidente à aller aborder avec des patients très psychotiques comme ceux qu'on reçoit à l'HDJ et du coup on y va quand même prudemment pour tout ce qui touche au corporel et encore plus intimement aux soins personnels. C'est essentiellement un travail psychomot et infirmier, moi je trouve que c'est un travail aussi beaucoup de la sphère infirmière de s'occuper de tout ce qui est soin de nursing qui font partie de leur formation initiale aussi où là on peut être vraiment bien complémentaire. Mais c'est vrai que moi en tant qu'ergo, ce n'est pas dans cette sphère la que je vais être prioritaire avec cette population là.

- Utilisez-vous des évaluations normées venant appuyer et objectiver vos résultats ?

Oui, alors j'utilise on va dire très régulière l'EMAE (échelle multimodale de l'activité ergothérapeutique lausannoise). En gros c'est un bilan suisse qui évalue un peu toutes les sphères que tu peux observer d'un patient en activité. Donc c'est assez complet et intéressant et créé pour des patients psychiatriques notamment. Donc tu vas avoir la sphère du cadre, cognitive, motrice, personnelle. C'est vraiment un outil avec pleins d'items où tu vas venir observer le patient en activité du coup, donc c'est typiquement ergo. Cet outil m'aide beaucoup notamment dans la rédaction de mes comptes rendus et de mes synthèses, je m'appuie beaucoup sur celui-là. Ensuite là depuis l'année dernière je suis formée aux outils du modèle de l'occupation humaine, j'utilise beaucoup ...alors j'en ai quelques-uns que j'utilise régulièrement qui sont issus du MOHO, j'ai le VQ (volitional

questionnaire) donc questionnaire sur la volition, j'ai l'ACIS qui est un questionnaire sur les habilités de communications et d'interaction, j'ai un questionnaire enfin plusieurs, mais en gros du MOHO j'en utilise deux ou trois: ceux que j'ai énoncés et celui qui est une auto-évaluation sur les activités de vie quotidienne de la personne. Et aussi j'utilise l'ELADEB, après en psychiatrie enfin en tout cas là où je travaille, j'utilise ses outils la plupart du temps de manière on va dire de manière officielle voilà avec les cotations, etc etc mais y'a pleins de moments que j'utilise ces bilans juste comme support. Comme je t'ai dit ça va soit me servir juste de support pour faire ma rédaction de compte rendu, soit par exemple l'Eladeb ça m'est déjà arrivé de l'utiliser sans faire tout le protocole comme il est décrit dans le bilan, mais juste utiliser les images et le principe de l'Eladeb pour amorcer un entretien avec un patient qui est difficile. Voilà parfois ça m'arrive disons de ne pas utiliser tous ces bilans de manière vraiment officielle, mais ça peut être de beaux outils, pas forcément en tant que bilan, mais en tant qu'outil aussi dans sa pratique.

- Pensez-vous que les mises en situation écologiques présentent un facteur facilitant le transfert des acquis dans les activités de vie quotidienne au domicile de la personne atteinte de schizophrénie ?

Oui clairement, les mises en situation et puis rien qu'avoir les retours des patients aussi quand ils viennent en ergo, déjà la plupart des patients qui viennent en ergo sont vraiment assidu. Quand on peut noter un absentéisme important dans d'autres groupes pour le coup, quand ils viennent en ergo, en général l'assiduité elle est vraiment présente et pour moi ça parle parce que la plupart des patients vont trouver du sens dans ce qu'on va leur proposer en ergothérapie.

Ils vont reprendre confiance en eux évidemment et ils vont reprendre du plaisir et tout ça dans des activités concrètes qui leur parle c'est-à-dire soit qui les ramène à des souvenirs, c'est à dire qui font des liens avec leur histoire, leur famille, et aussi avec ce qu'ils vivent au quotidien au jour d'aujourd'hui et ils arrivent à faire des liens et voilà. Après le transfert des acquis, ce n'est pas forcément... Comment dire... ça ne va pas être magique du jour au lendemain, ça y est-on lui à proposer ça en ergo et puis le lendemain il le reproduit à son

domicile, non, mais si déjà on a réussi à juste amorcer un tout petit quelque chose, pour moi l'objectif il est déjà atteint tu vois.

Ok l'acquis que le patient a fait en ergo ça sera peut être pas être à 100% réalisé au domicile, mais il y aura déjà eu cette amorce qui pour moi est déjà un bon début. Clairement, oui dans les activités concrètes que l'on peut proposer enfin on le voit à travers la cuisine, le jardinage, toutes les choses comme ça. Après ça reste des patients très psychotiques et y'en a pour la plupart, ils vont avoir besoin de cette petite béquille. Moi je compare l'hôpital de jour parfois à une béquille, il y en a, ils auront besoin de cette béquille à vie, d'avoir cet accompagnement, d'avoir une personne en soutien, avoir une personne de confiance qui va être là pour les accompagner dans les activités qu'ils ont envie de réaliser. Puis y'en a d'autre qui vont réussir à faire ce transfert des acquis et qui vont atteindre l'autonomie qu'ils ont envie d'atteindre, mais voilà malgré ça, ça reste quand même des patients qui ont besoin pour la plupart de soutien important un bon moment. C'est vraiment du long terme.

- Si oui : pensez-vous que ce moyen conduit à un transfert durable des apprentissages au domicile ? Pourquoi ?

Oui ça rejoint un petit peu ce que je disais, aux nouvelles arrivées je leur compare l'HDJ comme une béquille voilà. Ils ont eu une blessure à un moment donné de leur vie y'a eu une rechute ou une décompensation ou une entrée dans la maladie plus ou moins tardives, ils arrivent chez nous en HDJ, et nous qu'est ce qu'on représente en faite?

Le but c'est évidemment qu'ils puissent réussir à marcher sans leur béquille et de manière autonome, mais y'en a, ils vont avoir besoin de deux grosses béquilles même pour réussir à marcher toute leur vie et y'en a, ils vont pouvoir s'en débarrasser et en plus ou moins court terme. Ils peuvent pour certains reprendre le cours de leur vie : une activité professionnelle, des AVQ satisfaisantes pour eux.

Pour moi y'a vraiment plein de facteurs différents. Que ce soit aussi l'âge d'entrée dans la maladie, à quel âge on les reçoit. Voilà pour moi y'a beaucoup de facteurs, l'intensité de la maladie aussi, comment elle se manifeste chez cette personne, voilà après nous à l'HDJ où je travaille, on a beaucoup de patients très chroniques. Ils sont là pour certains depuis très longtemps, d'autre un peu moins on va dire et on a eu le cas récemment, je dirais en début

d'année. On a eu des jeunes entrées à l'HDJ et ça leur faisait un choc d'arriver à l'HDJ et de se dire pourquoi je me retrouve là, ça faisait comme un fossé entre eux qui sortaient d'un seul séjour en intra parce que voilà ils avaient fait une première décompensation et ils se retrouvent là à l'HDJ avec des personnes chroniques souvent vieillissantes à ce dire « olala » ça va être ça ma vie je vais finir comme ça ».

Donc je leur explique aussi ça pour qu'ils prennent confiance en leur avenir, et leur dis que oui certaines personnes ont besoin de cette béquille qui est l'HDJ pendant un long moment, mais c'est leur moyen, leurs outils à eux pour se maintenir autonome à l'extérieur. Et pour d'autres en quelques semaines ou mois et bien le rétablissement est là et l'HDJ n'a plus raison d'être.

- Pensez-vous que les mises en situation et autres actions mises en place dans le programme de soin permettent un meilleur maintien de la personne schizophrène dans son domicile ?

On ne va pas se jeter des fleurs non plus, mais clairement, oui, pour moi ça rejoint exactement les deux dernières questions que je t'ai répondues. Pour moi comme je te disais certains patients ont besoin de cet hôpital de jour pour se maintenir à l'extérieur parce qu'on a un étayage quand même important comme je te disais.

On propose en général que les patients viennent entre 2 et 3 fois par semaines, y'en a certains qui font un petit passage tous les jours, en tout cas juste le fait de savoir qu'on est ouvert que l'accueil est ouvert en permanence. Qu'ils peuvent venir ou appeler à tout moment de la journée, c'est quelque chose qui rassure, qui peut apaiser certaines angoisses qu'ils peuvent avoir dans leur quotidien et pour moi certains voilà ils ne pourraient clairement pas se maintenir à domicile sans la structure et sans les outils qu'on leur propose aussi. Pour moi, tous les outils que l'on peut proposer au sein de la structure ça permet d'un l'accroche dans un premier temps qui est primordial, l'accroche au soin qui doit être solide si on veut avancer avec la personne. Établir un lien de confiance avec cette personne au fur et à mesure des semaines, des mois, quand on va la suivre en groupe ou en individuel, etc. Et puis avoir toujours en tête nos objectifs pour l'avenir de cette personne et pas qu'on se chronicise nous

aussi avec le patient, parce que c'est facile de se laisser entrainer dans la chronicisation avec la maladie, la personne et nous avec. Voilà.

- Question finale : Avez-vous des choses à ajouter ?

Non, c'est bon.

## Résumé

Les personnes atteintes de schizophrénie, malgré une stabilisation de leur état clinique, se retrouvent en difficulté dans la réalisation de leurs activités de vie quotidienne, notamment au sein de leur logement. La démarche de réhabilitation psychosociale peut être utilisée par l'ergothérapeute pour améliorer l'autonomie et l'indépendance de la personne dans le but de favoriser son maintien au domicile.

Pour atteindre un nouvel équilibre occupationnel, une récupération des capacités et un changement de comportement doivent avoir lieu.

Ce travail de recherche tente de déterminer si l'utilisation de mises en situation écologiques par l'ergothérapeute, au domicile, entraîne un transfert d'acquis permettant un meilleur maintien de la personne dans son logement. Des entretiens téléphoniques ont été menés auprès de cinq ergothérapeutes exerçant en structures extra-hospitalières dans une démarche de réhabilitation. L'analyse des données montre que les mises en situation écologiques favorisent le transfert d'acquis et améliorent le maintien au domicile. Néanmoins, ce moyen d'intervention n'est pas suffisant sans une prise en charge globale. De plus, la durabilité du maintien au domicile présente des limites associées à la fragilité résiduelle des personnes atteintes de schizophrénie.

**Mots clés :** Schizophrénie – réhabilitation psychosociale – transfert d'apprentissage – mises en situation écologiques

## Abstract

Despite the stabilization of their clinical condition, people with schizophrenia still meet difficulties in their daily life, in carrying out their activities for example, and especially at home.

In order to improve the autonomy and independence of these people, a psychosocial rehabilitation approach can be used and is fulfilled by an occupational therapist to help them stay in their home

To achieve a new occupational balance, a recovery of abilities and a change in behaviour must take place.

This research work attempts to determine whether the occupational therapist's use of ecological situations in the home leads to a transfer of knowledge that allows the person to remain in his or her home more effectively. Telephone interviews were conducted with five occupational therapists working in out-of-hospital facilities as part of a rehabilitation process.

The analysis of the data shows that ecological scenarios promote the transfer of knowledge and improve home support. Nevertheless, this means of intervention is not sufficient without comprehensive care. Moreover, the sustainability of home support has limits associated with the residual fragility of people with schizophrenia.

**Keyword :** Schizophrenia - psychosocial rehabilitation - learning transfer - ecological situations