



# LA REHABILITATION PSYCHOSOCIALE DES PERSONNES SOUFFRANT DE SCHIZOPHRENIE

MEMOIRE D'INITIATION A LA RECHERCHE EN VUE DE L'OBTENTION DU DIPLOME  
D'ETAT D'ERGOTHEPEUTE

U.E 5.4 : INITIATION A LA DEMARCHE DE RECHERCHE

« Note aux lecteurs : ce mémoire est réalisé dans le cadre d'une  
scolarité. Il ne peut faire l'objet d'une publication que sous la  
responsabilité de son auteur et de l'Institut de formation concerné »

## **REMERCIEMENTS**

Je remercie, tout d'abord, ma maître de mémoire, qui a accepté de me suivre cette année et a su me guider pour la réalisation de ce mémoire.

Merci aux formateurs de l'Institut de Formation en Ergothérapie de Créteil et plus particulièrement à mes référents pédagogiques, Mme. ENGELS et Mr. GADEYNE, ainsi qu'à Mme. TAILLEFER et Mr. LOUBASSOU pour leur accompagnement lors des cours de Méthodologie de mémoire.

Je remercie également toutes les personnes qui m'ont aidé à réaliser mon enquête et notamment les ergothérapeutes que j'ai eu l'occasion de rencontrer.

Titre du mémoire :

La réhabilitation psychosociale des personnes souffrant de schizophrénie

---

Résumé

Mots clés : Schizophrénie, Réhabilitation psychosociale, Ergothérapie, Mises en situation d'activités, Transfert des compétences psychosociales

Les personnes souffrant de schizophrénie stabilisée ont des symptômes résiduels entraînant des situations de handicap dans leur vie quotidienne, ce qui engendre des retentissements sur leur insertion sociale. L'accompagnement des personnes souffrant de schizophrénie doit donc combiner des actions de rééducation et de réinsertion sociale, en plus du traitement médicamenteux, afin de prévenir les situations de handicap psychique : on parle alors de réhabilitation psychosociale. Le but de cette étude est de déterminer de quelles manières l'ergothérapeute favorise la réhabilitation psychosociale des personnes souffrant de schizophrénie. Une enquête basée sur des entretiens semi-directifs a eu pour objectif de vérifier si « les mises en situation d'activités proposées en ergothérapie permettent le transfert des compétences psychosociales dans la vie quotidienne des personnes souffrant de schizophrénie ». Pour cela, quatre ergothérapeutes travaillant dans une démarche de réhabilitation psychosociale, avec des personnes souffrant de schizophrénie, ont été interrogés, entre 30 et 45 minutes chacun. Les réponses montrent que les ergothérapeutes n'utilisent pas le terme de compétences psychosociales dans leur pratique. Néanmoins, ils réalisent tous des mises en situation d'activités dans l'objectif de transférer les acquis de la rééducation, combinant des compétences cognitives, émotionnelles et sociales, dans le quotidien des personnes souffrant de schizophrénie. Les résultats de l'étude montrent donc l'importance de la réalisation de mises en situation d'activités en ergothérapie, pour le transfert des compétences acquises en réhabilitation psychosociale dans le quotidien des personnes souffrant de schizophrénie.

---

Abstract

Keywords: Schizophrenia, Psychosocial rehabilitation, Occupational therapy, Real-life and simulated situation, Transfer of life skills

The resume symptoms of people with residual-type of schizophrenia can create disabilities which have an impact on their social reintegration. To prevent this issue, it's important to include rehabilitation and social reintegration actions, in addition to drug treatment of schizophrenia. This approach is called psychosocial rehabilitation. The purpose of this study is to identify how occupational therapist (OT) can promote the psychosocial rehabilitation process of people with residual-type of schizophrenia. A research based on semi-directive interview has, as an objective, to verify if "the real-life situation and simulated experiences using by OT, allow the transfer of life skills in people who suffer from residual-type of schizophrenia daily life". Four OTs, working on psychosocial rehabilitation with people suffering from residual-type of schizophrenia, were interviewed between thirty and forty-five minutes each. The answers showed that OTs don't use "life skills" term. Nevertheless, all of them use real life situation and simulated experiences with people suffering from residual-type of schizophrenia with the aim of the transfer of social, cognitive and emotional knowledge in daily life. Findings of this study have highlighted the importance of the real-life and simulated situation used by OT, to transfer the several knowledge learned in psychosocial rehabilitation, in daily life.

---

# TABLE DES MATIERES

<u>Introduction</u> .....	7
<u>Situation d'appel et méthodologie</u> .....	8
<u>Partie conceptuelle</u> .....	9
<b>I. Schizophrénie</b> .....	<b>9</b>
1. Définition et épidémiologie.....	9
2. Sémiologie et évolution de la maladie .....	11
3. Handicap psychique, rétablissement et schizophrénie .....	14
<b>II. Réhabilitation psychosociale</b> .....	<b>16</b>
1. Apparition et principes de la réhabilitation psychosociale.....	17
2. Les compétences psychosociales.....	19
3. Schizophrénie et processus de réhabilitation psychosociale .....	21
<b>III. Ergothérapie, apprentissage et transfert de compétences</b> .....	<b>23</b>
1. Apprentissage expérientiel .....	23
2. Ergothérapie et réhabilitation psychosociale.....	27
3. Les mises en situation d'activités en ergothérapie .....	29
<u>Partie expérimentale</u> .....	30
<b>I. Méthodologie de l'enquête</b> .....	<b>31</b>
1. Rappel de la problématique et de l'hypothèse.....	31
2. Population.....	31
3. Outil d'investigation.....	32
<b>II. Résultats</b> .....	<b>35</b>
1. Présentation des ergothérapeutes interviewés .....	35
2. Analyse longitudinale.....	37
3. Analyse transversale.....	51
<b>III. Discussion</b> .....	<b>54</b>
1. Interprétation des résultats.....	54
2. Intérêts et limites de l'enquête.....	57
3. Apports personnels et professionnels .....	58
4. Vérification de l'hypothèse .....	58
<u>Conclusion</u> .....	59
<u>Bibliographie</u> .....	60

## SOMMAIRE DES FIGURES ET DES TABLEAUX

<u>Figure 1</u> : « Les dimensions du rétablissement (adapté de Van der Stel, 2012). » (Franck, 2017) .....	15
<u>Figure 2</u> : Boucle d'apprentissage de Guy Le Boterf (Le Boterf, 2010) .....	26
<u>Figure 3</u> : Critères d'inclusion du groupe d'étude .....	32
<u>Tableau A1</u> : Réponses de l'ergothérapeute A concernant le thème 1 .....	37
<u>Tableau A2</u> : Réponses de l'ergothérapeute A concernant le thème 2 .....	38
<u>Tableau A3</u> : Réponses de l'ergothérapeute A concernant le thème 3 .....	38
<u>Tableau A4</u> : Réponses de l'ergothérapeute A concernant le thème 4 .....	39
<u>Tableau A5</u> : Réponses de l'ergothérapeute A concernant le thème 5 .....	40
<u>Tableau B1</u> : Réponses de l'ergothérapeute B concernant le thème 1 .....	41
<u>Tableau B2</u> : Réponses de l'ergothérapeute B concernant le thème 2 .....	42
<u>Tableau B3</u> : Réponses de l'ergothérapeute B concernant le thème 3 .....	42
<u>Tableau B4</u> : Réponses de l'ergothérapeute B concernant le thème 4 .....	43
<u>Tableau B5</u> : Réponses de l'ergothérapeute B concernant le thème 5 .....	44
<u>Tableau C1</u> : Réponses de l'ergothérapeute C concernant le thème 1 .....	45
<u>Tableau C2</u> : Réponses de l'ergothérapeute C concernant le thème 2 .....	46
<u>Tableau C3</u> : Réponses de l'ergothérapeute C concernant le thème 3 .....	46
<u>Tableau C4</u> : Réponses de l'ergothérapeute C concernant le thème 4 .....	47
<u>Tableau C5</u> : Réponses de l'ergothérapeute C concernant le thème 5 .....	47
<u>Tableau D1</u> : Réponses de l'ergothérapeute D concernant le thème 1 .....	48
<u>Tableau D2</u> : Réponses de l'ergothérapeute D concernant le thème 2 .....	48
<u>Tableau D3</u> : Réponses de l'ergothérapeute D concernant le thème 3 .....	49
<u>Tableau D4</u> : Réponses de l'ergothérapeute D concernant le thème 4 .....	50
<u>Tableau D5</u> : Réponses de l'ergothérapeute D concernant le thème 5 .....	51

## INTRODUCTION

La schizophrénie est une pathologie psychiatrique relativement fréquente (0,7 % de la population mondiale) qui se manifeste à la période de l'adolescence. Elle se caractérise par un ensemble de symptômes très hétérogènes, qui varient au cours de la maladie, dont le retrait social et les difficultés cognitives sont les plus invalidants (Inserm, 2014).

Dans la seconde partie du XXe siècle, la compréhension de la schizophrénie a beaucoup évolué grâce aux nouvelles connaissances dans le domaine des sciences humaines et biomédicales. Dans les années 1950, l'apparition des neuroleptiques permet d'une part, une diminution de la symptomatologie de la phase aiguë, et d'autre part, une réduction des rechutes. Le rétablissement et la réinsertion dans la société des personnes souffrant de maladies psychiatriques, jusqu'alors inconcevables, deviennent possibles. Néanmoins, l'ensemble des symptômes résiduels des personnes souffrant de schizophrénie entraîne des répercussions fonctionnelles majeures dans leur vie quotidienne et peut engendrer **des situations de handicap**. Lorsque la symptomatologie de la phase aiguë se stabilise, l'accompagnement des personnes souffrant d'une maladie psychiatrique doit donc combiner des actions de réadaptation et de réinsertion sociale, en plus du traitement médicamenteux, afin de prévenir les situations de handicap psychique et ainsi favoriser leur rétablissement : on parle alors de **réhabilitation psychosociale**.

Mon questionnement s'est alors porté sur la pratique de l'ergothérapeute avec des patients atteints de schizophrénie dans une démarche de réhabilitation psychosociale. L'ergothérapeute, par sa spécificité, ses compétences en terme d'adaptation et son approche écologique, a une vision précise de l'impact des déficits sur les rôles sociaux et les habitudes de vie d'une personne dans son environnement. Ainsi, son intervention se base sur les plaintes de la personne et est centrée sur les activités de la vie quotidienne qui posent problème. Il semble donc avoir une place importante dans la démarche de réhabilitation psychosociale des personnes souffrant de schizophrénie. D'où ma question de recherche : **De quelle manière l'ergothérapeute favorise la réhabilitation psychosociale des personnes souffrant de schizophrénie ?** Pour tenter de répondre à cette question, je formule l'hypothèse selon laquelle **les mises en situation proposées en ergothérapie permettent l'acquisition et le transfert de compétences psychosociales dans la vie quotidienne des personnes souffrant de schizophrénie**.

Ce mémoire sera divisé en deux parties, l'une conceptuelle et l'autre expérimentale. Dans la partie conceptuelle, je déterminerai les concepts et références sur lesquels s'appuie mon étude afin de définir le cadre théorique. La partie expérimentale me permettra de valider ou réfuter mon hypothèse. Elle sera articulée en trois parties. Dans un premier temps, je préciserai la méthodologie utilisée pour réaliser mon enquête. Par la suite, je présenterai une analyse des résultats obtenus. Enfin, je proposerai une discussion concernant ces résultats ainsi qu'une réponse à la question de mon étude.

## SITUATION D'APPEL ET METHODOLOGIE

Durant mon cursus, j'ai eu l'occasion d'effectuer plusieurs stages auprès de personnes souffrant de schizophrénie. Grâce à ces expériences et aux cours théoriques reçus, j'ai pu enrichir mes connaissances et développer ma pratique. Le domaine de la psychiatrie a toujours attisé ma curiosité et a fait ressortir plusieurs questionnements menant à la réalisation de ce mémoire d'initiation à la recherche.

D'autre part, j'ai pu participer aux prises en charge d'un groupe d'éducation thérapeutique (ETP) lors d'un stage de SRR. Lors de mes observations, il m'a semblé que les mises en situation proposées en ergothérapie permettaient aux patients de s'investir dans leur accompagnement, de mieux visualiser les conduites à tenir dans leur quotidien en illustrant l'aspect plus théorique de l'ETP, du fait de position d'acteur.

Mon questionnement s'est alors porté sur la pratique de l'ergothérapeute dans les programmes d'ETP avec des patients atteints de schizophrénie, dans une démarche de réhabilitation psychosociale. Néanmoins, suite à une pré-enquête, j'ai découvert que peu d'ergothérapeutes participent à un programme d'ETP concernant les personnes souffrant de schizophrénie. Afin de faciliter mes recherches, j'ai ouvert mon étude à une population plus importante d'ergothérapeutes en supprimant le facteur d'inclusion qu'était l'ETP. Ceci m'a permis de poser la problématique suivante : **De quelle manière l'ergothérapeute favorise la réhabilitation psychosociale des personnes souffrant de schizophrénie ?**

Le *Modèle Personne-Environnement-Occupation-Performance* (PEOP) publié par les ergothérapeutes Baum, Christiansen, & Bass en 2015, m'a permis de structurer le plan de mémoire en trois parties. C'est un modèle général, centré sur la personne, conçu par des ergothérapeutes. Il se focalise sur l'interaction entre la personne, son environnement et ses occupations. Selon ce modèle, la performance occupationnelle résulte de l'interaction entre les caractéristiques de la personne et des éléments facilitateurs et obstacles présents dans son environnement (Morel-Bracq, 2017). Je me suis également appuyée sur le **modèle conceptuel appliqué *Cognitivo-Comportemental*** dont l'hypothèse principale est : « *Une modification des schémas de pensée liée à un apprentissage de comportements adapté permettra à la personne d'augmenter ses capacités à vivre en société.* » (Morel-Bracq, 2017).

Par la suite, mes recherches et mes lectures m'ont permis d'établir le cadre conceptuel de mon étude et d'identifier l'hypothèse suivante : **Les mises en situation proposées en ergothérapie permettent l'acquisition et le transfert de compétences psychosociales dans la vie quotidienne des personnes souffrant de schizophrénie.**



# PARTIE CONCEPTUELLE

---

## I. SCHIZOPHRENIE

### 1. Définition et épidémiologie

La schizophrénie est une maladie psychiatrique appartenant à la famille des psychoses. Selon l'INSERM<sup>1</sup>, elle concerne 0,7 % de la population mondiale. En France, on évalue à 600 000 le nombre de personnes souffrant de schizophrénie, ce qui représente environ 1 % de la population adulte. Chaque année, environ 3 millions de nouveaux cas apparaissent dans le monde dont 90 000 en Europe (Llorca, 2004). C'est une des psychoses les plus fréquentes qui touche aussi bien les hommes que les femmes (Inserm, 2014).

Le terme « schizophrénie » est introduit par Eugen Bleuler au début du XXe siècle. Il est formé à partir de deux racines grecques : « *schizein* » et « *phrèn* ». La première signifiant le fractionnement, la coupure et la seconde référant à l'esprit. On ne peut pas réduire cette maladie à sa définition littérale qui, au même titre que la représentation sociétale et des médias, confond la schizophrénie avec un dédoublement de l'esprit : « (...) *ce n'est pas qu'on est plusieurs, c'est qu'on est en morceaux, la personnalité ne se dédouble pas, elle est en grande difficulté à s'affirmer.* » (Granger & Naudin, 2015). La définition élaborée par classification internationale des maladies (CIM) de l'OMS<sup>2</sup> permet d'avoir une vision globale de la pathologie : « *Les troubles schizophréniques se caractérisent habituellement par des distorsions fondamentales et caractéristiques de la pensée et de la perception, ainsi que par des affects inappropriés ou émoussés. La clarté de l'état de conscience et les capacités intellectuelles sont habituellement préservées, bien que certains déficits des fonctions cognitives puissent apparaître au cours de l'évolution.* » (Ministère de la solidarité et de la santé, 2018). La schizophrénie peut avoir un impact important sur l'adaptation sociale et entraîner une grande souffrance pour la personne et son entourage, ce pourquoi, Granger et Naudin la définissent comme : « *une maladie de l'existence* » (Granger & Naudin, 2015).

Les troubles débutent le plus souvent à l'adolescence ou au début de l'âge adulte, entre 15 et 25 ans. La schizophrénie évolue en général par des phases aiguës dans les premières années puis la symptomatologie se stabilise avec des symptômes d'intensité variable selon les personnes (Inserm, 2014). De nombreuses hypothèses existent concernant les causes contribuant à l'apparition et à l'évolution de cette maladie, mais son origine est encore aujourd'hui hypothétique. Selon le « *Modèle vulnérabilité-stress de la schizophrénie* »<sup>3</sup> de Pierre Lalonde (2004), la maladie ne s'explique pas par une cause unique, mais plutôt par un ensemble

---

<sup>1</sup> **InsERM** : Institut national de la santé et de la recherche médicale fondée en 1964

<sup>2</sup> **OMS** : Organisation Mondiale de la Santé fondée en 1948

<sup>3</sup> **Annexe I** : Modèle vulnérabilité-stress selon P. Lalonde (2004)

d'éléments, d'importance variable qui, interagissant les uns avec les autres, provoquent l'apparition et les rechutes de cette maladie mentale complexe. Ce modèle différencie trois composantes essentielles, associées à l'apparition des symptômes de la maladie : la vulnérabilité neuropsychologique, les stressés socio-environnementaux et les facteurs de protection. Il décrit le processus selon lequel une vulnérabilité sur le plan neuropsychologique (erreur génétique, anomalie du cerveau, dysfonctionnement des neurotransmetteurs) rend la personne plus sensible aux stressés socio-environnementaux tels que l'alcool et la drogue, les émotions, les événements de la vie quotidienne, l'insuffisance de soutien social ou encore la pression liée à la performance au travail ou dans les études. Il offre une perspective dans laquelle une amélioration des facteurs de protection permet de limiter voire d'empêcher le développement des troubles (Lalonde, 2004).

L'OMS mentionne la schizophrénie dans les cinq maladies mentales parmi les dix maladies les plus préoccupantes au XXI<sup>e</sup> siècle (OMS, 2018). En référence au rapport de l'InVS<sup>4</sup> de 2017, ces maladies : « (...) sont responsables de la majeure partie de la mortalité par suicide, d'incapacités et de handicaps lourds ainsi que d'une qualité de vie détériorée pour les personnes atteintes ». (InVS, 2017). En effet, le risque de mourir prématurément est deux à trois fois plus élevé pour les personnes souffrant de schizophrénie que pour l'ensemble de la population. Une étude épidémiologique de l'InVS démontre d'ailleurs qu'un trouble mental est signalé dans presque quatre cas de décès par suicide sur dix et nous montre que, parmi ces troubles, la schizophrénie est une pathologie fréquente (Ha, Decool, & Chan Chee, 2017).

Ces chiffres mettent en évidence l'importance d'une prise en charge précoce et adaptée des personnes souffrant de schizophrénie. Le pronostic varie en fonction de la qualité du soutien psychosocial, de l'accès aux soins et de l'adhésion de la personne à sa prise en charge (Inserm, 2014). Par ailleurs, il est admis que la durée de psychose non traitée est un facteur de mauvais pronostic, ce qui est également en faveur d'une prise en charge précoce (Delamillieure, Couleau, & Dollfus, 2009). Cependant, la schizophrénie est, encore aujourd'hui, diagnostiquée tardivement pour la plupart des personnes qui en souffrent. Les symptômes de la maladie s'expriment de façon différente d'une personne à une autre et évoluent souvent au cours de la maladie ce qui rend la pose du diagnostic difficile. D'autre part, les premiers symptômes de la schizophrénie se déclarent, le plus souvent, à l'adolescence, une période pendant laquelle l'entourage familial peut facilement associer le repli sur soi ainsi que les modifications et les bizarreries comportementales à une « crise d'adolescence », d'où parfois le retard d'accès aux soins.

---

<sup>4</sup> **InVS** : Institut de veille sanitaire fondé en 1998

## 2. Sémiologie et évolution de la maladie

La schizophrénie est une pathologie psychiatrique dont la symptomatologie est hétérogène et non spécifique. Elle affecte la pensée et les émotions ainsi que les perceptions et les comportements des personnes atteintes. Selon le critère A de diagnostic de la schizophrénie déterminé par le DSM IV<sup>5</sup>, les symptômes caractéristiques de la schizophrénie peuvent se répartir en trois grandes catégories : les symptômes positifs, négatifs et les symptômes traduisant une désorganisation.

- Les symptômes positifs sont, généralement, les plus invalidants pour une personne souffrant de schizophrénie. Ils sont caractérisés par un « *excès ou une distorsion de fonctions normales* ». Ils se manifestent par des distorsions ou des exagérations de la pensée (Idées délirantes : critère A1) et de la perception (Hallucinations : critère A2).
- Les symptômes négatifs (critère A5) sont caractérisés par une « *diminution ou une perte d'une fonction normale* ». Ils se manifestent par un appauvrissement affectif et émotionnel et un retrait social. La personne rencontre entre autres des difficultés pour ressentir et exprimer des émotions (Emoussement affectif) ainsi que pour entreprendre des actions (Apragmatisme).
- La désorganisation est caractérisée par un « *relâchement des processus associatifs* » entre les pensées, les paroles, les émotions et le comportement. Les symptômes se manifestent par une désorganisation du langage et de la communication (Discours désorganisé : critère A3), et du contrôle comportemental (Comportement grossièrement désorganisé ou catatonique : critère A4).

Rappelons que selon le DSM IV, le diagnostic de la schizophrénie ne peut être établi seulement si au moins deux symptômes caractéristiques (critère A1-A5) sont présents pendant au moins un mois et qu'une manifestation de signes symptomatiques persiste pendant 6 mois. De plus, il doit exister un dysfonctionnement social et des activités (travail, relations interpersonnelles...). Enfin, les causes toxiques, iatrogènes et organiques doivent être éliminées avant de faire le diagnostic d'une schizophrénie (Guelfi & American Psychiatric Publishing, 2003) ; (Llorca, 2004) ; (Inserm, 2014).

Les fonctions cognitives sont essentielles pour qu'une personne puisse vivre de façon autonome dans la société. « (...) *un meilleur statut cognitif permet de faciliter les apprentissages dans divers domaines du fonctionnement social et professionnel, permet l'utilisation de stratégies alternatives, aide à la réponse et à l'observance médicamenteuse, favorise la motivation de la personne pour son propre changement et renforce l'estime de soi en favorisant les liens sociaux et familiaux, aboutissant dans l'absolu à une prise en charge globale et optimisée.* » (Giraud-Baro & Roussel, 2017). En effet « 85 % des personnes souffrant de psychose présenteraient des troubles cognitifs, contre 5 % dans la population dite « normale ». » (de

---

<sup>5</sup> [Annexe II](#) : DSM IV : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux 4<sup>e</sup> Ed

Lussac, 2016). La réalisation de travaux en neuropsychologie montre l'importance des déficits cognitifs sur le pronostic de la maladie et sur le fonctionnement psychosocial de la personne souffrant de schizophrénie (Thomas, Bubrowszky, & Jardri, 2009). Plusieurs études démontrent que, concernant la schizophrénie, les fonctions cognitives les plus touchées sont : (Franck, 2012) (Harrois, Ferreri, & Peretti, 2004)

- La mémoire : les personnes souffrant de schizophrénie ont une mémoire de travail déficitaire. Ceci rend difficile le stockage d'une information dans le but de l'utiliser dans un futur proche et de ce fait engendre des difficultés à effectuer plusieurs tâches en parallèle.

- L'attention : Les capacités attentionnelles des personnes souffrant de schizophrénie sont variables. Elles dépendent notamment de la disponibilité de la personne à l'activité, de sa motivation, de l'environnement dans lequel est réalisée l'activité... Les personnes souffrant de schizophrénie présentent des troubles de l'attention sélective. Ceci se traduit par des difficultés à extraire une information spécifique d'un contexte comportant plusieurs informations. « *Le déficit observé dans les épreuves évaluant l'attention sélective chez les schizophrènes se traduit par une diminution des capacités de détection (par exemple, traverser la rue au feu vert), une augmentation des phénomènes d'interférence quand la tâche requiert le traitement simultané de deux stimuli (comme lire avec de la musique) et une perturbation de l'inhibition (Test de Stroop).* » (Harrois, Ferreri, & Peretti, 2004).

- Les fonctions exécutives : « *Les fonctions exécutives entrent en jeu dans la planification d'une action. Leur atteinte est responsable d'un déficit comportemental, d'une baisse de l'efficacité et d'une perte d'autonomie.* » (Harrois, Ferreri, & Peretti, 2004). La personne souffrant de schizophrénie a des difficultés à conceptualiser les étapes nécessaires à la réalisation d'une tâche dans sa globalité. Cela se traduit par des difficultés à s'adapter aux situations non-routinières, qui nécessitent que la personne fasse des choix et élabore un plan d'action à mettre en œuvre dans le but de réaliser la tâche prescrite.

- La cognition sociale : la cognition sociale se réfère à la manière dont un individu perçoit, traite et interprète les informations dans le domaine social. Les troubles de la cognition sociale se manifestent par des difficultés à prendre des décisions, à respecter les conventions sociales ou encore à interpréter correctement ses émotions et ses intentions ainsi que celles des autres (Théorie de l'esprit). (Franck, 2012)

Enfin, selon le DSM IV, « *La majorité des sujets présentant une Schizophrénie n'ont que peu d'insight concernant le fait qu'ils ont une maladie psychotique* ». Ceci signifie qu'elles n'ont pas conscience d'être atteintes d'une maladie mentale : elles sont anosognosiques. L'anosognosie est un trouble neuropsychologique qui concerne 60 % des personnes souffrant de schizophrénie (Inserm, 2014). Il explique

que certaines personnes souffrant de schizophrénie ne reconnaissent pas la nécessité d'une hospitalisation.

Tous les symptômes ne sont pas permanents, ni présents en même temps. L'expression des symptômes varie d'un individu à l'autre. Le début de la maladie est caractérisé par la phase prodromique chez 75 % des personnes souffrant de schizophrénie (Delamillieure, Couleau, & Dollfus, 2009) (Le Galudec, Stephan, Mascret, Bourgin, & Walter, 2011). Elle se définit par l'apparition de symptômes non-spécifiques précédant un premier épisode psychotique. Ces symptômes peuvent se manifester par des signes névrotiques, thymiques, une modification de la volition, des troubles cognitifs, des signes somatiques ou encore des modifications dans le comportement de l'individu (Delamillieure, Couleau, & Dollfus, 2009). La durée de cette phase est variable de quelques jours à plusieurs années. « *La phase prodromique des troubles correspond à une période de transition entre un état de vulnérabilité aux troubles et l'émergence d'un état psychotique caractérisé.* » (Le Galudec, Stephan, Mascret, Bourgin, & Walter, 2011). Le début de la phase psychotique, appelée aussi période d'état, est défini par l'apparition des premiers symptômes psychotiques. Elle se caractérise par la prévalence de la symptomatologie positive de la schizophrénie comprenant les idées délirantes et les hallucinations.

L'évolution à long terme de la maladie dépend de la précocité, de la qualité de la prise en charge et de l'adhésion du patient à celle-ci (Inserm, 2014). La phase résiduelle évolue dans 25 % à 30 % des cas vers une rémission à l'état fonctionnel antérieur à la maladie, dans 50 % des cas vers un état fonctionnel « disadaptatif » mais stabilisé, sans signes psychotiques et dans 25 % à 30 % des cas vers une détérioration progressive de l'état fonctionnel de la personne (Llorca, 2004).

La phase résiduelle est caractérisée par un état plus ou moins stabilisé depuis plusieurs années de la symptomatologie des personnes souffrant de schizophrénie. Néanmoins, contrairement aux symptômes positifs, les symptômes négatifs et les troubles cognitifs sont peu sensibles aux traitements médicamenteux. Différentes situations de handicap peuvent être retrouvées en rapport aux symptômes résiduels de la maladie. Les symptômes négatifs entraînent une incapacité à agir. La volonté de faire une tâche ou une activité est altérée et le repli sur soi est fréquent. Ainsi, les liens sociaux ne sont plus établis : « (...) *les patients s'isolent, présentent une perte d'intérêt, une difficulté à entreprendre des actions et paraissent insensibles au monde extérieur* » (Inserm, 2014). D'autre part, les fonctions cognitives sont essentielles pour un fonctionnement autonome d'une personne dans sa vie quotidienne. Les troubles cognitifs observés sont donc pour la plupart associés à des répercussions fonctionnelles majeures, limitant ainsi l'inclusion sociale de la personne.

Enfin, il existe des « facteurs subjectifs » pouvant également participer à la formation des situations de handicap. « *Les facteurs subjectifs ont globalement trait à la perception, la représentation qu'a un sujet*

*de lui-même. Cette représentation peut être plus ou moins consciente.* » (Prouteau & Yvon, 2017). Comme nous l'avons cité précédemment, les personnes souffrant de schizophrénie peuvent souffrir d'anosognosie et ne pas avoir conscience de leurs capacités et de leurs limites. De l'ensemble de ces difficultés peut découler un sentiment d'incompétence et un vécu persécutif pour les personnes souffrant de schizophrénie qui majorent le repli et l'isolement social. (Passerieux, 2013).

Dans le cadre de ce travail d'initiation à la recherche, nous nous intéresserons essentiellement à **l'accompagnement des personnes souffrant de schizophrénie en phase résiduelle**, lorsque la **symptomatologie de la phase aiguë est stabilisée**. L'ensemble des symptômes résiduels des personnes souffrant de schizophrénie, présenté précédemment, entraîne des répercussions fonctionnelles majeures dans leur vie quotidienne et a pour conséquence une limitation d'activité et une restriction de participation sociale, familiale et professionnelle : on parle alors de **handicap psychique** (OMS, 2018).

### 3. Handicap psychique, rétablissement et schizophrénie

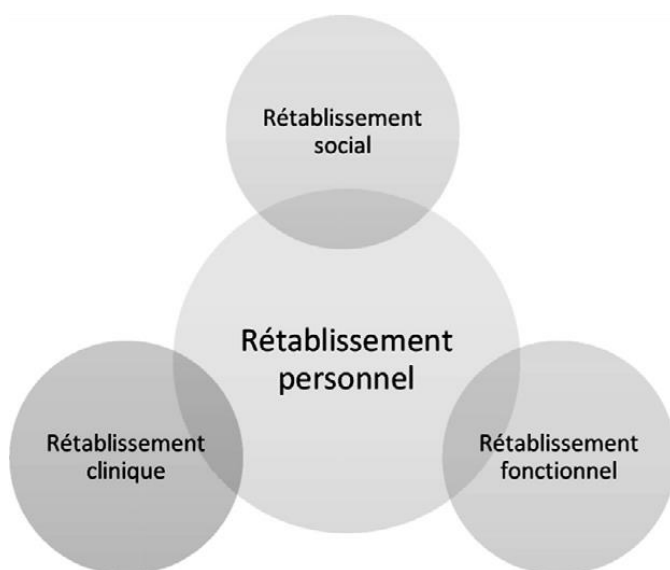
La notion de handicap psychique a été construite pour « *rendre visible une population invisible* » (Unafam, 2019), à savoir les personnes handicapées en raison des conséquences de troubles psychiques, dont la schizophrénie. L'expression apparaît suite au combat mené dans les années 1990, notamment par l'Union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques (Unafam) et va aboutir à la reconnaissance de ce terme par la loi française en 2005 (Unafam, 2019). Selon l'article 2 de la loi n° 2005-102 du 11 février 2005, « *constitue un handicap au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant* ».

L'Unafam propose une définition qui tend à distinguer le handicap psychique et le handicap mental : « *Le handicap psychique est caractérisé par un déficit relationnel, des difficultés de concentration, une grande variabilité dans la possibilité d'utilisation des capacités alors que la personne garde des facultés intellectuelles normales.* » (Unafam, 2019). Il est la conséquence directe des troubles psychiques et nécessite un suivi médical régulier. L'impact de ces troubles sur la personne est parfois sous-estimé, car les troubles sont « invisibles ». Ils entraînent néanmoins des difficultés plus au moins prononcées dans les interactions sociales, pour initier des actions et donc être autonome au quotidien. Les personnes souffrent généralement des stigmatisations et du rejet de la société et l'isolement social est fréquent. Ces troubles sont variables, intermittents et évolutifs, mais n'empêchent pas **le rétablissement de la personne** (Anesm, 2016).

Le rétablissement, en tant que possibilité de se rétablir d'un trouble psychique sévère, tel que la schizophrénie, est une notion récente qui tend à modifier l'image de la maladie, associée à un mauvais

pronostic et une évolution défavorable. « *Le soutien des personnes dans leur processus de rétablissement* » (Anesm, 2016) fait partie des recommandations de bonnes pratiques professionnelles formulées par l’HAS à propos de l’accompagnement des adultes handicapés psychiques. L’un des concepteurs du mouvement du rétablissement, Bill Anthony, explique en 1993 : « *Le rétablissement est un processus foncièrement personnel et unique qui vise à changer ses attitudes, ses valeurs, ses sentiments, ses objectifs, ses aptitudes et ses rôles. C’est un moyen de vivre une vie satisfaisante, remplie d’espoir et productive malgré les limites résultant de la maladie. Le rétablissement va de pair avec la découverte d’un nouveau sens et d’un nouveau but à sa vie, à mesure qu’on réussit à surmonter les effets catastrophiques de la maladie mentale ...* ». (Holué, 2015). Cette définition met en avant la dimension subjective du rétablissement. La subjectivité désigne ici ce qui fait que l’expérience vécue est toujours singulière à la personne. Le rétablissement apparaît alors comme un cheminement personnel pour se réappropriier sa vie et se réinsérer dans la société. Son but n’est pas forcément de vivre sans symptômes, mais de se sentir bien avec soi-même, les autres et dans la société.

Afin de mieux comprendre les besoins des personnes dans leur processus de rétablissement, N. Franck (2017) le définit en quatre dimensions (Figure 1) : le rétablissement clinique réfère à la rémission de la symptomatologie ; le rétablissement fonctionnel caractérise la capacité à faire face de manière la plus satisfaisante possible aux situations de vie quotidienne par appropriation de ses capacités, de ses limitations, de ses troubles et de son traitement ; le rétablissement social qui découle de l’acquisition d’une situation autonome du point de vue de la société (logement, revenu, occupation...). Ce dernier est fortement corrélé aux deux autres dimensions. L’ensemble de ces trois dimensions forme le rétablissement personnel décrit ici comme : « (...) *le retour à une existence satisfaisante pour la personne* ». (Franck, Remédiation cognitive et rétablissement dans les troubles psychiques sévères, 2017).



**Figure 1 :** « Les dimensions du rétablissement (adapté de Van der Stel, 2012). » (Franck, 2017)

La loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016 vise trois objectifs principaux concernant l’organisation de la santé mentale en France : la construction de projets territoriaux de santé

mentale (PTSM), l'organisation des soins autour de la recherche du rétablissement ainsi que l'accroissement des prises en charge ambulatoires et la réduction des hospitalisations. Actuellement, l'organisation de la santé mentale repose sur un équilibre entre soins hospitaliers et soins ambulatoires. Le secteur sanitaire et le secteur médico-social doivent collaborer dans le but de rendre à la personne son statut de sujet et sa place dans la société en tant que citoyen à part entière (Franck & (dir), 2018). L'hospitalisation n'est indispensable que dans les « *rechutes psychiatriques sévères avec troubles du comportement, lorsqu'il existe un haut niveau de suicidalité ou d'hétéro-agressivité, dans les comorbidités entre affections psychiatriques et médicales générales, ainsi que chez les personnes âgées ayant une atteinte physique concomitante* ». (Franck & (dir), 2018). Les structures sanitaires visent au premier plan la recherche puis le maintien d'une rémission symptomatique, permettant à la personne souffrant de troubles psychiques d'accéder le plus rapidement possible à un accompagnement en extrahospitalier favorisant l'inclusion sociale. Lorsque la symptomatologie de la phase aiguë se stabilise, l'accompagnement des personnes souffrant d'une maladie psychiatrique doit combiner des actions de réadaptation et de réinsertion sociale, en plus du traitement médicamenteux afin de prévenir les situations de handicap psychique et ainsi favoriser leur rétablissement : on parle alors de **réhabilitation psychosociale**.

La loi du 11 février 2005, pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, représente un support législatif majeur pour la réhabilitation des personnes en situation de handicap. L'organisation de l'accès à une offre de réhabilitation psychosociale est par ailleurs mentionnée comme un moyen permettant de répondre à la deuxième priorité du projet territorial de santé mentale (PTSM) fixé par le décret 2017-1200 du 27 juillet 2017, découlant de la loi de modernisation du système de santé (Loi 2016-41 article 69) : « (...) *promouvoir un parcours de santé et de vie de qualité et sans rupture notamment pour les personnes présentant des troubles psychiques graves et s'inscrivant dans la durée, en situation ou à risque de handicap psychique, en vue de leur rétablissement et de leur insertion sociale* » (Ministère des solidarités et de la santé, 2018).

## II. REHABILITATION PSYCHOSOCIALE



## 1. Apparition et principes de la réhabilitation psychosociale

Dans la deuxième partie du XXe siècle, les recherches et les limites de la médication, les mouvements valorisant davantage les droits des individus, la désinstitutionalisation ainsi que la valorisation des interventions extrahospitalières ont amené la psychiatrie à revoir sa conception de la maladie mentale et des traitements (Manidi. (dir.), 2006). Dans les années 1950, l'apparition des neuroleptiques fait évoluer la vision de nombreuses psychoses dont la schizophrénie. Ils permettent d'une part, une diminution de la symptomatologie de la phase aiguë, et d'autre part, une réduction des rechutes. Le rétablissement et la réinsertion dans la société des personnes souffrant de maladies psychiatriques jusqu'alors inconcevable, devient possible. Un processus de désinstitutionalisation s'est consécutivement engagé dès les années 1960. Il vise « *l'éradication des hôpitaux psychiatriques avec l'expansion d'institutions thérapeutiques disséminées au sein de la communauté en vue du traitement des malades* » (Vidon, 1995). En France, le mouvement n'ira pas jusqu'à la fermeture des hôpitaux psychiatriques. Néanmoins, la politique de secteur mise en place par la circulaire du 15 mars 1960 a pour objectifs de mieux traiter les malades hospitalisés sous contrainte, de promouvoir la prévention et la post-cure et de favoriser les soins et l'aide psychiatrique à proximité du domicile.

Le retour dans la communauté des malades issus des hôpitaux psychiatriques suscite de nombreuses interrogations. Le syndrome de la porte tournante (« revolving door syndrom ») est un phénomène qui désigne la situation des personnes souffrant de troubles mentaux désinstitutionnalisés qui retournent en institution à intervalle régulier, car ils vivent dans des conditions misérables. Dans son livre, Vidon explique ce qu'il appelle le « *paradoxe malheureux de la désinstitutionalisation : les malades rejetés des hôpitaux dans le but humanitaire de favoriser la « reconquête de leur autonomie », se sont retrouvés trop souvent dans des lieux inhospitaliers ainsi que dans des conditions de vie souvent sordides et sans perspective d'avenir ou espoir de changement.* » (Vidon, 1995). Ce phénomène démontre que, seule, une amélioration de la symptomatologie clinique est insuffisante pour considérer la personne comme rétablie car elle ne s'accompagne que rarement d'une possibilité de réinsertion sociale.

La réhabilitation est un terme provenant des Etats-Unis qui fait son apparition après la Première Guerre Mondiale dans le but de réintégrer les victimes de guerre dans la société. Les objectifs du mouvement de réhabilitation sont de garantir un minimum de droits et de dignité pour l'individu afin d'éviter au maximum l'exclusion sociale, la ségrégation ainsi que la stigmatisation de l'individu par la société. Cette démarche s'appuie sur « *un double mouvement d'adaptation de l'individu à la société dans laquelle il vit, mais aussi d'adaptation de la société à l'individu (...)* » (Dubuis, 1995). Ce concept sera exporté en Europe à partir des années 1950, mais la maladie mentale ne sera prise en considération dans les programmes de réhabilitation seulement dans les années 1960-1970 (Dubuis, 1995).

Le terme psychosocial caractérise un domaine entre la sociologie et la psychologie. Il définit les interactions entre l'individu et son environnement (CRES, 2015). En 1988, Cnaan et als définissent la réhabilitation psychosociale *comme « processus favorisant le rétablissement à un niveau optimal de fonctionnement autonome dans la communauté »* (Tessier & Clement, 1992). Selon cette conception, la réhabilitation psychosociale repose sur deux postulats :

« 1. Il existe en chaque individu une motivation **à développer maîtrise et compétence** dans des domaines de la vie qui vont lui permettre de se sentir indépendant et confiant en lui-même.

2. **De nouveaux comportements peuvent être appris** et les individus sont capables d'y avoir recours et de les adapter pour répondre à leurs besoins de base. » (Tessier & Clement, 1992).

Les principes de la réhabilitation sont alors énoncés au nombre de treize<sup>6</sup>. Ils visent à promouvoir l'utilisation maximale des capacités humaines, le développement des habiletés des individus et favoriser l'autodétermination de ces derniers en reconnaissant leurs droits et leurs capacités à prendre des décisions. De plus ils encouragent la normalisation des individus ainsi que l'individualisation des besoins et des services des usagers. Le thérapeute doit croire aux capacités de l'individu et s'engager envers lui. L'intervention doit être précoce, elle doit viser d'une part, l'environnement de l'individu afin qu'il soit un maximum soutenant pour celui-ci. D'autre part, l'environnement dans un sens plus large, **référant** aux attitudes et modes de fonctionnement de la société. La réhabilitation psychosociale est un processus long et continu : la participation à la réhabilitation psychosociale ne doit pas être limitée dans le temps. Enfin, ce processus soutient que le travail est un élément facilitant la « normalisation » ainsi que l'intégration sociale. Elle veut dépasser le modèle médical traditionnel en donnant la priorité à l'accompagnement social par rapport au médical (Vidon, 1995).

Ces principes mettent l'accent sur l'intégrité et sur les forces de l'individu plutôt que sur sa maladie. L'approche de la réhabilitation psychosociale vise à distinguer l'individu comme un être singulier ayant les ressources internes lui permettant de retrouver son autonomie au sein de la communauté. L'objectif est alors de donner leur place aux personnes souffrant d'un handicap psychique, dans la société. Selon cette approche, seule l'amélioration de la symptomatologie ne suffit pas à assurer l'insertion d'une personne souffrant d'une maladie psychiatrique à la vie quotidienne dans notre société. « *Pour un patient la reprise de la vie à l'extérieur ou celle d'un travail est difficile à reconstituer car il subit des processus de réussites et d'échecs, de continuités et de ruptures. Il s'agit donc d'une mise à l'épreuve en même temps que d'une situation de socialisation.* » (Person, 2016). En réponse à ce constat, la réhabilitation psychosociale propose un accompagnement selon deux axes distincts : « (...) un ensemble d'actions de soins à l'intention de la personne souffrant de troubles psychiques, et un ensemble d'actions en direction de la société afin qu'elle

---

<sup>6</sup> [Annexe III](#) : Les grands principes de la réhabilitation psychosociale selon Cnaan (1988)

soit plus porteuse, et plus apte à l'accueillir. » (Leguay, et al., 2008). Dans ce mémoire d'initiation à la recherche, je m'intéresserai aux **actions de soins à l'intention des personnes souffrant de schizophrénie** et plus particulièrement à **l'apprentissage et au transfert des compétences psychosociales dans leurs activités de vie quotidienne**.

## 2. Les compétences psychosociales

La définition de la réhabilitation psychosociale, selon Saraceno, introduit la notion de **compétences psychosociales** : « Ensemble des processus directs et indirects tendant à diminuer les stigmates de la maladie et à augmenter les compétences psychosociales des patients désinsérés et en fin de compte à développer à l'intérieur de la communauté de concrètes opportunités "de possibilités de vie" » (Saraceno, 1995). L'augmentation des compétences psychosociales permettrait alors de favoriser la réhabilitation psychosociale des personnes souffrant d'un handicap psychique. Selon la littérature, la compétence est un concept complexe regroupant plusieurs notions qui se combinent pour n'en former qu'une. « Une compétence n'est pas un élément isolé, c'est la combinaison savamment réalisée de savoirs, de capacités et d'attitudes à réunir dans un contexte donné pour résoudre un problème identifié. » (La Clainche, 2008). Pour comprendre cette définition, il faut s'intéresser à celle des termes qui la composent, soit aux termes de : savoir, capacité, et attitude. Le savoir correspond aux connaissances de la personne, la capacité réfère à l'aptitude de la personne à utiliser son savoir et l'attitude est définie comme une manière d'être qui manifeste certains sentiments ou comportements (Larousse ; 2019). De plus « Les compétences se réfèrent toujours à des personnes. Il n'existe pas de compétences sans individus. » (Le Boterf, Construire les compétences individuelles et collectives : la compétence n'est plus ce qu'elle était., 2005). Elles sont donc singulières et spécifiques à chaque individu et peuvent être développées par l'apprentissage.

Les compétences psychosociales sont définies par l'OMS en 1993 : « Les compétences psychosociales sont la capacité d'une personne à répondre avec efficacité aux exigences et aux épreuves de la vie quotidienne. C'est l'aptitude d'une personne à maintenir un état de bien-être mental, en adoptant un comportement approprié et positif à l'occasion des relations entretenues avec les autres, sa propre culture et son environnement. » (CRIPS, 2018). Elles sont aujourd'hui reconnues comme un déterminant de la santé physique et mentale ainsi que du bien-être. Le développement des compétences psychosociales est un axe d'intervention majeur dans le développement des compétences individuelles, dont la promotion est le quatrième axe de la Charte d'Ottawa (OMS, 1996). L'OMS précise que : " (...) particulièrement, quand les problèmes de santé sont liés à un comportement, lui-même lié à une incapacité de répondre efficacement au stress et aux pressions de la vie, l'amélioration de la compétence psychosociale permet d'agir et d'améliorer ces comportements et ainsi contribuer à la promotion de la santé et du bien-être ». (CRIPS,

2018). Les compétences psychosociales se situent donc au carrefour de la promotion de la santé et de la prévention des problèmes de santé.

En 1993, l'OMS liste dix compétences psychosociales présentées par couple : savoir résoudre des problèmes et savoir prendre des décisions ; avoir une pensée créative et avoir une pensée critique ; savoir communiquer efficacement et être habile dans les relations interpersonnelles ; avoir conscience de soi et avoir de l'empathie ; savoir réguler ses émotions et savoir gérer son stress. Ces compétences sont reprises en 2001 et regroupées en trois grandes catégories : les compétences sociales, cognitives et émotionnelles. (Luis & Lamboy, 2015) (Le Floch & Noguero, 2016) (Equipe de PromoSanté IdF, 2019)

- Les compétences sociales concernent la relation à l'autre et la capacité à communiquer. Elles regroupent les compétences verbales, non-verbales, l'empathie (écouter et comprendre les autres), la négociation, la coopération ainsi que les compétences de persuasion et d'influence.
- Les compétences cognitives sont liées aux connaissances et aux opérations intellectuelles. Elles regroupent la capacité à prendre des décisions, à résoudre des problèmes mais aussi la capacité à l'auto-évaluation et à avoir une pensée critique. Elles permettent de s'adapter à des situations non-routinières, d'analyser l'influence et les intentions d'autrui, d'avoir conscience de nos valeurs, attitudes, normes, croyances et de pouvoir identifier les informations pertinentes à nos besoins.
- Les compétences émotionnelles sont relatives à nos émotions, à notre vécu, elles définissent notre manière de percevoir les choses. Elles comportent les compétences de régulation émotionnelle, de gestion du stress, d'auto-évaluation. Elles servent à réguler les émotions (anxiété, colère, deuil...), à faire face à des situations stressantes et favorisent la confiance et l'estime de soi.

Lorsqu'on parle de développement des compétences psychosociales de l'adulte, il ne s'agit pas d'apprendre de nouveaux comportements à la personne, mais plutôt de favoriser le changement ou l'adaptation de ses attitudes et de ses comportements déjà installés. « *Les compétences psychosociales se construisent à travers l'expérimentation (de soi), l'observation (d'autrui), la communication (interaction entre soi et autrui).* » (CRES, 2015). Elles sont le résultat d'une combinaison d'expériences de vie subjectives auxquelles chacun se confronte et pour lesquelles nous devons élaborer des stratégies d'adaptation. La subjectivité désigne ici ce qui fait que l'expérience vécue est toujours singulière, propre à la personne. Une personne souffrant de schizophrénie vit au quotidien les signes visibles et invisibles de la maladie et doit organiser sa vie en prenant en compte les caractéristiques de la maladie. Un paradoxe apparaît alors : l'anosognosie et l'isolement social réduisent les possibilités d'interaction et d'expérimentation, ce qui limite le développement des compétences psychosociales des personnes souffrant de schizophrénie. Néanmoins, ces compétences sont nécessaires afin d'avoir des relations appropriées avec les autres et donc pour s'insérer dans la société.

C'est pourquoi le développement des compétences psychosociales apparaît dans une large variété d'outils de réhabilitation psychosociale tels que l'éducation thérapeutique (ETP) dans laquelle on parle de compétence d'auto-soin et d'adaptation, en remédiation cognitive (RC) où l'on travaille majoritairement sur les compétences cognitives et l'entraînement aux habiletés sociales (EHS), utilisé pour le renforcement des compétences sociales.

### 3. Schizophrénie et processus de réhabilitation psychosociale

En ce qui concerne la prise en charge des personnes souffrant de schizophrénie en période de crise, une hospitalisation à plein temps est souvent nécessaire pour la personne afin de revoir ou d'ajuster le traitement médicamenteux. Cependant, la prise en charge se doit d'être réalisée au maximum en extrahospitalier, entre autres, par le biais des Centres Médico-psychologiques (CMP) qui permettent un accès ambulatoire aux soins, tout en continuant d'être intégré dans la ville, pour favoriser l'intégration de la personne souffrant de schizophrénie dans la société. La réhabilitation psychosociale est actuellement utilisée dans de nombreuses structures d'accueil extrahospitalières telles que les Hôpitaux De Jour (HDJ), les Centres Médico-psychologiques (CMP), les Centres d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel (CATTP) entre autres. Toutes ces structures assurant ou non l'hébergement sont des alternatives à l'hospitalisation complète.

Au sein de ces structures, les modes de prise en charge ont un objectif nouveau et différent de l'intrahospitalier. Il s'agit de faire bénéficier l'utilisateur d'une transition entre l'hospitalisation complète et la vie à l'extérieur. En phase résiduelle, lorsque la symptomatologie de la phase aiguë se stabilise, la personne souffrant de schizophrénie peut rencontrer différentes situations de handicap en rapport avec les symptômes résiduels résistant aux traitements médicamenteux. Il faut joindre des accompagnements psychothérapeutiques et psychosociaux aux traitements médicamenteux afin d'augmenter ses compétences psychosociales et permettre à la personne de s'insérer de façon la plus autonome, adaptée et sécurisée possible dans la société.

Dans cet objectif la personne souffrant de schizophrénie stabilisée entre dans le processus de réhabilitation psychosociale (Inserm, 2014). L'ouvrage de Nicolas Franck publié en 2018 propose une définition actualisée de la réhabilitation psychosociale faisant référence au **rétablissement** : « *La réhabilitation psychosociale désigne des pratiques et une posture qui promeuvent les capacités à décider et à agir des personnes ayant des troubles mentaux sévères. Elle a pour enjeu de favoriser le rétablissement personnel et l'inclusion sociale de ces personnes, en tenant compte de la nature et de la complexité de leurs difficultés et de leurs besoins, en s'appuyant sur leurs capacités préservées et en respectant leurs choix.* ». Il ajoute « *Elle concerne tous les professionnels intervenant dans le domaine de la santé mentale, dont*

*l'objectif principal doit être le soutien du rétablissement.* ». (Franck & (dir), Traité de réhabilitation psychosociale, 2018). Dans le modèle médical, le rétablissement se réfère à la guérison, il est caractérisé par une diminution ou une disparition des symptômes de la maladie. En revanche, dans une démarche de réhabilitation psychosociale, on insiste sur le fait que la personne peut apprendre à bien vivre avec les limites de ses invalidités et un soutien environnemental optimal. Il ne s'agit plus ici seulement d'une guérison clinique, le rétablissement est évalué par la capacité de la personne à trouver un sens à la vie et par la capacité de prendre ses responsabilités et être acteur de son rétablissement (Favrod & Scheder, 2004).

Nicolas Franck décrit la réhabilitation psychosociale comme un processus. La première étape du processus consiste en une phase de diagnostic. Il s'agit d'évaluer la disponibilité de la personne souffrant de schizophrénie à la réhabilitation psychosociale, c'est-à-dire sa volonté et sa motivation à participer à des activités de réhabilitation psychosociale. En effet, la réhabilitation psychosociale est un processus personnel, qui nécessite que la personne soit prête à s'y engager pour être efficace. Cette étape est plus ou moins longue selon les troubles de la personne souffrant de schizophrénie. Par exemple, une personne souffrant d'anosognosie ou encore d'apragmatisme aura des difficultés à se lancer dans un tel processus. Un travail de préparation préalable est parfois nécessaire afin que la personne soit en confiance, prenne conscience que cette démarche peut lui apporter et ait la volonté d'être acteur de son rétablissement. Une fois prête, la personne est accompagnée afin de définir l'objectif global attendu de ce processus et pour établir un projet de vie dans l'environnement dans lequel il souhaite vivre. L'équipe pluridisciplinaire propose ensuite différentes évaluations dont le but est « (...) de mettre à jour les habiletés nécessaires à la satisfaction de l'utilisateur au sein de l'environnement choisi. » (Franck & (dir), 2018). Ce sont des évaluations fonctionnelles permettant d'observer les capacités de la personne à être autonome dans ses activités de vie quotidienne, ses ressources (éléments facilitateurs) et ses limitations.

La seconde étape, indissociable de la première, consiste à définir un plan de réhabilitation psychosociale à partir des évaluations réalisées au préalable. « *En pratique, la planification est réalisée à l'occasion d'une restitution des résultats de l'évaluation et d'une discussion entre l'utilisateur et les professionnels* ». Ce plan est donc réalisé dans une dynamique de collaboration entre les différents professionnels et la personne en demande de soins. Il est adapté en fonction de son projet de vie, de ses capacités et de ses ressources. Il définit les objectifs de la prise en soin du court au long terme et spécifie les méthodes thérapeutiques à employer ainsi que les professionnels responsables de l'accompagnement de cette personne. La troisième et dernière étape est la mise en œuvre du plan d'intervention (Franck & (dir), 2018).

En référence au modèle de « vulnérabilité-stress-compétences », les méthodes de réhabilitation psychosociale précédemment citées visent à développer les « facteurs de protection » des personnes atteintes de schizophrénie (Roussel et al., 2011). L'entraînement des habiletés sociales (EHS), les programmes

d'éducation thérapeutique du patient (ETP) et de remédiation cognitive, couplés à la prise en charge médicamenteuse et au soutien social et familial, sont autant de facteurs de protection pour éviter une rechute de la maladie (Hamon-Delbar & Magneron, 2013). La mise en œuvre de ces programmes répond à des principes qui s'inspirent du modèle cognitivo-comportemental (Chambon et Marie-Cardine, 1992) dont l'hypothèse principale est : « *Une modification des schémas de pensée liée à un apprentissage de comportements adaptés permettra à la personne d'augmenter ses capacités à vivre en société.* » (Morel-Bracq, 2017). Les changements de comportement sont possibles s'il y a un apprentissage et un transfert de celui-ci dans la vie quotidienne qui conduit la personne à agir différemment. « Apprendre » signifie modifier son comportement et ses représentations, traiter l'information pour pouvoir la mémoriser et la réutiliser dans des situations proches du contexte dans lequel l'information a été apprise (Raynal & Reunier, 2014). La symptomatologie des personnes atteintes de schizophrénie, définie dans la première partie, provoque des situations de handicap. La réhabilitation psychosociale préconise une combinaison de différentes stratégies permettant de développer des comportements par l'apprentissage de compétences psychosociales, chez des personnes souffrant de schizophrénie, afin qu'elles puissent vivre de façon la plus autonome possible, au quotidien, en surmontant les situations de handicap. Le transfert de ces apprentissages, s'il s'établit, leur permet de transformer ces apprentissages en actes qu'ils réutilisent de manière autonome dans la vie quotidienne.

### III. ERGOTHERAPIE, APPRENTISSAGE ET TRANSFERT DE COMPETENCES

#### 1. Apprentissage expérientiel

Il a été dit dans la partie précédente que les compétences psychosociales d'une personne dépendent de ses expériences. Cela sous-entend un apprentissage permanent par l'expérimentation. « *A la différence du débutant, l'expert sait improviser grâce à l'intelligence des situations qu'il a acquise au cours des expériences variées et fortement contextualisée de sa vie* » (Le Boterf, Construire les compétences individuelles et collectives : la compétence n'est plus ce qu'elle était., 2005). En outre, plus une situation est vécue, plus elle a de chance de s'inscrire dans la mémoire à long terme. Or, « *Il y a apprentissage lorsque les compétences et connaissances modifient la mémoire à long terme.* » (Le Boterf, 2005). L'auteur montre l'importance de l'expérience dans la compétence, mais aussi l'intérêt de la répétition et de l'entraînement aux situations dans le développement des compétences d'une personne. Selon lui, c'est donc la répétition de mises en situation qui favorise le développement de la compétence. Enfin, dans l'édition de 2010 de son ouvrage sur les compétences individuelles et collectives, Le Boterf démontre que les mises en situation permettent « *d'apprendre à combiner plusieurs ressources, plusieurs champs disciplinaires pour analyser et résoudre une situation-problème.* » (Le Boterf, 2010). En effet, lors d'une mise en situation, la personne adapte, mobilise et combine ses différentes ressources pour agir de manière efficace, compétente. Par exemple, pour réaliser un repas, la personne va combiner de multiples ressources pour lire une recette, utiliser les ustensiles de cuisine, connaître les ingrédients et les quantités dont elle a besoin...

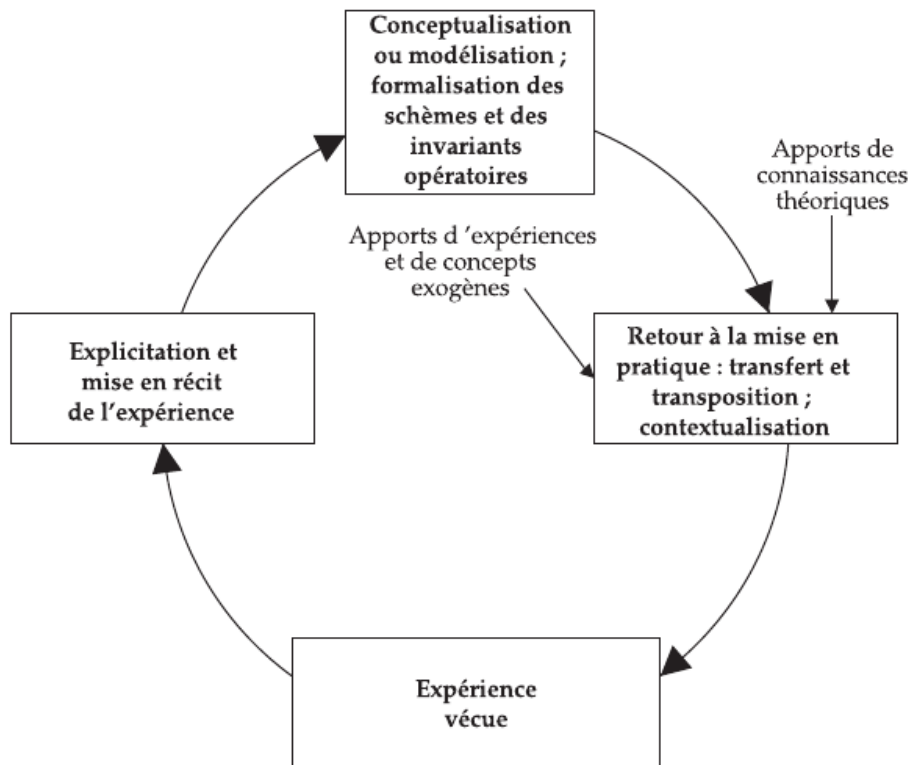
Il existe différentes méthodes **d'apprentissage utilisant la répétition et l'expérience comme outils**. La boucle d'apprentissage ci-dessous (Cf figure 2) a été développée et schématisée par Guy Le Boterf (Le Boterf, 2010). La démarche de Le Boterf comprend quatre étapes pour l'apprentissage d'une tâche en vue de la construction des compétences :

- La première étape du cycle est représentée par le moment de **l'expérience vécue**. Elle est **indispensable à l'élaboration de l'apprentissage**. « *Sans ce moment initial, le cycle d'apprentissage ne peut fonctionner. Ce dernier ne peut être mis en œuvre que si le sujet est confronté à des situations qui peuvent être saisies comme des opportunités d'apprentissage* » (Le Boterf, 2010). Il faut donc que la personne ait l'opportunité d'agir pour enclencher le cycle d'apprentissage. A ce moment la personne n'est pas forcément consciente de l'action qu'elle fait, elle peut réussir ou échouer sans en connaître les raisons. Néanmoins, toutes les situations ne sont pas automatiquement des opportunités d'apprentissage. Par la répétition de l'expérimentation dans un même contexte d'activité, la personne peut acquérir des routines en agissant selon un cycle de répétition. Dans cette situation, l'apprentissage ne dépasse pas le stade du conditionnement et de ce fait la personne sera en difficulté dans les situations qui lui sont inconnues.
- La seconde étape du cycle correspond à **un temps de réflexion autour de la situation vécue par la personne dans le but de l'expliquer**. Il s'agit de mettre en mots la situation vécue. Faire ce récit permet à la personne de prendre de la distance par rapport à ce qu'elle a vécu en racontant son histoire. Lors de cette étape, l'apprenant doit se distancer de l'action, afin de la raconter, comme



s'il avait été observateur. Il va analyser sa propre pratique, les ressources qu'il a utilisées, et celles qu'il a oubliées, ce qui permet d'élaborer une représentation de l'action. Cependant, l'explication n'est pas toujours un reflet de la réalité, elle a une part subjective. « *La représentation de l'action n'est jamais strictement identique à l'action. La représentation est toujours une réinterprétation, une reconstruction de ce qu'elle veut représenter.* » (Le Boterf, 2010). De plus, cette réflexion n'est pas spontanée : « *Son apprentissage et sa réalisation supposent bien souvent l'intervention d'un « médiateur » ou d'un coach.* » (Le Boterf, 2010). Les différents professionnels de santé peuvent jouer ce rôle de médiateur et accompagner la personne dans la verbalisation. Celui-ci ne doit pas influencer le récit de la personne, son rôle est de poser des questions ouvertes permettant à la personne de se distancer et d'avoir une vision la plus globale possible de sa situation.

- La troisième étape nommée **conceptualisation ou modélisation consiste en l'analyse de la situation**. C'est lors de cette étape que la personne va tirer des conclusions et essayer d'améliorer sa pratique. En effet, elle va cibler les ressources et stratégies qu'elle a omises, et qu'elle pourra mettre en place dans des situations futures. Elle s'auto-évalue, ce qui la rend active, et lui fait prendre conscience qu'elle peut agir sur sa façon de faire et sur ses apprentissages. « *Cette prise de distance peut accroître la motivation à apprendre : en prenant conscience qu'il peut contrôler son action, le sujet se rend compte qu'il peut influencer le résultat de son action et que les efforts d'apprentissage qu'il doit consentir ne sont pas vains.* » (Le Boterf, 2010). L'expérimentation permet donc à la personne de se rendre compte de sa capacité d'agir.
- La dernière étape consiste pour la personne à **mettre en pratique sa réflexion, en prenant en compte ses nouveaux apprentissages**. On parle alors de « **transfert des acquis** ». Le transfert peut se faire sur une situation différente mais plus ou moins proche de la première afin d'observer la capacité de la personne à s'accommoder aux nouveautés qu'elle rencontre grâce aux apprentissages acquis dans les étapes précédentes. Cette transposition peut également être effectuée dans une situation semblable à l'expérience initiale afin que la personne puisse se rendre compte de son évolution. La répétition d'une même situation permet à la personne de comparer les stratégies qu'elle a adoptées dans les deux situations, juger celle qui a été la plus adaptée et estimer ce qu'il reste encore à améliorer. Le fait de constater par soi-même son évolution peut ainsi déclencher un sentiment d'auto-efficacité et devenir une motivation pour la suite des apprentissages (Le Boterf, 2010).



**Figure 2 : Boucle d'apprentissage de Guy Le Boterf (Le Boterf, 2010)**

La boucle d'apprentissage a donc plusieurs intérêts pour la personne en apprentissage :

- Apprendre en expérimentant, en s'entraînant, par répétition.
- Se rendre compte en situation de sa capacité à agir.
- Prendre conscience qu'il peut agir sur sa pratique et sur ses apprentissages.
- Prendre du recul par rapport à sa pratique et s'auto-évaluer afin de la faire évoluer.
- Développer son sentiment d'auto-efficacité et accroître sa motivation à agir.

Cette méthode paraît applicable à l'apprentissage des compétences psychosociales par une personne souffrant de schizophrénie dans un processus de réhabilitation psychosociale. Dans ce processus, la personne est accompagnée par différents professionnels de santé et socio-éducatifs : infirmiers, éducateurs, psychologues, assistants sociaux, ergothérapeutes... L'ergothérapie est une profession dont la pratique est basée sur l'activité humaine. « (...) le patient présente une situation/problème. Cette situation est discutée, des solutions sont proposées, et une action est choisie pour résoudre la difficulté. Enfin il y aura une évaluation du résultat. » (Person, 2016). L'ergothérapeute semble être une personne ressource dans l'apprentissage et le transfert dans la vie quotidienne des compétences psychosociales par expérimentation.

## 2. Ergothérapie et réhabilitation psychosociale

L'ergothérapie est une profession paramédicale, s'exerçant dans le domaine sanitaire et social. La notion d'ergothérapie apparaît à partir des années 1970 suite à la reconnaissance de la dimension thérapeutique des activités. « *Vos activités sont le reflet de ce que vous êtes et elles donnent du sens à la vie. Si vous êtes incapable d'accomplir les choses que vous souhaitez ou devez réaliser, votre bien-être général et donc votre santé en seront affectés. Les occupations d'une personne se retrouvent ainsi étroitement liées à sa qualité de vie et au sens donné à son existence !* » (ANFE, 2019).

L'ergothérapeute est un professionnel de santé qui fonde sa pratique sur le lien entre l'activité humaine et la santé en s'appuyant sur l'interaction personne-activité-environnement. La personne est définie par ses caractéristiques, ses capacités et ses déficiences. Le terme d'activité se rapporte au terme anglo-saxon d'« occupation » définie comme : « (...) *un groupe d'activités, culturellement dénommées, qui ont une valeur personnelle et socioculturelle et qui sont le support de la participation à la société* » (Ministère de la santé et des sports, 2010). Elle représente les activités, tâches, rôles que les individus veulent et doivent réaliser au quotidien et au cours de leur vie. Lorsqu'on parle d'environnement en ergothérapie, cela se réfère à l'ensemble des facteurs humains et matériels composant le quotidien de la personne. Ces facteurs peuvent créer ou au contraire supprimer des obstacles pour la personne. Ils incluent les influences physiques, sociales, culturelles, politiques et technologiques. La réalisation des activités, soutenue par les facteurs personnels et environnementaux, constitue la performance occupationnelle : « *La participation occupationnelle entraîne la participation et le bien-être lorsqu'il y a une adéquation entre l'environnement et la personne, tel à soutenir le client dans ses occupations de façon optimale* » (Margot-Cattin, 2017).

L'ergothérapie est réglementée par les articles L4331-1 et R4331-1 du Code de la santé publique ainsi que par l'arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'Etat d'ergothérapeute. Ce dernier définit l'ergothérapeute comme « (...) *l'intermédiaire entre les besoins d'adaptation de la personne et les exigences de la vie quotidienne en société* ». (Ministère de la santé et des sports, 2010). Cette pratique concerne les personnes de tous les âges souffrant de difficultés d'ordre physique, sensoriel et/ou psychique. L'ergothérapeute exerce dans le domaine médical, professionnel, éducatif et social : il peut intervenir dans les institutions sanitaires, médico-sociales et sociales mais aussi, à l'extérieur des institutions, dans les milieux de vie par exemple au domicile des personnes, sur leur lieu de travail ou encore à l'école. Dans le secteur psychiatrique, l'ergothérapeute peut exercer sa pratique dans différentes structures intrahospitalières ou extrahospitalières.

En ce qui concerne la prise en charge des personnes souffrant de schizophrénie, l'ergothérapeute a une place en intrahospitalier au moment de la gestion de la crise (hôpital psychiatrique, clinique, ...). En phase de rémission, les symptômes de la phase aiguë sont stabilisés. Néanmoins, des personnes souffrant de

schizophrénie présentent des difficultés pour accomplir les actes de la vie quotidienne et s'insérer dans la société. Le travail en extrahospitalier tend à promouvoir une réinsertion sociale, autour d'un projet de réhabilitation psychosociale afin que la personne développe une autonomie et une qualité de vie suffisante pour vivre en société.

Comme nous l'avons vu précédemment, la réhabilitation psychosociale vise le rétablissement de la personne à un niveau optimal de fonctionnement autonome dans la communauté. Elle recouvre deux dimensions : « (...) *un versant sanitaire ayant pour but la préservation du potentiel fonctionnel et la prévention du handicap ; un versant communautaire qui se développe dans le milieu de vie et vise à maintenir la meilleure autonomie et insertion possible.* » (Giraud-Baro & Roussel, Place de la remédiation cognitive dans le dispositif sanitaire et liens avec le secteur médico-social, 2012). Selon sa définition, l'ergothérapie est une pratique qui répond aux deux versants, sanitaire et communautaire, de la réhabilitation psychosociale. L'ergothérapeute est l'expert de la relation entre la personne, ses activités de vie quotidienne et son environnement ce qui lui permet d'avoir une vision globale des besoins et des souhaits de prise en charge de l'individu. D'autre part, comme le souligne Person « *un des maîtres mots qui qualifie l'ergothérapie aujourd'hui c'est l'« adaptation »* » (Person, 2007, p.169). Or, la réhabilitation psychosociale nécessite justement « *un double mouvement d'adaptation de l'individu à la société dans laquelle il vit, mais aussi d'adaptation de la société à l'individu (...)* » (Dubuis, 1995). L'ergothérapie apparaît comme une profession essentielle à l'accompagnement de la personne souffrant de schizophrénie en réhabilitation psychosociale. Par ailleurs, la mise en œuvre d'activité de réhabilitation psychosociale est inscrite dans le référentiel des compétences de l'ergothérapeute (arrêté du 5 juillet 2010).

L'ergothérapeute peut intervenir dans différentes approches de réhabilitation psychosociale telles que l'éducation thérapeutique du patient, la remédiation cognitive ou l'entraînement aux habiletés sociales. Dans la pratique, l'ergothérapeute « (...) *utilise des exercices, des jeux, des activités d'artisanat, des activités projectives ou des mises en situation d'activités quotidiennes, des tâches domestiques, des gestes professionnels, des activités sociales, culturelles ou sportives... Tout au long de ces mises en situation, l'ergothérapeute évalue la personne en activité dans son environnement. Selon les nécessités, il apporte des conseils et adapte les éléments liés à la personne, à l'activité ou à l'environnement pour favoriser une activité adaptée et sécurisée et lutter contre les situations de handicap.* » (Arrêté du 5 juillet 2010). Toutes ces activités sont des occasions d'expérimentation pour les personnes souffrant de schizophrénie. De plus, l'ergothérapeute est expert dans le domaine des activités. Il a la capacité d'analyser les différentes ressources utilisées par la personne en action et peut donc observer celles qui sont déficitaires et qui constituent les situations de handicap. « *C'est un travail dans lequel le patient présente une situation/problème. Cette situation est discutée, des solutions sont proposées, et une action est choisie pour résoudre la difficulté. Enfin il y aura une évaluation du résultat.* » (Arrêté du 5 juillet 2010) (Person, 2016).

### 3. Les mises en situation d'activités en ergothérapie

Un postulat de la pratique de l'ergothérapie est que « *L'occupation engendre la dignité, la compétence et la santé.* » (Pierce & Traduction : Morel-Bracq, 2016). C'est pourquoi : « *L'objectif de l'ergothérapie est de maintenir, de restaurer et de permettre les activités humaines de manière sécurisée, autonome et efficace, et, ainsi, de prévenir, réduire ou supprimer les situations de handicap pour les personnes, en tenant compte de leurs habitudes de vie et de leur environnement.* » (Arrêté du 5 juillet 2010). L'ergothérapeute a un rôle à jouer dans l'accompagnement d'une personne, dans l'apprentissage et le transfert dans le quotidien de compétences psychosociales, dans la mesure où celles-ci peuvent provoquer des situations de handicap. Par exemple, l'apragmatisme est un trouble retrouvé chez de nombreux patients souffrant de schizophrénie. Or la spécificité de l'ergothérapeute est qu'il utilise l'activité comme objectif à atteindre mais également comme outil thérapeutique. « *Leur permettre d'agir à nouveau de manière adaptée, et de faire en sorte que l'action soit comprise, correspond déjà à un facteur d'épanouissement personnel.* » (Person, 2016). A travers des activités, l'ergothérapeute va permettre à la personne souffrant de schizophrénie de s'identifier à travers une action dont elle est actrice. Cependant, une activité choisie au hasard n'est pas thérapeutique, elle le devient si l'ergothérapeute l'adapte à la personne afin que l'activité proposée prenne du sens pour elle. « *Toutefois pour obtenir cela, l'ergothérapeute devra bien connaître le tissu social et culturel dans lequel évoluait antérieurement le patient.* » (Person, 2016)

Avant de réfléchir à un plan d'intervention en collaboration avec le patient, il est primordial que tous les professionnels de santé, dont l'ergothérapeute, prennent connaissance de la situation de handicap. Lorsqu'un patient entre dans le processus de réhabilitation psychosociale, la première étape, à savoir l'évaluation, ne consiste plus seulement à des évaluations psychiatriques, mais plutôt à des évaluations fonctionnelles. « (...) *selon des termes de G. Deleu : 'Cette évaluation permet de poser un diagnostic fonctionnel qui fait apparaître les habiletés à développer chez la personne et les ressources/soutiens à développer dans son environnement'*. » (Person, 2016). Un des objectifs de l'ergothérapeute en réhabilitation psychosociale « (...) *est de mettre le patient en situation d'action concrète, de tester ses motivations en fonction d'un projet de soins et d'un projet de réinsertion* » (Person, 2016). Pour cela, l'ergothérapeute utilise des mises en situation en milieu écologique, c'est-à-dire dans un environnement reproduisant au mieux les conditions du lieu de vie du patient. Le terme d'évaluation écologique est utilisé lorsque l'ergothérapeute s'intéresse aux interactions entre la personne, son occupation et son environnement, ainsi qu'à leurs influences sur sa capacité à réaliser une tâche. « *L'écologie, ou l'interaction entre l'homme et son environnement, influence tant le comportement humain que la performance, celle-ci ne pouvant être comprise, voire évaluée, en dehors de son contexte* ». (Caire, 2008). Ainsi, les mises en

situation écologiques en ergothérapie permettent d'observer et d'évaluer l'efficacité réelle de la personne dans une activité de vie quotidienne.

La littérature évoque peu les mises en situation comme moyen thérapeutique. Néanmoins, les mises en situation ne sont pas forcément à visée évaluative. Dans la pratique, il est fréquent de voir des patients s'entraîner à réaliser des activités du quotidien lors des séances d'ergothérapie. D'après le référentiel d'activité et de compétences de l'ergothérapeute, les mises en situation sont également utilisées comme moyen thérapeutique. « Compétence 2 : Mettre en œuvre des activités de soins, de rééducation, de réadaptation, de réinsertion et de réhabilitation psycho-sociale en ergothérapie. » (Arrêté du 5 juillet 2010). Deux types de mises en situation sont évoqués :

- Les mises en situation d'activités de rééducation visant le développement de compétences : « Mise en situation d'activités à visée thérapeutique en individuel ou en groupe, visant le développement des capacités motrices, sensorielles, cognitives, comportementales, d'interaction et de communication. » (Arrêté du 5 juillet 2010).
- Les mises en situation d'activités de réadaptation, de réinsertion et de réhabilitation psychosociale visant le transfert des acquis dans le quotidien de la personne en soin : « Mise en situation d'activités thérapeutiques dans le contexte de vie de la personne visant le transfert des acquis dans les situations de vie au quotidien. » (Arrêté du 5 juillet 2010).

Comme nous l'avons vu précédemment, Le Boterf développe spécifiquement une méthode d'apprentissage par la mise en situation, alternant cycliquement l'expérimentation et la verbalisation. Celle-ci semble transposable à la pratique de l'ergothérapeute, utilisant la mise en situation comme moyen thérapeutique pour favoriser l'apprentissage ainsi que le transfert des compétences psychosociales.

**Mais cela se vérifie-t-il dans la pratique ? Les mises en situation sont-elles utilisées par les ergothérapeutes dans l'objectif de développer les compétences sociales des personnes souffrant de schizophrénie ? Comment optimiser l'apprentissage et le transfert de compétences psychosociales par la mise en situation d'activité ?**

## PARTIE EXPERIMENTALE

# I. METHODOLOGIE DE L'ENQUETE

Cette partie concerne l'élaboration de mon enquête. Je commencerai par rappeler la problématique et l'hypothèse de ce mémoire de fin d'études. Je préciserai ensuite les objectifs de l'enquête, la population cible et l'outil choisi pour mener à bien mon investigation.

## 1. Rappel de la problématique et de l'hypothèse

Les concepts et références théoriques m'ont permis de définir le cadre scientifique de mon étude. Je vais à présent détailler la méthodologie utilisée pour répondre à ma question de recherche : **De quelle manière l'ergothérapeute favorise la réhabilitation psychosociale des personnes souffrant de schizophrénie ?** Rappelons que l'hypothèse choisie est que **les mises en situation proposées en ergothérapie permettent l'acquisition et le transfert de compétences psychosociales dans la vie quotidienne des personnes souffrant de schizophrénie**. Pour répondre à cette hypothèse, je mènerai une enquête dont les objectifs seront les suivants :

- Savoir si, dans la pratique, les compétences psychosociales sont travaillées en ergothérapie dans le cadre de la réhabilitation psychosociale des personnes souffrant de schizophrénie.
- Déterminer si l'acquisition et le transfert de compétences psychosociales dans la vie quotidienne favorisent le rétablissement des personnes souffrant de schizophrénie.
- Définir si, dans la pratique, l'ergothérapeute utilise les mises en situation d'activités dans ce type d'accompagnement.
- Evaluer si la réalisation de mises en situation d'activités en ergothérapie permet l'acquisition et le transfert de compétences psychosociales dans la vie quotidienne des personnes souffrant de schizophrénie.

## 2. Population

Afin de vérifier les objectifs de cette enquête, j'ai souhaité interroger des ergothérapeutes travaillant avec des personnes souffrant de schizophrénie dont les symptômes sont stabilisés et s'inscrivant dans une démarche de réhabilitation psychosociale. Ils devront être titulaires du Diplôme d'Etat d'ergothérapie, travailler en France. Le type de l'établissement dans lequel exercent ces ergothérapeutes, leur âge, et leur sexe ne sont pas des critères dans le choix de la population car ils n'auront pas ou peu d'impact sur les réponses données pendant l'enquête. J'ai donc démarché dix établissements pratiquant une démarche de réhabilitation psychosociale, par téléphone, afin de rencontrer des ergothérapeutes volontaires pour répondre à mes questions dans le cadre d'un entretien.

Critères d'inclusion	
<b>3 :</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Obtention du Diplôme d'Etat d'ergothérapeute français, travaille en Ile-de-France.</li> <li>- Travaille dans une démarche de réhabilitation psychosociale à temps complet ou partiel.</li> <li>- Travaille avec des personnes souffrant de schizophrénie dont les symptômes sont stabilisés.</li> </ul>

**Figure**

**Critères d'inclusion du groupe d'étude**

Suite à cette démarche, j'ai obtenu une réponse positive de quatre ergothérapeutes. Le groupe établi pour cette étude est composé de quatre ergothérapeutes sensibilisés à la réhabilitation psychosociale et travaillant avec des personnes souffrant de schizophrénie stabilisée. Afin de garantir l'anonymat des personnes interviewées, je nommerai les ergothérapeutes par les lettres suivantes : Ergothérapeute A, B, C et D. Cet échantillon n'est pas représentatif mais est caractéristique de la population concernée par mon enquête.

### 3. Outil d'investigation

#### ❖ Choix de l'outil

Dans le cadre de cette enquête, je recherche à ce que les ergothérapeutes interrogés racontent leur expérience de la réhabilitation psychosociale auprès de personnes souffrant de schizophrénie. Il s'agit ici d'obtenir des données qualitatives concernant la pratique professionnelle des ergothérapeutes dans ce contexte. L'entretien semble être un bon outil d'investigation pour mettre en avant le vécu des professionnels interrogés. Il permet « *un véritable échange au cours duquel l'interlocuteur du chercheur exprime ses perceptions d'un évènement ou d'une situation, ses interprétations ou ses expériences, [...]* » (Van Campenhoudt & Quivy, 2011).



Le choix de l'entretien semi-directif paraît pertinent. C'est un compromis entre l'entretien directif dans lequel le discours suit un ordre de questions défini au préalable et l'entretien non directif où le discours est totalement libre. Dans le cadre d'un entretien semi-directif, le chercheur « *va recueillir un récit en s'appuyant sur un guide préalablement testé et construit à l'issue de travaux de recherche exploratoire.* » (Imbert, 2010). Le guide d'entretien est un support visant à orienter le discours de l'interviewé vers des thématiques précises pour répondre à un questionnement. Ce n'est pas une liste de questions auxquelles le chercheur attend une réponse mais une « *série de questions-guides, relativement ouvertes, à propos desquelles il est impératif qu'il reçoive une information de la part de l'interviewé* » (Van Campenhout & Quivy, 2011). L'interviewé est libre de s'exprimer à l'intérieur de chaque thème proposé par le chercheur selon son expérience personnelle. Le guide d'entretien est défini par Blanchet et Gotman en 2010 comme : « *un premier travail de traduction des hypothèses de recherches en indicateurs concrets et de reformulation des questions de recherche (pour chercheur) en question d'enquête (pour l'interviewé).* » (Blanchet & Gotman, 2010). La formation du guide d'entretien est très importante car les thématiques et les questions qui vont être posées doivent être assez ouvertes pour éviter d'orienter le discours de l'interviewé mais, elles doivent être assez précises pour pouvoir, lors de l'analyse des réponses, répondre aux objectifs de l'enquête du chercheur. Enfin, dans l'entretien semi-directif, la tâche du chercheur est de favoriser l'expression de l'interviewé. Pour cela son outil est la relance, elle a pour effet : « *d'inciter l'interlocuteur à faire un retour réflexif sur ce qu'il vient de dire : à argumenter sa prise de position, à l'affirmer plus nettement ou à la nuancer, à se situer par rapport à ce qui lui apparaît comme une convergence ou une contradiction possible de ses propos.* » (Combessie, 2007). Les relances peuvent être faites de différentes manières, par exemple en répétant les derniers mots prononcés par l'interviewé (écho) ou en reformulant ses idées.

### ❖ Conception du guide d'entretien

Avant de réaliser les entretiens, j'ai donc conçu un guide d'entretien<sup>7</sup>, contenant plusieurs questions réparties par thème. Cet entretien est divisé en six thèmes. Pour chaque thème, j'ai déterminé une question principale pour l'interviewé et plusieurs questions secondaires que je pourrais lui poser pour avoir davantage de précision. Ces questions ont pour but de m'aider à répondre aux objectifs de l'enquête afin de valider ou d'invalider l'hypothèse. Ce guide d'entretien suit le plan du cadre conceptuel de cette étude mais les thèmes peuvent être abordés dans un ordre différent de celui défini, selon le déroulement de l'entretien.

Dans le premier thème, je m'intéresse au professionnel interviewé et à l'institution dans laquelle il travaille. Les deux parties suivantes sont orientées respectivement vers les notions de réhabilitation psychosociale et de rétablissement. Le but est alors de s'informer sur la représentation qu'a le professionnel de ces deux notions. Dans le quatrième thème, je précise le sujet de mon étude, et j'introduis le terme de

---

<sup>7</sup> [Annexe IV](#) : Guide d'entretien

compétence psychosociale. L'objectif étant de déterminer si le renforcement des compétences psychosociales peut être un objectif d'accompagnement d'une personne souffrant de schizophrénie. Ensuite, j'aborde la question des moyens utilisés par l'ergothérapeute pour favoriser le rétablissement des personnes souffrant de schizophrénie. J'ai choisi de poser une question ouverte en incitant l'ergothérapeute à citer et expliquer plusieurs moyens qu'il utilise dans sa pratique. Enfin, si l'ergothérapeute ne mentionne pas les mises en situation dans les questions précédentes, le dernier thème est une question concernant la pratique des mises en situation en ergothérapie dans une démarche de réhabilitation psychosociale. Celui-ci me permettra de savoir si les mises en situation d'activités sont utilisées par les ergothérapeutes, de quelle manière et dans quels buts elles sont mises en place ainsi que les limites de leur utilisation.

Afin de vérifier la compréhension de mon outil, j'ai tout d'abord demandé l'avis d'autres étudiants en ergothérapie de la promotion. Les termes et les notions abordés semblent compréhensibles par tous. Par la suite, j'ai testé cet outil en faisant un « entretien blanc » avec une personne extérieure à ce milieu afin d'observer si mes questions font sens les unes avec les autres et permettent d'avoir des informations pertinentes vis-à-vis des objectifs de mon enquête. De plus, cela m'a permis d'évaluer ma capacité à utiliser mon outil et de m'entraîner. Mon guide d'entretien a également été validé par ma maître de mémoire.

### ❖ **Déroulement des entretiens**

Pour réaliser ces entretiens, j'ai sollicité des institutions pratiquant la réhabilitation psychosociale, avec des personnes souffrant de schizophrénie, dans lesquelles travaille au moins un ergothérapeute. J'ai effectué deux de mes entretiens sur les lieux de travail des ergothérapeutes. Les deux autres entretiens ont été menés par téléphone.

Au début de chaque entretien, j'explique le sujet de ma recherche sans mentionner ma problématique ni mon hypothèse pour ne pas influencer l'interviewé. Je définis la notion de réhabilitation psychosociale selon le cadre conceptuel de cette étude. Ensuite je définis les critères de sélection des ergothérapeutes ainsi que les modalités de l'échange. J'informe la personne que l'entretien durera environ une demi-heure et que ses réponses resteront anonymes. Je lui demande également l'autorisation de l'enregistrer dans le but de retranscrire et analyser ses dires avec précision. Enfin, avant d'aborder le premier thème, je demande à l'ergothérapeute s'il a des questions, afin de m'assurer qu'il soit dans les meilleures conditions possibles pour répondre à mes questions.

A la fin de l'entretien, je demande à l'ergothérapeute s'il souhaite ajouter ou préciser quelques choses à ses dires. Pour conclure, je propose d'expliquer plus précisément le sujet de ce mémoire de fin d'études en dévoilant la problématique et l'hypothèse de celui-ci dans le but d'expliquer précisément le cadre de ma recherche.

## II. RESULTATS

Dans cette partie, je vais présenter les ergothérapeutes que j'ai interrogés puis je détaillerai les résultats des entretiens. L'enregistrement et la retranscription<sup>8</sup> de ces derniers m'ont permis d'analyser avec précision le contenu de l'enquête. L'analyse des résultats obtenus lors des entretiens est une étude qualitative des propos relatés par les quatre ergothérapeutes rencontrés. Les informations sont traitées en suivant le plan de mon guide d'entretien. Dans un premier temps je présenterai les ergothérapeutes que j'ai interrogés. Ensuite, je procéderai à une analyse longitudinale de chaque entretien, en mettant en évidence les éléments importants avancés par chaque ergothérapeute dans les différentes thématiques. Enfin, je confronterai les réponses des ergothérapeutes entre elles, thème par thème, dans une analyse transversale.

### 1. Présentation des ergothérapeutes interviewés

Grâce aux questions d'amorce, j'ai dressé un profil global pour chaque personne interviewée. Afin de garantir leur anonymat, je nommerai les ergothérapeutes par les lettres suivantes : A, B, C et D. Les entretiens avec les ergothérapeutes A et D se sont déroulés sur leur lieu de travail. Ceux réalisés avec les ergothérapeutes B et C ont été faits par téléphone.

- L'ergothérapeute A est diplômé depuis 17 ans et possède également un diplôme universitaire de neuropsychologie. Il a d'abord travaillé en neurologie, pendant 7 ans, dans un centre de réinsertion pour personnes cérébraux-lésés. Depuis 10 ans, il travaille en psychiatrie, dans un centre hospitalier sectorisé, au sein d'un hôpital de jour qui, depuis 2000, a pris l'orientation de la réhabilitation psychosociale et s'est appelé « unité de soins psychosociaux ». L'objectif de la structure est d'accompagner les personnes souffrant d'un handicap psychique dans le processus de réhabilitation psychosociale. D'autre part, il fait partie des chercheurs du C3RP<sup>9</sup>, il participe notamment aux études de validation de programme de remédiation cognitive comme le programme RECOS<sup>10</sup> de Vianin versus le programme CRT<sup>11</sup> ou encore, plus récemment, le programme RC2S<sup>12</sup>. Enfin, il travaille actuellement à la rédaction d'un ouvrage sur la question du transfert des acquis au quotidien, par rapport au programme CRT, en partenariat avec le service hospitalo-universitaire du centre hospitalier.

---

<sup>8</sup> **Annexe V** : Retranscription de l'entretien avec l'ergothérapeute A.

<sup>9</sup> **C3RP** : Centre Ressource de Remédiation cognitive et Réhabilitation Psychosociale fondé en 2010 et reconnu par l'ARS comme centre de ressources pour la diffusion des méthodes de remédiation cognitive sur la région Ile-de-France en 2012

<sup>10</sup> **RECOS** : Remédiation Cognitive pour la Schizophrénie ou un trouble associé

<sup>11</sup> **CRT** : Cognitive Remediation Therapy

<sup>12</sup> **RC2S** : Remédiation Cognitive de la Cognition Sociale

- L'ergothérapeute B est diplômé depuis 34 ans, il a toujours travaillé dans un hôpital de jour en psychiatrie. Depuis 12 ans il travaille dans un hôpital de jour, créé en 2006. C'est un service ouvert, composé d'une équipe pluridisciplinaire et intégré à la cité. Dans un premier temps, la mission de cette institution a été d'accueillir uniquement des patients souffrant de schizophrénie, dès 18 ans, et de les accompagner vers la réhabilitation psychosociale. Actuellement, la structure reçoit majoritairement des personnes souffrant de schizophrénie mais aussi des personnes souffrant d'autres pathologies. Les offres de soins sont orientées sur la remédiation cognitive et les thérapies comportementales et cognitives. D'autre part, depuis quelques années, l'ergothérapeute B et l'assistante sociale de l'hôpital de jour ont créé un partenariat avec l'ESAT<sup>13</sup> d'une ville voisine dans un objectif de réinsertion professionnelle pour leurs patients.
  
- L'ergothérapeute C est diplômé depuis 31 ans. Il a toujours exercé en psychiatrie. Actuellement, il travaille au sein d'un centre de santé mentale de la MGEN<sup>14</sup>. L'objectif de cette structure vise la réhabilitation psychosociale des personnes souffrant d'un handicap psychique. Elle accueille des personnes souffrant de différentes pathologies psychiatriques, notamment la schizophrénie, la dépression, la bipolarité ou encore les troubles liés aux addictions. Cela fait 9 ans que l'ergothérapeute travaille sur les remédiations cognitives et participe à la création et à la mise en œuvre d'un groupe de réhabilitation psychosociale, en équipe pluridisciplinaire.
  
- L'ergothérapeute D est diplômé depuis 25 ans. Il a toujours travaillé en psychiatrie. Il travaille actuellement dans une unité de réhabilitation psychosociale appelée pôle psychiatrique dépendance et réhabilitation (PPDR). C'est une structure dont l'organisation a été totalement renouvelée au début de l'année 2019. Cette unité est composée par une équipe pluridisciplinaire, son objectif est d'évaluer la situation actuelle du patient, de construire un projet de vie avec lui et de l'accompagner dans la réalisation de ce projet. Les séjours se font sous admission, sont d'une durée limitée à trois mois, et ils peuvent être renouvelables après réévaluation. Cette structure est intersectorielle, elle reçoit des patients atteints de différentes pathologies dont des personnes souffrant de schizophrénie.

---

<sup>13</sup> **ESAT** : Etablissement et Service d'Aide par le Travail

<sup>14</sup> **MGEN** : Mutuelle générale de l'éducation nationale fondée en 1946

## 2. Analyse longitudinale

### ❖ Ergothérapeute A

<b>Thème 1</b> : La réhabilitation psychosociale	
<b>Objectif</b> : S'informer sur l'expérience et la représentation de l'ergothérapeute interviewé concernant la réhabilitation psychosociale.	
M.K	(...) La réhabilitation psychosociale regroupe les notions de réadaptation et de réinsertion et cela définit l'ensemble d'actions favorisant le rétablissement de la personne. Que pensez-vous de cette définition ?
E.A	<p>« Donc la réhabilitation c'est vraiment le travail sur la personne pour l'aider à s'insérer au mieux dans la société tout en essayant de ne pas abraser ce qu'elle est parce que le but n'est pas de rentrer dans un moule, le but est de vivre avec une meilleure qualité de vie. Et aussi de travailler sur la société pour qu'elle ait un regard plus bienveillant et plus soutenant sur le patient. »</p> <p>(...)</p> <p>« Ici vraiment ce qui compte pour moi c'est que le patient gagne en qualité de vie, qu'il comprenne ses propres processus de pensées etc. Qu'il reprenne goût à certaines choses, c'est qu'il refasse des activités qui sont signifiantes pour lui, qu'il retrouve un rôle dans la société, un rôle qui lui est propre. »</p> <p>(...)</p> <p>« La réhabilitation c'est ça mais c'est aussi l'action que l'on peut faire sur la société pour accepter nos patients qui sont différents. Parce que réinsérer la personne « c'est génial », d'adapter l'environnement et tout mais... c'est aussi changer le regard sociétal de nos patients pour qu'ils puissent être mieux insérés. »</p>

**Tableau A1** : Réponses de l'ergothérapeute A concernant le thème 1

Selon l'ergothérapeute A, le but de la réhabilitation psychosociale est d'offrir au patient la possibilité de s'insérer dans la société, de vivre avec la meilleure qualité de vie possible sans occulter sa personnalité. Pour cela, il cite deux types d'accompagnement : celui concernant la rééducation de la personne en soins et un second qui a pour but de changer le regard sociétal sur le handicap psychique.

<b>Thème 2</b> : Le rétablissement de la schizophrénie	
<b>Objectif</b> : S'informer sur l'opinion de l'ergothérapeute interviewé concernant le rétablissement des personnes souffrant de schizophrénie.	
M.K	Vous avez évoqué la notion de rétablissement. Pour vous qu'est-ce que c'est qu'être rétabli ?
E.A	<p>Oui il y a un groupe qui s'appelle « rétablissement », avant on avait un médiateur de santé pair qui était là. (...) Donc en fait c'est quelqu'un qui a vécu un parcours de soins en psychiatrie et qui vient pour partager avec les patients son expérience à lui de rétablissement et pour leur montrer que c'est possible. (...) Ça leur permet de relativiser et c'est porteur d'espoir ; c'est-à-dire que l'on peut vivre avec une maladie chronique (...) ce n'est pas parce qu'on souffre de schizophrénie qu'on est la schizophrénie.</p> <p>(...)</p> <p>« Alors le rétablissement c'est un processus, c'est assez compliqué. On dit qu'on est en voie de rétablissement, en fait vous savez qu'on se rétablit à partir du premier jour ou on est malade (...) c'est ça le rétablissement c'est quand on commence à guérir (...). Donc le rétablissement c'est un long processus, il y a plusieurs étapes, des phases ; un petit peu comme le processus du deuil. »</p> <p>(...)</p>

	« C'est quand la maladie ne prend plus toute la place et qu'on a gagné en qualité de vie. Parfois il y a des symptômes résiduels, il y a des personnes qui entendent des voix à vie et après c'est : comment vivre avec ? »
--	---

### **Tableau A2 : Réponses de l'ergothérapeute A concernant le thème 2**

D'après l'ergothérapeute A, le rétablissement est un processus long et complexe comprenant différentes étapes, et qui commence dès le premier jour où l'on est malade. Pour lui « être rétabli » ne signifie pas une absence de symptômes mais c'est le moment où la maladie ne prend plus autant de place qu'auparavant dans la vie quotidienne de la personne et donc qu'elle a gagné en qualité de vie. L'ergothérapeute A parle d'être « *en voie de rétablissement* ». Dans sa pratique, il fait d'ailleurs appel à des médiateurs de santé pairs afin de discuter et de désacraliser l'expérience du rétablissement avec les patients, ainsi leur montrer que c'est possible de vivre, d'avoir des projets, même lorsque l'on souffre d'une maladie chronique.

<b>Thème 3 : Les compétences psychosociales des personnes souffrant de schizophrénie</b>	
<b>Objectif : Savoir si le renforcement des compétences psychosociales fait partie des objectifs de l'ergothérapeute dans une démarche de réhabilitation psychosociale avec des personnes souffrant de schizophrénie.</b>	
M.K	D'accord très bien. Dans mon étude je m'intéresse aux compétences psychosociales des personnes souffrant de schizophrénie ; Est-ce que vous pouvez m'expliquer ce que vous entendez par ce terme ?
E.A	<p>« Voilà donc au niveau de la communication, nous nos patients ont beaucoup de mal à reconnaître les émotions (...) ils ont du mal à entrer en empathie, c'est la théorie de l'esprit affective et ils ont du mal aussi, théorie de l'esprit cognitive, à comprendre ce que l'autre pourra faire etc. (...) c'est très compliqué d'entrer en relation avec l'autre si jamais, on n'a pas ces compétences là »</p> <p style="text-align: center;">(...)</p> <p>« Ils ont aussi des problèmes au niveau de la perception sociale et des connaissances sociales. (...) comment reconnaître l'environnement dans lequel on est (...) pour pouvoir adapter son comportement en fonction de la société. (...) Et nos patients ont déjà un problème de flexibilité mentale ce qui fait qu'ils ont du mal à s'adapter mais en plus de ça parfois ils ne vont pas reconnaître le contexte (...) ils vont être faussés donc assez pénalisés par rapport à ça. »</p> <p style="text-align: center;">(...)</p> <p>« Et ensuite ils ont des problèmes de styles d'attributions. Nos patients souvent quand il arrive quelque chose, ils disent souvent que c'est de la faute de l'environnement. (...) si c'est la faute de l'environnement on peut se sentir très mal parce que tout nous échappe et on a aucun contrôle sur rien. »</p> <p style="text-align: center;">(...)</p> <p>« Ils ont du mal à rentrer en relation, en communication et après ils ont du mal à maintenir la communication, parce qu'ils ont du mal à avoir des sujets qui alimentent la communication. (...) Donc ça on travaille beaucoup avec eux : comment transformer une question fermée en question ouverte. On va parler aussi du dévoilement de soi. »</p>

### **Tableau A3 : Réponses de l'ergothérapeute A concernant le thème 3**

L'ergothérapeute A n'utilise pas le terme de compétence psychosociale, néanmoins, selon lui, les personnes en situation de handicap psychique notamment les personnes souffrant de schizophrénie

rencontrent différentes situations de handicap liées à des difficultés cognitives, émotionnelles et sociales. Premièrement il mentionne les troubles de la communication et explique qu'elles sont le plus souvent liées à des difficultés au niveau de la théorie de l'esprit affective (être capable de reconnaître les émotions), et de la théorie de l'esprit cognitive (être capable de reconnaître les intentions d'autrui) qui sont des compétences importantes pour pouvoir entrer en relation, être dans l'empathie avec les autres. Au niveau de la communication elle ajoute que les patients ont également des difficultés à maintenir une conversation et parler d'eux-mêmes. D'autres difficultés sont retrouvées au niveau de la perception et des connaissances sociales et de la flexibilité mentale ce qui rend difficile l'adaptation comportementale des personnes souffrant de schizophrénie à leur contexte de vie, en particulier dans les situations nouvelles. Enfin L'ergothérapeute A, pointe des difficultés en ce qui concerne les styles d'attributions. Ils ont parfois l'impression de ne pas avoir la possibilité d'agir sur leur vie, d'être impuissant face à ce qui se passe dans leur vie quotidienne.

<b>Thème 4 : Les moyens de l'ergothérapeute en réhabilitation psychosociale</b>	
<b>Objectif : Connaître les différents accompagnements mis en place par l'ergothérapeute dans une démarche de réhabilitation psychosociale.</b>	
<b>M.K</b>	Quels sont les moyens que vous utilisez afin de favoriser le rétablissement de vos patients ?
<b>E.A</b>	« Et là il y a eu l'apparition de pleins de programmes qui s'appellent, IPT (...) RECOS, CRT (...) NEAR qui lui est un programme de neurocognition groupal, on a aussi TomRemed qui travaille sur la théorie de l'esprit, Michael's Game qui travaille lui sur la génération d'hypothèse alternative, ça permet aussi d'aborder la maladie (...). L'EMC, l'entraînement métacognitif, comprendre ses propres processus de pensée avec les biais cognitifs, (...) PEPS, c'est sur la motivation. (...) GAIA aussi qui est vachement bien sur la reconnaissance des émotions faciales. » (...)
<b>E.A</b>	« (...) et en fait tous ces programmes sont en parallèle avec d'autres activités telles que : sorties culturelles, sports, approches corporelles, théâtre, radio, (...) J'ai créé un groupe (...) on travaille sur le comportement, les émotions etc., on fait beaucoup de scènes. Il y a un groupe « paroles et rétablissement » ou on parle de la maladie. Et en fait ces groupes-là sont très importants pour permettre le transfert des acquis au quotidien, donc tout ce qui va être fait en remédiation cognitive, on va essayer, c'est ce qu'on appelle un transfert horizontal (...) au sein de l'hôpital de jour pour que à la longue il arrive à transférer verticalement c'est-à-dire l'élargir à d'autres activités et faire ça dans leur vie quotidienne. »
<b>M.K</b>	Alors les moyens de l'ergothérapeute, est-ce qu'il y a des moyens que vous seule, faites ici ?
<b>E.A</b>	« Et sinon mes moyens propres, moi ce que je fais c'est que je fais passer un bilan c'est le test des errances multiples que je fais passer et il me permet d'évaluer les fonctions exécutives des patients et de voir un petit peu dans un milieu écologique s'ils sont facilités par le contexte (...) comment est-ce qu'ils gèrent au niveau émotionnelle et tout ça. »

**Tableau A4 : Réponses de l'ergothérapeute A concernant le thème 4**

Dans sa pratique de la réhabilitation psychosociale, avec des personnes souffrant de schizophrénie, l'ergothérapeute A peut proposer des évaluations par mise en situation écologique comme le test des errances multiples. A partir de cette évaluation elle travaille avec la personne sur les difficultés qu'elle a pu

observer tout en respectant le projet de vie du patient. Il participe également à plusieurs accompagnements en cothérapie pluridisciplinaire, comme les différents programmes de remédiation cognitive dont l'objectif est le réentrainement des différentes fonctions cognitives, sociales ou émotionnelles. En complémentarité de ces séances, elle accompagne les patients à travers des groupes thérapeutiques proposant différentes activités, à l'extérieur ou à l'intérieur de l'institution. A travers ces groupes l'ergothérapeute a pour objectif le transfert des acquis de la remédiation cognitive à l'activité proposée, puis par la suite à d'autres activités de la vie quotidienne de la personne en soins.

<b>Thème 5 : Les mises en situation d'activité en ergothérapie</b>	
<b>Objectifs : Savoir si les mises en situation sont utilisées par l'ergothérapeute en réhabilitation psychosociale. Comprendre l'intérêt, l'élaboration et les limites de l'utilisation des mises en situation d'activité dans l'acquisition et le transfert des acquis dans la vie quotidienne.</b>	
<b>M.K</b>	Est-ce que vous utilisez les mises en situation dans le but de transférer les acquis dans le quotidien ?
<b>E.A</b>	<p>« Beaucoup. Par exemple tout ce qui est à l'extérieur pratiquement c'est moi qui le fait. (...) par exemple si on va travailler en remédiation cognitive sur l'attention, la mémoire visuo-spatiale de la retravailler en extérieur avec le patient. »</p> <p>(...)</p> <p>« Moi j'aurais du mal à faire de la réhabilitation psychosociale dans les murs, il faut sortir. Il faut sortir aussi pour les confronter à ce que c'est l'extérieur. »</p> <p>(...)</p> <p>« (...) je me suis aperçue qu'en plus le mieux c'est de faire la cuisine au domicile du patient. Parce que ici en fait ils le font et comme le four à la maison n'est pas du tout le même, etc. (...) c'est un peu compliqué. (...) Et donc le mieux c'est vrai que c'est d'être au domicile. Le problème du domicile c'est que ça détache toujours un autre soignant avec moi. Et c'est pour ça que je suis un peu limitée j'aimerais en faire mais je ne peux pas. »</p> <p>(...)</p> <p>« En conclusion ce que je dirais c'est que la remédiation cognitive c'est bien, mais ça doit se faire en parallèle avec autre chose sinon il n'y a pas de transfert des acquis au quotidien et ça sert à rien. »</p>

**Tableau A5 : Réponses de l'ergothérapeute A concernant le thème 5**

L'ergothérapeute A utilise souvent les mises en situation d'activité. Elle fait référence à la mise en situation d'activité comme outil d'évaluation mais aussi comme moyen de transférer les acquis de la remédiation cognitive à d'autres activités de vie quotidienne. Elle note l'importance de la réalisation de ces mises en situation d'activités en complément de la remédiation cognitive afin de transférer les acquis de la remédiation cognitive au quotidien. Pour lui l'idéal, en réhabilitation psychosociale, est de réaliser les mises en situation au maximum à l'extérieur de l'institution, au plus près du milieu de vie du patient afin de confronter à la vie à l'extérieur de l'hôpital et faciliter sa réinsertion. Elle cite l'exemple d'un atelier cuisine qu'elle mettait en place auparavant au sein de l'hôpital de jour, dans lequel le transfert des acquis n'était pas efficace car le milieu dans lequel les patients s'entraînaient à l'activité de cuisine, était trop différent de leur environnement à eux. Malheureusement par manque de temps et de moyens l'ergothérapeute ne peut pas mettre en place de mise en situation d'activité au domicile du patient comme il souhaiterait le faire.



❖ Ergothérapeute B :

<b>Thème 1 :</b> La réhabilitation psychosociale	
<b>Objectif :</b> S’informer sur l’expérience et la représentation de l’ergothérapeute interviewé de la réhabilitation psychosociale.	
M.K	Le terme de réhabilitation psychosociale est-il utilisé par votre structure ?
E.B	<p>« (...) l’objectif de l’hôpital de jour c’est l’accompagnement vers la réhabilitation psychosociale, ce qui est nouveau depuis quelques années, c’est la notion de rétablissement (...) on accompagne le patient vers son rétablissement »</p> <p style="text-align: center;">(...)</p> <p>« La réhabilitation elle est en fonction du projet de chaque patient et elle est différente forcément. L’idée c’est de pouvoir vivre avec cette maladie, d’accepter de prendre un traitement et puis de prendre conscience que l’on peut se rétablir. »</p> <p style="text-align: center;">(...)</p> <p>« La grande révolution pour moi c’est qu’on essaye dès que c’est possible, attention dès que c’est possible, de rendre acteur le patient dans sa prise en charge. » (...) « L’idée c’est vraiment de l’accompagner vers son projet de réhabilitation, c’est de l’associer au maximum dans sa prise en charge. »</p>

**Tableau B1 : Réponses de l’ergothérapeute B concernant le thème 1**

L’ergothérapeute B, exerce dans un hôpital de jour dont le but est l’accompagnement vers la réhabilitation psychosociale des jeunes adultes souffrant de schizophrénie. Selon lui, l’objectif lorsqu’on parle de réhabilitation psychosociale est que la personne puisse vivre dans les meilleures conditions possibles, avec la maladie. C’est un accompagnement visant le rétablissement. Il se doit d’être spécifique et adapté à la personne et ses projets afin l’inclure au maximum dans sa prise en charge.

<b>Thème 2 :</b> Le rétablissement de la schizophrénie	
<b>Objectif :</b> S’informer sur l’opinion de l’ergothérapeute interviewé concernant le rétablissement des personnes souffrant de schizophrénie.	
E.B	Que pensez-vous de la notion de rétablissement ?
	<p>« (...) ce qui est nouveau depuis quelques années, on parle de notion de rétablissement, on accompagne le patient vers son rétablissement, qui est un cheminement qui prend du temps et qui est en perpétuel mouvement. Le rétablissement c’est pas quelque chose de gagné. »</p> <p style="text-align: center;">(...)</p> <p>« (...) Plus tôt on va diagnostiquer, et plus tôt on va être efficace. (...) On parle bien sûr de la schizophrénie, on ne parle pas de guérison mais de rémission. »</p> <p style="text-align: center;">(...)</p> <p>« L’idée c’est de pouvoir vivre avec cette maladie, d’accepter de prendre un traitement et puis de prendre conscience, le rétablissement c’est ça, c’est de prendre conscience que : ok c’est une maladie chronique que pour le moment on arrive pas à guérir mais qu’on va pouvoir construire un projet de vie avec cette maladie. »</p>

M.K	D'accord très bien si je comprends, donc les notions de réhabilitation et de rétablissement sont indissociables ?
E.B	« <i>Bien sûr c'est indissociable.</i> »

**Tableau B2 : Réponses de l'ergothérapeute B concernant le thème 2**

Pour l'ergothérapeute B, les notions de réhabilitation psychosociale et de rétablissement sont indissociables. Il qualifie le rétablissement comme une notion récente, référant à un cheminement long et fluctuant. Selon lui, lorsque le diagnostic est posé au plus tôt, les chances de rétablissement des personnes souffrant de schizophrénie sont améliorées. Il précise qu'en ce qui concerne la schizophrénie il utilise le terme de rémission plutôt que celui de guérison. L'ergothérapeute compare le rétablissement à une prise de conscience de possibilités de vie avec la maladie. L'objectif est de pouvoir construire un projet de vie et vivre avec la maladie.

<b>Thème 3 : Les compétences psychosociales des personnes souffrant de schizophrénie</b>	
<b>Objectif : Savoir si le renforcement des compétences psychosociales fait partie des objectifs de l'ergothérapeute dans une démarche de réhabilitation psychosociale avec des personnes souffrant de schizophrénie.</b>	
M.K	Donc qu'entendez par la notion de compétences psychosociales à travers votre pratique ?
E.B	<p>« <i>En tant qu'ergothérapeute, ce que je fais, c'est d'accompagner les patients justement vers l'autonomie vers la réhabilitation psychosociale.</i> »</p> <p align="center">(...)</p> <p>« (...) on va travailler les capacités qui sont nécessaires pour pouvoir prétendre à un travail ou à une formation telle qu'elle soit. Donc, c'est déjà être là à l'heure, se présenter, la présentation, l'hygiène, et être capable de comprendre et d'exécuter des consignes qu'on donne. C'est la prise en compte de l'autre, le respect de l'autre. C'est aussi la qualité du soin apporté au travail c'est la motivation, l'endurance, la fatigabilité... »</p> <p align="center">(...)</p> <p>« <i>En fait on sait très bien que les patients atteints de schizophrénie, la grosse difficulté c'est les troubles cognitifs, (...) beaucoup de problèmes de mémoire, d'attention mais aussi les fonctions exécutives : l'organisation, la planification, le raisonnement, la flexibilité cognitive...</i> »</p> <p align="center">(...)</p> <p>« <i>Et en fait, on se rend compte, dans la pratique, pour que ça marche il faut qu'il ait conscience de ses difficultés d'accord ? (...). Souvent les patients disent : Oh non je n'ai pas de problèmes. (...) le problème c'est que le patient n'est pas dans la reconnaissance de ses difficultés donc c'est d'autant plus difficile.</i> »</p>

**Tableau B3 : Réponses de l'ergothérapeute B concernant le thème 3**

L'ergothérapeute B n'utilise pas le terme de compétence psychosociale. Selon lui, le trouble le plus fréquent et invalidant pour les personnes souffrant de schizophrénie sont les troubles cognitifs et l'anosognosie. L'objectif de l'ergothérapeute est d'accompagner la personne vers un maximum d'autonomie. Avec ses patients, il travaille notamment sur différentes compétences sociales, cognitives (mémoire, attention, concentration, etc.) et émotionnelles nécessaires à la reprise d'une activité professionnelle.

**Thème 4 : Les moyens de l'ergothérapeute en réhabilitation psychosociale**

**Objectif : Connaître les différents accompagnements mis en place par l'ergothérapeute dans une démarche de réhabilitation psychosociale.**

M.K	Quels sont les moyens que vous utilisez afin de favoriser le rétablissement de vos patients ?
E.B	<p>« (...) il faut d'abord créer du lien avec des activités sportives, avec des activités créatives, (...) des activités culturelles comme le cinéma, on a un atelier écriture, un atelier journal... » (...)</p> <p>« (...) on a mis en place des groupes de préparation et de reprise professionnelle qu'on appelle PRP. (...) L'idée c'est pas d'en faire des menuisiers c'est, à travers cette médiation de travailler les compétences que je viens de vous citer, (...). » (...)</p> <p>« (...) on va vers les relations sociales vers la réhabilitation parce que quand on a des commandes. (...) Moi je me déplace à l'extérieur avec les patients, je vais voir celui qui me demande quelque chose, on fait un devis, on prend les mesures, on réalise, on vient installer à l'endroit où on nous l'a demandé. Il y a toute la valorisation, (...). » (...)</p> <p>« (...) on a créé un partenariat donc avec une convention (...). J'ai la possibilité de les emmener à la journée en ESAT. Et là ils sont en immersion. (...) moi ça me permet d'évaluer ses capacités (...). Pour lui c'est aussi qu'il se rende compte que bah oui je veux travailler, mais souvent j'ai une pensée un peu magique (...). » (...)</p> <p>« (...) je fais un accompagnement vers l'aide au logement individuel. C'est-à-dire que quand un patient, à un logement individuel je vais jusqu'à l'aider à aménager son logement. » (...)</p> <p>« (...) j'interviens beaucoup dans la remédiation cognitive, dans des programmes comme RECOS. (...) Ce qui motive nos jeunes patients c'est tout ce qui est loisirs (...). Donc on est partis sur des scénarios, (...), et après ils l'organisent, ils font des recherches, et après on va jusqu'à vivre la sortie. »</p>

**Tableau B4 : Réponses de l'ergothérapeute B concernant le thème 4**

L'ergothérapeute B note l'importance de créer un lien en s'appuyant sur des activités significatives pour les patients, afin qu'ils s'investissent dans les accompagnements proposés. Au sein de la structure il réalise plusieurs accompagnements en cothérapie pluridisciplinaire notamment : les différents groupes d'activités sportives, créatives et culturelles, réalisés à l'intérieur ou à l'extérieur de l'hôpital de jour, les programmes de remédiation cognitive dont RECOS et le groupe de réinsertion professionnelle. Ce dernier, consiste, à travers la menuiserie, à simuler une journée complète de travail avec les patients intéressés pour reprendre une activité professionnelle, et donc de travailler sur les compétences nécessaires à celle-ci. A travers ce groupe, l'ergothérapeute propose différents projets à l'intérieur de l'hôpital de jour. Il reçoit également des commandes de particuliers qu'il réalise avec les patients à l'extérieur de l'établissement. Il est important pour lui que les patients soient le plus autonomes possible et puissent participer à un projet de bout en bout, afin qu'ils soient valorisés un maximum. En complément de ce travail, l'ergothérapeute a participé à la mise en place d'un partenariat avec un ESAT voisin, afin de permettre aux patients

d'expérimenter une journée de travail en conditions réelles. Ceci leur permet de s'auto-évaluer et à l'ergothérapeute d'évaluer, à intervalles réguliers, les capacités et les limites de ses patients mais également la conscience qu'ils en ont, et ainsi pouvoir adapter leurs accompagnements. En parallèle de ces séances, il peut intervenir au domicile des patients afin de les aider à l'organisation et à la gestion de leur foyer.

<b>Thème 5</b> : Les mises en situation d'activité en ergothérapie	
Objectifs : Savoir si les mises en situation sont utilisées par l'ergothérapeute en réhabilitation psychosociale. Comprendre l'intérêt, l'élaboration et les limites de l'utilisation des mises en situation d'activité dans le transfert des acquis dans la vie quotidienne.	
M.K	Vous utilisez essentiellement des mises en situation ? La patient est toujours acteur ?
E.B	« (...) on essaye dès que c'est possible, de rendre acteur le patient dans sa prise en charge. (...). L'idée c'est vraiment de l'autonomiser et c'est l'accompagner vers son projet de réhabilitation, c'est de l'associer au maximum dans sa prise en charge. » (...) « S'il n'est pas acteur ça ne marchera pas voilà. (...) Ce n'est pas toujours possible non plus mais on essaye au maximum. »
M.K	D'accord et donc quelles sont vos limites pour la réalisation de ces mises en situation ? Qu'est ce qui peut vous bloquer dans votre travail ? Le transfert d'acquis, par exemple ?
E.B	« Et alors en ce qui concerne le transfert des acquis c'est vrai qu'on fait beaucoup de chose je dirais intramuros, dans les murs de l'hôpital et il est très difficile, il est très difficile d'évaluer le transfert des acquis (...) c'est ça c'est la grosse difficulté. » (...) « (...) on peut l'évaluer, sur des petits points particuliers, mais dans sa vie quotidienne, mais il faudrait pour que l'évaluation elle soit parfaite il faudrait qu'on vive 24h sur 24 avec une personne, et qu'on voit. Bon ce n'est pas possible ce serait chronophage »

#### **Tableau B5 : Réponses de l'ergothérapeute B concernant le thème 5**

L'ergothérapeute B utilise les mises en situation dès qu'il a en l'occasion, pour lui rendre les patients acteurs et leur permettre d'expérimenter dans leurs projets de réhabilitation psychosociale est primordial pour permettre l'investissement de ceux-ci. De plus, il pense que l'investissement des patients est un facteur déterminant dans la réussite de leurs projets. Lorsque je lui pose la question, l'ergothérapeute B confirme que l'évaluation du transfert des acquis de la rééducation dans les activités de vie quotidienne est difficile, chronophage et donc ne peut être réalisée que partiellement.

❖ Ergothérapeute C :

Thème 1 : La réhabilitation psychosociale	
Objectif : S'informer sur l'expérience et la représentation de l'ergothérapeute interviewé concernant la réhabilitation psychosociale.	
M.K	Et donc pour vous qu'est ce qui dans votre pratique s'inscrit en réhabilitation psychosociale ?
E.C	<p>« On a un groupe de réhabilitation que l'on a monté depuis 9ans. (...) on travaille sur les remédiations cognitives. »</p> <p>(...)</p> <p>« A travers ce groupe de réhabilitation on se retrouve avec médecins, (...) ergothérapeutes et tout ça. Donc on travaille autour du patient, de ses projets et ça c'est très important, afin de pouvoir l'aider avec nos outils thérapeutiques à pouvoir concrétiser ses projets. (...) on prend en compte actuellement, le projet du patient, ce qu'il souhaite et on se base beaucoup sur les auto-évaluation du patient. »</p> <p>(...)</p> <p>« Les personnes qui souffrent de troubles schizophrénique et qui rentrent dans notre programme de réhabilitation sont testés par des neuropsychologues et c'est là que l'on évalue leurs difficultés mais aussi et surtout leurs capacités »</p> <p>(...)</p> <p>« Pour faire de la réhabilitation il faut que la personne soit assez stabilisée. »</p>

**Tableau C1 : Réponses de l'ergothérapeute C concernant le thème 1**

L'ergothérapeute C participe à un groupe de réhabilitation psychosociale pluridisciplinaire au sein de sa structure. Ce groupe propose un accompagnement en remédiation cognitive. Selon l'ergothérapeute, l'objectif de la réhabilitation psychosociale est de travailler en équipe autour du patient et de lui permettre de concrétiser ses projets. Elle note que pour participer à ce groupe les personnes souffrant de schizophrénie sont soumis à différents tests neuropsychologiques visant à évaluer leurs capacités et incapacités pour pouvoir ensuite établir des objectifs d'accompagnement en fonction du projet de la personne. Elle insiste sur le fait que travailler dans une démarche de réhabilitation psychosociale, il est nécessaire que les personnes soient stabilisées.

Thème 2 : Le rétablissement de la schizophrénie	
Objectif : S'informer sur l'opinion de l'ergothérapeute interviewé concernant le rétablissement des personnes souffrant de schizophrénie.	
M.K	Au regard de votre expérience professionnelle comment vous pensez la notion de rétablissement ?
E.C	<p>« L'important c'est le rétablissement, c'est le bien-être de la personne. »</p> <p>(...)</p> <p>« Le but du rétablissement c'est à long terme, (...) on peut voir le rétablissement progressif au sein de l'hôpital de jour. »</p> <p>(...)</p> <p>« On voit quand même des évolutions : à la fin du programme les personnes échangent beaucoup plus, retrouve un peu plus d'estime d'eux, (...) arrive à mieux gérer leurs émotions, (...) ils arrivent à mieux résoudre leurs problèmes. Je pense que ce qui est important est que tout soit regroupé autour du patient en même temps (...) avec différents acteurs qui lui permettent de pouvoir plus facilement se rétablir. »</p>

### **Tableau C2 : Réponses de l'ergothérapeute C concernant le thème 2**

Selon l'ergothérapeute C, le rétablissement se réfère au bien-être de la personne. C'est un objectif à atteindre progressivement, sur le long terme. Il souligne des évolutions entre la personne au début et à la fin de sa participation au groupe de réhabilitation, comme le fait d'être capable d'entrer en interaction avec les autres, gérer leurs émotions et résoudre leurs problèmes. Pour lui, il est nécessaire que l'ensemble des professionnels de santé et des outils thérapeutiques soient coordonnés en fonction du projet de vie du patient afin de favoriser son rétablissement.

<b>Thème 3 : Les compétences psychosociales des personnes souffrant de schizophrénie</b>	
<b>Objectif : Savoir si le renforcement des compétences psychosociales fait partie des objectifs de l'ergothérapeute dans une démarche de réhabilitation psychosociale avec des personnes souffrant de schizophrénie.</b>	
M.K	Que pensez-vous, par rapport à votre pratique, des compétences psychosociales des personnes souffrant de schizophrénie ?
E.C	<p>« (...) au sein des groupes, on sait que les gens qui souffrent de troubles schizophréniques peuvent avoir des difficultés au niveau de leurs compétences sociales. »            (...)</p> <p>« Au niveau de l'ergothérapie, nous on va travailler surtout les fonctions exécutives, à travers des activités, on participe à des remédiations cognitives que ce soit sur les habiletés sociales ou sur les fonctions cognitives tout court genre : mémoire, flexibilité, planification etc. »            (...)</p> <p>« Mais l'idéal se serait que la personne : Connaisse bien sa maladie, l'accepte et sache qu'il peut la gérer en faisant telle et telle chose. »</p>

### **Tableau C3 : Réponses de l'ergothérapeute C concernant le thème 3**

L'ergothérapeute C n'utilise pas le terme de compétence psychosociale. Néanmoins elle observe dans sa pratique par l'intermédiaire des groupes thérapeutiques, que les personnes souffrant de schizophrénie ont des difficultés au niveau des compétences sociales, qu'elle nomme aussi habiletés sociales. A cela s'ajoute des troubles cognitifs, elle cite entre autres, les troubles de la mémoire, de la flexibilité et de planification. Selon l'ergothérapeute C, l'idéal pour une personne en réhabilitation psychosociale serait qu'elle soit consciente de sa maladie, qu'elle l'accepte afin qu'elle puisse reconnaître ses capacités et ses limites et s'y adapter avec les acquis de la remédiation cognitive.

<b>Thème 4 : Les moyens de l'ergothérapeute en réhabilitation psychosociale</b>	
<b>Objectif : Connaître les différents accompagnements mis en place par l'ergothérapeute dans une démarche de réhabilitation psychosociale.</b>	
M.K	Quels sont les moyens en ergothérapie que vous utilisez afin de favoriser le rétablissement des personnes souffrant de schizophrénie ?
E.C	« Alors la CRT c'est un programme qui permet de travailler sur plusieurs mois à raison de deux fois semaines, de travailler tout ce qui est les fonctions cognitives. Alors ça part de la mémoire, puis nous faisons des exercices sur la flexibilité puis sur la planification. C'est en individuel, contrairement au

	<i>programme IPT sur les compétences sociales qui se fait en groupe. (...) C'est un réentrainement. Il faut trouver des stratégies qui lui permettent de compenser ses difficultés. »</i>
E.C	<i>« On a des exercices que l'on donne à faire au domicile. Par exemple ce serait (...) repérer la stratégie qu'il a utilisé pour réaliser la tâche, trouver des petites stratégies qui peuvent les aider dans la vie quotidienne. »</i> (...) <i>« Il fait aussi passer par l'éducation thérapeutique pour que la personne puisse accepter sa maladie, la connaître et mieux la gérer »</i>

**Tableau C4 : Réponses de l'ergothérapeute C concernant le thème 4**

Actuellement l'ergothérapeute C participe à deux programmes de remédiations cognitives pluridisciplinaires : RECOS, qui se fait en individuel sur les fonctions cognitives et IPT, en groupe, sur les compétences sociales. De plus il participe à un programme d'éducation thérapeutique pluridisciplinaire dans lequel elle travaille sur la reconnaissance et l'acceptation des différents troubles liés à la schizophrénie. Enfin il propose à ses patients des exercices d'entraînements à faire au domicile dans l'objectif qu'ils expérimentent, seul chez eux, pour pouvoir ensuite en discuter lors des séances de remédiation cognitive.

<b>Thème 5 : Les mises en situation d'activité en ergothérapie</b>	
<b>Objectifs : Savoir si les mises en situation sont utilisées par l'ergothérapeute en réhabilitation psychosociale. Comprendre l'intérêt, l'élaboration et les limites de l'utilisation des mises en situation d'activité dans le transfert des acquis dans la vie quotidienne.</b>	
M.K	Est-ce que vous utilisez les mises en situation dans le but de transférer les acquis dans le quotidien ?
E.C	<i>« Bien sûr on essaye au maximum. Alors je ne dis pas que cela arrive tout le temps car cela demande beaucoup de boulot et qu'on est pas beaucoup. On essaye nous en tant qu'ergothérapeute déjà dans des activités comme : faire un repas, faire des courses (...). »</i>
M.K	De quelle manière mettez-vous en place les mises en situation, allez-vous au domicile ?
E.C	<i>« Je ne vais pas vous dire que tout est idéal parce que ça demande beaucoup de boulot de suivre une personne « jusqu'au bout ». »</i> (...) <i>« Le but est d'appliquer les apprentissages à l'extérieur et on peut faire des visites à domicile pour voir le rangement, comment adapter le logement (...). Comment organiser sa vie quotidienne, lui montrer qu'il peut gérer en appliquant ce qu'on lui apprend en séance. On essaye de faire le lien mais bon ce n'est pas particulièrement facile mais bien sûr que ça se met en place dès qu'on le peut. »</i>

**Tableau C5 : Réponses de l'ergothérapeute C concernant le thème 5**

Dans sa pratique l'ergothérapeute essaye de faire un maximum de mise en situation d'activité, notamment des activités de base de la vie quotidienne, comme faire un repas, à l'intérieur de l'institution. Il se déplace ponctuellement au domicile des patients afin d'essayer de faire le lien entre les apprentissages de la remédiation cognitive et la vie quotidienne. Néanmoins il se retrouve souvent limité par la charge de travail, l'effectif de l'équipe de rééducation ainsi que par le temps que ces mises en situation demandent.



❖ Ergothérapeute D :

<b>Thème 1 : La réhabilitation psychosociale</b>	
<b>Objectif : S’informer sur l’expérience et la représentation de l’ergothérapeute interviewé concernant la réhabilitation psychosociale.</b>	
M.K	Et donc pour vous, la réhabilitation psychosociale, qu’est-ce que c’est ?
E.D	<p>« Alors quand on parle de réhabilitation psychosociale (...). Il y a un patient qui arrive donc il est inclus dans sa prise en soin, on va voir avec lui ce qui serait le plus adapté, (...) par exemple, on parle d’un FAM (...) Une fois que l’on a décidé ensemble avec le patient ce qui est important c’est l’avis du patient ! »</p> <p>(...)</p> <p>« On va travailler sur ses acquis, ses capacités. Alors on peut en développer d’autres, mais, on va faire en sorte qu’il puisse partir dans une autre unité avec ses acquis (...) toujours maintenir les acquis et adapter les acquis à leurs besoins. »</p> <p>(...)</p> <p>« Je dirais c’est qu’en tant qu’ergothérapeute on a tout à fait notre place hein en réhabilitation psychosociale et que c’est tout à fait le sens de notre travail dans le sens ou l’objectif est l’autonomie dans les activités de la vie quotidienne. »</p>

**Tableau D1 : Réponses de l’ergothérapeute D concernant le thème 1**

Selon l’ergothérapeute D, l’objectif de réhabilitation psychosociale est partagé par l’ensemble des professionnels de l’établissement. Les missions de ces derniers, consistent à évaluer les capacités et les limites des patients ainsi que leurs souhaits et leurs besoins afin d’établir, avec lui, un projet de vie adapté à sa situation. Il ajoute que, pour lui, l’objectif à long terme de la réhabilitation psychosociale est l’autonomie dans les activités de la vie quotidienne, ce pourquoi l’ergothérapeute est un professionnel compétent en réhabilitation psychosociale. Enfin il note l’importance, en réhabilitation psychosociale, d’évaluer, maintenir et améliorer les capacités acquises des patients avant de proposer l’apprentissage de nouvelles compétences. Pour lui, l’objectif principal est d’adapter les acquis de la personne à ses besoins.

<b>Thème 2 : Le rétablissement de la schizophrénie</b>	
<b>Objectif : S’informer sur l’opinion de l’ergothérapeute interviewé concernant le rétablissement des personnes souffrant de schizophrénie.</b>	
M.K	Au regard de votre expérience professionnelle comment vous pensez la notion de rétablissement ?
E.D	<p>« C’est de partir des acquis et les adapter au projet de vie (...) et à partir des acquis on peut en développer d’autre. »</p> <p>(...)</p> <p>« Quand les patients sont hospitalisés ils perdent leurs acquis, il perde au niveau social (...) ils sont en rupture. Et quand on fait des évaluations on se rend compte que y’a des choses qui sont encore présentes et qui ont besoin d’être réactiver petit à petit pour que ça puisse fonctionner. (...) et tout ce travail permet aussi de reprendre conscience de leurs capacités (...). »</p>

**Tableau D2 : Réponses de l’ergothérapeute D concernant le thème 2**



Selon l'ergothérapeute D, le rétablissement se réfère à la capacité de la personne à connaître ses capacités et de les adapter à ses besoins et à son projet de vie. Il ajoute par la suite que le rétablissement est un travail de réentraînement, permettant aux patients de reprendre conscience de leurs capacités. Il utilise ensuite le terme de « rupture » pour qualifier la situation des patients hospitalisés. Selon l'ergothérapeute, à chaque hospitalisation les patients perdent leurs acquis, il est alors nécessaire d'évaluer ce qu'il en reste et de travailler à la restauration de ceux-ci.

<b>Thème 3 : Les compétences psychosociales des personnes souffrant de schizophrénie</b>	
<b>Objectif : Savoir si le renforcement des compétences psychosociales fait partie des objectifs de l'ergothérapeute dans une démarche de réhabilitation psychosociale avec des personnes souffrant de schizophrénie.</b>	
M.K	Que pensez-vous, par rapport à votre pratique, des compétences psychosociales des personnes souffrant de schizophrénie ?
E.D	<p>« (...) quand on fait un projet individualisé, on ne tient pas compte de la pathologie en fait, (...) on se base sur les symptômes. »</p> <p style="text-align: center;">(...)</p> <p>« Alors la cognition, oui, très important (...) souvent les patients ont des troubles cognitifs qui peuvent entraver leur autonomie dans la vie de tous les jours ! (...) Donc cette patiente qui souffre de schizophrénie à des troubles essentiellement attentionnels et concentration. »</p> <p style="text-align: center;">(...)</p> <p>« (...) il n'y a pas beaucoup de lien entre les patients, parce que y'en a qui sont repliés, il y a la clinophilie, (...) c'est ça le social c'est pouvoir échanger, (...). Pouvoir amener une dynamique de groupe tout simplement. »</p>

**Tableau D3 : Réponses de l'ergothérapeute D concernant le thème 3**

L'ergothérapeute D n'utilise pas le terme de compétences psychosociales. Dans sa pratique, les objectifs d'accompagnement ne dépendent pas de la pathologie dont souffre la personne mais des symptômes qu'elle présente au moment de l'évaluation. Elle cite l'importance des troubles cognitifs (attention, concentration) qui, selon lui, peuvent entraver l'autonomie de la personne au quotidien. Lorsque je lui demande son point de vue concernant les relations sociales des personnes souffrant de schizophrénie au sein de l'unité, elle m'explique que les patients ont des difficultés de communication entre les patients entre eux, mais aussi avec les soignants, en rapport avec leur symptomatologie (il cite l'anosognosie et la clinophilie).

<b>Thème 4 : Les moyens de l'ergothérapeute en réhabilitation psychosociale</b>	
<b>Objectif : Connaître les différents accompagnements mis en place par l'ergothérapeute dans une démarche de réhabilitation psychosociale.</b>	
M.K	Quels sont les moyens que vous utilisez en ergothérapie ?
E.D	<p>« (...) je travaille les différentes stratégies qu'elle a vu en CRT. (...) J'adapte par une activité de la vie quotidienne. »</p> <p>« En fait, en tant qu'ergothérapeute c'est utiliser, nos médiateurs, les activités (...) il faut que ce soit plaisant, parce que c'est quelqu'un qui aimait bien cuisiner chez elle et qui s'investit et qui montre</p>

	<p><i>beaucoup de plaisir ; c'est signifiant. (...) Après une fois qu'on s'est fixé des objectifs on peut très bien travailler avec n'importe quelle activité. »</i></p> <p><i>(...)</i></p> <p><i>« Alors moi je fais : « groupe pâtisserie », « repas thérapeutique », « musique et son » (...) Il y a un « groupe terre » (...) il y a un temps de verbalisation à la fin où ils donnent leurs ressentis et présentent leurs objets au groupe. » ; (...) l'objectif c'est respecter les consignes voir s'il y a de l'autonomie pour installer ou débarrasser le matériel, (...), mettre un tablier etc. »</i></p> <p><i>(...)</i></p> <p><i>« (...) le social on va le travailler à l'extérieur lorsqu'on va faire les courses, on va le travailler lors des sorties à l'extérieur, ça peut être une sortie culturelle, ça peut être une activité de groupe (...). »</i></p>
--	---

**Tableau D4 : Réponses de l'ergothérapeute D concernant le thème 4**

Dans la pratique, l'ergothérapeute D utilise essentiellement l'activité comme médiateur. Il note que différentes activités peuvent répondre à un même objectif mais insiste sur le fait que l'activité choisie doit être signifiante pour le patient afin qu'il l'investisse. L'objectif principal de l'ergothérapeute est de renforcer les stratégies cognitives travaillées en CRT, comme par exemple pour la gestion d'un budget, avec des mises en situation d'activités de la vie quotidienne. L'ergothérapeute D propose des séances individuelles en plus de différents groupes thérapeutiques au sein de l'établissement. L'objectif de la réalisation de ces groupes est notamment de travailler sur les compétences nécessaires pour être autonome au sein d'un groupe et respecter les consignes fixées. Les objectifs des séances sont fixés individuellement, en fonction de la problématique de chaque patient. Néanmoins un certains nombres de consignes communes fixent le cadre de ces groupes. Enfin l'ergothérapeute profite des accompagnements à l'extérieur de l'institution pour de travailler les compétences sociales avec ses patients.

<b>Thème 5 : Les mises en situation d'activité en ergothérapie</b>	
<b>Objectifs : Savoir si les mises en situation sont utilisées par l'ergothérapeute en réhabilitation psychosociale. Comprendre l'intérêt, l'élaboration et les limites de l'utilisation des mises en situation d'activité dans le transfert des acquis dans la vie quotidienne.</b>	
M.K	Est-ce que vous utilisez beaucoup les mises en situation ?
E.D	<p><i>« Oui voilà, (...) j'utilise en général le repas thérapeutique ou pâtisserie parce que ce sont des activités justement où il y a un budget, (...) il y a toute cette organisation et cette planification que l'on doit avoir pour pouvoir utiliser c'est essentiel. »</i></p> <p><i>(...)</i></p> <p><i>« Et donc je lui ai demandé de préparer un repas. (...) Voilà donc on est allé faire les courses, voir comment elle gérait le budget, comment elle préparait, donc tout ça c'était de l'observation. (...) Ensuite je l'ai vu une deuxième fois, ou c'est moi qui lui imposait une recette, un budget et une liste de courses. Et ça, ça me permet de voir comment elle se débrouille dans une situation qui ne lui ai pas familière. »</i></p>
M.K	C'est autant de l'apprentissage que de l'évaluation ?
E.D	<i>« Voilà. Alors après l'évaluation c'est quand même quelque chose de complètement différent. L'évaluation, ce qu'on appelle évaluation écologique, c'est qu'on observe le patient sans rien dire. (...) et à partir de cette observation on voit ce qui va pas et ce sur quoi il faut travailler »</i>

M.K	Et après vous pouvez refaire des mises en situation sans évaluation ?
E.D	« <i>Tout à fait voilà et voir ou on en est. (...) Pour qu'elle puisse se rendre compte de l'évolution en fait, (...). Est-ce qu'elle peut adapter les stratégies qu'elle lui conseille en CRT ? Est-ce qu'elle peut le transposer lors d'une activité donc dans ce cas-là c'était la pâtisserie. »</i>

**Tableau D5 : Réponses de l'ergothérapeute D concernant le thème 5**

L'ergothérapeute D utilise souvent les mises en situation d'activités. Elle fait référence à la mise en situation d'activité comme outil d'évaluation mais aussi comme moyen de transférer les apprentissages du programme de remédiation cognitive CRT, aux activités de vie quotidienne. Elle cite l'exemple du repas thérapeutique, qu'elle met en place actuellement, dans lequel elle demande à la personne de réaliser un repas en lui donnant différentes consignes. Ces consignes lui permettent à la personne de s'auto-évaluer et à l'ergothérapeute d'évaluer les capacités et les limites de la personne dans différents contextes à l'intérieur et à l'extérieur de l'institution. L'ergothérapeute D ne cite pas de limites à sa pratique.

### 3. Analyse transversale

Cette analyse permet de confronter les réponses de chaque ergothérapeute, thèmes par thèmes, afin de réaliser une synthèse. Suite à celle-ci, j'ai pu, dans la discussion, comparer les résultats de l'analyse aux éléments théoriques que j'ai pu mettre en évidence dans ce travail.

#### **Thème 1: S'informer sur l'expérience et la représentation des ergothérapeutes interviewés concernant la réhabilitation psychosociale.**

Il semble que, d'une manière générale, les ergothérapeutes utilisent une démarche de réhabilitation dans le but de permettre à la personne souffrant de schizophrénie d'améliorer son autonomie et sa qualité de vie au quotidien, au sein de la communauté. L'ergothérapeute B, est le seul à citer le rétablissement comme objectif de la réhabilitation psychosociale. Néanmoins, la définition de la réhabilitation est plutôt hétérogène. Elle varie en fonction du professionnel et de l'institution dans laquelle il exerce et certains y adjoignent des outils comme la remédiation cognitive. L'ergothérapeute A, est le seul à dire que la réhabilitation psychosociale se constitue de deux types d'accompagnements : celui concernant la rééducation de la personne en soins et un second qui a pour but de changer le regard sociétal sur le handicap psychique. Selon les ergothérapeutes B, C et D la réhabilitation psychosociale est une démarche pluridisciplinaire dont l'objectif consiste à accompagner la personne dans la réalisation de son projet de vie. L'ensemble des ergothérapeutes interrogés note l'importance d'inclure au maximum la personne dans son processus de réhabilitation psychosociale, et de se baser ses capacités afin d'établir des objectifs d'accompagnement spécifiques et adapter à ses besoins et à son projet de vie. Trois d'entre eux mentionnent le fait que pour se lancer dans une démarche de réhabilitation psychosociale dans les meilleures conditions, la symptomatologie de la personne souffrant de schizophrénie doit être stabilisée.

## **Thème 2 : S'informer sur l'opinion des ergothérapeutes interviewés concernant le rétablissement des personnes souffrant de schizophrénie.**

En ce qui concerne la **notion de rétablissement**, trois ergothérapeutes sur quatre l'utilisent dans leur pratique. L'ergothérapeute C, parle plutôt de favoriser le bien-être de la personne. Les ergothérapeutes disent à l'unanimité qu'il s'agit d'un **cheminement long et fluctuant**. L'ergothérapeute A et B utilise l'expression : « être en voie de rétablissement ». Les objectifs du rétablissement, donnés par les ergothérapeutes ne sont pas similaires, mais ils réfèrent tous à la **capacité de la personne à être consciente de ses capacités et de ses limites** et à adapter celles-ci à ses besoins et son projet de vie. Autrement dit le rétablissement ne consiste **pas seulement à la rémission de la symptomatologie** de la maladie mais aussi à la capacité de la personne à **gagner en qualité de vie avec la maladie**. Trois ergothérapeutes sur quatre, assimilent le rétablissement de la personne souffrant de schizophrénie à **une prise de conscience de possibilités de vie avec la maladie**. Selon l'ergothérapeute C, il faut que l'ensemble des professionnels et des outils thérapeutiques soient coordonnés autour du patient afin de favoriser le rétablissement. Enfin l'ergothérapeute B, mentionne le fait que plus le diagnostic de la schizophrénie est précoce, meilleures sont les chances de rétablissement.

## **Thème 3 : Savoir si le renforcement des compétences psychosociales fait partie des objectifs des ergothérapeutes, dans une démarche de réhabilitation psychosociale avec des personnes souffrant de schizophrénie.**

Aucun des ergothérapeutes n'utilise le terme de compétence psychosociale dans sa pratique. Néanmoins L'ensemble des ergothérapeutes a pour objectif de maintenir et d'améliorer les **compétences sociales**, aussi appelées « **habiletés sociales** » par deux d'entre eux, de leurs patients notamment en ce qui concerne les capacités de communication verbale et non verbale, la capacité à entrer en empathie et à coopérer. En ce qui concerne les **compétences cognitives**, tous les ergothérapeutes admettent l'impact des **troubles cognitifs** (attention, concentration, flexibilité mentale et planification) sur **l'autonomie au quotidien des personnes souffrant de schizophrénie** et la nécessité d'un accompagnement spécifique à la personne. Deux d'entre eux travaillent sur les **compétences émotionnelles** avec leurs patients, notamment sur la capacité à **reconnaître et gérer ses émotions et son stress**. Enfin l'ensemble des ergothérapeutes effectue un accompagnement sur la capacité à **avoir conscience de soi**, pour lutter contre l'anosognosie. Ce travail combine des **compétences cognitives et émotionnelles d'auto-évaluation**.

#### **Thème 4 : Connaître les différents accompagnements mis en place par les ergothérapeutes dans une démarche de réhabilitation psychosociale.**

Les ergothérapeutes utilisent tous, les **activités créatives, culturelles et sportives** comme médiateur à travers des séances individuelles ou en groupe à l'intérieur de l'institution. Les ergothérapeutes B et D mentionnent l'importance de proposer des **activités significantes** pour le patient dans le but qu'il puisse investir son accompagnement. Trois ergothérapeutes sur quatre participent à des programmes pluridisciplinaires de **remédiation cognitive à l'intérieur de l'institution**. L'ergothérapeute D ne participe pas au programme de son établissement, il s'applique néanmoins au renforcement et au transfert des stratégies travaillées par ses patients en remédiation cognitive grâce à **des mises en situation d'activités de vie quotidienne**. Les ergothérapeutes A, B et D proposent également différents accompagnements de réhabilitation psychosociale, en individuel ou en groupe, à l'intérieur et à **l'extérieur de l'institution**. Selon eux les accompagnements à l'extérieur de l'institution permettent aux patients **d'expérimenter en situations réelles**, au plus près de leur milieu de vie, et de **transférer les acquis de la rééducation à des situations de vie quotidienne**. L'ergothérapeute C, ne pratique pas à l'extérieur de l'institution, néanmoins elle encourage ses patients à expérimenter et s'entraîner chez eux afin de transférer les acquis de la rééducation. Lorsqu'on analyse les propos des ergothérapeutes, l'expression de « mises en situation d'activité » semble n'être utilisée que par l'ergothérapeute D. Néanmoins tous les ergothérapeutes mentionnent la réalisation de mises en situation d'activités de vie quotidienne à travers les différents accompagnements qu'ils mettent en place. Les ergothérapeutes A et B et C, parlent le plus souvent « d'expérimentation », ou encore de « réalisation d'activité de vie quotidienne » pour qualifier leur pratique.

#### **Thème 5 : Savoir si les mises en situation sont utilisées par les ergothérapeutes en réhabilitation psychosociale. Comprendre l'intérêt, l'élaboration et les limites de l'utilisation des mises en situation d'activité dans le transfert des acquis dans la vie quotidienne.**

Lorsque j'oriente la discussion sur la réalisation de mises en situation d'activité, les quatre ergothérapeutes répondent unanimement qu'ils en réalisent le plus souvent possible. Deux d'entre eux réalisent des mises en situation d'évaluation écologique afin d'observer les capacités et les limites des patients dans un contexte écologique. Les quatre ergothérapeutes réalisent des mises en situation d'activité dans l'objectif de transférer les acquis de la rééducation aux activités de vie quotidienne de leurs patients. Néanmoins contrairement aux autres, l'ergothérapeute A, réalise des mises en situation d'activité uniquement à l'extérieur de l'établissement. Selon la majorité des ergothérapeutes interviewés, si le patient n'est pas dans un milieu écologique, le transfert des acquis n'est pas efficient. A l'inverse l'ergothérapeute C, réalise les mises en situation d'activité uniquement à l'intérieur de l'institution par manque de moyen. Les ergothérapeutes A, B et C mentionnent plusieurs limites à la réalisation des mises en situation d'activités dans le but de transférer les acquis de la rééducation dans le quotidien, telles que le manque de temps et d'effectif au sein de des équipes pluridisciplinaires.

### III. DISCUSSION

À travers cette étude, j'ai cherché à connaître la pertinence de l'utilisation des mises en situation d'activités en ergothérapie afin de favoriser la réhabilitation psychosociale des personnes souffrant de schizophrénie. Croiser les apports théoriques et les résultats de mon enquête m'a permis de dégager les grands axes de cette étude et de discuter la validité de mon hypothèse.

#### 1. Interprétation des résultats

La partie théorique de ce mémoire m'a permis de mettre en évidence les difficultés auxquelles doit faire face une personne souffrant de schizophrénie. Des symptômes résiduels, tels que les troubles négatifs, cognitifs et l'anosognosie, persistent même après la sortie de la phase aiguë, puisqu'ils sont peu impactés par les traitements médicamenteux de la schizophrénie. De ce fait, des situations de handicap peuvent être retrouvées dans le quotidien des personnes souffrant de schizophrénie. On observe alors des conséquences en terme professionnel, social, relationnel ou encore environnemental. C'est pourquoi un accompagnement thérapeutique combinant des actions de réadaptation et de réinsertion est nécessaire. La démarche pluridisciplinaire de réhabilitation psychosociale offre cette possibilité. Cet accompagnement ne peut se faire seul, l'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire doit se mobiliser pour aider la personne souffrant de schizophrénie à récupérer les compétences nécessaires pour réaliser son projet de vie. Les personnes interviewées ont conscience de l'importance de cette coopération interprofessionnelle, puisqu'elles l'ont toutes évoquées lors des entretiens. Tous les professionnels agissent selon leurs champs de compétence, mais selon les résultats de l'enquête il faut que l'ensemble des professionnels intervenant au près du patient coopèrent afin de favoriser son rétablissement. Cette collaboration interprofessionnelle nécessite d'organiser des temps d'échanges, d'informations et de formation.

La réhabilitation psychosociale est définie dans le cadre théorique comme étant un processus regroupant les notions de réadaptation et de réinsertion et définissant un ensemble d'actions menées afin de favoriser le rétablissement à un niveau optimal de fonctionnement autonome dans la communauté (Tessier & Clement, 1992). Cette définition rejoint celle faite par les ergothérapeutes. Cependant on observe quelques disparités traduisant la diversité des définitions de la réhabilitation psychosociale que l'on peut trouver dans la littérature. Cette démarche s'appuie sur « *un double mouvement d'adaptation de l'individu à la société dans laquelle il vit, mais aussi d'adaptation de la société à l'individu (...)* » (Dubuis, 1995). Elle doit être effectuée avec le patient, mais aussi pour le patient, en informant et sensibilisant les acteurs de la cité. Or, les résultats de l'enquête montrent que les ergothérapeutes interrogés abordent peu ce sujet et axent le plus souvent leur travail sur les soins à l'intention du patient. Cependant, cela n'en reste pas moins efficace, puisque tous relatent les parcours de patients qui ont pu se rétablir.

« *Le soutien des personnes dans leur processus de rétablissement* » (Anesm, 2016) fait partie des recommandations de bonnes pratiques professionnelles formulées par l’HAS à propos de l’accompagnement des adultes handicapés psychiques. Les ergothérapeutes interviewés ne se réfèrent pas à la classification de N. Franck (2017), qui définit le rétablissement en quatre dimensions : le rétablissement **clinique**, **fonctionnel**, **social** formant le rétablissement **personnel** décrit ici comme : « (...) *le retour à une existence satisfaisante pour la personne* ». (Franck, Remédiation cognitive et rétablissement dans les troubles psychiques sévères, 2017). Néanmoins les ergothérapeutes sont unanimes pour affirmer que le rétablissement de la schizophrénie ne consiste pas seulement à une rémission de la symptomatologie (rétablissement clinique). La majorité des ergothérapeutes pensent que le rétablissement des personnes souffrant de schizophrénie est un cheminement personnel long et fluctuant qui s’apparente à une prise de conscience de leurs capacités et de leurs possibilités de vie avec la maladie. Ceci rejoint la définition du rétablissement de Bill Anthony (1993) : « *Le rétablissement est un processus foncièrement personnel et unique (...) va de pair avec la découverte d’un nouveau sens et d’un nouveau but à sa vie, à mesure qu’on réussit à surmonter les effets catastrophiques de la maladie mentale.* ». (Holué, 2015).

Plusieurs ergothérapeutes interrogés constatent actuellement qu’une nouvelle place est attribuée aux patients dans leurs prises en charge : « *Les droits des malades se renforcent, le malade ne subit plus, il a soif de connaître les thérapeutiques qui vont lui être prodiguées, participe à son traitement et attend que son consentement soit respecté : il devient « expert » de sa situation.* » (Trouvé, 2015). Les grands principes de la réhabilitation psychosociale mettent l’accent sur l’intégrité et sur les forces de l’individu plutôt que sur sa maladie (REF CNAAN ou VIDON). L’approche de la réhabilitation psychosociale vise à distinguer l’individu comme un être singulier ayant les ressources internes lui permettant de retrouver son autonomie au sein de la communauté. L’analyse des résultats de l’enquête montre d’ailleurs l’importance selon les ergothérapeutes, d’inclure au maximum la personne dans son processus de réhabilitation psychosociale, et de se baser ses capacités afin d’établir, avec elle, des objectifs d’accompagnement spécifiques et adapter à ses besoins et à son projet de vie.

L’approche top-down permet de se focaliser sur les occupations de la personne et de les travailler afin de permettre une récupération fonctionnelle. Le modèle PEOP défend cette approche en utilisant l’activité comme outil mais également comme objectif thérapeutique. Selon ce modèle le résultat de l’intervention recherché est la participation occupationnelle. Elle se constitue dans la réalisation des activités, tâches et rôles de la personne soutenue par ses facteurs personnels et environnementaux. Selon l’arrêté du 5 Juillet 2010, définissant le référentiel de compétences du diplôme d’État de l’ergothérapeute, il est stipulé que ce dernier doit réaliser des activités de soins, dans les domaines de la rééducation, de la réadaptation, de la réinsertion et de la réhabilitation psychosociale. Ce travail de recherche a montré que l’activité était l’objectif et le moyen de médiation utilisé par l’ergothérapeute pour accompagner la personne

souffrant de schizophrénie dans une démarche de réhabilitation psychosociale. Plus précisément, l'enquête a mis en avant que ce professionnel utilisait les mises en situations d'activités.

Un des objectifs de l'ergothérapeute en réhabilitation psychosociale « (...) est de mettre le patient en situation d'action concrète, de tester ses motivations en fonction d'un projet de soins et d'un projet de réinsertion » (Person, 2016). Les résultats ont montré que ce moyen était largement utilisé par les professionnels interrogés. Les mises en situation d'activités ont pour objectif de rendre le patient acteur de son projet de soin, afin qu'il fixe ses objectifs et trouve de lui-même les éléments à travailler, ce qui est source de motivation. Selon les ergothérapeutes interrogés, les mises en situation d'activités, facilitent une prise de conscience des capacités des limites de la personne et peuvent lui permettent de reprendre confiance en lui. D'autre par l'ensemble des ergothérapeutes réalisent des mises en situation d'activité dans l'objectif de transférer les acquis de la rééducation aux activités de vie quotidienne de leurs patients. Elles permettent à la personne d'expérimenter et d'auto-évaluer sa pratique en situation afin de lui permettre de conceptualiser et d'adapter ses compétences à différents contextes. Néanmoins la majorité des ergothérapeutes note l'importance d'effectuer les mises en situation dans un milieu proche du milieu de vie du patient afin que le transfert des compétences soit efficient et mentionnent plusieurs limites à la réalisation des mises en situation d'activité en milieu écologique, telles que le manque de temps et d'effectif au sein de leur équipe pluridisciplinaire.

Dans ce travail de recherche, je m'intéresse particulièrement au transfert des compétences psychosociales dans le quotidien des personnes souffrant de schizophrénie. Elles sont aujourd'hui reconnues comme un déterminant de la santé physique et mentale ainsi que du bien-être. Le développement des compétences psychosociales est un axe d'intervention majeur dans le développement des compétences individuelles, dont la promotion est le quatrième axe de la Charte d'Ottawa (OMS, 1996). Cependant l'enquête montre qu'aucun ergothérapeute n'utilise le terme de « compétence psychosociale" dans sa pratique. Néanmoins, La majorité des ergothérapeutes note l'importance des mises en situation d'activité en complément des programmes de remédiation cognitive dans lesquels sont travaillées différentes compétences sociales, cognitives et émotionnelles afin de transférer ces compétences acquises en séance dans le quotidien des personnes souffrant de schizophrénie. En référence à la classification de l'OMS des compétences psychosociales (Equipe de PromoSanté IdF, 2019), l'ensemble des ergothérapeutes a pour objectif l'apprentissage et le transfert de compétences sociales, aussi appelées « habiletés sociales », de leurs patients notamment en ce qui concerne les capacités de communication verbale et non verbale, la capacité à entrer en empathie et à coopérer. En ce qui concerne les compétences cognitives, tous les ergothérapeutes admettent l'impact des troubles cognitives (attention, concentration, flexibilité mentale et planification) sur l'autonomie au quotidien des personnes souffrant de schizophrénie et la nécessité d'un accompagnement spécifique. Enfin deux d'entre eux travaillent sur les compétences émotionnelles avec leurs patients, notamment sur la capacité à reconnaître et gérer ses émotions et son stress. Enfin l'ensemble des



ergothérapeutes effectuent des accompagnements thérapeutiques concernant la capacité à avoir conscience de soi, pour lutter contre l'anosognosie. Ce travail combine des compétences cognitives et émotionnelles d'auto-évaluation.

Enfin, les résultats de l'enquête ont montré que l'apprentissage et le transfert des compétences dans la vie quotidienne des personnes souffrant de schizophrénie, ne sont pas seulement dû au travail effectué avec l'ergothérapeute mais grâce aux accompagnements complémentaires des différents professionnels de santé. Les mises en situations d'activités en complément d'autres accompagnements, comme notamment les séances de remédiation cognitive, permettent l'apprentissage et le transfert des acquis de la réhabilitation psychosociale dans le quotidien des personnes souffrant de schizophrénie.

## 2. Intérêts et limites de l'enquête

On peut observer plusieurs limites en ce qui concerne l'outil utilisé pour réaliser mon enquête. L'entretien semi-directif, outil choisi pour interviewer les ergothérapeutes travaillant en réhabilitation psychosociale avec des personnes souffrant de schizophrénie, est construit selon des thèmes, dans lesquels les personnes interviewées sont libres de s'exprimer. Finalement, je n'ai pas forcément pu suivre la trame préparée dans mon guide d'entretien, puisqu'il a fallu s'adapter à chaque personne et ajuster en fonction de leurs réponses. Les entretiens devenaient alors plus libre que semi-directif ce qui a compliqué l'analyse des résultats. De plus certaines questions posées ont pu être redondantes entre deux thèmes (par exemple, les questions des thèmes 4 et 5). Il est également possible que mes questions aient, involontairement influencées les réponses des individus interrogés. Enfin, les données qualitatives recueillies ne sont pas généralisables à l'accompagnement de toutes la pratique de l'ensemble des ergothérapeutes en réhabilitation psychosociale avec des personnes souffrant de schizophrénie, l'échantillon est en effet trop faible.

Ensuite, les quatre ergothérapeutes questionnés n'ont pas été diplômés dans les même années. Ils n'ont donc pas eu une formation similaire. De plus ils ne travaillent pas tous dans le même type de structure. Il a été intéressant mais complexe de comparer les différents points de vue d'ergothérapeutes de travaillant au sein d'établissements de santé ayant des objectifs différents. Une limite est également retrouvée en ce qui concerne la population de mon étude. En effet il est complexe de qualifier le moment ou une personne souffrant de schizophrénie est considérée comme stabilisée. Chaque ergothérapeute à sa propre représentation de la stabilisation de la schizophrénie, il a donc été difficile d'effectuer des comparaisons. Le fait d'avoir interrogé une population pratiquant dans des structures assez hétérogènes renforce cette difficulté de comparaison : un patient stabilisé dans une unité intrahospitalière ne l'est pas forcément dans une unité extrahospitalière. Finalement, il me paraît plus intéressant d'envisager d'interviewer des ergothérapeutes d'expérience et de formation proche, travaillant dans des structures similaires. Ceci me permettra de comparer les différentes pratiques des ergothérapeutes à en réhabilitation psychosociale avec

des personnes souffrant de schizophrénie stabilisée dans une même structure, à un « stade de prise en charge » équivalent.

Pour l'élaboration de ma partie conceptuelle, j'ai trouvé peu de littératures scientifiques portant sur la réalisation de mises en situation d'activités. Il s'agit pourtant d'une pratique très utilisée par les ergothérapeutes. Cet outil est fréquemment abordé dans les cours d'ergothérapie et également observable en stage. Elles sont également mentionnées plusieurs fois par le référentiel d'activité de l'ergothérapeute. Le terme de « mise en situation » fait partie du langage courant de l'ergothérapeute, alors qu'il n'existe pas de définition claire et officielle de celui-ci. Très peu des écrits, qui ont été cités dans ce mémoire, évoquent les mises en situation d'activités comme moyen thérapeutique de rééducation. Ils parlent majoritairement des mises en situation d'activités comme outil d'évaluation écologique. D'autre part, le terme anglo-saxon « life skills » traduit en français par « compétence psychosociale », n'est pas utilisé par les ergothérapeutes en réhabilitation psychosociale. Les ergothérapeutes parlent plutôt de compétences ou habiletés sociales, et de capacités cognitives et émotionnelles.

### 3. Apports personnels et professionnels

L'élaboration de ce mémoire d'initiation à la recherche a été très enrichissante pour moi malgré les nombreux doutes et remises en question qu'elle a engendrés. Je pense que ces acquis me seront bénéfiques pour ma pratique professionnelle future. J'ai effectivement appris à structurer mes idées, les organiser et les synthétiser. Ce travail m'a également permis de développer des compétences en lien avec la méthodologie de recherche. J'ai pu ainsi comprendre la nécessité d'appuyer ma réflexion sur des concepts et théories probantes.

La réalisation de cette étude m'a offert l'occasion, d'interroger la pratique d'ergothérapeutes avec des personnes souffrant de schizophrénie en réhabilitation psychosociale en complément de mes lectures et mes recherches. J'ai donc pu approfondir mes connaissances sur la schizophrénie, la réhabilitation psychosociale ainsi que sur les différentes pratiques en ergothérapie. De par mes lectures, mon enquête mais aussi mon expérience en stage, j'ai pris conscience qu'il existe une véritable différence entre ce qui est inscrit dans la littérature et ce qui est réalisé en pratique sur le terrain. Cette expérience m'a finalement montré qu'il est important de se remettre en question puisqu'en quelques années, de nouveaux accompagnements et de nouveaux termes peuvent apparaître. Enfin, cela m'a confortée dans mon désir de travailler auprès de personnes atteintes de schizophrénie dans le domaine de la réhabilitation psychosociale.

### 4. Vérification de l'hypothèse

Ce travail de recherche a été élaboré dans le but de répondre à la problématique : Comment l'ergothérapeute favorise-t-il la réhabilitation psychosociale des personnes souffrant de schizophrénie ?

Ma partie conceptuelle tente de définir, entre autres, les notions schizophrénie, de réhabilitation psychosociale et de rétablissement et ainsi comprendre le fonctionnement de la réhabilitation psychosociale des personnes souffrant de schizophrénie ainsi que le rôle de l'ergothérapeute dans cette démarche. Après cet apport de connaissances, une hypothèse était susceptible de répondre à ma question de recherche : **La réalisation de mises en situations d'activités en ergothérapie permet l'acquisition et le transfert des compétences psychosociales dans le quotidien des personnes souffrant de schizophrénie.**

La vision holistique qu'a l'ergothérapeute de la personne qu'il prend en charge, permet d'axer son plan d'intervention sur les caractéristiques de la personne, de son environnement et de ses occupations. Les activités proposées sont donc centrées sur les besoins et le projet de vie de la personne souffrant de schizophrénie. Celles-ci, ayant un sens pour la personne qui les réalise, elles permettent de favoriser l'engagement de la personne, dans son processus de réhabilitation psychosociale. Finalement, l'ergothérapeute, par la proposition de mises en situations d'activités permet à la personne d'expérimenter et de s'auto-évaluer en situation ce favorise l'engagement de la personne ainsi que la prise de conscience de ses capacités et de ses limites et par extension le transfert des acquis de la réhabilitation au quotidien.

Par ailleurs, l'enquête réalisée montre que les ergothérapeutes n'utilisent pas le terme de compétences psychosociales. Il pratique néanmoins des accompagnements visant le développement et le transfert de compétences sociale, cognitives et émotionnelles dans le quotidien des personnes souffrant de schizophrénie.

Je peux donc affirmer que cette hypothèse n'est que partiellement validée et est à nuancer. Les mises en situation d'activités effectuées en ergothérapie permettent un transfert des compétences acquises en réhabilitation psychosociale. Il me semble néanmoins important de préciser que ce transfert est difficile à évaluer et demande un accompagnement pluridisciplinaire au long cours, sur plusieurs années du fait de la chronicité de la maladie.

## CONCLUSION

Certains troubles liés à la schizophrénie, persistent lorsque la symptomatologie de la phase aiguë est stabilisée, et peuvent créer des situations de handicap dans les activités de vie quotidienne pour les personnes présentant cette pathologie. L'accompagnement des patients dans le but de limiter l'impact du handicap psychique dans leur quotidien a donc une place centrale dans le processus de réhabilitation psychosociale. Aussi, de par ses connaissances et ses compétences professionnelles, l'ergothérapeute a un rôle important à jouer auprès des personnes atteintes de schizophrénie dans la recherche du rétablissement.

Cette réflexion m'a permis de définir l'objectif de mon étude : déterminer de quelle manière l'ergothérapeute favorise la réhabilitation psychosociale des personnes souffrant de schizophrénie. Rappelons que l'hypothèse choisie est que **les mises en situation proposées en ergothérapie permettent l'acquisition et le transfert de compétences psychosociales dans la vie quotidienne des personnes souffrant de schizophrénie.**

La réalisation d'entretiens semi-directifs m'a permis de dégager des éléments importants concernant l'intervention des ergothérapeutes auprès des personnes atteintes de schizophrénie dans une démarche de réhabilitation psychosociale. L'enquête a révélé que les mises en situation d'activités avaient de nombreux bénéfices. Les quatre ergothérapeutes interrogés ont notamment souligné l'importance des mises en situation d'activité dans le transfert des acquis de la rééducation au quotidien des patients. Il note l'importance de placer la personne en position d'actrice de son accompagnement afin de favoriser la prise de conscience de leurs capacités et limites et ainsi faciliter les apprentissages. Les entretiens ont également mis en évidence que le terme de compétence psychosociale n'est pas utilisé par les ergothérapeutes en réhabilitation psychosociale. Néanmoins de nombreux accompagnements proposés en ergothérapie et notamment les mises en situation d'activités ont pour objectif d'augmenter les compétences sociales, cognitives et émotionnelles des personnes souffrant de schizophrénie. Dans le cadre de cette étude, je considère donc que l'hypothèse est partiellement validée.

Pour conclure, ce travail de recherche m'a été bénéfique, tant sur le plan personnel que sur le plan professionnel. Il m'a permis d'élargir ma vision de la pratique de l'ergothérapeute en réhabilitation psychosociale auprès de personnes souffrant de schizophrénie. Cependant, la réhabilitation psychosociale propose un accompagnement selon deux axes distincts : « (...) *un ensemble d'actions de soins à l'intention de la personne souffrant de troubles psychiques, et un ensemble d'actions en direction de la société afin qu'elle soit plus porteuse, et plus apte à l'accueillir.* » (Leguay, et al., 2008). Dans ce mémoire je me suis intéressée aux soins à l'intention de la personne souffrant de schizophrénie. Il pourrait être intéressant de mener une étude sur la pratique d'actions de la réhabilitation psychosociale à l'intention de la société.

## BIBLIOGRAPHIE

- Anesm. (2016). *Spécificités de l'accompagnement des adultes handicapés psychiques*. Paris: Anesm (HAS).
- Anesm. (2016). *Spécificités de l'accompagnement des adultes handicapés psychiques*. Paris: Anesm (HAS).
- ANFE. (2019, Février 01). *Ergothérapie : la profession*. Consulté le Février 2019, sur ANFE. Association nationale des ergothérapeutes: <https://www.anfe.fr/l-ergotherapie/la-profession>
- Blanchet, A., & Gotman, A. (2010). *L'enquête et ses méthodes : l'entretien* (éd. 2). Paris: Armand Colin.
- Caire, J.-M. (2008). *Nouveau guide pratique en ergothérapie : entre concepts et réalités*. Bruxelles ; Marseille: De Boeck Solal.
- Combessie, J.-C. (2007). *La méthodologie en sociologie* (éd. 5). Paris: La Découverte.
- CRES. (2015, Sept/Oct/Nov/Dec). Compétences psychosociales, un socle pour la santé publique. *Priorité Santé*(n°44), pp. 3-5.
- CRIPS. (2018). *Les compétences psychosociales*. Consulté le 2019, sur CRIPS. Prévention. Santé. Jeunesse: <http://www.lecrips-idf.net/professionnels/dossier-thematique/dossier-CPS/>
- de Lussac, A. (2016). Remédiation cognitive, réhabilitation et schizophrénie. Dans H. Hernandez, *Ergothérapie en psychiatrie. De la souffrance psychique à la réadaptation* (éd. 2, pp. 255-276). Paris: De Boeck Supérieur.
- Delamillieure, P., Couleau, M., & Dollfus, S. (2009). Approches cliniques et diagnostiques des premiers épisodes psychotiques. *Annales Médico-Psychologiques*, 167, pp. 79-85.
- Dubuis, J. (1995). La réhabilitation dans le monde. Dans Vidon, & G, *La réhabilitation psychosociale en psychiatrie* (pp. 63-80). Paris: Frison-Roche.
- Durand, B. (2012, Jan-Fev). Réadaptation et réhabilitation psychosociale. *Pluriels*(n°94-95), pp. 2-3.
- Equipe de PromoSanté IdF. (2019, février). *Les compétences psychosociales des enfants et jeunes ados (3-15ans)*. Consulté le février 2019, sur PromoSanté Ile-de-France: <https://www.promosante-idf.fr/dossier/cps>
- Favrod, J., & Scheder, D. (2004). Se rétablir de la schizophrénie : un modèle d'intervention. *Revue médicale de la Suisse romande*(124), pp. 205-208.
- Fortin, D., & Pollet, M. (2017, Avril). Compétences psychosociale et promotion de la santé. *Force de FRAPS*(n°1), pp. 3-5.
- Franck, N. (2012). *Remédiation cognitive*. Elsevier Masson.
- Franck, N. (2017, décembre). Remédiation cognitive et rétablissement dans les troubles psychiques sévères. *Rhizome*(65-66), 10-11.
- Franck, N., & (dir). (2018). *Traité de réhabilitation psychosociale*. Elsevier Masson.
- Frank, N. (2012). *Remédiation cognitive*. Elsevier Masson.
- Giraud-Baro, E., & Roussel, C. (2012). Place de la remédiation cognitive dans le dispositif sanitaire et liens avec le secteur médico-social. *Remédiation cognitive*, pp. 12-35.
- Giraud-Baro, E., & Roussel, C. (2017). Place de la remédiation cognitive dans le dispositif de soin. Dans N. Franck, *Remédiation cognitive* (Vol. 2e ed, pp. 17-39). Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson.

- Granger, B., & Naudin, J. (2015). *La schizophrénie, idées reçues sur une maladie de l'existence*. Paris: Le Cavalier Bleu.
- Guelfi, J.-D., & American Psychiatric Publishing. (2003). *DSM-IV-TR. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (éd. 4e édition). Etats-Unis: Elsevier-Masson.
- Ha, C., Decool, E., & Chan Chee, C. (2017, Novembre 24). Mortalité des personnes souffrant de troubles mentaux. Analyse en causes multiples des certificats de décès en France. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire (BEH)*, n°23.
- Hamon-Delbar, L., & Magneron, E. (2013, Nov 7). Effet d'un programme d'entraînement des habiletés sociales chez un patient souffrant de schizophrénie. *Journal de thérapie comportementale et cognitive*.
- Harrois, S., Ferreri, F., & Peretti, C.-S. (2004, novembre-décembre). Cognition et schizophrénie. *Act. Méd. Int. - Psychiatrie*, n°9/10, pp. 243-247.
- HAS. (2015). *Démarche centrée sur le patient*. Consulté le Mars 25, 2019, sur HAS-Santé: has-sante.fr
- Holué, C. (2015, mai 28). *Rétablissement*. Consulté le Janvier 2019, sur Psycom: [http://www.psycom.org/Accueil/Espace-Presses/Sante-mentale-de-A-a-Z/Retablissement/\(language\)/fre-FR](http://www.psycom.org/Accueil/Espace-Presses/Sante-mentale-de-A-a-Z/Retablissement/(language)/fre-FR)
- Imbert, G. (2010, Septembre). L'entretien semi-directif : à la frontière de la santé publique et de l'anthropologie. *Recherche en soins infirmiers*, 102, pp. 23-34.
- Inserm. (2014, Mai 01). *Schizophrénie, intervenir au plus tôt pour limiter la sévérité des troubles*. Consulté le Janvier 2019, sur Inserm, la science pour la santé: <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/schizophrenie>
- InVS. (2017). *L'état de santé de la population en France*. Paris: Santé Publique France, DREES.
- La Clainche, E. (2008, Février). *Approche du concept de compétence*. Récupéré sur [http://formatice.org/en\\_ligne/socle/concept\\_compences.pdf](http://formatice.org/en_ligne/socle/concept_compences.pdf)
- Lalonde, P. (2004, 01 01). *Le modèle vulnérabilité-stress et les interventions efficaces dans la schizophrénie*. Consulté le Janvier 2019, sur Réhab InfoWeb: [http://www.club-association.ch/rehab/article\\_17.htm](http://www.club-association.ch/rehab/article_17.htm)
- Le Boterf, G. (2005). *Construire les compétences individuelles et collectives : la compétence n'est plus ce qu'elle était*. (3. ed, Éd.) Paris: Eyrolles.
- Le Boterf, G. (2010). *Construire les compétences individuelles et collectives*. Eyrolles.
- Le Floch, M., & Noguero, D. (2016). *Focus santé : Compétences psychosociales des adultes et promotion de la santé* (Vol. n°4). Culture&Santé asbl.
- Le Galudec, M., Stephan, F., Mascret, R., Bourgin, J., & Walter, M. (2011, janvier). Diagnostic précoce dans la schizophrénie : une mission pour les médecins généralistes ? *La presse médicale*, 40(1), pp. 3-9.
- Leguay, D., Giraud-Baro, E., Lièvre, B., Dubuis, J., Cochet, A., Roussel, C., . . . Vidon, G. (2008, novembre). La manifeste de réh@b' : Propositions pour une meilleure prise en charge des personnes

- présentant des troubles psychiatriques chroniques et invalidants. *L'information psychiatrique*, 84, pp. 885-893.
- Llorca, P.-M. (2004, janvier). *La schizophrénie*. (M. Leboyer, & P.-L. Morselli, Éd.s.) Récupéré sur Encyclopédie Orphanet: <https://www.orpha.net/data/patho/FR/fr-schizo.pdf>
- Luis, E., & Lamboy, B. (2015, Mars). Les compétences psychosociales : définition et état des connaissances. *La santé en action*(n°431), pp. 12-16.
- Manidi. (dir.), M.-J. (2006). *Ergothérapie comparée en santé mentale et psychiatrie*. Lausanne, Suisse: Editions EESP.
- Margot-Cattin, I. (2017). Le modèle Personne-Environnement-Occupation-Performance (PEOP). Dans M.-C. Morel-Bracq, *Les modèles conceptuels en ergothérapie : Introduction aux concepts fondamentaux* (éd. 2, pp. 63-72). Paris : De Boeck Supérieur.
- Ministère de la santé et des sports. (2010). Arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'Etat d'ergothérapeute. Dans d. l. Ministère du travail, *Bulletin officiel Santé - Protection sociale - Solidarité* (Vol. n°2010/7, pp. 170-186). Paris.
- Ministère de la solidarité et de la santé. (2018). *Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes. CIM-10 FR à usage PMSI*. (Vol. 1, 10e révision). Paris: ATIH.
- Ministère des solidarités et de la santé. (2018, Juin 13). *Projet territorial de santé mentale*. Consulté le Janvier 2019, sur Solidarités-santé: <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-des-patients-et-des-usagers/projet-territorial-de-sante-mentale/projet-territorial-sante-mentale>
- Morel-Bracq, M.-C. (2017). *Les modèles conceptuels en ergothérapie. Introduction aux concepts fondamentaux*. (éd. 2e édition). Paris: De Boeck Supérieur.
- OMS. (2018, Avril 09). *Les principaux repères sur la schizophrénie*. Consulté le Janvier 2019, sur Site officiel de l'Organisation Mondiale de la Santé: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>
- Passerieux, C. (2013, décembre). Schizophrénie et relation à l'autre. *Santé mentale*(183), pp. 22-27.
- Person, Y. (2016). Ergothérapie et réhabilitation : le sens de l'action. Dans H. Hernandez, *Ergothérapie en psychiatrie. De la souffrance psychique à la réadaptation* (éd. 2, pp. 199-206). Paris: De Boeck Supérieur.
- Pierce, D., & Traduction : Morel-Bracq, M.-C. (2016). *La science de l'occupation pour l'ergothérapie*. (Vol. 1). Paris: De Boeck Supérieur.
- Prouteau, A., & Yvon, F. (2017). Facteurs subjectifs et remédiation cognitive dans la schizophrénie. Dans N. Franck, *Remédiation cognitive* (Vol. 2e ed, pp. 59-81). Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson.
- Raynal, F., & Reunier, A. (2014). *Pédagogie : Dictionnaire des concepts clés. Apprentissage, formation, psychologie cognitive* (éd. 10e ed). Issy-les-Moulineaux, France: ESF éditeur.
- Saraceno, B. (1995). Préface. Dans G. Vidon, *La réhabilitation psychosociale en psychiatrie* (pp. 12-15). Paris: Frison-Roche.

- Tessier, L., & Clement, M. (1992). *La réadaptation psychosociale en psychiatrie : défi des années 90*. Québec: Gaétan-Morin.
- Thomas, P., Bubrovsky, M., & Jardri, R. (2009, janvier). Fonctions exécutives et schizophrénie. *Revue de neuropsychologie*, pp. 65-69.
- Truvé, E. (2015). L'ergothérapie de demain en France. *Ergothérapies*(n°59), pp. 5-11.
- Unafam. (2019). *Spécificité du handicap psychique*. Consulté le Janvier 2019, sur Site de l'Unafam: <http://www.unafam.org/specificite-du-handicap-psychique.html>
- Van Campenhoudt, L., & Quivy, R. (2011). *Manue de recherche en sciences sociales* (éd. 4e édition). Paris: Dunod.
- Van Campenhoudt, L., & Quivy, R. (2011). *Manuel de recherche en sciences sociales* (éd. 4). Paris: Dunod.
- Vidon, G. (1995). La désinstitutionnalisation : ses origines, ses retombées, son bilan. Dans G. Vidon, *La réhabilitation psychosociale en psychiatrie* (pp. 81-108). Paris: Frison-Roche.
- Vidon, G. (1995). La réhabilitation dans tous ses états. Dans G. Vidon, *La réhabilitation psychosociale en psychiatrie* (pp. 27-62). Paris: Frison-Roche.

## ANNEXES

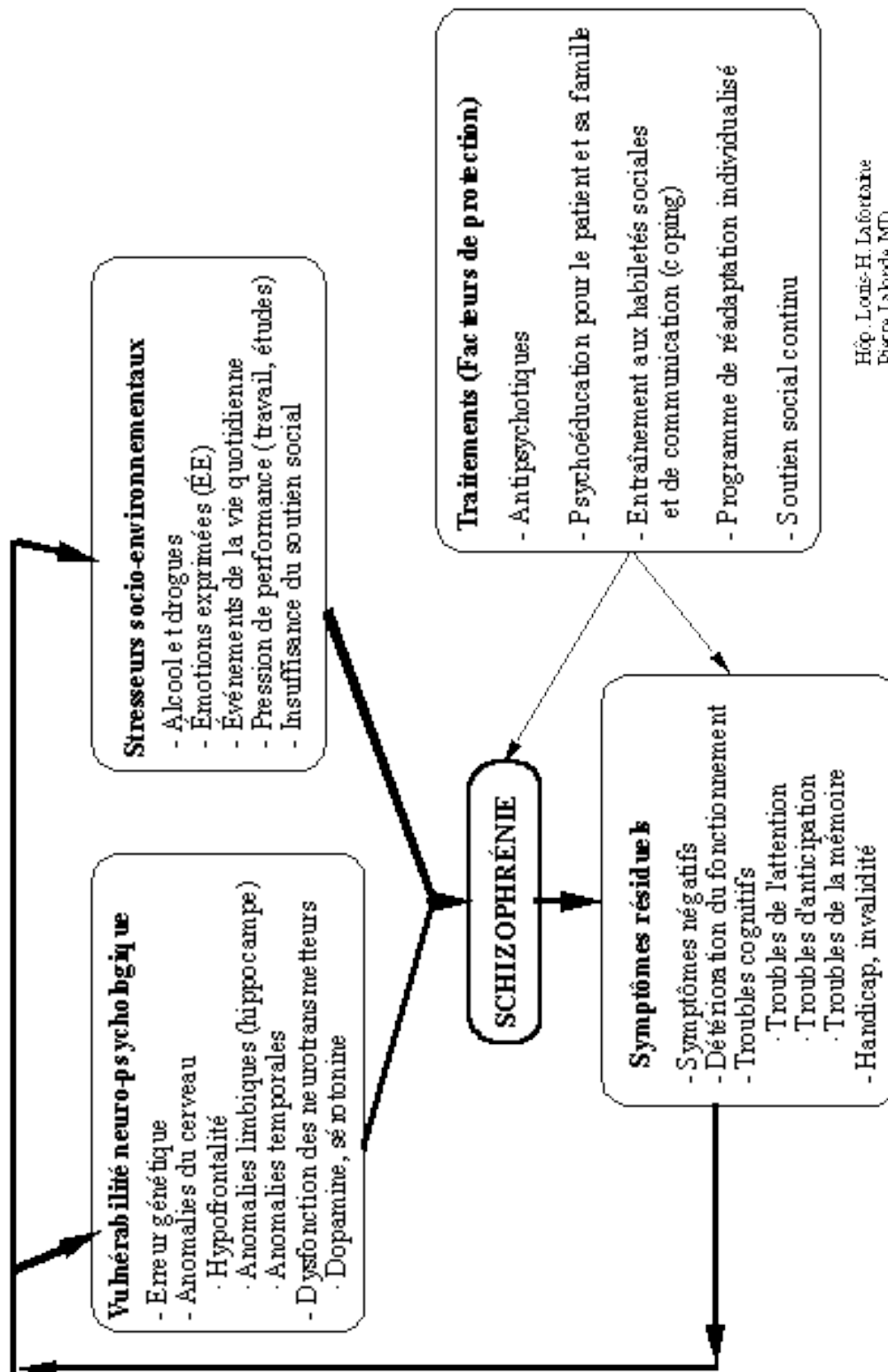
### Table des matières



<u>Annexe I</u> : Modèle « vulnérabilité-stress » de la schizophrénie par P. Lalonde (2004)....	61
<u>Annexe II</u> : Critères diagnostiques de la schizophrénie selon de DSM VI (2003).....	61
<u>Annexe III</u> : Les grands principes de la réhabilitation psychosociale selon Cnaan (1988)	61
<u>Annexe IV</u> : Guide d'entretien.....	61
<u>Annexe V</u> : Retranscription de l'entretien avec l'ergothérapeute A.....	61

**Annexe I : Modèle « vulnérabilité-stress » de la schizophrénie  
par P. Lalonde (2004)**

## Modèle vulnérabilité - stress de la schizophrénie



Hép. Louis-H. Lafontaine  
Pierre Laborde MD

**Annexe II : Critères diagnostiques de la schizophrénie selon de DSM VI (2013)**

## ■ Critères diagnostiques de la Schizophrénie

A. *Symptômes caractéristiques* : Deux (ou plus) des manifestations suivantes sont présentes, chacune pendant une partie significative du temps pendant une période d'1 mois (ou moins quand elles répondent favorablement au traitement) :

- (1) idées délirantes
- (2) hallucinations
- (3) discours désorganisé (c.-à-d., coq-à-l'âne fréquents ou incohérence)
- (4) comportement grossièrement désorganisé ou catatonique
- (5) symptômes négatifs, p. ex., émoussement affectif,alogie, ou perte de volonté

N.-B. : Un seul symptôme (du Critère A est requis si les idées délirantes sont bizarres ou si les hallucinations consistent en une voix commentant en permanence le comportement ou les pensées du sujet, ou si, dans les hallucinations, plusieurs voix conversent entre elles.

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

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

D. *Exclusion d'un Trouble sc affectif et d'un Trouble de l'humeur* : Un Trouble schizo-affectif et un Trouble de l'humeur avec caractéristiques psychotiques ont été éliminés soit (1) parce qu'aucun épisode dépressif majeur, maniaque ou mixte n'a été présent simultanément aux symptômes de la phase active ; soit (2) parce que si des épisodes thymiques ont été présents pendant les symptômes de la phase active, leur durée totale a été brève par rapport à la durée des périodes actives et résiduelles.

(suite)

## □ Critères diagnostiques de la Schizophrénie (suite)

- E. *Exclusion d'une affection médicale générale/due à une substance* : La perturbation n'est pas due aux effets physiologiques directs d'une substance (c.-à-d. une drogue donnant lieu à abus, un médicament) ou d'une affection médicale générale.
- F. *Relation avec un Trouble envahissant du développement* : En cas d'antécédent de Trouble autistique ou d'un autre Trouble envahissant du développement, le diagnostic additionnel de Schizophrénie n'est fait que si des idées délirantes ou des hallucinations prononcées sont également présentes pendant au moins un mois (ou moins quand elles répondent favorablement au traitement).

*Classification de l'évolution longitudinale* (ne peut s'appliquer que si au moins une année s'est écoulée depuis la survenue initiale des symptômes de la phase active) :

**Épisodique avec symptômes résiduels entre les épisodes** (les épisodes sont définis par la réémergence de symptômes psychotiques manifestes) ; spécifier également si nécessaire : **avec** symptômes négatifs au premier plan

**Épisodique sans symptômes résiduels entre les épisodes**

**Continue** (des symptômes psychotiques manifestes sont présents tout au long de la période d'observation) ; spécifier également si nécessaire : **avec symptômes négatifs au premier plan**

**Épisodique en rémission partielle** ; spécifier également si nécessaire : **avec symptômes négatifs** au premier plan

**Épisode unique en rémission complète**

**Modalité autre ou non spécifiée**

## **Annexe III : Les grands principes de la réhabilitation psychosociale selon Cnaan (1988)**

« Pour Cnaan, la Réhabilitation Psychosociale repose d'abord sur deux postulats :

1. Il existe en chaque individu une motivation à développer maîtrise et compétence dans des domaines de la vie qui vont lui permettre de se sentir indépendant et confiant en lui-même.
2. De nouveaux comportements peuvent être appris et les individus sont capables d'y avoir recours et de les adapter pour répondre à leurs besoins de base.

Les grands principes sont au nombre de 13 :

### **1er principe : L'utilisation maximale des capacités humaines ( Full Human Capacity)**

Chaque personne est capable d'améliorer son niveau de fonctionnement. La vie est un processus de croissance et de changement et chaque individu, même sévèrement handicapé, est capable de croissance et de changement. C'est de la responsabilité des professionnels de développer le niveau d'attentes que les patients ont pour eux-mêmes, de les aider à se percevoir comme capable de progrès et de les soutenir dans ce processus de croissance. Il convient pour cela d'exploiter les forces de la personne, de travailler avec les parties saines de son Moi.

### **2ème principe : Doter les personnes d'habiletés (Equipping People with Skills)**

C'est la présence ou l'absence d'habiletés (sociales et instrumentales), et non la disparition des symptômes cliniques, qui est le facteur déterminant dans le succès de la réhabilitation. Apprendre ou réapprendre les habiletés élémentaires pour agir dans un environnement social, vivre de façon indépendante, garder un emploi, etc, vont être les objectifs du traitement. Les difficultés sont dès lors appréhendées sous l'angle comportemental, en terme de déficits ou d'excès comportementaux.

### **3ème principe : L'auto-détermination (Self-Determination)**

Les personnes ont le droit et la capacité de participer à la prise de décisions concernant leur vie. Il ne s'agit donc pas de faire les choses dans le meilleur intérêt de la personne, mais de lui permettre de prendre ses décisions et d'apprendre au travers des conséquences de ses choix. L'auto-détermination des personnes devraient concerner également la gestion des programmes de réhabilitation auxquels elles participent. L'auto-détermination implique également que la personne soit pleinement informée sur sa maladie, ses conséquences et sur les possibilités de traitement.

#### **4ème principe : La normalisation (Normalization)**

Il s'agit de permettre aux personnes souffrant de maladie mentale de vivre et de fonctionner dans les mêmes lieux que les autres (logements, loisirs, éducation, travail) ou en tout cas dans les lieux les moins restrictifs possibles. Ce principe s'oppose à la ségrégation. L'objectif idéal de la réhabilitation psychosociale est une vie indépendante dans la communauté avec le minimum de soutien professionnel.

#### **5ème principe : L'individualisation des besoins et des services (Differential Needs and Care)**

Chaque personne a des besoins propres. En conséquence, le processus de réhabilitation doit être individualisé pour ce qui est des services, de leur durée, de leur fréquence, etc. C'est du sur-mesure et non pas une action globalisante pour l'ensemble des patients au long court.

#### **6ème principe : L'engagement des intervenants (Commitment of Staff)**

Engagement personnel des intervenants qui sont soucieux du bien-être de la personne et qui ont foi dans ses capacités de progresser. Les intervenants prennent l'initiative de garder le contact avec les personnes (coup de téléphone, visite à domicile) pour limiter les abandons et montrer qu'ils se soucient d'elles.

#### **7ème principe : La déprofessionnalisation de la relation d'aide (Deprofessionalization of Service)**

Les intervenants ne doivent pas se cacher derrière une couverture professionnelle. Les barrières artificielles doivent être enlevées. L'élément humain de la personne de l'intervenant est crucial dans le processus de réhabilitation. De même les intervenants doivent appréhender la personne comme un être humain avec toutes ses dimensions plutôt que sous l'angle d'un seul type de service. Une attitude de "neutralité" ne convient pas. L'intervenant répond, de façon positive ou négative, à ce que la personne dit ou fait, même au sujet de problèmes non-thérapeutiques.

#### **8ème principe : Intervenir précocement (Early Intervention)**

Il est essentiel d'intervenir le plus précocement possible dès les premiers signes avant-coureurs de rechute ou de dysfonctionnement. Le but est d'éviter les rechutes et les réhospitalisations et de préserver les acquis en compétences et en liens sociaux (travail, logement, contacts sociaux,...).

#### **9ème principe : Structurer l'environnement immédiat (Environmental Approach)**

Les interventions doivent viser à structurer l'environnement immédiat de la personne (la famille, réseau social, milieu de vie, de travail...) pour qu'elle puisse en obtenir un maximum de soutien.



### **10ème principe : Changer l'environnement plus large (Changing the Environment)**

Une partie des interventions doit viser à changer l'environnement plus large de la personne, c'est-à-dire les attitudes et les modes de fonctionnement d'une société qui peuvent nuire à l'adaptation de personnes souffrant de maladie mentale sévère (informer le public, modifier les services médicaux, les structures d'accueil,...).

### **11ème principe : Pas de limite à la participation (No limits on participation)**

La réhabilitation psychosociale est un processus continue qui nécessite continuité des soins et du soutien et qui doit être constamment revu en fonction de l'évolution. Il importe de ne pas suspendre les services de réhabilitation en cas d'hospitalisation. S'il n'y a pas de limite de temps, il convient aussi de mettre le moins possible de critères de sélection pour l'entrée dans un programme.

### **12ème principe : La valeur du travail (Work-Centered Process)**

La Réhabilitation Psychiatrique soutient la conviction que le travail, et spécialement l'opportunité d'aspirer et de se réaliser dans un emploi rémunéré, est un besoin et une force d'intégration pour tout être humain. Il faut garder une foi dans le potentiel de productivité des personnes même lourdement handicapées par la maladie mentale. Il s'agit d'envisager un travail intégré dans la réalité sociale, pas forcément un emploi temps plein, mais des emplois souples, diversifiés tout en restant compatibles avec les besoins des employeurs.

### **13ème principe : Priorité au social par rapport au médical (Social Rather Than Medical Supremacy)**

Il s'agit de dépasser le modèle médical traditionnel : maladie, diagnostic, réduction des symptômes par les médicaments, le savoir médical qui sait ce qui est juste pour le patient, etc, pour favoriser une approche globale de la personne centrée sur son autodétermination, sur ses capacités, sur l'apprentissage d'habiletés, sur la mobilisation de son environnement social propre. Dans cette dynamique, le médical doit pouvoir s'effacer tout en restant disponible, pour laisser la place à d'autres acteurs sociaux.

Ces grands principes de la Réhabilitation Psychosociale sont pour nous qui travaillons en psychiatrie une invitation à sortir d'un modèle médical étroit et à nous ouvrir à un réel partenariat avec le patient, son entourage direct et l'ensemble des ressources professionnelles et non-professionnelles de son environnement.

## **Annexe IV : Guide d'entretien**

Bonjour, je m'appelle Mathilde Kuntz. Je suis étudiante en troisième année d'ergothérapie à l'institut de formation de Créteil. Je réalise mon mémoire de fin d'étude sur l'apport de la pratique de l'ergothérapeute auprès des personnes souffrant de schizophrénie dans une démarche de réhabilitation psychosociale. Afin de clarifier le cadre de mon étude, je me permets de préciser que ce terme regroupe, selon mes lectures et mes recherches, les notions de réadaptation et de réinsertion et définit un ensemble d'actions menées afin de favoriser le rétablissement à un niveau optimal de fonctionnement autonome dans la communauté. Cet entretien durera entre trente et quarante-cinq minutes et sera enregistré, si vous l'acceptez. Cet enregistrement me servira à l'analyse de notre échange. Il restera anonyme et sera supprimé par la suite. Avez-vous des questions avant de commencer ?

Thèmes et objectif pour le chercheur	Questions principales pour l'interviewé	Questions complémentaires si besoin
<p><b>Présentation du professionnel</b></p> <p>Objectif : Connaître le professionnel</p>	<p>Pouvez-vous vous présenter ?</p>	<p>Depuis quand êtes-vous diplômé ?            Dans quel type de structure travaillez vous ?            Quels sont les objectifs d'accompagnement de la structure pour les personnes schizophrènes ?</p>
<p><b>Thème 1 : Réhabilitation psychosociale</b></p> <p>Objectif 1 : S'informer sur sa représentation de la réhabilitation psychosociale</p>	<p>Au regard de votre expérience professionnelle, soutenez-vous une démarche de réhabilitation psychosociale et sur quels critères considérez-vous que vous exercez dans cette démarche ?</p>	<p>Qu'est ce qui dans votre pratique s'inscrit en réhabilitation psychosociale ?            Pourquoi ?            3 mots définissant la réhabilitation psychosociale pour vous seraient ?</p>
<p><b>Thème 2 : Rétablissement de la schizophrénie</b></p> <p>Objectif 2 : S'informer sur sa représentation du rétablissement de la schizophrénie</p>	<p>Que pensez-vous de la notion de rétablissement concernant les personnes souffrant de schizophrénie ?</p>	<p>Qu'est-ce que c'est : être rétabli ?            Quels sont les objectifs de la PEC pour favoriser le rétablissement ?            Comment évaluez-vous les besoins d'accompagnement des personnes souffrant de schizophrénie ?            Quels types d'accompagnements ?</p>
<p><b>Thème 3 : Les compétences psychosociales</b></p>	<p>Dans le cadre de mon étude je m'intéresse à la dimension cognitivo-comportementale</p>	<p>Est-ce que vous travaillez sur les compétences psychosociales avec les personnes souffrant de schizophrénie ?            Lesquelles ?</p>



<p>Objectif 3 : Savoir si le renforcement des compétences psychosociales fait partie de sa pratique professionnelle avec les personnes souffrant de schizophrénie</p>	<p>de la réhabilitation psychosociale, en particulier à l'apprentissage de compétences psychosociales dans un but de rétablissement. Que pensez-vous des compétences psychosociales des personnes souffrant de schizophrénie ?</p>	<p>Dans quel objectif ?</p>
<p><b>Thème 4 : Les moyens de l'ergothérapeute en réhabilitation psychosociale</b> Objectifs 4 : Connaitre les différents accompagnements mis en place par l'ergothérapeute dans une démarche de réhabilitation psychosociale</p>	<p>Quels sont les moyens en ergothérapie dont vous disposez, que vous utilisez afin de favoriser le rétablissement des personnes souffrant de schizophrénie ?</p>	<p>Comment choisissez-vous le moyen que vous allez proposer ? Dans quel objectif faites-vous cela ?</p>
<p><b>Thème 5: Mise en situation</b> Objectif 5 : Savoir si la mise en situation, est utilisée par l'ergothérapeute en réhabilitation psychosociale et dans quels buts</p>	<p>Que pensez-vous de l'utilisation de mises en situation en réhabilitation psychosociale ?</p>	<p>Dans quel objectif utilise-t-il les MES ? Acquisition/Transfert des acquis ? De quelle manière utilise-t-il les MES ? Limites dans l'utilisation de MES ?</p>
<p><b>Conclusion</b></p>	<p>Voulez-vous ajouter ou précisez quelque chose ?</p>	

## Annexe V : Retranscription de l'entretien avec l'ergothérapeute A

01/03/2019 ; Entretien fait sur le lieu de travail de l'ergothérapeute ; durée : 41 minutes 01  
Ergothérapeute A : **E. A**, et Mathilde Kuntz étudiante en ergothérapie : **M. K**

M.K	<p>- Alors je réalise ma mémoire de fin d'étude sur l'apport de la pratique de l'ergothérapeute auprès des personnes souffrant de schizophrénie dans une démarche de réhabilitation psychosociale. Je ne vais pas vous précisez ma problématique et mon hypothèse tout de suite. Je pourrais vous la précisez à la fin de l'entretien, pour ne pas vous orienter dans vos réponses ou quoi que ce soit. Je vais juste définir ce que moi j'entends par réhabilitation psychosociale à travers mes lectures et mes recherches. Donc ça regroupe les notions de réadaptation et de réinsertion et ça défini l'ensemble d'action favorisant le rétablissement de la personne. Est-ce que cette définition vous va à peu près ?</p>
E.A	<p>- La réhabilitation c'est ça mais c'est aussi l'action que l'on peut faire sur la société pour accepter nos patients qui sont différents. Parce que réinsérer la personne « c'est génial »... d'adapter l'environnement et tout mais... c'est aussi changer le regard sociétal de nos patients pour qu'ils puissent être mieux insérés.</p>
M.K	<p>- Et comment vous faites cela ?</p>
E.A	<p>- Alors enfaite, nous ici pendant des années on a fait partie du conseil local de santé mental qui nous permettait d'avoir pleins d'acteur par exemple une année... Alors nous on est sectorisé nos patients viennent tous du XXX<sup>e</sup> arrondissement, donc une année on avait invités beaucoup de concierges du XXX<sup>e</sup> arrondissement pour leur expliquer ce qu'était un trouble psychique, ce que c'était la psychose notamment la schizophrénie. Expliquer le caractère de non dangerosité de la schizophrénie quand les patients sont stabilisés. Parce qu'il y a beaucoup de phantasme autour de la schizophrénie, d'ailleurs la personne qui a mis le feu à son appartement récemment, ne souffrait pas de schizophrénie, elle était polytoxicomane et donc ils ont fait un amalgame parce que elle avait des troubles psychiques et tout le monde croit qu'elle souffrait de psychose donc c'est pour ça quand je vous dis qu'il y a un gros travail de déstigmatisation à faire, c'est qu'il faut le faire. Et voilà alors elle était alcoolisée et elle avait beaucoup pris de substance mais bon bref, et on a dit aussi qu'il fallait travailler en partenariat avec les concierges dans le sens où : elles quand elles voyaient que des personnes se mettaient à hurler ou qu'il y avait des choses qui changeaient du quotidien de la personne qu'elles pouvaient entrer en contact avec nous, que c'était une personne ressource super important pour nous. Voilà donc ça c'est une partie du travail que l'on a fait, l'autre</p>

	<p>partie du travail c'est par exemple on a montré la MadPride, on défile pour dire que c'est pas parce que on souffre de bipolarité ou de schizophrénie... il faut savoir qu'il y a 1 personne sur 5 qui pourrait souffrir d'un trouble psychique, donc c'est énorme. Alors aujourd'hui on en parle un petit peu plus qu'il y a des années ou c'était très tabou. Mais voilà la bipolarité les gens ont changé leur regard dessus parce que on s'est aperçu qu'il y avait plein d'artiste qui souffraient de bipolarité et puis ça fait beaucoup moins peur depuis qu'on parle de « bipolarité » plutôt que de « psychose maniaco-dépressive ». La mot psychose était là... mais alors que c'est exactement la même chose de souffrir de bipolarité : mais c'est mieux accepter par la société. Il y a même une mouvance qui dit que l'on devrait changer le nom de schizophrénie pour faire moins peur mais voilà. Donc la réhabilitation c'est vraiment le travail sur la personne pour l'aider à s'insérer au mieux dans la société tout en essayant de ne pas abraser ce qu'elle est parce que le but c'est pas de rentrer dans un moule, le but c'est de vivre avec une meilleure qualité de vie. Et aussi de travailler sur la société pour qu'elle ait un regard plus bienveillant et plus soutenant sur le patient.</p>
M.K	<ul style="list-style-type: none"> <li>- D'accord très bien, alors je vais juste vous demandez de vous présenter un petit peu en me disant ou votre parcours professionnel et présenter votre institution.</li> </ul>
E.A	<ul style="list-style-type: none"> <li>- D'accord alors je suis diplômée depuis 2002, avant je travaillais en neurologie, j'étais dans un centre de réinsertion pour personne cérébraux-lésées (...) et j'ai travaillé 7 ans là-bas. J'étais spécialisée dans le traumatisme crânien, donc voilà je suis spécialisée en neuropsychologie en faite. J'ai fait un DU et ensuite j'avais toujours été passionnée par la psychiatrie mais comme j'étais très jeune diplômée à 22 ans je ne me sentais pas de travailler directement en psychiatrie. Mais j'étais vraiment passionnée hors c'est un peu ridicule parce que finalement quand on travaille en neurologie, en général, pas n'importe qui souffre de traumatisme crânien, souvent c'est des personnalité un petit peu borderline ect donc on retrouve des choses. Et de même quand je travaille en psychiatrie j'ai des patients traumatisés crâniens en psychiatrie parce que lors d'un délire ils se sont jetés d'un train ou par la fenêtre ect... Donc souvent on retrouve un peu les deux, donc il ne faut jamais dichotomiser. Mais c'est vrai que j'ai commencé à travailler en neurologie et avec toujours cette idée d'un jour pouvoir travailler en psychiatrie. Et à YYY le Dr. X qui travaillait à l'époque, qui était chef de service cherchait une ergothérapeute qui était spécialisée dans tout ce qui était remédiation cognitive, alors nous on appelait ca de la rééducation cognitive ce qu'on faisait en neurologie. Je travaillais avec HappyNeuron, et on était dans un programme de recherche qui s'appelait RECOS. On était en train de valider le programme RECOS versus le programme CRT. Donc RECOS de Vianin qui se basait sur la même interface qu'HappyNeuron donc j'ai été embauché pour ça, tout en leur disant que j'étais très neurologie et que j'avais un peu oublié la psychiatrie donc qu'il fallait que je me reforme aussi mais bon. Car tous les ergothérapeutes on change de métier quand on change de domaine mais bon, c'était le gros challenge et c'était il y a</li> </ul>

10ans. Donc maintenant ça fait 10 ans que je travaille à YYY donc c'est un hôpital sectorisé, mais on est un peu unique depuis 2000 on a pris l'orientation réhabilitation psychosociale et on s'est appelé Unité de soins psychosociaux. Et là il y a eu l'apparition de pleins de programmes qui s'appellent, IPT qui est un programme lui composite ou on travaille la neurocognition au début et ensuite on travaille plus la cognition sociale, qui est vachement intéressant mais qui est un peu long et puis maintenant on a développé tous les programmes donc on a : RECOS, CRT donc ça c'est pour la neurocognition mais on fait la cognition sociale aussi donc là je suis dans l'étude RC2S, donc RC2S est en train de se valider, c'est sur la cognition sociale. On a aussi NEAR qui lui est un programme de neurocognition groupal, on a aussi TomRemed qui travaille sur la théorie de l'esprit, Michael's Game qui travaille lui sur la génération d'hypothèse alternative parce que nos patients ont un problème de flexibilité mentale, donc on travaille là-dessus. Mais ça permet aussi d'aborder la maladie parce que c'est l'histoire de Michael qui est de plus en plus progressive. On travaille aussi sur EMC, c'est l'entraînement métacognitif, comprendre ses propres processus de pensée avec les biais cognitifs et tout, ça c'est hyper intéressant. On a le programme PEPS, c'est sur la motivation c'est Favrod qui a développé ce programme il est vraiment très riche. Favrod c'est un infirmier qui est Suisse avec qui on travaille beaucoup. Je fais partie du C3RP qui est le centre ressource en remédiation cognitive et réhabilitation psychosociale et donc enfaite je fais beaucoup de recherches avec ça et c'est pour cela que je commence en ce moment le jeu Mathurin, la on est en train de faire tous les bilans ect, et le jeu Mathurin c'est pour travailler sur toutes les fonctions exécutives des patients avec un jeu de réalité virtuelle. Et je travaille beaucoup en lien avec le service hospitalo-universitaire ou la par exemple on écrit un livre sur le transfert des acquis au quotidien par rapport au programme CRT, comment renforcer ce transfert au quotidien qui est « le nerf de la guerre ». Donc je vous ai cité pleins de programme, il y a GAIA aussi qui est vachement bien sur la reconnaissance des émotions faciales, et enfaite tous ces programmes sont en parallèle avec d'autres activités telles que : sorties culturelles, sports, approches corporelles, théâtre, radio... Chaque année on change, j'ai créé un groupe qui s'appelle « émoticode » aussi ou on travaille sur le comportement, les émotions etc., on fait beaucoup de scènes. Il y a un groupe qui s'appelle « paroles et rétablissement » aussi ou on parle de la maladie, un groupe « découverte des goûts ». Et enfaite ces groupes-là sont très importants pour permettre le transfert des acquis au quotidien, donc tout ce qui va être fait en remédiation cognitive, on va essayer de, c'est ce qu'on appelle un transfert horizontal puisque ça se fait quand même au sein de l'hôpital de jour pour que à la longue il arrive à transférer verticalement c'est-à-dire l'élargir à d'autres activités et faire ça dans leur vie quotidienne. Donc ça c'est l'objectif de cet hôpital.

M.K

- D'accord, vous avez évoqué le rétablissement, en terme d'objectif vous parlez de rétablissement avec vos patients ?

E.A	- Oui il y a un groupe qui s'appelle « rétablissement », avant on avait un médiateur de santé pairs qui était là, vous savez ce que c'est ?
M.K	Non.
E.A	- Les MSP c'est un nouveau métier. Enfaite en général on parle de patients experts quand on est en somatologie mais en psychiatrie on parle de médiateurs de santé pairs.
M.K	- Ah oui je vois !
E.A	- Ca vient d'un mouvement qui s'est passé aux Etats-Unis ou enfaite, c'est le principe des alcooliques anonymes enfaite ou chacun a son « père ». Donc enfaite c'est quelqu'un qui a vécu un parcours de soins en psychiatrie et qui vient pour partager avec les patients son expérience à lui de rétablissement et pour leur montrer que c'est possible. Et dans ce cadre-là on a invité d'autre personne notamment Yves Noel mais vous êtes trop jeune pour connaitre, c'était un super présentateur de télévision dont on était toutes amoureuses quand on était petite, il était avec son frère jumeau... Et qui lui souffre de bipolarité et il est venu ici pour parler justement avec les patients, pour leur dire qu'on peut gagner en qualité de vie et vivre avec sa maladie, même avec une maladie chronique.
M.K	- Et donc cela leur permet de relativiser ?
E.A	- C'est porteur d'espoir, oui ça leur permet de relativiser et c'est porteur d'espoir c'est-à-dire que l'on peut vivre avec une maladie chronique que ce n'est pas la fin et que ça n'abruse pas ce que l'on est nous, c'est pas parce qu'on souffre de schizophrénie qu'on est la schizophrénie. Je m'appelle Mr. X qui souffre de schizophrénie. Mais ce n'est pas pour ça que je ne peux pas avoir ma propre identité, c'est pas pour ça que je ne peux pas faire ce que je veux faire.
M.K	- Pour vous être rétablis c'est pouvoir faire ce que l'on veut faire ?
E.A	- Alors le rétablissement c'est un processus, c'est assez compliqué. On dit qu'on est en voie de rétablissement, enfaite vous savez qu'on se rétablit à partir du premier jour ou on est malade, c'est paradoxal mais le 1 <sup>er</sup> jour on commence à se rétablir. Puisque c'est ça le rétablissement c'est quand on commence à guérir, donc c'est le premier jour ou on est malade, on se guérit. Donc le rétablissement c'est un long processus, il y a plusieurs étapes, des phases ; un petit peu comme le processus du deuil, parfois on ne sait pas trop ou on en est, ça fluctue, entre deux phases et puis il y a un moment ou oui on peut dire que l'on est rétabli parce que : « ça fait 6 ans que je ne suis plus hospitalisé, je continue à voir mon médecin, je continue à prendre mes médicaments, parfois j'ai des petits coups de mous et tout mais ça fait 6 ans que je vis à la maison, que je continue à aller faire mon solfège à droite, aller voir des copines pour aller à la piscine, que j'organise quelques fois des soirées à la maison et je vois ma famille ». C'est quand la maladie ne prend plus toute la

	place et qu'on a gagné en qualité de vie. Parfois il y a des symptômes résiduels, il y a des personnes qui entendent des voix à vie et après c'est : comment vivre avec ?
M.K	- Dans mes recherches j'ai lu que les symptômes productifs de la schizophrénie s'atténuent petit à petit... ?
E.A	- En vieillissant c'est ça ? Je ne saurais pas vous dire. Alors moi j'ai des patients qui ont 65 ans et à 65 ans 70ans ils ont toujours, alors peut être qu'après on est moins productif car on est moins productif tout court d'un point de vue psychique lorsqu'on vieillit. Je me pose la question je ne sais pas parce que les hallucinations à la base c'est qu'il n'y a pas de stimuli mais la personne voit quelque chose et le cerveau voit quelque chose c'est-à-dire que quand on fait une IRM, il y a une décharge de neurotransmetteurs au niveau par exemple des aires visuelles, acoustico-verbale, au niveau des aires auditives, on voit quelque chose. C'est ce que je dis à mes patients c'est que : votre cerveau voit quelque chose il n'y a juste pas de stimuli externes. Et puis on essaye de faire des parallèles, des liens avec d'autres pathologies, par exemple quand on souffre d'épilepsie on peut avoir des hallucinations visuelles.
M.K	- Donc en fait « n'importe qui » peut avoir des hallucinations ?
E.A	- Vous faites une grosse bouffée de chaleur, vous attrapez un coup de soleil énorme, une insolation vous pouvez halluciner. Dans le désert si vous souffrez de dénitruration vous pouvez halluciner.
M.K	- L'effet des oasis ?
E.A	- Alors il y a aussi l'effet de la vapeur d'eau qui fait, mais c'est aussi le fait d'être déshydraté, quand on est déshydraté on peut avoir des hallucinations. On a aussi des hallucinations qui sont « normales » c'est ce qu'on appelle les hallucinations hypnagogiques et hypnopompiques. En s'endormant on peut avoir des hallucinations et en se réveillant on peut avoir aussi des petites hallucinations et ça c'est physiologique.
M.K	- D'accord.
E.A	- Donc un manque de sommeil quelqu'un qui ne va pas dormir pendant 2 ou 3 jours, il peut avoir des hallucinations et donc ça on leur explique (aux patients), on leur dit : C'est un tour que votre cerveau vous joue, maintenant si vous êtes comme le Dr. Nash, le professeur Nash, vous savez ce professeur en mathématique extraordinaire qui lui a décidé, d'ailleurs ça faisait polémique à l'époque, à décider de ne pas prendre de médicament parce que ça l'empêchait de produire, d'être productif mais qui était assez futé, intelligent enfin c'est pas vraiment intelligent mais il avait ce sens pour discriminer ce qui était de l'ordre de la réalité et ce qui ne l'était pas. Alors lui c'était facile parce qu'en plus ses hallucinations c'était des petits nains, alors quand il voyait des petits nains il se disait : Non probabilité que je rencontre un petit nain, bon voilà... Mais bon il fait savoir

	<p>qu'il y a une grande part d'hérédité, son fils lui souffre de schizophrénie n'a pas l'intelligence, la production de son père et lui est très très déficitaire et lui a pris des médicaments mais il est très déficitaire et vit complètement reclus, replier sur lui-même ect...</p>
M.K	- Donc ça tient des compétences propres de la personne ?
E.A	- Oui mais les médicaments sont quand même essentiel, lui c'est un cas très particulier mais les médicaments permettent quand même à la personne d'abraser un maximum le délire les hallucinations, ect... tout ce qui est symptomatologie positive.
M.K	- D'accord très bien. Donc moi dans mon étude je m'intéresse aux compétences psychosociales des personnes schizophrènes donc est ce que vous pouvez m'expliquer ce que vous entendez par ce terme ?
E.A	- Alors les compétences psychosociales, je me trompe peut-être mais pour moi, c'est la capacité à entrer en communication, à pouvoir interagir avec la société, ect...
M.K	- Oui donc ça regroupe les capacités cognitives, émotionnelles et sociales.
E.A	- Voilà donc au niveau de la communication, nous nos patients ont beaucoup de mal à reconnaître les émotions, au niveau de la perception émotionnelle, ils ont un patern d'exploration visuelle qui est très réduit et parfois, ils vont chercher des critères qui ne sont pas pertinents, ils vont se fixer que sur la bouche ou sur les yeux ect. Ce qui fait qu'ils n'arrivent pas à reconnaître les émotions des autres et donc au niveau de la théorie de l'esprit, ça nuit à la compréhension. Vous savez ce que c'est la théorie de l'esprit ?
M.K	- Oui.
E.A	- Oui donc ils ont des problèmes pour comprendre les intentions des autres, déjà les intentions émotionnelles et puis après les intentions tout court au niveau d'un point de vue cognitif. Donc ils ont du mal à entrer en empathie donc c'est la théorie de l'esprit affective et ils ont du mal aussi, théorie de l'esprit cognitive, à comprendre ce que l'autre pourra faire ect. Donc ça c'est vrai que s'est très compliqué d'entrer en relation avec l'autre si jamais on a pas ses compétences là. Donc ça c'est au niveau de la perception émotionnelle. Ils ont aussi des problèmes au niveau de la perception sociale et des connaissances sociales. C'est-à-dire que par exemple la perception sociale, vous regardez autour de vous, vous vous dites je suis dans un bureau ce qui va vous donner des indices pour faire appel à votre stock de connaissances sociales inculquées par vos parents depuis des années et qui vous dis : quand on est dans un bureau, probablement si je suis un médecin je vais me tenir de telle ou telle façon et pas de telle façon comme si j'étais avec un pote. Donc voilà, enfaite c'est ça c'est cette adaptation : comment reconnaître l'environnement dans lequel on est pour permettre de faire appel à son stock de connaissances sociales pour pouvoir adapter son

comportement en fonction de la société. Par exemple quand on va en Polynésie tout le monde se tutoie, c'est normal, quand on vouvoie, c'est un signe de snobisme, c'est très mal vu là-bas, le médecin vous ne le connaissez pas mais on va le tutoyer. C'est très compliqué hein pour nous, enfin moi pour moi ça a été très compliqué. Mais en France on ne le fera pas donc c'est pour vous montrer qu'en fonction de là où on est, il faut s'adapter. Et nos patients ont déjà un problème de flexibilité mentale ce qui fait qu'ils ont du mal à s'adapter mais en plus de ça parfois ils vont pas reconnaître le contexte ect donc voilà, ils vont être faussés donc assez pénalisés par rapport à ça. Ensuite donc ça c'est perception, connaissance sociale. Ils ont des problèmes au niveau de la théorie de l'esprit donc c'est ce que je vous ai dit et du aussi aux problèmes de perception émotionnelle ; quoi c'est sous-tendu par la perception émotionnelle. Et ils ont des problèmes de, alors la théorie de l'esprit contrairement aux personnes qui souffrent d'autisme, ils l'avaient acquis avant la maladie mais ils l'ont perdue avec l'apparition de la maladie. D'accord ? et donc il faut leur permettre de réacquies ça. Et ensuite ils ont des problèmes de styles d'attributions. Le style d'attribution c'est quand il vous arrive quelque chose il y a trois styles d'attributions : c'est de ma faute, c'est de la faute de l'autre, c'est de la faute de l'environnement. Nos patients souvent quand il arrive quelque chose, ils disent souvent que c'est de la faute de l'environnement. C'est horrible parce que ça veut dire qu'ils n'ont pas accès à ça. Ça veut dire que dès qu'ils leur arrivent quelque chose ils peuvent pas avoir de main mise dessus, ils le subissent. Ou un grand pervers dira toujours que c'est de la faute de l'autre, il se remet pas en question ou quelqu'un qui est un peu déprimée, qui souffre de dépression dira tout le temps : c'est de ma faute. Typique : j'ai raté un examen : « - c'est de ma faute j'ai pas assez travaillé je suis nulle » ; « c'est de la faute du prof, il vient de se faire larguer et il a fait un truc dégueulasse pour se venger sur nous, c'est horrible et tout » ; et c'est la faute de l'environnement bah : « il y avait des marteaux piqueurs derrière, impossible de me concentrer pour l'examen ». D'accord ? En fait on apprend à nos patients à réaliser qu'on peut avoir des biais cognitifs, qu'on a tous des biais cognitifs, mais que eux peuvent avoir des biais cognitifs et que c'est très important d'essayer par exemple pour le style d'attribution quand il nous arrive un événement de se dire que c'est pas forcément... Souvent il y a deux styles d'attributions dans un événement, voire trois donc à chaque fois qu'il arrive un événement on essaye de leur dire : Quelles autres styles d'attributions il pourrait y avoir ? Pour essayer d'apaiser les choses parce que c'est vrai que si on se dit tout le temps que c'est sa faute : l'estime de soi elle chute complètement. Si c'est de la faute de l'autre, on a une super estime de soi mais alors on s'intègre pas du tout parce que voilà dans la société c'est un peu compliqué et puis si c'est la faute de l'environnement bah là on peut se sentir très très mal parce que tout nous échappe et on a aucun contrôle sur rien.

M.K

- Et se sentir persécuté ?



E.A	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Persécuté ce sera plutôt l'autre. Environnement on va se sentir démunie en fait. On a pas de « matière à faire » c'est le hasard. Waw. C'est horrible. Le hasard : « ça tombe sur moi ». Alors c'est une sorte de persécution mais persécution c'est souvent quand il y a un objet extérieur.</li> </ul>
M.K	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Une personne ?</li> </ul>
E.A	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Oui on appelle objet une personne.</li> </ul>
M.K	<ul style="list-style-type: none"> <li>- D'accord. Donc avec les personnes souffrant de schizophrénie vous travaillez ces compétences-là. Comment dire qu'est ce qui fait que vous choisissez cette compétence ou celle là ? Comment vous évaluez les besoins des personnes ?</li> </ul>
E.A	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Alors en fait on a plusieurs bilans notamment pour RC2S que l'on fait passer avant. C'est la psychologue spécialisée en neuropsychologie qui les fait. Y'a la TREF ça c'est pour la reconnaissance des émotions faciales, il y a plusieurs choses. Mais nous en tant qu'ergothérapeute en fait on évalue dans tous les groupes ; avant j'avais un groupe qui s'appelait « jeu ergo », j'avais un groupe où on faisait l'improvisation théâtrale voilà. Ça me permettait en fait d'observer mes patients et en fait nous on est des experts en analyse d'activité donc on voit très bien, en fonction de la façon dont se comporte la personne, on peut déjà en déduire quelque chose. D'accord ? et on peut déjà avoir une analyse. Après avec des questionnaires et tout, j'ai un questionnaire c'est le (E)RFC donc en fait c'est un questionnaire où je demande à la personne, je pose des questions pour savoir si elle a, au niveau de la cognition sociale : si c'est difficile pour elle de rentrer en lien avec les autres ? Au niveau de la communication. Par aussi au niveau de la communication il y a beaucoup de patient qui n'ont pas les mêmes représentations derrière les mots. Comment vous dire ? Euh moi quand je vous dis « gâteau » et bah vous imaginez un gâteau d'accord ? Moi je vais l'imaginer au chocolat vous se sera peut-être à la framboise. Ok ? C'est pour vous dire que derrière chaque mot on a tous une représentation et eux la représentation est très éloignée finalement du mot en lui-même. Donc quand il va parler vous allez pas forcément comprendre ce que lui va vouloir vraiment vous dire. Alors c'est très important pour ça d'essayer tout le temps de reformuler en expliquant tout le temps avec vos propres mots, en disant : « Si j'ai bien compris J-B ce que vous voulez me dire c'était ça » et puis vous dites votre phrase et si jamais c'est pas ça il corrige. Quand un patient me parle, moi ça me permet de savoir si j'ai bien compris ce qu'il a voulu me transmettre et lui ça lui permet de voir s'il a bien réussi à faire... Parce que la communication c'est compliqué, déjà ils ont du mal à entrer en communication. Souvent ils vont parler à quelqu'un alors qu'ils n'ont même pas de contact visuel ect. Ils n'ont même pas remarqué que la personne n'était pas prête à écouter ect. Donc déjà ça c'est compliqué. Ils ont du mal à rentrer en relation, en communication et après ils ont du mal à maintenir la communication, parce qu'ils ont du mal à avoir des sujets qui alimentent la communication. Ils vont beaucoup parler avec par exemple des phrases, des questions fermées, Oui/Non et puis Pouf, ça s'éteint. Donc ça on travaille beaucoup</li> </ul>

	<p>avec eux : comment transformer une question fermée en question ouverte. On va parler aussi du dévoilement de soi : Quand on parle à une personne est ce qu'on lui dit tout de suite qu'on souffre de schizophrénie ou pas, la pluie et le beau temps... donc on va parler de tous ces niveaux de communications, voilà du dévoilement de soi ect. Et après on va travailler par exemple, c'est dans IPT qu'on fait ça, on fait par exemple le jeu des questions réponses et on fait un brainstorming. Voyage ; Tout le monde dit pleins de mots : train, machin et tout. On fait des hiérarchies de concepts, mais ça c'est plutôt neurocognitif. On oublie la hiérarchie de concepts. Donc après on prend chaque mot et on dit à chacun : bah on va essayer de poser des questions avec tous les mots qui sont au tableau, des questions ouvertes. Et voila, et ça les entraine enfaite à maintenir une conversation un peu de type général. D'accord ?</p>
M.K	- C'est un entrainement que vous faites dans les programmes ou en dehors aussi ?
E.A	- Oui dans le programme IPT. Après on a l'habitude nous de désosser certains programmes, de prendre certains trucs et tout en fonction des patients si on s'aperçoit que c'est important. Chaque année on change de groupe en fonction des patients que l'on a parce que on s'aperçoit que la population a changé, on a des patients de plus en plus jeunes et on a aussi des patients qui sont pas stabilisés en hôpital de jour. Parce que ils manquent de lien en intra, donc c'est une réalité.
M.K	- De plus en plus ?
E.A	- De plus en plus, la nouvelle vague on a des patients qui sont encore assez délirant quand ils arrivent ici donc évidemment on va pas commencer tout de suite les programmes donc la on va plus être justement dans l'ancrage dans la réalité. Parce que j'ai pas les moyens, moi je fais pas de médiation artistique en extrahospitalier, alors que justement en intra, c'est hyper riche car ça permet à la personne qui n'a pas la capacité à verbaliser d'utiliser une médiation pour pouvoir exprimer ce qu'elle perçoit, ce qu'elle ressent ; l'état de son psychique ect...
M.K	- Se réinscrire dans la réalité finalement ?
E.A	- Oui ben oui parce que ça ancre enfaite. Quoi il y a quelque chose de concret quoi. Et puis après sa relation avec l'objet et tout. Mais moi c'est pas du tout des choses que je travaille ici. Ici vraiment ce qui compte pour moi c'est que le patient gagne en qualité de vie, qu'il comprenne ses propres processus de pensées ect. Qu'il reprenne gout à certaines choses, voilà, c'est qu'il refasse des activités qui sont signifiantes pour lui, qu'il retrouve un rôle dans la société, un rôle qui lui est propre. Peut-être qu'il fasse le deuil, parce qu'il y en a beaucoup qui parle de travail, reprendre dans des ESAT et tout. Ils arrivent souvent ici avec cette demande et tout. Bon alors les jeunes quand ils veulent les études on y va à fond. Mais parfois le travail, bah si c'est pour travailler en ESAT et travailler 100 euros de plus que l'AAH et devoir tous les matins se lever et tout alors qu'on est dans cet état de stress et de fragilité : La j'ai une jeune femme de 45 ans que

	<p>j'accompagne depuis maintenant 7 ans et bah Mme. K on a fait le deuil enfaite. Et maintenant elle arrive à dire aux autres : « oui je suis en capacité intellectuelle » parce que bon on lui dit « t'es une feignasse tu pourrais aller travailler ». Elle dit « j'ai la capacité intellectuelle de le faire mais je n'ai pas les capacités émotionnelles de tenir ». Et là elle a tout gagné. Elle s'est rendu compte et surtout elle est passé au-delà du tabou : Ce n'est pas parce que je ne travaille que je ne suis rien. Parce que : parce que je fais du théâtre, parce que je fais des trucs en extérieur, parce que j'ai de activités, parce que j'ai un petit copain. Et maintenant quand on lui demande ce qu'elle fait, elle dit qu'elle est rentière et c'est une réalité elle touche l'AAH.</p>
M.K	- C'est bien qu'elle arrive à en rire maintenant.
E.A	<p>- Alors oui mais ça c'était 7 ans, c'était 7 ans de travail avec des va et viens :</p> <p>- <i>Mais il faut que je travaille ; mais vous ne vous rendez pas compte ?</i></p> <p>- <i>Mais qu'est-ce que va vous apporter le travail ? ; Est-ce que c'est une motivation intrinsèque ou extrinsèque ? ; Est-ce que c'est parce que la société veut que vous travailliez ? ; Est-ce que c'est parce que votre petit copain veut que vous travailliez ? ; Et pourquoi il veut que vous travailliez ? Pour vous avoir moins à la maison ? Réfléchissez là-dessus. Mme. K c'est vous si vraiment vous me dites que c'est vous qui voulez aller travailler je vous accompagnerais, j'irais jusqu'au bout mais si c'est pas vous ça ne sert à rien.</i></p> <p>Enfaite elle n'y tenait pas quoi, a on fait des stages machin, elle se levait pas, elle a pas le même rythme de vie.</p>
M.K	- Donc je veux dire, vous diriez que cette dame actuellement, elle est rétablie ?
E.A	- Elle est en rétablissement ça fait, 3 ans qu'elle a pas été hospitalisée. Il y a eu une petite réhospitalisation il y a trois ans mais la dernière grande hospitalisation c'était il y a 7 ans.
M.K	- Vous voyez vraiment la différence entre...
E.A	<p>- Entre maintenant, avant et après... ouais. Au début quand elle est arrivée ici, elle faisait des, elle appelait ça elle des « crises de tétanie » et alors elle était comme ça : figée. Et je disais :</p> <p><i>Mme. K ça va ?</i></p> <p><i>Non ça va pas du tout</i></p> <p><i>Vous avez soif ?</i></p> <p>Et là elle prenait le truc et elle buvait donc pas du tout de tétanie. Et un jour on a réussi à dire, elle, elle appelait ça des crises de tétanie, moi j'ai jamais dit non c'est pas des crises de tétanie. Je disais :</p> <p><i>Mais vous vous sentez comment ?</i></p> <p><i>Je sais pas c'est comme un truc qui monte, angoisse.</i></p>

	Et un jour elle a réussi à dire je fais des crises d'angoisses. Et avec son si besoin qui est un anxiolytique ça passe très vite. On voit bien que s'est lié à l'angoisse. Mais ça l'a pénalisée parce que quand elle était angoissée bah tout à coup elle faisait ça quand elle était au théâtre si tu veux.
M.K	- Ce qui est un peu « théâtrale » d'ailleurs !
E.A	- Oui ! elle avait un côté hystérioriforme et enfaite elle renforçait ça quand il y a des gens qui la regardaient. Du coup moi comme je ne faisais pas attention à ça. Bah ça a cédé très très vite à l'hôpital de jour.
M.K	- D'accord.
E.A	- C'est-à-dire que je passais à côté je lui demandais : « <i>vous voulez un verre d'eau ?</i> » ; <i>ça va Mme. K ?</i> ». Je continuais à parler normalement et enfaite après elle est venue s'inscrire. Je lui ai dit « <i>Bah venez quand même au groupe</i> ». Donc elle était toujours en tétanie hein, elle marchait et s'asseyait sur sa chaise comme ça, elle écoutait et puis au fur et à mesure comme personne ne lui renvoyait quoi que ce soit. S'il n'y a pas de regard c'est pas intéressant : ça a cédé. Mais il y a quand même une angoisse qui était là, il ne faut pas le nier. C'était un signe.
M.K	- Oui oui elle ne faisait pas cela pour rien. Mais dans le sens si on alimente pas...
E.A	- Oui c'est typique aussi des patients ici qui parfois peuvent vous parler de sexualité de façon très très cru, si vous ne réagissez pas, tout à coup il ne vous parlera plus dutout de ça. C'est parce qu'ils testent, ils essayent de voir. Et puis il y en a qui sont très fins, ça les amuse, ça fait très longtemps qu'ils sont en psychiatrie et ils savent jouer de ça.
M.K	- On voit la différence entre les personnes institutionnalisées depuis longtemps et les patients plus jeunes.
E.A	- Oui.
M.K	- Alors je n'ai pas suivi ma grille d'entretien donc... Alors les moyens de l'ergothérapeute, est-ce qu'il y a des moyens que seule vous faites ici ?
E.A	- Alors moi c'est beaucoup des évaluations, parce que bon, les infirmiers ont tendance à s'approprier beaucoup nos moyens à nous, sauf qu'ils n'ont pas dutout le même regard que nous. Donc on est quand même des spécialistes en analyse d'activité donc c'est vrai que quand je fais « jeux ergo », ça m'a fait rire parce que y'a une infirmière qui faisait « jeux ergo » quand j'étais pas là, mais c'est pas grave. Et enfaite bah moi derrière a chaque fois j'ai quelque chose, je vais complexifier par exemple pour travailler sur la flexibilité je vais travailler avec Mixmo en complexifiant certains trucs. Si je veux travailler sur l'attention divisée je vais travailler avec tel truc. Mais derrière à chaque fois j'ai des objectifs d'accord. Ce que n'ont pas forcément les infirmiers.

M.K	- Pour chaque patient ?
E.A	- Pour chaque patient. Et sinon mes moyens propres, moi ce que je fais c'est que je fais passer un bilan c'est le test des errances multiples que je fais passer et il me permet d'évaluer les fonctions exécutives des patients et de voir un petit peu dans un milieu écologique s'ils sont facilités par le contexte ou si au contraire, ils sont euh... Trop sensible aux interférences, comment est ce qu'il gère au niveau émotionnelle et tout ça. Donc je vais travailler ça avec eux.
M.K	- Donc la mise en situation pour l'évaluation.
E.A	- Voilà c'est ça.
M.K	- Est-ce que vous faites de la mise en situation après pour le transfert des compétences par exemple ?
E.A	- Beaucoup. Par exemple tout ce qui est à l'extérieur pratiquement c'est moi qui le fait. Sortie culturelle, ect. Ce qui me permet par exemple si on va travailler en remédiation cognitive sur l'attention, la mémoire visuo-spatiale de la retravailler en extérieur avec le patient. En été on change complètement nos plannings, on travaille beaucoup sur l'extérieur et je fais souvent « Paris le nez en l'air » je sais pas si vous connaissez ?
M.K	- Non.
E.A	- C'est un site internet, en général c'est pour nous pour nous amuser, c'est en fait découvrir Paris par des énigmes et donc ça nous oblige à explorer son environnement ect. Donc quelqu'un qui a vraiment des problèmes d'attention et de mémoire visuo-spatiale c'est super intéressant parce que déjà on va travailler sur les stratégies d'exploration visuelles pour être sûr de ne rien louper. On va apprendre à ne plus regarder ses pieds mais à voir quels sont les détails qui sont significatifs pour nous aider à nous orienter, qui sont pertinents, à savoir les plaques de rue, les numéros de rue. Comment cela fonctionne, ça va de la Seine à l'extérieur ect. La lecture de plan, analyser ect ça me permet de travailler tout ça.
M.K	- D'accord et je voulais savoir aussi s'il y avait des limites à l'utilisation des mises en situation en institution ?
E.A	- En institution c'est toujours le transfert des acquis c'est vrai que si jamais on reste dans l'institution même c'est pas la réhabilitation psychosociale. Moi j'aurais du mal à faire de la réhab dans les murs, il faut sortir. Il faut sortir aussi pour les confronter à ce que c'est l'extérieur quoi.
M.K	- Les activités en extérieur vous en faites que l'été du coup ?
E.A	- Non, la par exemple cette après-midi c'est sortie culturelle.
M/K	- Toute les semaines il y a un groupe ?

E.A	<p>- Oui alors tous les patients n'y participent pas, ils ont un planning très individualisé en fonction de leurs objectifs. Y'en a certains qui se débrouillent très très bien ils font déjà des trucs de leur côté et qui vont voir des expos de leur côté je vais pas leur proposer c'est un peu ridicule. En revanche il y en a d'autre, alors j'ai des objectifs derrière c'est-à-dire s'il y en a un qui a vraiment des problèmes d'orientation spatiale et tout je veux dire ça va être intéressant de venir avec nous mais pour ça il faut qu'il soit motivé donc il faut qu'il adhère quand même à cette médiation qui est d'aller dans les musées ect. Si c'est pas le cas à ce moment je vais peut-être faire le sport avec lui en faisant plutôt des grandes marches ect. pour se diriger dans Paris avec un plan à suivre par exemple ça ça peut être tout à fait possible. Comme on est expert en analyse d'activité avec le patient on va adapter l'activité pour travailler ce qu'on recherche et le mieux c'est l'extérieur. Ici typique y'a les infirmières qui ont fait « découverte des goûts », je vous avoue que j'en ai un peu marre de la cuisine donc j'ai un peu arrêté, et puis je me suis aperçue qu'en plus le mieux c'est de faire la cuisine au domicile du patient. Parce que ici en fait ils le font et comme le four à la maison n'est pas du tout le même, parfois ils n'ont même pas de four, parfois ils dorment dans des hôtels et tout c'est un peu compliqué. Mais voilà donc c'est vrai que les infirmières vont un peu plus travailler sur l'équilibre alimentaire, leur redonner envie de faire une « belle tarte aux pommes » alors que moi je m'en fou si elle est belle du moment qu'elle est faite : c'est pour ça qu'on a pas du tout les mêmes objectifs mais bon. Et donc le mieux c'est vrai que c'est d'être au domicile. Le problème du domicile c'est que ça détache toujours un autre soignant avec moi. Et c'est pour ça que je suis un peu limitée j'aimerais en faire mais je ne peux pas.</p>
M.K	<p>Vous faites pas du tout de domicile ?</p>
E.A	<p>- Avant j'en ai fait 3 ou 4 fois pour un patient très dyséxécutif pour l'aider à organiser un petit peu son système de rangement chez lui et tout. Le problème c'est qu'il aurait fallu pour que ça marche que j'y aille trois fois par semaine ou deux fois par semaine pour automatiser, ce qui était pas possible. Et quand je l'ai orienté vers des ergothérapeutes en libéral, je fais travailler mes copines en libéral, le problème c'est qu'ils sont très mal remboursés à l'âge adulte. Donc en fait ça s'est arrêté.</p>
M.K	<p>- Par manque de moyen ?</p>
E.A	<p>- Par manque de moyen, c'est terrible hein. Mais c'est comme les patients qui souffrent d'autisme, les autistes Asperger, ça ne se dit plus maintenant.</p>
M.K	<p>- Ah bon ?</p>
E.A	<p>- Oui alors on le dit mais maintenant ils veulent le supprimer ce terme, mais ce qui est ridicule car il n'y a rien qui exprime autisme Asperger.</p>
M.K	<p>- Ah oui dans ce cas il faudrait inventer un autre mot.</p>

E.A	- C'est ça. Donc maintenant ça rentre dans le spectre autistique mais...
M.K	- Mais il est parmi les autres.
E.A	- Voilà parmi les autres, alors que c'est un type très particulier. Et là c'est patient la plupart ils sont suivis en libéral parce que surtout il y a rien qui est fait dans les institutions pour eux. Donc la j'essaie de monter un projet, pour recevoir ici des groupes, pour essayer de travailler justement sur la communication et la cognition sociale ici.
M.K	- Parce que vous ne pouvez pas mélanger une population autiste et une population schizophrène ?
E.A	- Alors en fait ça fait peur à la plupart de mes collègues.
M.K	- A d'accord.
E.A	- Après c'est vrai qu'on s'est posé la question à la dernière réunion de CRAIF Centre ressources autisme Ile de France, ou il y a eu un patient qui était venu ici, alors en plus je me souviens pas très bien de l'histoire. Lui voulait vraiment intégrer ici. Mais le truc c'est qu'il y a parfois des autistes qui n'arrivent à comprendre qu'ils ont des problèmes de théorie de l'esprit comme nos patients qui souffrent de schizophrénie. Mais déjà de pas comprendre quelqu'un qui est, je déteste ce terme, « normal » c'est compliqué pour eux mais de pas comprendre quelqu'un qui délire c'est encore plus difficile. Donc parfois je me dis l'effet miroir peut-être un peu trop compliqué, c'est pour ça que je m'étais dit, j'étais partie sur l'idée d'un groupe apars. Une session apars sans qu'ils croisent forcément les autres. Parce que ça peut être terrible aussi d'être face à cet anéantissement.
M.K	- Oui ils ont des fonctionnements assez ancrés dans le réel donc...
E.A	- Oui donc voir des personnes qui sont au delà du réel... c'est assez compliqué.
M.K	- Bah voilà j'ai fini avec mes questions. Est-ce que vous voulez ajouter ou précisez quelque chose que j'aurais oublié ?
E.A	- Non non ça me paraît complet. (...) - En conclusion ce que je dirais c'est que la remédiation cognitive c'est bien, c'est super mais ça doit se faire en parallèle avec autre chose sinon il n'y a pas de transfert des acquis au quotidien et ça sert à rien. C'est de la rééducation dans le vide.
M.K	- Et vous faites de l'ETP ?
E.A	- Oui ici on fait de l'ETP c'est les infirmiers qui le font.
M.K	- Et donc vous le faites plutôt avant ou après le programme de remédiation ?

E.A	<p>- Enfaite c'est une très bonne question il y a des patients qui ne sont pas prêts à parler de leur maladie mais qui vont en revanche avoir moins de difficultés à parler de leurs troubles cognitifs comme si c'était moins stigmatisant de troubles de mémoire, parce que finalement tout le monde souffre de troubles de mémoire plutôt que de troubles psychiques ou là c'est très stigmatisé par la société. Et donc parfois on fait la remédiation cognitive, sachant que RECOS c'est la remédiation cognitive pour les patients souffrant de schizophrénie, le S c'est schizophrénie, donc on fait quand même de la psychoéducation au départ et tout, donc on aborde quand même ça. Parfois ils arrivent pas à l'admettre à ce moment là mais à la fin on peut commencer à parler d'ETP. Parfois il y a des patients qui vont commencer par l'ETP, l'idéal c'est de commencer par l'ETP et puis faire la remédiation cognitive mais parfois c'est pas forcément le cas. C'est du cas par cas. Parfois je fais Michael's Game ou c'est un jeu pour travailler sur la flexibilité mentale et sur la génération d'hypothèses alternatives. Donc c'est Michael il lui arrive plein de situations et on doit travailler autour de ça. C'est genre : Michael attend Léa au café et Léa à une demie heure de retard, il est persuadé qu'elle a eu un accident grave. Bon ça c'est au début des cartes ou il est pas trop malade, à la fin c'est : il entend des voix. Salop ! Salop ! Qu'est ce qu'il peut faire pour atténuer les voix et tout. Donc au début y'a les symptômes petit à petit qui apparaissent et ça nous permet de parler des symptômes. Donc au départ il attend Léa dans un cas, donc accident grave, on voit les conséquences d'un point de vu émotionnel, comportemental : je vais me lever, je vais paniquer, je vais téléphoner à tout le monde pour savoir... Alors qu'en réalité ça peut être par exemple : panne de transport en commun, elle nous a posé un lapin... Et à chaque fois on va voir pour chaque hypothèse, on va générer pleins d'hypothèses c'est farfelu hein, on peut parler d'extraterrestre peut importe parce qu'après on pourra faire celle qui sont le plus probable ou pas. Puis après on va voir à chaque fois les conséquences émotionnelles et comportementales pour montrer que parfois on a tendance à faire des sauts de conclusion mais qu'il peut y avoir d'autres explications derrière. Et ça les oblige enfaite à avoir cette flexibilité, à générer le plus en plus de chose, c'est-à-dire quand il arrive quelque chose et bah il peut y avoir plusieurs raisons. D'accord et ça c'est très important.</p>
M.K	<p>- Ca leur permet de réfléchir par transfert sur leur propre cas à eux ?</p>
E.A	<p>- Exactement. Et en plus il y a des trucs qui font écho. Et justement tu vois la dernière, là on est dans une des dernières cartes c'est, alors là on travaille plus du tout sur la génération d'hypothèse mais sur comment aider Michael. C'est sur les dernières cartes et là par exemple bah c'était hier : Michael entend une voix qui lui dit : Salop, Salop, Salop ! Et ça l'impact énormément. Voilà, comment faire pour réduire l'impact de ces voix ? Donc typique, t'as des patients qui vont jamais parler de leur maladie et là t'en as deux ou trois qui commencent à avoir l'habitude dont Mme. K qui comment à dire : « ah moi les boules quies ça marche très bien » l'autre qui dit « moi j'écoute la musique à fond » ; « ah moi la fois ou ça met arrivé, la seule fois où ça met arrivé j'ai mis la</p>



	<p><i>télé et ça s'est calmé » ; « moi je les engueule mes voix en leur disant maintenant vous me laissez tranquille ect » ; « moi j'essaye de me raisonner en me disant : mais non c'est pas vrai, je suis pas un salop ect ». Et là ils vont te sortir tous les trucs et enfaite ils vont parler d'eux. Et parfois on dit : parler pas forcément de vous, dites-vous ce que vous feriez. Et puis moi je donne aussi des choses, je dis : Moi si j'entendais ces voix qu'est-ce que je ferais ? Ah euh je crois que je me ferais couler un bain et je mettrais ma tête sous l'eau. Et tu vois tu vas inventer toi-même un truc mais voilà. C'est ça qui est intéressant.</i></p>
M.K	<p>- Ca déstigmatise les choses, le fait que vous proposiez aussi des choses en vous mettant à leur place ?</p>
E.A	<p>- Alors on parle beaucoup, vous voyez la carte de la semaine dernière c'était un jeune qui souffre de diabète et qui d'un coup entrainé en état d'agitation extrême et il disait, alors qu'il sait qu'il souffre de diabète quand on a voulu le re-sucré il disait : « non laissé moi tranquille je suis pas diabétique » et tout donc là c'était pour parler du dénie de la maladie quand on est en période de crise et donc on a fait le lien entre une maladie somatique et une maladie psy, en disant que voilà on pouvait avoir des trucs. On a parlé aussi des consommations de drogues : j'ai dis bon ben voilà j'ai fumé un join quand j'étais plus jeune. Je parle beaucoup de... pour moi c'est très important le partage d'expérience. Même moi je veux dire je leur dis souvent que moi j'ai jamais entendu de voix voilà je sais pas ce que c'est que d'entendre des voix, j'essaye de comprendre ce que vous me dites mais je ne connais pas mais après voilà on a tous des expérience, on vit tous des choses. Bah par exemple je leur ai dit que j'avais déjà fumé un join, que j'ai détesté et que j'avais l'impression d'avoir une hypersensorialité horrible, je maitrisais plus rien voilà, c'était terrible pour moi, ça je leur partage parce que bon. Tout le monde a fumé un join dans sa vie, bon peut être pas mais voilà. Enfaite il faut partager de soi ce que l'on peut partager des choses sur lesquelles on est très au clair. Des choses qui vont aussi les aider, je vais pas raconter ma vie pour raconter ma vie. Dans le programme par exemple on fait les exercices aux même titre que les patients.</p>
M.K	<p>- Vous vous mettez dans une position de « vulnérabilité » si je peux dire ?</p>
E.A	<p>- Non pas de vulnérabilité. D'égal à égal, je travaille beaucoup en partenariat. Il y en a qui sont super performants, quand je fais CRT je suis obligée de complexifier un max pour pas qu'ils s'ennuient. Parce que ça il faut jamais qu'ils s'ennuient c'est vraiment très important. C'est la théorie du flot : il faut maintenir un rythme un petit peu élevé pour qu'ils aient l'impression d'accomplir quelque chose tout en pouvant être sûre qu'ils peuvent l'accomplir. Que ce soit pas trop massif.</p>
M.K	<p>- Pour promouvoir un sentiment de réussite et de capacité ?</p>

E.A	<p>- Ouais et quand on fait, pour les patients qui sont en dépression de les mettre en « effort full » ça veut dire de les mettre dans une position où ils doivent faire de l'effort pour arriver à quelque chose, eh bien c'est très stimulant et on s'aperçoit qu'ils sont très performant. Donc c'est très intéressant de le savoir. Les personnes qui souffrent de dépression si on les met en position de challenge et bah ça marche. Donc euh on va les accompagner là-dedans, on va être comme une béquille, mais c'est à eux, ils vont devoir se dépasser pour le faire. Et enfaite ça marche très très bien pour les patients, et ça augmente l'estime de soi, c'est super bon mais bon j'ai un peu dévié. Bref oui on travaille en partenariat donc ça veut dire même en CRT par exemple, je suis pas à mon bureau et là lui en face on est à côté. Et donc on dit : « Alors comment vous pouvez faire pour réaliser cet exercice ? » ; « C'est quoi la stratégie que vous allez employer ? » ; « Ah c'est intéressant, d'accord, et pourquoi cette stratégie là et pas une autre, ah d'accord » ; « Alors là si je complexifie vous allez garder la même stratégie ? Est-ce qu'elle est toujours efficiente ? » ect...</p>
M.K	<p>- Vous lui posez les questions ?</p>
E.A	<p>- Oui enfaite c'est ce qu'on appelle le questionnement Socratique. C'est-à-dire que ce n'est pas moi qui vais donner les réponses. Je vais donner la question, je vais poser des questions de façon très naïve afin que lui-même se pose des questions. D'accord ? « Comment vous avez réalisé ça ? » ; « Comment allez-vous procéder pour faire ça ? Très bien allez y » ; « Est-ce que vous trouvez qu'on est arrivé au bon résultat ? Non ? Alors qu'est-ce qu'on pourrait faire pour échanger pour arriver au bon résultat ? ». Je ne suis qu'un guide. D'accord ? c'est ça.</p>
M.K	<p>- C'est les questions de planification que l'on se pose enfaite, et eux on besoin d'un support oral, plus concret ?</p>
E.A	<p>- Oui voilà c'est la remédiation cognitive.</p>
M.K	<p>- Ok très bien.</p>
E.A	<p>- Ça va ?</p>
M.K	<p>- Oui super je vous remercie.</p>