

Institut de Formation en Ergothérapie  
Université Paris Est Créteil (XII)

Mémoire pour l'obtention du diplôme d'Etat en Ergothérapie

Juin 2021



L'entraînement aux habiletés sociales en ergothérapie auprès de personne atteinte de schizophrénie dans le cadre de la réhabilitation psychosociale.



**Soutenu par :**

**LAROCHE Hinatea**

**Sous la direction de :**

**MOTTIN Thomas**



---

## *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'étudiante 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'étudiante 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'étudiante est aidée 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'étudiante en accord avec le directeur de l'institut.

Je, soussignée, Laroche Hinatea étudiante 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 informée 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 28/05/2021

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*

---

Ce mémoire de fin d'étude marque la fin de mes trois années d'apprentissages à l'institut de formation en Ergothérapie de Créteil. Elles furent riches en découvertes, en rencontres et de remises en question.

J'aimerais adresser mon entière reconnaissance à toutes les personnes qui ont contribué à la création de ce mémoire :

A MOTTIN Thomas, mon maître de mémoire pour ses nombreuses relectures, sa disponibilité, sa patience, ses recherches et ses conseils.

A RIOU Gaëlle, pour ses relectures, conseils et encouragement.

Aux formateurs de l'IFE et aux intervenants d'U.E pour leurs accompagnements et leurs disponibilités durant le mémoire et les trois années de formation.

A toutes les ergothérapeutes ayant répondu à mon enquête, pour leur disponibilité, leur bienveillance et leurs encouragements.

A LOT Alexia et MAHFOUZ Nour pour leur intervention et leurs conseils méthodologiques.

A mes amis MPANDA Roxane, KINDEUR Mélissa et KEREBEL William pour leur soutien, leur amitié et pour l'entraide mutuelle durant nos trois années d'études.

J'adresse un remerciement particulier à ma famille en métropole comme en Polynésie-Française. Plus particulièrement à mes grands-parents, pour leur amour et leurs bons conseils ainsi qu'à mes Parents et mon fiancé pour leur soutien malgré la distance.

A vous, lecteurs qui prenaient le temps de lire mon travail.

Tous, veuillez recevoir mes respectueux remerciements.

*« Tout groupe humain prend sa richesse dans la communication, l'entraide et la solidarité visant à un but commun : l'épanouissement de chacun dans le respect des différences. »*

Françoise Dolto

## Table des matières

I.	INTRODUCTION .....	1
II.	PARTIE CONCEPTUELLE : .....	4
A)	Organisation de la psychiatrie .....	4
1.	Histoire de la psychiatrie.....	4
2.	Admission et population : .....	5
B)	Schizophrénie.....	7
1.	Epidémiologie .....	7
2.	La maladie .....	7
3.	Symptomatologie : .....	10
4.	Prise en charge de la schizophrénie : .....	11
C)	Réhabilitation psychosociale : .....	11
1.	Définitions de la réhabilitation psychosociale .....	11
2.	Objectifs et Moyens : .....	12
3.	Le parcours de soin en réhabilitation psychosociale : .....	15
D)	L'ergothérapie en psychiatrie .....	16
1.	Définition de l'ergothérapie : .....	16
2.	L'ergothérapeute en psychiatrie : .....	17
3.	Ergothérapie en réhabilitation psychosociale : .....	22
E)	L'entraînement aux habiletés sociales : .....	23
1.	Les habiletés sociales : .....	23
2.	Un programme de réhabilitation psychosociale : .....	24
3.	L'inscription dans un modèle cognitivo-comportemental : .....	28
III.	PARTIE EXPERIMENTALE .....	33
A)	Rappel de la problématique et de l'hypothèse : .....	33
B)	Méthodologie de l'enquête .....	33
1.	Les objectifs de l'enquête .....	33
2.	La population ciblée .....	34
3.	Les modes d'accès à la population.....	35
4.	Le choix et la construction de l'outil d'investigation .....	35
C)	Résultats bruts de l'enquête .....	36
D)	Analyse des résultats de l'enquête .....	43
1.	Analyse verticale .....	43
2.	Analyse transversale .....	47
E)	Discussion.....	49
F)	Limites de l'étude.....	52

G) Suggestions pour la suite du travail de recherche.....	52
IV. Conclusion.....	53
LISTE DES ABREVIATIONS.....	55
BIBLIOGRAPHIE.....	56
ANNEXES.....	61

## I. INTRODUCTION

Les normes présentes dans notre société nous dictent un certain savoir-être et savoir-faire pour pouvoir vivre tous ensemble. Parfois, certains comportements atypiques et inexplicables aux yeux des autres peuvent provoquer un certain rejet (Livet, 2012). Ainsi, de nombreuses habiletés sociales sont nécessaires. Elles « renvoient à une variété de compétences interpersonnelles permettant à un individu une intégration optimale dans l'ensemble de ses milieux de vie. » (Fallourd & Madieu, 2017).

Dans la schizophrénie, la communication avec autrui est rendue complexe du fait d'une altération profonde de la relation à soi, aux autres et à l'environnement. Les difficultés en termes de compétences sociales sont considérées comme l'un des quatre facteurs de vulnérabilité retrouvés la plupart du temps chez des personnes ayant déclaré la maladie. Ces difficultés vont avoir un impact sur l'aggravation des symptômes, sur leur aptitude à se prendre en charge et sur leurs capacités à faire face au stress qu'elles rencontrent au quotidien (Hamon-Delbar & Magneron, 2013).

Selon l'INSERM, la schizophrénie représente environ 0,7 à 1% de la population mondiale, et environ 600 000 personnes en France. Cette maladie touche aussi bien les femmes que les hommes (INSERM, 2003). La Haute autorité de santé (HAS), a mis en place un guide sur les actes et prestations à destination des patients schizophrènes, pour que les professionnels de santé puissent mettre en place une prise en charge optimale de ces personnes admises au titre d'une affection psychiatrique de longue durée (ALD). Parmi les professionnels impliqués dans leur parcours de soin, l'ergothérapeute apparaît dans le traitement et le suivi de la personne atteinte de schizophrénie (HAS, 2017).

Ainsi, l'ergothérapeute peut avoir un rôle à jouer dans l'accompagnement de ces personnes dans leur parcours de soin en psychiatrie (Manidi, 2005). Pour Georges JOVELET, « Parler de la psychiatrie suppose qu'une définition claire soit attachée à cette entité, que des missions circonscrites, qu'un projet, qu'une identité de discipline soit reconnue par tous. » Cependant, la psychiatrie recoupe la psychologie, la psychopathologie, la sociologie, la psychanalyse, l'anthropologie, la criminologie en lien avec la médecine, le social, la justice ; c'est toute la dimension médico-sociale de l'exercice qui nous permet d'intervenir sur l'actuel malaise social, la précarité, l'exclusion, la toxicomanie, les comportements déviants et de différentes inadaptations dont la souffrance au travail (Jovelet, 2011).

Ainsi, pour observer la pratique ergothérapeutique en psychiatrie, j'ai effectué mon premier stage dans une unité à temps plein en psychiatrie pour adultes. Dans cette structure, l'équipe était constituée d'une ergothérapeute, d'une équipe d'infirmiers, d'aides-soignants, d'une psychologue, d'une assistante sociale et de deux psychiatres. En ergothérapie, nous recevions les patients sur

prescription. Nous les rencontrons dans différents cadres pour des ateliers créatifs en groupe ainsi que pour des suivis individuels.

Qu'entendons-nous par activités créatives ? L'activité est le pilier de l'intervention en ergothérapie. Christine BAGNERES explique que pour créer, le patient doit « *exister, proposer sa volonté, écouter la matière, éventuellement s'opposer à elle ou accepter ses propositions, changer de direction, soutenir la frustration, trouver des compromis, etc.* ». Après cela, elle explique que pendant ce processus de création, nous cherchons à observer le vécu du patient. C'est-à-dire qu'il va ressentir des émotions particulières, chercher des solutions pour changer ou non ses idées. Il va s'organiser en fonction de la réalité actuelle (Pibarot, et al., 2016). En général, elle permet à une personne de s'exprimer et de faire face à ses limites. A travers elle, nous faisons une véritable exploration des manifestations et des répercussions des symptômes. Le plus souvent, nous recevons des patients atteints de psychose. Pour mieux comprendre la notion de psychose, l'OMS l'a définie de la manière suivante : « *Les psychoses, dont la schizophrénie, se caractérisent par une distorsion de la pensée, des perceptions, des émotions, du langage, du sentiment de soi et du comportement. Les expériences délirantes courantes sont faites d'hallucinations (perceptions auditives, visuelles ou autres perceptions sensorielles sans objet) et de délires (convictions ou suspicions inébranlables malgré l'existence de preuves contraires). Les personnes touchées peuvent avoir des difficultés à travailler ou à étudier normalement.* » (OMS, 2019).

Ensuite, de retour à l'institut de formation, nous avons eu des cours orientés sur la réhabilitation psychosociale. La prise en charge des ergothérapeutes reposait sur l'accompagnement des personnes dans le but de permettre leur autonomie ou indépendance dans la vie de tous les jours. Pour cela, elles intervenaient dans l'environnement de la personne. Leurs objectifs étaient de trouver des solutions face aux situations de handicaps d'une personne qui ne présente plus de phase aiguë et de permettre sa réinsertion au sein de la société.

Je me suis donc questionnée sur les différentes approches de l'ergothérapeute en psychiatrie. Mes premières lectures m'ont permis de comprendre que la réhabilitation psychosociale est le plus souvent rencontrée en extrahospitalier (Masse, 2006). En effet, les programmes que le mouvement propose nécessitent une certaine stabilité du patient psychotique. Cela revient à considérer l'intrahospitalier comme lieu d'accueil de personnes en phase aiguë. Le travail effectué à ce moment de la prise en charge reste important pour permettre au patient un premier contact avec l'environnement qui l'entoure par l'intervention des professionnels.

Avant même de penser à toute intervention auprès du patient, je me suis questionnée sur comment leur permettre d'avoir accès à leur autonomie. Comme dit précédemment certaines personnes atteintes de schizophrénie rencontrent des difficultés pour interagir avec leur

environnement, ainsi comment l'ergothérapeute peut-il les aider à retrouver une place dans la société ? Avant de pouvoir vivre en société, n'est-il pas primordial de pallier ces difficultés ? Comment se déroule l'accompagnement ergothérapique de ces personnes en réhabilitation psychosociale ?

Ce qui m'amène à ma question de recherche : **Par quels moyens l'ergothérapeute favorise-t-il l'autonomie des personnes atteintes de schizophrénie dans le cadre de la réhabilitation psychosociale ?**

Pour y répondre, j'émet l'hypothèse : **En travaillant les habiletés sociales par le biais de la thérapie cognitivo-comportementale, l'ergothérapeute en réhabilitation psychosociale favorise l'autonomie de la personne atteinte de schizophrénie.**

Dans le cadre de mon mémoire d'initiation à la recherche, je mets en place une étude autour de cette problématique et de cette hypothèse.

Pour ce faire, premièrement, une partie conceptuelle basée sur la littérature développera les notions clés de notre sujet : La schizophrénie, la réhabilitation psychosociale, l'ergothérapie et l'entraînement aux habiletés sociales. Celle-ci mènera à mon hypothèse.

Ensuite, une partie expérimentale permettant l'éclairage de la pratique de l'ergothérapeute sur le terrain sera développée. Les résultats de l'enquête seront exposés puis analysés. De plus, une discussion permettra la confrontation du cadre expérimental au cadre conceptuel, validant ou invalidant ainsi l'hypothèse de départ.

Pour conclure, les résultats de l'étude seront mis en valeur et une ouverture sera proposée.

## II. PARTIE CONCEPTUELLE :

### A) Organisation de la psychiatrie

#### 1. Histoire de la psychiatrie

##### 1.1 Point sur l'évolution de la psychiatrie

Alexandre Klein, nous permet d'énoncer les importants tournants de la psychiatrie. Cinq siècles avant notre ère, les personnes atteintes de troubles psychiques sont considérées comme des « malades » et doivent rester dans leurs familles, car ils sont exclus de la communauté. Nous pouvons observer les débuts d'une « Prise en charge organisée » au XIIIème siècle. En effet, il est considéré à ce moment-là que ces personnes ont besoin d'un encadrement juridique et administratif. Cependant, malgré cette prise en compte des besoins d'encadrement auprès de cette population, persiste tout de même la vision religieuse de l'ancien qui est celle de personnes possédées plutôt qu'atteintes d'une maladie. Pendant les phases aiguës, ces personnes étaient incarcérées dans des prisons ou des structures appelées autrefois les « tours aux fous », puis remises dans les mains de leurs familles. Les plus démunis en ressources étaient accueillis par les hôpitaux, autrefois lieu de « charité » faisant office d'asile.

Au XIVème siècle, il est reconnu que « les fous » nécessitent des institutions et des modalités de prise en charge spécifiques. Ce sont les débuts de l'hôpital consacré aux « fous » mais sans soins, uniquement un enfermement. Il a fallu attendre la Renaissance pour la fin des idées sur l'aspect « démoniaque ». On considère désormais qu'il s'agit d'un caractère naturel chez une personne. Cependant, la prise en charge repose encore sur un enfermement de la population. Alexandre Klein, insiste sur le fait que l'évolution de la psychiatrie n'est pas « linéaire » et ne dépend pas uniquement du progrès de la science.

Ce qui a permis un renouveau dans la psychiatrie et l'évolution de la prise en charge est l'image que l'on s'est faite du « fou » à l'époque. Nous pouvons parler de la naissance de la psychiatrie lorsque Philippe Pinel en 1793 revoit l'origine de la folie et redéfinit la psychiatrie. Nous restons tout de même dans un modèle asilaire. Une prise en charge par la médecine, uniquement, se met en place. Nous notons aussi l'approche de Pinel à travers le traitement moral mis en place pour les personnes avec des troubles psychiques. Cela consistait à faire revivre des scènes à la personne, à la forcer à accepter ses erreurs, à mettre en place des moments pour que la personne s'occupe et enfin le médecin représentait la figure d'exemple par sa posture.

Au XXème siècle, nous faisons face à un changement après la Première Guerre Mondiale et l'asile devient l'hôpital psychiatrique. Ensuite, les neuroleptiques sont découverts ainsi que leur

efficacité, ce qui permet la mise en place d'un traitement des troubles psychiques. Ce traitement apporte un retour au calme dans les hôpitaux psychiatriques pour permettre les débuts des psychothérapies. S'en suivent les prises en soins en ambulatoire et l'émergence de services externes.

Après la Seconde Guerre Mondiale, nous observons une « libération » une « désaliénation » de l'hôpital psychiatrique. La prise en charge devient plus ouverte sur l'aspect social et sur la communauté. Les objectifs des institutions deviennent la réintégration de ces personnes dans leurs communautés. La prise en charge devient intersectorielle et multidisciplinaire pour aboutir sur un modèle de désinstitutionalisation. (Klein, 2018)

## 2. Admission et population :

### 2.1 Admission

Selon l'UNAFAM, la psychiatrie publique actuelle s'organise selon des territoires en assurant des soins en intra-hospitalier ainsi qu'en extrahospitalier. Ces territoires sont divisés en secteurs et dépendent du lieu de résidence de la personne. Au sein de l'hôpital, il existe différents types d'hospitalisations (UNAFAM, 2020) :

- H.L : Hospitalisation libre. Lorsque le patient accepte ou demande son hospitalisation en psychiatrie.
- SPDTU : Soins psychiatriques à la demande d'un tiers d'urgence.
- SPDT : Soins psychiatriques à la demande d'un tiers.
- SPDRE : Soins psychiatriques à la demande d'un représentant de l'Etat.
- SPI : Soins psychiatriques en cas de péril imminent

Selon Vassilis Kapsambelis, s'il fallait donner une définition de l'institution psychiatrique, ce serait la suivante : « *L'institution psychiatrique est un groupe de personnes dont les compétences professionnelles se réunissent en une action concertée ayant comme but d'accueillir et de soigner des personnes présentant des troubles psychologiques et psychiatriques.* » Il paraît alors pertinent de nous intéresser au groupe de personnes qui mettent en œuvre leurs compétences professionnelles, parmi eux se trouvent « *les psychiatres, médecin somaticien, infirmier, psychologue, aide-soignant, ergothérapeute, animateur d'activités occupationnelles...* », tous réunis pour concourir aux objectifs de l'institution. (Kapsambelis, 2015)

L'objectif ou le but précis des soins opérés par l'équipe dite pluridisciplinaire est de prodiguer les soins nécessaires à la personne pendant sa durée d'hospitalisation. Cette durée est aujourd'hui de plus en plus courte pour ne pas couper trop longtemps la personne de son milieu de vie. Ainsi, le but commun paraît être la mise en place de soins nécessaires permettant à la personne hospitalisée de

sortir de l'hôpital et regagner son milieu de vie. Toujours selon l'UNAFAM, les sorties sont préparées dès l'entrée avec la personne elle-même. Le projet de sortie est basé sur un bilan social s'intéressant à des critères de :

- « *Logements*
- *Accompagnements*
- *Ressources*
- *Activités, travail*
- *Protections juridiques si nécessaire* »

La sectorisation de la psychiatrie a permis d'assurer un suivi médical régulier. Pour cela, la personne reçue en hospitalisation doit être référée dans un Centre Médico-Psychologique (CMP), où elle pourra à nouveau être prise en charge par une équipe pluridisciplinaire au moment de sa sortie. Autrement, il est possible qu'une prise en charge par un psychiatre libéral soit mise en place.

Selon l'état de la personne et son projet de vie, l'équipe médicale peut proposer des soins en extrahospitalier. Il est essentiel qu'après la sortie, la personne soit suivie, car il s'agit d'un moment critique où une rupture de soin peut avoir lieu. Ainsi, pour palier à une sortie brutale sans aucun moyen de réinsertion, des dispositifs de soins renforcés peuvent être mis en place tels que : les hôpitaux de jour (HDJ), d'autres structures d'accueil à temps partiel ou encore un centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP). Il existe aussi des structures de soins de réhabilitation psychosociale, des dispositifs spécialisés ou des lieux d'accueil thérapeutique à temps plein (Dispositifs soins études, appartement thérapeutique, famille d'accueil thérapeutique, Accompagnement personnalisé intensif (case management)). (UNAFAM, 2020)

## 2.2 Population

Ainsi, toute personne atteinte de troubles psychiatriques peut bénéficier de soins adaptés à ses besoins. Ces maladies sont évaluées selon leur gravité (léger, moyen, grave) au moment du diagnostic. Le DSM-5 classe les pathologies psychiques selon la CIM-9-MC et la CIM-10-MC. Nous pouvons donc nous appuyer sur ce classement pour connaître la population retrouvée en psychiatrie : (American Psychiatric Association, 2013)

- Les troubles neurodéveloppementaux (handicap intellectuel, spectre de l'autisme, hyperactivité)
- **Spectre de la schizophrénie et autres troubles psychotiques (personnalité schizotypique, troubles psychotiques brefs, schizophrénie)**
- Troubles bipolaires et apparentés.
- Troubles dépressifs
- Troubles anxieux

- Troubles obsessionnels compulsifs et apparentés
- Troubles liés à des traumatismes ou à des facteurs de stress
- Troubles dissociatifs
- Trouble à symptomatologie somatique et apparentés
- Troubles des conduites alimentaires et de l'ingestion d'aliments
- Trouble du contrôle sphinctérien
- Trouble de l'alternance veille-sommeil
- Dysfonctions sexuelles
- Dysphorie de genre
- Troubles disruptifs, du contrôle, des impulsions et des conduites
- Troubles liés à une substance et troubles addictifs
- Troubles neurocognitifs (delirium, en lien avec Alzheimer, démence à corps de Lewy...)
- Troubles de la personnalité
- Troubles paraphiliques (voyeurisme, exhibitionnisme...)
- Autres troubles liés aux médicaments ou d'autres facteurs.

Dans ce mémoire, nous nous intéresserons à la schizophrénie.

## B) Schizophrénie

### 1. Epidémiologie

La schizophrénie fait partie des dix pathologies qui entraînent le plus d'invalidités. Il s'agit d'un « *facteur majeur de désocialisation et de précarité* » (Lopez & Turran-Pelletier, 2017). Le risque de mourir prématurément pour cette population est de 2 à 3 fois plus élevé que pour la population générale. Les personnes atteintes de schizophrénie meurent souvent de maladies qui pourraient être prévenues (cardiovasculaire, métabolique, infectieuse). De plus 40% des personnes schizophrènes tentent de se suicider et 10% décèdent par suicide (OMS, 2019).

Pour comprendre ce qu'est la schizophrénie, intéressons-nous à la définition de ce mot.

### 2. La maladie

#### 2.1 Définition de la schizophrénie

Le mot schizophrénie a été créé par Eugen Bleuler en 1908 afin de remplacer le terme « *démence précoce* ». Le but était que l'on illustre cette maladie comme une fragmentation de l'esprit. En effet, d'origine grec, ce mot se traduit par : « *schizo* » : fractionnement et « *phrénie* » : esprit.

Eugen Bleuler définit la schizophrénie de la manière suivante : « *Nous désignons sous le nom de schizophrénie un groupe de psychose qui évolue tantôt sur le mode chronique, tantôt par poussées, qui peut s'arrêter ou rétrocéder à n'importe quel stade mais qui ne permet sans doute pas de restituer* »

*ad integrum*<sup>1</sup> *complète* ». Ce groupe de psychose est caractérisé par une distorsion de la pensée et de la perception, ainsi qu'une relation avec le monde extérieur assez spécifique. On peut parler de rupture avec la réalité (Eugen, Ey, & Viillard , 1993) ; (Association PositiveMinders, s.d.).

Pour aller plus loin, essayons de comprendre les « causes » ou les particularités qui exposent les personnes à cette maladie.

## 2.2 Le modèle Vulnérabilité-Stress

On ne détermine pas encore les causes exactes de la maladie, mais on parle d'une interaction entre un terrain génétique et un stress qui provoquerait une vulnérabilité à la schizophrénie (Fédération pour la recherche sur le cerveau, s.d.).

La conception actuelle vise à unir ces différents éléments et est fondée sur le modèle vulnérabilité-stress. Ce modèle, permet de regrouper les différents aspects de l'apparition de cette maladie. La figure suivante considère que chez certains individus, il existe une vulnérabilité sur le plan neuropsychologique, résultant d'une tendance héréditaire ou d'un agencement psychique qui les rend plus sensibles à des « *stresseurs socio-environnementaux* » (Lalonde, 2004). En effet, en ce qui concerne les facteurs génétiques, si une personne présente la maladie dans la famille, il existe une possibilité de présenter une schizophrénie. On note tout de même, qu'il est possible d'être atteint de la maladie même sans antécédents familiaux. De plus, il peut exister, chez certains individus, des causes d'ordre biologique sans que ces dernières soient héréditaires. Elles sont le plus souvent le résultat de dysfonctionnement dans l'organisation du cerveau, « *des lobes frontaux, entre autres, ou d'une dysfonction des neurotransmetteurs, notamment la dopamine et la sérotonine, ces substances qui permettent la communication entre les cellules nerveuses* ». Ces facteurs sont reconnus pour perturber les fonctions cérébrales et rendre les personnes plus sensibles aux « *stresseurs socio-environnementaux* » (SQS, s.d.). La présence, seule des facteurs physiologiques ne suffit pas pour déclencher l'arrivée de la schizophrénie. C'est pour cela que l'on parle, de vulnérabilité socio-environnementale. En effet, il est nécessaire que certains types de stress s'ajoutent « *par exemple, un stress toxique comme les drogues ou un stress social comme l'expression d'émotions (hostilité, attitudes envahissantes) de la part de l'entourage, ou encore des pressions de performance, qui peuvent avoir un effet déclencheur de schizophrénie quand le cerveau est déjà constitutionnellement fragile* ». Il est important de noter que, de nombreuses personnes font quotidiennement face à ce

---

<sup>1</sup> Restituo ad integrum : « *Retour à l'état normal d'un tissu qui a été le siège d'un processus pathologique* ». (Le parisien)

genre de stress. Seulement, au vu de l'absence de facteurs biologiques qui les rends vulnérable face à cette maladie, ils ne développeront pas de schizophrénie (Lalonde, 2004).

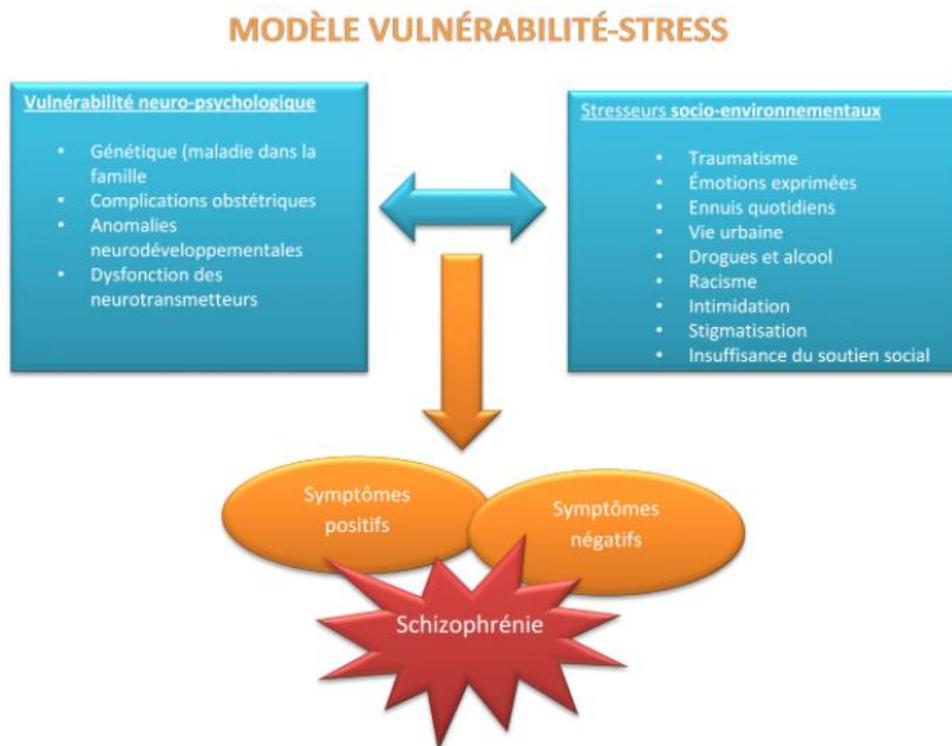


Figure 1 Schéma du modèle Vulnérabilité-Stress dans la schizophrénie (SQS, s.d.)

Face aux explications précédentes, il paraît intéressant de se pencher sur la façon dont peut se manifester la maladie dans la vie d'une personne.

### 2.3 L'entrée dans la maladie

De manière générale, la maladie se manifeste durant l'adolescence. Entre 15 et 25 ans, mais elle se met souvent en place plus tôt, de façon atténuée.

Pour se rendre compte des particularités de ces aspects épidémiologiques, il faut se tourner vers le fonctionnement biologique évoqué précédemment et son incidence dans la maladie. Ainsi, il faut savoir que « *le cerveau est une structure dynamique caractérisée par sa plasticité, c'est-à-dire sa capacité à se structurer et restructurer au cours du temps, selon les événements et expériences vécues. Le stress lié à certaines situations, les atteintes infectieuses ou l'exposition à des substances, altéreraient la qualité de cette plasticité et pourrait favoriser certaines pathologies comme la schizophrénie* ». Dès l'âge de 10-12 ans et jusqu'à 30 ans, on fait face à une transition de l'enfance à l'âge adulte. Cela se traduit par une phase de maturation du cerveau qui peut être intense. Au cours de cette phase, « *les neurones et différentes régions cérébrales se réorganisent* ». Ainsi, l'adolescence représente une période très importante pour le bon fonctionnement cérébral. La perturbation de ces processus peut avoir des conséquences délétères postérieures. C'est d'ailleurs, pendant cette période

que nous pourrions observer des signes cliniques, tels que le retrait social, l'abandon de la scolarité ou encore un style atypique chez la personne (INSERM, 2003).

Cela nous mène à notre partie suivante sur les manifestations symptomatologiques de la maladie.

### 3. Symptomatologie :

Selon le DSM-5, pour diagnostiquer une personne comme étant atteinte de schizophrénie, il faut que deux (ou plus) des symptômes suivants soient présents sur une durée de temps significative, soit un mois (American Psychiatric Association, 2013).

L'INSERM classe les symptômes retrouvés dans le DSM 5 en trois catégories :

**Les symptômes positifs.** Ils sont nommés ainsi, car ils viennent « s'ajouter » aux perceptions dites « ordinaires ». (Llorca, 2016). Il s'agit des délires et hallucinations (persécutions, mégalomanie, idées délirantes invraisemblables et excentriques, sensorielles, auditives...) (INSERM, 2003).

**Les symptômes négatifs.** Ce sont les symptômes qui provoquent une « réduction des activités » chez la personne schizophrénique (Llorca, 2016). Cela comprend une diminution de l'affectif et des émotions qui se traduisent par un retrait et un isolement familial, social et amical. On note aussi une diminution de la communication (Apparaît comme une dépression) (INSERM, 2003).

**Les symptômes dissociatifs.** Ils se caractérisent par une désorganisation de la pensée, de la parole, des émotions, des comportements corporels ; d'une diminution de la cohérence logique ; d'une diminution de l'attention, de la concentration, de la mémorisation, de la compréhension et enfin d'une diminution de la capacité de planification. Ces symptômes sont aussi appelés « *symptômes cognitifs* » (Fédération pour la recherche sur le cerveau, s.d.) ; (INSERM, 2003).

Ainsi, face à ces différentes manifestations, intéressons-nous à la prise en charge des personnes atteintes de schizophrénie.

#### 4. Prise en charge de la schizophrénie :

Avant tout traitement, l'information est un point important dans la prise en charge du patient schizophrène. C'est un des facteurs permettant à la personne de mieux comprendre sa prise en charge et éventuellement de faire face à la maladie. (Schwan, s.d.) ; (Llorca, 2016) ; (Vidon & Franck, 2018).

##### 4.1 Traitements médicamenteux

Premièrement, un traitement médicamenteux à base d'antipsychotique (neuroleptiques) est nécessaire pour calmer les symptômes dits positifs, ils viennent diminuer les hallucinations, les idées délirantes mais aussi la désorganisation de la pensée. Ils vont agir sur les symptômes négatifs en réduisant l'interaction de la personne avec l'environnement. Ces traitements permettent une amélioration des symptômes et d'éviter les rechutes chez les personnes atteintes de schizophrénie. D'autres médicaments peuvent être associés. D'une part les médicaments dits « correcteurs », dans le but d'éviter les effets secondaires des neuroleptiques. D'autre part, des médicaments ciblant certains états de la personne. Par exemple, des antidépresseurs en cas de signe de dépression, des anxiolytiques en cas d'anxiété ou encore des thymorégulateurs pour des troubles de l'humeur. Le bon suivi, sur des longues périodes, des prescriptions médicales est essentiel. (Schwan, s.d.) ; (Llorca, 2016)

##### 4.2 Traitements non médicamenteux

Apparaissent ensuite en complément de ce traitement, les traitements non-médicamenteux qui visent plus les capacités fonctionnelles du patient. Il s'agit des thérapies psychosociales comme la psychoéducation, la remédiation cognitive, les psychothérapies ou encore la réhabilitation psychosociale (Schwan, s.d.) ; (Llorca, 2016) ; (HAS, 2017).

Toutes ces thérapies ayant des particularités bien à elles, le reste du mémoire développe le mouvement de la réhabilitation psychosociale. Nous nous intéresserons donc aux détails de ce traitement non-médicamenteux.

### C) Réhabilitation psychosociale :

#### 1. Définitions de la réhabilitation psychosociale

La définition de la réhabilitation psychosociale la plus souvent retenue est celle de l'école de Boston. Pour elle, la réhabilitation psychosociale est une action qui vise à optimiser les capacités encore présentes d'une personne malade et atténuer les difficultés qui résultent de conduites dites « déficitaires » ou « anormales ». (Vidon & Franck, 2018)

Les difficultés cognitives, sociales ou la perte d'autonomie dans la vie quotidienne ont un impact important sur le processus de rétablissement (difficulté à reprendre une activité professionnelle, difficulté à vivre seul...). La réhabilitation psychosociale permet d'aider la personne à progresser pour

atteindre ses objectifs en matière de projet de vie. Elle se fonde sur les capacités du patient et vise à les utiliser pour améliorer son quotidien. (INSERM, 2020)

Un tel mouvement nécessite que l'on s'intéresse aux objectifs et aux principes qui le fondent. Développons donc ces derniers.

## 2. Objectifs et Moyens :

### 2.1 Principaux objectifs et grands axes de la réhabilitation psychosociale

#### Les objectifs de la réhabilitation psychosociale

Pour aborder la notion de réhabilitation psychosociale, il est important de considérer les termes suivants, car ils correspondent aux objectifs généraux visés par ce mouvement : Le rétablissement, le *case management* et l'*empowerment*.

Selon Deegan, le rétablissement correspond au fait que « la vieille personnalité est progressivement abandonnée et une nouvelle vision de soi émerge » (Deegan, 2001). Elle explique aussi dans un ouvrage que le rétablissement correspond à détailler la façon dont une personne sort de sa confrontation avec la maladie mentale. Le but est d'intégrer cette conjonction à « *un ensemble plus vaste qui, mis en mouvement, peut être à même de refonder quelques éléments participant à l'élaboration du lien social* » (Duprez, 2008). En réhabilitation psychosociale, le rétablissement consiste à considérer la diminution des symptômes comme secondaire. En effet, au-delà du modèle médical qui tend à réduire les symptômes, il y a tout l'aspect d'autonomie et de vie pleinement vécue malgré les troubles qui est à prendre en compte. Pour la réhabilitation psychosociale des patients atteints de psychose, on donne une importance à la diminution des symptômes, mais on estime un rétablissement si la personne est autonome et peut vivre en société malgré le risque d'exclusion lié à ses troubles (Bonsack & Favrod, 2013).

En ce qui concerne le *case management*, cette notion vise le déplacement des interventions faites à l'hôpital vers la communauté. Plus précisément dans l'environnement écologique du patient (Duprez, 2008). La philosophie de l'intervention vise à privilégier pour la personne un accompagnement gradué vers le rétablissement dans son milieu de vie ordinaire. Tout cela, en collaboration avec son entourage. (Petitqueux-Glaser, Acef, & Mottag, 2010).

Enfin, selon l'ergothérapeute Gaëlle RIOU, réhabiliter un sujet revient à mettre en œuvre des moyens de faire renaître sa place et son pouvoir d'agir dans son environnement. L'*empowerment* correspond donc à l'action de redonner aux individus la force d'agir sur les difficultés sociales qu'ils rencontrent (ANFE, 2016).

## Les principes de la réhabilitation psychosociale

Ces objectifs, reposent sur des principes qui visent la diminution des symptômes de la maladie mentale ainsi que les effets secondaires provoqués par les traitements médicamenteux. Puis, l'accroissement des **compétences sociales**. Ensuite, ce mouvement donne une importance à l'information à destination des personnes malades pour qu'elles puissent connaître leurs troubles et être plus aptes à une prise en charge et aussi celle à destination de la société. Le but ultime est de lutter contre la ségrégation et la stigmatisation que subissent ces personnes. De plus, la réhabilitation cherche à mettre en place des actions afin de restaurer la place centrale de la personne dans sa prise en charge. Le but est que cette dernière soit actrice de sa prise en charge et puisse adhérer aux soins. Enfin, ce mouvement cible aussi l'accompagnement des familles et des proches. En effet, il s'agit d'un point important dans la prise en charge, car dans cette société, il n'y a pas de sphère plus proche que représente la famille et qui a un impact important sur l'état de la personne. (Duprez, 2008)

Intéressons-nous alors aux moyens que le mouvement de la réhabilitation psychosociale fournit pour permettre d'atteindre les objectifs.

### 2.2 Les différents outils de réhabilitation psychosociale

De nombreuses techniques et pratiques peuvent se rattacher au mouvement de la réhabilitation psychosociale. Les bases de ces pratiques émergent de la psychologie comportementaliste ainsi que des recherches actuelles dans le domaine des maladies mentales sévères comme la schizophrénie par exemple, plus précisément les références théoriques et pratiques de l'analyse de la cognition humaine et de ces altérations. « *Les modalités principales de ces techniques sont le réentraînement aux habiletés sociales (social skills training) et la remédiation cognitive* » (Duprez, 2008).

Ainsi, afin d'atteindre ces objectifs, les programmes de réhabilitation s'inspirent de plusieurs approches qui ont pu avoir des impacts sur le rétablissement des personnes atteintes de troubles psychiques dont (Bon, 2020) :

#### a) L'approche centrée sur l'acquisition d'habiletés (Skills Training)

Cette approche est apparue entre 1970 et 1980. Elle cible le développement des habiletés autonomes de la vie quotidienne. Ces habiletés sont considérées comme essentielles, car elles permettent la réadaptation psychiatrique, le rétablissement et assurent une certaine qualité de vie. Selon Wallace, les principales habiletés ciblées dans cette technique de prise en charge sont : l'hygiène personnelle ainsi que la capacité de se vêtir convenablement, l'entretien du logis, la préparation d'aliments, la gestion de sa santé ainsi que de ses finances, les déplacements dans la communauté, la possibilité d'avoir des loisirs ainsi qu'un emploi durable. (Leclerc, 2008).

b) Approche centrée sur l'intégration aux milieux de vie et travail (Vocational rehabilitation)

Ici, nous parlons d'approche « vocationnelle ». Elle s'organise en plusieurs étapes. Tout d'abord, cela repose sur une recherche d'emploi personnalisée et fondée sur le choix du patient. Ensuite, la mise en place d'un soutien à l'emploi intégré au traitement et enfin de trouver un emploi puis assurer un suivi de soutien continu (Leclerc, 2008). Par rapport à l'emploi, l'ergothérapeute évalue les habiletés de la personne et prend contact avec l'institution pour présenter les aménagements nécessaires. La personne pourra exercer en milieu ordinaire de travail ou en milieu protégé (ANFE, 2016).

c) Approches visant la remédiation ou rééducation cognitive

Cette approche permet la remédiation des habiletés dans le traitement de l'information telles que : la mémoire ; la vigilance et les habiletés conceptuelles. Les thérapies de remédiation cognitive améliorent le fonctionnement cognitif et à des effets sur le fonctionnement social et l'estime de soi. Cependant, on ne note pas d'effet mis en évidence sur les rechutes, fluctuations, humeur et symptômes négatifs de la schizophrénie (Leclerc, 2008).

d) Thérapies cognitives comportementales (TCC) visant la réduction des symptômes psychotiques et de la détresse

Les thérapies cognitives comportementales ont pour but de modifier les croyances ou pensées d'un individu par un enseignant en lien avec les perceptions, les croyances et les réactions émotives ainsi que comportementales. Cette approche est différente des autres grâce aux nombreuses évaluations et au nombre d'études mises en place pour évaluer son efficacité. Selon une expertise de l'INSERM, l'efficacité des TCC associée au traitement médicamenteux des personnes atteintes de schizophrénie est établie. Elle est classée en grade A. Enfin, d'autres études démontrent que les TCC permettent une diminution significative de l'intensité des délires et des hallucinations (Leclerc, 2008) ; (AFTCC ; AFFORTHECC)

Certaines modalités de thérapie cognitivo-comportementale (TCC) peuvent permettre au patient de gérer ses symptômes négatifs mais aussi positifs, et de l'aider à éviter l'enfermement sur lui-même et la désocialisation progressive. Ces thérapies peuvent aborder des dimensions émotionnelles (angoisse, estime de soi, gestion du stress), sociales (hygiène de vie, motivation à entreprendre et aller vers les autres), ou encore médicales (réduction de sa consommation de substances psychogènes, éducation sur sa maladie). (INSERM, 2020)

Le mouvement de la réhabilitation semble mettre à disposition des personnes plusieurs ressources en termes de prise en charge. Pour cela, il met en place un parcours de soin le plus adapté au patient.

### 3. Le parcours de soin en réhabilitation psychosociale :

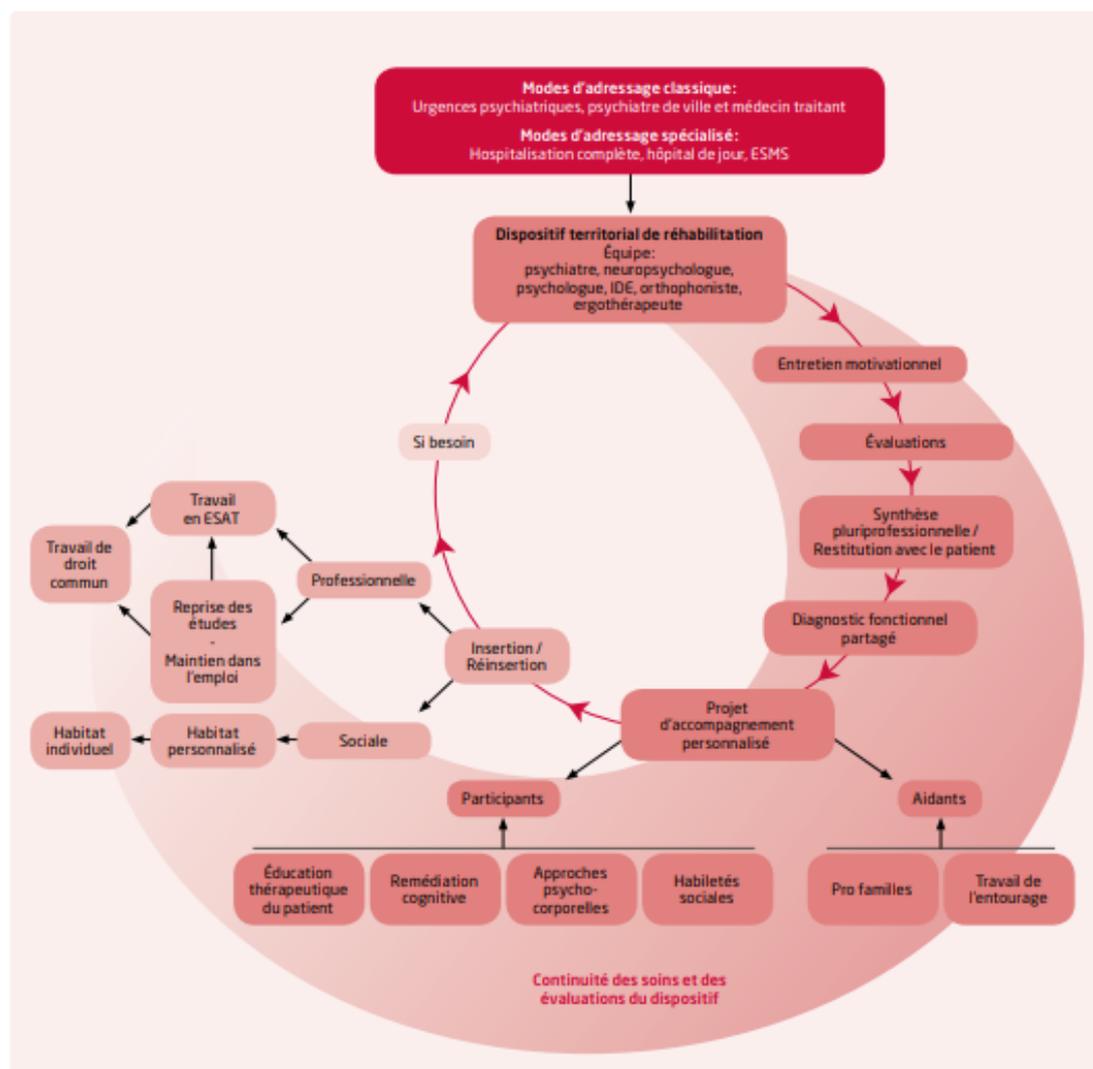


Figure 2 Schéma d'un parcours en réhabilitation psychosociale (Martinez, Moussoungou, Richou, & Veret, 2019)

Le schéma ci-dessus permet de comprendre au mieux les différentes notions importantes de la réhabilitation psychosociale. Il met en avant les démarches importantes lors de l'arrivée d'une personne pour une prise en charge en réhabilitation psychosociale. On note l'entretien motivationnel, les évaluations d'ordres fonctionnelles, cognitifs et sociales. Ces évaluations sont importantes en réhabilitation psychosociale, car elles sont faites par l'équipe pluridisciplinaire qui du fait des différentes expériences des professionnels permet de comprendre quels sont les freins à la participation des personnes atteintes de troubles psychiques. Le traité de réhabilitation psychosociale selon Nicolas Franck, se base sur un modèle biopsychosocial tel que la classification internationale du handicap (CIF), que nous développerons plus tard dans l'étude. Dans ce traité, nous trouvons comme exemple d'évaluations : L'évaluation symptomatologique et neuropsychologique permet de connaître les déficiences de la personne ; le bilan ergothérapeutique permet de comprendre plus précisément les

limitations d'activités de la personne ; le bilan psychologique apporte des informations sur les ressources psychologiques ; l'évaluation des assistants sociaux donne des informations sur les ressources financières de la personne et sur l'accès aux droits de la personne. (Vidon & Franck, 2018). Comme nous pouvons le comprendre, la réhabilitation psychosociale nécessite une prise en charge pluridisciplinaire. Ainsi, à la suite de ses évaluations, l'équipe se concerta et s'harmonisa afin de prendre en charge de la meilleure manière le patient. Un point important de la réhabilitation psychosociale, est de rendre le patient acteur de sa prise en charge. Ainsi, une restitution de la situation se fait aussi avec le patient. Il est au courant de ce qui est mis en place et sa prise en charge sera faite en fonction des besoins qu'il présente. En découle des évaluations, de l'échange entre professionnel et de cette réunion avec le patient un diagnostic fonctionnel partagé. (Centre ressource de réhabilitation, 2019) ; (Centre ressource de réhabilitation, 2021). Une fois cela effectué, un projet d'intervention est mis en place avec le patient et son entourage. Bien que la réhabilitation psychosociale soit un mouvement qui tend à ce que le patient puisse vivre et s'adapter à l'environnement qui l'entoure, il a aussi pour but de rendre l'environnement plus accessible aux personnes. Ainsi, le travail se fait avant tout auprès de l'entourage de la personne, afin que l'environnement le plus proche du patient soit capable de l'accueillir (Vidon & Franck, 2018). Ensuite, auprès de la personne, plusieurs programmes inspirés des approches cités précédemment sont mis à disposition tels que : **L'éducation thérapeutique du patient (ETP), la remédiation cognitive (RCP), approches psychocorporelles et habiletés sociales (HS)**. Tout cela, pour permettre au mieux sa réinsertion qu'elle soit sociale ou professionnelle (Hamon-Delbar & Magneron, 2013). Dans ce mouvement de la réhabilitation psychosociale, nous nous intéressons à la prise en charge ergothérapique des patients atteints de schizophrénie. L'ergothérapeute, en tant que professionnel faisant partie de l'équipe pluridisciplinaire s'intéresse au travail fait auprès des personnes pour leur réinsertion sociale.

## D) L'ergothérapie en psychiatrie

### 1. Définition de l'ergothérapie :

Le SIFEF définit l'ergothérapie comme, « *une profession paramédicale qui fonde sa pratique sur le lien entre l'activité humaine et la santé et prend en compte l'interaction entre la personne, l'environnement et l'activité* » (SIFEF, s.d.). D'après l'Ordre des ergothérapeutes du Québec, l'ergothérapie permet aux personnes de mettre en place et de faire des activités signifiantes pour elles. Ces activités seraient « *prendre soin de soi et d'autres personnes ; se réaliser sur les plans personnels, scolaires et professionnels ; se divertir, par exemple par les loisirs et se développer* ». L'ergothérapie considère l'activité comme un moyen thérapeutique. Le but de l'ergothérapie est de

favoriser l'autonomie des personnes, d'avoir une certaine qualité de vie, de permettre le maintien des personnes dans l'environnement de leurs choix et pouvant répondre à leurs besoins et aussi de leur permettre de vivre en communauté (OEQ, 2021). L'ergothérapie est à destination de toutes personnes rencontrant des limitations d'activité et restriction de la participation en lien avec des problèmes de santé d'ordre moteur, sensoriel, social, intellectuel, cognitif et psychique (SIFEF, s.d.).

Le sujet de ce mémoire porte sur l'ergothérapie au sein du mouvement de la réhabilitation psychosociale. Intéressons-nous donc avant tout au travail de l'ergothérapeute en santé mentale.

## 2. L'ergothérapeute en psychiatrie :

### 2.1 L'approche de l'ergothérapeute

#### Objectifs de l'ergothérapeute en psychiatrie

Les objectifs de l'ergothérapeute en santé mentale sont d'aider la personne à retrouver ou à améliorer sa capacité à mettre en place des relations satisfaisantes avec les autres ; de développer ses capacités d'adaptation à la vie en communauté, à être le plus autonome possible dans les activités quotidiennes (hygiène personnelle, entretien ménager, travail, études et loisirs) ; à accroître ses ressources et ses intérêts personnels ; à prendre conscience et à prendre en compte ses limites ; à améliorer sa confiance et son affirmation de soi. (OEQ, 2021)

L'ergothérapeute vise l'atteinte de ces objectifs grâce à un plan d'intervention reposant sur plusieurs principes et moyens. Développons ces derniers dans l'intervention de l'ergothérapeute.

#### Principes et moyens d'intervention de l'ergothérapeute

L'ergothérapeute en psychiatrie met un point important à une approche dite humaniste. En effet, une notion importante de l'ergothérapie est la relation thérapeutique (ANFE, 2016). Cette relation est mise en place afin de créer un espace d'échange, de confiance et de soutien des conflits entre la personne et l'ergothérapeute. Selon une analyse de Bozarth et Motomasa basée sur la recherche, révisée par la « *Task Force* » de l'Association américaine de psychologie sur les relations thérapeutiques empiriquement soutenues, la relation thérapeutique se crée en fonction des évaluations du thérapeute et doit ensuite s'ajuster en fonction de la personne. Plusieurs paradigmes existent, expliquant les spécificités des relations induites par le thérapeute, la personne ou encore les deux. Cependant, il est confirmé que la relation thérapeutique contribue de manière significative à la réussite d'une prise en charge. Gelso et Carter définissent la relation comme « *les sentiments et les attitudes que le thérapeute et le client ont l'un pour l'autre ainsi que la manière dont ils sont exprimés* » (Bozarth & Motomasa, 2014).

Cette relation thérapeutique s'expérimente dès la première rencontre avec l'ergothérapeute qui a pour but le recueil d'informations, et éventuellement l'évaluation de la personne.

Le recueil d'informations et les évaluations : A ce moment de la prise en charge, l'ergothérapeute s'entretient dans des cadres différents avec la personne, son entourage et l'équipe de soin afin qu'elle puisse se présenter et présenter son environnement (familial, social, physique...). Ce que l'ergothérapeute recherche surtout, ce sont les ressources qui motivent la personne et qui peuvent l'aider à vivre avec son handicap. Il cherche à connaître les besoins, attentes et valeurs de la personne. Pour compléter ces informations, il met en place des évaluations, observation ou bilans normés lors de mises en situation d'activité. Ces informations permettent à l'ergothérapeute de constituer son diagnostic. (ANFE, 2016)

Le diagnostic : Le diagnostic ergothérapeutique repose sur l'énonciation des limitations d'activité et des restrictions de la participation des personnes, en lien avec leurs déficiences ainsi que les facteurs personnels et environnementaux qui gravitent autour d'elle. Le lien entre ces différentes sphères est développé dans la sous-partie suivante. Le diagnostic met aussi en avant les ressources de la personne qui pourront servir de soutien pendant la prise en charge.

Ensuite, le plan de prise en charge pourra être « coconstruit » avec la personne. Gaëlle Riou met en avant la nécessité de considérer la personne comme « un être agissant, un être autonome et participant, mais aussi un être de créativité et de relation » (ANFE, 2016). Le plan de prise en charge repose sur la formulation d'objectifs.

Formulation des objectifs : Les objectifs mis en place, prennent en compte les demandes de la personne et l'intervention de toute l'équipe de soin (ANFE, 2016). Ils sont dits « SMART », c'est-à-dire Spécifique ; Mesurable ; Atteignable ; Réaliste ; Temporel (Rossini, Meyer, & Margot, 2014).

Ainsi, après avoir pu mettre en place tout cela, l'ergothérapeute possédera toutes les bases pour intervenir auprès du patient.

L'intervention auprès du patient : Avant tout un cadre est mis en place de manière qu'il corresponde le plus au patient : Lieu, Date, Durée, moyens, séances individuelles ou en groupe. Ces choix sont faits en lien avec les objectifs (Pibarot, et al., 2016).

Les lieux d'interventions de l'ergothérapeute, sont soit « l'atelier d'ergothérapie », soit l'environnement écologique du patient. En ce qui concerne « l'atelier d'ergothérapie », « *il est avant tout un lieu de relation et d'échanges. A ce titre, il constitue un lieu où il est possible de s'exprimer en tant que sujet, à travers ses désirs, ses craintes ou encore son vécu de la maladie. Notre écoute particulière, médiatisée par l'activité, contribue fortement à la construction d'une alliance thérapeutique entre la personne souffrante et l'ensemble de l'équipe soignante.* ». Enfin, les interventions dans le milieu écologique de la personne, font partie intégrante du métier d'ergothérapie. Elles permettent « de travailler en situation réelle sur le transfert des compétences acquises dans l'institution vers l'environnement singulier de la personne ». Dans toutes ces activités,

l'ergothérapeute évalue la participation de la personne et prend en compte son ressenti (angoisse, sentiment de satisfaction). (ANFE, 2016) ; (Pibarot, et al., 2016).

Enfin, pour comprendre comment l'ergothérapeute va considérer cette participation, intéressons-nous aux différentes sphères qui constituent la personne et qui permettent de donner du sens à l'intervention de l'ergothérapeute.

## 2.2 La classification internationale du fonctionnement (CIF)

### Explication du modèle dans la pratique de l'ergothérapeute

La classification internationale du fonctionnement nous permet de comprendre le lien qui est fait entre toutes les sphères d'occupation de la personne et ce qui l'entoure en termes de santé et d'environnement. L'ergothérapeute peut se baser sur ce type de modèle conceptuel pour effectuer son diagnostic thérapeutique. Avant tout, la CIF, nous permet de comprendre par une approche « biopsychosociale » ce qui fait des troubles psychiques le « handicap invisible » (Ivy Daure, 2017). D'après Pierre Castelin, la CIF est composé de deux modèles : un modèle « médical » qui repose sur un handicap observé comme « un problème de la personne », lié à une maladie et tout problème nécessitant des soins médicaux ou paramédicaux. Ensuite, un modèle « social » où le handicap est perçu comme induit par la société, du fait de son fonctionnement, ses mœurs. La CIF a pour but de réunir les deux modèles en considérant que les aspects biologiques, sociaux et individuels dans la vie d'une personne contribuent à une bonne santé.

Nous pouvons scinder le modèle de la CIF en deux parties : une partie « *Fonctionnement et handicap* » qui comprend les liens entre les problèmes de santé, les fonctions organiques et anatomiques, les activités et enfin, la participation du sujet. L'autre partie sont les « *Facteurs contextuels* » elle regroupe, les facteurs environnementaux personnels (Morel-Bracq, 2017). Enfin, il est important de retenir que l'ergothérapeute pour orienter sa prise en charge autour du patient comme dit précédemment doit considérer l'ensemble du « fonctionnement et du handicap » et les « facteurs contextuels ». Le travail de l'ergothérapeute autour des situations de handicap qui impactent les activités et la participation de la personne ; qu'elles soient liées aux facteurs environnementaux, personnels ou à son fonctionnement, est la recherche d'autonomie.

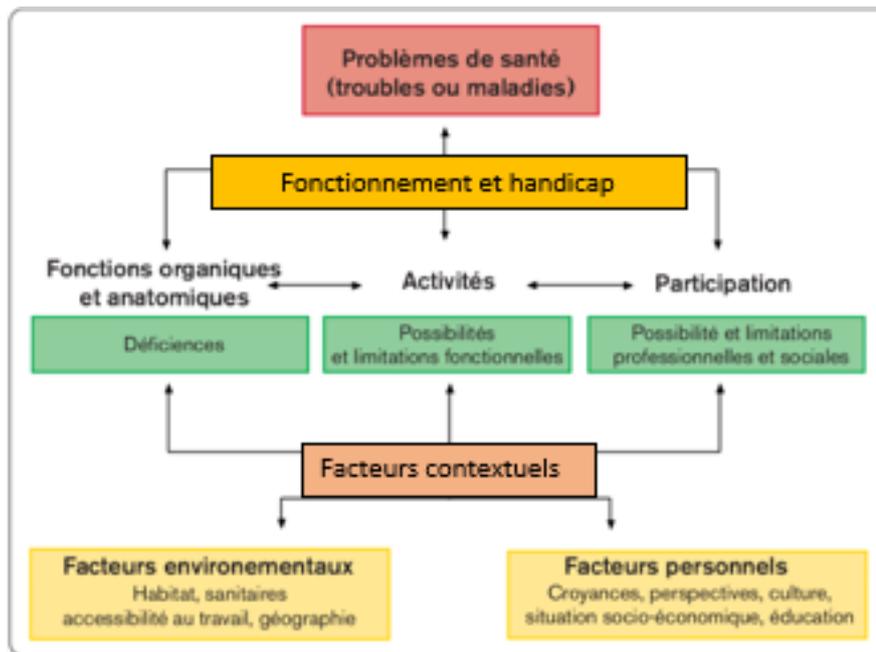


Figure 3 Modèle conceptuel : La Classification internationale du handicap (Edwards & Jones, 2007)

Pour aller plus loin, essayons de comprendre comment utiliser la CIF pour le handicap psychique.

#### Modèle de la CIF adapté au handicap psychique

Un modèle complété de la CIF imaginé selon le mouvement de la réhabilitation psychosociale, permet de montrer son adaptation au handicap psychique :

Le modèle met en avant la présence de déficiences correspondant aux déficits cognitifs et psychiques de la personne. Ces derniers entraînent des limitations d'activités chez elle. Elle concerne d'une part ses activités de vie quotidienne, par exemple les soins personnels, les repas et les déplacements. D'autre part, ses compétences sociales, par exemple la capacité à entrer en relation de manière adaptée avec des personnes ou encore prendre les transports en commun. Ensuite, émerge de ses limitations d'activités une restriction de la participation en ce qui concerne les sphères telles que les relations sociales, familiales, le travail et les loisirs. Les facteurs personnels de la personne vont concerner ses ressources psychologiques, sa personnalité et ses motivations. Enfin, les facteurs environnementaux concernent ses ressources familiales, financières, de soutien social, ses soins, ses traitements et la stigmatisation de sa maladie. On souligne que les facteurs contextuels (personnels et environnementaux) peuvent devenir des compensations et réduire les limitations d'activités. Par exemple, dans le cas où une personne ne peut pas aller au cinéma à cause de ses angoisses et peur. S'il se fait accompagner par un proche, il arrive à y aller. La personne malgré sa limitation d'activité

pourra participer socialement grâce à la compensation que représente la personne qui l'accompagne.  
(Vidon & Franck, 2018)

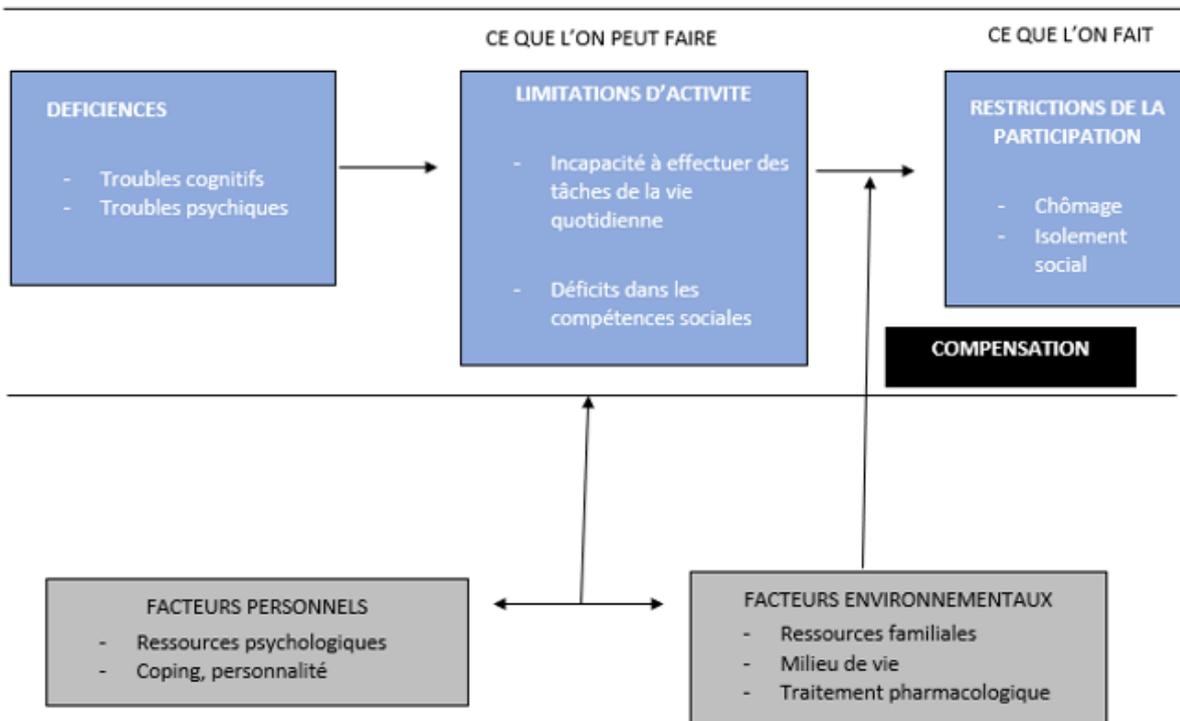


Figure 4 Modèle de la CIFSH adapté au handicap psychique (Vidon & Franck, 2018)

Ainsi, intéressons-nous à la façon dont l'ergothérapeute peut donc intervenir dans le cadre de la santé mentale.

### 2.3. L'intervention de l'ergothérapeute en santé mentale

En prenant en compte tout cela, l'ergothérapeute peut intervenir en santé mentale en utilisant deux champs d'interventions. Bien que ces deux approches se complètent, on peut mettre en avant une approche de rééducation que l'on rencontre surtout lors des soins psychiques et une approche de réadaptation rencontrée en réhabilitation psychosociale. En pratique, le travail de l'ergothérapeute commence dès l'hospitalisation pendant la phase aiguë de la maladie. A ce moment, il pourra se mettre en place un travail de rééducation autour de médiations expressives. L'objectif de ces interventions est de permettre à la personne d'exprimer « en dehors, ce qui est en dedans ». La personne dans ces médiations donne une autre forme à ses conflits internes et peut s'exprimer à ce propos. Ces espaces, mis en place par l'ergothérapeute permettent de mettre en place une certaine relation avec la personne (Pibarot, et al., 2016).

A la suite de l'hospitalisation, apparaissent la réhabilitation psychosociale et le travail de l'autonomie de la personne dans le but d'un retour dans son environnement écologique. Dans ce domaine, l'ergothérapeute vise une réinsertion sociale de la personne. Son travail se met en place

autour de « l'autonomie personnelle » de la personne et/ou autour de ses habiletés sociales. (CPN, 2018). Dans ce mémoire, nous nous attacherons à la pratique de l'ergothérapeute en réhabilitation psychosociale.

### 3. Ergothérapie en réhabilitation psychosociale :

#### 3.1. Le rôle de l'ergothérapeute

L'ergothérapeute en réhabilitation psychosociale soutient la participation sociale et l'engagement de la personne dans ses activités significatives en lien avec ses habitudes de vie dans le but de permettre la réhabilitation et l'*empowerment* (ANFE, 2016). Ainsi, l'ergothérapeute pourra utiliser les programmes de réhabilitation psychosociale cités précédemment dans le but de l'apprentissage en institut. Il l'utilise comme activité qui, selon l'ergothérapeute Hélène CLAVREUL, représente un lieu d'expression des capacités physiques, cognitives et sociale de la personne. Seulement, l'important dans cette pratique est de pouvoir retrouver ces finalités dans la vie quotidienne. Ce qui intéresse l'ergothérapeute, c'est que la personne puisse retrouver du sens dans ce qu'elle fait dans la vie quotidienne. Qu'elle se souvienne « pourquoi elle s'est levée ce matin » (Centre ressource de réhabilitation , 2020). Il paraît donc pertinent de développer la notion d'autonomie en ergothérapie.

#### 3.2. La notion d'autonomie en ergothérapie

##### Définition

Qu'entendons-nous par autonomie personnelle ? Tout d'abord, donnons une définition de l'autonomie. Le mot « Autonomie » vient du Grec : « Autos » qui signifie le même, ce qui vient de soi, actes propres d'un individu. « Nomos » signifie règles mises en place par une société, loi. Ainsi, l'autonomie est utilisée pour parler d'une personne qui participe par ses propres règles (Warchol,2016). En ergothérapie, l'autonomie personnelle va s'inscrire dans les activités dites de vie quotidienne des personnes. Parmi celles-ci, nous retrouvons les soins personnels, les activités de productivités et de loisirs. L'ergothérapeute en prenant en compte les besoins de la personne dans ces différentes activités, va chercher à aider la personne à « *retrouver du plaisir de s'engager dans des activités signifiantes pour elle* » (CPN, 2018).

##### La pyramide des besoins fondamentaux selon Maslow

Abraham Maslow, a permis de regrouper en une pyramide les besoins fondamentaux d'une personne. « *On retrouve les besoins physiologiques qui sont nécessaires à la survie. Il s'agit des actes tels que respirer, boire, manger, éliminer, maintenir sa température corporelle, mais aussi se reposer et bouger. Ensuite, il y a les besoins de sécurité physiques avec la nécessité de prévenir et de réduire les dangers, en particulier liés à la maladie et aux accidents. Ils sont également psychiques avec des besoins de maîtrise de son environnement matériel et de son environnement familial. Puis on retrouve*

les besoins sociaux qui consiste à être estimé, aimer et être aimé, accompagné des besoins d'appartenance correspondant à être accepté dans un groupe. Les besoins d'estime de soi concernent le sentiment d'être utile, compétent, le besoin de confiance et de respect. Enfin, le besoin d'accomplissement et le besoin de réalisation de soi consistent à s'épanouir, accroître ses connaissances, développer ses valeurs, avoir une vie intérieure. » (Rofidal & Pagano, 2018). Dans les soins apportés par l'ergothérapeute, toutes ces dimensions sont prises en compte rendant alors la prise en charge ergothérapeutique « patient-centré ». Le but étant de permettre aux personnes de vivre en répondant à leur besoin de manière autonome.

Le second point concernant le travail de l'ergothérapeute sur les habiletés sociales, est la cible de notre enquête. Ainsi, la partie suivante lui sera consacrée.

## E) L'entraînement aux habiletés sociales :

### 1. Les habiletés sociales :

#### 1.1 Définition

« Les habiletés sociales sont les comportements verbaux et non verbaux résultant de processus cognitifs et affectifs permettant de s'adapter à l'environnement. Il s'agit donc d'un ensemble de capacités qui nous permettent de percevoir et de comprendre les messages communiqués par les autres, de choisir une réponse à ces messages et de l'émettre par des moyens verbaux et non verbaux, de façon appropriée à une situation sociale » (Baghdadli & Brisot-Dubois, 2011).

#### 1.2 Habiletés sociales chez la personne atteinte de schizophrénie

On note trois niveaux d'habiletés sociales qui peuvent être perturbées chez les personnes souffrant de schizophrénie :

- **Les habiletés perceptives** : en lien avec les capacités à percevoir correctement les informations pertinentes qui émergent d'une situation relationnelle. Par exemple, interpréter le comportement d'une personne que l'on rencontre ;
- **Les habiletés décisionnelles** : regroupant les processus d'élaboration, de traitement des informations, de résolution de problèmes. Par exemple, demander de l'aide à une hôtesse d'accueil pour trouver un produit en rayon dans un supermarché ;
- **Les habiletés émettrices** : elles concernent la capacité des personnes à répondre avec des comportements verbaux, non-verbaux et paraverbaux appropriés. Par exemple, avoir la capacité d'exprimer ses besoins dans une situation difficile pour la personne et ainsi éviter des crises de paniques.

Ces difficultés sont en lien avec les symptômes négatifs énoncés en amont. En effet, les symptômes négatifs en créant une diminution de l'affect et des émotions provoquent une vie en société très difficile et ne permettent pas aux personnes atteintes de schizophrénie de communiquer avec les autres. En plus de tous les troubles cités précédemment, les personnes souffrant de schizophrénie présentent des difficultés à se mettre à la place des autres. Elles ont une tendance à attribuer aux autres des intentions et des pensées qui n'ont pas lieu d'être. Toutes ces difficultés confortent le patient dans ses croyances et favorisent le maintien d'idées délirantes de persécution (Hamon-Delbar & Magneron, 2013).

Dans le cadre de la réhabilitation psychosociale, un programme permet de travailler ses difficultés, dans le but de les améliorer. On parle d'entraînement aux habiletés sociales.

## 2. Un programme de réhabilitation psychosociale :

### 2.1 L'entraînement aux habiletés sociales

Qu'entendons-nous par entraînement aux habiletés sociales ?

Ce travail s'inscrit dans la démarche de réhabilitation psychosociale. Le centre ressource autisme (CRA) de Bretagne nous donne un exemple de ce qui relève du travail des habiletés sociales et de ce qui ne l'est pas. Il faut marquer une différence avec le travail des compétences d'autonomie de la vie quotidienne, qui concerne des activités comme faire les courses, aller aux toilettes seul. De plus faire une liste de course ou encore compter sa monnaie. Le travail des habiletés sociales va intervenir dans le cas où il y a des difficultés d'interactions lorsque la personne effectue ces tâches. Par exemple, remercier la caissière, demander de l'aide à des personnes autour en fonction de la situation. Cela relève du travail des habiletés sociales (Appere, et al., 2018).

Ces techniques d'entraînement sont fondées sur la mise en place et la planification de buts, la présentation de modèle en lien avec l'entraînement des habiletés sociales, des exercices de performance sociale plus souvent à travers des jeux de rôle, le renforcement positif, des indications, des conseils, des « feed back »<sup>2</sup>, des exercices autour des situations problématiques et enfin la prescription d'action à mettre en place dans le milieu écologique de la personne. (Wallace , et al., 1980) ; (Favrod , 1993)

L'entraînement aux habiletés sociales est un programme mis en place par les structures de réhabilitation psychosociale. Intéressons-nous à son inscription dans ce mouvement.

---

<sup>2</sup> Feed-back correspond au mot français « retransmettre ». Pendant une séance un « feed-back » du patient est attendu « *sur ce que fait ou dit le thérapeute, avec une critique éventuelle de ce qui lui a déplu ou une mise en avant de ce qu'il veut préciser* » (Cottraux, 2004)

## 2.2 L'inscription dans la réhabilitation psychosociale

On rappelle, que dans le modèle de réhabilitation psychiatrique, il y a deux types de stratégies pour faire face au handicap que génèrent ces déficits et incapacités des personnes atteintes de schizophrénie. La première a pour principe d'adapter l'environnement aux incapacités fonctionnelles des personnes. La deuxième met en place des interventions qui ont pour but d'apprendre aux patients des stratégies pour contourner ou réduire leurs incapacités. L'entraînement aux habiletés sociales s'inscrit dans ce deuxième type de stratégies. *« L'intérêt est de fournir à ces patients des moyens pour apprendre ces habiletés et un cadre pour leur permettre de s'exercer dans un climat sécurisant. L'EHS va également pouvoir être utilisée comme un cadre d'exposition progressive à l'anxiété suscitée par la relation à l'autre chez les patients psychotiques »* (Hamon-Delbar & Magneron, 2013).

Selon le Centre Ressource Remédiation cognitive Réhabilitation Psychosociale (C3RP), il existe différents programmes capables de mettre en place l'entraînement aux habiletés sociales. On les retrouve dans la rubrique « remédiation de la cognition sociale » (C3RP, s.d.) Parmi eux, on compte :

### - L'IPT (Integrated Psychological Treatment) ou « Thérapie Psychologique Intégrée »

A destination des personnes atteintes de schizophrénie, il s'agit d'un programme basé sur une approche cognitivo-comportementale mis en place par Brenner. Il contient 6 modules à complexité croissante, combinant un travail sur la remédiation cognitive et un travail sur les habiletés sociales (communication et mise en pratique des techniques de résolutions de problèmes)

### - EMC, Entraînement métacognitif

*« Le programme EMC est un programme d'entraînement aux habiletés métacognitives qui vise à améliorer les interprétations de l'environnement et les relations interpersonnelles, à diminuer les fausses croyances et à favoriser une meilleure estime de soi ».*

### - SCIT – Social Cognition and Interaction Training

Ce programme rappelle que les patients avec schizophrénie présentent des déficits en cognition sociale perception des émotions, style attributionnel, théorie de l'esprit, qui peuvent constituer des cibles pour des programmes de réhabilitation psychosociale. Ainsi, il a pour objectif de travailler la cognition sociale dans la schizophrénie. C'est un programme de groupe qui va prendre en compte les différentes émotions (différents types, attributs faciaux, contexte...), jusqu'aux interactions sociales dans le travail de la cognition sociale. Il évoque cela par les biais des « pensées automatiques » qu'on peut parfois éprouver dans des situations d'interactions sociales. Les séances en groupe sont suivies de tâches à effectuer au domicile afin de mettre en pratique ce qui a été mis en place durant une séance, dans la vie quotidienne.

- [Gaïa](#)

Il s'agit d'un programme qui se fait à la suite d'un bilan neuropsychologique qui indique des difficultés à identifier des émotions faciales. Le but étant d'entraîner la personne à reconnaître les différents types d'émotions de base. Cela se fait par, l'analyse d'images représentant les différents types d'émotions faciales. Cet entraînement est suivi d'un programme de réalité virtuelle (ARFC) pour que le sujet s'entraîne à répondre de manière adaptée dans des mises en situations virtuelles en lien avec les émotions.

- [Michael's Game](#)

C'est un jeu, qui s'inspire des thérapies cognitives. Il permet l'entraînement du raisonnement par hypothèse (restructuration cognitive). Cela repose sur le questionnement socratique qui vise à induire un doute au sein de croyances dites rigides. Dans ce jeu, les personnes aident le personnage Michael dans différentes situations. Il existe une certaine graduation qui permet aux patients de se confronter à des situations qui apparaissent de plus en plus complexes et riches en émotions.

- [TomRemed](#)

« *Le programme de remédiation ToMRemed a pour objectif d'améliorer les compétences des personnes souffrant de schizophrénie en Théorie de l'Esprit (Theory of Mind ou ToM)* ». La ToM est l'aptitude à prévoir ou à expliquer le comportement d'autrui en lui attribuant des croyances, des souhaits ou des intentions qui sont différents des nôtres. C'est donc une compétence très importante pour réussir ses interactions sociales. Ce programme contient des extraits de films, soit 10 qui mettent en scène des interactions sociales entre plusieurs personnes dans des situations de vie quotidienne qui nécessitent des interactions. En complément des extraits de film, les participants sont questionnés sur les intentions, selon eux des personnages. 5 hypothèses de réponses leurs sont proposées à chaque fois. Il y a deux temps bien distincts dans ce programme :

- Des expériences de vie rapportées : Le travail porte sur une situation de la vie quotidienne où le patient a rencontré des difficultés de communication.
- Identification en groupe des pensées dysfonctionnelles et explications alternatives à celles du patient, dans le but d'identifier l'interprétation la plus pertinente possible et acceptée par tous.

Ces programmes de réhabilitation psychosociale permettent à l'équipe pluridisciplinaire de travailler en structure des situations de la vie quotidienne nécessitant des habiletés sociales. Intéressons-nous à la place de l'ergothérapeute dans ces entraînements aux habiletés sociales.

Le travail des habiletés sociales est souvent couplé à d'autres programmes de la réhabilitation psychosociale, tels que : le soutien socio-familial, la psychoéducation, la gestion du stress ou encore la remédiation cognitive. Sans oublier, le traitement médicamenteux (Hamon-Delbar & Magneron, 2013).

### 2.3 Intervention de l'ergothérapeute en faveur des habiletés sociales

#### Principes

En ce qui concerne les habiletés sociales, l'ergothérapeute va s'intéresser aux derniers besoins concernant la place dans un groupe et donc travailler autour des capacités relationnelles et d'insertion de la personne (CPN, 2018). Sa capacité à adapter et à graduer les activités d'apprentissage et à mettre en place une généralisation des apprentissages dans la vie réelle du patient, ainsi que son expertise en thérapie de groupe mettent en avant la qualification de l'ergothérapeute pour mettre en place ce type de prise en charge (Manidi, 2005).

Nous avons présenté l'intervention de l'ergothérapeute en psychiatrie de manière générale en amont. Ainsi, intéressons-nous désormais à son intervention pour l'entraînement aux habiletés sociales.

#### Intervention de l'ergothérapeute pour l'entraînement aux habiletés sociales

Pour intervenir dans un programme d'entraînement aux habiletés sociales, l'ergothérapeute garde les mêmes principes allant de la relation thérapeutique à l'accompagnement de la personne sur son milieu de vie.

Favrod nous donne l'exemple d'une trame pouvant être mise en place dans le cadre d'un entraînement aux habiletés sociales en réhabilitation psychosociale (Favrod, 2017). Cette trame semble correspondre à une approche qui prend en compte l'intervention globale, dans diverses situations que vise l'ergothérapeute.

- Identifier les problèmes interpersonnels de la personne (Situation générant chez la personne une restriction de sa participation) ;
- Evaluer l'aspect comportemental de la personne (Souvent à l'aide de jeu de rôle, mettre la personne en situation afin d'observer les comportements<sup>3</sup> adoptés par la personne pendant ces situations. Ensuite, fixer des objectifs avec la personne) ;
- Trouver des stratégies (Proposer une stratégie face à la situation et la démontrer) ;

---

<sup>3</sup> Eléments à prendre en compte : contact visuel, expressions faciales, signes de tête, gestes des mains, position, tonus corporel, ton et volume de la voix, débit de la parole, latence de réponse, signes verbaux d'expression de l'intérêt.

- Entraîner la mise en place de ces stratégies (Faire pratiquer de manière répétitive la stratégie choisie) ;
- Promouvoir la généralisation (Concerne l'application de ces stratégies de manière graduée dans le milieu écologique de la personne) ;
- Faire face aux « résistances » (Concerne l'importance de l'alliance thérapeutique).

Pour aller plus loin, l'entraînement aux habiletés sociales s'ancre dans un modèle cognitivo-comportemental. Intéressons-nous donc à l'apport de cette base et de la mise en place de la thérapie cognitivo-comportementale dans cette démarche d'apprentissage.

### 3. L'inscription dans un modèle cognitivo-comportemental :

#### 3.1 Le modèle cognitivo-comportemental

Tout comme l'ergothérapie, le modèle cognitivo-comportemental considère la personne atteinte de schizophrénie dans l'ensemble de son milieu écologique afin qu'elle puisse vivre au mieux dans son environnement. Ce modèle prend en compte le modèle vulnérabilité-stress qui reconnaît le rôle important du stress et des problèmes cognitifs de la personne schizophrène dans l'apparition des symptômes et le risque de rechute. Il a été démontré que les personnes atteintes de schizophrénie sont capables d'apprendre grâce à la thérapie comportementale, des comportements qui leur permettraient d'avoir une capacité sociale plus adaptée. Ces modifications comportementales en lien avec le programme d'entraînement aux habiletés sociales, se mettent en place grâce aux techniques du conditionnement opérant, et peuvent prendre forme dans des ateliers structurés s'adressant à de petits groupes de personnes atteintes de schizophrénie. Selon Simonet et Brazo, « *les objectifs des soins issus du modèle cognitivo-comportemental se confondent avec ceux de la réhabilitation sociale, et permettent le maintien dans la cité avec une qualité de vie acceptable* ». (Simonet & Brazo, 2005)

Dans ce mémoire, nous nous intéressons aux moyens que l'ergothérapeute possède pour mettre en place son intervention en prenant en compte l'importance des activités en institution et le transfert des acquis dans son milieu écologique. En réhabilitation psychosociale, la thérapie cognitivo-comportementale a inspiré de nombreux programmes et peut correspondre à l'intervention de l'ergothérapeute.

## 3.2 La thérapie cognitivo-comportementale

### Définitions

Les TCC sont le résultat de l'application de la psychologie scientifique à la psychothérapie. Ces thérapies reposent sur une conception de l'environnement tel qu'un milieu qui influe et crée les réactions émises par l'organisme, mais que celles-ci peuvent être réévaluées et modifiées favorablement par ou/et pour la personne qui fait face à des difficultés. Le but des TCC n'est pas de supprimer un comportement, mais d'en apprendre un nouveau « *incompatible avec le trouble présenté* ». Cela demande donc de l'entraînement et une assimilation du nouveau comportement dans toute la structure cognitive, émotionnelle et comportementale de la personne. Autrement dit, « sa personnalité ».

Pour assurer les entraînements et la mise en place de nouveaux comportements, les séances de TCC se présentent sous forme de thérapies individuelles, de groupe, familiales ou en couple. On compte une centaine de séances nécessaires pour la réhabilitation des personnes atteintes de psychose (Cottraux, 2017).

Les thérapies cognitivo-comportementales représentent un aspect de la prise en charge non-médicamenteuse de la schizophrénie. Elle est utilisée la plupart du temps pour les entraînements aux habiletés sociales ou la psychothérapie cognitive (Remillieux, 2018).

Quels sont les principes de cette thérapie ?

### Principes

Tout d'abord, la TCC nécessite une formation des professionnels. Cette formation est principalement ouverte aux psychiatres, puis, aux médecins généralistes et aux psychologues. « *Les infirmiers, les orthophonistes, psychomotriciens et éducateurs spécialisés ont accès à certaines formations* ». Elle se présente sous la forme d'un diplôme universitaire sur une durée de 2 ans (Cottraux, 2004).

Selon les sept piliers des TCC, cette prise en charge repose sur un diagnostic ; sur la motivation au changement ; sur une relation de collaboration et une alliance thérapeutique entre le thérapeute et la personne ; une analyse fonctionnelle ; la psychoéducation et la définition d'un objectif au traitement. Ensuite, sur la mise en œuvre d'un programme de traitement fondé sur les théories de l'apprentissage et les théories cognitives et enfin sur l'évaluation des résultats du traitement (Cottraux, Les Psychothérapies Cognitives et Comportementales, 2017) ; (Remillieux, 2018).

Pour être mise en place, la thérapie cognitivo-comportementale propose de la psychoéducation. Puis, d'une part des exercices cognitifs et d'autre part des exercices comportementaux.

Les outils des TCC (Centre ressource de réhabilitation, 2019).

- **La psychoéducation :**

Elle consiste à donner des informations régulières sur les connaissances scientifiques actuelles mises en lien avec le vécu du patient. Cela permet d'accompagner le changement d'habitudes et de comportements qui ont des répercussions sur le vécu de la personne. Ensuite, la psychoéducation contribue à l'amélioration de l'hygiène de vie de la personne (favoriser les activités, réduire les pratiques addictives). Puis, elle favorise la bonne observance du traitement médicamenteux et enfin l'acceptation de la maladie.

En plus de la psychoéducation, nous pouvons aussi mettre en avant les exercices cognitifs de la TCC.

- **Les outils cognitifs :**

Ils ciblent les pensées et reposent sur leur description ainsi que la conséquence qu'elles ont sur la vie de la personne, dans son environnement social, familial et professionnel. Plusieurs techniques cognitives sont utilisées pour pouvoir poser des hypothèses et mettre en lumière les pensées devenues automatiques ; les erreurs de raisonnement ; les croyances personnelles ainsi que le schéma de pensées de cette personne. On considère que tout cela impacte l'état émotionnel du patient et guide les comportements qu'il adopte.

Associé à l'aspect cognitif, la thérapie cognitivo-comportementale prend tout son sens dans des exercices comportementaux, parmi eux, nous citons :

- **Les expositions :**

Après l'analyse fonctionnelle de la situation qui pose des problèmes et une période de préparation, la personne est invitée à tester ce qui se passe réellement quand elle est soumise à l'objet de sa peur en dehors des séances. Le patient se confronte à son angoisse (sur les lieux même où son anxiété est la plus forte). Le but étant d'atteindre une certaine diminution de l'anxiété et développer les nouveaux comportements et pensées pour gérer au mieux la situation anxiogène. Lorsque l'exposition est renouvelée assez souvent, il est possible de mettre en place une habitude à l'anxiété et aux pensées pour enfin en réduire l'impact.

- **L'affirmation de soi :**

Le but est de permettre à la personne de mieux exprimer ses besoins, envies ou opinions sans empiéter sur ceux des autres. Les moyens possibles sont les jeux de rôles en groupe ou lors de suivi individuel.

- **Exercices de bien être physiologique :**

Ce sont des exercices de relaxation, de méditation pleine conscience ou encore de cohérence cardiaque qui aide à la régulation de l'anxiété. Ils permettent au patient de développer des outils pour

gérer leurs variations émotionnelles. Pour cela, il apprend à améliorer la gestion de ses émotions ; à augmenter ses facultés de concentration. Cela renforcera son sentiment de contrôle du stress. Ils diminuent le sentiment général de tension du corps. Ensuite le patient pourra se détourner des symptômes physiques de son angoisse et se libérer des pensées négatives.

C'est dans cette dernière partie que nous allons donner sens à la pratique de l'ergothérapeute en réhabilitation psychosociale dans l'entraînement aux habiletés sociales, car elle est directement en lien avec la prise en charge de la personne dans son écologie.

### 3.3 L'entraînement aux habiletés sociales par l'ergothérapeute en milieu écologique via la thérapie cognitivo-comportementale :

#### Le milieu écologique du patient

L'origine du mot « écologie » vient du grec oikos qui signifie « maison ». Il concerne directement l'étude des « *organismes vivants dans leur environnement de vie* ». Dans le soin, lorsque nous faisons référence à l'écologie du patient, nous entendons surtout « l'écologie humaine ». Ce terme est apparu pour désigner l'étude des interactions des êtres humains avec leurs environnements. Le concept de l'écologie humaine est basé sur « *l'observation et la compréhension des croyances, perceptions et comportements des personnes, dans le but de modifier les comportements de ces personnes en ce qui a trait à leurs interactions avec leurs environnements physique, socioéconomique et culturel* » (Truc & Alderson, 2010).

En nous référant à notre modèle conceptuel (CIF), nous pouvons mettre en avant la nuance entre les limitations de l'activité qui correspondent à ce que le patient peut faire. Dans des conditions normées, en institution, la personne sera capable d'élaborer des comportements. Avec la TCC, la psychoéducation et les exercices cognitifs jouent un rôle important à ce moment de la prise en charge. Ensuite, la restriction de la participation correspond à ce que le patient fait vraiment dans sa vie de tous les jours (Morel-Bracq, 2017) ; (Vidon & Franck, 2018). C'est à ce moment que le rôle de l'ergothérapeute est essentiel, car il permet que ses capacités soient transférées dans la vie de la personne, dans son environnement écologique (Centre ressource de réhabilitation, 2020). Ce qui dans le sens de l'ergothérapie et de la réhabilitation psychosociale est le plus important pour considérer la personne comme autonome (ANFE, 2016) ; (Vidon & Franck, 2018). La thérapie cognitivo-comportementale peut être utilisée par l'ergothérapeute dans le but de mettre en place ce transfert des acquis dans l'écologie de la personne.

## L'ergothérapie et le transfert des acquis via la thérapie cognitivo-comportementale

L'ergothérapeute va permettre le transfert des acquis en mettant en place des mises en situations dans l'environnement écologique de la personne atteinte de schizophrénie. Il va l'accompagner sur les lieux qu'elle fréquente : emploi, scolarité, domicile, cité (ANFE, 2016). Dans le cadre des habiletés sociales, l'ergothérapeute pourra accompagner la personne dans ces lieux et lui permettre de faire face à des situations réelles qui suscitent chez elle un frein pour interagir et vivre en société (ANFE, 2016) ; (Baghdadli & Brisot-Dubois, 2011). La personne atteinte de schizophrénie pourra ainsi mettre en pratique ce qu'elle a acquis en institution (habiletés perceptives, décisionnelles, émettrices).

Les exercices comportementaux de la TCC vont dans le sens de la trame de Favrod cité en amont. Toutes deux proposent un travail sur l'affirmation de soi, sur la gestion du stress, de la reconnaissance des émotions et sur l'exposition aux situations dans le but de mettre en pratique ce qui est travaillé en séance, dans notre cas, en ergothérapie (Cottraux, 2004); (Favrod, 2017).

Enfin, une étude a démontrée que l'EHS permet de diminuer l'anxiété sociale et le retrait social. Ainsi que l'amélioration de l'estime de soi et de l'affirmation de soi (Hamon-Delbar & Magneron, 2013).

Ainsi cela mène à mon hypothèse : **En travaillant les habiletés sociales par le biais de la thérapie cognitivo-comportementale, l'ergothérapeute en réhabilitation psychosociale améliore l'autonomie de la personne atteinte de schizophrénie.**

### III. PARTIE EXPERIMENTALE

#### A) Rappel de la problématique et de l'hypothèse :

**Problématique** : Par quels moyens l'ergothérapeute favorise-t-il l'autonomie des personnes atteintes de schizophrénie dans le cadre de la réhabilitation psychosociale ?

**Hypothèse** : En travaillant les habiletés sociales par le biais de la thérapie cognitivo-comportementale, l'ergothérapeute en réhabilitation psychosociale favorise l'autonomie de la personne atteinte de schizophrénie.

#### B) Méthodologie de l'enquête

L'enquête est basée sur la pratique de l'ergothérapeute en réhabilitation psychosociale en lien avec l'entraînement aux habiletés sociales des personnes atteintes de schizophrénie via l'outil TCC. Mon questionnement est orienté vers la pratique de l'ergothérapeute, plus précisément, les moyens dont il dispose pour travailler les habiletés sociales avec cette population et sur la reconnaissance du modèle dans lequel s'ancre sa pratique. Le but est de faire le lien entre la pratique de l'ergothérapeute et la thérapie cognitivo-comportementale.

Le but de mon enquête est de valider ou non mon hypothèse. Pour cela, intéressons-nous aux objectifs à atteindre.

##### 1. Les objectifs de l'enquête

**Objectif 1** : *Identifier les actions mises en place par l'ergothérapeute en réhabilitation psychosociale pour travailler les habiletés sociales de personnes atteintes de schizophrénie.*

Critères d'évaluations : Enonciation des objectifs de prise en charge en lien avec la démarche de réhabilitation psychosociale, ergothérapique ou TCC ; Enumération des déficits rencontrés par les personnes atteintes de schizophrénie en ce qui concerne les habiletés sociales, Enumération d'actions visant à entraîner les habiletés sociales des personnes atteintes de schizophrénie.

**Objectif 2** : *Déterminer si l'approche de l'ergothérapeute s'ancre dans les principes et le cadre de la TCC.*

Critères d'évaluations : Recherche des principes de prise en charge présents dans l'approche TCC ; Enumérations non-exhaustives d'actions utilisées en TCC par l'ergothérapeute pour le travail des habiletés sociales (évaluation fonctionnelle, mise en situation écologique/expositions, atelier groupes sur l'affirmation de soi, exercices de bien-être).

**Objectif 3 : Mettre en avant l'impact de la prise en charge de l'ergothérapeute en réhabilitation psychosociale entraînant les habiletés sociales avec une approche cognitivo-comportementale, sur l'autonomie d'une personne atteinte de schizophrénie.**

Critères d'évaluations : Présentation par l'ergothérapeute des résultats obtenus lors des évaluations de l'autonomie du patient atteint de schizophrénie. (Évaluations initiales, évaluations intermédiaires, évaluations finales) ; énonciation des objectifs atteints par la personne atteinte de schizophrénie

## 2. La population ciblée

Pour mon enquête, il me semblait intéressant de m'entretenir avec des personnes atteintes de schizophrénie ayant une certaine capacité à témoigner de leurs vécus. Cela permettrait de recueillir leurs expériences et d'avoir la vision de la population à qui est destinée la prise en charge. Cependant, cette possibilité reste complexe, car par mon expérience en stage, il me paraît tout de même nécessaire de créer une relation de confiance entre les personnes et moi afin de leur permettre de se livrer sur les impacts des troubles psychiques dans leurs vies de tous les jours. Ce processus se développe sur un laps de temps qui serait trop long pour mon enquête.

Autrement, je décide de contacter des ergothérapeutes, car mon mémoire porte surtout sur leurs pratiques. En effet, pour répondre à ma problématique et suivre la logique de mon hypothèse, j'ai besoin de recevoir l'expérience des ergothérapeutes lors de leurs prises en charge auprès de personnes atteintes de schizophrénie. Plus précisément, d'avoir leur réflexion sur le travail des habiletés sociales avec ces personnes en s'inscrivant dans une démarche de TCC en réhabilitation psychosociale auprès de personnes atteintes de schizophrénie.

Pour que les résultats de l'enquête soient significatifs, un certain nombre d'ergothérapeutes sont nécessaires. Au vu des moyens et du temps imparti pour cette enquête, trois ergothérapeutes minimum seront interrogés. Ces derniers devront travailler en structure de réhabilitation psychosociale (HDJ, CMP, CATTP, SAMSAH etc...). Les ergothérapeutes formés en thérapie cognitivo-comportementale sont privilégiés, mais au vu de la réalité de terrain et du peu d'ergothérapeutes formés à la TCC, nous nous attacherons à l'approche qu'ils mettent en place pour faire du lien avec la TCC.

<p><b>Critères d'inclusions</b></p>  <p><b>Critères de non-inclusions :</b> Inverse des critères d'inclusions</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ergothérapeute diplômé d'Etat</li> <li>• Ergothérapeute ayant exercé ou qui exerce dans une structure de réhabilitation psychosociale (Intra hospitalier, Hôpital de jour, plateforme de réhabilitation, CATTP, SAMSAH)</li> <li>• Ergothérapeute qui a fait au moins une prise en charge avec un patient en schizophrénie.</li> <li>• Ergothérapeute travaillant les habiletés sociales avec des personnes atteintes de schizophrénie</li> </ul>
<p><b>Critère d'exclusion</b></p> 	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ergothérapeute qui n'opère pas dans le cadre d'une réhabilitation psychosociale.</li> <li>• Ne pas parler français.</li> </ul>

Tableau 1 Critères d'inclusions, de non-inclusions et d'exclusions concernant la population de l'enquête

### 3. Les modes d'accès à la population

Pour accéder à ma population, j'ai rédigé une annonce explicative de ma démarche sur deux groupes appartenant au réseau social Facebook. Un consacré aux ergothérapeutes en psychiatrie et un consacré à la réhabilitation psychosociale. A l'issue de cette annonce, j'ai pu prendre des rendez-vous avec 2 ergothérapeutes. En parallèle, à l'aide du site de la réhabilitation psychosociale (centre ressource) et de la base de données des stages de l'IFE de Créteil, j'ai pu lister une vingtaine de numéros de téléphone de la région île de France. J'ai pris une journée pour contacter tous les établissements de ma liste et ai pu obtenir 1 rendez-vous. Enfin, j'ai aussi contacté une ergothérapeute par mail avec qui j'ai aussi obtenu un rendez-vous.

Ainsi, j'ai pu recruter 4 ergothérapeutes pour cette enquête.

### 4. Le choix et la construction de l'outil d'investigation

L'outil qui pour moi correspond plus à mon enquête est l'entretien semi-directif. Ce type d'entretien correspond à une technique de récolte d'information contribuant au « *développement de connaissance* » qui favorise une démarche qualitative (Imbert, 2010). Selon Hervé Dumez, mener une enquête qualitative repose sur notre décision de rencontrer les acteurs à proximité de leur travail, dans leur environnement, les observer en interagissant avec eux ou encore même que l'on se base sur les archives qu'ils ont pu laisser (Dumez, 2016). En effet, lors de mon enquête, je m'intéresse à la pratique des ergothérapeutes en TCC, notamment aux actions menées et aussi à leur impact sur l'autonomie des personnes atteintes de schizophrénie. Tout cela repose sur leurs expériences, leurs

évaluations et sur les retours qu'ils me feront. Echanger avec des ergothérapeutes dans le cadre d'un entretien semi-directif me permet de recueillir des informations de qualité en prenant part au raisonnement et à la logique de celui-ci. De plus, cela me permet d'apporter des réponses qui au fur et à mesure de l'entretien seront plus ciblées sur mon hypothèse.

Ce type d'entretien permet une certaine liberté, mais nécessite tout de même la construction d'une trame afin que la discussion reste centrée le plus possible sur notre sujet. Pour cela, la création d'une grille d'entretien est essentielle (ANNEXE I). Cette grille est composée de 4 thèmes (Combessie, 2007). Le premier sur le recueil d'informations concernant le parcours professionnel de l'ergothérapeute ; le deuxième sur la prise en charge ergothérapique des personnes atteintes de schizophrénie en réhabilitation psychosociale (rôle, objectif, cadre, intervention) ; le troisième sur l'approche cognitivo-comportementale en ergothérapie pouvant être abordé selon l'ancrage TCC de la démarche de l'ergothérapeute ou non et le quatrième sur l'impact de l'entraînement aux habiletés sociales par l'ergothérapeute en réhabilitation psychosociale via la thérapie cognitivo-comportementale sur l'autonomie des personnes atteintes de schizophrénie.

Afin de vérifier la compréhension des outils construits, notamment des questions, une relecture par des ergothérapeutes a été faite.

### C) Résultats bruts de l'enquête

A l'issue des entretiens effectués avec quatre ergothérapeutes (E1, E2, E3 et E4), nous aborderons de manière brute les réponses obtenues. Nous les classerons sous forme de tableau, selon les thèmes abordés dans la grille d'entretien. Les réponses rédigées des ergothérapeutes aux questions posées pour les thèmes 3 et 4 sont consultables en annexe ainsi que la retranscription d'un entretien (ANNEXE II, III et IV).

## Thème 1 : Informations générales sur le parcours professionnel des ergothérapeutes

Ces informations sont importantes, car elles permettent de dresser le profil des ergothérapeutes rencontrés. Notamment, leurs expériences en réhabilitation psychosociale et auprès de personnes atteintes de schizophrénie.

<b>Ergothérapeutes</b>	<b>E1</b>	<b>E2</b>	<b>E3</b>	<b>E4</b>
<b>Formations</b>				
<b>Diplôme d'Etat en ergothérapie</b>	OUI, de puis 2012	Oui, depuis 2018	OUI	OUI, depuis 2000
<b>Formations complémentaires</b>	NON	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Formation dans le rétablissement</li> <li>• Formation aux outils de la réhabilitation psychosociale</li> <li>• ETP</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ETP</li> <li>• Entretien motivationnel</li> <li>• Réhabilitation psychosociale</li> <li>• PRACS</li> <li>• Motiv-essence.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• TCC</li> <li>• ETP</li> <li>• Travail de recherche</li> </ul>
<b>Structures d'exercices</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• HDJ</li> <li>• UHTP</li> </ul> (Actuellement 50% sur chacune des deux structures)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Intra hospitalier</li> <li>• SAMSAH (Actuellement)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Structure de réhabilitation psychosociale pôle personne âgées</li> <li>• HDJ (Actuellement)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Intra hospitalier</li> <li>• CMP</li> <li>• CATTTP</li> <li>• HDJ</li> <li>• Unité de réhabilitation psychosociale dans un DMU (actuellement)</li> </ul>
<b>Prise en charge de personne atteintes de schizophrénie</b>	OUI	OUI	OUI	OUI

Tableau 2 Informations générales sur le parcours professionnel de l'ergothérapeute.

Thème 2 : La prise en charge ergothérapeutique des personnes atteintes de schizophrénie en réhabilitation psychosociale :

Ce thème repose dans un premier temps sur les réponses à cette question : **De manière générale, en quoi consiste la prise en charge ergothérapeutique des personnes atteintes de schizophrénie en réhabilitation psychosociale ?**

<b>E1</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Le travail de l'autonomie</li> <li>- Sortie à l'extérieur</li> <li>- Activité de médiation autour de la relation à l'autre</li> <li>- Visite à domicile pour travailler l'autonomie sur le lieu de vie</li> <li>- Activités thérapeutiques : lien avec l'extérieur, les transports, les achats, le budget.</li> </ul>
<b>E2</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Proposer un projet d'accompagnement en lien avec les demandes de la personne</li> <li>- Déplacements extérieurs : ville, transports en communs,</li> <li>- Vie quotidienne au domicile : repas, organisation, tâches ménagères, entretien</li> <li>- Soins personnels</li> <li>- L'aménagement du domicile</li> <li>- Accompagnement dans les activités sociales</li> </ul>
<b>E3</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Evaluations ergothérapeutiques</li> <li>- Projet de soins individualisé avec l'équipe</li> <li>- Transfert des acquis dans son quotidien</li> <li>- Evaluations des difficultés restantes dans le quotidien</li> </ul>
<b>E4</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Accompagnement de la personne dans son projet de vie</li> <li>- Remettre le patient au cœur de sa prise en charge</li> <li>- Accompagnement dans les activités de vie quotidienne : activités nécessaires au quotidien, intervention à domicile, loisirs, réinsertion professionnelle et sociale.</li> </ul>

*Tableau 3 La prise en charge ergothérapeutique des personnes atteintes de schizophrénie en réhabilitation psychosociale.*

Dans un second temps, les ergothérapeutes ont répondu à la question suivante : **En ce qui concerne l'entraînements des habiletés sociales, quels sont les différents moyens dont vous disposez ?**

E1	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Temps en individuel : Eprouver une relation sécurisante autour de médiations</li> <li>- Temps en groupes fermés : Relation avec les autres autour de médiations</li> <li>- Le cadre thérapeutique : Expérimenter la relation</li> <li>- Les activités à l'extérieurs : Relation moins sécuritaire, transports...</li> </ul>
E2	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Groupes de jeux de sociétés : « compétences » ; « mickael's games » et « Dixi Ludo »</li> <li>- Mises en situation réelle</li> <li>- Exercice de gestion du stress et des émotions</li> </ul>
E3	<ul style="list-style-type: none"> <li>- En groupe, programme d'ETP : scénettes, mises en situations à l'extérieur, des jeux de rôles...</li> <li>- En individuel si demande particulière</li> <li>- Jeux : « compétences », « dixi ludo », jeu de carte créée par l'institution.</li> </ul>
E4	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Groupes dans l'institution : groupe autour du quotidien, groupe cuisine.</li> <li>- Jeux : « dixi ludo »</li> <li>- Mise en situation à l'extérieur de l'institution : Test des errances multiples</li> <li>- Sortie à l'extérieur : groupe loisirs, sortie culturelle, vie de quartier</li> <li>- Exercice de gestion du stress et des émotions</li> </ul>

*Tableau 4 Moyens à disposition des ergothérapeutes pour l'entraînement aux habiletés sociales.*

### Thème 3 : L'approche cognitivo-comportementale en ergothérapie.

Ici, nous recherchons le lien entre le travail mis en place par l'ergothérapeute et la thérapie cognitivo-comportementale. Pour cela, voici la question posée aux ergothérapeutes : **Les programmes de réhabilitation psychosociale s'inspirent de la thérapie cognitivo-comportementale. Ce mouvement regroupe une approche neuropsychologique et cognitivo-comportementale. Selon vous, est-ce que votre prise en charge s'inscrit dans une démarche de thérapie cognitivo-comportementale ?**

(E1)	OUI Temps de conflictualité avec la médiation et mise en situations réelles.
(E2)	OUI Dans les mises en situations réelles.
(E3)	OUI Orientation TCC.
(E4)	OUI Mais pas uniquement.

Tableau 5 Inscription de la démarche de l'ergothérapeute dans la thérapie cognitivo-comportementale

Thème 4 : L'EHS par l'ergothérapeute en réhabilitation psychosociale avec la thérapie cognitivo-comportementale et l'autonomie des personnes atteintes de schizophrénie.

Une première question est ciblée sur l'autonomie de la personne atteinte de schizophrénie : **Quels sont les problématiques en termes d'autonomie rencontrés par des patients souffrant de schizophrénie ?**

(E1)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Différent selon le stade de la maladie</li> <li>- Organisation de l'activité</li> <li>- Dévalorisation de soi</li> <li>- Sortir de chez soi</li> <li>- Gestion du budget</li> </ul>
(E2)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Chaque personne à des symptômes propre à son fonctionnement</li> <li>- Organisationnel</li> <li>- Prise d'initiative</li> </ul>
(E3)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Différence entre les personnes rencontrées</li> <li>- Gestion du temps</li> <li>- Gestion de l'argent</li> </ul>
(E4)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dépend de la personne, il n'y a pas une schizophrénie</li> <li>- Initiation à l'action</li> <li>- Créer et maintenir des relations sociales</li> </ul>

Tableau 6 Limitation de l'activité et restriction de la participation chez les personnes atteintes de schizophrénie.

Une seconde question reprend la totalité de nos propos et s'intéresse à l'impact de tout ce travail sur l'autonomie de la personne atteinte de schizophrénie : **Selon-vous, est-ce que l'entraînement des habiletés sociales dans le cadre de la réhabilitation psycho-sociale et via les thérapies cognitivo-comportementales a un réel impact sur l'autonomie de ces personnes ?**

A cette question, (E2) répond : « **Oui je pense que de toute façon tout est imbriqué.** Ça demande, en effet le fait de pouvoir travailler sur les habiletés sociales. Ça peut en effet faciliter l'autonomie de la personne parce que bah voilà si elle va réussir à plus dire ce qu'elle pense, si elle va réussir à correctement interpréter des choses, à pouvoir interpeller une personne inconnue, ça va faciliter son quotidien oui. »

Pour les trois autres ergothérapeutes, j'ai dû décomposer la question en trois parties, une première sur l'impact de l'entraînement aux habiletés sociales par l'ergothérapeute sur l'autonomie des personnes atteintes de schizophrénie :

La première question est sur l'impact de l'entraînement aux habiletés sociales : **Est-ce que selon vous l'entraînement aux habiletés sociales en ergothérapie a un impact sur l'autonomie de la personne atteinte de schizophrénie ?**

(E1)	OUI En collaboration avec les autres professionnels
(E3)	OUI
(E4)	OUI « C'est une composante qui va permettre de faciliter l'autonomie des patients »

*Tableau 7 Impact de l'entraînement aux habiletés sociales en ergothérapie sur l'autonomie de la personne atteinte de schizophrénie.*

Une seconde question sur l'impact de la réhabilitation psychosociale sur cette prise en charge : **Est-ce que vous pensez que le fait que cela s'ancre dans un mouvement de réhabilitation psychosociale, cela va impacter la prise en charge de l'ergothérapeute et donc l'autonomie du patient ?**

(E1)	OUI - Fait partie de l'identité de l'ergothérapeute - Difficultés : reconnaissance du métier, qualités et compétences.
(E3)	OUI - Avait déjà une approche réhabilitation psychosociale à la sortie de l'IFE
(E4)	OUI - Une posture : rétablissement, patient au cœur de la prise en charge, accompagnement en dehors des murs

*Tableau 8 Impact du cadre de la réhabilitation psychosociale sur la prise en charge en ergothérapie.*

Et une troisième question qui va venir questionner l'impact de la thérapie cognitivo-comportementale sur la prise en charge de l'ergothérapeute en réhabilitation psychosociale, comme outil pour améliorer l'autonomie des personnes atteintes de schizophrénie : **Est-ce que pour vous, l'approche cognitivo-comportementale va aussi impacter la prise en charge quand on s'inscrit dans un mouvement de réhabilitation psychosociale, dans le cadre de l'entraînement des habiletés sociales ?**

(E1)	OUI - « Déjà dans notre identité, ça ne va pas changer grand-chose » - Permet d'être reconnue dans cette approche
(E3)	OUI - N'est pas formé donc pas de TCC - Peut-être une orientation
(E4)	OUI - Il y a un ancrage mais pas que ça.

*Tableau 9 Impact de la thérapie cognitivo-comportementale sur la prise en charge en ergothérapie.*

Pour finir, une dernière question m'est apparue pertinente pour savoir si les ergothérapeutes ont pu observer une évolution de l'autonomie : Est-ce que vous avez pu observer ou évaluer l'autonomie d'une personne atteinte de schizophrénie après un programme d'entraînement aux habiletés sociales ?

(E1)	OUI - Outils : ELADEB, observations cliniques - Discussion avec le patient
(E2)	OUI - Outils : ELADEB, MCRO
(E3)	NON - Programme ETP, pas d'évaluation ergothérapeutes - Aurais pu le voir si était resté plus longtemps.
(E4)	OUI - Si la personne peut le transférer dans son quotidien - Outils : ELADEB, AERS / EMAE / TEM / Observations cliniques.

Tableau 10 Observation ou évaluation de l'autonomie des personnes atteintes de schizophrénie en ergothérapie.

## D) Analyse des résultats de l'enquête

Pour interpréter les résultats obtenus, nous mettons en place une analyse verticale qui permettra de confronter les propos des ergothérapeutes entre eux et une analyse transversale qui a pour but de mettre en valeur les idées qui sont ressorties lors des entretiens.

### 1. Analyse verticale

Après avoir exposé les résultats bruts, il me paraît pertinent de confronter les différents avis des ergothérapeutes entre eux. Pour cela, référons-nous à nouveau aux thèmes de l'entretien.

#### Thème 1 : Informations générales sur le parcours professionnel des ergothérapeutes

Les quatre ergothérapeutes interrogés sont des femmes, toutes diplômées d'Etat. Trois sur quatre ((E2), (E3), (E4)) sont formées à l'éducation thérapeutique du patient (ETP).

Deux sur quatre (E2) et (E3) sont formé à la réhabilitation psychosociale. (E2) aux outils de la réhabilitation psychosociale et (E3) à la démarche de la réhabilitation psychosociale. De plus, (E3) est formée à des outils tels que PRACS et motiv-essence.

Ensuite, une ergothérapeute sur quatre (E4) est formée à la thérapie cognitivo-comportementale. Elle effectue aussi un travail de recherche afin de permettre la reconnaissance du Test des errances multiples (TEM).

Les quatre ergothérapeutes ont travaillé dans différentes structures qui sont référées dans le tableau ci-dessus.

Actuellement deux ergothérapeutes sur quatre (E3) et (E4) travaillent en hôpital de jour. On note que (E4) y est à 50%, car elle exerce aussi dans un UHTP à 50%.

Une ergothérapeute sur quatre (E2) exerce dans un SAMSAH. De même, seule (E4) travaille dans une unité de réhabilitation psychosociale au sein d'un DMU.

Enfin, les quatre ergothérapeutes ont déjà pris en charge des personnes atteintes de schizophrénie, pendant leurs parcours professionnels.

Ainsi, voyons en quoi consiste la prise en charge de ces ergothérapeutes auprès de personnes atteintes de schizophrénie.

## Thème 2 : La prise en charge ergothérapique des personnes atteintes de schizophrénie en réhabilitation psychosociale :

Dans le cadre de notre enquête, nous nous intéressons d'abord à l'approche globale des ergothérapeutes en réhabilitation psychosociale, puis nous énumérons les moyens qu'elles disposent pour le programme d'entraînement aux habiletés sociales.

Selon les 4 ergothérapeutes, l'objectif de leurs prises en charge est de permettre l'autonomie de la personne atteinte de schizophrénie. Toutes sont d'accord sur un accompagnement de la personne dans ses activités quotidiennes.

Le reste de leurs propos se rejoignent et se complètent afin de comprendre les différentes étapes de la prise en charge en ergothérapie. Tout d'abord, (E3) énonce l'évaluation en ergothérapie. Ensuite, toutes parlent « d'accompagnement de la personne dans son projet de vie ». (E4) rajoute qu'il faut « remettre le patient au cœur de sa prise en charge ». Pour accompagner dans le projet de vie, (E1) parle d'abord de « la mise en place d'activité de médiation autour de la relation à l'autre ». Puis, toutes parlent de transferts des acquis et d'activité à l'extérieur. Enfin, (E3) met en avant l'évaluation des difficultés restantes dans le quotidien après tout cela.

Ensuite, pour mettre tout cela en place dans l'entraînement aux habiletés sociales, les 4 ergothérapeutes ont énoncé les moyens suivants : Des séances en groupe pour travailler les habiletés sociales. Dans certains cas, des séances individuelles sont aussi mises en place. Elles mettent toutes en avant l'utilisation de jeu de rôle, du jeu « dixi ludo » et « compétence ». Toutes utilisent les mises en situations réelles, en dehors de l'institution, comme un moyen pour l'entraînement aux

habiletés sociales. Le but commun des ergothérapeutes est de permettre à la personne de pouvoir être dans une relation adaptée avec les personnes qui l'entoure dans son environnement.

On note qu'une ergothérapeute sur quatre (E3) met en place l'entraînement aux habiletés sociales dans un programme d'éducation thérapeutique à la personne, qui traite de sujet plus vaste parfois que l'EHS en lui-même.

Enfin, deux ergothérapeutes sur quatre (E2) et (E4) mettent en place des exercices de gestion de stress et des émotions.

### Thème 3 : L'approche cognitivo-comportementale en ergothérapie.

Dans la logique de notre enquête, nous voulons comprendre si l'entraînement aux habiletés sociales mis en place par l'ergothérapeute s'ancre dans la thérapie cognitivo-comportementale.

Trois ergothérapeutes sur quatre (E1), (E3), (E4) sont d'accord pour affirmer qu'il existe un ancrage dans la TCC, mais pas uniquement. Pour (E1), « Il y a des choses » ; Pour (E3), « Je pense que ça peut s'inscrire dedans » et pour (E4), « Pas uniquement ».

Deux ergothérapeutes sur trois (E1) et (E2) expliquent que la TCC prend sens dans leurs pratiques en ce qui concerne la confrontation de la personne à des situations réelles afin qu'elle trouve des stratégies en mettant en place les conseils vus en séance. (E2) affirme de manière précise que « nos mises en situations, ça correspond tout à fait aux thérapies cognitivo-comportementales ».

On note que pour les trois ergothérapeutes qui ne sont pas formées à la TCC, dire qu'elles font de la TCC est délicat. Cependant, elles reconnaissent tout de même avoir une orientation et retrouver cet outil dans leur prise en charge. (E3) explique que « pour faire vraiment de la TCC à proprement parler, il faut quand même avoir le D.U qui dure 2 à 3 ans et c'est ouvert que pour les psychiatres et les psychologues ».

### Thème 4 : L'EHS par l'ergothérapeute en réhabilitation psychosociale avec la thérapie cognitivo-comportementale et l'autonomie des personnes atteintes de schizophrénie.

Dans un premier temps, nous nous intéressons aux difficultés que rencontre le plus un patient atteint de schizophrénie dans sa vie de tous les jours.

Les quatre ergothérapeutes sont d'accord pour dire que toute personne atteinte de schizophrénie est unique et que les difficultés vont varier selon cette dernière.

Cependant, trois ergothérapeutes sur quatre énoncent que des difficultés de l'ordre de l'organisation d'une activité de la vie quotidienne, comme le repas par exemple est souvent rencontré.

De même, trois ergothérapeutes sur quatre, citent une altération à la prise d'initiative très présente.

Deux ergothérapeutes sur quatre mettent en avant des difficultés pour les personnes atteintes de schizophrénie de gérer leur argent.

Enfin, les ergothérapeutes énoncent d'autres difficultés en ce qui concerne : La gestion du temps (1/4) ; sortir de chez soi (1/4) ; une dévalorisation de soi (1/4) ; la gestion de la maladie (1/4) et créer des relations sociales et les maintenir (1/4).

Dans un second temps, nous nous intéressons à l'impact de l'entraînement aux habiletés sociales via la TCC en ergothérapie sur l'autonomie des personnes atteintes de schizophrénie.

Les quatre ergothérapeutes répondent que l'entraînement aux habiletés sociales contribue à l'autonomie des personnes atteintes de schizophrénie. Pour elles, cet entraînement peut faciliter les gestes quotidiens de la personne car il possède des ressources pour échanger avec ceux qui l'entoure.

Ensuite, les quatre ergothérapeutes expliquent que le cadre de la réhabilitation permet une prise en charge mettant le patient au cœur de la prise en charge dans le but de l'amener dans son autonomie à l'extérieur. Toutes expliquent aussi que ces principes font parties intégrantes du métier de l'ergothérapie.

Enfin, en ce qui concerne l'utilisation de la TCC, de même que pour la réhabilitation psychosociale, une ergothérapeute sur quatre considère que cela fait partie de l'identité de l'ergothérapeute ; une ergothérapeute sur quatre explique qu'il y a un ancrage de sa prise en charge dans la TCC mais pas seulement, une ergothérapeute sur quatre estime qu'elle a une orientation TCC et une ergothérapeute sur quatre explique que la réhabilitation psychosociale, la TCC et l'EHS sont imbriqués. Et donc que cet ensemble peut faciliter l'autonomie de la personne car elle pourra mieux s'exprimer et comprendre les autres.

Chaque ergothérapeute utilise des évaluations normées pour mettre en avant l'évolution de l'autonomie de la personne. Parmi les outils normés cités, on compte : ELADEV (3/4) ; EMAE (1/4) ; TEM (1/4) et MCRO (1/4).

Trois ergothérapeutes sur quatre explique qu'elles peuvent voir un impact de cette prise en charge sur l'autonomie des personnes atteintes de schizophrénie pendant les séances du fait de leurs observations cliniques et selon les retours des patients. Une ergothérapeute sur quatre observe une amélioration de l'autonomie principalement grâce à ses évaluations normées.

Enfin, une ergothérapeute sur trois n'a pas pu évaluer l'autonomie de la personne du fait que l'EHS s'ancrait dans un programme d'ETP qui pouvait s'avérer plus long et avec un protocole déjà mis en place.

## 2. Analyse transversale

À la suite de l'analyse verticale, essayons de mettre en avant les idées clés qui répondent à nos objectifs d'enquête.

### Objectif 1 : Identifier les actions mis en place par l'ergothérapeute en réhabilitation psychosociale pour travailler les habiletés sociales de personnes atteintes de schizophrénie.

De manière générale, ce qui ressort le plus des principes de la prise en charge en ergothérapie des personnes atteintes de schizophrénie en réhabilitation psychosociale sont :

- Le travail de l'autonomie
- L'évaluation
- L'accompagnement au projet de soins
- La place du patient en tant qu'acteur de sa prise en charge
- Les sorties à l'extérieur et le transfert des acquis.

A partir de ces principes, l'entraînement aux habiletés sociales peut être mis en place. Les moyens énoncés par les ergothérapeutes sont principalement la mise en place de séances en individuel autour de médiation, permettant l'expérimentation par le patient d'une relation avec le thérapeute. Relation qui se veut sécurisante et pouvant le porter jusqu'à la relation avec les autres pendant des séances de groupe. Lors de ces séances, toutes, expliquent utiliser des jeux. Le jeu qui est cité par toutes est le « dixi ludo » un jeu créé par des ergothérapeutes, mais aussi les jeux de rôle entre patients et thérapeutes autour d'une situation imaginée. En second, est cité le jeu « compétences » et enfin le « Mickael's games ». Ce sont les moyens permettant de travailler les habiletés sociales en institution. A cela, s'ajoutent des exercices de gestion du stress, mis en place dans des groupes, ils correspondent souvent à des activités autour de la reconnaissance des émotions. Enfin, acte primordial apparaissant comme un moyen, mais aussi un principe de la prise en charge est la mise en situation à l'extérieur dans le but de transférer les acquis de l'institution vers le milieu écologique de la personne.

### Objectif 2 : Déterminer si l'approche de l'ergothérapeute s'ancre dans les principes et le cadre de la TCC.

En ce qui concerne la place de la thérapie cognitivo-comportementale dans la pratique de l'ergothérapeute, on peut comprendre que c'est un positionnement complexe pour les ergothérapeutes entre la mise en place d'une approche au même titre que la réhabilitation psychosociale ou de l'utilisation d'un outil tel qu'il est avec différentes étapes. En effet, une ergothérapeute souligne le fait que sa prise en charge ne repose pas uniquement sur la TCC et qu'il faut éviter la tendance d'enfermer la réhabilitation psychosociale dans la TCC. Cela pose la question

de la distinction entre réhabilitation psychosociale et TCC sur le terrain. Entre mouvement ou outil, le retour des ergothérapeutes est surtout que ces approches font partie de l'identité de leur profession.

En effet, la majorité des ergothérapeutes interrogées, affirme la présence de thérapie cognitivo-comportementale dans leurs prises en charge. Pour elles, on retrouvera de la TCC plutôt dans les mises en situations. D'une part, lors de travail autour d'une médiation, pendant des temps de conflictualités avec la matière. A ce moment, le patient doit argumenter son point de vue, le faire exister, chercher comment en discuter et comment écouter l'autre. D'autre part, le fait de confronter la personne en situation réelle, lui permet de s'adapter en trouvant des stratégies grâce aux conseils qui auront été vu en amont, en institution. Pour ces ergothérapeutes, la TCC prend plus de sens dans une situation vraiment vécue, signifiante et à l'extérieur. La TCC reste un outil qui pour les ergothérapeutes n'est pas utilisé de manière protocolaire, mais plus comme une orientation.

Objectif 3 : Mettre en avant l'impact de la prise en charge de l'ergothérapeute en réhabilitation psychosociale entraînant les habiletés sociales avec une approche cognitivo-comportementale, sur l'autonomie d'une personne atteinte de schizophrénie.

Lorsque nous abordons les principales difficultés rencontrées par les personnes atteintes de schizophrénie, tous les ergothérapeutes sont d'accord pour dire que cela diffère en fonction de la personne et qu'il n'existe pas une seule schizophrénie. Ce qui ressort tout de même, le plus, concerne des difficultés dans :

- L'organisation des tâches au quotidien
- La prise d'initiative
- La gestion du budget
- Les sorties à l'extérieur
- La capacité de créer des relations sociales et de les maintenir

Ces limitations d'activité et restrictions de participation sont en lien avec les symptômes de la schizophrénie tels que l'apragmatisme, la désorganisation temporo-spatiale, l'isolement, une faible estime de soi, une diminution de la concentration et les angoisses (notamment liées à la foule).

Pour les ergothérapeutes interrogées, l'entraînement aux habiletés sociales va contribuer à faciliter l'autonomie de la personne atteinte de schizophrénie. En travaillant cette dimension ainsi que la gestion du stress et la reconnaissance des émotions, la personne pourra effectuer des actes de la vie quotidienne plus facilement. En effet, pour les ergothérapeutes, si la personne arrive à dire ce qu'elle pense, interpréter les choses ou encore interpeller des personnes, sa vie quotidienne sera facilitée.

De plus, les ergothérapeutes soulignent que la spécificité du métier d'ergothérapeute permet de mettre en place des activités thérapeutiques ciblées sur des objectifs en lien avec la restriction de participation de la personne en termes de relation à l'autre.

Ensuite, l'inscription de cette prise en charge dans le cadre de la réhabilitation psychosociale, permet une certaine posture de l'ergothérapeute. En effet, l'ergothérapie a pour visée les notions clés de la réhabilitation, telles que le rétablissement ou encore redonner la place centrale à la personne. L'ergothérapie étant donc ancrée dans ces principes, le cadre des structures de réhabilitation permet à l'ergothérapeute de mettre en œuvre ses compétences et de favoriser un travail en institution ainsi qu'un transfert des acquis sur le territoire de vie du patient.

Lorsque l'ergothérapeute s'inscrit dans ce mouvement de la réhabilitation psychosociale, il reste difficile de distinguer l'impact de l'utilisation de la TCC sur la prise en charge des personnes atteintes de schizophrénie. Pour les ergothérapeutes, tout est imbriqué. C'est quelque chose qui est déjà ancré dans l'identité de leur métier en ce qui concerne l'autonomie et l'ouverture vers l'extérieur. Pour certains ergothérapeutes, faire de la TCC requiert une formation et ainsi le fait de ne pas être formé ne permet pas de dire qu'elles font de la TCC à proprement parler.

En ce qui concerne l'impact de l'entraînement aux habiletés sociales en ergothérapie, sur l'autonomie de la personne atteinte de schizophrénie, les ergothérapeutes témoignent avoir pu observer des améliorations au cours de leurs séances. En fonction de ce que le patient arrive à nouveau à faire ou encore ce qu'il rapporte pouvoir désormais faire. A ces observations cliniques se rajoutent des évaluations normées pouvant témoigner de l'évolution de l'autonomie des personnes atteintes de schizophrénie. Parmi celles qui ont été citées, celles qui reviennent le plus sont : l'ELADEB, le TEM et la MCRO.

## E) Discussion

Nous pouvons discuter de ces résultats en rappelant l'hypothèse de l'étude : **En travaillant les habiletés sociales par le biais de la thérapie cognitivo-comportementale, l'ergothérapeute en réhabilitation psychosociale améliore l'autonomie de la personne atteinte de schizophrénie.**

Confrontons les résultats obtenus à notre cadre conceptuel. Notre étude s'appuie sur la pratique de l'ergothérapeute en réhabilitation psychosociale.

Nous pouvons nous apercevoir que l'ergothérapeute a un rôle à jouer sur tout le parcours de la personne en réhabilitation psychosociale. En passant par un premier entretien, une évaluation, un diagnostic, la mise en place d'un projet d'accompagnement émergeant des besoins et des demandes de la personne. Cette trame de prise en charge apparaît en réhabilitation psychosociale et correspond tout à fait à celle mise en place par l'ergothérapeute de manière générale, en psychiatrie.

La réhabilitation psychosociale, quant à elle, vient proposer des programmes. Il s'agit des programmes suivants : l'éducation thérapeutique du patient, la remédiation cognitive, les approches psychocorporelles et les habiletés sociales (Martinez, Moussoungou, Richou, & Veret, 2019), (Vidon & Franck, 2018), (ANFE, 2016). L'ergothérapeute pourra s'inscrire dans ces programmes par sa capacité à mettre en place des médiations autour des activités de la vie quotidienne de la personne. (Centre ressource de réhabilitation , 2020).

Dans notre enquête, nous sollicitons les ergothérapeutes autour de l'entraînement aux habiletés sociales. Pour cela, les moyens qu'elles possèdent sont des activités avec des médiations autour de la création d'objets, des jeux de rôle, de reconnaissance d'émotion ou de recherche de stratégies et des mises en situations écologiques (Centre ressource de réhabilitation , 2020). L'ergothérapeute avec chacune de ces activités, va permettre au patient d'expérimenter des situations nécessitant une relation à l'autre. Il va pouvoir explorer avec le patient, comment interpréter ce que les autres disent, comment exprimer ses besoins ou encore comment interpeller quelqu'un. C'est un travail important qui est mis en place en institution (Favrod, 2017). Le cadre de la réhabilitation psychosociale permet un travail interdisciplinaire. Ainsi, avec l'aide de l'ergothérapeute et de tous les autres professionnels gravitant autour de lui, le patient pourra apprendre de nouvelles stratégies et comportements face aux difficultés qu'il rencontre (Centre ressource de réhabilitation, 2019) , (OEQ, 2021).

Ce qui est ressorti comme un principe clé de la prise en charge en ergothérapie est le recours aux mises en situations écologiques. En effet, le but de l'ergothérapeute est que le patient soit autonome dans sa vie quotidienne et surtout sur son territoire de vie (OEQ, 2021). Il rejoint les principes de l'empowerment. (ANFE, 2016), (Petitqueux-Glaser, Acef, & Mottag, 2010). Ainsi, le cadre des structures de réhabilitation est favorable à la pratique de l'ergothérapeute. Ce dernier se distingue alors des autres professionnels dans sa capacité à mettre en place un transfert des acquis dans le milieu écologique lors de l'entraînement aux habiletés sociales (Centre ressource de réhabilitation , 2020).

En nous appuyant sur les retours des ergothérapeutes, nous pouvons faire une distinction entre les mises en situations autour des jeux mis en place en institution et les mises en situations écologiques. Les premières permettent au patient d'être confronté à des situations problématiques qui peuvent générer chez lui des difficultés et à chercher des solutions face à celles-ci. Tout cela, dans le cadre sécuritaire de l'institution (Bozarth & Motomasa, 2014). L'ergothérapie prend tout son sens lors du transfert de ces acquisitions vers le milieu écologique de la personne. Nous parlons alors de mise en situation écologique. L'écologie de la personne va représenter sa réelle capacité à faire face à ces situations et donne une idée réelle de l'autonomie du patient. En dehors du cadre de l'institution,

le patient se retrouve exposé à ses propres interactions avec son environnement (Truc & Alderson, 2010).

L'entraînement aux habiletés sociales par l'ergothérapeute suit un modèle cognitivo-comportemental. D'une part, un travail autour de la reconnaissance de ces émotions et de celles des autres est mis en place dans le but de les gérer. Cela correspond aux exercices de bien-être que propose la TCC (Simonet & Brazo, 2005), (Centre ressource de réhabilitation, 2019). Ensuite, l'ergothérapie rejoint la TCC dans la mise en place d'un entraînement aux habiletés sociales via les jeux de rôles. La personne étant mise en situation pourra ainsi échanger avec le thérapeute autour de stratégies et d'objectifs à mettre en place pour y faire face. Cela correspond aux exercices sur l'affirmation de soi en TCC (Centre ressource de réhabilitation, 2019). A l'issue de ces jeux de rôles, l'ergothérapeute peut aussi prévoir des mises en situations à l'extérieur afin que le patient expérimente tout ce qu'il a appris en séance dans sa vie de tous les jours. Dans les exercices comportementaux de la TCC nous retrouvons « les expositions » qui consistent comme l'ergothérapeute, à exposer la personne à ces situations. (Favrod, 2017), (Hamon-Delbar & Magneron, 2013), (Centre ressource de réhabilitation, 2019). Ainsi, lorsque nous prenons en compte l'approche de l'ergothérapeute dans le cadre de l'entraînement aux habiletés sociales, nous pouvons nous rendre compte que les actes cités répondent surtout aux exercices comportementaux de la TCC (Centre ressource de réhabilitation, 2019).

Pour finir, considérer une personne atteinte de schizophrénie comme autonome est possible, si elle peut vivre dans son environnement avec le moins d'aide possible et qu'elle soit satisfaite de sa vie. (Vidon & Franck, 2018). Cependant, les limitations d'activités et restriction de la participation diffèrent selon les personnes atteintes de schizophrénie. Reprenons la citation de (E4) qui dit « il n'y a pas qu'une schizophrénie ». En effet, chaque personne étant unique rencontre des difficultés dans différents domaines (Schwan, s.d.), (Pibartot, et al., 2016) . Tous ne nécessiteront pas de besoin aux niveau des habiletés sociales. Cependant, pour les personnes concernées, l'entraînement aux habiletés sociales en ergothérapie, permet selon les évaluations et observations des ergothérapeutes de faciliter leur vie quotidienne, car ils pourront interagir de manière adaptée avec leur environnement.

## F) Limites de l'étude

Une des premières limites de cette enquête est la similitude entre les notions du sujet : la réhabilitation psychosociale (RPS), la TCC et l'ergothérapie ont des principes quasi-identiques. Sur le terrain, cette distinction, s'est révélée difficile à faire surgir. Les ergothérapeutes considérant que cela fait partie de leur métier, il était parfois difficile pour elles d'exprimer l'apport du mouvement de la réhabilitation et de l'outil TCC à leur pratique. On remarque que sur le terrain, le mouvement (RPS) peut être traité au même titre que la profession (ergothérapie) ou que l'outil (TCC). D'ailleurs, (E3) explique que le fait que la RPS fasse partie de l'identité de l'ergothérapeute, cela ne permet pas toujours la reconnaissance de la profession.

Ensuite, la thérapie cognitivo-comportementale nécessite une formation qui est principalement ouverte aux psychiatres et aux psychologues, peu d'ergothérapeutes y sont formés. Cela représente un frein, car malgré la reconnaissance d'une orientation TCC, les ergothérapeutes ne peuvent pas affirmer qu'elles font de la TCC.

Nous pouvons aussi considérer que la mise en place d'une étude qualitative via un entretien semi-directif permet une interprétation des questions et réponses différentes selon chacun. En effet, dans notre enquête, nous pouvons constater par exemple, que lorsque que l'on demande aux ergothérapeutes si elles ont pu observer ou évaluer une amélioration de l'autonomie dans le cadre de notre recherche, une énumération des outils d'évaluation est beaucoup plus étayée. Ainsi, une interprétation de la réponse est nécessaire afin qu'elle puisse répondre au plus à la question.

Enfin, nous pouvons noter que le nombre d'ergothérapeutes interrogés n'est pas représentatif de la population. Ainsi, nous ne pouvons pas généraliser le constat obtenu à l'ensemble des ergothérapeutes.

## G) Suggestions pour la suite du travail de recherche

Pour la suite du travail de recherche sur ce sujet, il me paraît intéressant de pouvoir mettre en place une enquête similaire avec un échantillon plus grand.

Ensuite, il serait intéressant d'interroger en plus des ergothérapeutes formés à la TCC pour comprendre si cette formation impacte différemment la pratique de l'ergothérapeute ou non. En effet, dans notre enquête, nous avons pu faire faire le lien entre l'intervention de l'ergothérapeute et le plan d'intervention proposé par l'outil TCC même quand les ergothérapeutes n'étaient pas formées. Ainsi, il serait intéressant de s'intéresser à la façon dont un ergothérapeute formé au modèle TCC mettrait en place l'entraînement aux habiletés sociales avec cet outil. Peut-être pourrions-nous alors obtenir des réponses qui justifieront la réponse de (E4) qui explique que : « *Il y a un ancrage TCC, mais pas seulement.* »

Enfin, pour rendre un peu plus compte de l'apport du mouvement de la réhabilitation psychosociale, il serait intéressant de rencontrer des ergothérapeutes ne travaillant pas dans des structures de réhabilitation psychosociale afin de comparer les différents cadres de prise en charge que proposent les structures de réhabilitation psychosociale et celle en dehors du mouvement. Cela permettra de mettre plus en valeur l'intérêt d'un ergothérapeute à travailler au sein d'un mouvement qui possède les mêmes principes que sa profession en termes de prise en charge de la personne.

#### IV. Conclusion

Pour conclure, il est important de se rendre compte de l'importance des habiletés sociales dans la vie d'une personne. Ces habiletés nous permettent d'interagir avec le monde extérieur. Lorsque l'on est indépendant, nous n'avons pas toujours besoin de solliciter ceux qui nous entourent ou bien nous ne trouvons pas de difficulté à interagir avec les autres personnes dans nos actes en société.

Les personnes atteintes de schizophrénie, peuvent rencontrer des difficultés au niveau de ces habiletés pouvant avoir un impact important dans leur vie en société. En effet, parfois, les personnes atteintes de schizophrénie ont des difficultés pour percevoir les informations émergentes d'une situation relationnelle ; pour mettre en place des stratégies de réponse et pour émettre une réponse verbale ou non-verbale appropriée. Ces difficultés se répercutent sur leurs activités quotidiennes en société comme : s'adresser à la caissière pour payer ses courses, prendre les transports en commun ou encore faire des démarches administratives. Face à celles-ci, la personne se retrouve prisonnière de son angoisse et met en place des stratégies de réponse inadaptées. Cela peut provoquer un rejet de la société et un isolement social de la personne.

Ces personnes peuvent être prises en charge dans des structures de réhabilitation psychosociale qui ont pour but d'améliorer leur autonomie. Ce mouvement se base sur les notions de rétablissement, d'empowerment et de case management. L'ergothérapeute trouve toute sa place dans ce mouvement. Partageant les mêmes principes, il permet à l'ergothérapeute d'utiliser toutes ses compétences dans l'accompagnement des patients. Parmi les programmes établis par la réhabilitation psychosociale, l'entraînement aux habiletés sociales permet le travail autour des difficultés énumérées ci-dessus des personnes atteintes de schizophrénie.

L'entraînement aux habiletés sociales repose sur un modèle cognitivo-comportemental. Ce dernier considère la personne atteinte de schizophrénie dans l'ensemble de son écologie afin qu'elle puisse vivre au mieux dans son environnement. Il prend en compte le modèle vulnérabilité-stress qui reconnaît le rôle important du stress et des problèmes cognitifs de la personne schizophrène dans l'apparition des symptômes et le risque de rechute. Il a été démontré que les personnes atteintes de

schizophrénie sont capables d'apprendre grâce à la thérapie comportementale, des comportements qui leur permettraient d'avoir une capacité sociale plus adaptée.

Ainsi, cette enquête a pour visée de mettre en avant le travail de l'ergothérapeute en réhabilitation psychosociale dans l'entraînement aux habiletés sociales auprès de personnes atteintes de schizophrénie par le biais de la TCC. Nous nous intéressons à l'impact de cette prise en charge sur l'autonomie de la personne.

Les résultats obtenus à la suite de notre enquête sont tout d'abord que l'intervention de l'ergothérapeute s'inscrit dans les exercices comportementaux de la TCC favorisant ainsi les mises en situations écologiques. Ces dernières sont apparues être un principe et un moyen de la prise en charge de l'ergothérapeute, soutenu par le mouvement de la réhabilitation psychosociale. Enfin, nous sommes arrivés à exprimer qu'une telle prise en charge des habiletés sociales de la personne atteinte de schizophrénie contribue à son autonomie en facilitant certains actes de la vie quotidienne. Cela vient donc valider notre hypothèse qui pour rappel est : En travaillant les habiletés sociales par le biais de la thérapie cognitivo-comportementale, l'ergothérapeute en réhabilitation psychosociale favorise l'autonomie de la personne atteinte de schizophrénie.

Pour aller plus loin, la TCC ne se résume pas uniquement à des exercices comportementaux. Il serait nécessaire de développer sur la pratique de l'ergothérapeute au niveau de l'aspect cognitif et au niveau de la psychoéducation du patient pour comprendre l'utilisation complète de cet outil. Il est important de rappeler que la TCC nécessite une formation. Elle est principalement à destination des psychiatres et des psychologues, mais s'ouvre aussi à d'autres professionnels (Cottraux, 2017). Au vu de la capacité des ergothérapeutes à inscrire leur pratique dans la TCC, serait-il pertinent de promouvoir la formation des ergothérapeutes à la TCC afin qu'une reconnaissance de leur pratique dans cette thérapie soit faite ?

## LISTE DES ABREVIATIONS

AERES	Auto-évaluation des ressources
ALD	Affection de longue durée
ANFE	Association nationale française des ergothérapeutes
CATTP	Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel
CIF	Classification internationale du handicap
CMP	Centre médico-psychologique
DMU	Département médical universitaire
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
D.U	Diplôme universitaire
EHS	Entraînement aux habiletés sociales
ELADEB	Echelles Lausannoises d'Auto-Evaluation des Difficultés Et des Besoins
EMAE	Echelle d'évaluation multifocale de l'activité
ETP	Education thérapeutique du patient
HAS	Haute autorité de santé
HDJ	Hôpital de jour
IFE	Institut de formation en ergothérapie
MCRO	Mesure canadienne du rendement occupationnel
OEQ	Ordres des ergothérapeutes du Québec
OMS	Organisation mondiale de la santé
PRACS	Programme de Renforcement de l'Autonomie et des Capacités Sociales
RPS	Réhabilitation psychosociale
SAMSAH	Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés.
SIFEF	Syndicat des instituts de formation en ergothérapie français
TCC	Thérapie cognitivo-comportementale
TEM	Test des errances multiples
UHTP	Unité d'hospitalisation à temps plein

## BIBLIOGRAPHIE

- AFTCC ; AFFORTHECC. (s.d.). Résultats de l'expertise INSERM sur l'efficacité des psychothérapies.
- American Psychiatric Association. (2013). *Mini DSM-5 Critères diagnostiques*. (M.-A. Crocq, & J. D. Guelfi, Trads.) Elsevier Masson. Consulté le 01 17, 2021
- ANFE. (2016, Septembre). Ergothérapie en santé mentale : enjeux et perspectives. Récupéré sur [https://anfe.fr/wp-content/uploads/2020/12/Ergotherapie-en-sante-mentale\\_Enjeux-et-perspectives-1.pdf](https://anfe.fr/wp-content/uploads/2020/12/Ergotherapie-en-sante-mentale_Enjeux-et-perspectives-1.pdf)
- ANFE. (2019, février 1). *Définition de l'ergothérapie*. Récupéré sur <https://www.anfe.fr/definition>
- Appere, M., Avenet, S., Brocard, M., Cattelotte, V., L'Allain, R.-M., Le Sourn Bissaoui, S., . . . Vinçot, L. (2018, 09). Méthodologie de mise en place d'un groupe d'entraînement aux habiletés sociales.
- Arborio, A.-M. (2007). L'observation directe en sociologie : quelques réflexions méthodologiques à propos de travaux de recherches sur le terrain hospitalier. *Recherche en soins infirmiers*, 90, 26-34. Récupéré sur <https://www.cairn.info/journal-recherche-en-soins-infirmiers-2007-3-page-26.htm>
- Association PositiveMinders. (s.d.). *Mars 22 19es journées de la schizophrénie*. Récupéré sur Schizophrénie : Se rétablir: <https://schizinfo.com/parlons-en/origine-du-mot-schizophrenie/>
- Baghdadli, A., & Brisot-Dubois, J. (2011). *Entraînement aux habiletés sociales appliqué à l'autisme*. (Masson, Éd.)
- Bon, L. (2020, 05 28). *Qu'est-ce que la réhabilitation psychosociale* . Récupéré sur Réhabilitation psychosociale et remédiation cognitive : <https://centre-ressource-rehabilitation.org/qu-est-ce-que-la-rehabilitation-psychosociale>
- Bonsack, C., & Favrod, J. (2013). De la réhabilitation au rétablissement : L'expérience de Lausanne. *L'information psychiatrique*, 227-232. Récupéré sur <https://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2013-3-page-227.htm>
- Bozarth, J., & Motomasa, N. (2014). La relation thérapeutique : Enquête sur l'état de la recherche. *Approche Centrée Sur La Personne. Pratique et Recherche.*, 1(19), 58-76. Récupéré sur <https://www.cairn.info/revue-approche-centree-sur-la-personne-2014-1-page-58.htm#no7>
- C3RP. (s.d.). *Remédiation de la cognition sociale*. Récupéré sur Centre Ressource Remédiation cognitive Réhabilitation Psychosociale: <https://c3rp.fr/remediation-de-la-cognition-sociale/>
- Centre ressource de réhabilitation . (2020). *Ergothérapeute*. Récupéré sur Réhabilitation psychosociale et remédiation cognitive: <https://centre-ressource-rehabilitation.org/ergotherapeute>
- Centre ressource de réhabilitation. (2019). *AP-HM EQUIPE REHABILITATION*. Récupéré sur Réhabilitation psychosociale et remédiation cognitive: <https://centre-ressource-rehabilitation.org/ap-hm-equipe-rehabilitation?recherche=%C3%A9quipe>
- Centre ressource de réhabilitation. (2019). *TCC*. Récupéré sur Réhabilitation psychosociale et remédiation cognitive : <https://centre-ressource-rehabilitation.org/tcc>
- Centre ressource de réhabilitation. (2021, 04 20). *Evaluation*. Récupéré sur Réhabilitation psychosociale et remédiation cognitive.
- Chevalier, F., & Stenger, S. (2018). Chapitre 5. L'observation. *Les méthodes de recherche du DBA*, 94-107. Récupéré sur <https://www-cairn-info.ezproxy.u-pec.fr/les-methodes-de-recherche-du-dba--9782376871798-page-94.htm>
- Cnaan, R. (1988). Psychosocial Rehabilitation: Toward a Definition. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 61-77.

- Cnaan, R. A., Blankertz, L., Messinger, K. W., & Gardner, J. R. (1988). Psychosocial Rehabilitation: Toward a Definition. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 61-77. Consulté le 01 06, 2021
- Combessie, J.-C. (2007). II. L'entretien semi-directif. *La méthode en sociologie*, 24-32. Récupéré sur <https://www.cairn.info/la-methode-en-sociologie--9782707152411-page-24.htm>
- Cottraux, J. (2004). Formation et supervision dans les thérapies comportementales et cognitives (TCC). *Psychothérapies*, 24(3), 151-159. Récupéré sur <https://www.cairn.info/revue-psychotherapies-2004-3-page-151.html>
- Cottraux, J. (2017). *Les Psychothérapies Cognitives et Comportementales* (éd. 6ème). Récupéré sur <https://www-sciencedirect-com.ezproxy.u-pec.fr/science/article/pii/B9782294750090000012>
- CPN. (2018). *Ergothérapie en santé mentale*. Récupéré sur CPN: <http://cpn.rmi.fr/-338.html>
- Deegan, P. (2001). Le rétablissement en tant que processus autogéré de guérison et de transformation. Récupéré sur [http://www.apurquebec.org/\\_domains/apurquebec.org/files/Retablissement\\_processus\\_autogere\\_guerison\\_transformation.pdf](http://www.apurquebec.org/_domains/apurquebec.org/files/Retablissement_processus_autogere_guerison_transformation.pdf)
- Dumez, H. (2016). *Méthodologie de la recherche qualitative : Les 10 questions clés de la démarche compréhensive* (éd. 2ème ). Vuibert . Consulté le 2021, sur <https://univ-scholarvox-com.ezproxy.u-pec.fr/reader/docid/88835027/page/4>
- Duprez, M. (2008). Réhabilitation psychosociale et psychothérapie institutionnelle. *L'information psychiatrique*, 84, 907-912. Récupéré sur <https://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2008-10-page-907.htm?contenu=article>
- Edwards, I., & Jones, M. (2007). La Classification Internationale du Fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF). Compréhension et application par le raisonnement clinique. *Kinésithérapie, La Revue*, 7(71), 40-49. Récupéré sur <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1779012307705041?via%3Dihub>
- Eugen, B., Ey, H., & Viillard, A. (1993). *Dementia Praecox ou groupe des schizophrénies. suivi de la conception d'Eugen Bleuler*. (Vol. 1). (P. C. GEC, Éd.) Consulté le janvier 09, 2021
- Fallourd, N., & Madiou, E. (2017). Chapitre 1. Entraîner les habiletés sociales en 11 questions-réponses. *Animer des groupes d'entraînement aux habiletés sociales*, 14-38. Récupéré sur <https://www.cairn.info/animer-des-groupes-d-entrainement-aux-habiletés-so--9782100760527-page-14.htm>
- Favrod, J. (1993). Habiletés sociales : Québécoisisme désuet ou concept moderne ? *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*(3), 66-67.
- Favrod, J. (2017). Petit manuel en ligne pour entraîner les habiletés sociales de personnes atteintes de troubles psychiatriques. Récupéré sur <http://www.espace-socrate.com/>
- Fédération pour la recherche sur le cerveau. (s.d.). *La schizophrénie*. Récupéré sur Fédération pour la recherche sur le cerveau (frcneurodon.org) : <https://www.frcneurodon.org/la-schizophrénie/?fbclid=IwAR0p1BRZVMYMK9NCYePVXSYvWxrAY2gugGctn-Y2dwXtnWsaS4IN6uBG4pw>
- Hamon-Delbar, L., & Magneron, E. (2013). Effet d'un programme d'entraînement des habiletés sociales chez un patient souffrant de schizophrénie : un cas clinique. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*, 23, 159-170. Récupéré sur <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S115517041300089X>
- HAS. (2017). ALD n°23- Actes et prestations affection de longue durée schizophrénie. Récupéré sur [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/lap\\_ald23\\_schizophr\\_juin\\_07.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/lap_ald23_schizophr_juin_07.pdf)

- Imbert, G. (2010, mars). L'entretien semi-directif : à la frontière de la santé publique et de l'anthropologie. *Recherche en soins infirmiers*(102), 23-24.
- INSERM. (2003, Mars 05). *Schizophrénie : Intervenir au plus tôt pour limiter la sévérité des troubles*. Récupéré sur [www.inserm.fr](http://www.inserm.fr): <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/schizophrenie>
- INSERM. (2020, 03 05). *Schizophrénie : Intervenir au plus tôt pour limiter la sévérité des troubles*. Récupéré sur <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/schizophrenie#:~:text=Il%20faut%20comprendre%20qu'un,se%20r%C3%A9tablit%20sans%20troubles%20chroniques>.
- Ivy Daure, F. S. (2017, juin). Le handicap invisible... ou le décalage entre ce qui se voit et la réalité. *Le journal des psychologues*, 22-27 . Consulté le janvier 08, 2021, sur <https://www-cairn-info.ezproxy.u-pec.fr/revue-le-journal-des-psychologues-2017-6-page-22.htm>
- Jovelet, G. (2011). Les conditions de la psychiatrie publique. *L'information psychiatrique*, 87, 769-779. Récupéré sur <https://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2011-10-page-769.htm>
- Kapsambelis, V. (2015). Qu'est-ce qu'une institution psychiatrique ? (R. s. Québec, Éd.) *Le devenir de la psychanalyse. Echos d'ici et d'ailleurs*, 24(1), 13-25. Récupéré sur <https://www.erudit.org/fr/revues/fili/2015-v24-n1-fili02071/1033080ar.pdf>
- Klein, A. (2018, Janvier ). Petite histoire de la prise en charge psychiatrique. (572), 39. Récupéré sur [https://www.academia.edu/36030316/Petite\\_histoire\\_de\\_la\\_prise\\_en\\_charge\\_psychiatrique](https://www.academia.edu/36030316/Petite_histoire_de_la_prise_en_charge_psychiatrique)
- Lalonde, P. (2004). Le modèle Vulnérabilité-Stress et les interventions efficaces dans la schizophrénie. (Socrate-Edition, Éd.) Récupéré sur [http://www.espace-socrate.com/pdfs/a\\_modele\\_vulnerabilite\\_stress\\_les\\_interventions\\_efficaces.pdf](http://www.espace-socrate.com/pdfs/a_modele_vulnerabilite_stress_les_interventions_efficaces.pdf)
- Leclerc, C. (2008). L'efficacité des stratégies de réhabilitation. *L'information psychiatrique*, 84, 903-906.
- Legifrance. (2020, janvier 01). *Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées* . Récupéré sur [www.legifrance.gouv.fr](http://www.legifrance.gouv.fr): <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000809647/2021-01-09/>
- Livet, P. (2012). Normes sociales, normes morales, et mode de reconnaissance. *Les sciences de l'éducation- Pour l'ère nouvelle*, 45(1-2), 51-66. Récupéré sur <https://www.cairn.info/revue-les-sciences-de-l-education-pour-l-ere-nouvelle-2012-1-page-51.htm>
- Llorca, P.-M. (2016). *Schizophrénie*. Consulté le 2021, sur Fondation fondamentale: <https://www.fondation-fondamental.org/les-maladies-mentales/schizophrenie/la-maladie>
- Lopez, A., & Turran-Pelletier, G. (2017). *Organisation et fonctionnement du dispositifs de soins psychiatriques, 60 ans après la circulaire du 15 mars 1960*. Inspection générale des affaires sociales . Consulté le 01 14, 2021, sur [https://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2017-064R-Tome\\_II\\_annexes.pdf](https://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2017-064R-Tome_II_annexes.pdf)
- Manidi, M.-J. (2005). Ergothérapie comparée en santé mentale et en psychiatrie. Dans eesp (Éd.). Lausanne. Récupéré sur [https://www.hetsl.ch/fileadmin/user\\_upload/publications/media\\_43\\_ergotherapie\\_comparée.pdf](https://www.hetsl.ch/fileadmin/user_upload/publications/media_43_ergotherapie_comparée.pdf)
- Martinez, C., Moussongou, F., Richou, F., & Veret, M. (2019, 03). Mettre en place la réhabilitation psychosociale dans les territoires. Récupéré sur <https://www.epsm-loiret.fr/wp>

content/uploads/2019/03/Mettre\_en\_place\_la\_rehabilitation\_psychosociale\_dans\_les\_territoires.pdf

- Masse, G. (2006). Pour une réhabilitation psychosociale à la française. *L'information psychiatrique*, 82, 291-296. Récupéré sur <https://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2006-4-page-291.html>
- Morel-Bracq, M.-C. (2017). *Les modèles conceptuels en ergothérapie : introduction aux concepts fondamentaux (2e édition)* (éd. 2ème). Belgique: deboeck supérieur.
- OEQ. (2021). *Qu'est-ce que l'ergothérapie*. Récupéré sur Ordre des ergothérapeutes du Québec: <https://www.oeq.org/m-informer/qu-est-ce-que-l-ergotherapie.html>
- OMS. (2019, 11 28). *Organisation mondiale de la santé*. Récupéré sur <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
- OMS. (2019, octobre 04). *Schizophrénie*. Récupéré sur Organisation mondiale de la santé: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>
- Petitqueux-Glaser, C., Acef, S., & Mottag, M. (2010). Case management : quelles compétences professionnelles pour un accompagnement global et un suivi coordonné en santé mentale ? *Vie sociale*, 1(1), 109-128. Récupéré sur <https://www.cairn.info/revue-vie-sociale-2010-1-page-109.htm>
- Pibarot, I., Klein, F., Menard, M., Launois, M., Guihard, J.-P., Berges, L., . . . de Lussac, A. (2016). *Ergothérapie en psychiatrie : De la souffrance psychique à la réadaptation* (éd. 2ème). (D. B. Supérieur, Éd.)
- Remillieux, M. (2018). Thérapies comportementales et cognitives dans la schizophrénie. Récupéré sur <https://www.elsevier.com/fr-fr/connect/psy/therapies-comportementales-et-cognitives-dans-la-schizophrenie>
- Rofidal, T., & Pagano, C. (2018). Des besoins fondamentaux aux besoins spécifiques. *Projet individuel et Stimulation basale*, 103-118. Récupéré sur <https://www.cairn.info/projet-individuel-et-stimulation-basale--9782749257266-page-103.htm>
- Rossini, E., Meyer, S., & Margot, I. (2014). Recommandation pour la formulation des objectifs en ergothérapie. (A. s. (ASE), Éd.) Berne. Récupéré sur l'association suisse des ergothérapeutes (ASE) <http://www.ergotherapie.ch>
- Rouillon, F. (2008). Epidémiologie des troubles psychiatrique. *Annales Médico-Psychologiques*, 63-70.
- Schwan, R. (s.d.). *Les schizophrénies*. Récupéré sur La réponse du psy : <https://www.lareponsesdupsy.info/Schizophrenie#:~:text=Dans%20la%20phase%20aigu%C3%AB%20de,elle%20retrouve%20vraiment%20sa%20place.>
- SIFEF. (s.d.). *Profession ergothérapeute : Présentation, compétences, secteurs d'activité, réglementation*. Récupéré sur SIFEF: <https://www.sifef.fr/profession-ergotherapie/>
- Simonet, M., & Brazo, P. (2005). Modèle cognitivocomportementalde la schizophrénie / Cognitive and behavioral model in schizophrenia. *EMC-Psychiatrie*, 62-80. Récupéré sur <http://france.elsevier.com/direct/EMCPS/>
- SQS. (s.d.). *Les causes*. Récupéré sur Société Québécoise de la schizophrénie et des psychoses apparentés.
- Truc, H., & Alderson, M. (2010). Mieux comprendre l'écologie humaine dans le contexte de la pratique des soins infirmiers. *Recherche en soins infirmiers*, 2(101), 4-16. Récupéré sur <https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2010-2-page-4.htm>

- UNAFAM. (2020, Décembre 08). *Organisation de la psychiatrie* . Récupéré sur <https://www.unafam.org/troubles-et-handicap-psy/soins-et-rehabilitation/organisation-de-la-psychiatrie>
- Ventura, J., Helleman, G., Thames, A., Koellner, V., & Nuechterlein, K. (2009). Symptoms as mediators of the relationship between neurocognition and functional outcome in Schizophrenia : A meta analysis . *Schizophrenia Research*, 189-199.
- Vidon, G., & Franck, N. (2018). *Traité de réhabilitation psychosociale*. (ELSEVIER, Éd.)
- Wallace , C., Nelson, C., Liberman, R., Aitchison , R., Lukoff, D., Elder, J., & Ferris , C. (1980). A review and critique of social skills training with schizophrenic patients. *Schizophrenia Bulletin*, 6(1), 42–63. Récupéré sur 42–63
- Warchol, N. (2016, 01 04). Autonomie. *Les concepts en sciences infirmières*, 87-89. Consulté le 01 14, 2021, sur <https://www.cairn.info/concepts-en-sciences-infirmieres-2eme-edition--9782953331134-page-87.htm?contenu=article>

## ANNEXES

ANNEXE I : Grille d'entretien - ergothérapeutes .....	I
ANNEXE II Résultats bruts : Réponses aux questions en lien avec le thème 3 de l'entretien. ....	IV
ANNEXE III Résultats bruts : Réponses aux questions en lien avec le thème 4 de l'entretien. ....	V
ANNEXE IV Retranscription d'entretien- Ergothérapeute n°2.....	IX

## ANNEXE I : Grille d'entretien - ergothérapeutes

### INTRODUCTION :

Bonjour,

- Avant tout, j'aimerais vous remercier pour le temps que vous m'accordez.
- Le but de cet entretien est de répondre à ma question de recherche qui a pour thématique :

L'entraînement aux habiletés sociales en ergothérapie auprès de personne atteinte de schizophrénie dans le cadre de la réhabilitation psychosociale

J'ai choisi ce sujet, car lors d'un stage en psychiatrie intra-hospitalière, j'ai pu découvrir le métier d'ergothérapeute en psychiatrie à travers une approche surtout psycho-dynamique. Je me suis donc beaucoup questionné sur le rôle de l'ergothérapeute en intra-hospitalier, mais aussi en psychiatrie. Bien que je comprenne l'approche centrée sur les symptômes pour permettre à la personne une certaine stabilité, je me posais des questions sur la sortie de ces personnes. Notamment, sur les activités de vie quotidienne, sur la vie en communauté. En sachant que ces notions sont les bases du métier d'ergothérapeute. J'ai pu profiter d'interventions d'ergothérapeutes exerçant en réhabilitation psychosociale pendant mes cours à l'IFE de Créteil et je me suis donc beaucoup plus intéressé à ce mouvement afin de savoir ce qu'il pouvait engager pour la pratique de l'ergothérapeute en psychiatrie. Une population qui m'a marquée et qui m'intéresse du fait des différents écrits lui concernant est, la schizophrénie. Ainsi, je m'intéresse surtout à l'impact de la prise en charge ergothérapique en réhabilitation psychosociale sur l'autonomie des personnes atteintes de schizophrénie. En découle de cette réflexion ma question de recherche : Par quels moyens les ergothérapeutes favorisent-ils l'autonomie des personnes atteintes de schizophrénie dans le cadre de la réhabilitation psychosociale.

Afin de cibler mon sujet, je développerais plus mon sujet sur l'entraînement aux habiletés sociales en lien avec l'approche cognitivo-comportementale que l'on peut retrouver en réhabilitation psychosociale. Ainsi, pendant cet entretien, je commencerais par des questions générales et j'affinerais en ciblant sur l'EHS et la thérapie cognitivo-comportementale.

- Avant de commencer, acceptez-vous que j'enregistre notre entretien. Celui-ci restera anonyme.

**GRILLE D'ENTRETIEN :**

<b>Thématiques</b>	<b>Éléments recherchés</b>	<b>Premières questions</b>	<b>Questions de relances</b>
<p><b>Thème 1 :</b> Informations sur le parcours professionnel de l'ergothérapeute.</p>	Retracer le parcours de l'ergothérapeute depuis ses formations à ses différentes expériences professionnelles	Pour commencer, pouvez-vous me parler de votre parcours professionnel ?	<p>-Depuis combien d'années êtes-vous diplômé ?</p> <p>-Depuis combien de temps est-ce que vous exercez ? (Avez exercé) en réhabilitation psychosociale ?</p> <p>Auprès de patient atteint de schizophrénie ?</p> <p>-Avez-vous eu des formations en plus depuis que vous exercez ?</p>
<p><b>Thème 2 :</b> La prise en charge ergothérapique des personnes atteintes de schizophrénie en réhabilitation psychosociale.</p> <p>En lien avec les objectifs 1 et 2</p>	<p>1/ Identifier les spécificités de la prise en charge de la schizophrénie en réhabilitation psychosociale</p> <p>2/ Identifier les actions mis en place par l'ergothérapeute pour l'entraînement des habiletés sociales de la personne atteinte de schizophrénie.</p>	<p>De manière générale, en quoi consiste la prise en charge ergothérapique des personnes atteintes de schizophrénie en réhabilitation psychosociale ?</p> <p>En ce qui concerne l'entraînements des habiletés sociales, quels sont les différents moyens dont vous disposez ?</p>	<p>-Dans quelles mesures les recevez-vous ?</p> <p>-Pourquoi vous sont-ils adressés ? Quelles sont les objectifs de ces prises en charge ?</p> <p>-Pour quelles programmes de réhabilitation psychosociale les recevez-vous ?</p> <p>-Quelle démarche, cadre, approche utilisez-vous ? Quels outils pouvez-vous mettre en place ? - Quels types d'exercices proposez-vous ?</p>
<p><b>Thème 3 :</b> L'approche cognitivo-comportementale en ergothérapie.</p> <p>En lien avec l'objectif 2</p>	Mettre en avant une approche cognitivo-comportementale dans la démarche de l'ergothérapeute.	Selon vous, est-ce que votre prise en charge s'inscrit dans une démarche de thérapie cognitivo-comportementale ?	-A travers le cadre que permet le mouvement de la réhabilitation psychosociale ? A travers le cadre mis en place pendant les séances d'EHS en ergothérapie ? A travers les exercices proposés ?

<p><b>Thème 4 :</b> L'EHS par l'ergothérapeute en réhabilitation psychosociale avec la thérapie cognitivo--comportementale et l'autonomie des personnes atteintes de schizophrénie.</p> <p>En lien avec l'objectif 3</p>	<p>1/ Rechercher si les habiletés sociales provoquent les situations de handicap les plus fréquentes chez la personne atteinte de schizophrénie.</p> <p>2/ Mettre en avant l'impact de l'EHS en ergothérapie incluant la thérapie cognitivo--comportementale en réhabilitation psychosociale sur l'autonomie de la personne atteinte de schizophrénie.</p>	<p>Quels sont les problématiques en termes d'autonomie rencontrés par des patients souffrant de schizophrénie ?</p> <p>Selon-vous, est-ce que l'EHS par l'ergothérapeute en RPS via les TCC à un impact sur l'autonomie des personnes atteintes de schizophrénie ?</p>	<p>-Est-ce qu'il y a un domaine particulier de la vie d'une personne atteinte de schizophrénie qui permet de la rendre autonome ?</p> <p>-Est-ce que selon vous, la cadre de le réhabilitation psychosociale impact cette prise en charge et donc l'autonomie de la personne ? -De même pour l'approche cognitivo-comportementale ? -Avez-vous pu l'observer ? L'évaluer ? Atteindre des objectifs ?</p>
--	--	--	--

## ANNEXE II Résultats bruts : Réponses aux questions en lien avec le thème 3 de l'entretien.

### Thème 3 : L'approche cognitivo-comportementale en ergothérapie.

Ici, nous recherchons le lien entre le travail mis en place par l'ergothérapeute et la thérapie cognitivo-comportementale. Pour cela, voici la question posée aux ergothérapeutes : **Les programmes de réhabilitation psychosociale s'inspirent de la thérapie cognitivo-comportementale. Ce mouvement regroupe une approche neuropsychologique et cognitivo-comportementale. Selon vous, est-ce que votre prise en charge s'inscrit dans une démarche de thérapie cognitivo-comportementale ?**

Les réponses obtenues sont :

(E1) : « **Je dirais qu'il y a des choses.** Enfin, dans la médiation, il peut aussi y avoir des temps de conflictualités, enfin, c'est aussi dans la manière de proposer quand on fait quelque chose à plusieurs. On va évoquer des choses de l'ordre de comment argumente son point de vue, comment on le fait exister, comment on discute, comment on écoute l'autre (...) Donc voilà, **peut-être que je trouve que ça fait plus sens dans une action qui est vraiment vécu, dans une situation réelle plutôt que jouer.** Et pour par exemple les transports, les médiations à l'extérieur. C'est quelque chose qui va être fait pendant des sorties thérapeutiques et autrement ça va permettre à plus aider le patient parce que ça sera des activités significatives (...) Ce sont des choses qui plaisent au patient donc ça va être beaucoup plus facile de pouvoir tolérer un peu les angoisses ou tel situation qui va les générer. Voilà, c'est ça un peu qui en plus d'une prise en charge TCC, un peu classique, ça prend plus sens en tout cas. »

(E2) : « **Tout à fait**, alors donc moi, je ne suis pas formé aux TCC. Je n'ai pas la formation pour. Mais c'est pareil enfin je trouve que notre rôle encore une fois, **nos mises en situations, ça correspond tout à fait aux thérapies cognitivo-comportementale.** Parce que du coup, on va confronter la personne en **situation réelle** et elle va devoir s'adapter en trouvant des stratégies de compensation, en mettant en place les conseils qu'on aura vus précédemment »

(E3) : « **Moi, je pense que ça peut s'inscrire dedans**, après ça pour moi c'est qu'un outil la TCC, parce que sachant que pour faire vraiment de la TCC à proprement parler, il faut quand même avoir le D.U qui dure 2 à 3 ans et c'est ouvert que pour les psychiatres et les psychologues. Donc moi, **je ne dis pas que je fais de la TCC, après je peux avoir une orientation, ça c'est vrai, je me sers de quelques outils dans mes prises en charge.** »

(E4) : « **Pas uniquement**, on a souvent tendance à enfermer la réhabilitation psychosociale avec les TCC, mais je pense que c'est plus large que ça. »

## ANNEXE III Résultats bruts : Réponses aux questions en lien avec le thème 4 de l'entretien.

### Thème 4 : L'EHS par l'ergothérapeute en réhabilitation psychosociale avec la thérapie cognitivo--comportementale et l'autonomie des personnes atteintes de schizophrénie.

Une première question est ciblée sur l'autonomie de la personne atteinte de schizophrénie : **Quels sont les problématiques en termes d'autonomie rencontrés par des patients souffrant de schizophrénie ?**

(E1) explique « **Cela peut être assez différent en fonction de là où ils sont au moment de la maladie. La désorganisation peut rendre difficile la planification des tâches dans le quotidien. Il y a la désorganisation temporo-spatiale, des difficultés au niveau de l'organisation de l'activité, de la prise des repas. Ça peut rendre difficile la réalisation des tâches. Il y a aussi, une certaine dévalorisation de soi qui peut rendre difficile, le fait de se sentir capable de faire des choses. La concentration aussi est difficile surtout quand on est envahi par des voix ou dans des moments de dissociation. L'angoisse aussi créer des difficultés à tenir en place, des difficultés à sortir de chez soi avec des angoisses liées aux transports ou à la foule. Il peut y avoir des difficultés à gérer un budget, sur le mois, à l'organiser. Il y a peut-être d'autres choses, mais voilà.** »

Pour (E2), « **ça va être compliqué à dire. Moi, ce que je retrouve quand même beaucoup, c'est au niveau organisationnel, prise d'initiative (...)** Après, c'est vrai que chaque personne finalement à des symptômes propres à son fonctionnement, donc c'est un petit peu difficile de répondre à la question.

Pour (E3) « **Alors moi ce que j'ai retrouvé beaucoup, après c'était sur une structure aussi particulière, les personnes étaient stabilisés et là par exemple sur mon nouveau poste ce ne sont pas du tout les mêmes problématiques, peut-être que je vais retrouver. Mais ce que je retrouvais beaucoup en ergo, autre que cette anxiété, ce stress, ce besoin pour gérer la maladie etc. Moi j'avais beaucoup la gestion du temps et la gestion de l'argent qui revenaient** »

Pour (E4) « **C'est vaste, cela dépend de la personne. Il n'y a pas une schizophrénie (...)** cela peut dépendre du contexte de vie de la personne. (...) Freinée par l'apragmatisme qui empêche d'être dans l'envie, l'initiation d'action (...) En lien avec l'isolement, la difficulté pour **créer des relations sociales et les maintenir** »

Une seconde question reprend la totalité de nos propos et s'intéresse à l'impact de tout ce travail sur l'autonomie de la personne atteinte de schizophrénie : **Selon-vous, est-ce que l'entraînement des habiletés sociales dans le cadre de la réhabilitation psycho-sociale et via la thérapies cognitivo-comportementale à un réel impact sur l'autonomie de ces personnes ?**

A cette question, (E2) répond : « **Oui, je pense que de toute façon tout est imbriqué.** Ça demande, en effet, le fait de pouvoir travailler sur les habiletés sociales, peut en effet faciliter l'autonomie de la personne parce que bah voilà si elle va réussir à plus dire ce qu'elle pense, si elle va réussir à correctement interpréter des choses, à pouvoir interpeller une personne inconnue, ça va faciliter son quotidien oui. »

Pour les trois autres ergothérapeutes, j'ai dû décomposer la question en trois parties :

1) **Est-ce que selon vous l'entraînement aux habiletés sociales en ergothérapie à un impact sur l'autonomie de la personne atteinte de schizophrénie ?**

(E1) : « **Oui, c'est difficile de répondre non à celle-là. (...)** Déjà, les activités thérapeutiques favorisent l'autonomie et nous notre connaissance de l'activité, **notre spécificité va nous permettre de modeler des séances d'activités thérapeutiques plus ciblées sur des objectifs, sur des problèmes occupationnels.** On va proposer des dispositifs qui vont pouvoir faire travailler de manière plus spécifique les relations à l'autre. (...) **en collaboration avec tous les autres professionnels.** »

(E3) : « *Oui, parce que je pense que si on n'y croyait pas, on ne le ferait pas.* »

(E4) : « *ça va contribuer, ça va permettre. C'est une des composantes qui va permettre de faciliter l'autonomie des patients. Travailler cette dimension va permettre avec en plus la gestion du stress, de l'anxiété va leur permettre de faire certains gestes du quotidien plus facilement.* »

2) **Est-ce que vous pensez que le fait que cela s'ancre dans un mouvement de réhabilitation psychosociale, cela va impacter la prise en charge de l'ergothérapeute et donc l'autonomie du patient ?**

(E1) : « **Oui, en effet, la démarche de l'ergothérapeute s'inscrit dans la démarche de réhabilitation psychosociale.** Ça fait partie de notre identité de travailler l'autonomie du patient. Donc du coup, oui. Après la grande **difficulté c'est que l'on puisse être reconnue dans notre profession** et dans nos qualités et nos compétences. »

(E3) : « **Moi, je te dirai que oui, après je pense que déjà en sortant de l'IFE j'avais une approche très réhabilitation psychosociale** et je ne me vois pas faire différemment on va dire (...) Mais oui, je pense que ça aide beaucoup la réhabilitation psycho-sociale, bien que ce ne soit **pas possible pour tout le monde.** Il y a des patients très chronique à l'hôpital, pour qui le projet n'est pas le même, il faut avoir des projets à l'extérieur, il faut savoir se projeter. Il y a des personnes pour qui ça serait trop difficile et pour qui les objectifs sont différents »

(E4) : « **Ça m'interroge en tout cas sur une posture de l'ergothérapeute.** Dans ce mouvement de réhabilitation ça sera déjà d'être au plus près des notions de rétablissement. C'est le mouvement des usagers, la personne est au cœur de son processus de soin (...) **Et quand on est dans ce processus de réhabilitation on ne va pas rester que sur l'institution mais vraiment accompagner la personne sur les territoires de vie.** A partir de ce moment-là être au cœur des possibilités de travail de l'autonomie, de réinsertion sociale et professionnelle pour ceux qui le souhaite. »

3) Est-ce que pour vous, l'approche cognitivo-comportementale va aussi impacter la prise en charge quand on s'inscrit dans un mouvement de réhabilitation psychosociale, dans le cadre de l'entraînement des habiletés sociale ?

(E1) : « **Etant donné que ce sont déjà des choses que l'on a dans notre identité.** La question de l'autonomie, de l'ouverture vers l'extérieur, les projets de vie. **Pour moi ça ne va pas changer énormément. Eventuellement ça va nous permettre d'être reconnu dans cette approche (...)** Eventuellement, pour pouvoir bien faire le boulot il faudrait être reconnue et aussi avoir les moyens. Pour travailler l'autonomie il faut avoir les moyens pour pouvoir être avec les patients. Parce que pour travailler l'autonomie autour des transports, s'il faut travailler individuellement avec chaque personne, quand on a 30 patients, ça prend du temps. C'est un peu caricaturale mais voilà, **il faut des ergothérapeutes et d'autres professionnels.** »

(E3) : « (...) Donc moi je ne dis pas que je fais de la TCC, après **je peux avoir une orientation,** ça c'est vrai, je me sers de quelques outils dans mes prises en charge. »

(E4) : « **Oui, y a un ancrage c'est sûr mais je ne le résumerais pas qu'à ça.** Il y a beaucoup de choses basées là-dessus mais pas seulement. »

Pour finir, une dernière question m'est apparue pertinente pour connaître comment les ergothérapeutes ont pu observer une évolution de l'autonomie : [Est-ce que vous avez pu observer ou évaluer l'autonomie d'une personne atteinte de schizophrénie après un programme d'entraînement aux habiletés sociales ?](#)

(E1) : « *Ce qui permet d'évaluer l'autonomie ça va être toutes **les évaluations de type ELADEB** et compagnie. Dans l'évaluation de l'autonomie, ce que je trouve intéressant c'est la discussion avec le patient (...) **ce qui est surtout intéressant c'est, ce que le patient nous dit qu'il est capable de faire et de pouvoir observer ce que le patient peut faire.** »*

(E2) : « *Par rapport à l'autonomie, moi, mes **outils d'évaluations** ça va être déjà : **ELADEB** que j'utilise beaucoup. Et donc en effet on fait une première évaluation à l'entrée de la personne dans le service et après on va proposer une à 6 mois ou à un an. Tout dépend de l'évolution de la personne et donc du coup, ça nous permet voilà de **voir comment la personne se perçoit dans son quotidien.** Après il m'arrive aussi d'utiliser la **MCRO**, en termes d'évaluation qui pareil, il y a la réévaluation au bout de 6 mois ou un an donc ce qui permet bien de de voir l'évolution de la personne. Ça ce sont les 2 échelles principales que j'utilise. »*

(E3) : « *Bah en fait **le programme est assez long.** Ce qui fait que pendant le programme **on observe des améliorations**, après c'est compliqué à dire parce qu'en fait le programme ce sont des programmes d'ETP, il y a beaucoup de choses qui sont pensées, c'est à dire que ce sont des personnes qu'on va revoir à 3 mois à 6 mois, donc ce n'est pas forcément spécifique ergo. »*

(E4) : « ***Oui bien sûr, chose difficile à décrire comme ça.** Ce qui me semble important, faire le lien surtout entre ce qui est travailler en institution donc par l'intermédiaire de groupe spécifiques et puis toutes cette notion en lien avec les transferts des acquis. Donc avec la personne pour qu'elle puisse mettre en place des choses qu'elle a pu découvrir en accompagnement dans l'institution. Donc est-ce qu'elle peut s'approprier en terme d'EHS par exemple, autonomie spécifique, est-ce que cette personne peut le transférer dans son quotidien ? (...) **J'utilise des auto-évaluations I (ELADEB et AERS) ; L'EMAE (mise en situation dans l'atelier) ; l'évaluation écologique des fonctions exécutive TEM (dans la ville).** (...) il y a aussi énormément **d'observations qui complètes ces éval normées.** »*

## ANNEXE IV Retranscription d'entretien- Ergothérapeute n°2

**Date : 04/05/2021**

**Durée : 19 minutes 23 secondes**

**- Introduction et consentement d'enregistrement (CF ANNEXE I) : approuvé**

**Moi :** Est-ce que tu peux me parler de ton parcours professionnel ?

**Ergothérapeute :** Alors mon parcours professionnel. J'ai été diplômée en juin 2018. Tout de suite après du coup, j'ai intégré un hôpital psychiatrique en région parisienne. C'était de l'accompagnement de personnes qui présentent des troubles psychiques en phase aiguë, en intra hospitalier. Le service, commençait justement à prendre une tournure autour de la réhabilitation psychosociale. Après, je suis parti à (ville) et donc j'ai commencé à exercer en tant qu'ergothérapeute en libéral pendant un an et demi, et là du coup depuis août 2020 j'ai intégré un SAMSAH. Donc c'est un service d'accompagnement médico-social pour personnes adultes handicapées. Donc orienté rétablissement, on accompagne des personnes qui présentent des troubles psychiques, plus ou moins stabilisées. Et on les accompagne en fait dans leur processus de rétablissement. On utilise des outils de la réhabilitation psycho-sociale.

**Moi :** D'accord, ça fait donc combien d'années que vous êtes diplômée ?

**Ergothérapeute :** Alors là ça va faire 3 ans du coup, bientôt.

**Moi :** Ok, 3ans. Donc vous déjà intervenu auprès de patients atteints de schizophrénie ?

**Ergothérapeute :** Oui bien sûr, bien sûr, c'est je pense que, c'est la majorité des personnes qu'on accompagne. Là, dans le service et même quand je travaillais en intra hospitalier, les personnes qui présentaient une schizophrénie représentaient une grande partie des personnes qu'on accompagnait.

**Moi :** D'accord et est-ce que vous avez une formation en plus de l'ergothérapie ?

**Ergothérapeute :** Alors j'ai suivi des formations libres dans tout ce qui est rétablissement., les outils de la réhabilitation psycho-sociale et je suis formée aussi à l'éducation thérapeutique du patient.

**Moi :** D'accord et donc j'aimerais savoir, de manière générale, en quoi consiste la prise en charge de l'ergothérapeute auprès des personnes atteintes de schizophrénie justement en réhabilitation psycho-sociale ?

**Ergothérapeute :** Alors ça va être très large. Parce qu'en fait, alors nous en tout cas, là où j'exerce on part des demandes de la personne. Ça c'est très important, en fait, on part de leur projet, de leur demande et avec du coup l'expression de leurs propos, on va pouvoir proposer un projet d'accompagnement, qui suit leur demande. Donc en ergothérapie ça va s'axer notamment sur les déplacements. Donc les déplacements extérieurs, ça peut être se repérer dans la ville à pied mais aussi prendre les transports en commun, bus, train ou autre. Après ça peut être aussi sur tout ce qui va être

la vie quotidienne au domicile, donc préparer des repas, avoir la capacité de s'organiser pour effectuer les tâches ménagères, pour entretenir son logement. Ça peut être aussi les soins personnels. Après y a tout un aspect aussi qui va être axé sur l'aménagement propre du domicile de manière qu'il soit fonctionnel et que la personne se sente vraiment bien dans son logement en fait qu'elle se sente en sécurité et qu'elle puisse effectuer toutes les activités au domicile. Ça peut être aussi l'accompagnement vers des activités sociales. En fait voilà c'est vraiment très vaste et tout dépend des demandes de la personne.

**Moi :** D'accord, et donc ça commence toujours par une évaluation dans le cadre d'un projet en réhabilitation psychosociale ?

**Ergothérapeute :** Tout à fait. Dans le service, avec mes collègues, je suis la seule ergothérapeute mais avec mes autres collègues en fait, on a toujours une phase d'évaluation. Voilà, chacune on fait notre évaluation et à partir de là du coup, à partir des résultats de l'évaluation, on va pouvoir fixer des objectifs et des moyens d'interventions.

**Moi :** Donc du coup par rapport à l'équipe pluridisciplinaire, comment dans un mouvement comme la réhabilitation psycho-sociale les ergothérapeutes peuvent se distinguer justement ?

**Ergothérapeute :** Alors il va se distinguer parce que bah justement on va être accès sur la vie quotidienne et l'autonomie. Donc c'est vrai que moi j'ai toujours considéré qu'en fait le mouvement de la réhabilitation psycho-sociale, ça correspondait totalement à notre métier. C'est vraiment dans notre pratique parce que bah voilà la réhabilitation psycho-sociale on sait que c'est, accompagné la personne vers une autonomie et une indépendance dans sa vie quotidienne, dans la réalisation de ce projet et du coup nous en tant qu'ergothérapeute bah c'est votre notre rôle en fait. C'est une pratique, donc du coup, dans mon service, en tout cas moi, j'ai finalement vraiment axé sur la vie quotidienne ainsi que le domicile du patient. Après l'infirmière elle c'est plus au niveau des soins, l'éducatrice spécialisée elle va être dans l'accompagnement aux rendez-vous, ce qui va être insertion professionnelle. La chargée de mission locative, elle va être axée sur la recherche de logement. Donc c'est vrai qu'on va s'harmoniser ensemble, mais c'est vrai que le rôle de l'ergo finalement il est au cœur de la prise en charge en réhabilitation.

**Moi :** Et du coup, en ce qui concerne l'entraînement aux habiletés sociales quels sont les moyens qu'on dispose en réhabilitation psychosociale, en ergothérapie ?

**Ergothérapeute :** Alors, nous ce que l'on propose, ce sont principalement en fait des groupes via des jeux de sociétés. Du coup euh donc il y a notamment le jeu « compétences » ; « Mickael's games » et « Dixi ludo ». On utilise principalement ça. Ce sont vraiment des outils qu'on utilise en groupe pour pouvoir travailler sur les habiletés sociales. Et après alors, en tant qu'ergo, moi je trouve que c'est hyper important les mises en situation et la confrontation avec la réalité, le pratico-pratique

finalement. Du coup ça va être des mises en situation, en situation réelle. Ça peut être interagir avec des commerçants, faire des demandes pour intégrer des clubs, des associations, vraiment mettre en application finalement tout ce qu'on voit avec les jeux, le mettre en situation réelle.

**Moi :** Et à travers les jeux du coup, ils viennent travailler tout ce qui est relation à l'autre ? comment exprimer sa demande ? comment recevoir la demande des autres c'est ça ?

**Ergothérapeute :** Dans les jeux donc en effet il y a plusieurs thématiques. En fait il y a plusieurs compétences qui vont être sollicités pendant les jeux. Donc ça va être des groupes, eux ils sont constitués entre 4 à 6 personnes accompagnées, et en fait ça va solliciter l'expression de demandes vis-à-vis des autres, la compréhension aussi de demandes exprimées par les autres personnes du groupe, ça va être aussi l'expression de comportement. Comment est-ce que j'agis dans cette situation-là ? L'interprétation des situations, par exemple : Je suis confronté à telle situation, comment est-ce que je dois réagir ? Ça va être beaucoup d'expressions, de compréhensions et d'interprétations des situations.

**Moi :** J'ai pu lire que les programmes de réhabilitation psycho-sociale s'inspirent beaucoup de la thérapie cognitivo-comportementale. Selon toi, est-ce que notre prise en charge en ergothérapie s'inscrit dans une démarche de thérapie cognitivo-comportementale ?

**Ergothérapeute :** Tout à fait, alors donc moi je ne suis pas formé aux TCC. Je n'ai pas la formation pour. Mais c'est pareil enfin je trouve que notre rôle encore une fois, nos mises en situation, ça correspond tout à fait aux thérapies cognitivo-comportementale. Parce que du coup on va confronter la personne en situation réelle et elle va devoir s'adapter en trouvant des stratégies de compensation, en mettant en place les conseils qu'on aura vu précédemment. Donc c'est vrai que je trouve que nos mises en situation correspondent à des thérapies cognitivo-comportementale.

**Moi :** Et dans ces thérapies aussi, il y a tout un côté bien être et gestion du stress. Est-ce qu'on retrouve un peu de ça dans la prise en charge ou pas ?

**Ergothérapeute :** Ah oui carrément ! alors par rapport à la gestion du stress et des angoisses si tu veux on va vraiment être dans la situation expositionnelle dans le sens où on va confronter la personne à son angoisse. Donc l'angoisse elle ne va pas partir, enfin on ne va pas pouvoir guérir l'angoisse par rapport à la situation, mais en fait en étant exposé à la situation, l'angoisse elle va diminuer. La personne va pouvoir prendre en considération ses angoisses, les gérer et donc pouvoir ensuite réaliser son activité dans son ensemble. Nous c'est quelque chose qu'on voit beaucoup dans la prise des transports en commun du coup notamment le bus, qui est source très importante pour la plupart des personnes qu'on accompagne, il y a beaucoup d'oppressions, la foule qui peut y avoir dans un endroit exige, ça génère beaucoup de stress et d'angoisse. Donc nous notre accompagnement, il va être donc de pouvoir accepter cette angoisse, la gérer, trouver des stratégies pour pouvoir accepter certaines

angoisses et donc réaliser le trajet d'un point A à un point B sans avoir envie de tout plaquer de dire « Bah stop je descends à cette arrêt parce que je ne peux plus gérer l'angoisse »

**Moi :** Et du coup enfin c'est tout un cadre qui est mis en place ? Justement pendant ces séances-là il y a quand même un début un milieu enfin, dans la prise en charge notamment au niveau de l'entraînement aux habiletés sociales, il y'a quand même toute une trame ? On m'a dit que la thérapie cognitivo-comportementale était très protocolaire et que ça n'allait pas forcément avec la démarche de l'ergothérapeute, mais du coup comment vous mettez en place le cadre ?

**Ergothérapeute :** Alors moi le cadre du coup des séances, en tout cas quand on doit faire des mises en situation, le cadre alors il est plus ou moins strictes. Il est strict parce que on a défini des objectifs ensemble, on a défini des dates, on a défini les lieux, on a défini des choses concrètes à réaliser pendant chaque séance mais, en revanche il va être moins strictes, parce que bah si la personne par exemple pour une séance pour x ou y raison ne peut pas être là et ben ce n'est pas grave on va reporter la séance. C'est vrai que tout est organisé, tout est planifié à l'avance avec la personne pour qu'on puisse savoir où on va et avoir une trame dans nos séances et que tout ne se passe pas un peu n'importe comment. Puis, selon comment est-ce que la personne va se présenter, c'est vraiment important de définir chaque chose et que la personne soit prête parce que je trouve que c'est aussi important parce qu'on sait déjà que ce sont des situations qui sont compliquées pour les personnes, qui n'arrivent pas forcément à faire donc le fait de proposer un cadre qui soit strict, ça permet de rassurer la personne et de l'amener au mieux dans la situation.

**Moi :** Et donc en ce qui concerne l'autonomie justement de ces personnes-là, quelles sont les problématiques en termes d'autonomie rencontrées par les patients souffrant de schizophrénie ?

**Ergothérapeute :** Euh ça va être compliqué à dire. Moi, ce que je retrouve quand même beaucoup, c'est au niveau organisationnel, prise d'initiative ! Ouais, ça va être les deux points qu'on trouve chez de nombreuses personnes accompagnées. Après, c'est vrai que chaque personne finalement à des symptômes propre à son fonctionnement, donc c'est un petit peu difficile de répondre à la question mais si je dois dire deux points c'est quand même organisation et prise d'initiative.

**Moi :** Et du coup ça va toucher à toutes les sphères de la vie quotidienne ?

**Ergothérapeute :** Voilà ! en fait c'est vrai que ce sont des personnes qui se présentent, voilà, qui ne vont pas prendre d'initiative, qui ne vont pas avoir la capacité de s'organiser et donc bah forcément indirectement, ça va impacter euh, la préparation des repas parce que bah voilà ça demande tous plein d'étapes pour s'organiser, pour préparer un repas, pour suivre une recette. Pareil pour prendre des initiatives, ça va être la même chose. Ça va être ça aussi pour l'entretien ménagé parce que si elle ne sait pas comment s'organiser bah la personne ne va pas savoir par quoi commencer. Elle ne va pas

aussi, être capable de décider de se mettre en mouvement donc c'est vrai que le manque de prise d'initiative et d'organisation ça impacte énormément le quotidien.

**Moi :** et donc face à ça justement, tous ces problèmes dans la vie quotidienne, toutes ces difficultés. Est-ce que tu penses que l'entraînement des habiletés sociales dans le cadre de la réhabilitation psycho-sociale et via les thérapies cognitivo-comportemental à un réel impact sur l'autonomie de ces personnes ?

**Ergothérapeute :** Oui je pense que de toute façon tout est imbriqué. Ça demande, en effet le fait de pouvoir travailler sur les habiletés sociales, peut en effet faciliter l'autonomie de la personne parce que bah voilà si elle va réussir à plus dire ce qu'elle pense, si elle va réussir à correctement interpréter des choses, à pouvoir interpeller une personne inconnue, ça va faciliter son quotidien oui.

**Moi :** Est-ce que pour l'autonomie vous disposez justement d'évaluation pour savoir s'il y a une amélioration ou pas ? Comment as-tu évalué l'autonomie ?

**Ergothérapeute :** Alors euh, par rapport à l'autonomie, moi, mes outils d'évaluations ça va être déjà : l'ELADEB que j'utilise beaucoup. Et donc en effet on fait une première évaluation à l'entrée de la personne dans le service et après on va proposer une à 6 mois ou à un an. Tout dépend de de l'évolution de la personne et donc du coup ça nous permet voilà de voir comment la personne se perçoit dans son quotidien. Après il m'arrive aussi d'utiliser la MCRO, en termes d'évaluation qui pareil, il y a la réévaluation au bout de 6 mois ou un an donc ce qui permet bien de voir l'évolution de la personne. Ça ce sont les 2 échelles principales que j'utilise.

**Moi :** Je vous remercie. J'ai fait le tour de ce que je voulais vous demander. Est-ce que vous avez des choses à rajouter qui sont importantes et que je n'ai pas abordées ?

**Ergothérapeute :** Alors le seul truck et je pense que c'est vraiment quand on est sur le terrain j'ai envie de dire. Chaque personne est unique et en fait, il faut constamment nous adapter et c'est vrai que c'est difficile de faire une généralité, parce qu'il n'y a pas une personne schizophrène comme une autre en fait. C'est vrai que les symptômes s'expriment tellement de manières différentes que c'est difficile de faire une généralité. Au niveau des habiletés sociales, ça va tellement différer en fonction des personnes, ça je pense que c'est important et puis euh non je pense que c'est pas mal. Après c'est vrai que notre pratique est quand même vaste, moi je trouve qu'en psychiatrie et particulièrement dans l'accompagnement en réhabilitation psychosociale, dans n'importe quels outils, par notre pratique on répond tout à fait aux outils de la réhabilitation psychosociale. Les TCC ça correspond aux mises en situation qu'on met tout le temps en place. Tout ce qui va être mis en situation je trouve que ça correspond tout à fait aux TCC et donc à l'approche de la réhabilitation psychosociale.

## RÉSUMÉ / ABSTRACT

### L'entraînement aux habiletés sociales en ergothérapie auprès de personne atteinte de schizophrénie dans le cadre de la réhabilitation psychosociale.

Les difficultés en termes de compétences sociales sont considérées comme l'un des quatre facteurs de vulnérabilité retrouvés la plupart du temps chez des personnes atteintes de schizophrénie. Ces difficultés vont avoir un impact sur l'aggravation des symptômes, sur leur aptitude à se prendre en charge et sur leurs capacités à faire face au stress qu'il rencontre au quotidien. L'ergothérapeute va donc accompagner ces personnes en prenant en compte leurs difficultés afin qu'elle puisse retrouver une place dans la société et être autonome. La réhabilitation psychosociale propose un programme d'entraînement aux habiletés sociales qui s'ancre dans un modèle cognitivo-comportemental.

L'étude vise à connaître les moyens mis en place par l'ergothérapeute pour favoriser l'autonomie des personnes atteintes de schizophrénie.

L'hypothèse émise est qu'en travaillant les habiletés sociales par le biais de la thérapie cognitivo-comportementale, l'ergothérapeute en réhabilitation psychosociale favorise l'autonomie de la personne atteinte de schizophrénie. Afin de valider cette hypothèse, quatre ergothérapeutes ont été interrogés.

Les résultats obtenus sont que l'entraînement aux habiletés sociales par l'ergothérapeute s'ancre dans la thérapie cognitivo-comportementale et contribue à l'autonomie de la personne atteinte de schizophrénie. En effet, le cadre de la réhabilitation psychosociale et l'utilisation de la thérapie cognitivo-comportementale favorisent les compétences de l'ergothérapeute en dehors des murs de l'institution, permettant ainsi un transfert des acquis en termes d'habiletés sociales de l'institution à la cité.

En effet, les mises en situations écologiques permises par cette prise en charge sont importantes, car c'est dans son environnement que la personne doit être autonome.

**Mots clés :** Schizophrénie –Réhabilitation psychosociale- Ergothérapie- Entraînement aux habiletés sociale- Thérapie cognitivo-comportementale- Autonomie.

### Social skills training in occupational therapy for people with schizophrenia in the context of psychosocial rehabilitation

Social skills difficulties are one of the four vulnerabilities found most of the time in people with schizophrenia. These difficulties will have an impact on the worsening of symptoms, on their abilities to take care of themselves and on their abilities to cope with the stress they are experiencing on a daily basis. The occupational therapist will therefore support these people by considering their difficulties so that they can regain a place in society and be autonomous. Psychosocial rehabilitation offers a social skills training program that is anchored in a cognitive behavioral model.

The study aims to find out how the occupational therapist can promote the autonomy of people with schizophrenia.

The hypothesis is that by working on social skills through cognitive behavioral therapy, the occupational therapist in psychosocial rehabilitation promotes the autonomy of the person with schizophrenia. To validate this hypothesis, four occupational therapists were interviewed.

The results obtained are that the occupational therapist's social skills training is anchored in cognitive behavioral therapy and contributes to the autonomy of the person with schizophrenia. Indeed, the framework of psychosocial rehabilitation and the use of cognitive behavioral therapy promotes the skills of the occupational therapist outside the walls of the institution, thus allowing a transfer of knowledge in terms of social skills from the institution to the city.

Indeed, ecological situations allowed by this care are important because it is in this environment that the person must be autonomous.

**Keywords:** Schizophrenia- Psychosocial rehabilitation- Occupational therapy- Social skills training- Cognitive behavioral therapy- Autonomy.