

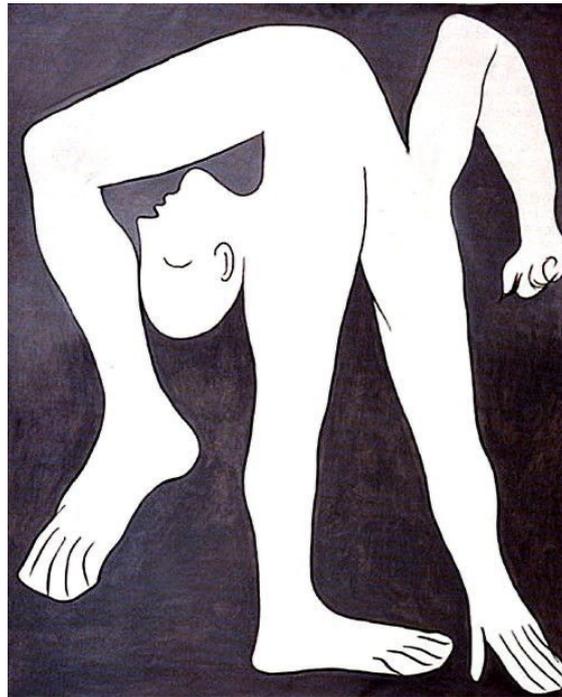


INSTITUT DE FORMATION EN ERGOTHÉRAPIE DE PARIS

Association pour le Développement, l'Enseignement et la Recherche en Ergothérapie

52 rue Vitruve - 75020 Paris

L'activité physique en ergothérapie, un outil en faveur de l'engagement occupationnel des personnes souffrant de schizophrénie



Picasso, l'Acrobate 1930

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

S6 : Évaluation de la pratique professionnelle et recherche

Sous la direction de Madame **HAINÉ Marianne**

Laura CASABURO

(Session Juin 2023)

Note aux lecteurs :

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

Remerciements

Je tiens à remercier sincèrement :

Nima pour sa relecture et son soutien indéfectible tout au long de l'élaboration de ce mémoire, ainsi que pendant mes trois années d'étude et bien au-delà.

Pipa pour sa présence lors de ces longues heures passées à rédiger ce mémoire.

Mes parents qui m'ont soutenu dans ce choix de reconversion.

Émilie Prisca et Ferdaws pour tous les fous rires et les bons moments partagés aux cours de ces trois années d'étude, et en particulier leur présence durant cette dernière année particulièrement intense.

Marianne Haine pour ses précieux conseils et sa relecture tout au long de la rédaction de ce mémoire.

Toute la promotion ergothérapeute 2023 de l'ADERE pour l'ambiance conviviale et les bons moments que nous avons partagés ensemble.

L'équipe pédagogique de l'ADERE pour leur bienveillance et la qualité de leur accompagnement.

Les ergothérapeutes que j'ai interrogés dans le cadre de la rédaction de ce mémoire, qui ont généreusement consacré de leur temps pour partager avec moi leurs expériences avec passion et sincérité.

Table des matières

INTRODUCTION.....	3
I CADRE CONCEPTUEL.....	4
I-1 La Schizophrénie.....	4
1. Généralité.....	4
a. Définition.....	4
b. Épidémiologie et étiologie.....	5
c. Différentes formes cliniques.....	6
d. Sémiologie de la maladie.....	7
2. Conséquences de la maladie.....	8
a. Impact au niveau cognitivo-comportemental.....	8
b. Impact sur la sphère occupationnelle.....	9
c. La représentation du corps dans la schizophrénie.....	9
3. Évolution de la maladie.....	12
a. La notion de rétablissement.....	12
I-2 L'Activité physique en santé mentale.....	13
1. Généralité.....	13
a. Définition de l'activité physique.....	13
b. De l'activité physique... à l'activité physique adaptée : définition.....	14
c. Historique de l'activité physique en santé mentale.....	14
d. Les enjeux dans la mise en place d'une activité physique adaptée.....	15
2. L'activité physique chez les personnes souffrant de schizophrénie.....	16
3. Ergothérapie et activité physique en santé mentale.....	17
a. Ergothérapie en santé mentale.....	17
b. Ergothérapie et engagement occupationnel.....	18
c. Ergothérapie et activité physique.....	19
4. Corps, psyché et activité physique.....	20
I- 3 Réhabilitation psychosociale.....	21
1. Généralités.....	21
a. Définition de la réhabilitation psychosociale.....	21
b. Histoire de la réhabilitation psychosociale.....	22
c. Principes de la réhabilitation psychosociale.....	23
2. Réhabilitation psychosociale et schizophrénie.....	23
3. Ergothérapie et réhabilitation psychosociale.....	25
I- 4 Hypothèse.....	26
II RECHERCHE.....	26
II-1 Méthodologie de recherche.....	26
1. Objectif de la recherche.....	26
2. Choix de la méthode d'enquête.....	27
3. Choix du terrain et de la population.....	28
II-2 Mise en place de la recherche.....	28
1. Élaboration de l'outil d'enquête.....	28
2. Recrutement des différents professionnels et outils d'analyse des entretiens.....	29
II - 3 Présentation et analyse des résultats.....	29
1. Le professionnel ainsi que sa pratique professionnelle :.....	30
a. Présentation des ergothérapeutes interrogés.....	30
b. Définition et évaluation de l'engagement occupationnel.....	31
2. Problématiques des personnes souffrant de schizophrénie :.....	33

3.	Utilisation de l'activité physique par l'ergothérapeute :.....	36
a.	Définition d'activité physique et préalables à sa mise en place.....	37
b.	Objectifs de la pratique de l'activité physique en ergothérapie.....	39
c.	Effets sur le rapport au corps ainsi que sur l'engagement occupationnel des personnes souffrant de schizophrénie.....	42
d.	Les limites de l'utilisation de l'activité physique pour un ergothérapeute en santé mentale.....	46
4.	La réhabilitation psychosociale :	47
a.	Définition de la réhabilitation psychosociale et appropriation de cette approche	47
b.	Activité physique et réhabilitation psychosociale.....	50
c.	Activité physique, engagement occupationnel et rétablissement psychosocial	51
II - 4 Discussion.....		53
1.	Retour sur l'hypothèse et la question de recherche	53
a.	Activité physique et amélioration du rapport au corps des personnes souffrant de schizophrénie	54
b.	Activité physique et engagement occupationnel.....	56
c.	La réhabilitation psychosociale.	57
d.	Validation ou non de l'hypothèse	59
2.	Forces et limites de la recherche	60
CONCLUSION.....		61
ANNEXE I : Mail envoyé aux ergothérapeutes		I
ANNEXE II : Guide d'entretien.....		II
ANNEXE III : Attestation d'enregistrement audio.....		IV
ANNEXE IV : Retranscription d'un des six entretiens réalisés (E2)		V
ANNEXE V : Grille d'entretien.....		XVIII

INTRODUCTION

Comme le rappelle l'INSERM (Institut national de la santé et de la recherche médicale) (2020), la schizophrénie est une maladie psychiatrique invalidante caractérisée par un ensemble de symptômes. L'INSERM (2020) cite en particulier les délires et les hallucinations ainsi que le retrait social et les difficultés cognitives, Gault (2015) rajoute le fait que les symptômes corporels sont au premier plan de cette affection. Comme le mentionne l'OMS (Organisation mondiale de la Santé) (2022), cette maladie entraîne un handicap considérable et peut avoir des répercussions sur tous les domaines de la vie, y compris le fonctionnement personnel, familial, social, éducatif et professionnel. Selon l'ANFE (Association Nationale Française des Ergothérapeutes) (2021). Ces répercussions peuvent avoir un impact négatif sur leur qualité de vie globale et leur bien-être psychosocial. L'ergothérapeute fonde sa pratique sur le lien entre l'activité humaine (ou l'occupation) et la santé, ils sont donc des professionnels de choix pour accompagner les personnes souffrant de schizophrénie dans leurs difficultés occupationnelles.

L'HAS (Haute Autorité de santé) (2022) précise que ces personnes ont une réduction de l'espérance de vie d'environ 10 à 25 ans. Cette mortalité prématurée serait due à des facteurs de risque cardio-vasculaire, respiratoire et métabolique, liés aux effets secondaires des traitements ainsi qu'à des facteurs environnementaux délétères. Au fil des années, différents traitements ont été développés pour aider les personnes atteintes de schizophrénie à gérer leurs symptômes et à favoriser leur rétablissement, récemment, l'importance de l'activité physique dans le traitement de la schizophrénie a été de plus en plus reconnue. En effet, selon l'HAS (2022) Il semblerait l'activité physique et sportive pratiqué de façon régulière serait bénéfique sur la santé mentale et physique des personnes souffrant de schizophrénie et serait un médiateur de réhabilitation psychosociale.

Ce sont ces constats ainsi que mes expériences personnelles de stage en santé mentale qui m'ont amené à m'intéresser à l'utilisation de l'activité physique comme médiation à destination de personnes souffrant de schizophrénie. Car si les activités sportives ont été introduites dans les institutions psychiatriques, celle-ci ont longtemps été relayées au second plan, comme des activités « annexes », « occupationnelles » (Kudelski, 2010), de plus Kudelski (2010) pointe aussi le fait que peu de travaux ont été réalisés sur la thématique sport-psychiatrie. Il y a donc dans cette thématique un large champ des possibles à explorer.

Enfin, je vais m'intéresser plus particulièrement au domaine de la réhabilitation psychosociale, Person (2016) explique que ce domaine consiste à aider la personne à retrouver un rôle social valorisant. Le centre ressource réhabilitation (2020) donne une définition de la réhabilitation psychosociale qui est la suivante « cela renvoie à un ensemble de procédés visant à aider les personnes souffrant de troubles psychiques à se rétablir, c'est-à-dire à obtenir un niveau

de vie et d'adaptation satisfaisant par rapport à leurs attentes. », cette définition fait écho à la finalité de l'ergothérapie. Par conséquent, c'est dans ce domaine en particulier que j'aimerais étudier l'action de l'ergothérapeute.

De ce fait, ce mémoire va chercher à comprendre « **En quoi l'activité physique en ergothérapie peut être un outil à destination des personnes souffrant de schizophrénie vers une amélioration de leur engagement occupationnel dans le cadre d'une démarche de réhabilitation psychosociale ?** » Pour se faire, mon cadre conceptuel abordera dans une première partie les notions clés de ma problématique. Cet écrit s'intéressera alors à la schizophrénie et plus précisément à la relation au corps des personnes souffrant de cette pathologie. Puis il abordera l'activité physique, particulièrement dans le domaine de la santé mentale et à destination des personnes atteintes de schizophrénie. Enfin ce mémoire s'intéressera à la réhabilitation psychosociale à destination de cette même population. La seconde partie de ce mémoire sera consacrée à la présentation de la méthodologie de recherche choisie pour cette étude : la recherche qualitative. Ce mémoire rendra compte des résultats obtenus à la suite de cette recherche et en fera une analyse critique. Enfin, la partie discussion s'attachera à mettre en lien les résultats obtenus avec la partie conceptuelle et apportera de nouvelles perspectives et ouvertures.

I CADRE CONCEPTUEL

I-1 La Schizophrénie

1. Généralité

a. Définition

La schizophrénie est une maladie psychiatrique. Le concept de schizophrénie a été créé par le psychiatre Eugène Bleuler en 1908 (Favrod, 2012). Le terme schizophrénie vient du grec schizein qui signifie fendre et phrên qui veut dire esprit, étymologiquement le terme schizophrénie définit donc dissociation de la personnalité (Pagès, 2017). Favrod (2012) rajoute que la schizophrénie est définie comme un trouble du traitement et de l'intégration de l'information. Favrod (2012) précise que la personne qui en souffre peut présenter des symptômes de distorsion de la réalité que l'on peut voir s'exprimer via des hallucinations ainsi que des idées délirantes. Il indique également qu'elle peut avoir pour effet de diminuer les capacités d'expressions, elle peut également engendrer des difficultés à accomplir des actes de la vie quotidienne ainsi que provoquer un retrait social. Enfin, la maladie peut s'exprimer par une désorganisation dans la façon de s'exprimer autant d'un point de vue verbal que comportemental. Ces troubles peuvent avoir un impact important sur les activités des personnes qui en souffrent, c'est à ce niveau que l'ergothérapeute va intervenir. En effet, comme le rappellent Riguet et al (2016), l'ergothérapeute en santé mentale a pour mission d'évaluer

les retentissements fonctionnels de la maladie sur les investissements professionnels, scolaires, relationnels ainsi que de vie quotidienne. Il utilise pour cela le lien qui existe entre l'activité humaine et la santé, son objectif étant d'obtenir une qualité de vie satisfaisante aux yeux de la personne en soin.

Le DSM5 (Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 5e édition) (2015) précise que le diagnostic de schizophrénie doit forcément impliquer la présence d'un ensemble de signes et de symptômes, corrélés à un dysfonctionnement au niveau de la sphère professionnelle ou sociale. Le DSM5 (2015) définit la schizophrénie comme une maladie hétérogène, c'est-à-dire que les personnes qui en souffrent peuvent avoir des manifestations très différentes les unes des autres. Concernant les traitements, Favrod (2012) explique que les phases aiguës de la maladie sont traitées en principe en milieu intra hospitalier. Passé la phase aiguë de la maladie, le suivi du patient s'effectue dans la cité, ce suivi peut s'effectuer entre autres dans un centre de réhabilitation psychosociale, domaine qui sera abordé plus en détails par la suite.

b. Épidémiologie et étiologie

Selon l'OMS (2022) la schizophrénie touche environ 24 millions de personnes, ce qui correspond à une prévalence d'environ 0,32% de la population mondiale. En France, la schizophrénie représente environ 600 000 sujets malades (Inserm, 2020). Favrod (2012) rappelle que la prévalence définit le nombre de cas dans la population à un moment choisi.

Concernant l'étiologie, le DSM5 (2015) définit différents types de causes que l'on peut relier à l'apparition de la maladie chez une personne. La première cause serait environnementale, en effet, le DSM5 indique que l'incidence de la schizophrénie pourrait avoir un lien avec la saison de naissance. Il semblerait également que l'incidence de la schizophrénie serait plus importante chez les personnes qui évoluent dans un environnement urbain ainsi que dans certains groupes ethniques minoritaires.

Toujours selon le DSM5 (2015) une seconde cause serait génétique. Les facteurs génétiques contribuent à déterminer le risque de schizophrénie, même si la plupart des personnes souffrant de ce trouble n'ont pas d'antécédent de psychose dans la famille. Le risque de développer la maladie serait conféré par un spectre d'allèles à risque. Un allèle est défini comme « variante possible d'un gène donné dans la population » (Picq, 2009) par conséquent, un gène qui aurait muté serait à l'origine de l'apparition de la maladie. Une autre cause de la schizophrénie selon le DSM5 (2015) serait étroitement liée à la grossesse. Il cite notamment des complications à la grossesse, des complications néonatales ainsi qu'un âge paternel avancé.

Favrod (2012) vient compléter le DSM5 en mentionnant le modèle du stress et de la vulnérabilité. Il explique que vulnérabilité biologique, facteurs personnels et psychologiques ainsi que les stressors environnementaux seraient en constante interaction. L'apparition de la maladie et son évolution seraient donc le résultat de l'interaction complexe entre facteurs psychobiologiques et environnementaux.

c. Différentes formes cliniques

Hanus et Louis (2015) décrivent quatre grands types cliniques de schizophrénie, ils précisent néanmoins que dans la réalité il peut subvenir des formes de transition qui ne correspondent pas strictement aux grands types décrits ci-après. La première forme décrite par les auteurs est la schizophrénie simple, elle est caractérisée par une diminution de l'intérêt, du dynamisme et du rendement de la personne atteinte. Les secondes formes cliniques sont les formes hébéphréniques et hébéphréno-catatonique. Selon le Vidal (2022) « Les malades hébéphréniques présentent peu de délires. Ils vivent dans un repli profond, passent beaucoup de temps au lit ou devant la télévision. Leur langage est incohérent, ils paraissent indifférents au monde extérieur malgré une forte anxiété » le comportement catatonique quant à lui est défini comme une « une réactivité à l'environnement très diminuée. Cela va de la résistance aux instructions, au maintien d'une posture rigide, inappropriée ou bizarre et à l'absence totale de réponse verbale ou motrice » (DSM5, 2015). Ces secondes formes ont comme point commun de toucher principalement les sujets jeunes, elles présentent une absence de délire paranoïde mais la dissociation y est très importante, celle-ci menant le plus souvent à un retrait autistique, de plus, ces formes présentent une résistance aux traitements antipsychotiques. Cotti (2011), définit le délire paranoïde comme un délire flou, non systématisé, incohérent et aux mécanismes (comme les hallucinations), et thèmes multiples (délire de persécution, délire mystique, etc.). La dissociation correspond à la désorganisation des paroles, de la pensée et des comportements corporels (Inserm, 2022).

La troisième forme clinique décrite par les auteurs est la schizophrénie paranoïde, il s'agit de la forme la plus typique de la maladie car c'est la plus complète. Dans cette forme, les idées délirantes sont verbalisées explicitement par la personne.

Les quatrième et dernière formes cliniques décrites par Hanus et Louis (2015) sont les schizophrénies dysthymiques. Selon le Vidal (2022), on peut également appeler ces formes : trouble schizo-affectif, ce trouble présente des signes de schizophrénie accompagné de signes de dépression ou de manie.

d. Sémiologie de la maladie

Selon le DSM5 (2015), les symptômes caractéristiques de la schizophrénie correspondent à un ensemble de dysfonctionnements cognitifs, comportementaux et émotionnels, et aucun symptôme ne permet le diagnostic certain de la maladie. Ces dysfonctionnements doivent être associés à des difficultés dans les activités de la vie quotidienne. Or, la fédération mondiale des ergothérapeutes (2012) déclare que les ergothérapeutes sont experts des activités de la vie quotidienne et ont pour objectif d'améliorer les performances de la personne et son engagement dans ces mêmes activités.

Toujours selon le DSM5 (2015), des signes continus du trouble doivent persister pendant au moins six mois pour pouvoir définir un diagnostic de schizophrénie. Dans ces six mois, doivent persister pendant au moins un mois, au moins un trouble suivant : des idées délirantes « Les idées délirantes sont des croyances qui ne changent pas face à des évidences qui les contredisent. Leur contenu peut comprendre divers thèmes » (DSM5, 2015), des hallucinations « Les hallucinations sont des expériences de type perceptif qui surviennent sans stimulus externe. Elles peuvent concerner toutes les modalités sensorielles mais les hallucinations auditives sont les plus fréquentes dans la schizophrénie et les troubles apparentés » (DSM5, 2015) ainsi qu'un discours désorganisé « La pensée désorganisée, est typiquement déduite du discours de l'individu. Ce dernier peut passer ainsi d'un sujet à l'autre. Les réponses peuvent être reliées de manière indirecte aux questions ou ne pas y être reliées du tout. » (DSM5, 2015).

Peuvent également s'ajouter à ces troubles : un comportement grossièrement désorganisé ou catatonique ainsi que d'une aboulie et une diminution de l'expression émotionnelle (Symptômes négatifs).

Selon l'inserm (2022), on peut classer ces symptômes dans trois catégories : Les délires et les hallucinations correspondent aux symptômes positifs ou productifs. La désorganisation des paroles, de la pensée et des comportements corporels correspond aux symptômes dissociatifs. L'appauvrissement affectif et émotionnel correspond aux symptômes négatifs ou déficitaires.

Selon le DSM5 il faut également, durant une proportion significative de temps depuis le début du trouble, une modification marquée du fonctionnement dans un domaine majeur de la vie personnelle tel que le travail, les relations interpersonnelles ou l'hygiène personnelle.

Le DSM5 rajoute que des troubles de l'humeur sont courants dans la schizophrénie. Enfin, le DSM5 cite un autre symptôme possible de la schizophrénie qui est l'anosognosie, c'est-à-dire que les personnes souffrantes n'ont pas conscience de leur maladie.

Kern (2019) rajoute que la personne souffrant de schizophrénie présente également un déficit moteur, elle précise que le patient a souvent une démarche un peu maladroite. Elle explique que

l'on peut retrouver une certaine maladresse dans les mouvements fins et les troubles de la coordination ou de l'ajustement des mouvements fins. Les troubles liés plus spécifiquement au corps dans la schizophrénie seront abordés dans une partie dédiée.

2. Conséquences de la maladie

a. Impact au niveau cognitivo-comportemental

Selon Amado et Kern (2021), la schizophrénie s'accompagne également de difficultés cognitives invalidantes. Ils citent notamment les fonctions neurocognitives qui seraient touchées comme l'attention, la mémoire ainsi que les fonctions exécutives. « Les fonctions exécutives rassemblent l'ensemble des processus impliqués dans la régulation et le contrôle du comportement. Plus précisément, elles entrent en œuvre dans des situations non routinières qui nécessitent l'élaboration, l'exécution et l'évaluation d'un plan afin d'atteindre un but particulier » (Censabella, 2007). Kern, L & Willard, D (2018) citent également des difficultés au niveau de la cognition sociale qui est caractérisée par « une atteinte des capacités à interagir socialement, à comprendre les intentions de l'autre, à reconnaître les émotions faciales ainsi qu'à décrypter ses propres émotions, à comprendre les conventions sociales, avoir des biais de jugement » (Kern & Willard 2018)

D'un point de vue fonctionnel, Da Silva (2005) explique que ces difficultés altèrent notamment la capacité à traiter correctement les informations. Elles altèrent également la capacité d'adaptation face à une situation à problème. Da Silva (2005) cite aussi l'altération des habiletés sociales ainsi que la qualité des relations interpersonnelles, qui se traduit par des difficultés à suivre une conversation ou raconter une histoire. Enfin, selon Da Silva (2005), les habiletés instrumentales seraient également impactées par ces difficultés cognitives ainsi que l'acquisition de nouvelles compétences. Da Silva (2005) définit les activités instrumentales comme les activités de la vie quotidienne. Favrod (2012) indique qu'il existe des techniques de ré-entraînement de ces difficultés cognitivo-comportementales. Sur le plan comportemental Favrod (2012) cite l'entraînement des habiletés sociales et sur le plan cognitif, il cite la remédiation cognitive. La remédiation cognitive est « une technique non médicamenteuse qui consiste à identifier les différentes composantes cognitives altérées par la maladie (troubles attentionnels, mémorisation, exécution...) et à trouver des solutions pour guérir ou contourner ces troubles, à travers des jeux de rôles, des exercices ou encore une éducation à sa propre maladie. » (Inserm, 2022). Riou et al (2016) nous rappellent que l'ergothérapeute bénéficie d'une formation poussée sur les dysfonctionnements cognitifs qui fait de lui un partenaire de choix pour travailler sur les difficultés de nature cognitivo-comportementales que peuvent rencontrer les personnes souffrant de schizophrénie.

b. Impact sur la sphère occupationnelle

Van Bruggen (2016) définit les occupations comme « un groupe d'activités, culturellement dénommé, qui a une valeur personnelle et socioculturelle et qui est le support de la participation à la société » (Van Bruggen, 2016). Riguet et al (2016) rajoutent qu'elles peuvent comprendre notamment les soins personnels, la scolarité, le travail ainsi que les loisirs.

Ainsi, les difficultés cognitives et comportementales mentionnées précédemment ont un impact négatif sur le fonctionnement des personnes atteintes de schizophrénie au quotidien ainsi que sur leur capacité à garder un emploi ou à poursuivre leurs études (Amado & Kern 2021). De plus, le DSM5 (2015) rajoute que même quand les capacités cognitives sont suffisantes pour les tâches à accomplir, la scolarité ainsi que le travail sont souvent mises à mal par l'aboulie et les autres manifestations du trouble. Selon le DSM5 (2015) la maladie aurait également des répercussions au niveau social, il précise que les hommes en particulier, ne se marient généralement pas et leurs contacts sociaux se limiteraient à leur cercle familial. Prouteau et al (2009) ont effectué une étude dont le but était de décrire les difficultés dont les sujets souffrant de schizophrénie font l'expérience dans la vie quotidienne. Les données qu'ils ont recueillies mettent en évidence l'insatisfaction majeure que représentent les relations interpersonnelles, il s'agirait d'un domaine où les sujets expérimentent de manière particulièrement négative le handicap psychique, et ce de manière fréquente dans leur vie quotidienne. De plus, comme le soulignent Grosselin and al (2018), les comportements routiniers ne sont plus automatiques et même les plus simples actions quotidiennes sont accomplies avec difficulté ou au prix d'un effort important, comme se faire un café le matin. L'OMS (2022) mentionne également le fait que les personnes atteintes de schizophrénie sont souvent victime de stigmatisation. Du fait de cette stigmatisation, les personnes malades peuvent être victimes de discriminations dans tous les domaines de la vie. L'OMS explique que cette discrimination peut engendrer des difficultés à l'embauche, à l'accès au logement ainsi qu'à l'éducation. Connor et al (2016) rappellent que le rôle de l'ergothérapeute est d'aider la personne à surmonter ces restrictions occupationnelles. En effet « l'intervention d'un ergothérapeute est conçue pour promouvoir l'engagement, restaurer la fonction et aborder des activités, tâches et rôles importants » (Connor et al, 2016).

c. La représentation du corps dans la schizophrénie

Comme l'indique Delion (2012) le corps est le lieu dans lequel chaque sujet humain habite, celui-ci est le support des sensations. Il précise que le corps est à la fois le véhicule que ses parents lui ont fabriqué ainsi qu'un lieu unique, celui de sa propre singularité. Il ajoute que l'appartenance

au genre humain nécessite un génome humain ainsi qu'un environnement anthropologique spécifique. C'est ce que les psychopathologues, Schilder, Pankow, Dolto, Resnik et Anzieu nomment « l'image du corps ». Delion (2012) indique que chez les personnes souffrant de troubles psychiques, le corps est traversé de symptômes qui appartiennent à sa pathologie et leur confèrent une image du corps bien spécifique. Delion (2012) indique qu'il ne faut pas considérer le corps indépendamment des représentations psychiques qui apparaissent, il faut selon lui s'éloigner d'une séparation corps-psyché cartésienne et s'attacher à une approche corpopsychique de principe.

Boutinaud (2021) explique que la schizophrénie est un trouble qui met en avant de façon évidente des troubles de l'image du corps. Il cite notamment le signe du miroir, un trouble fréquent dans la schizophrénie. La personne qui souffre de ce trouble ne semble plus reconnaître son reflet ou le perçoit comme en train de changer de façon plus ou moins marquée. Selon Dal Bianco (2012), le vécu corporel des personnes atteintes de schizophrénie peut être classé en trouble de la perception et de la représentation du corps.

En ce qui concerne les transformations corporelles vécues subjectivement par la personne atteinte de schizophrénie Daniel-Le Borgne et Maillarbaux (2015) décrivent également des délires à thématique corporelle que l'on appelle la dysmorphophobie. « Les sujets souffrant d'une obsession d'une dysmorphie corporelle sont préoccupés par une ou plusieurs imperfections ou défauts perçus dans leur apparence physique et qui, selon eux, semblent laids, anormaux ou déformés. Les défauts perçus peuvent être imaginaires, ils ne sont pas observables ou sont perçus par les autres comme étant seulement légers. » DSM5 (2015).

Dal Bianco (2012) rappelle que les troubles des perceptions et de l'image du corps arriveraient précocement dans la maladie, il estime que les sensations somatiques bizarres font partie des symptômes qui ont un pouvoir prédictif assez important concernant l'évolution vers la schizophrénie. Parmi ces sensations somatiques, Dal Bianco (2012) cite les hallucinations cénesthésiques, fréquentes dans la maladie, Cotti (2011) rappelle qu'elles correspondent à des hallucinations au niveau corporel.

Boutinaud (2021) ainsi que Daniel-Le Borgne et Maillarbaux (2015) évoquent l'angoisse de morcellement auquel les personnes atteintes de schizophrénie peuvent être confrontées. Selon le psychiatre Juillet (2000), l'angoisse de morcellement est vécue par les individus atteints de schizophrénie comme une menace vitale due à la perte de l'unicité ou au sentiment de néantisation. Boutinaud (2021) explique également que les malades peuvent connaître un phénomène de dépersonnalisation, celui-ci peut aussi faire ressentir aux personnes une rupture des liens psyché-soma, avec le sentiment subjectif que le corps est par exemple dissocié de la personne. Selon le

DSMV (2015), la dépersonnalisation décrit l'expérience prolongée et répétée d'un sentiment de détachement et d'une impression d'être devenu un observateur extérieur de son propre corps.

Bourelle (2021) rajoute le processus d'altérité peut être impacté par le rapport particulier que la personne atteinte de troubles psychiques entretient avec son corps et celui d'autrui. Bourelle (2021) explique que l'altérité est un concept d'origine philosophique signifiant le caractère de ce qui est autre et la reconnaissance de l'autre dans sa différence, ethnique, sociale, culturelle, ou religieuse. En d'autres termes, Bourelle (2021) suggère que la dégradation du processus d'altérité perturbe la capacité de l'individu à se rendre compte de l'intérêt à interagir ainsi que sa capacité à se sentir différent des autres. Dès lors, l'auteur conclut que le recours à des médiations de groupe pourrait permettre de restaurer en partie cette reconnaissance d'autrui. Il cite notamment l'activité physique collective, une médiation qui sera abordée plus en détails par la suite.

Dechaud-Ferbus et Frère Artinian (2012) décrivent la notion de pare-excitation qui serait déficitaire chez les personnes atteintes de schizophrénie. Ils définissent la notion de pare-excitation comme une stratégie défensive développée pour se protéger des excitations externes et internes à partir de l'enveloppe corporelle. Chez la personne atteinte de schizophrénie, les auteurs expliquent que l'enveloppe corporelle n'assure plus sa fonction de limite ni de protection ni d'accueil. La conséquence de cette pare-excitation défaillante serait que la personne qui en souffre peut avoir le sentiment de se vider de sa substance ainsi que d'être envahie de l'extérieur.

Hesse et Prünke (2005) décrivent également des difficultés sensorielles et motrices chez les personnes souffrant de schizophrénie. Ils expliquent par exemple que la marche s'effectue en traînant les pieds, que l'attitude corporelle est avachie ou caractérisée par une courbe en S avec les épaules tombantes et le dos rond. Ils ajoutent que ces individus sont souvent maladroits sur le plan moteur, ils peuvent par exemple se blesser sans s'en rendre compte.

Toujours, sur le plan moteur, Le Borgne et Maillarbaux (2015) ajoutent que l'on peut observer une désorganisation praxique qui est majorée par des troubles de la régulation tonique. Ce qui conduit à une altération de l'harmonie du mouvement. « Le tonus musculaire est l'état permanent de tension qui s'exerce sur les muscles afin de contrecarrer l'action de la gravité » (Dictionnaire médical, 2022). Selon Ballouard (2016), la praxie est le mot savant de l'activité gestuelle, du faire, de ce fait, on entend par désorganisation praxique, une désorganisation de l'activité gestuelle.

De plus, Dal Bianco (2012) rapporte que les personnes souffrant de schizophrénie sont souvent en situation d'incurie. Ce manque d'hygiène peut être selon lui compris comme une difficulté à prendre conscience de son corps. Il avance que l'incurie pourrait aussi correspondre à la façon de réagir à la menace de morcellement ou d'intrusion.

Enfin, Defiolles-Peltier (2012) énonce que le travail d'un soignant auprès d'une personne souffrant de schizophrénie serait de travailler la notion de lien, d'enveloppe et de limite. Il ajoute que la pensée ne peut se restaurer qu'en appui sur une reconstruction de l'image corporelle. Grosselin et al (2018) vont plus loin et se demandent comment une personne souffrant de schizophrénie peut construire un sens de soi et donner un sens au monde si celle-ci souffre de distorsions corporelles, si elle ne connaît pas la localisation de son corps dans l'espace, ou si elle ignore ses limites corporelles ? L'ergothérapeute, qui travaille suivant une vision holistique, est un professionnel de choix pour observer une personne tant dans sa dimension psychique que corporelle. Debout (2012) explique que l'approche holistique consiste à prendre en compte la personne dans sa globalité et non pas de façon morcelée.

3. Évolution de la maladie

a. La notion de rétablissement

Koenig (2017) pose la question du rétablissement dans la schizophrénie et se demande si l'on peut véritablement se rétablir de cette maladie. En effet elle explique que cette maladie est fortement marquée par le sceau de la chronicité voire de l'incurabilité. Bourelle (2021) décrit le rétablissement comme « un processus par phases qui vise à permettre à chaque personne de retrouver sa capacité à décider et sa liberté d'agir, et à se projeter malgré la maladie. ». En d'autres termes, il ne s'agit pas de guérir de la maladie mais de puiser dans ses ressources pour parvenir à vivre avec ses limitations. Koenig (2017) explique que le rétablissement dans la schizophrénie peut se décliner suivant des perspectives objectives ou subjectives. Selon Koenig se rétablir sur un plan objectif, médical, est évalué selon des critères médicaux classiques et objectivables telles que la diminution de la symptomatologie du trouble et l'amélioration du fonctionnement de la personne. Koenig cite ensuite le rétablissement sur un plan subjectif, humaniste, expérientiel. Parmi les facteurs de rétablissement subjectif on retrouve : l'espoir, le soutien par autrui, l'acceptation de sa vulnérabilité, le contrôle des symptômes. L'auteure ajoute que le rétablissement peut être qualifié de paradoxal. Par exemple une personne souffrant de schizophrénie peut avoir une évaluation clinique réalisée par un psychiatre qui est définie comme bonne et pourtant avoir une évaluation subjective médiocre. Par conséquent être rétabli d'un point de vue médical ne veut pas dire être rétabli d'un point de vue subjectif, expérientiel.

Amado et Kern (2021) citent une étude de Graham & al (2014) qui explique que, passé la phase aiguë de la maladie, les personnes souffrant de schizophrénie souhaiteraient faire de l'exercice, avoir accès aux dispositifs d'insertion, développer leur empowerment et la réalisation de soi. Laforcade (2017) explique que l'OMS définit l'empowerment comme « le niveau de choix, de décision,

d'influence et de contrôle que les usagers des services de santé mentale peuvent exercer sur les événements de leur vie ». Ce principe de rétablissement est d'ailleurs la finalité d'un processus de réhabilitation psychosociale. Selon Duprez (2008) la réhabilitation psychosociale peut se définir comme l'ensemble des actions mises en œuvre auprès des personnes souffrant de troubles psychiques au sein d'un processus visant à favoriser leur autonomie et leur indépendance dans la communauté. Par ailleurs, Riguet et al (2016) rappellent que le concept d'autonomie est au cœur de la pratique des ergothérapeutes, ils citent Detraz (1992) « le but de l'ergothérapie est de favoriser le maintien ou l'accession au maximum d'autonomie des individus en situation de handicap et ceci dans leur environnement ». Un moyen pour atteindre ce rétablissement pourrait-elle être la participation à des médiations psychocorporelles ? La suite de ce mémoire va aborder plus en détails un type de médiation psychocorporelle : l'activité physique.

I-2 L'Activité physique en santé mentale

1. Généralité

a. Définition de l'activité physique

Comme le rappelle Von Der Weir (2021) la formule de Juvenal « un esprit sain dans un corps sain » est bien connue du grand public. Celle-ci exprime l'idée que nous devons porter un soin égal à notre corps et à notre esprit. Von Der Weir estime que sport pourrait être utilisé comme moyen éducatif pour canaliser les énergies, renforcer l'estime de soi et apprendre le respect des règles.

Bailleul et Debacq (2021) opposent le sport et l'activité physique. En effet, ils expliquent que le sport est une discipline, une catégorie d'activité physique codifiée par des règles et pratiquée dans un objectif de performance et de compétition. Les activités physiques quant à elles, regrouperaient toutes les pratiques au cours desquelles le corps est utilisé.

L'OMS (2022) définit l'activité physique comme « tout mouvement corporel produit par les muscles squelettiques qui requiert une dépense d'énergie. L'activité physique désigne tous les mouvements que l'on effectue notamment dans le cadre des loisirs, sur le lieu de travail ou pour se déplacer d'un endroit à l'autre. Une activité physique d'intensité modérée ou soutenue a des effets bénéfiques sur la santé », de plus, l'OMS (2022) décrit quatre grands domaines d'activités physique, dont les activités de la vie quotidienne, les activités professionnelles, les activités physiques de loisirs et sportives, les déplacements.

En termes de préconisation, l'OMS (2022) recommande 150 à 300 minutes d'activité physique d'endurance aérobie d'intensité modérée ou 75 à 150 minutes d'activité physique d'endurance d'intensité soutenue par semaine, à toute personne entre 18 et 64 ans. Concernant les personnes

présentant des maladies chroniques ou handicaps, l'OMS précise que même si leur état de santé rend difficile l'activité physique, elles se doivent d'être aussi actives que possible compte tenu de leurs capacités.

b. De l'activité physique... à l'activité physique adaptée : définition

L'ergothérapeute et cadre de santé Isabelle Marchalot (2018) explique qu'un dispositif intégrant l'activité physique dans le parcours de soins du patient en affection de longue durée est entré en vigueur le 1er mars 2017 il est issu de l'article 144 de la loi de modernisation de notre système de santé. L'HAS (2022) précise que cette loi a introduit la possibilité, pour le médecin traitant, de prescrire une activité physique adaptée aux personnes souffrant d'une Affection de Longue Durée. L'article D. 1172-1 du CSP – décret n° 2016-1990 du 30 décembre 2016 – art. 1 donne une définition de l'activité physique adaptée (APA) qui est la suivante : « On entend par activité physique adaptée au sens de l'article L. 1172-1, la pratique dans un contexte d'activité du quotidien, de loisir, de sport ou d'exercices programmés, des mouvements corporels produits par les muscles squelettiques, basée sur les aptitudes et les motivations des personnes ayant des besoins spécifiques qui les empêchent de pratiquer dans des conditions ordinaires. ». L'article ajoute que les objectifs de l'activité physique adaptée seraient de réduire les facteurs de risque et les limitations fonctionnelles liés à l'affection de longue durée. L'article précise également qu'il ne s'agit pas d'actes de rééducation mais véritablement de techniques relevant d'activités physiques et sportives. Enfin, le texte explique que seuls les professionnels de santé, dont les ergothérapeutes ainsi que les kinésithérapeutes et les psychomotriciens, mais aussi les éducateurs en activité physique adaptée, sont habilités à dispenser une activité physique adaptée à la pathologie, aux capacités physiques et au risque médical. De plus, comme l'indique Marchalot (2018), l'activité humaine est au cœur du métier des ergothérapeutes, ce qui fait de lui un acteur de choix dans ce dispositif d'activité physique adaptée.

c. Historique de l'activité physique en santé mentale

Fayollet (2019) énonce que l'idée de traiter la maladie mentale par le corps daterait de l'antiquité. En effet, à cette époque la folie était considérée comme de cause organique, de ce fait, la guérison de l'esprit devait passer par le corps. Fayollet explique que Pinel (1809), Médecin psychiatre, introduit la notion de maladie mentale ; « le fou » et met en place le traitement par le travail à l'hôpital de la salpêtrière au XVIIIe siècle. Kudelski (2010) met en lumière que l'après coup de la seconde guerre mondiale (1945) va pousser le système de soin à évoluer, à cause, selon Fayollet des conditions de vie désastreuses des personnes hospitalisées. A cette période, vont naître la

psychothérapie institutionnelle ainsi que la politique de secteur. « La psychothérapie institutionnelle se définit comme une tentative de prendre en compte la dimension institutionnelle d'un « établissement » (hôpital...), comme composante essentielle de la thérapie : en d'autres termes, la structuration même de l'établissement sera pensée comme déterminante de ses potentialités thérapeutiques » (De Coninck et al, 2008). Kudelski (2010) explique que la politique de secteur a pour objectif de soigner les malades « hors des murs », dans la cité, en favorisant leur autonomie ainsi que leur socialisation, afin de leur permettre de mener une vie semblable à celle des personnes non touchées par la maladie. Fayollet (2019) indique qu'au même moment, le sport entre dans l'institution comme outil thérapeutique, grâce à Paul Sivadon, médecin psychiatre en association avec Gantheret, psychanalyste (1977). Paul Sivadon affirmait que : les activités physiques ont leur place dans le soin en psychiatrie pour les malades mentaux chroniques, avec des objectifs précis tels que l'acquisition d'une autonomie, l'amélioration du comportement relationnel, la prise de conscience et l'affirmation de soi (...) » (Kudelski qui cite Sivadon, 2010, p. 879)

Néanmoins, bien que l'activité physique soit entrée dans le champ de la psychiatrie, Fayollet (2019) explique qu'elle n'a pas eu le succès qu'espérait Sivadon. En effet, comme elle l'explique très bien, l'arrivée des neuroleptiques, la puissance des courants psychanalytiques freudiens et lacaniens ainsi que l'avènement des neurosciences ont totalement réorganisé la pratique en psychiatrie. Fayollet (2019) et Kudelski (2010) ont le même constat et expliquent que, sauf dans quelques établissements de santé orientés vers la psychothérapie institutionnelle, les activités physiques sont le plus souvent relayées au second plan, comme des activités « annexes » ou « occupationnelles ». Néanmoins la loi du 26 Janvier 2016 sur la modernisation du système de santé citée en amont dans ce mémoire vient replacer les activités physiques sur le devant de la scène. Fayollet (2019) explique également que des recommandations en faveur de l'activité physique se multiplient dans le monde, elle cite par exemple l'OMS qui a publié en 2010 des recommandations mondiales sur l'activité physique pour la santé.

d. Les enjeux dans la mise en place d'une activité physique adaptée

Fayollet (2021) explique que le préalable incontournable à la mise en place d'une activité physique adaptée dans un service de soin est l'évaluation du patient. Cette évaluation va porter sur sa motivation, ses troubles cognitifs, son niveau de pratique de l'activité ainsi que sur sa condition physique. Fayollet (2021) rajoute que cette évaluation va permettre de faire émerger les contre-indications à l'activité mais aussi les freins ainsi que les leviers.

Selon Caire et al (2012) l'évaluation fait partie intégrante du processus de soin en ergothérapie, celle-ci est effectuée systématiquement, elle permet d'identifier les problèmes de l'utilisateur, de les comprendre et les expliquer, voire de les coter et les interpréter. Cette évaluation va permettre à l'ergothérapeute de fixer ses objectifs, choisir ses interventions ainsi que d'identifier et surmonter les freins qui limitent l'action de la personne souffrante.

Comme l'expliquent Guerin et al (2019), on constate de nombreux freins chez les personnes présentant des troubles de santé mentale graves, dont la schizophrénie fait partie, notamment un comportement sédentaire ainsi que des difficultés de motivation. Guerin et al (2019), insistent alors sur le fait qu'il est important de considérer les enjeux spécifiques de cette population lors de la mise en place d'une activité physique adaptée.

2. L'activité physique chez les personnes souffrant de schizophrénie

Stubbs & al (2016) expliquent que plus de 50 % des personnes avec schizophrénie ne suivent pas les recommandations d'activité physique de l'OMS. Comme énoncé précédemment, les personnes souffrant de ce trouble ont un style de vie assez sédentaire. Kern et Amado (2018) ajoutent qu'associé à cette inactivité, on retrouve également des mauvaises habitudes alimentaires ainsi qu'une hygiène de vie dégradée (par exemple la consommation de toxiques), qui entraînent des comorbidités physiques importantes ce qui a pour conséquence une espérance de vie diminuée par rapport au reste de la population.

Pourtant, Bourelle (2021) cite une étude de Firth & al qui montre que la pratique régulière d'une activité physique adaptée générerait une réduction de 30% des symptômes négatifs, une amélioration du fonctionnement psycho social ainsi qu'une meilleure reconnaissance des émotions chez les personnes atteintes de schizophrénie. De plus l'effet relationnel et la dimension psycho sociale sollicitée par l'activité auraient un impact positif sur le rétablissement.

Dans un rapport de l'Inserm (2019), Amado vient compléter ce qu'a remarqué Bourelle et cite une méta-analyse de Dauwam (2016) qui porte sur 61 études répertoriant les effets de différents programmes d'activité physique sur des individus souffrants de schizophrénie. Lors de ces études, ils ont observé l'effet de l'activité physique sur l'intensité et la sévérité des symptômes positifs (délire, hallucinations), négatifs (pauvreté des affects et du discours) et généraux de la schizophrénie. Ils en ont conclu que l'activité physique améliorerait la qualité de vie, le fonctionnement global, et réduirait la symptomatologie dépressive des personnes souffrant de schizophrénie. Kudelski (2010) fait également le lien entre activité sportive et structure psychotique, dont les personnes souffrant de schizophrénie font partie, elle en ressort trois bienfaits. D'une part elle indique que le sport aurait une incidence sur le corps des sujets psychotiques, en les aidant à

construire des repères entre le Moi et le non-Moi. Il aurait de ce fait un effet sur les angoisses de morcellement et permettrait au sujet de se rassembler, d'unifier son corps et de retrouver une sécurité interne. D'autre part, du fait de ses règles, celui-ci poserait un cadre structurant qui agit sur les phénomènes délirants et hallucinatoires, le sujet se retrouverait moins envahi. Enfin, le sport modifie le rapport à l'autre, celui-ci devient moins intrusif, persécutif, ce qui facilite la rencontre. Si l'activité physique semble bénéfique pour améliorer la qualité de vie des individus atteints de schizophrénie, qu'est ce qui fait barrière à cette pratique ? Amado et Kern (2018) expliquent que les barrières à la pratique de l'activité physique chez les personnes souffrant de schizophrénie seraient les mêmes qu'en population générale. Ils citent notamment les déterminants internes à la personne comme sa motivation, son vécu, ainsi que les déterminants externes comme les infrastructures, le manque de temps... À ces barrières générales, s'ajoutent celles plus spécifiquement liées à la maladie, Amado et Kern (2018) citent notamment le problème d'acceptation du handicap, la peur du regard des autres, le manque de confiance, la fatigue perçue élevée, manque d'envie évident. Ils citent également les barrières liées aux symptômes de la maladie et à sa prise en charge comme les effets ressentis des traitements, le niveau d'anxiété et de dépression élevé, sa propre vie (familiale, professionnelle) qui est parfois difficile à concilier avec la pratique régulière d'une activité physique, le niveau d'autonomie faible, le manque de structures proposant des activités physiques adaptées à leurs besoins... Bernard P & all (2013), rajoutent qu'il existe également des barrières chez les soignants à la proposition de l'activité physique comme niveau d'autonomie faible du patient, l'organisation institutionnelle ainsi que le manque de conditions de sécurité pour la pratique de l'activité.

Bernard P & all (2013) soulignent que la participation à l'activité physique semble favorisée lorsque le sujet réussit à identifier les bénéfices sociaux puis psychologiques qu'il retire de sa pratique. En ergothérapie, on parle d'activité signifiante et significative. Riou (2016) explique qu'une activité signifiante est une activité qui présente une importance et un sens particulier pour la personne. Une activité significative relève plutôt du sens social que leur attribue leur entourage ou la société. En ce sens-là, l'activité physique comme moyen thérapeutique physique sera envisagée uniquement si elle répond aux objectifs de la personne et si elle est signifiante et significative pour le patient.

3. Ergothérapie et activité physique en santé mentale

a. Ergothérapie en santé mentale

« L'ergothérapeute est un professionnel de santé, spécialiste du rapport entre l'activité (ou occupation) et la santé, il mène des actions d'une part pour prévenir et modifier les activités

délétères pour la santé, et d'autre part pour assurer l'accès des individus aux occupations qu'ils veulent ou doivent faire et rendre possible leur accomplissement de façon sécurisée, autonome, indépendante et efficace. » (ANFE, 2021) L'ergothérapeute Riou (2016) vient compléter cette définition en indiquant que le moyen pour arriver à ces objectifs est l'investissement dans des activités signifiantes et significatives que ce mémoire a abordé précédemment.

Dans le champ de la prise en charge en santé mentale, Dupuy (2008) indique également que l'activité est un élément central de l'intervention en ergothérapie. Néanmoins il précise que nous n'avons aucune limite concernant le choix d'une activité, notre seule limite étant notre propre imagination ainsi que les contraintes matérielles de l'institution. Pibarot (2016) rajoute que la pratique d'un ergothérapeute varie suivant l'histoire du patient, sa symptomatologie, sa culture, le contexte institutionnel.

Riou (2016) rappelle que quel que soit les moyens, l'objectif d'un ergothérapeute est toujours de permettre à chacun de se construire et de s'épanouir en tant que sujet. En effet la démarche d'un ergothérapeute vise toujours l'autonomie, le bien-être et la qualité de vie, ainsi que le développement de la capacité d'agir de la personne, aussi appelé empowerment, pour qu'elle puisse s'affirmer en tant que citoyen dans le respect de leur singularité.

b. Ergothérapie et engagement occupationnel

Selon le cadre conceptuel du groupe terminologie de ENOTHE (European Network of Occupational Therapy), « L'engagement et le sentiment de participer, de choisir, de trouver un sens positif et de s'impliquer tout au long de la réalisation d'une activité ou d'une occupation » (Meyer, 2013). Dans cette définition, Sylvie Meyer (2018) explique que l'engagement se réfère au monde interne de la personne, au versant motivationnel et émotionnel de la réalisation de l'occupation. En résumé, à ce que la personne éprouve comme sentiment en regard de l'activité ou de l'occupation. De ce fait, il semblerait que s'investir dans des activités qui procurent plaisir et qui ont un sens pour la personne favoriserait l'engagement. Néanmoins Sylvie Meyer (2018) précise que l'engagement peut exister dans des occupations qui revêtent des contraintes comme dans le domaine des études, du travail ou de la vie domestique. Bertrand and al (2018) citent les ergothérapeutes Kielhofner (2008) et Morel-Bracq (2009), qui nous rappellent qu'un des enjeux et des rôles majeurs de l'ergothérapie est de permettre aux individus de s'engager dans ses activités ou ses occupations. En plus du sens que l'occupation a pour une personne, il existe d'autres paramètres qui peuvent influencer l'engagement d'une personne dans une occupation. Bertrand and al (2018) citent notamment le contexte socio environnemental dans lequel l'occupation est effectuée, la difficulté que représente l'occupation pour la personne, en regard de ses capacités cognitives et physique,

ainsi que la motivation. Bertrand a& al (2018) rajoutent que plus l'engagement occupationnel d'une personne est important, plus celle-ci aurait une perception positive de sa santé et de son bien-être. Par conséquent, on pourrait dire que l'engagement occupationnel d'une personne participe à son rétablissement.

En termes d'évaluation de l'engagement occupationnel, Bertrand & al (2018) citent un outil développé par Bejerholm et son équipe, le PEOS (Profile of Occupational Engagement in People with schizophrénia). Cet outil permettrait d'identifier l'engagement occupationnel des individus pour le traduire en un « profil de l'engagement occupationnel ».

c. Ergothérapie et activité physique

Comme le rappelle Bertrand (2020) l'ergothérapeute, en tant que professionnel de santé, peut intégrer l'activité physique et sportive dans ses interventions auprès de sa patientèle. En effet comme expliqué plus tôt dans ce mémoire, les ergothérapeutes sont mentionnés dans le décret numéro 2016-1990 du 30 décembre 2016 concernant la promotion de l'activité physique.

De plus, comme le précise Marchalot (2018) l'activité humaine est au cœur du métier des ergothérapeutes. De ce fait, ils prennent toute leur place dans ce dispositif de promotion de l'activité physique. Marchalot rajoute que les ergothérapeutes, du fait de leurs compétences, participent à l'orientation vers l'activité physique la plus adaptée au profil occupationnel de la personne et sont également en mesure de proposer une activité adaptée à l'état de santé de la personne. Marchalot précise que les bilans de l'ergothérapeute lui permettent d'identifier l'activité physique la plus adaptée au patient. Marchalot explique que promouvoir l'activité physique en ergothérapie revient à rechercher un équilibre physique vecteur de santé et de bien-être.

L'activité physique rentre dans le champ des médiations corporelles que peut proposer l'ergothérapeute, selon Launois (2015) ces activités corporelles visent essentiellement à retrouver un éprouvé corporel plus riche et un sentiment d'existence plus concret. Launois précise que les médiations corporelles appartiennent au groupe des médiations impressives, celles-ci s'adressent à l'éprouvé corporel, aux différents sens, à l'éveil du ressenti dans le sens du dehors vers le dedans. Néanmoins, Launois (2015) ajoute qu'il est important que ce type de médiation débouche progressivement sur une création ou une mise en parole, afin de s'extraire de la dimension uniquement corporelle.

L'expérience de Lemarié (2020), ergothérapeute, est un exemple de l'utilisation de l'activité physique en ergothérapie dans le champ de la santé mentale. Son travail d'ergothérapeute consiste en l'accompagnement de personnes présentant une pathologie psychique. Dans ce cadre-là, elle propose et anime des séances de boxe thérapie en collaboration avec un coach sportif diplômé

d'état, ces séances se déroulent en dehors de l'hôpital, afin d'être au plus proche d'une situation écologique. En amont de la séance, l'ergothérapeute élabore avec les individus des objectifs concrets que ceux-ci souhaiteraient travailler. Lors de la séance, l'ergothérapeute va observer trois dimensions chez le patient : sa mobilisation fonctionnelle, l'utilisation de son potentiel cognitif mais également sa palette émotionnelle. En fin de séance une large place est faite à la verbalisation des personnes sur leur ressenti physique et émotionnel. Suite à cette expérience, Lemarié (2020) explique qu'elle a constaté que la boxe semble avoir eu un impact positif sur la santé mentale de ses patients, leur prise d'initiative a été stimulée, l'engagement dans les activités de la vie quotidienne semble avoir été favorisé. De plus, selon Lemarié (2020) le fait que l'activité fut proposée à l'extérieur a permis à ses patients de développer une capacité à s'inscrire dans des activités extérieures socialisantes à plus long terme.

4. Corps, psyché et activité physique

Grosselin & al (2018) expliquent que depuis quelques années un courant théorique, appelé cognition incarnée, envisage la cognition comme étant intégrée dans différents processus sensorimoteur et émergeant de nos interactions avec le monde extérieur. Il explique par exemple que la modification du corps d'une personne va engendrer une modification de la perception de son environnement. Selon l'auteur, en modifiant notre façon de bouger et d'agir, nous modifions notre façon de voir le monde. En résumé, il explique que les actions de l'individu avec son environnement via des activités sensorimotrices vont façonner son fonctionnement cognitif et sa façon de voir le monde qui l'entoure. Delevoye-Turell, Y & al (2019) rejoignent ce qu'a énoncé Franck et citent Hefferon (2013) qui explique « avec le corps comme un réceptacle du sens de soi, des sentiments et des aspirations les plus personnels, le terme somatopsychique pose le fait que le corps peut avoir un effet sur l'esprit ». Ces mêmes auteurs en déduisent que se mouvoir nous permettrait d'améliorer la clarté de nos pensées, nos ressentis corporels, voir l'image de nous-mêmes.

Bourelle (2021) vient compléter ce qu'énoncent Grosselin & al et Delevoye-Turell, Y & al. et rajoute que les bienfaits de l'activité physique sur la santé mentale sont accrus lorsqu'elle est effectuée en groupe. Il explique que l'expérience collective de l'activité physique développe l'altérité et la reconnaissance d'autrui. En effet, chaque joueur est un partenaire indispensable : je ne peux pas réussir sans lui, ni lui sans moi. De plus, selon Bourelle (2021) le jeu collectif s'apparente à une situation instable et imprévisible, que l'on peut comparer aux obstacles que l'on peut rencontrer dans la vie quotidienne. En effet dans le jeu, il faut savoir s'adapter de façon constante et prendre des décisions rapidement, ce sont des compétences qui sont transférables dans la vie quotidienne.

Proposer une activité physique peut s'inscrire dans un processus de réhabilitation psychosociale. Cette approche fait l'objet de la partie suivante de ce mémoire.

I- 3 Réhabilitation psychosociale

1. Généralités

a. Définition de la réhabilitation psychosociale

Selon Marianne Farkas (2022), chercheuse et directrice du Centre de Réhabilitation Psychosociale de l'OMS de Boston, la réhabilitation psychosociale se définit comme « la somme des actions à développer pour optimiser les capacités persistantes d'un sujet et atténuer les difficultés résultant de ses conduites déficitaires ou anormales. Son but est d'améliorer le fonctionnement de la personne afin qu'elle puisse remporter des succès et éprouver des satisfactions dans un milieu de son choix et avec le moins d'interventions professionnelles possibles ». Escaig (2022) remarque que cette définition prend surtout en considération la composante du handicap et qu'elle ne relève pas nécessairement des compétences de la psychiatrie. Il rajoute que cette définition est proche de celle de la réadaptation proposée par l'OMS. Duprez (2008) quant à lui, s'approche du domaine de la santé mentale et donne la définition suivante « La réhabilitation psychosociale pourrait se définir d'une manière très générale comme l'ensemble des actions mises en œuvre auprès des personnes souffrant de troubles psychiques au sein d'un processus visant à favoriser leur autonomie et leur indépendance dans la communauté. » Duprez (2008) rajoute que les actions de réhabilitation relèvent de deux dimensions complémentaires : la première consiste à assurer un accès à des soins et services de qualité aux individus en souffrance sévère et s'attache à optimiser les ressources personnelles ainsi qu'à entraîner les habilités cognitives et sociales. La seconde dimension vise à diminuer la stigmatisation de la personne souffrant de trouble psychique ainsi qu'à développer les ressources communautaires.

Goyet & al (2013) explique que la finalité principale de la réhabilitation est de développer un mieux-être dont les déterminants sont spécifiques à chaque patient. Tout comme l'ergothérapie, il s'agit d'une approche centrée sur le patient. Goyet & al (2013) précise que cette approche considère plutôt les compétences préservées des personnes plutôt que leurs handicaps et favorise les projets pleinement investis par ces mêmes personnes. Comme le remarque Briand & al (2005), les ergothérapeutes, en tant que spécialistes de la réadaptation, partagent les principes de ce modèle de pratique en prenant en compte le potentiel de la personne plutôt que ses limites ainsi qu'en considérant les besoins spécifiques de chaque personne ainsi que leur environnement et leur milieu de vie. Comme le précise Pfister El Maliki (2005) la réhabilitation psychosociale propose donc une approche holistique des personnes souffrant de maladies mentales sévères et persistantes dont

L'objectif est le rétablissement de l'état de santé et de la qualité de la vie, compte tenu de la vulnérabilité et du handicap qui en découlent.

b. Histoire de la réhabilitation psychosociale

Morin & al (2016) racontent que dans les années 1950, l'introduction des médicaments neuroleptiques a permis de diminuer la symptomatologie psychotique et de réduire le risque de rechute. C'est à la suite de cela, que dans les années 1960, s'est engagé un processus de désinstitutionalisation. Ces auteurs ajoutent que ce processus de désinstitutionalisation a été favorisé par les nombreuses critiques contre les institutions issues du courant anti psychiatrique très développé aux États-Unis, en Angleterre et en Italie. Selon Pfister El Maliki (2005), l'objectif de cette désinstitutionalisation était de sortir les patients dits « chroniques » de l'hôpital, après de nombreuses années d'hospitalisation. Morin & al (2016) expliquent que ce processus a été relativement précipité et mal organisé dans certains pays ce qui a poussé un grand nombre de personnes souffrant de pathologies psychiatriques sévères dans la rue ou en prison faute de ressources communautaires suffisantes. Néanmoins, en France, ces mêmes auteurs précisent que cette désinstitutionalisation s'est faite plus en « douceur », grâce à l'existence du modèle de la psychiatrie de secteur. En effet, Morin & al (2016) rappellent que ce modèle a pour mission d'assurer la prévention, la permanence et la disponibilité des soins ce qui a ouvert la voie à un système orienté vers la communauté, bien que dans les faits, la prise en charge a plutôt été orientée autour des soins plutôt que sur la réinsertion des personnes. C'est donc dans ce contexte, que dans les années 1970 a émergé le mouvement de réhabilitation psychosociale. En effet, Pfister El Maliki (2005) précise que dans les débuts de cette désinstitutionalisation, se sont développées des structures intermédiaires (foyers et ateliers protégés), des soins ambulatoires ainsi que des moyens de réadaptation professionnelle. L'objectif étant la réinsertion sociale et professionnelle. A partir des années 1990, Pfister El Maliki (2005) constate un renforcement progressif des moyens de soutien médico-social favorisant le retour à domicile ainsi que le développement de méthodes contemporaines de réhabilitation psychosociale, il cite notamment une psychopédagogie issue de l'approche cognitive et comportementale.

En France, le centre ressource réhabilitation (2020) explique que des ressources réglementaires encadrent aujourd'hui le déploiement de la filière de réhabilitation psychosociale. Le centre ressource réhabilitation (2020) mentionne l'instruction DGOS (direction générale de l'Offre de soins) du 16 janvier 2019 sur les soins de réhabilitation psychosociale. « Cette instruction a pour but d'accompagner les Agences Régionales de Santé dans l'organisation et la structuration du

développement des soins de réhabilitation psychosociale, dans le cadre de l'élaboration et la mise en œuvre des projets territoriaux de santé mentale » (Instruction N° DGOS/R4/2019/10 du 16 janvier 2019 relative au développement des soins de réhabilitation psychosociale sur les territoires).

c. Principes de la réhabilitation psychosociale

Lafont-Rapnouil (2013) explique que les valeurs fondamentales de la réadaptation psychosociale sur le respect de la personne, la réponse adéquate à ses besoins ainsi que le respect et l'encouragement du potentiel de chaque personne en dépit de la maladie mentale à laquelle elle est confrontée. Franck (2018) reprend les grands principes de la réhabilitation psychosociale qui ont été décrits dans les années 1990 par les pionniers de cette pratique tel que Cnaan. Il rajoute que ces principes guident encore aujourd'hui la pratique de la réhabilitation. Certains de ces principes sont les suivants : « chacun a un potentiel qui doit être développé », « chacun peut développer des compétences sociales, vocationnelles, d'apprentissage et interpersonnelles. », « Les services offerts aux usagers le sont dans un environnement aussi normal que possible ». « Le modèle de soin est social plus que médical. », « L'accent est mis sur les forces de l'utilisateur plus que sur ses troubles. » (Franck qui cite Cnaan et al, 2018, p.5)

Selon Franck (2018) ces principes permettent de s'éloigner du modèle médical traditionnel qui ne prend en compte que la maladie, le diagnostic ainsi que la réduction des symptômes par les médicaments. Cette approche favorise une approche globale de la personne centrée sur son autodétermination, ses capacités, l'apprentissage de compétences et sur la mobilisation de son environnement social. Lafont-Rapnouil (2013) rajoute que la réhabilitation combine des actions auprès de la personne et de son environnement. En ce sens, les ergothérapeutes, spécialistes de l'interaction personnes–environnement ont une place primordiale dans la réhabilitation psychosociale.

2. Réhabilitation psychosociale et schizophrénie

Comme expliqué précédemment dans ce mémoire et comme nous le rappelle Goyet & al (2013) les troubles psychiques sévères comme la schizophrénie engendrent un isolement ainsi que des difficultés de participation à la vie sociale, ce qui peut conduire à une absence d'emploi, du célibat ainsi qu'une restriction des loisirs. En d'autres termes, l'engagement occupationnel de ces personnes est très entravé. De ce fait Goyet & al (2013) en déduisent qu'une manière de mieux comprendre les difficultés d'insertion dans la cité serait d'étudier le rôle des facteurs environnementaux sur le vécu de la personne souffrant de troubles psychiques sévères. Cette

intégration de l'environnement rentre dans les principes fondamentaux de la réhabilitation psychosociale ainsi que ceux de l'ergothérapie.

De plus, Goyet & al (2013) rappellent que la schizophrénie peut être marquée par des troubles neurocognitifs qui ont un impact sur le fonctionnement des individus dans leur vie quotidienne, Ces mêmes auteurs citent également l'altération de la cognition sociale. De ce fait, Goyet & al (2013) expliquent que la réhabilitation psychosociale, par la prise en compte de l'impact de ces différents troubles sur la vie quotidienne, a développé des approches thérapeutiques permettant d'améliorer les aptitudes préservées des personnes. Ils citent notamment la psychoéducation, la remédiation cognitive, l'entraînement des habiletés sociales ainsi que le transfert des acquis dans la vie quotidienne. Selon le centre ressource réhabilitation psychosociale (2022), « La psychoéducation est un processus permettant à une personne d'acquérir des informations et une compréhension sur la maladie à travers un apprentissage susceptible de modifier certains comportements et/ou représentations ». Ils précisent néanmoins que l'accompagnement de chaque patient doit combiner l'utilisation de plusieurs de ces outils de soin. Selon Goyet & al (2013) le problème n'est pas le manque d'énergie dans les psychoses chroniques mais plutôt la façon dont elle est détournée de son but initial. De ce fait, la réhabilitation psychosociale s'évertue à remettre cette énergie au service de la mise en œuvre du projet de vie du sujet et de son épanouissement personnel.

Comme cela a été abordé précédemment et comme le rappellent Grosselin & al (2018), la schizophrénie peut être vu comme une pathologie du lien entre le corps et l'esprit. De ce fait, ces auteurs expliquent qu'il serait nécessaire de formaliser des médiations psychocorporelles aux sein des centres de réhabilitation psychosociale. En effet, ils expliquent que bien que ce type de médiations aient lieu dans certains établissements, il s'agirait selon les auteurs d'expériences isolées. Selon les auteurs, ces médiations pourraient être un moyen pour les personnes souffrant de schizophrénie de réappropriation de leur corps, afin de les aider à focaliser leur attention sur leurs perceptions corporelles, si toutefois il n'y a aucune contre-indication à cette pratique. De plus la mobilisation de leurs capacités sensorimotrices leur permettrait de retrouver une aisance dans les activités de la vie quotidienne. L'ergothérapeute, dont un des objectifs est de permettre une autonomie dans les activités de vie quotidienne pourrait se saisir de ce type de médiation à destination de personnes souffrant de schizophrénie dans leur accompagnement lors d'un processus de réhabilitation psychosociale.

Enfin, Dubreucq & al (2019) de la fondation fondamentale ont réalisé une étude sur l'efficacité des interventions de réhabilitation psychosociale sur les symptômes et le fonctionnement des personnes présentant une schizophrénie. Cette étude a porté sur 183 patients au sein de leur 10 centres experts schizophrénie. Les auteurs ont analysé la proportion de patient ayant bénéficié de

l'approche de réhabilitation psychosociale entre 2010 et 2015 ainsi que l'efficacité de ces stratégies à un an. Les résultats de cette étude plaident en faveur d'un déploiement de ce type d'interventions. En effet, ils ont constaté une amélioration des symptômes positifs de la schizophrénie (hallucinations, idées délirantes) mais également un effet bénéfique sur les symptômes négatifs (retrait social, manque d'énergie et de motivation, émoussement des émotions), ainsi qu'un impact positif sur leur flexibilité mentale. Selon l'institut des troubles de l'apprentissage « la flexibilité mentale nous permet de nous ajuster au changement ». Les auteurs précisent que ces résultats augmentent significativement avec le nombre d'interventions.

3. Ergothérapie et réhabilitation psychosociale

Enfin, ce mémoire va s'intéresser plus particulièrement à l'action de l'ergothérapie dans le domaine de la réhabilitation psychosociale. En effet, comme l'explique très bien Person (2016), aujourd'hui, les hospitalisations sont plus courtes et lorsque les personnes sortent ils ont plus besoin de soutien qu'avant. Il ajoute que la reprise de la vie à l'extérieur ou celle d'un travail est très difficile, c'est à ce moment qu'intervient la réhabilitation, qui a pour objectif l'atteinte, pour le patient, d'un niveau optimal de fonctionnement autonome. Comme l'expliquent Briand & al (2005) les ergothérapeutes partagent plusieurs principes du modèle de réhabilitation psychosociale comme l'autodétermination de la personne, l'accent mis plutôt sur les forces de la personne que sur ses limites, la considération de son intervention ainsi que l'intervention en contexte de vie réelle etc. En ce sens l'ergothérapeute a toute sa place dans un processus de réhabilitation psychosociale. Person (2016) précise que le rôle de l'ergothérapeute est de permettre à la personne de s'identifier à nouveau à travers une action dont il est un des acteurs. Riou (2016) ajoute que le rôle des ergothérapeutes dans un processus de réhabilitation psychosociale est également de soutenir les personnes dans leur engagement occupationnel, leur engagement dans des activités significatives au regard de leurs habitudes de vie. Il précise que ce processus est à la fois individuel et systémique c'est-à-dire qu'il implique de pouvoir intervenir sur la personne elle-même mais également sur son environnement. En effet comme le rappelle Morel-Bracq (2011) en citant Doris Pierce, la spécificité de l'ergothérapie réside dans sa capacité à développer le potentiel thérapeutique de l'activité pour une personne donnée dans un contexte environnemental particulier. Morel Bracq (2011) rajoute que le plaisir ressenti pendant l'activité est ensuite un facteur indispensable pour avoir envie de la recommencer et permet de favoriser l'engagement de la personne. En ce sens, si l'ergothérapeute choisit de proposer une activité physique dans le cadre d'un processus de réhabilitation psychosociale, celui-ci doit s'assurer qu'une telle activité est plaisante pour la personne et qu'elle s'intègre dans son contexte environnemental.

I- 4 Hypothèse

Pour rappel, la question de recherche de ce mémoire est la suivante « **En quoi l'activité physique en ergothérapie peut être un outil à destination des personnes souffrant de schizophrénie vers une amélioration de leur engagement occupationnel dans le cadre d'une démarche de réhabilitation psychosociale** ».

La schizophrénie, telle qu'elle est abordée dans le cadre conceptuel, se caractérise par des difficultés évidentes au niveau corporel. De plus, cette maladie entraîne un isolement social et des obstacles à la participation dans la vie quotidienne, ce qui affecte considérablement l'engagement occupationnel des individus concernés. Certains auteurs, notamment Defiolles-Peltier (2012), soutiennent que la reconstruction de l'image corporelle est essentielle pour restaurer la pensée. Par conséquent, il est important d'aborder la schizophrénie d'une manière globale, l'ergothérapie et la réhabilitation psychosociale partagent des valeurs communes et permettent une approche holistique permettant une compréhension globale de la personne souffrant de troubles psychiques. Leur objectif commun est de promouvoir l'autonomie et le fonctionnement optimal de la personne. Selon Grosselin et al. (2018), il existe une pratique utilisée en réhabilitation psychosociale qui vise à aborder le corps des personnes atteintes de schizophrénie, il s'agit des pratiques psychocorporelles. Ces pratiques comprennent différentes approches thérapeutiques partant du corps ou utilisant le corps comme médiation, dont l'activité physique fait partie (Lhopiteau, & Wanquet 2018). Ainsi, dans le cadre d'un processus de réhabilitation psychosociale, l'ergothérapeute pourrait utiliser ces formes de médiation pour accompagner les personnes atteintes de schizophrénie.

Ce sont ces constats issus de l'élaboration du cadre conceptuel qui m'amènent à l'hypothèse suivante : « **L'utilisation de l'activité physique en ergothérapie, s'inscrivant dans une approche de réhabilitation psychosociale, améliorerait le rapport au corps des personnes souffrant de schizophrénie, favorisant ainsi leur engagement occupationnel** » Cette hypothèse m'amène à la partie recherche.

II RECHERCHE

II-1 Méthodologie de recherche

1. Objectif de la recherche

L'objectif de cette recherche sera de tenter de répondre à ma question de recherche qui est la suivante : « **En quoi l'activité physique en ergothérapie peut être un outil à destination des**

personnes souffrant de schizophrénie vers une amélioration de leur engagement occupationnel dans le cadre d'une démarche de réhabilitation psychosociale ».

Ainsi qu'à confirmer, infirmer ou compléter l'hypothèse suivante : **« L'utilisation de l'activité physique en ergothérapie, s'inscrivant dans une approche de réhabilitation psychosociale, améliorerait le rapport au corps des personnes souffrant de schizophrénie, favorisant ainsi leur engagement occupationnel »**

2. Choix de la méthode d'enquête

La méthode d'enquête que j'ai choisie est la recherche qualitative. Tétreault (2014) explique que ce type de recherche vise à comprendre le sens que donnent les personnes au problème posé. L'analyse se fait à travers le discours des personnes interrogées, leurs actions, des documents ou autres. Il s'agit donc d'éléments difficilement quantifiables. Tétreault (2014) parle d'une approche inductive. Selon Lavarde (2008), l'approche inductive suppose de partir des faits, de ce qui est observé, pour revenir aux causes. Elle produit des énoncés généraux fondés sur différentes expériences ou observations rigoureuses et systématiques. En effet, concernant mon sujet de recherche, les résultats de cette étude ne pourront pas être exprimables en chiffres d'où l'intérêt d'effectuer une recherche de type qualitative, je vais m'intéresser plus particulièrement à l'expérience, aux opinions ainsi qu'aux sentiments des personnes interrogées vis-à-vis de l'utilisation de l'activité physique et des effets qu'ils ont pu observer chez les personnes qu'elles accompagnent. Bien sûr il s'agit-là d'éléments subjectifs et non quantifiables.

Cette enquête sera réalisée par le biais d'un entretien. Selon Tétreault (2014) « L'entretien est une méthode qui donne un accès direct à la personne, à ses idées, à ses perceptions ou représentations. Celle-ci peut décrire ses expériences et son contexte de vie. ». En effet, l'objectif de cette recherche est d'explorer une expérience humaine. Tétreault (2014) explique que la particularité d'un entretien qualitatif est de proposer des questions ouvertes. L'objectif de l'entretien de recherche consiste à approfondir la compréhension d'un thème à travers le discours d'une personne. Néanmoins Tétreault (2014) précise qu'il existe plusieurs types d'entretiens, structuré (directif), semi-structuré (semi directif) et libre (non directif). Dans le cadre de cette démarche de recherche je vais plutôt choisir d'utiliser l'entretien semi-structuré. En effet, celui-ci est plus flexible que l'entretien structuré. Comme l'explique Tétreault (2014) l'entretien semi-structuré est constitué de questions déterminées par avance abordant différents thèmes pertinents au sujet de recherche. Néanmoins l'ordre des questions reste souple. En effet, l'interviewer doit s'adapter au fil du discours de la personne interrogée. Dans le cas de ma démarche de recherche, l'intérêt du choix de cet outil d'enquête est de poser un cadre structurant à l'entretien permettant à la personne interrogée de ne

pas s'éloigner du thème initial, néanmoins, la flexibilité de l'entretien semi-structuré donne également la liberté à l'interviewé d'exprimer de nouvelles pistes et permettra donc d'enrichir la réflexion globale autour du sujet.

3. Choix du terrain et de la population

Selon Tétreault (2014), il est important d'identifier des personnes qui ont une expérience ou un avis à partager en lien avec le sujet de la recherche. Dans ce cadre-là, je vais choisir d'interroger uniquement des ergothérapeutes en santé mentale, plus particulièrement ceux ayant une expérience avec les personnes souffrant de schizophrénie. Comme mon sujet s'intéresse aux médiations corporelles, plus particulièrement à l'activité physique adaptée, je vais interviewer des ergothérapeutes qui utilisent ou ont utilisé ce type d'activité. Concernant les lieux d'exercice de ces ergothérapeutes, ceux-ci doivent travailler dans des structures s'inscrivant dans une démarche de réhabilitation psychosociale. Ces structures seront dans le secteur de la psychiatrie ambulatoire ou médico-social, comme les CMP (Centre Médico Psychologique), les CATTP (Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel) les services HDJ (Hôpital De Jour) ainsi que les SAMSAH (Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adulte Handicapé). Enfin je vais choisir d'interroger des professionnels exerçant dans la France entière afin de favoriser mes chances d'obtenir des retours lors de mes demandes d'entretiens.

II-2 Mise en place de la recherche

1. Élaboration de l'outil d'enquête

Concernant la création du guide d'entretien, les conseils de Sylvie Tétreault (2014) ont servi de modèle pour son élaboration. Le guide d'entretien réalisé comporte trois parties :

- L'introduction de l'étude ainsi que les considérations éthiques
- Les questions en lien avec la thématique, scindé en 4 parties. Les premières questions concerneront le professionnel ainsi que sa pratique professionnelle, ensuite l'entretien abordera les problématiques des personnes souffrant de schizophrénie, puis l'utilisation de l'activité physique par l'ergothérapeute, enfin, les dernières questions porteront sur le thème de la réhabilitation psychosociale
- La conclusion de l'entretien, incluant les remerciements

Vous pouvez retrouver ce guide d'entretien dans l'annexe II.

Cette recherche respectera les principes généraux relatifs aux recherches impliquant la personne humaine (Article L1121-1 à L1121-17, 2023). Une autorisation préalable sera demandée à la personne avant de l'interviewer. Un formulaire de consentement sera distribué à l'interviewé (consultable en Annexe III), celui-ci sera également informé que l'entretien sera enregistré. La personne interviewée sera informée de la possibilité de se retirer de l'entretien en tout temps, il sera également mis au courant de la potentialité de l'utilisation des données recueillies. Les données recueillies seront anonymisées.

2. Recrutement des différents professionnels et outils d'analyse des entretiens

Dans un premier temps, j'ai effectué des recherches dans les classeurs de stage de l'école afin de récupérer les adresses e-mails des ergothérapeutes correspondant à mon panel. J'ai également effectué des recherches sur LinkedIn et contacté deux ergothérapeutes qui avaient rédigé des articles en relation avec mon sujet de mémoire.

Suite à cela, seize e-mails ont été envoyés pour des demandes d'entretiens (voir le mail envoyé aux ergothérapeutes en Annexe I). J'ai obtenu six réponses positives concernant mes demandes d'entretien, tandis que dix e-mails sont restés sans réponse.

Trois entretiens ont été réalisés en présentiel et trois par téléphone. Il n'a pas été possible de réaliser tous les entretiens en présentiel en raison de l'éloignement géographique de certains ergothérapeutes interrogés.

Les codes d'anonymisation correspondant aux différents ergothérapeutes interrogés sont les suivants : E1, E2, E2, E4, E5, E6.

Après avoir réalisé les entretiens, je les ai retranscrits un par un afin d'avoir une vision globale des échanges avec les différents professionnels. L'intégralité d'un des entretiens réalisés est consultable en Annexe IV de ce dossier. Suite à ces retranscriptions, j'ai élaboré une grille d'entretien (consultable en Annexe V de ce dossier) dans laquelle j'ai classé les idées principales évoquées par les ergothérapeutes interviewés. L'élaboration de cette grille d'entretien m'a servi de support pour l'analyse, me permettant de constater les divergences et/ou les convergences des points de vue. L'analyse

II - 3 Présentation et analyse des résultats

La présentation et l'analyse des données recueillies sont présentées dans un même temps, afin faciliter la lecture et la compréhension des notions abordées. **L'analyse des données apparaît en gras dans le texte.** Les résultats et l'analyse ont été organisés par thèmes pour favoriser la

cohérence de l'analyse. Cette approche permettra de comparer et d'observer les similitudes et les différences entre les entretiens effectués, tout en les reliant au cadre conceptuel de ce mémoire.

1. Le professionnel ainsi que sa pratique professionnelle :

a. Présentation des ergothérapeutes interrogés

Tous les ergothérapeutes interrogés ont travaillé uniquement en psychiatrie depuis l'obtention de leur diplôme. Par pur hasard, tous les ergothérapeutes interrogés dans le cadre de cette recherche sont des femmes, **ce qui n'est pas étonnant car selon les chiffres du rapport d'activité de l'ANFE 2020-2021, les femmes représentent plus de 87 % des professionnels ergothérapeutes.**

Les années d'expérience des ergothérapeutes interrogées sont les suivantes :

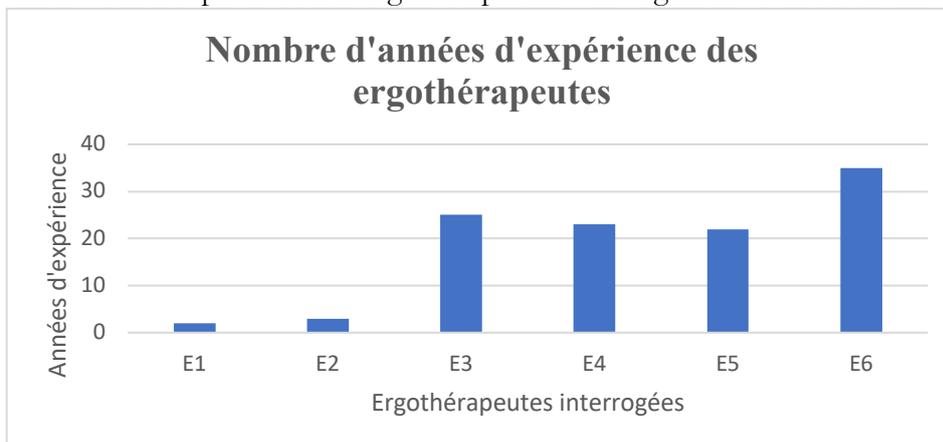


Fig. 1: Expérience professionnelle en ergothérapie et en psychiatrie des ergothérapeutes interrogées

Les types de structures dans lesquelles les ergothérapeutes travaillent sont les suivantes :

Type de structure dans lesquelles les ergothérapeutes exercent

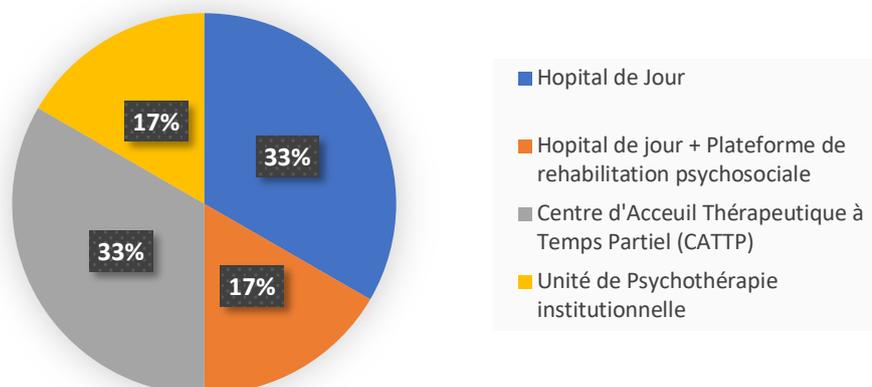


Fig. 2: Structures d'exercice des ergothérapeutes interrogées

b. Définition et évaluation de l'engagement occupationnel

Lors de mes différents entretiens, j'ai pu constater que la définition de l'engagement occupationnel variait suivant les professionnels. Quatre professionnels m'ont dit que ce terme n'existait pas lors de leur formation initiale à l'école d'ergothérapie et qu'elles ne l'utilisaient pas spontanément, « ce n'est pas un terme que j'emploie » (E3), « ce ne sont pas des termes que je maîtrise » (E4), « terme que je n'utilise pas » (E6). En revanche les deux ergothérapeutes les plus récemment diplômées semblaient plus à l'aise avec ces termes.

Trois ergothérapeutes ont fait le lien avec les activités signifiantes et significatives. (E1, E2, E5). Deux ergothérapeutes décrivent l'engagement comme « l'investissement » d'une personne vers une activité signifiante pour elle (E2), ou vers des activités qui leur plaisent sur l'extérieur (E3). Une ergothérapeute utilise plutôt le terme « appétence » à faire une activité signifiante (E1). Selon (E4), il s'agirait plutôt de la « volonté » à faire l'occupation. E6 évoque plutôt les notions « d'avoir l'envie » et « de se faire plaisir ».

E5 rajoute que cet engagement peut être perturbé quand il y a un événement dans la vie, comme un accident ou une perte de capacité, une maladie, un traumatisme. E5 est également la seule ergothérapeute à faire le lien avec « l'équilibre occupationnel » d'une personne.

La définition de l'engagement occupationnel que j'ai retenue dans le cadre de ce mémoire date de 2013. Certaines ergothérapeutes interrogées dans cette enquête étaient déjà diplômées à cette époque-là, raison pour laquelle ce n'est pas forcément un terme qu'elles utilisent spontanément. Bien que chacune d'entre elles ne donne pas exactement la même définition de ce qu'est l'engagement occupationnel, on peut noter que certains mots clés reviennent et que l'idée générale est globalement la même. Les ergothérapeutes interrogées font facilement le lien avec les activités signifiantes et significatives. Elles mettent également en lien ces termes avec la volonté, donc en quelque sorte la motivation, ainsi que l'envie et le fait de se faire plaisir. Une d'entre elles émet également l'idée que l'environnement aurait un impact sur l'engagement occupationnel. Cependant, aucune d'entre elles ne semble utiliser véritablement de modèle conceptuel centré sur l'occupation leur permettant de donner une définition précise de ces termes. Je peux supposer que les modèles conceptuels en ergothérapie ne s'adaptent pas particulièrement à la pratique en psychiatrie et que ces mêmes ergothérapeutes préfèrent utiliser des modèles plus orientés sur la santé mentale, tels que l'approche psychodynamique ou l'approche cognitivo-comportementale.

Pour la question suivante, je leur ai précisé la définition de l'engagement occupationnel que j'avais retenu dans le cadre de cette recherche, il s'agit de la définition selon le cadre conceptuel du groupe terminologie de ENOTHE « L'engagement et le sentiment de participer, de choisir, de trouver un sens positif et de s'impliquer tout au long de la réalisation d'une activité ou d'une occupation » (Meyer, 2013).

Concernant les modalités d'évaluation de l'engagement occupationnel, cinq ergothérapeutes sont d'accord pour dire qu'elles utilisent l'observation clinique pour analyser l'engagement occupationnel d'une personne (E1, E2, E3, E5, E6), néanmoins l'une d'entre elle explique que l'engagement occupationnel est difficile à observer si l'on voit le patient trop souvent (E6). E1 et E3 observent en particulier si les patients reviennent aux activités, et s'ils restent aux activités. E5 s'intéresse plus particulièrement à « ses expressions, le non verbal, son comportement », E2 fait attention à son « ressenti subjectif sur ce que la personne fait et comment elle le fait ».

Deux ergothérapeutes relatent que l'on peut également évaluer cet engagement occupationnel à travers ce que les patients expriment verbalement de façon spontanée (E1, E4), s'ils parlent de l'activité à posteriori (E1), s'ils expriment un bien-être physique et moral (E4) et si le patient exprime ses ressentis à d'autres thérapeutes et à d'autres patients (E4), et par effet boule de neige, s'il parvient à faire venir d'autres patients à l'activité (E4).

E2 et E5 rajoutent qu'un moyen d'évaluer cet engagement occupationnel serait par l'interrogation de la personne elle-même.

E5 est la seule thérapeute à évoquer une évaluation qui interviendrait à différents temps du suivi pour voir s'il y a une évolution à partir du diagnostic ergothérapeutique. E5 explique également qu'un moyen d'évaluer l'engagement occupationnel serait d'observer la performance occupationnelle de la personne, c'est à dire la qualité de la réalisation de l'activité. Enfin, E6 énonce qu'une personne pourrait être évaluée à travers les échanges avec les autres professionnels, afin d'avoir une vision plus globale en confrontant les points de vue.

Globalement, les ergothérapeutes interrogés n'utilisent pas de bilan pour évaluer l'engagement occupationnel. Cette observation peut être mise en lien avec le fait que ces mêmes ergothérapeutes n'utilisent pas de modèle conceptuel ergothérapeutique dans leur prise en soin. En effet, comme l'explique Laurent (2023), les modèles offrent aux ergothérapeutes des éléments pour améliorer leur pratique, tels que des outils d'évaluation. L'absence d'utilisation d'un modèle ne leur permet pas d'avoir accès à ces outils d'évaluation. De ce fait, l'évaluation de l'engagement occupationnel d'une personne se fait

principalement par l'observation clinique. De plus, peut-être que les bilans ne sont pas toujours adaptés à la symptomatologie des personnes ainsi qu'au terrain d'exercice. Certains bilans peuvent prendre beaucoup de temps et ne pas s'adapter aux exigences de rentabilité de la structure d'exercice. Il semblerait que le regard des autres professionnels ait également son importance. Confronter notre point de vue avec ceux des autres intervenants qui accompagnent la personne souffrant de schizophrénie nous permettrait d'avoir une vision plus globale de sa performance occupationnelle. L'une d'entre elles introduit l'idée que pour évaluer l'engagement occupationnel, on pourrait observer sa performance occupationnelle. Selon le cadre conceptuel du groupe terminologique de ENOTHE « la performance occupationnelle correspond au choix, à l'organisation d'occupation et à la réalisation d'occupations en lien avec l'environnement » (Meyer, 2013). En d'autres termes, observer si la personne effectue des activités, ce qui rejoint ce que certaines ergothérapeutes ont déjà cité, c'est-à-dire le fait de revenir à l'activité. Il est possible de constater que les ergothérapeutes interrogés expriment les mêmes idées mais avec des termes différents.

2. Problématiques des personnes souffrant de schizophrénie :

a. Restrictions au niveau de leur engagement occupationnel

Les personnes souffrant de schizophrénie ont de nombreuses problématiques, cinq ergothérapeutes elles ont cité spontanément l'apragmatisme comme principale restriction au niveau de l'engagement occupationnel des personnes souffrant de schizophrénie qu'elles suivent (E1, E2, E3, E4, E5), E2 parle de « difficulté à initier quelque chose ». L'anhédonie revient également à quatre reprises, « ils ont une difficulté à ressentir du plaisir » (E1, E5), « il ne ressentent pas forcément de plaisir à faire les choses » (E3). E1 et E4 citent plus globalement les symptômes négatifs comme étant en partie responsables des restrictions au niveau de l'engagement occupationnel, E1 cite par exemple « la fatigue », « l'aboulie », E4 cite également la « perte de volonté, la perte d'élan vital ».

En plus des symptômes « négatifs », E4 cite également les symptômes positifs de la schizophrénie ; « le sentiment de persécution, les éléments délirants ou hallucinatoires »

E2 ne fait pas la distinction entre symptômes négatifs ou positifs et parle simplement des « symptômes » des personnes souffrant de schizophrénie qui seraient un frein à leur engagement occupationnel.

E1 pointe également la désorganisation « ils partent dans tous les sens », E5 quant à elle utilise le terme de « dissociation » de la pensée et du corps, elle cite également les troubles de l'image de corps ainsi que l'angoisse de morcellement.

Les difficultés en termes de socialisation reviennent également à deux reprises lors de ces entretiens, (E5, E2). E4 explique également que les personnes souffrant de schizophrénie vivent souvent dans une précarité sociale qui leur fait rencontrer des difficultés pour s'inscrire et s'engager dans des expériences positives. E5 fait également le lien entre restriction d'engagement occupationnel et prise de traitement, elle explique que certains traitements fatiguent ou font grossir ce qui peut entraver l'engagement des personnes dans des activités.

Enfin E6 a une vision très différente des cinq autres ergothérapeutes interrogées, elle indique que les occupations dans lesquelles les personnes souffrant de schizophrénie vont pouvoir s'investir dans le soin, ne sont pas les activités que leur entourage va attendre d'eux. Selon E6, cela pourrait engendrer des conflits avec l'entourage, ce qui représenterait un frein dans leur engagement occupationnel.

Il semblerait que l'apragmatisme et l'anhédonie soient les principales raisons des restrictions en termes d'engagement occupationnel des personnes souffrant de schizophrénie. Cela fait sens car l'apragmatisme, selon le dictionnaire médical de l'Académie de médecine (2013), correspond à l'incapacité d'origine psychique d'effectuer complètement des actions nécessitant une certaine coordination. Or, Sylvie Meyer (2018) explique que l'engagement se réfère au versant motivationnel de la réalisation de l'occupation. Il paraît évident que l'apragmatisme entrave de façon forte tout engagement occupationnel. Selon le DSMV (2015), l'anhédonie est une diminution des capacités à éprouver du plaisir à partir de stimuli positifs ou à se rappeler de plaisirs antérieurement éprouvés. Et pourtant, il semblerait que s'investir dans des activités qui procurent du plaisir et qui ont un sens pour la personne favoriserait l'engagement. De ce fait, l'anhédonie représente un frein majeur dans l'atteinte de cet engagement occupationnel. Bien que Sylvie Meyer (2018) précise que l'engagement peut exister dans des occupations qui revêtent des contraintes, comme dans le domaine des études, du travail ou de la vie domestique. Toutes les ergothérapeutes interrogées ont mis en évidence que la schizophrénie est une maladie présentant de nombreux symptômes pouvant limiter l'engagement occupationnel chez les personnes qui en souffrent. En effet, la plupart des symptômes caractéristiques de la schizophrénie décrits plus tôt dans le cadre théorique sont cités, notamment les symptômes positifs, mais aussi négatifs, ainsi que les traitements associés qui ont des effets secondaires comme une prise de poids importante.

L'environnement social et économique pourrait également être un frein à l'engagement occupationnel des personnes, comme la précarité sociale ainsi que les difficultés avec leur famille. En effet, le cadre conceptuel de ce mémoire a mis en évidence que les personnes atteintes de schizophrénie sont souvent victimes de stigmatisation et que celle-ci peut entraîner une exclusion sociale, ainsi que des difficultés dans leur entourage familial (OMS, 2022).

b. Leur rapport au corps

Toutes les ergothérapeutes ont exprimé un rapport au corps compliqué pour les personnes souffrant de schizophrénie. Tous les patients psychotiques semblent présenter quelque chose d'atypique dans leur façon d'être, ils semblent « engoncés », « pas libre » (E6).

E1, E4 et E5 évoquent la dissociation dont ces personnes peuvent souffrir qui aurait un fort impact sur « la représentation qu'ils ont de leur corps » (E1), « le fait qu'ils se sentent facilement persécutés » (E1), elles évoquent également les « troubles de l'image du corps » (E1, E5) ainsi que « le morcellement » (E1, E5, E2).

E4 ajoute que ces personnes peuvent subir des phénomènes de « dysmorphophobie », elle donne l'exemple d'une patiente qui avait l'impression d'avoir des serpents dans les cuisses alors qu'il s'agissait de courbatures. Les personnes qui souffrent de schizophrénie n'ont pas forcément « conscience de leur corps ni de leur force » (E2), de plus elles n'ont pas toujours « de ressenti de la fatigue et peuvent rencontrer des difficultés à percevoir leurs limites physiques » (E3). « Ils peuvent également rencontrer des difficultés à orienter leur corps, ce qui peut avoir une incidence sur la façon dont ils vont gérer leur espace ainsi que les activités manuelles, je vois en mosaïque, par exemple positionner leur main sur la pince cela peut être difficile » (E2).

Trois des ergothérapeutes interrogés pointent la mauvaise santé somatique des personnes souffrant de schizophrénie, celle-ci ayant un impact sur leur corps (E1, E4, E5). Elles citent notamment la consommation de toxique, l'incurie, obésité, le manque d'activité physique, l'essoufflement, la perte musculaire, les douleurs. Au contraire, d'autres personnes feraient très attention à leur corps car les traitements font prendre du poids, certaines femmes arrêteraient de prendre leur traitement par peur de grossir (E4). Néanmoins, E3 explique que globalement elle n'a jamais rencontré une majorité de personnes qui avait un délire « enkysté » sur le corps.

De nombreux troubles liés au rapport au corps qui ont été abordés dans le cadre théorique ont été cités par les ergothérapeutes, tels que l'attitude posturale, l'angoisse de morcellement et les troubles de l'image du corps. Certains troubles liés au corps cités dans

le cadre théorique n'ont pas été repris par les ergothérapeutes interrogés, tels que la dépersonnalisation, la dégradation du processus d'altérité et la notion de pare-excitation déficitaire. Néanmoins, ce type de troubles est plus visible en intra hospitalier lorsque les patients sont en phase aiguë, alors que les ergothérapeutes de mon panel exercent en ambulatoire. D'autres troubles ont été évoqués grâce à des exemples mais n'ont pas été nommés. Par exemple, lorsque E3 et E2 décrivent des difficultés à ressentir leur force, leur fatigue et à orienter leur corps, elles parlent en réalité des difficultés sensorielles et motrices. Aucune d'entre elles ne cite la désorganisation praxique en tant que telle, pourtant E2 semble en parler lorsqu'elle décrit les difficultés que peuvent avoir ses patients à utiliser la pince lors d'une activité mosaïque. Une ergothérapeute parle du phénomène de dysmorphophobie et donne l'exemple d'une patiente qui avait des sensations de "serpent dans les cuisses". On peut penser que le terme de dysmorphophobie n'est pas tout à fait approprié et qu'il s'agirait plutôt d'hallucinations cénesthésiques, bien que la dysmorphophobie soit également un trouble dont peuvent souffrir les personnes schizophrènes. Une des ergothérapeutes interrogées affirme quant à elle qu'elle n'a jamais observé de délire véritablement "enkysté" sur les corps chez les personnes qu'elle accompagne. Il semble transparaître de ces entretiens un certain défaut de précision concernant les troubles de l'image du corps que peuvent avoir les personnes qui souffrent de schizophrénie. J'é mets l'hypothèse qu'en psychiatrie, le corps est un élément qui focalise moins l'attention des ergothérapeutes. J'é mets également l'hypothèse que la formation universitaire des ergothérapeutes en psychiatrie est moins centrée sur les troubles de l'image du corps, ce qui peut expliquer le défaut de précision concernant ce domaine. En effet, on pourrait opposer la pratique de l'ergothérapeute, centrée sur l'activité, à celle du psychomotricien, spécialiste de l'expression des comportements à la fois moteurs et psychologiques au niveau du corps (ANFE et FFP, 2022). Ce second professionnel est peut-être mieux formé pour être attentif aux troubles de l'image du corps. D'autant plus que ces ergothérapeutes ont majoritairement des psychomotriciens dans leurs équipes, ce qui peut expliquer le fait qu'elles délèguent la dimension corporelle à ces autres professionnels.

3. Utilisation de l'activité physique par l'ergothérapeute :

Il est pertinent de préciser les activités physiques proposées par les ergothérapeutes interrogés, qui se déclinent comme suit : le basket (E1, E4), la piscine (E2), la randonnée (E3), la danse et des activités physiques telles que le yoga ou la gym douce (E5, E6).

a. Définition d'activité physique et préalables à sa mise en place

Concernant la définition d'une activité physique, cinq ergothérapeutes mettent le corps au centre de cette définition, « se mobiliser corporellement » (E1), « ce qui met en jeu le corps » (E3), « activité qui touche le corps » (E4), « activité qui met en jeu le corps physique » (E5), « qui met en mouvement le corps » (E2), la notion de mouvement revient également à plusieurs reprises ainsi que le « déplacement » (E6). Il semblerait que ce soit également une activité qui permettrait d'éprouver des choses qu'ils n'ont pas l'habitude de rencontrer dans leur quotidien, comme de la « fatigue » (E3), mais également du « plaisir » (E4) dont l'objectif est d'aboutir à un bien être. Une ergothérapeute introduit l'idée que l'activité physique permettrait une approche globale de la personne car elle permettrait d'aborder à la fois les émotions, ainsi que les pensées, le ressenti et la capacité à mettre des mots sur ce ressenti (E5).

La définition de l'activité physique évoquée par les ergothérapeutes de l'étude tourne autour du mouvement et du corps. Cette définition se rapproche de celle de l'OMS (2022) qui définit l'activité physique comme "tout mouvement corporel produit par les muscles squelettiques qui requiert une dépense d'énergie". Elles insistent sur les ressentis corporels en expliquant que ce type d'activité permettrait aux personnes d'éprouver des sensations nouvelles. L'une d'entre elles explique qu'elle permet une approche globale de la personne. C'est un point intéressant car une des valeurs de l'ergothérapie, comme le rappelle la World Federation of Occupational Therapy (WFOT), est que "la personne humaine doit être envisagée dans sa globalité, dans laquelle le corps et l'esprit forment un tout" (Riou, 2016)

Les modalités de choix des activités physiques qui sont proposées par les ergothérapeutes sont différentes pour chacune d'entre elle. L'une d'entre elle choisit les activités en binôme avec l'EAPA (Éducateur en activité physique Adapté) (E1), le choix de l'activité physique peut également se faire en équipe pluridisciplinaire (E2). Deux ergothérapeutes choisissent des activités qui leur paraissent « accessibles à tous » (E3), des activités qu'ils peuvent « refaire à la maison » (E6), dans ce cadre-là, l'activité physique n'est pas vue comme purement sportive, mais plutôt comme une activité de bien être (E6, E3), car comme l'indique E3, ce sont les EAPA qui sont plus à même de proposer une activité purement sportive. L'une d'entre elle propose des « activités qu'elle aime faire » (E4), E5 au contraire explique qu'il ne faut pas tomber dans le piège de proposer uniquement des activités parce qu'on aime les faire. Selon elle, il faudrait en amont effectuer un travail d'analyse

de l'activité, afin de connaître l'outil et d'avoir du recul sur les objectifs auxquels il répond afin que son utilisation soit un peu décentrée de sa pratique personnelle.

Les modalités de choix des activités physiques à proposer sont diverses selon les ergothérapeutes. Deux d'entre elles se défendent de les choisir seules et citent l'EAPA et l'équipe pluridisciplinaire. Encore une fois, on peut supposer qu'en tant qu'ergothérapeutes, elles ne se sentent pas les professionnelles les plus légitimes pour choisir ce type d'activité. Deux d'entre elles expliquent qu'elles proposent des activités simples à réaliser, mettant en avant le côté bien-être et en délaissant l'aspect purement "sportif" de l'activité, citant une nouvelle fois l'EAPA, professionnel de santé plus spécialisé dans les approches sportives.

Il ressort de ces échanges que certaines ergothérapeutes interrogées ne se sentent pas à l'aise à l'idée de proposer une activité physique à proprement parler. Pourtant, comme cela a été décrit plus tôt dans ce mémoire, les ergothérapeutes sont mentionnés dans le décret numéro 2016-1990 du 30 décembre 2016 concernant la promotion de l'activité physique. L'ergothérapeute, en tant que professionnel de santé, peut intégrer l'activité physique et sportive dans ses interventions auprès de sa patientèle. De plus, comme l'explique Dupuy (2018), l'ergothérapeute n'a aucune limite concernant le choix d'une activité. Notre seule limite étant notre propre imagination ainsi que les contraintes matérielles de l'institution. Une ergothérapeute insiste sur le fait qu'une analyse de l'activité doit être faite avant que celle-ci soit proposée aux personnes que l'on accompagne. Il est question dans cette étude d'activité physique, néanmoins cette analyse d'activité doit avoir lieu quelle que soit l'activité proposée, qu'elle soit "physique" ou pas. En effet, comme le précise Muriel Launois (2015), ergothérapeute en santé mentale, bien connaître les activités et ce qu'elles proposent comme découvertes est un incontournable du métier d'ergothérapeute. Elle ajoute que cette analyse ne peut se réaliser qu'en relation avec un modèle conceptuel donné. Elle donne l'exemple d'une analyse d'activité utilisant un modèle cognitivo-comportemental, celle-ci va se centrer plus spécifiquement sur les comportements visibles, les composantes cognitives de l'activité ainsi que sur les fonctions exécutives que la personne pourra mettre en pratique durant cette activité.

On peut supposer qu'effectuer une analyse de l'activité permettrait aux ergothérapeutes de s'éloigner de la vision purement sportive de l'activité physique et de se l'approprier en identifiant les éléments de l'activité qui font sens dans leur pratique ergothérapeutique.

Concernant les préalables à la mise en place de l'activité physique, aucune ergothérapeute n'a mentionné de bilan ou d'évaluation particulière du patient. Néanmoins, deux ergothérapeutes mentionnent plutôt un entretien préliminaire avec le patient pour voir ce qu'il attend de l'activité proposée, s'il a des inquiétudes vis-à-vis de l'activité (E2, E3), ponctuellement il peut lui être proposé une séance individuelle en amont de la séance de groupe, afin d'évaluer si la personne sera capable de tenir l'activité sur un temps plus long (E3).

Cette évaluation peut se faire également de façon informelle via l'observation clinique et la discussion informelle (E4, E5). E5 précise qu'elle fait très attention aux contre-indications.

E3, E6 demandent un certificat médical de la part du médecin traitant s'il y a un doute sur la santé somatique du sujet. E1 quant à elle demande systématiquement un certificat médical du médecin pour intégrer une personne à l'activité physique. E3 évoque un bilan corporel qui ne serait pas fait systématiquement et qui serait plutôt réalisé par la psychomotricienne du service. E6 ne pratique pas de bilan et explique que le patient doit aller vers ce qu'il aime.

Comme préalable à la mise en place de l'activité physique, aucune ergothérapeute n'a mentionné de bilan ou d'évaluation particulière. Ce qui est étonnant car, comme cela a été décrit dans le cadre théorique, Fayollet (2021) explique que le préalable incontournable à la mise en place d'une activité physique adaptée dans un service de soin est l'évaluation du patient. De plus, selon Caire et al. (2012), l'évaluation fait partie intégrante du processus de soin en ergothérapie.

Néanmoins, les ergothérapeutes interrogées citent un entretien préliminaire avec le patient pour voir ce qu'il attend de l'activité proposée, une séance préliminaire en amont de la séance de groupe ou une évaluation par le biais de l'observation clinique. Bien qu'elles n'aient pas été citées en tant que telles, il s'agit bien de formes d'évaluations. Encore une fois, peut-être que l'absence d'utilisation d'un modèle conceptuel ne permet pas aux ergothérapeutes de poser des mots ou de formaliser les "évaluations" qu'elles proposent. Elles précisent également qu'elles font attention aux contre-indications et semblent demander un certificat médical au médecin en cas de doute sur la santé somatique de la personne. Comme l'expliquent Guérin et al. (2019), on constate de nombreux freins chez les personnes présentant des troubles de santé mentale graves. Il est alors important de considérer les enjeux spécifiques de cette population lors de la mise en place d'une activité physique adaptée.

b. Objectifs de la pratique de l'activité physique en ergothérapie

Les objectifs que les ergothérapeutes placent derrière la pratique de l'activité physique en séance d'ergothérapie pour les personnes souffrant de schizophrénie sont multiples. La notion de plaisir et de bien être revient à cinq reprises lors de ces entretiens (E1, E2, E3, E4, E5).

Sortir dans un « lieu extérieur au soin » (E2, E4), notamment dans « la nature » (E3). E3 nous explique que lors de l'activité randonnée, le fait d'être dans la nature et d'y prendre du plaisir est un objectif. La pratique de l'activité physique en séance d'ergothérapie permettrait également de travailler les fonctions cognitives (E1). Elle permettrait également de travailler l'autonomie de la personne via toutes les activités en amont et en aval de la séance, E2 nous décrit que lors d'une séance de piscine par exemple, pourront être travaillé le fait de prendre les transports, l'autonomie dans les vestiaires ainsi que travailler des notions d'organisation (E4).

Selon E5, l'activité physique permettrait de travailler la conscience de son corps et donc la conscience de soi, elle utilise le terme « d'ancrage » à la réalité. E5 ajoute que s'il y a des troubles de l'image du corps de l'ordre de la dissociation, l'activité physique permettrait de travailler sur l'unité corporelle, stimuler l'enveloppe qui donne de la contenance et de l'unité.

Un des buts serait également la revalorisation narcissique (E1, E5, E3).

Les objectifs autour de la santé somatique des personnes souffrant de schizophrénie sont revenus à plusieurs reprises (E1, E2, E3, E5, E6), « maintenir ou améliorer une santé somatique et des capacités physiques » (E1), « tenter de lutter contre la sédentarité et prévenir les risques et facteurs de comorbidités » (E1), « améliorer l'hygiène de vie » (E5)

L'activité physique permettrait également aux personnes de « ressentir leur corps » (E2), de faire en sorte qu'ils se « mobilisent » (E2, E4). Une finalité de ce type d'activité pourrait également être en lien avec la modalité « groupale » de l'activité physique. En effet, toutes les ergothérapeutes interrogées animaient des « groupes » autour de l'activité physique. Celle-ci pourrait permettre « de favoriser les habiletés d'interactions » (E1), « favoriser le lien social » (E3, E6), « travailler la cohésion d'équipe » (E4), « l'expression de soi et la relation avec l'autre » (E5).

Un des objectifs pourrait être de sortir de cette image de soi réduite à la maladie et de ne plus penser à cette impossibilité de vivre normalement (E6). Au final l'activité physique peut se présenter comme un prétexte pour rencontrer la personne et aborder d'autres matériaux psychiques (E3).

L'objectif autour de la recherche du plaisir et du bien-être liés à l'activité est revenu de très nombreuses fois lors de ces entretiens. On peut faire le parallèle avec un trouble lié à la schizophrénie qui avait été mis en avant de façon prépondérante par ces mêmes ergothérapeutes : l'anhédonie. Il semble alors logique qu'un des objectifs de l'activité soit de travailler la notion de plaisir. C'est un objectif qui fait sens car, comme le rappelle Morel

Bracq (2011), le plaisir ressenti pendant l'activité est ensuite un facteur indispensable pour avoir envie de la recommencer et permet de favoriser l'engagement de la personne. Certains objectifs cités sont en lien avec le travail des capacités cognitives des personnes. Cela fait sens car, comme cela a été traité lors de l'élaboration du cadre conceptuel, la schizophrénie s'accompagne de difficultés cognitives invalidantes (Amado et Kern, 2021). Les ergothérapeutes ont également mentionné des objectifs en lien avec l'autonomie. Cela paraît assez cohérent étant donné que le concept d'autonomie est au cœur de la pratique des ergothérapeutes (Riguet et al., 2016). L'amélioration de la santé somatique des personnes souffrant de schizophrénie est également citée. Comme le rappelle la HAS (2022), ces personnes ont une réduction de l'espérance de vie d'environ 10 à 25 ans à cause d'une santé somatique précaire. La HAS (2022) ajoute que la pratique de l'activité physique permet une amélioration des facteurs de risque cardiovasculaire, du syndrome métabolique et de la résistance à l'insuline. Un objectif serait en lien avec la modalité groupale de l'activité physique. Comme c'est décrit dans le cadre théorique de ce mémoire, le processus d'altérité peut être impacté par le rapport particulier que la personne atteinte de troubles psychiques entretient avec son corps et celui d'autrui (Bourelle, 2021). Certaines ergothérapeutes ont cité des objectifs liés plus spécifiquement au corps, comme travailler la conscience du corps ou la notion de contenance. Néanmoins, ces objectifs ne sont pas revenus systématiquement et semblent relativement minoritaires par rapport à tous les autres axes de travail. De plus, il semblerait que de nombreux objectifs ne soient pas spécifiquement liés à l'activité physique en elle-même, mais à d'autres éléments contextuels. On peut supposer que, par leur pratique et leur formation, les ergothérapeutes en santé mentale ne sont pas les plus spécialisés sur les troubles liés au corps. De plus, comme le précise la note de synthèse de l'ANFE en vue des Assises de la santé mentale et de la psychiatrie (2021), les ergothérapeutes utilisent l'occupation humaine pour réhabiliter la personne dans une qualité de vie et un bien-être au quotidien. Les champs d'intervention d'un ergothérapeute ne se limitent pas uniquement au corps, mais à tous les aspects de la personne, notamment la restauration des habiletés sociales et cognitives, mais aussi l'adaptation de l'environnement (ANFE, 2021).

Finalement, ce n'est peut-être pas l'activité physique en elle-même qui va permettre d'atteindre les objectifs de soins de l'ergothérapeute, mais plutôt tout ce qui a trait au cadre thérapeutique mis en place par l'ergothérapeute. Florence Klein (2016) explique que le cadre comporte un certain nombre de caractéristiques, d'invariants comme les aspects spatio-temporels, et de fonctions. Je pourrais aller plus loin et considérer également que

les conséquences de la pratique de l'activité physique pourraient impacter les autres domaines occupationnels, en lien avec la mobilisation psychique et physique de l'activité, la perte de poids, etc.

c. Effets sur le rapport au corps ainsi que sur l'engagement occupationnel des personnes souffrant de schizophrénie

Comme expliqué précédemment, les personnes souffrant de schizophrénie ont un rapport au corps très particulier. Quand j'interroge les ergothérapeutes sur les effets de l'activité physique sur le rapport au corps que peuvent avoir les personnes souffrant de schizophrénie, deux d'entre elles (E1, E6) me répondent qu'il est très difficile de juger si c'est uniquement l'activité physique qui va améliorer le rapport au corps ou si ce sont également les séances de psychomotricité ou tout autre activité que la personne fait. De plus, comme l'indique E1, l'analyse est biaisée car il y a des personnes déjà très sportives ou et des personnes âgées qui viennent plus pour de l'entretien. Néanmoins l'activité physique peut induire une certaine amélioration dans la « réalisation des consignes, la proprioception, la coordination ainsi qu'un gain de souplesse » (E1), Celle-ci « donne de l'aisance et de la souplesse dans les mouvements », « diminue les syncinésies ainsi que les douleurs » (E6), « améliore l'équilibre » (E3). Trois ergothérapeutes (E2, E4, E5) s'éloignent du rapport au corps et me parlent de l'effet de l'activité physique sur l'apaisement de l'angoisse. Quatre ergothérapeutes expliquent que la pratique de l'activité physique permettrait d'améliorer les ressentis de la personne souffrant de schizophrénie, notamment le fait de pouvoir « ressentir de la fatigue » (E3) ce qui leur permettrait de « connaître leurs limites » (E2). Mais aussi le fait de pouvoir ressentir du plaisir, « le bien être que cela procure » (E4, E3), « le plaisir à être avec le groupe et à se lâcher dans son corps » (E5) ainsi que d'avoir accès à des ressentis purement corporels « leur faire ressentir le corps » (E2). Néanmoins E3 explique que le bien être que cela procure ne serait pas forcément lié à l'activité physique en soit mais plutôt au contexte, à l'aspect relationnel de l'activité, à l'environnement, au fait d'être dans la nature...

L'activité physique aurait également un effet de « rassemblement » (E2, E5) ainsi que de « contenance » (E2). E4 décrit que pour certaines personnes, l'activité physique va leur permettre de montrer la puissance de leur corps, afin de signifier aux autres qu'ils auraient la maîtrise de celui-ci et donc de leur psyché, elle utilise le terme de « virilité ».

Concernant l'amélioration du rapport au corps des personnes souffrant de schizophrénie, les ergothérapeutes interrogées ont pu citer que l'activité physique améliore la coordination, la souplesse, les ressentis corporels ainsi que les ressentis des limites corporelles, de la contenance des personnes qu'elles accompagnent. Si j'analyse ce

qu'expriment les ergothérapeutes interrogés, elles semblent être plus attachées à l'amélioration des ressentis corporels des personnes souffrant de schizophrénie qu'elles accompagnent, ainsi qu'à la notion de bien-être. Encore une fois, je suppose que cela est dû au fait que l'objectif global d'un ergothérapeute est de réhabiliter la personne dans une qualité de vie et un bien-être au quotidien (ANFE, 2021). Néanmoins, l'une d'entre elles précise que ce bien-être ne serait pas forcément lié à l'activité physique en elle-même, mais plutôt au contexte environnemental et social de sa pratique. De plus, elles pointent le fait que ces personnes participent à d'autres activités mettant en jeu le corps. Une nouvelle fois, la question du corps semble un sujet sensible à traiter pour les ergothérapeutes que j'interroge. C'est possiblement en lien avec le fait que les objectifs des ergothérapeutes à travers l'activité physique ne sont pas principalement l'amélioration du rapport au corps des personnes qu'elles accompagnent.

Concernant l'effet de l'activité physique sur l'engagement occupationnel, quatre ergothérapeutes expliquent qu'elles ont pu en constater les effets car les personnes reviennent à l'activité « ils ont été de plus en plus réguliers » (E3), « il y a eu beaucoup de demande sur cet atelier » (E5), « quand on les voit revenir c'est qu'il s'est passé quelque chose » (E6). E1 précise même que le groupe activité physique de l'hôpital de jour a permis l'engagement sur un projet de sport plus important comme une rencontre basket inter-hôpitaux.

L'activité physique aurait un effet sur l'engagement occupationnel à travers le fait que les personnes peuvent prendre du plaisir à effectuer l'activité (E2, E3, E5, E6). E5 rajoute qu'elle accompagne des personnes souffrant de schizophrénie chronique, qui présentent des symptômes plus déficitaires que productifs. Selon elle, l'activité physique leur a offert une opportunité de se réengager, allant jusqu'à évoquer un processus de revitalisation à la fois interne et externe. Néanmoins E4 ne dirait pas que l'activité physique favorise l'engagement occupationnel, sauf pour les personnes qui avaient déjà cette pratique avant et qui prenaient déjà du plaisir avec cette activité. Elle rajoute que n'importe quel médiateur pourrait favoriser l'engagement occupationnel. Selon E4, il faudrait se demander si ce n'est pas l'activité physique avec le thérapeute qui favoriserait cet engagement occupationnel. Elle pose ici la question de l'influence de la relation thérapeutique. E2 précise qu'au-delà de l'activité physique, c'est le groupe qui aide à faire l'activité. Elle rajoute qu'en l'absence de soignants, ils peuvent essayer de faire d'autres activités mais ce n'est pas si facile de porter le groupe.

Il semblerait que l'activité physique participe à améliorer l'engagement occupationnel des personnes qui y participent, car celles-ci reviennent à l'activité et ont pu

également s'investir dans des activités du même type à plus grande envergure. Cela fait sens, car comme le rappelle Morel-Bracq (2009), l'un des enjeux et des rôles majeurs de l'ergothérapie est de permettre aux individus de s'engager dans ses activités ou ses occupations. Néanmoins, est-ce que le fait de revenir à l'activité ne se référerait pas plutôt à la notion de performance occupationnelle ? Car celle-ci, comme cela a été abordé plus tôt, "correspond au choix, à l'organisation d'occupation et à la réalisation d'occupations en lien avec l'environnement" (Meyer, 2013). Cependant, on peut aussi dire que si la personne revient sur ces activités, c'est qu'elle s'implique, que cela la motive, c'est en ce sens-là que l'on peut parler d'engagement occupationnel. Il en ressort de ces entretiens que l'engagement occupationnel est une notion complexe et que le manque de consensus autour de cette définition rend très difficile son analyse. Les ergothérapeutes de cette étude rajoutent que l'activité physique aurait un effet sur l'engagement occupationnel à travers le fait que les personnes peuvent prendre du plaisir à effectuer l'activité. En effet, comme le précise Meyer (2013), l'engagement occupationnel se réfère au monde interne de la personne, au versant émotionnel de la réalisation de l'occupation.

Néanmoins, une ergothérapeute vient contredire ces affirmations en expliquant que n'importe quel médiateur pourrait favoriser l'engagement occupationnel et que finalement, ce serait plutôt la relation avec le thérapeute qui serait vecteur d'engagement occupationnel. Cela rejoint ce qu'a exprimé Florence Klein (2016), "les activités proposées ne sont à mon sens que des prétextes à la mise en place de la relation à l'autre, dans une dynamique transférentielle". Une autre ergothérapeute vient également apporter un éclairage nouveau sur cette question d'engagement occupationnel et explique qu'au-delà de l'activité physique, c'est le groupe qui aide à faire l'activité, ainsi que la présence des soignants. En effet, comme le souligne Florence Klein (2014), il est intéressant de se demander si le patient "vient en ergothérapie pour l'activité qu'il y réalise, pour le groupe, ou pour être avec le soignant ?", de ce fait elle rajoute qu'il est intéressant d'observer les conditions qui peuvent générer des effets thérapeutiques. Florence Klein (2014) explique que le groupe permet aux personnes de trouver des alliés parmi leur pair, leur permettant de se sentir moins seules. L'expérience de l'activité physique semble être favorisée si celle-ci est effectuée en groupe.

Concernant le délai après lequel les ergothérapeutes remarquent les effets de l'activité physique sur les personnes souffrant de schizophrénie qu'elles accompagnent, cinq ergothérapeutes (E1, E2, E4, E5, E6) répondent spontanément qu'elles peuvent en remarquer les effets dès la

première séance. E1 et E2 expliquent que si la personne revient cela signifie qu'il s'est passé quelque chose pour elle. Selon E5 il peut y avoir un effet de détente post activité physique dès la première séance. E4 explique que la première séance d'activité physique peut permettre l'instauration de la relation thérapeutique, ou au moins une inscription sur le lieu de soin. Néanmoins E4 pondère ses propos en rajoutant que si les personnes ont déjà eu une expérience positive passée avec l'activité physique, les effets visibles vont être plus rapidement observables car l'activité physique va leur permettre de retrouver une expérience positive de leur vie antérieure. Elle ajoute également que tout va dépendre de l'activité physique en question, « toutes les activités physiques sont différentes et le délai pour les appréhender n'est pas le même » (E4). E1, E5 et E6 affinent leur analyse et énoncent qu'avec le temps, il est possible d'observer d'autres effets de l'activité physique, E1 explique qu'il faut six mois de pratique pour observer une amélioration de la coordination et un an pour une amélioration de la compréhension des consignes. E5 rajoute qu'avec le temps on va voir des effets sur la confiance en soi, l'aisance dans le groupe.

Cependant, E3 n'a pas su répondre précisément à cette question, elle explique cela va dépendre des patients, de là où ils en sont et qu'ils ne vont pas forcément exprimer un mieux-être, d'où la difficulté à évaluer cette durée.

Il semblerait que les ergothérapeutes soient capables d'observer les effets de l'activité physique chez les personnes qu'elles accompagnent dès la première séance. L'une d'entre elles revient sur l'idée que cette première séance permet d'instaurer une relation thérapeutique. Néanmoins, on pourrait se demander si c'est véritablement l'activité physique qui génère un effet ou si toute autre médiation aurait pu avoir le même impact. De plus, comme le souligne une des ergothérapeutes de l'étude, le terme "activité physique" manque de précision, car il existe une multitude d'activités physiques et le temps pour les appréhender n'est pas le même. Il aurait peut-être fallu que la définition de l'activité physique soit plus précise. Les ergothérapeutes interrogés pointent également le fait qu'avec le temps, il est possible d'observer d'autres effets de l'activité physique. L'une d'entre elles vient pondérer ces propos et explique qu'elle n'est pas capable de répondre à cette question, car cela va dépendre des patients. Peut-être que le fait de ne pas avoir de grille de lecture fiable, de bilan ou d'évaluation plus spécifiques rend difficile l'évaluation de la temporalité d'un mieux-être lié à l'activité physique. Ou alors, il s'agit peut-être d'une prise en charge réellement tournée autour de la personne et que la temporalité varie significativement d'une personne à une autre.

d. Les limites de l'utilisation de l'activité physique pour un ergothérapeute en santé mentale

Concernant les limites de l'utilisation de l'activité physique par un ergothérapeute en santé mentale, quatre des ergothérapeutes de mon panel sont d'accord pour dire que les ergothérapeutes ne sont pas les professionnels les plus indiqués pour proposer une activité physique (E1, E2, E3, E4). « On n'est pas formé sur l'activité physique en tant qu'ergothérapeute » (E1), « Les ergothérapeutes ne sont pas les plus spécialisés dans le corporel » (E2), « Je ne suis pas EAPA donc je ne me sens pas de proposer des activités trop sportives » (E3), « un ergothérapeute n'est pas spécialiste du monde physique, je suis limitée sur mes connaissances sportives » (E4). Comme professionnels plus indiqués pour dispenser une activité physique, sont cités par exemple les psychomotriciens ou les EAPA (Éducateurs en activité physique adapté).

E3, E4 et E1 parlent des limites inhérentes aux personnes qu'elles vont accompagner, « Si la personne est trop désorganisée, si elle a des gros troubles corporels » (E4), ainsi que « la comorbidité des patients » (E4) et leur « situation somatique » (E1).

Il semblerait que la condition physique du thérapeute lui-même pourrait être limitante (E4), ainsi que son plaisir à pratiquer l'activité.

De plus, E5 explique qu'elle peut avoir l'impression que l'activité fait effet uniquement le temps de la séance, mais elle ne constate pas toujours d'effet à plus long terme. E6 quant à elle explique que l'activité physique peut être limitée en termes d'élaboration verbale. Elle précise qu'à partir du moment où la personne va avoir accès à une élaboration verbale, on va proposer autre chose qu'une activité physique. Elle décrit l'activité liée au corps comme un passage, un passage vers une autre forme d'activité, plus verbale.

E1 mentionne également les limites en termes de moyens humains, elle explique qu'il faut suffisamment de soignants dans la structure pour investir le groupe sport. Mais aussi les moyens physiques, car il faut de l'espace pour organiser un groupe sport au sein de l'hôpital de Jour (E1), ainsi que les contraintes liées à l'environnement ou au budget.

Concernant les limites de l'utilisation de l'activité physique par un ergothérapeute, au premier plan revient le manque de légitimité évoqué par les ergothérapeutes pour proposer ce type d'activité. Elles expliquent notamment que les EAPA ou les psychomotriciens sont mieux formés pour proposer ce type d'activité. Pourtant, comme cela a déjà été évoqué plus tôt, les ergothérapeutes sont mentionnés dans le décret numéro 2016-1990 du 30 décembre 2016 concernant la promotion de l'activité physique. De ce fait, un ergothérapeute peut tout à fait proposer une activité physique lors de sa prise en soin. Comme cela a été constaté plus tôt lors de ces entretiens, peut-être que cette défiance

envers l'activité physique vient du fait que les objectifs qu'un ergothérapeute va placer derrière cette pratique ne seront pas spécifiquement orientés sur le sport mais sur d'autres aspects de la personne. De plus, rien n'empêche un ergothérapeute de proposer une activité physique en binôme avec un autre professionnel plus spécialisé sur le corps ou la pratique sportive. Ce type de pratique favorise l'interdisciplinarité. Selon Pons (2023), "l'interprofessionnalité est le fait de faire travailler ensemble des personnes issues de diverses disciplines scientifiques, en confrontant et partageant des approches différentes d'un même problème, afin d'assurer au patient une optimisation dans la prise en charge de sa maladie et de ses conséquences au quotidien.", celle-ci permettrait alors une amélioration de la qualité de la prise en soin dans une démarche de complémentarité entre les soignants. Les ergothérapeutes mentionnent également les limites inhérentes aux personnes qu'elles vont accompagner. Ces observations rejoignent ce qui a été abordé dans le cadre conceptuel, Amado et Kern (2018) citent notamment les symptômes de la maladie ainsi que les problèmes liés à l'acceptation du handicap, comme barrières à la pratique de l'activité physique. Une ergothérapeute cite également les barrières propres aux soignants eux-mêmes, ainsi que les barrières liées à l'institution. En effet, lors de l'élaboration du cadre conceptuel, Bernard P. et al. (2013) expliquent qu'il existe également des barrières chez les soignants à la proposition de l'activité physique, comme l'organisation institutionnelle et le manque de conditions de sécurité. Enfin, une ergothérapeute met en avant les limites de l'activité physique en termes d'élaboration verbale, il est possible de faire le parallèle avec ce qui a été évoqué dans le cadre conceptuel à travers les observations de Launois, ergothérapeute en psychiatrie (2015). Celle-ci explique qu'il est important que ce type de médiation débouche progressivement sur une création ou une mise en parole, afin de s'extraire de la dimension uniquement corporelle de l'activité (Launois, 2015).

4. La réhabilitation psychosociale :

a. Définition de la réhabilitation psychosociale et appropriation de cette approche

Quand on les interroge, la définition qu'ont les ergothérapeutes de la réhabilitation psychosociale est assez semblable. Trois ergothérapeutes expliquent qu'il s'agit d'une approche qui va permettre à la personne d'être réinsérée dans la société (E2, E4) ou la cité (E1), et ce « à travers les activités que l'on peut proposer » (E4), « à travers des médiations plus concrètes, plus palpables dans les objectifs » (E2), ainsi qu'à travers « toute la prise en soin » (E1). Deux ergothérapeutes utilisent le terme de rétablissement (E3, E5) comme objectifs de la réhabilitation psychosociale. Il s'agit d'une approche qui serait plus centrée sur les projets de vie du patient que sur sa pathologie

(E5), c'est une approche qui part des objectifs du patient lui-même d'un point de vue professionnel, de loisir (E3). Une d'entre elles fait le parallèle avec l'ergothérapie, elle explique qu'il s'agit d'une approche qui correspond vraiment aux ergothérapeutes car il place la personne au centre de l'accompagnement (E5). Il semblerait que ce soit une approche qui est centrée sur les activités de la vie quotidienne, afin de les évaluer (E5) ainsi que rendre les personnes les plus autonomes possible dans leurs activités (E1). Enfin, E6 raconte que cette approche permettrait au patient d'être accepté tel qu'il est dans son environnement avec sa maladie. Elle permettrait également à la personne en souffrance de supporter le regard de l'autre et d'être mieux acceptée par son entourage.

Sans être totalement identique, la définition de la réhabilitation psychosociale décrite par les ergothérapeutes se rejoint sur de nombreux points. Elles expliquent que cette approche consiste à réinsérer le sujet dans la société à travers différents types d'activités, de médiations et plus globalement toute la prise en soin. Cette définition rejoint celle abordée lors de l'élaboration du cadre conceptuel "Ensemble des actions mises en œuvre auprès des personnes souffrant de troubles psychiques au sein d'un processus visant à favoriser leur autonomie et leur indépendance dans la communauté." Duprez (2008). Les ergothérapeutes ont amené la notion de rétablissement, en effet, l'objectif de cette approche est l'amélioration du fonctionnement de la personne ayant des problèmes en santé mentale dans une optique de rétablissement (Lafont-Rapnouil, 2013). Les ergothérapeutes ont mentionné le fait qu'il s'agit d'une approche centrée sur les projets et les objectifs du patient et non pas sur sa pathologie. Cette notion rejoint ce qui a été abordé dans le cadre théorique, Goyet & al (2013) précisent que cette approche considère plutôt les compétences préservées des personnes plutôt que leurs handicaps et favorise les projets pleinement investis par les personnes. L'une d'entre elles fait le parallèle entre cette approche et la pratique en ergothérapie, en effet, comme le remarquent Briand & al (2005), les ergothérapeutes partagent les principes de ce modèle de pratique en prenant en compte le potentiel de la personne plutôt que ses limites ainsi qu'en considérant les besoins spécifiques de chaque personne ainsi que leur environnement. L'une d'entre elles explique que cette approche va permettre à la personne d'être acceptée telle qu'elle est dans son environnement, ce qui correspond à une dimension de la réhabilitation qui vise à diminuer la stigmatisation de la personne souffrant de trouble psychique ainsi qu'à développer les ressources communautaires (Duprez, 2008). On constate que la vision des professionnels de terrain concernant la réhabilitation semble assez juste et rejoint celle décrite par la littérature. Peut-être est-ce dû au fait qu'un de mes critères pour le choix de mon panel de

professionnel était que ceux-ci évoluent dans une structure s'inscrivant dans une démarche de réhabilitation psychosociale.

Quand on demande aux ergothérapeutes comment la réhabilitation psychosociale s'intègre à leur pratique, certaines répondent qu'elles essayent de faire le plus possible d'activités sur l'extérieur (E1, E2, E6). Selon E6 cela permettrait de montrer aux personnes souffrant de schizophrénie qu'elles sont les bienvenues dans des lieux sociaux. Elle rajoute que faire des représentations sur des lieux externes à l'hôpital permettrait également de montrer à leur propre famille que ces personnes sont capables de faire quelque chose de beau, elle cite par exemple un spectacle de danse, réalisé par les patients, qui avait fait l'objet d'une représentation à l'extérieur de l'hôpital. Il semblerait qu'elles encouragent également les patients à travailler leur autonomie (E1, E2, E3, E5) en les mettant dans des situations de « vie quotidienne » (E2, E4, E5) en allant par exemple sur le domicile des personnes (E4).

Comme l'explique E5 « la réhabilitation psychosociale c'est considérer la personne au centre de l'accompagnement, c'est ce que j'ai toujours fait par mon rôle d'ergothérapeute. », en effet E4 ajoute qu'elle « essaye d'individualiser au maximum ses prises en charge afin de les adapter aux besoins de ses patients à un instant T ».

Globalement, il semblerait que la façon dont les ergothérapeutes du panel intègrent la réhabilitation psychosociale soit orientée autour des activités à l'extérieur ainsi que sur le concept d'autonomie. La réhabilitation combine des actions auprès de la personne et de son environnement (Lafont-Rapnouil, 2013). Amener les personnes à faire des activités à l'extérieur s'inscrit alors bien dans une démarche de réhabilitation psychosociale. Alors que le concept d'autonomie n'a été cité qu'une seule fois lors de la définition de la réhabilitation psychosociale, celui-ci est repris à plusieurs reprises lorsque les professionnels sont questionnés plus précisément sur leur pratique. C'est peut-être lié au fait que, par essence, le concept d'autonomie est véritablement au centre de la pratique des ergothérapeutes. Elles font également le lien entre les activités du quotidien. Être au plus près des habitudes de vie des personnes est également l'un des fondements de l'ergothérapie. Comme l'explique Riou (2016), le rôle des ergothérapeutes dans un processus de réhabilitation psychosociale est, entre autres, de soutenir les personnes dans des activités significatives au regard de leurs habitudes de vie. Encore une fois, on constate que les ergothérapeutes partagent de nombreuses valeurs avec la réhabilitation psychosociale. Même sans le vouloir intentionnellement, il semblerait qu'une

ergothérapeute applique de nombreuses valeurs et pratiques de la réhabilitation psychosociale.

b. Activité physique et réhabilitation psychosociale

Selon les ergothérapeutes interrogées, l'utilisation de l'activité physique en ergothérapie peut s'intégrer à une démarche de réhabilitation psychosociale car celle-ci permet de « faire le lien entre le monde interne et externe à l'hôpital » (E4), car « on sort de l'hôpital pour aller dans un centre chorégraphique » (E3), le fait que l'activité se déroule à l'extérieur des murs de l'institution hospitalière semble primordial. De plus, E5 explique que l'activité physique va permettre de travailler la relation à l'autre, ce qui va permettre à la personne d'être plus à l'aise dans des activités de vie quotidienne, que ce soit sur un plan physique, sur la perception de soi, sur l'énergie à faire les choses. E5 ajoute que le corps permet d'intégrer des capacités que l'on ne peut comprendre intellectuellement.

E1 rejoint ce qu'a énoncé E5 et explique que le sport permet de redynamiser les personnes dans leur vie quotidienne. E3 rajoute que l'activité physique va permettre aux personnes de combattre l'apragmatisme.

Elle explique également que l'activité physique va permettre aux personnes de « reprendre confiance en eux, développer leurs capacités à socialiser afin de retrouver l'élan nécessaire pour aboutir à un projet » (E3).

E2 vient nuancer ces propos et énonce que finalement ce n'est peut-être pas l'activité physique en elle-même qui permet la réhabilitation psychosociale mais tout ce qu'il y a autour de l'activité physique, elle cite notamment l'autonomie dans les transports, les vestiaires... E4 rejoint ce que vient d'énoncer E2 et explique que plus que l'activité physique, ce sont les objectifs autour de l'activité qui vont permettre la réhabilitation.

Selon les ergothérapeutes, l'activité physique peut s'inscrire dans une démarche de réhabilitation psychosociale dans le fait qu'il s'agit d'une activité qui peut se faire en dehors des murs de l'institution. Cela rejoint ce qui a été dit à la question précédente. De plus, il s'agit d'une pratique qui va permettre aux personnes d'être plus à l'aise dans leur quotidien, car elle permet de travailler des objectifs différents : la relation à l'autre, la motivation, l'énergie à faire des choses. En effet, les objectifs derrière la pratique de l'activité physique sont multiples et tous peuvent contribuer à une meilleure aisance dans la vie quotidienne. Néanmoins, ce n'est pas intrinsèquement lié à l'activité physique. Certaines ergothérapeutes interrogées ajoutent que finalement ce n'est pas tant l'activité physique qui s'inscrit dans une démarche de réhabilitation psychosociale, mais finalement

tout ce qu'il y a autour, le contexte social et environnemental dans lequel celle-ci est pratiquée ainsi que les préalables à sa pratique.

Cependant, l'une d'entre elles va expliquer que la particularité de l'activité physique est qu'elle touche le corps, et que celui-ci permet d'intégrer des capacités que l'on ne peut comprendre intellectuellement. Cette affirmation se rapproche du concept de cognition incarnée. Ce concept exprime l'idée qu'en modifiant notre façon de bouger et d'agir, nous modifions notre façon de voir le monde. Les actions de l'individu avec son environnement via des activités sensorimotrices vont façonner son fonctionnement cognitif et sa façon de voir le monde qui l'entoure (Grosselin & al, 2018). De plus, l'activité physique fait partie du groupe des médiations psychocorporelles. Ces médiations correspondent à l'ensemble des exercices dont l'enjeu est de permettre aux participants de focaliser leur attention sur les perceptions de leur corps. En outre, la mobilisation des capacités sensorimotrices permettrait de retrouver une aisance dans les activités de la vie quotidienne (Grosselin & al, 2018).

c. Activité physique, engagement occupationnel et rétablissement psychosocial

Les ergothérapeutes sont ensuite interrogées sur le fait que l'activité physique en ergothérapie favoriserait l'engagement occupationnel des personnes souffrant de schizophrénie et donc leur rétablissement psychosocial. Les réponses à cette question sont multiples, trois d'entre elles répondent spontanément par l'affirmative (E3, E5, E6). E6 explique que si l'activité permet de retrouver un élan vital, tout le reste va en découler. Néanmoins elle précise que cet élan peut venir d'une autre activité que l'activité physique, selon E6, chaque activité est un prétexte et l'activité physique est un médiateur comme un autre. Selon E3 également « l'activité physique n'est un prétexte pour travailler d'autres choses ».

E3 explique que l'activité physique est un médiateur qui peut servir au rétablissement. Car à travers ce médiateur on va travailler d'autres fonctions, comme les fonctions cognitives, l'orientation, qui vont permettre la réhabilitation psychosociale.

Il semblerait que l'activité physique peut aller vers l'engagement occupationnel, E4 explique que si les personnes ressentent du plaisir et de l'envie grâce à ce médiateur cela va les aider à passer un cap et cela peut les aider aussi à aller vers le rétablissement.

Mais elle précise que cela ne veut pas dire que tout ceux qui pratiquent du sport vont être rétablis. Selon E4 l'activité physique en ergothérapie est un tremplin pour le rétablissement, mais ce n'est pas l'entièreté du rétablissement. Elle pointe également le travail interdisciplinaire, la prise en compte des autres professionnels pour accompagner les personnes vers un rétablissement. E5

rejoint l'idée d'E4 et explique qu'effectivement l'activité physique permet de retrouver une certaine harmonie entre son esprit, ses émotions et son corps ce qui favorise le « flow » et donc l'engagement occupationnel de la personne et que tout cela participerait à un rétablissement psycho social. Mais elle ajoute que l'activité physique reste le maillon d'une chaîne et que d'autres éléments vont participer au rétablissement.

E2 vient également nuancer cette affirmation en expliquant que l'activité physique permettrait davantage aux personnes d'adhérer aux soins et que mêlée à d'autres activités thérapeutiques, ou même d'autres soins, cela leur permettrait d'être insérés dans la société. E2 donne l'exemple des jeunes patients qui vont être plus facilement mobilisables sur un médiateur tel que l'activité physique plutôt que sur une activité artistique. E1 vient également nuancer cette affirmation et énonce que les objectifs liés à la pratique de l'activité physique sont évidemment de favoriser l'engagement occupationnel et le rétablissement, néanmoins elle explique que c'est plus la prise en soin globale qui permet l'atteinte de ces objectifs que le groupe activité physique spécifiquement, même si celui-ci participe à l'atteinte de ces objectifs.

E1 ajoute que le transfert de cet engagement occupationnel dans la vie quotidienne des personnes n'est pas forcément effectif et que s'ils ne sont pas accompagnés par l'institution, initier une action en autonomie et s'engager est très difficile voire impossible.

L'intérêt de cette dernière question est de constater à quel point les ergothérapeutes peuvent faire le lien entre l'activité physique, l'engagement occupationnel ainsi que le rétablissement du point de vue de la réhabilitation psychosociale. Les réponses à cette dernière question sont très nuancées. Je peux relier la difficulté à mettre en lien ces trois éléments au fait que l'engagement occupationnel est une notion qui semble difficilement évaluable pour les ergothérapeutes interrogées. De plus, il s'agit également d'une notion encore assez imprécise dans sa définition de par ces mêmes ergothérapeutes. Encore une fois, cela peut être lié au fait que les ergothérapeutes en question n'utilisent pas de modèle conceptuel permettant de mieux situer et évaluer ce terme, mais aussi au fait qu'il s'agit d'un concept assez récent en France et absent de la formation initiale en ergothérapie de la plupart des ergothérapeutes que j'ai interrogés. De plus, la définition de l'activité physique en elle-même n'est pas très précise. C'était un choix lors de l'élaboration du guide d'entretien, afin que celui-ci puisse s'adapter à tous les sports proposés par les professionnels de terrain. Seule la notion de réhabilitation psychosociale semble être commune et bien intégrée par toutes les ergothérapeutes interrogées. Cependant, la notion de rétablissement est par essence assez difficile à appréhender et à quantifier. De ce fait,

les ergothérapeutes reconnaissent que l'activité physique permettrait de retrouver une certaine harmonie entre son esprit, ses émotions et son corps, et que celle-ci peut améliorer l'engagement occupationnel d'une personne et contribuer à son rétablissement. Elles ajoutent que ce médiateur permet de travailler d'autres éléments comme les fonctions cognitives qui peuvent participer à un rétablissement psychosocial, mais elles précisent que d'autres médiateurs peuvent remplir ce même rôle et qu'il ne s'agit pas là d'une spécificité de l'activité physique. De plus, il semblerait que ce ne soit pas uniquement l'activité physique en elle-même qui améliore l'engagement occupationnel d'une personne et participe à son rétablissement, mais tous les éléments qui gravitent autour de l'activité physique, tels que son contexte social, environnemental et, comme cité précédemment, le cadre thérapeutique. Les professionnels ajoutent que l'activité physique seule ne permet pas un engagement occupationnel ainsi que le rétablissement, mais qu'elle y participe, qu'elle n'est qu'un "maillon d'une chaîne" (E5). D'autres éléments sont à mettre en lien avec cet objectif de rétablissement, tels que d'autres activités thérapeutiques, la prise en soin globale de la personne ainsi que le travail interdisciplinaire. Comme l'explique Moutet & al (2014), "l'interdisciplinarité permet d'analyser et d'harmoniser les liens entre des disciplines diverses dans le but commun de résoudre des problématiques complexes." Celle-ci permet aux professionnels de partager leurs pratiques. Pons (2013) ajoute que l'interdisciplinarité a comme bénéfice pour la personne soignée une meilleure qualité de vie, une meilleure communication thérapeutique ainsi qu'un sentiment de réassurance et de confort. Une ergothérapeute explique que finalement, l'activité physique permettrait davantage aux personnes d'adhérer aux soins, qu'elle serait un tremplin pour accéder à d'autres activités, renforcer l'engagement occupationnel et ainsi participer au rétablissement de la personne.

II - 4 Discussion

1. Retour sur l'hypothèse et la question de recherche

Pour rappel, ma question de recherche est la suivante :

« En quoi l'activité physique en ergothérapie peut être un outil à destination des personnes souffrant de schizophrénie vers une amélioration de leur engagement occupationnel dans le cadre d'une démarche de réhabilitation psychosociale »

J'en ai extrait, à l'aide des apports théoriques, cette hypothèse, permettant de guider mon enquête :

« L'utilisation de l'activité physique en ergothérapie, s'inscrivant dans une approche de réhabilitation psychosociale, améliorerait le rapport au corps des personnes souffrant de schizophrénie, favorisant ainsi leur engagement occupationnel »

Afin de vérifier où non cette hypothèse de départ, les notions qu'elle aborde vont être reprises et mises en lien avec l'analyse de l'enquête : Activité physique et amélioration du rapport au corps des personnes souffrant de schizophrénie, l'amélioration de l'engagement occupationnel, réhabilitation psychosociale.

a. Activité physique et amélioration du rapport au corps des personnes souffrant de schizophrénie

Le rapport aux corps est une notion finalement assez vague qui mériterait d'être précisée. Car dans le rapport aux corps, il est possible de penser à de multiples troubles liés aux corps, comme cela a été abordé lors de l'élaboration du cadre conceptuel, tels que l'apraxie, l'altération du processus d'altérité ou encore les difficultés sensorielles et motrices. Cependant, il convient de revenir sur deux concepts qui permettent de mieux cerner l'objet corps : le concept de schéma corporels et celui d'image du corps. Selon Morin (2013), qui se réfère à Coslett (1998), le concept de schéma corporel est défini comme une représentation du corps qui opère de manière inconsciente. Cette représentation jouerait un rôle essentiel dans l'adaptation automatique de nos mouvements à notre environnement spatial. L'auteur met alors en lien les difficultés en termes de praxie avec les troubles du schéma corporel. Morin souligne également que le schéma corporel est en constante évolution et se construit tout au long de l'enfance, intégrant les changements progressifs liés au processus de vieillissement. Toujours selon Morin (2013), l'image du corps correspondrait plutôt aux aspects subjectifs de la représentation du corps. De nombreux auteurs ont donné une définition de l'image du corps. Feral (2015) donne la définition d'Anne Sanglade (1983), qui définit l'image du corps comme "une représentation mentale de soi dans son contour, son épaisseur, sa solidité ou sa fragilité". Morin (2013) ajoute que les troubles de l'image du corps induiraient des phénomènes de dysmorphophobie, de morcellement, une détérioration du processus d'altérité. En résumé, elle explique que la détérioration de l'image du corps englobe les notions complexes d'identification, de reconnaissance et d'unicité. Finalement, cela soulève les questions fondamentales de "qu'est-ce que signifie être soi-même" et "comment reconnaître autrui à la fois comme similaire et différent de soi".

Dans le cadre de cette recherche, c'est en réalité le concept d'image du corps que je souhaitais explorer plus particulièrement. En effet, j'ai pu constater dans l'élaboration du cadre conceptuel que la schizophrénie est un trouble qui met en avant de façon évidente des troubles de l'image du corps (Boutinaud, 2021). Certains éléments concernant le rapport au corps des personnes schizophrènes ont été cités par les ergothérapeutes comme les troubles de l'image du corps, le morcellement, les difficultés à se représenter leur corps, la dysmorphophobie, le fait qu'il se sentent facilement persécutés. Néanmoins certains troubles cités dans le cadre théorique n'ont pas été nommés comme la dépersonnalisation, la dégradation du processus d'altérité, la notion de pare-excitation déficitaire. D'autres troubles ont été évoqués grâce à des exemples mais n'ont pas été nommés. De plus, certaines notions ne semblent pas tout à fait claires. Le manque de précision concernant ces éléments peut me laisser penser que le rapport au corps est une problématique qui focalise moins l'attention des ergothérapeutes.

Il a été observé lors de l'élaboration du cadre théorique que l'activité physique aurait des effets sur les personnes qui la pratiquent. Comme le rappelle Kudelski (2010), le sport aurait une incidence sur le corps des personnes psychotiques, en les aidant à construire des repères entre le Moi et le non-Moi. Par extension, l'auteur explique que l'activité physique aurait un effet sur les angoisses de morcellement et permettrait au sujet de se rassembler, d'unifier son corps et de retrouver une sécurité interne. Les réponses des ergothérapeutes rejoignent en partie ce qui a été décrit dans la littérature. Elles expliquent que l'activité physique améliore la coordination, la souplesse, les ressentis corporels ainsi que les ressentis des limites corporelles et de la contenance des personnes qu'elles accompagnent. Je pourrais faire le lien entre l'amélioration des limites corporelles et de la contenance avec l'amélioration de l'image du corps, même si elle n'a pas été citée comme telle. Mais finalement, ces mêmes ergothérapeutes semblent être plus attachés à l'amélioration des ressentis corporels des personnes souffrant de schizophrénie qu'elles accompagnent, ainsi qu'à la notion de bien-être. À ce stade, il est difficile de dire si les ressentis corporels et le bien-être renvoient à l'image du corps. Il aurait fallu interroger plus en détail les ergothérapeutes à ce sujet afin de préciser leurs pensées. Il me semble difficile de faire un parallèle avec la littérature, car les études spécifiquement axées sur l'impact de l'activité physique sur le rapport au corps des personnes schizophrènes sont limitées. Les réponses obtenues lors de ces entretiens ont apporté des éléments limités pour étayer la littérature existante sur le sujet, ce qui souligne qu'il s'agit d'un domaine encore largement à explorer.

Je peux mettre en lien ce défaut d'étayage avec le fait que l'amélioration du rapport au corps ne soit pas l'objectif principal des ergothérapeutes que j'ai interrogés quant à l'utilisation de l'activité physique avec des personnes souffrant de schizophrénie. De nombreux objectifs différents ont été

cités par les ergothérapeutes, tels que l'amélioration des capacités cognitives, l'autonomie via les activités en amont et en aval de la séance, l'amélioration de la santé somatique, la socialisation, la revalorisation narcissique, la lutte contre la stigmatisation. Ces objectifs rejoignent ceux qui ont été abordés dans le cadre conceptuel. Comme l'indique Riou (2016), la démarche d'un ergothérapeute vise toujours l'autonomie, le bien-être et la qualité de vie, ainsi que le développement de la capacité d'agir de la personne. Plus généralement, les effets de l'activité physique sur les personnes qui souffrent de schizophrénie abordée dans le cadre théorique sont l'amélioration de la qualité de vie, du fonctionnement global ainsi que la réduction de la symptomatologie dépressive (Inserm, 2019). De plus, il semblerait que de nombreux objectifs ne soient pas spécifiquement liés à l'activité physique en elle-même, mais à d'autres éléments contextuels. Dans la littérature, il a été abordé le cas de l'ergothérapeute Lemarié (2020), qui utilise la boxe dans le cadre de ses accompagnements. Dans ce cadre-là, elle expliquait que le fait que l'activité fut proposée à l'extérieur a permis à ses patients de développer une capacité à s'inscrire dans des activités extérieures socialisantes à plus long terme. Dans ce cas également, la réalisation de l'objectif n'était pas liée spécifiquement à l'activité physique.

b. Activité physique et engagement occupationnel

La notion d'engagement occupationnel semble être complexe pour les professionnels interrogés, bien que les définitions données par les ergothérapeutes présentent des éléments en commun qui se rapprochent de ce qui a été abordé lors de l'élaboration du cadre conceptuel, aucune ne donne de définition précise de ces termes. Cela rejoint ce qui est expliqué dans la littérature, comme l'explique Bertrand et al. (2018), bien que l'engagement occupationnel soit un concept majeur en ergothérapie, on ne trouve cependant aucun consensus pour en faire sa définition. De plus, il s'agit d'une notion relativement récente en France, la définition que j'ai retenue dans le cadre de ce travail de mémoire date de 2013, ce qui peut expliquer la méconnaissance des professionnels de terrain en regard de cette définition. Je peux supposer que les professionnels que j'ai interrogés n'utilisent pas de modèle conceptuel leur permettant de donner une définition plus précise de ces termes. Comme l'explique Morel-Bracq et al. (2012), les buts des modèles conceptuels sont de produire des connaissances et une démarche de réflexion pour les ergothérapeutes, mais elle indique également que nombre d'entre eux exercent leur profession sans avoir recours à un modèle conceptuel de façon explicite, ce qui se vérifie lors de ces entretiens. Or, Morel-Bracq (2013) ajoute qu'intégrer un modèle dans sa pratique peut aider l'ergothérapeute à se centrer sur la personne et pas seulement sur sa pathologie. De plus, les modèles aident à développer le potentiel thérapeutique de l'activité. Elle explique également que les modèles permettent de donner aux ergothérapeutes

un cadre d'intervention structuré ainsi que des outils d'évaluation cohérents (Morel-Bracq, 2017). Dans le cadre de cette recherche, les ergothérapeutes de l'étude m'ont indiqué mesurer l'engagement occupationnel d'une personne uniquement via l'observation clinique, on pourrait penser que l'utilisation d'un modèle conceptuel leur aurait donné des outils d'évaluation plus précis. Au final, l'utilisation d'un modèle peut permettre de garantir une démarche de qualité. L'ergothérapeute a le choix entre différents modèles, interprofessionnels ou spécifiques à l'ergothérapie (Morel-Bracq, 2017). Néanmoins, selon Morel-Bracq (2017), choisir un modèle élaboré par les ergothérapeutes est un atout pour se recentrer sur les fondements de l'ergothérapie. Je peux supposer que les professionnels de ma recherche s'appuient sur des modèles plus orientés sur la santé mentale mais non spécifiques à l'ergothérapie, comme l'approche psychodynamique ou l'approche cognitivo-comportementale. En effet, comme l'explique Morel-Bracq, le modèle psychodynamique est sous-jacent dans le programme des études d'ergothérapie en ce qui concerne la psychologie et la psychiatrie. Le modèle cognitivo-comportemental est "un modèle pragmatique qui vise la réadaptation et la réinsertion sociale de personnes souffrant de troubles psychiatriques" (Morel-Bracq, 2017).

Néanmoins, les ergothérapeutes interrogés ont pu constater une amélioration de l'engagement occupationnel des personnes souffrant de schizophrénie par le fait qu'ils reviennent aux activités et surtout qu'ils ont pu ressentir du plaisir. Encore une fois, peut-on véritablement mettre en lien cette notion de ressentir du plaisir avec celle de l'amélioration de l'image du corps ? D'autant plus que finalement, ce n'est peut-être pas l'activité physique en elle-même qui améliore l'engagement occupationnel d'une personne mais tout ce qu'il y a autour, comme la relation avec le thérapeute, le groupe ainsi que le cadre spatio-temporel de l'activité. Dans le domaine de la psychiatrie et de l'ergothérapie, la notion de "cadre" revêt une signification particulière, car il se réfère à l'environnement et aux paramètres établis pour soutenir l'intervention thérapeutique. Selon Thierry Albernhe & al (2012) « Le cadre thérapeutique désigne l'ensemble des conditions pratiques et psychologiques qui, ajustées aux possibilités du patient, permettent un processus soignant. Ce sont des éléments fixes non rigidifiés, un espace, un rituel, des repères temporels, des règles et des seuils, mais également des personnes, un objectif, une ambiance et surtout une conception, celle de l'esprit du soin. »

c. La réhabilitation psychosociale.

La définition de la réhabilitation psychosociale adoptée par les ergothérapeutes participant à mon étude coïncide avec celle présente dans la littérature spécialisée. J'ai retenu la définition suivante : « la réhabilitation psychosociale est l'ensemble des actions mises en œuvre auprès des

personnes souffrant de troubles psychiques au sein d'un processus visant à favoriser leur autonomie et leur indépendance dans la communauté » (Duprez, 2008). Cette convergence de définitions n'est pas surprenante, puisque j'ai interrogé des ergothérapeutes qui travaillent précisément selon cette approche.

Selon les ergothérapeutes interrogés, l'intégration de l'activité physique s'inscrit dans une démarche de réhabilitation psychosociale, en particulier parce que ces activités peuvent se dérouler dans des lieux communs à la population générale. Les ergothérapeutes ont insisté sur le fait que l'activité physique permet de travailler l'autonomie et la relation aux autres. En effet, comme cela a été abordé dans le cadre conceptuel, les troubles psychiques sévères comme la schizophrénie engendrent un isolement ainsi que des difficultés de participation à la vie sociale, ce qui peut conduire à une absence d'emploi, du célibat ainsi qu'une restriction des loisirs (Goyet & al, 2013). En d'autres termes, l'engagement occupationnel de ces personnes est très entravé. Cependant, il est important de noter qu'il semblerait que ce n'est pas l'activité physique en elle-même qui permet d'atteindre l'objectif de rétablissement de la réhabilitation psychosociale, mais plutôt le contexte dans lequel elle s'inscrit. Ce qui se fait en amont et en aval de l'activité, l'établissement d'une relation thérapeutique solide et la modalité groupale de la pratique de l'activité. Finalement l'activité physique ne serait qu'une médiation comme une autre. Les ergothérapeutes interrogés précisent que l'activité physique participe au rétablissement mais qu'elle n'est finalement que le maillon d'une chaîne et que d'autres éléments sont à mettre en lien avec cet objectif de rétablissement comme d'autres activités thérapeutiques, la prise en soin globale, le travail interdisciplinaire. En effet, comme le rappelle centre ressource réhabilitation psychosociale (2022), l'accompagnement de chaque patient doit combiner l'utilisation de plusieurs de ces outils de soin. J'ai pu constater lors de l'élaboration du cadre conceptuel que la réhabilitation psychosociale a développé diverses approches thérapeutiques permettant d'améliorer les aptitudes préservées des patients. Ils citent notamment la psychoéducation, la remédiation cognitive, l'entraînement des habiletés sociales ainsi que le transfert des acquis dans la vie quotidienne (Goyet & al, 2013).

En outre, parmi les ergothérapeutes interrogés, une seule a souligné que la particularité d'une activité physique est qu'elle touche le corps. Elle explique que celui-ci permet d'intégrer des capacités que l'on ne peut comprendre intellectuellement. Cette perspective rejoint les idées discutées dans le cadre conceptuel de cette recherche, en particulier celles liées à la cognition incarnée. Selon Grosselin et al. (2018), la cognition incarnée exprime l'idée que notre façon de bouger et d'agir influence notre perception du monde. Les actions de l'individu avec son environnement, à travers des activités sensorimotrices, façonnent son fonctionnement cognitif et sa façon de voir le monde qui l'entoure. Dans cette optique, l'ergothérapeute peut tirer parti des

médiations psychocorporelles pour soutenir le rétablissement des personnes schizophrènes. Le fait qu'une seule ergothérapeute ai fait ce lien est en phase avec ce qui a été abordé dans la littérature, Grosselin & al (2018) expliquent qu'il semblerait que bien que les médiations psychocorporelles aient lieu dans certains établissements s'inscrivant dans une approche de réhabilitation psychosociale, il s'agirait selon les auteurs d'expériences isolées.

d. Validation ou non de l'hypothèse

Suite à l'enquête réalisée, je peux maintenant affirmer que cette hypothèse est partiellement validée. En effet, les ergothérapeutes interrogés ont constaté que l'activité physique peut entraîner certaines améliorations dans le rapport au corps des personnes atteintes de schizophrénie, notamment au niveau de la coordination, de la souplesse, des ressentis corporels ainsi que des ressentis des limites corporelles, de la contenance des personnes qu'elles accompagnent, que l'on pourrait mettre en lien avec l'amélioration de l'image du corps. De plus, les améliorations ressenties, telles que le plaisir et le bien-être, peuvent favoriser l'engagement occupationnel, ce qui s'inscrit dans une approche de réhabilitation psychosociale contribuant au rétablissement de la personne. Cependant, les retours que j'ai reçus concernant le rapport au corps ne sont pas suffisamment détaillés et explicites pour déterminer avec certitude l'impact de l'activité physique sur le rapport au corps des personnes atteintes de schizophrénie et plus spécifiquement sur l'amélioration de l'image du corps qui est la notion qui m'intéressait plus particulièrement dans le cadre de cette étude. De plus, le lien entre l'amélioration du rapport au corps et l'engagement occupationnel est relativement difficile à établir à partir de ces entretiens. D'une part, cela est dû au manque de précision concernant le lien entre le rapport au corps et l'engagement occupationnel décrit par les ergothérapeutes. D'autre part, la notion d'engagement occupationnel semble difficilement évaluable selon les ergothérapeutes interrogés, et sa définition reste encore assez vague pour ces professionnels.

En outre, il semble finalement que ce ne soit pas uniquement l'amélioration du rapport au corps qui favorise l'engagement occupationnel, mais plutôt d'autres objectifs tels que l'autonomie et le lien social. En réalité, il apparaît que ce ne soit pas spécifiquement l'activité physique en elle-même qui permet d'atteindre les objectifs des ergothérapeutes, mais plutôt l'ensemble des éléments qui l'entourent, tels que la relation thérapeutique et le cadre mis en place. Les professionnels ajoutent que l'activité physique seule ne garantit pas un engagement occupationnel et un rétablissement, mais qu'elle participe à cet objectif en tant que "maillon d'une chaîne". D'autres éléments sont également liés à cet objectif de rétablissement, tels que d'autres activités thérapeutiques, la prise en soin globale de la personne et le travail interdisciplinaire.

2. Forces et limites de la recherche

Des biais ont pu être révélés lors de ce travail d'initiation à la recherche. Un biais potentiel dans cette recherche est lié à la méthode d'entretien utilisée, avec une combinaison d'entretiens en présentiel et par téléphone. Cette différence de modalités d'entretien peut introduire un certain biais, car les ergothérapeutes interrogés n'étaient pas tous dans les mêmes conditions lors des entretiens. Idéalement, il aurait été préférable que tous les entretiens se déroulent en présentiel pour assurer une cohérence des interactions. Toutefois, en raison de l'éloignement géographique de certains ergothérapeutes, il n'a pas été possible de réaliser tous les entretiens en face-à-face. Cette variation dans les conditions d'entretien peut influencer les réponses et les perceptions des participants, ce qui doit être pris en compte lors de l'interprétation des résultats

De plus, il est important de souligner que ma présence lors des entretiens peut potentiellement avoir influencé les réponses des ergothérapeutes. La dynamique de l'entretien, mes questions ou même mes préjugés implicites pourraient avoir involontairement orienté les réponses des participants.

Un autre biais est apparu avec le choix de mon panel d'ergothérapeutes interrogés. Je n'ai interrogé que des ergothérapeutes qui utilisent l'activité physique en médiation et qui semblent apprécier cette approche. De plus, j'ai uniquement interrogé des ergothérapeutes qui travaillent selon une approche de réhabilitation psychosociale. Ainsi, il semble que tous les ergothérapeutes interrogés apprécient l'utilisation de l'activité physique, ce qui biaise leurs opinions puisqu'elles sont déjà en faveur de cette façon de travailler.

Le terme "activité physique" utilisé dans ma question de recherche n'est pas suffisamment précis, car il englobe différents types d'activités adaptées. Selon l'article D. 1172-1 du Code de la Santé Publique, il englobe "la pratique dans un contexte d'activité quotidienne, de loisir, de sport ou d'exercices programmés, des mouvements corporels produits par les muscles squelettiques, basée sur les aptitudes et les motivations des personnes ayant des besoins spécifiques qui les empêchent de pratiquer dans des conditions ordinaires." Par conséquent, cela ne se limite pas uniquement aux activités sportives. Dans ma recherche, j'étais principalement intéressé par les activités sportives et j'aurais dû les spécifier plus clairement. Malgré cela, les participants de mon étude ont compris ma démarche et mon intention de parler d'activités sportives.

Une autre limitation de cette étude est qu'il existe de nombreuses activités sportives différentes, et que selon les activités proposées, les objectifs de travail peuvent varier. De plus, certaines activités sportives, comme la danse, sont également des activités artistiques et créatives.

La notion de "rapport aux corps" mentionnée dans mon hypothèse est trop vaste, et j'aurais dû spécifier plus précisément ces termes. Il serait intéressant, dans une prochaine recherche, d'approfondir cette notion du corps afin d'obtenir des réponses plus précises et détaillées lors des entretiens, en réorientant mon hypothèse sur l'image du corps.

Lors de la réalisation de ces entretiens, j'ai été surprise de constater une certaine méfiance de la part des ergothérapeutes envers l'activité physique, bien qu'ils l'intègrent dans leur pratique. En effet, la plupart d'entre eux ont expliqué que d'autres professionnels, tels que les psychomotriciens et les EAPA, sont mieux qualifiés pour proposer ce type d'activité.

Enfin, alors que j'imaginai que les ergothérapeutes utilisaient principalement l'activité physique pour améliorer le rapport aux corps des personnes souffrant de schizophrénie, j'ai réalisé lors de ces entretiens que ce n'était pas le cas. En réalité, l'activité physique est utilisée pour atteindre une multitude d'objectifs ergothérapeutiques qui ne sont pas nécessairement liés à la pratique sportive ou au corps.

CONCLUSION

Ce mémoire d'initiation à la recherche visait à explorer le potentiel de l'activité physique en ergothérapie comme outil pour améliorer l'engagement occupationnel des personnes atteintes de schizophrénie dans le cadre de la réhabilitation psychosociale. Les résultats suggèrent que l'activité physique peut contribuer à atteindre divers objectifs ergothérapeutiques, tels que la recherche du plaisir et du bien-être, l'amélioration de l'autonomie, l'amélioration des capacités cognitives de la santé somatique mais aussi l'amélioration du rapport au corps des personnes souffrant de schizophrénie. De plus, elle semble favoriser l'engagement occupationnel en procurant du bien-être et en permettant aux personnes de s'investir activement.

Cependant, cette étude présente certaines limites. Les réponses des ergothérapeutes interrogés n'ont pas fourni suffisamment de détails pour évaluer de manière précise l'impact de l'activité physique sur le rapport au corps dans ce contexte spécifique. De plus, le lien entre l'amélioration du rapport au corps et l'engagement occupationnel reste complexe à établir uniquement à partir de ces entretiens. Ainsi, il est nécessaire de définir ces notions de manière plus précise et de mener des évaluations approfondies à l'avenir.

Il convient également de souligner que l'engagement occupationnel ne dépend pas exclusivement de l'amélioration du rapport au corps, mais est influencé par d'autres objectifs tels que l'autonomie et le lien social. L'activité physique est donc un élément parmi d'autres, et il est essentiel de prendre

en compte l'ensemble des facteurs environnants à la pratique de l'activité physique, tels que la relation ainsi que le cadre thérapeutique, pour atteindre les objectifs des ergothérapeutes.

Cette recherche soulève des pistes de réflexion pour de futures études. Il serait pertinent d'approfondir la notion de rapport au corps dans le contexte de la schizophrénie afin d'obtenir des réponses plus précises lors des entretiens et de se concentrer plus spécifiquement sur l'image du corps. Par ailleurs, il serait bénéfique de préciser la notion d'activité physique et d'orienter l'étude vers des activités sportives spécifiques. Interroger les ergothérapeutes en les comparant à d'autres professionnels de santé tels que les psychomotriciens et les EAPA pourrait également mettre en évidence les particularités propres aux ergothérapeutes.

En outre, cette recherche m'a fait prendre conscience de l'importance de spécifier clairement les termes de recherche pour obtenir des résultats exploitables. J'ai également pu approfondir ma compréhension du rôle spécifique de l'ergothérapeute en santé mentale et découvrir les nombreuses possibilités offertes par l'utilisation de l'activité physique dans les soins aux personnes atteintes de troubles psychiques. Cette expérience a renforcé mon intérêt pour la complexité des soins en santé mentale et l'aspect passionnant de cette pratique.

Bibliographie

Ouvrages :

- Ballouard, C. (2016). Dyspraxie: Des gestes incontrôlables. In Jean-François Marmion éd., *Troubles mentaux et psychothérapies* (p. 111-113). Auxerre: Éditions Sciences Humaines. <https://doi.org/10.3917/sh.marmi.2016.01.0111>
- Bertrand, R, Desrosiers, J, Stucki, V, Kuhne, N, Tétreault, S (2018). Engagement occupationnel : construction historique et compréhension contemporaine d'un concept fondamental. In Jean Michel Caire (ed). *Engagement, occupation et santé une approche centrée sur l'accompagnement de l'activité de la personne dans son contexte de vie* (p. 47-57). ANFE
- Briand & al (2005). Introduction. In Marie-José Manidi (ed) *Ergothérapie comparée en santé mentale et en psychiatrie* (p 21 -41). ESSP – Ecole d'étude sociales et pédagogiques de Lausanne
- Caire, J., Margot-Cattin, I., Schabaille, A. & Seené, M. (2012). Dynamique d'évaluation en ergothérapie. In Jean-Michel Caire éd., *Nouveau guide de pratique en ergothérapie : entre concepts et réalités* (p. 157-177). Louvain-la-Neuve: De Boeck Supérieur. <https://doi.org/10.3917/dbu.caire.2012.01.0157>
- Célestin-Lhopiteau, I & Wanquet-Thibault, P. (2018). 1 - Place des pratiques psychocorporelles et définitions. In *Guide des pratiques psychocorporelles* (p.9 -22). Elsevier Masson.
- Censabella, S (2007). Les fonctions exécutives. In Marie-Pascale Noël (éd). *Bilan neuropsychologique de l'enfant* (p. 117-137). Wavre: Mardaga.
- Connor, L., Wolf, T., Foster, E., Hildebrand, M. & Baum, C. (2016). Participation et engagement dans les occupations des adultes en situation de handicap. In Doris Pierce (ed) *La science de l'occupation l'ergothérapie* (p. 125-137). De Boeck Supérieur. <https://doi.org/10.3917/dbu.pierc.2016.01.0125>
- Debout, C. (2012). Holisme. Dans : Monique Formarier éd., *Les concepts en sciences infirmières: 2ème édition* (p. 311-312). Toulouse : Association de Recherche en Soins Infirmiers. <https://doi.org/10.3917/arsi.forma.2012.01.0311>
- De Coninck, F. & Équipe du Wolvendael, L. (2008). La psychothérapie institutionnelle. In F. de Coninck & L. Équipe du Wolvendael (Dir), *Un lieu, un temps pour accueillir la folie: Une expérience de communauté thérapeutique* (p. 25-26). Toulouse: Érès.
- Delevoeye-Turell, Y & al (2019). Sport plaisir en santé mentale. In Fayollet & al. *Activité physique en santé mentale* (p. 41-69). Dunod

- Dupuy, V (2008). L'ergothérapeute, un intervenant du projet de soin. In J-M Caire(ed) *Nouveau guide de pratique en ergothérapie entre concepts et réalités* (p.179-200) Solal
- DSM-5 (2015) Le spectre de la schizophrénie et autres troubles psychotiques. In Marc antoine Crocq (ed). *DSM-5 - Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux.* (p. 103-144) Elsevier masson
- Favrod, J (2012). Introduction. In Laure Besson (ed). *Se rétablir de la schizophrénie.* (p. 1-11). Elsevier Health Sciences France
- Fayollet, C (2019). Histoire des activités physiques en psychiatrie. In Fayollet & al. *Activité physique en santé mentale* (p. 1-23). Dunod
- Franck, N (2018) traité de réhabilitation psychosociale. Elsevier Masson.
- Grosselin, A, Sevos, J and Massoudre, C (2018) Apport de la cognition incarnée et des médiations psychocorporelles : pour de nouvelles prises en charge dans la schizophrénie. In Nicolas Franck. *Traité de réhabilitation psychosociale* (p. 335-341). Elsevier Masson
- Hesse,W & Prünste, K (2005). Approche de l'intégration sensorielle auprès de patients schizophrènes. In Marie-José Manidi (ed) *Ergothérapie comparée en santé mentale et en psychiatrie* (p. 43 -71). ESSP – Ecole d'étude sociales et pédagogiques de Lausanne
- Juillet, P (2000). Angoisse de morcellement. In *Dictionnaire de psychiatrie.* Clif
- Kern, L & Amado, I (2018) Patients ayant un psychose et Activité physique. In Kern, L & Marchetti, E. *Mettre en place un programme d'activités physique ludiques.* (p. 24-35) Dunod
- Kern, L & Willard, D (2018) Les patients psychotiques : descriptions cliniques. In Kern, L & Marchetti, E. *Mettre en place un programme d'activités physique ludiques.* (p. 16-21) Dunod
- Kern, L & al (2019). Schizophrénie : activité physique adaptée dans un centre de réhabilitation psychosociale. In Fayollet & al. *Activité physique en santé mentale* (p. 109-132). Dunod
- Klein, F (2014) Le moindre des soins. In F Klein (ed). *Être ergothérapeute en psychiatrie* (p. 19-40). Eres
- Klein, F (2016) Ergothérapeute, pour quoi faire. In H. Hernandez (ed). *Ergothérapie en psychiatrie, de la souffrance psychique à la réadaptation* (p. 37-54). De boeck supérieur
- Laurent, M (2023) Introduction. In CRIQUILLON-RUIZ & al. *L'évaluation en ergothérapie : Concepts, méthodologie, applications.* (p. 8-12). De Boeck Supérieur.
- Lavarde, A-M (2008) Logique de recherche. In *Guide méthodologique de la recherche en psychologie.* (p. 69-78). De Boeck.
- Meyer, S (2013) Le projet terminologie de ENOTHE. *De l'activité à la participation* (p. 3-20) de Boeck-ANFE-Solal

- Meyer, S (2018) La performance et l'engagement occupationnel comme vecteur de participation. In Jean Michel Caire. *Engagement, occupation et santé une approche centrée sur l'accompagnement de l'activité de la personne dans son contexte de vie* (p. 17-25). ANFE
- Morel-Bracq, M., Destailats, J. & Platz, F. (2012). Chapitre 4. Les fondements conceptuels en ergothérapie. Dans : Jean-Michel Caire éd., *Nouveau guide de pratique en ergothérapie : entre concepts et réalités* (p. 109-125). Louvain-la-Neuve: De Boeck Supérieur. <https://doi.org/10.3917/dbu.caire.2012.01.0109>
- Morel-Bracq, M.-C. (2013). Choisir et intégrer un modèle conceptuel dans la pratique en ergothérapie : pourquoi et comment Dans M.-H. Izard (Coord.) *Expériences en Ergothérapie, 26e série* (p. 136-144). Sauramps Medical, Montpellier
- Morel-Bracq, M.-C. (2017). *Les modèles conceptuels en ergothérapie. Introduction aux concepts fondamentaux* (2ème édition). De Boeck Supérieur : Lausanne, Suisse.
- Morin, L & Franck, N (2016) Historique et fondamentaux. In Nicolas Franck. *Outils de la réhabilitation psychosociale : pratique en faveur du rétablissement* (p.1-15). Elsevier Masson.
- Pagès, V (2017). La schizophrénie. In Vincent Pagès. *Handicaps et psychopathologies: En 29 notions* (p. 89-95). Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.pages.2017.01.0089>
- Person, Y (2016) Ergothérapie et réhabilitation : le sens de l'action. In H. Hernandez (ed). *Ergothérapie en psychiatrie, de la souffrance psychique à la réadaptation* (p. 161-175). De boeck supérieur
- Pfister El Maliki, A-C (2005). Approche bio-psycho-sociale en ergothérapie. In Marie-José Manidi (ed) *Ergothérapie comparée en santé mentale et en psychiatrie* (p. 233 -244).ESSP – Ecole d'étude sociales et pédagogiques de Lausanne
- Pibaro, I (2016) Ergothérapeute, pourquoi faire ? In H. Hernandez (ed). *Ergothérapie en psychiatrie, de la souffrance psychique à la réadaptation* (p. 37-53). De boeck supérieur
- Picq, J (2009). 2 - Glossaire. In *Biologie pour psychologues* (p. 305-312). The Boeck supérieur
- Tétreault, S. (2014). Appropriation d'une terminologie scientifique. Dans : Sylvie Tétreault éd., *Guide pratique de recherche en réadaptation* (p. 53-68). Louvain-la-Neuve: De Boeck Supérieur. <https://doi.org/10.3917/dbu.guill.2014.01.0053>
- Tétreault, S. (2014). Entretien de recherche. Dans : Sylvie Tétreault éd., *Guide pratique de recherche en réadaptation* (p. 215-245). Louvain-la-Neuve: De Boeck Supérieur. <https://doi.org/10.3917/dbu.guill.2014.01.0215>
- Tétreault, S. & Guillez, P. (2014). Introduction. In Sylvie Tétreault éd. *Guide pratique de recherche en réadaptation* (p. 9-10). De Boeck Supérieur. <https://doi.org/10.3917/dbu.guill.2014.01.0009>

Articles :

- Albernhe T & al (2012) Le cadre thérapeutique : dossier. *La revue santé mentale, Volume* (172), (p. 20)
- Amado, I, Kern, L (2021). Mêler activité physique adaptée et remédiation cognitive. *La revue santé mentale, Volume* (262), (p. 42-47)
- ANFE (2018) *Dossier l'activité physique en ergothérapie*. Isabelle Marchalot. Diffusion ANFE
- Bailleul, L & Debacq, P-M (2021). L'activité physique en psychiatrie est peu valorisée. *La revue santé mentale, Volume* (262), (p. 74-79)
- Bernard, P, Ninot, G (2012). Bénéfices des activités physiques adaptées dans la prise en charge de la schizophrénie : revue systématique de la littérature. *L'encéphale, Volume* (38), (p. 208-287)
- Bernard P & all (2013) Barrières et motivation à l'activité physique chez l'adulte atteint de schizophrénie : revue de littérature systématique. *Science et sport, Volume* (28), (p. 247-308). <http://dx.doi.org/10.1016/j.scispo.2013.02.005>
- Bertrand, R. (2020). Une perspective occupationnelle de l'activité physique et sportive en ergothérapie : une recension des écrits. *La revue française d'ergothérapie, Volume* (78), (p. 17-27)
- Bourelle, J-M (2021). L'activité physique collective, vecteur d'altérité. *La revue santé mentale, Volume* (262), (p. 37-41)
- Boutinaud, J (2021). Laisser au corps. *La revue santé mentale, Volume* (262), (p. 30-34)
- Briand & al (2005). Introduction. In Marie-José Manidi (ed) *Ergothérapie comparée en santé mentale et en psychiatrie* (p. 21 -41) . ESSP – Ecole d'étude sociales et pédagogiques de Lausanne
- Cotti, P (2011). Délires et hallucinations, définitions et mécanismes. *Soins psychiatrie, Volume* (272), (p. 19-22)
- Dal Bianco, C (2012). Vécu corporel dans la schizophrénie. *La revue Santé Mentale, Volume* (169), (p. 26-33)
- Daniel-Le Borgne, G & Maillarbaux, C. (2015). Schizophrénie : vivre son corps. *La revue Santé Mentale, Volume* (201), (p. 18-23)
- Dechaud-Ferbus, M & Frère Artinian, C (2012). La psychothérapie psychanalytique corporelle. *La revue Santé Mentale, Volume* (169), (p. 34-37)
- Defiolles-Peltier, V (2012). Psychomotricité et psychose aiguë. *La revue Santé Mentale, Volume* (169), (p. 58-63)

- Delion, P (2012). Enjeux actuels du corps en psychiatrie. *La revue Santé Mentale, Volume* (169), (p. 20-25)
- Dubreucq & al (2019) Towards an improved access to psychiatric rehabilitation: availability and effectiveness at 1-year follow-up of psychoeducation, cognitive remediation therapy, cognitive behaviour therapy and social skills training in the FondaMental Advanced Centers of Expertise-Schizophrenia (FACE-SZ) national cohort. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience, Volume* (269), (p. 599–610) <https://doi.org/10.1007/s00406-019-01001-4>
- Duprez, M. (2008). Réhabilitation psychosociale et psychothérapie institutionnelle. *L'information psychiatrique, 84*(10), 907-912. <https://doi.org/10.3917/inpsy.8410.0907>
- Escaig, B (2022). La réhabilitation aujourd'hui : une dynamique renouvelée. *Pluriels, numéro* (94-95), (p. 1-16).
- Fayollet, C (2021). Pourquoi des activités physiques en psychiatrie ? *La revue santé mentale, Volume* (262), (p. 23-28)
- Feral, É. (2015). Approche théorico-clinique du concept d'image du corps. *Le Journal des psychologues, Volume* (329), p 48-52. <https://doi.org/10.3917/jdp.329.0048>
- Gault, J. (2015). Le corps parlant du schizophrène. *La Cause du Désir, Volume* (91), (p.61-64). <https://doi.org/10.3917/lcdd.091.0061>
- Goyet & al (2013) Enjeux et outils de la réhabilitation en psychiatrie. *L'évolution psychiatrique, volume* (78), (p 3-19). DOI 10.1016/j.evopsy.2012.09.012
- Guerin, E., Dupuis, J., Jacob, J. & Prud'homme, D. (2019). Programme d'activité physique et troubles graves de santé mentale : étude de cas d'une équipe communautaire de traitement intensif (ÉCTI). *Recherche en soins infirmiers, Volume* (138), (p.29-42). <https://doi.org/10.3917/rsi.138.0029>
- Haute Autorité de Santé (2007). *Schizophrénie*. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/guide_ald23_schizophr_juin_07.pdf
- Haute Autorité de Santé (2022). *Consultation et prescription médicale d'activité physique à des fins de santé chez l'adulte*. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-10/guide_aps_vf.pdf
- Haute Autorité de Santé (2022). *Prescription d'activité physique. Troubles schizophréniques*. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2022-08/fiche_aps_schizophrenie_vf.pdf
- Koeing, M (2017). Le rétablissement dans la schizophrénie : une transformation longtemps silencieuse. *Presses de Rhizome, Volume* (65-66), (p. 8-9). DOI 10.3917/rhiz.065.0008

- Kudelski, M. (2010). Le sport, le laissé-pour-compte de la psychiatrie ? *L'information psychiatrique, Volume* (86), (p. 877- 882). <https://doi.org/10.3917/inpsy.8610.0877>
- Lemarié, K. (2020). La boîte comme outil en ergothérapie : une nouvelle vision du soin en santé mentale. *La revue française d'ergothérapie, Volume* (78), (p. 31-38)
- Lafont-Rapnouil, S (2013) la réhabilitation psychosociale : quelle réforme des services de soins est nécessaire pour passer des connaissances à la pratique ? *L'information psychiatrique, Volume* (89), (p. 371-377). DOI 10.3917/inpsy.8905.0371
- Laforcade, M. (2017). Le rétablissement au cœur des politiques de santé. *Rhizome, Volume* (65-66), (p. 25-26). <https://doi.org/10.3917/rhiz.065.0025>
- Marchalot, I (2020). Promouvoir l'activité physique : une mission des ergothérapeutes. *La revue française d'ergothérapie, Volume* (78), (p. 7-15)
- Moutet, M., Guisado, H., Butel, J., Vuagnat, H., Zulian, G. (2014) Interdisciplinarité en milieu hospitalier: entre défi hebdomadaire et enjeux de groupe, *Rev Med Suisse*, no. 41213, (p. 134-137).
- Prouteau, A., Grondin, O. & Swendsen, J. (2009). Qualité de vie des personnes souffrant de schizophrénie : une étude en vie quotidienne. *Revue française des affaires sociales*, (p. 137-155). <https://doi.org/10.3917/rfas.091.0137>
- Riou, G. (2016). *Ergothérapie en santé mentale, enjeux et perspectives*. Groupe de réflexion sur l'ergothérapie en santé mentale, Paris. https://anfe.fr/wp-content/uploads/2020/12/Ergotherapie-en-sante-mentale_Enjeux-et-perspectives-1.pdf
- Stubbs, B et al (2016) How much physical activity do people with schizophrenia engage in? A systematic review, comparative meta-analysis and meta-regression. *Schizophrenia Research, Volume* (176), (p. 341-340)
- Von Der Weid, G (2021). Ce que peut le corps. *La revue santé mentale, Volume* (262), (p. 6)

Rapports :

- ANFE. (2018). *Dossier l'activité physique en ergothérapie*. Isabelle Marchalot. Diffusion ANFE
- ANFE (2021) *Ergothérapie et santé mentale. Note de synthèse en vue des Assises de la santé mentale et de la psychiatrie*.
- ANFE (2021) *Rapport d'activité 2020-2021*. https://anfe.fr/wp-content/uploads/2021/11/Rapport-activite-2020-2021_VF.pdf
- ANFE et FFP (2022) *Ergothérapie et psychomotricité auprès des personnes âgées*. <https://fedepsychomot.com/wp->

content/uploads/2022/11/Plaq_ergo_psychomot_correct_vdef.pdf?fbclid=IwAR1xrLehHr2Fltzq6A21PubBvnns-jIThSB9-v9LdGtLQKAjZAdT2rpl4cs

https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/contribution_asmp_anfe.pdf

- Inserm (2019) *Activité physique prévention et traitement des maladie chroniques*. EDP Science

Sitographie :

- ANFE (2022, Novembre 6). La profession. ANFE.fr. <https://anfe.fr/la-profession/>
- Centre-ressource-réhabilitation (2022, Novembre 13) Soins de réhabilitation psychosociale : une instruction de la DGOS précise leur développement sur les territoires. Réhabilitation psychosociale. https://centre-ressource-rehabilitation.org/soins-de-rehabilitation-psychosociale-une-instruction-de-la-dgos-precise-leur?debut_articles_rubrique=%40182
- Centre-ressource-réhabilitation (2022, Decembre 19) Qu'est-ce que la réhabilitation psychosociale. Réhabilitation psychosociale. <https://centre-ressource-rehabilitation.org/qu-est-ce-que-la-rehabilitation-psychosociale>
- Dictionnaire Médical (2022, Octobre 21) Tonus. In *dictionnaire médical*. <https://www.dictionnaire-medical.fr/definitions/460-tonus/>
- Dictionnaire Médical de l'académie de medecine (2023, Avril 24) Apragmatisme. In *dictionnaire médical*. <https://www.academie-medecine.fr/le-dictionnaire/index.php?q=apragmatisme>
- Inserm (2022, octobre 10). *Schizophrénie : Intervenir au plus tôt pour limiter la sévérité des troubles*. Inserm. <https://www.inserm.fr/dossier/schizophrénie/>
- Larousse (2022, Octobre 7) *Catatonie*. Larousse.fr. <https://www.larousse.fr/encyclopedie/medical/catatonie/17092>
- Larousse (2022, Octobre 7) *Hébéphrénie*. Larousse.fr. <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/hebephrenie/39281>
- Larousse (2022, Octobre 10) *Paranoïde*. Larousse.fr. <https://www.larousse.fr/encyclopedie/divers/paranoïde/76810>
- Launois, M. (2022, Novembre 22). *Médiations impressives*. Ergopsy <http://www.ergopsy.com/mediations-impressives-a1079.html>
- Launois, M. (2023, Mai 14). *Différentes grilles d'analyse*. Ergopsy <http://www.ergopsy.com/differentes-grille-d-analyse-a854.html>

- OMS. (2022, septembre 22). *Activité physique*. Organisation Mondiale de la Santé. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity>
- OMS (2022, octobre 15). *Schizophrénie*. Organisation Mondiale de la Santé. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>
- PONS, S (2023, Avril 27) De l'interdisciplinarité : Tous pour un ! Un pour tous. L'encéphale. <https://www.encephale.com/Actualites/Approches-innovantes/De-l-interdisciplinarite-Tous-pour-un-!-Un-pour-tous>
- Vidal (2022, octobre 10). Symptômes de la schizophrénie. Vidal.fr <https://www.vidal.fr/maladies/psychisme/schizophrenie-psychose/symptomes.html>
- WFOT (2022, Novembre 20). *Activité de la Vie quotidienne*. WFOT https://padlet-uploads.storage.googleapis.com/589620197/36933e2f305a22db25870793ff5045e9/Activities_of_Daily_Living.pdf
- WFOT (2022, Novembre 25). Client-Centredness in Occupational Therapy. WFOT <https://wfot.org/assets/resources/Client-centredness-in-Occupational-Therapy.pdf>

Conférences :

- Van Bruggen, H (2016). Hanneke van Bruggen Lecture. COTEC & ENOTHE joint Congress, Irlande. http://enothe.eu/Wordpress%20Documents/Galway/Conférence%20ENOTHE2016_05_03%20french%20version.pdf

Textes de Loi :

- Article D. 1172-1 du CSP décret n° 2016-1990 du 30 décembre 2016 https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000033826292
- Décret du 27 juillet 2017 sur le projet territorial de santé mentale.
- Instruction N° DGOS/R4/2019/10 du 16 janvier 2019 relative au développement des soins de réhabilitation psychosociale sur les territoires

ANNEXE I : Mail envoyé aux ergothérapeutes

Bonjour,

Je m'appelle Laura, je suis étudiante en 3^{ème} année à l'école d'ergothérapie ADERE.

Je me permets de vous écrire dans le cadre de mon mémoire de fin d'étude qui porte sur le thème de l'**activité physique** et de son utilisation auprès des personnes souffrant de **schizophrénie**.

Dans ce cadre-là, je suis à la recherche d'ergothérapeutes qui utilisent ou ont utilisé l'**activité physique** lors de leur accompagnement auprès de personnes souffrant de **schizophrénie**. Le tout, selon une approche de **réhabilitation psychosociale**.

Si cela est votre cas, est-ce que vous accepteriez de m'accorder un entretien ? Il durera entre 45 minutes et 1h maximum. Il pourra se faire en présentiel, en Zoom ou même par téléphone suivant vos disponibilités.

Je me tiens à votre disposition si vous souhaitez des détails supplémentaires sur mon travail de recherche.

D'avance merci pour votre retour

Laura CASABURO

ANNEXE II : Guide d'entretien

Introduction à l'entretien :

Bonjour, je m'appelle Laura, je suis étudiante en ergothérapie à l'ADERE, je tiens tout d'abord à vous remercier d'avoir répondu favorablement à ma demande d'entretien.

L'entretien abordera votre utilisation de l'activité physique dans l'accompagnement de personnes souffrant de schizophrénie ainsi que la notion d'engagement occupationnel, dans le cadre d'une démarche de réhabilitation psychosociale.

L'entretien durera entre 45 minutes et 1h et il sera composé de 17 questions. Est-ce que vous êtes d'accord pour que je vous enregistre ? Le fichier audio restera confidentiel et pour mon usage uniquement. Concernant la retranscription de l'entretien, je tiens à préciser que l'ensemble de vos réponses resteront anonymes et vous avez la possibilité, si vous le souhaitez d'arrêter cet entretien à tout moment.

Avant de commencer, avez-vous des questions ?

Questions ciblant le professionnel ainsi que sa pratique professionnelle :

1. Depuis combien de temps exercez-vous en psychiatrie et quel a été votre parcours ?
2. Comment définiriez-vous l'engagement occupationnel d'une personne ?

Dans le cadre de cette recherche, j'ai choisi comme définition de l'engagement occupationnel, le ressenti positif de la personne lors de la réalisation d'une activité.

(Meyer S, 2013)

3. Comment selon-vous peut-on évaluer l'engagement occupationnel d'une personne ?

Problématiques des personnes souffrant de schizophrénie :

4. Pour vous quelles sont les principales restrictions au niveau de l'engagement occupationnel des personnes souffrants de schizophrénie que vous suivez ?
5. Que pouvez-vous me dire du rapport au corps que peuvent avoir les personnes souffrant de schizophrénie que vous accompagnez ?

Utilisation de l'activité physique par l'ergothérapeute :

6. Comment définiriez-vous une activité physique ?
7. Avant de proposer une activité physique quels bilans/ évaluations effectuez-vous ?
8. Comment choisissez-vous les/l'activité physique que vous proposez ?
9. Quels objectifs pour le patient mettez-vous en place derrière la pratique de l'activité physique en séance d'ergothérapie ?
10. Quels sont les effets de l'activités physique que vous avez constatés concernant le rapport au corps des personnes souffrant de schizophrénie que vous accompagnez ?
11. Au bout de combien de séances en général avez-vous constaté les effets de l'activité physique chez les personnes que vous accompagnez ?
12. Est-ce que vous avez constaté des effets de l'activité physique sur l'engagement occupationnel des personnes que vous accompagnez ? Si oui, lesquels ?
13. Quels sont pour vous les limites de l'utilisation de l'activité physique pour un ergothérapeute en santé mentale ?

La réhabilitation psychosociale :

14. Comment définiriez-vous la réhabilitation psychosociale ?

Dans le cadre de cette recherche, j'ai défini la réhabilitation psychosociale comme l'ensemble des actions mises en œuvre auprès des personnes souffrant de troubles psychiques au sein d'un processus visant à favoriser leur autonomie et leur indépendance dans la communauté (Duprez, 2008).

15. Comment intégrez-vous la réhabilitation psychosociale à votre pratique ?
16. En quoi l'utilisation de l'activité physique en ergothérapie peut s'intégrer à une démarche de réhabilitation psychosociale ?
17. Pensez-vous que l'activité physique en ergothérapie favoriserait l'engagement occupationnel des personnes souffrant de schizophrénie et donc leur rétablissement psychosocial ?

Conclusion et Remerciements

Nous avons abordé toutes les questions du guide d'entretien, avez-vous des éléments à ajouter ou des questions à poser ?

Je vous remercie pour le temps que vous m'avez accordé. Si vous le souhaitez je pourrais vous faire parvenir mon écrit finalisé.

ANNEXE III : Attestation d'enregistrement audio



Association pour le Développement, l'Enseignement et la Recherche en Ergothérapie
Institut de formation en ergothérapie : 52 rue Vitruve, 75020 PARIS
Tél. : 01 43 67 15 70 - Email : ife@adere-paris.fr

ATTESTATION D'ENREGISTREMENT AUDIO DANS LE CADRE DU MEMOIRE D'INITIATION A LA RECHERCHE EN ERGOTHERAPIE

Si vous acceptez l'enregistrement audio de votre entretien, merci de remplir les champs suivants et de signer en bas de la page :

Je soussigné (e)

autorise par la présente,

Mme **Laura CASABURO** à procéder à l'enregistrement audio de notre entretien.

Cet enregistrement a pour seul objectif l'initiation à la recherche en ergothérapie, il n'entre dans son utilisation aucun caractère commercial, son exploitation se fera de façon anonyme et aucune diffusion publique n'en sera faite par quelque moyen que ce soit.

Date et lieu de l'enregistrement :

Signature :

ANNEXE IV : Retranscription d'un des six entretiens réalisés (E2)

Entretien 17/02/2023 : Réalisée en face à face (deuxième entretien réalisé)

Les phrases en caractères gras indiquent mes interventions, tandis que les autres représentent les moments où l'ergothérapeute s'exprime.

Lors de cette rencontre, nous nous sommes mis d'accord pour se tutoyer.

Pour te présenter un peu le déroulement de l'entretien. Je vais avoir quelques questions sur toi et ta pratique, quelques questions sur la schizophrénie et l'engagement occupationnel, des questions plus sur l'activité physique et à la fin sur la réhabilitation psychosociale.

Okay il n'y a pas de souci, je vais essayer de te répondre, je vais faire avec ce que je connais.

Oui, bien sûr, tu fais avec ce que tu connais. De toute manière, je vais te donner les définitions que j'ai choisies dans le cadre de mon mémoire. Il n'y a pas de bonnes ou mauvaises réponses, de toute manière. Ce qui m'intéresse, c'est ta vision en tant que professionnel. Ce qui est intéressant, c'est ton expérience !

- Donc, depuis combien de temps exerces-tu en psychiatrie et quel a été ton parcours ?

Du coup, j'exerce en psychiatrie depuis août 2020, cela va faire bientôt deux ans et demi, presque trois ans. J'ai fait une année de Paces, puis je suis entré en école d'ergothérapie. J'ai effectué un stage en hôpital de jour en psychiatrie dans le secteur du X, et j'ai choisi de faire mon mémoire sur l'insertion professionnelle, puis je me suis orienté vers la population en psychiatrie.

Tu peux me parler un peu de ton lieu de travail actuel ?

Actuellement, je travaille en hôpital de jour où nous accueillons différents types de populations en HDJ. Il y a une filière pour les jeunes adultes, c'est-à-dire des jeunes de 18 à la trentaine. Il y a également une filière pour les troubles des comportements alimentaires (TCA), qui est principalement composée de jeunes femmes. Enfin, il y a une filière de psychiatrie générale où nous prenons en charge un peu de tout, que ce soient des personnes psychotiques, névrosées ou bipolaires. Il s'agit d'un hôpital non-sectorisé, ce qui signifie que nous recevons des patients venant de différents endroits. Les patients sont adressés par leur médecin généraliste, le médecin du CMP, etc.

On est une équipe pluridisciplinaire composée d'infirmiers, d'ergothérapeutes, de psychomotriciens, de psychologues, de psychiatres, d'assistants sociaux et récemment, nous avons accueilli un enseignant en activité physique adaptée, ce qui est assez récent, cela fait un an.

- Alors, je vais maintenant te demander : **comment définirais-tu l'engagement occupationnel d'une personne ?** Il n'y a pas de réponse piège, et ensuite je te donnerai la définition que j'ai choisie.

Je dirais que l'engagement occupationnel pour une personne, c'est comment elle s'investit dans une activité qui est importante pour elle, qui peut être importante pour elle et qui peut être importante pour la société. On peut parler d'activité signifiante et significative. Je ne sais pas, je mettrais ça là-dedans, ouais.

D'accord, alors moi j'ai choisi une définition de Sylvie Meyer. Elle décrit l'engagement occupationnel comme le ressenti positif de la personne lors de la réalisation d'une activité. Du coup, pour mes autres questions, il faudra plutôt prendre cette définition.

Donc, en gros, le ressenti positif pendant une activité ? **Oui, en lien avec la motivation et le plaisir à faire l'activité. Le côté motivationnel et émotionnel lié à l'activité, en fait.**

- Du coup en partant de cette définition, **pour toi comment peut-on évaluer l'engagement occupationnel d'une personne ?**

Comment nous, en tant qu'ergothérapeutes, pourrions-nous l'évaluer ?

Oui, c'est ça.

Alors moi je pense que l'on peut l'évaluer déjà de par l'observation, je trouve qu'il y a une grande différence entre une personne qui aime, entre guillemets, ce qu'elle fait et entre une personne qui n'aime pas ce qu'elle fait. Donc on peut, peut-être interroger la personne. Donc oui je dirais par l'observation, de par notre ressenti subjectif sur ce que la personne fait et comment elle le fait.

Okay, est-ce que c'est quelque chose que tu as essayé de questionner dans ta pratique ?

Dans notre pratique, on est toujours en train de questionner la personne sur son occupation, est-ce que c'est une activité qui va être positive pour la personne, mais est-ce que aussi dans cette activité la personne s'y retrouve, est-ce que c'est quelque chose que la personne aime faire. En tant qu'ergothérapeute, on s'appuie beaucoup sur ce que la personne aime faire pour l'orienter vers telle ou telle activité.

- Alors là on passe plutôt sur les problématiques des personnes qui souffrent de schizophrénie. **Pour toi quelles sont les principales restrictions au niveau de l'engagement occupationnel des personnes souffrants de schizophrénie que tu suis ?**

Donc engagement occupationnel et schizophrénie ?

Oui.

Je dirais moi déjà qu'elles ont beaucoup de difficulté à ressentir les choses et donc peut-être que c'est plus dur pour eux d'éprouver du plaisir. Pour s'engager occupationnellement ça veut dire aussi qu'il faut rentrer dans une activité et pour certains c'est dur d'initier quelque chose. Ce sont des personnes qu'il faut souvent beaucoup étayer pour qu'elles commencent une activité ou une tâche, pour qu'elles sortent. C'est assez difficile pour les personnes schizophrènes de se confronter à la réalité extérieure, de se socialiser, enfin en tout cas c'est ce que l'on voit beaucoup à l'hôpital de jour, ce sont des personnes qui sont très ritualisées, qui voient tout le temps le même cercle social s'il y a un cercle social. Pour certaines personnes, se socialiser, c'est ce qu'elles viennent chercher en tout cas.

Et puis il y a peut-être les symptômes de la personne schizophrène, que ce soit de l'anxiété ou bien des hallucinations, je pense que cela ne leur permet pas forcément d'être tout le temps, si je peux dire cela, 'à fond' dans une activité, elles ne peuvent pas prendre autant de plaisir qu'une personne, entre guillemets, lambda. L'aboulie également.

- Alors après **qu'est-ce que tu peux me dire du rapport au corps que peuvent avoir les personnes souffrant de schizophrénie que tu accompagnes ?**

Mes collègues psychomotriciennes pourraient en parler mieux que moi. (rire)

Ben en tout cas en tant qu'ergo, qu'est-ce que tu peux me dire ?

Ce sont des personnes qui peuvent être morcelées. C'est-à-dire qu'on va les voir dans la rue. On va essayer de beaucoup les accompagner vers la socialisation, on va les voir dans la rue, je pense par exemple à un patient qui n'a pas du tout conscience du côté gauche de son corps et donc il va rentrer dans les personnes qu'il croise, dans les poteaux. Oui, je dirais que corporellement c'est ça, elles n'ont pas forcément conscience de leur corps ni de leur force.

Est-ce que tu as un exemple d'un patient ?

Oui, moi ce qui m'a le plus frappé, c'est un patient qui pendant une activité, pendant 1h a passé toute la rue à se cogner sur toutes les personnes qui passaient sur sa gauche, même quand on lui faisait la remarque, il était impossible pour cette personne de se réajuster. Même corporellement, il va se tenir penché.

Et est-ce que cela impacte ta prise en soin en ergothérapie ?

En ergothérapie, on essaye d'avoir une approche holistique, donc effectivement on s'intéresse quand même au corps. Par exemple, lors des activités manuelles, le corps aussi va avoir vachement d'importance dans le sens, comment ils vont arriver à s'orienter avec leur corps, ça va avoir une incidence sur comment ils vont gérer leur espace, comment ils vont gérer les activités manuelles, je vois en mosaïque, par exemple positionner leur main sur la pince ça peut être difficile.

Peut-être qu'en tant qu'ergo, car à l'HDJ il y a une psychomotricienne et un EAPA (Enseignant en activité physique adaptée). Dans notre fiche de poste d'ergothérapeute, on n'a pas d'activités spécifiques corporelles, mais le corporel a toujours une incidence sur les activités.

- Alors maintenant des questions plutôt sur l'activité physique, comment tu définirais une activité physique ?

Pour moi, l'activité physique ça se différencie du sport car pour moi c'est le fait déjà de se mouvoir, marcher cela peut être déjà une activité physique. C'est le fait de se mettre en mouvement. Toute activité qui met en mouvement le corps, mais aussi le cognitif.

C'est-à-dire ?

Pour moi, rien qu'un groupe marche avec des patients. Je prends l'exemple de mon groupe jardinage, pour moi il va y avoir de l'activité physique dans le sens où on va porter des charges, on va se déplacer, on fait beaucoup de mouvement entre le jardin et l'intérieur. Je pense par exemple aux patients qui ne peuvent pas faire une activité physique au sens de la marche, ça peut être une activité physique qui passe par une autre médiation.

Je ne sais pas si c'est très clair.

Oui oui c'est clair !

- Et du coup avant de proposer une activité physique quels bilans/ évaluations tu fais passer, si tu en fais passer ?

Alors si je pars de l'activité physique que je propose, si je parle de mon groupe piscine. Ce que l'on fait avant le groupe piscine, c'est que l'on reçoit le patient en entretien pour voir ce qu'il attend de cette activité, s'il a des inquiétudes vis-à-vis de l'activité car justement la piscine c'est exposant au niveau corporel, au niveau de l'image de soi aussi. Pour voir également s'il sait nager, pour voir comment il faut l'appréhender par rapport au groupe. Est-ce qu'il faut l'accompagner dans les vestiaires car pour lui cela va être difficile d'utiliser son casier ou faut-il l'accompagner pour rentrer du vestiaire à la piscine car l'image de soi c'est très compliqué pour lui et qu'il a peur d'être jugé par

les autres, ou au niveau du bassin, est-ce que c'est plus prudent que l'on va plutôt orienter vers le petit bain pour qu'il puisse s'immerger dans l'eau et faire des petits mouvements. Ou est-ce qu'il s'agit d'un patient que l'on va orienter vers le grand bain car il sait nager et que l'objectif de l'activité pour lui c'est la dépense physique.

Donc on ne fait pas de bilan, d'évaluation, c'est vraiment l'entretien. Mais c'est discuté avec le médecin, l'indication pour l'activité est toujours discutée en équipe avant.

Du coup c'est le médecin qui donne une indication pour l'activité physique ?

C'est le médecin qui donne une indication pour l'activité mais cela peut venir du patient. Sinon c'est le médecin qui dit au patient : "Vous savez, si vous voulez, on a telle activité." Mais c'est le patient qui a le dernier mot et qui choisit s'il veut venir ou pas.

Et l'entretien, tu le fais seule ?

On est 3 professionnels sur le groupe piscine, un infirmier homme, une infirmière femme et moi. Et l'entretien, on essaie de le faire à deux professionnels.

Et c'est arrivé que vous refusiez à un patient de participer ?

C'est arrivé que l'on refuse qu'un patient participe au groupe, c'est arrivé avec un patient qui était trop agité. Car c'est une activité extérieure, ça demande de prendre les transports, de marcher et si un patient est trop agité ça devient compliqué.

- Et comment tu choisis les/l'activité physique que tu proposes ?

C'est décidé en équipe pluridisciplinaire, on a des réunions toutes les semaines. On pose des objectifs et on réfléchit tous ensemble à quel patient on pourrait orienter dans ce groupe-là. Quel patient va y participer.

Et par exemple le groupe piscine, cela fait longtemps qu'il existe ?

Le groupe piscine est un groupe qui existe depuis longtemps, il existe depuis que je travaille à l'HDJ et il existait déjà avant le covid. C'est un groupe qui a évolué car avant ils avaient un créneau réservé à la piscine, c'est-à-dire qu'il n'y avait personne d'autre à la piscine et là ils effectuaient des exercices plus physiques. Nous, on a pris le parti d'avoir une vision plus autonome du patient et de la socialisation, le fait d'aller dans un endroit où eux ils pourraient aller par eux-mêmes.

Donc le groupe piscine, c'est à la fois une activité physique et à la fois être dans la société.

On va choisir l'activité à proposer en fonction de comment on se sent soi-même à l'aise avec l'activité et comment également on va s'entendre avec les co-thérapeutes

- Quels objectifs pour le patient tu mets en place derrière la pratique de l'activité physique en séance d'ergothérapie ?

Bon du coup si je prends la piscine par exemple, il y a se mettre en mouvement, le fait de ressentir du bien-être, sortir dans un lieu extérieur aux soins. S'autonomiser dans les vestiaires, dans l'achat des tickets. Nous on essaie de les guider sur l'achat des tickets, il y a des patients qui sont très autonomes et d'autres non, c'est l'HDJ qui nous paie l'entrée en fait. Après dans les vestiaires on essaie au maximum qu'ils soient autonomes, il y a seulement quelques patients qui ont besoin d'aide, mais ça va plus être de l'aide liée aux casiers, il y en a qui n'arrivent jamais à utiliser les casiers ou ce sont des casiers à code et ils ont peur que ça ne ferme pas, que quelqu'un vole leurs affaires.

Et ensuite dans la piscine, chacun peut faire, entre guillemets, ce qu'il veut. S'ils veulent nager pendant 45 minutes, ils peuvent, ils peuvent discuter. Ils peuvent rester dans le petit bain à discuter. Il y a aussi des patients qui utilisent les jets d'eau, qui aiment bien les utiliser et je pense que ça leur permet de ressentir leur corps.

Et ce sont des séances longues ?

On part de l'HDJ vers 14h pour prendre les transports, cela nous permet de voir comment ils sont dans les transports, s'ils pensent à valider leur carte Navigo, comment ils s'orientent. On essaie de les laisser le plus autonomes possible, qu'ils nous guident.

On arrive à la piscine, on se change, on entre dans le bassin et c'est 45 minutes, ensuite on retourne se changer. On veille à ce que chacun prenne une douche avant et après la piscine, car on a pas mal de patients qui sont incontinents et parfois la piscine c'est la seule douche de la semaine.

Ensuite, on se retrouve à la sortie pour faire un point. Puis chacun part de son côté, on vérifie qu'ils savent bien rentrer chez eux.

Les objectifs pour une personne psychotique vont aussi être d'aller se doucher, je pense qu'il y a un objectif corporel beaucoup plus important chez les personnes schizophrènes, dans le sens où ils sont morcelés et l'eau chez certains ça les calme énormément, car je pense qu'ils ressentent leur corps qui est touché par l'eau, ça les calme. Et au contraire, d'autres vont chercher la stimulation sensorielle avec les jets d'eau, par exemple.

Et puis pour tous, le but est de faire une activité physique, car les personnes en psychiatrie sont plus à risque de développer des maladies cardiovasculaires, des maladies liées à leur traitement. Il y a un gros objectif somatique. Le but est de faire une activité qu'ils ne feraient pas forcément par eux-mêmes, aller à la piscine, marcher. **Donc plutôt somatique.** Oui, il y a un gros objectif somatique !

- **Bon tu as déjà commencé à y répondre mais pour toi quels sont les effets de l'activité physique que tu as constatés concernant le rapport au corps des personnes souffrant de schizophrénie que tu accompagnes ?**

Pour certains, ça calme leur angoisse. Heu... c'était quoi déjà la question ?

Par rapport au rapport au corps.

Ah oui... La piscine ça les contient physiquement.

Ça leur permet de se rassembler.

Ça leur permet de ressentir leur corps, heu...

Cela me fait penser à un autre groupe, le sport collectif. Il y a des patients qui ne connaissent pas leurs limites, certains patients vont faire un effort tellement important qu'ils vont être couchés au sol à la fin de l'activité parce qu'ils ne se rendent pas compte physiquement qu'ils ne pouvaient pas aller jusqu'au bout, ils peuvent tomber malades après un effort. Ils ne ressentent tellement pas leurs limites, leurs sensations corporelles, même leur cœur qui s'emballe, leur souffle, ils tombent malades quoi.

- Et au bout de combien de séances en général tu as constaté les effets de l'activité physique chez les personnes que tu accompagnes ?

Je dirais bien que pour certains patients, au bout d'une séance déjà, car ils arrivent à revenir.

Comme pour la piscine, ce que nous disent les patients, c'est que c'est toujours très dur d'y aller, c'est toujours très dur d'aller à l'extérieur, mais ils sont toujours très contents de revenir, et ils sont très contents pour certains déjà d'être arrivés à faire deux longueurs. Sur une séance de 45 minutes, ce n'est pas énorme, mais ils sont fiers d'eux, c'est valorisant.

Nous, on part du principe que déjà, s'ils reviennent, c'est déjà un objectif atteint. Ils sont réguliers à une activité qui n'est pas facile, car je trouve que la piscine ce n'est pas une activité facile, l'exposition au corps n'est pas facile, cela demande de penser à toutes leurs affaires avant de venir...

Ce sont des groupes de combien de personnes ?

Ce sont des groupes de 12-13 patients.

Et est-ce qu'il y en a qui se mettent à faire de la piscine de leur côté ?

Certains arrivent à aller à la piscine de leur côté. Par exemple, on a des patients qui sont très soudés dans le groupe, et quand il n'y a pas de groupe, ils essaient d'y aller de leur côté. Enfin, il y en a certains qui essaient de traîner, entre guillemets, les autres à venir avec eux. Par exemple, cette semaine on n'a pas fait le groupe piscine car on a fait un repas pour fédérer le groupe, et du coup, certains patients y sont allés la veille entre eux. C'est intéressant car avant le groupe piscine, ils ne seraient pas forcément allés tout seuls, cela réinitie quelque chose.

Ah c'est intéressant ça !

Oui, et ça réinitie d'autres activités dans le sens où après la piscine, on les laisse sur le parvis, on discute un peu, et on se quitte, et certains patients restent ensemble après, vont au cinéma ou ils vont boire un verre ensemble. En tout cas, il y a ce côté social.

Et puis aussi, il y a le côté, en réunion soignant-soigné, ils vont reparler de l'activité piscine, cela va donner envie à d'autres patients d'essayer, alors qu'ils ont les mêmes peurs et finalement ils arrivent à échanger autour de ça. C'est peut-être aidant pour d'autres personnes qui n'auraient pas sauté le pas de l'activité physique.

- Et est-ce que tu as constaté des effets de l'activité physique sur l'engagement occupationnel des personnes que tu accompagnes ? Si oui, lesquels ?

Et est-ce que tu as constaté des effets de l'activité physique sur l'engagement occupationnel des personnes que tu accompagnes ? Si oui, lesquels ?

C'est ce que je disais tout à l'heure, c'est toujours dur d'y aller, et une fois qu'ils y sont, on voit qu'ils prennent du plaisir. On a des patients qui dansent dans l'eau. On voit qu'ils prennent du plaisir, et donc comment évaluer le fait qu'ils prennent du plaisir, c'est par la verbalisation. C'est-à-dire qu'après le groupe, ils en parlent, ils se valorisent, ils sont contents d'avoir réussi à le faire, ils nous disent souvent "c'est vraiment bien d'être ici", et puis aussi le fait d'être tous ensemble en fait. Et puis... s'ils ne prenaient pas de plaisir, ils ne reviendraient pas.

D'ailleurs, certains ne reviennent pas. Par exemple, il y a un patient qui est venu pendant un an et demi, puis un jour il n'est pas revenu, et quand on lui demande, il répond que "c'était trop". Ensuite, il y a certains patients qui arrêtent, qui font une pause, et puis qui reviennent. Par exemple, il y a une patiente qui pensait qu'elle n'avait plus besoin de l'HDJ pour faire de l'activité physique, elle avait commencé à fréquenter un club de gym à l'extérieur, sauf qu'elle s'est rendu compte que c'était très difficile pour elle de se motiver le matin à aller faire du sport, alors que quand elle vient manger à l'HDJ, on part tous ensemble à la piscine l'après-midi, et c'est plus facile comme ça, le groupe l'aide à s'engager dans des activités. Ils se motivent mutuellement.

Oui, quand il n'y a pas de soignant, ils essaient de faire d'autres activités, mais ce n'est pas facile de prendre en charge le groupe sans soignant, mais ils essaient. Cela nécessite une logistique plus importante quand il n'y a pas de soignant. Ils se sentent plus soutenus, ils savent que nous sommes là en cas de problème.

Par exemple, cela m'est arrivé avec une patiente, dans les piscines, il y a un code vestimentaire assez strict, on n'a pas le droit de porter une combinaison, et j'avais une patiente qui était venue à la piscine en combinaison car elle n'était pas du tout à l'aise avec son corps, et en fait, elle s'est faite rejeter de la piscine, et c'était très difficile car elle venait tout juste de rejoindre le groupe, et là les

soignants étaient présents avec elle pour essayer de trouver une solution, et finalement, nous sommes allés acheter un autre maillot de bain dans les distributeurs. Elle n'assumait pas du tout son corps, et finalement, avec le soutien des autres soignants, elle a réussi à profiter quand même de la séance, ce qui n'était pas gagné, elle était en larmes, elle en voulait à tout le monde.

Ah oui, j'imagine déjà, c'est un effort d'y aller, alors en plus se faire rejeter... ça ne doit pas être facile à vivre !

- Et pour toi quelles sont les limites de l'utilisation de l'activité physique pour un ergothérapeute en santé mentale ?

Ben moi je te dirais cela, car du coup je travaille avec une psychomot et une EAPA et du coup je me dis qu'on n'est pas les plus spécialisés dans le corporel.

Et en quoi tu vois ça ?

Ils ont des apports théoriques, par exemple sur le schéma corporel, que nous on n'a pas. On n'a pas autant de connaissances. Enfin, plus la psychomot que l'EAPA, car lui il va être plus dans la technique de l'activité physique, mais... et peut-être que je ne me permets pas non plus, dans le sens où chacun respecte aussi sa fiche de poste et notre champ d'action auprès du patient, et peut-être que du coup je me permets moins, tu vois. **Okay, je vois le manque de connaissances surtout.** Peut-être si j'étais dans une structure où il n'y avait pas de psychomot, peut-être que les ergos se sentiraient plus légitimes à faire des choses corporelles.

Mais peut-être qu'en creusant des objectifs ergo, socialisation, je ne sais pas. Je pense que sur l'autonomie il y a pas mal de choses à faire, par exemple sur les vestiaires, si on fait une activité à l'extérieur, rien que se rendre sur le lieu de l'activité ça peut être un objectif ergo.

- Alors maintenant on passe sur les dernières questions, sur la réhabilitation psychosociale. Comment toi tu définirais la réhabilitation psychosociale ? Encore une fois ce n'est pas une question piège, c'est ta définition qui m'intéresse.

C'est un courant de pensée en psychiatrie qui peut être assez mal vu par les ergos ou même les psychologues qui ont une vision plutôt psychanalytique. Ça s'oppose un peu alors que moi je pense pas du tout, pour moi c'est quelque chose qui amène des outils aussi intéressants que les outils de la psychanalyse. Il y a la remédiation cognitive... je pense que tout peut s'assembler et qu'il y a des outils intéressants un peu partout. Mais je dirais que la réhabilitation psychosociale c'est plus, entre guillemets, insérer la personne dans la société. Oui, chercher à insérer la personne dans la société avec des médiations plus concrètes, je ne sais pas si on peut dire ça, plus palpable dans les objectifs.

Et pour moi, la remédiation cognitive ça fait partie de la réhabilitation psychosociale. C'est quelque chose de plus évaluable aussi, peut-être la réhabilitation psychosociale. Il y a des outils plus normés...

Par exemple, nous on utilise Eladeb et pour moi c'est un outil de réhabilitation psychosociale. Et c'est un outil qui a du mal à prendre parce que je pense que la réhabilitation psychosociale ça fait peur en fait, car ça pourrait venir contrarier d'autres courants de pensée majoritaires dans la structure dans laquelle je travaille.

C'est-à-dire plutôt psychodynamique ?

Oui, c'est ça, plutôt psychodynamique ou thérapie institutionnelle.

Ben du coup moi la définition que j'ai retenue rejoint la tienne. J'ai défini la réhabilitation psychosociale comme l'ensemble des actions mises en œuvre auprès des personnes souffrant de troubles psychiques au sein d'un processus visant à favoriser leur autonomie et leur indépendance dans la communauté.

- Et du coup comment tu intègres la réhabilitation psychosociale à ta pratique ?

Déjà j'essaye de proposer beaucoup d'activités thérapeutiques qui se tournent vers l'extérieur : par exemple, je fais un groupe de sortie culturelle, qui à la fois se tourne vers l'extérieur et à la fois autonomise les patients car ce sont les patients qui organisent leur sortie de A à Z, ils appellent les lieux d'expositions, il faut qu'ils réservent, ce sont eux qui envoient les mails, etc.

C'est un groupe de 7 patients, ils proposent tous leurs idées, il y a un petit conciliabule pour savoir qu'est-ce qu'on fait cette semaine, est-ce que ça intéresse bien tout le monde. Une fois qu'ils ont choisi, ce sont eux qui contactent la structure, nous on est là pour étayer et pour soutenir. Et voilà, ils font des recherches sur Internet, ils appellent, ils envoient un mail et ils réservent leurs billets. Ils n'ont pas du tout peur de dire qu'ils viennent d'une structure de soins et qu'ils peuvent bénéficier de la gratuité. Donc c'est une semaine sur deux, une semaine de préparation et une semaine de sortie. Donc quand on sort, ce sont eux qui nous amènent, ce sont eux qui gèrent le trajet.

Ok c'est intéressant ça !

Donc pour moi je dirais que ça c'est de la réhabilitation psychosociale car c'est à la fois de l'autonomie et aussi être dans la communauté, la société.

Après l'autonomie, je pense dans une activité artistique par exemple, ça peut être les patients qui choisissent eux-mêmes le matériel qu'ils veulent. Ils vont le chercher dans les placards, ils l'amènent sur la table et à la fin de la séance ils rangent, ils lavent. Ce sont des choses assez simples qui peuvent

se transférer dans le quotidien. Je pense que l'on peut retrouver de la réhabilitation psychosociale, en cas on peut trouver des objectifs d'autonomie dans chaque activité.

Okay...

En tout cas, on essaie quand on fait des sorties institutionnelles d'un maximum impliquer les patients, dans les recherches, dans la mise en relation, dans le fait de comment on y va. Le but c'est qu'ils puissent refaire ça par eux-mêmes à l'extérieur.

Oui, et que s'ils y arrivent avec nous, c'est toujours plus dur de le faire seul, je ne sais pas ce qui fait que c'est toujours plus dur de le faire sans nous alors que pour la plupart ils ont largement les capacités de le faire. C'est aussi ça l'objectif ; leur amener de la confiance en eux. Car ils font les choses très bien, ils arrivent très bien à penser aux moindres petites choses qui ne pourraient pas aller pendant la sortie.

On est toujours là pour les aiguiller si besoin mais ils en sont très bien capables.

Et aussi dans la réhabilitation je pense qu'un groupe cuisine par exemple c'est aussi l'autonomie dans la vie quotidienne.

Le groupe jardinage aussi, pour moi, c'est quelque chose qu'ils peuvent transférer dans la vie quotidienne, on sort à l'extérieur faire des achats, ils gèrent leur budget, enfin on a une enveloppe avec le budget et c'est eux qui gèrent.

- Et en quoi l'utilisation de l'activité physique en ergothérapie peut s'intégrer à une démarche de réhabilitation psychosociale ? Tu y as déjà un peu répondu...

Le fait qu'il y ait un transfert des acquis dans leur vie quotidienne. Qu'ils puissent sortir par eux-mêmes, faire de l'activité physique par eux-mêmes, le fait de... je dirais l'autonomie dans les transports, aller jusqu'au lieu où il y a l'activité physique, les vestiaires, savoir prendre un ticket pour participer à l'activité physique.

Okay en quelque sorte tout ce qu'il y a autour ?

Ce n'est peut-être pas l'activité physique en elle-même qui permet la réhabilitation psychosociale mais tout ce qu'il y a autour de l'activité physique, un groupe ce n'est pas forcément que la médiation mais c'est tout ce qu'il y a autour.

Et sur l'activité physique en elle-même ?

Et sur l'activité physique en elle-même, par exemple je vois le patient comment il nage, si on transfère sur le fonctionnel entre guillemets, je vois effectivement comment il nage, je vois comment il peut utiliser son bras droit par rapport à son bras gauche ou alors je vois qu'il n'a pas du tout de force dans ses bras, cela me permet de voir par exemple qu'il n'a pas conscience de la

force qu'il peut avoir. C'est vrai qu'on peut voir des choses mais j'avoue que ce n'est pas sur cela que je me penche quand on fait le groupe.

Après je me dis peut-être que c'est plus parlant dans d'autres activités comme le badminton, pour voir comment ils sont latéralisés.

Car du coup tu fais attention à quoi toi pendant l'activité ?

Moi pendant l'activité je vais plutôt faire attention à comment le patient interagit avec les autres patients mais aussi avec les personnes extérieures à l'établissement, je vais essayer de faire attention à comment il est au niveau du faciès, essayer de repérer s'il se sent bien s'il ne se sent pas bien. Essayer de questionner pourquoi il ne se sent pas bien. On va essayer de repérer aussi si le patient aujourd'hui il nage beaucoup, s'il a besoin de beaucoup s'extérioriser aujourd'hui. Ou alors aujourd'hui il ne nage pas du tout, il dit qu'il est essoufflé, peut-être dans ces cas-là il y a des bilans somatiques à faire par la suite. Oui, moi je dirais que dans la piscine c'est plus la relation au patient à laquelle je fais attention que le fait de nager.

On essaie de nager avec lui pour voir quelle vitesse il prend, j'avais un patient par exemple qui me disait "oulala, mon cœur s'emballé", c'est un patient aussi je pense qui n'avait pas l'habitude de sentir son cœur. Ça nous permet aussi d'évaluer physiquement le patient et de faire un retour après à l'équipe et de se dire "ben lui ce serait bien qu'il aille consulter un cardiologue", par exemple, ou alors "ce patient-là, il fume beaucoup, il fait une longueur, il est très essoufflé, comment il peut arrêter le tabac..

- Et maintenant ma dernière question, est-ce que tu penses que l'activité physique en ergothérapie favoriserait l'engagement occupationnel des personnes souffrant de schizophrénie et donc leur rétablissement psychosocial ?

Ben moi je pense que oui, cela pourrait favoriser l'engagement occupationnel. Parce que par exemple je pense à des jeunes patients, tu vas leur proposer de la terre ou de la mosaïque ils ne vont pas du tout adhérer aux soins alors que tu vas leur proposer une activité physique comme le sport collectif ils vont adorer et c'est ce qui fait qu'ils vont commencer à venir à l'hôpital de jour, sortir à l'extérieur, peut-être leur donner envie de faire d'autres choses avec les autres qu'ils auront connu à l'extérieur, les faire adhérer aux soins. C'est un bon levier et plus particulièrement sur les jeunes patients et nous on en a de plus en plus des jeunes patients et on ne sait pas comment, entre guillemets, les accrocher et les motiver. Le sport ça fonctionne bien et du coup je pense qu'une fois qu'ils sont rentrés dans une activité comme celle-là ça va pouvoir déboucher sur peut-être d'autres soins, même cette activité-là va leur permettre de créer un tissu relationnel, un tissu social et du coup de s'insérer dans la société.

Et du coup tu dis qu'avec des patients plus âgés c'est moins indiqué ?

Pour les patients plus âgés et plus chroniques c'est toujours plus difficile de changer leur routine, ce sont des patients qui sont très ritualisés. Mais peut-être que ça va être d'autres objectifs pour ces patients-là, ça va être déjà le fait de faire de l'activité physique, de bouger un petit peu, de se mettre en mouvement, pour certains patients ça va être aussi aller vers l'inconnu, faire des choses qu'ils n'ont pas l'habitude de faire, essayer en tout cas.

Mais peut-être que l'activité physique ça permet davantage d'être inséré dans le soin et que mêlé à d'autres activités thérapeutiques, ou même d'autres soins, ça peut même être des entretiens infirmiers ou des entretiens ergo ça leur permettra d'être inséré dans la société. Donc je te dirais, oui mais pas que ça.

Okay oui, mais pas que ça (rire)

Ben du coup on a abordé toutes les questions du guide d'entretien, est-ce que tu as des éléments à ajouter ou des questions à poser ?

Oui c'est intéressant car on en parle de plus en psychiatrie. Ce sont des patients qui sont soumis au niveau somatique à beaucoup de facteurs, il y a les traitements, on a des patients qui n'ont jamais fait d'activité physique. En tout cas, c'est un bon sujet d'actualité, ça peut être un bon levier. En tout cas, ce sont des activités qui peuvent s'intégrer dans le quotidien des personnes, qui peuvent avoir un sens pour elles et donc du coup je trouve que c'est légitime pour un ergothérapeute de s'intéresser à ce type d'activité.

Okay ben merci beaucoup pour ton temps !

C'est bon pour toi ?

Oui c'est parfait ! Et si cela t'intéresse je pourrais te faire parvenir mon écrit finalisé.

Avec plaisir !

ANNEXE V : Grille d'entretien

	E1	E2	E3	E4	E5	E6
Années d'expérience + Structure d'exercice + Orientation conceptuelle	2ans HDJ Orientation réhabilitation psychosociale	3 ans HDJ Orientation psychodynamique + Réhabilitation psychosociale	25 ans HDJ+ Plateforme de réhabilitation psychosociale Orientation réhabilitation psychosociale	23 ans Unité de psychothérapie institutionnelle Orientation réhabilitation psychosociale	22 ans CATTP Orientation psychodynamique + Réhabilitation psychosociale	35 ans CATTP Orientation psychodynamique + Réhabilitation psychosociale
Définition de l'engagement occupationnel	L'appétence qu'a la personne pour une activité qui revêt un sens/ qui est signifiante pour elle.	L'engagement occupationnel pour une personne, c'est comment elle s'investit dans une activité qui est importante pour elle, qui peut être importante pour elle et qui peut être importante pour la société. On peut parler d'activité signifiante et significative.	Ce n'est pas un terme que j'emploie ou que j'utilise. Dans ce que je peux imaginer derrière ce terme-là, c'est l'investissement d'une personne pour se mobiliser et en fait de pouvoir utiliser son temps de loisir aussi à faire des choses qui leur plaisent à l'extérieur.	Ce sont des termes qui sont arrivés après mon diplôme donc je ne les maîtrise pas à fond. La volonté et comment on s'inscrit dans la société par le biais de l'occupation. L'engagement permet l'inscription dans un monde social.	Pas issu de ma formation initiale. La personne se déploie dans sa vie à travers des activités qui sont significatives pour elle et lorsque cela a du sens pour elle, cela répond à ses besoins sur différents plans (social, familial, personnel). L'engagement occupationnel est sa façon de s'impliquer dans ses occupations, et cet engagement peut être perturbé lorsqu'un événement survient dans sa vie, tel qu'un accident, une perte de capacité, une maladie ou un traumatisme, ce qui fait que cette personne ne peut plus réaliser ses occupations de la même manière qu'auparavant et perd son équilibre occupationnel.	Un terme qui n'existait pas à son époque, qu'elle n'utilise pas Essayer d'avoir une certaine régularité, une progression, avoir l'envie, se faire plaisir.
Comment évaluer l'engagement occupationnel	Via l'observation clinique et plus particulièrement est ce que le patient vient à l'activité, est ce qu'il reste et est ce qu'il en parle après.	Via l'observation, par notre ressenti subjectif sur ce que la personne fait et comment elle le fait. Via l'interrogation de la personne directement	Ça va être son investissement. Sa capacité a elle-même proposer des choses, voilà mais en tout cas à travers les activités, sa régularité, sa ponctualité, ce genre de chose.	Évaluation sur ce que le patient peut exprimer verbalement : du bien-être qu'il exprime physiquement et moralement. Le fait de renouveler l'expérience.	A travers l'entretien, l'échange avec la personne. Communiquer autour de ce qu'elle ressent quand elle réalise telle ou telle activité et ce qu'elle en dit. A travers l'observation de	Difficile à évaluer quand on voit les patients souvent, difficile de mettre une distance au quotidien. On peut s'en rendre compte si on ne les voit pas pendant un moment.

			En tant que thérapeute plutôt par l'observation.	Que le patient puisse exprimer le ressenti à d'autres thérapeutes et à d'autres patients. Qu'ils arrivent à faire venir d'autres patients à l'activité.	la personne : ses expressions, le non verbal, son comportement. En lui proposant une évaluation qui interviendrait à différents temps du suivi pour voir s'il y a une évolution, à partir du diagnostic ergo. Peut s'évaluer à partir de la performance occupationnelle (l'efficacité de l'action), dans le flow = la qualité de la réalisation de l'activité. L'activité semble plus facile. Le déploiement des capacités : si on voit que la personne développe des capacités motrices, sociales, d'expression...	Mais à travers les échanges avec les autres professionnels, avoir une vision plus globale en confrontant les points de vue.
SCHZ et restriction de l'engagement occupationnel	Principalement à cause des symptômes négatifs : <ul style="list-style-type: none"> ○ Apragmatisme ○ La fatigue ○ L'aboulie ○ Anhédonie Désorganisation : ils partent tellement dans tous les sens que c'est dure de rester focus sur un truc	Difficulté à ressentir et en particulier à ressentir du plaisir Apragmatisme : difficile d'initier quelque chose Personnes très ritualisées Difficulté à se socialiser Les symptômes (angoisse, hallucinations, aboulie, anhédonie)	Apragmatisme et le fait qu'il ne ressentent pas forcément de plaisir à faire les choses. Difficile de se mobiliser pour faire quelque chose	Symptômes négatifs : Certains symptômes n'aident pas : apragmatisme, anhédonie, Perte de volonté, perte d'élan vital. Symptômes positifs : persécution, éléments délirants ou hallucinatoires qui les empêchent de vivre une expérience plaisante car ils sont trop envahis par leurs phénomènes psychiques intérieurs La précarité sociale qu'ils vivent souvent : difficulté à s'inscrire et s'engager dans des expériences positives	Pathologie qui entraîne une rupture avec la réalité, perte de lien avec l'environnement et les autres, parfois isolement et repli sur soi. Dissociation : de la pensée, du corps, trouble de l'image du corps, le morcellement. L'incurie, Dissociation entre la réalité et le délire. Perte d'élan en ce qui concerne les activités du quotidien. Apragmatisme. Difficulté à prendre soin de leur corps, de leur logement, de leur environnement Perte d'activité physique aussi lié à prise de traitement, car il a des traitements qui ensuquent ou qui font grossir.	Les occupations dans lesquelles ils vont pouvoir s'investir dans le soin, au CATTP, ne sont pas les activités que leur entourage va attendre d'eux, ça peut les freiner dans leur engagement occupationnel. Il va y avoir des conflits avec l'entourage. Le désir de la famille n'est pas toujours le désir du patient.

					Tendance à manger plus pour se remplir et apaiser les angoisses ; ou aussi appétit augmenté à cause des traitements Consommation de café/cigarette Difficulté à ressentir du plaisir.	
SCHZ et rapport au corps	La dissociation (impression que leur corps n'est pas rattaché) et la désorganisation ont un gros impact sur la représentation qu'ils ont de leur corps. La dissociation induit le fait qu'ils se sentent très « intrusés » et facilement persécutés. Image du corps souvent touché Mauvaise santé somatique : consommation de toxique, obésité. Pour se sentir bien dans son corps cela n'aide pas	Elles n'ont pas forcément conscience de leur corps ni de leur force (patient qui se cogne car il n'a pas conscience d'avoir un côté gauche) Personnes morcelées Comment ils vont arriver à s'orienter avec leur corps, ça va avoir une incidence sur comment elles vont gérer leur espace, comment elles vont gérer les activités manuelles, je vois en mosaïque, par exemple positionner leur main sur la pince peut être difficile.	Pas toujours de ressenti de la fatigue, difficulté à percevoir ses limites. Il y a pu avoir un peu d'excitation, d'érotisation du corps, ça a été très rare mais ça a pu arriver où l'activité physique renvoyait systématiquement à une érotisation. Mais dans les personnes que nous accompagnons, on n'avait pas trop de sensation corporelle, c'était plutôt de l'apragmatisme, de la difficulté à se mobiliser, mais il n'y avait pas de délire enkysté sur le corps qui faisait que c'était compliqué	Complicé mais pas pour tous, c'est au cas par cas. Dysmorphophobie « des serpents dans les cuisses » alors que ce sont des courbatures. « Le cœur qui va sortir du corps » quand ils courent. Ils sont tellement dissociés qu'ils rationalisent comme ils le peuvent. Certains le délaissent, incurie Pas soin du corps : toxicité, laisser aller. D'autres font très attention : car ils prennent du poids à cause du traitement. Certaines femmes arrêtent de prendre leur traitement car elles ne veulent pas grossir	Dissociation : de la pensée, du corps, trouble de l'image du corps, le morcellement. Rapport modifié à la réalité de leur corps. Ex : Une patiente qui avait beaucoup d'angoisse la nuit car la nuit elle avait l'impression que son corps se détachait en morceaux. Elle avait mis du scotch sur ses membres pour essayer de rattacher ses membres. Le surpoids, le manque d'activité physique. L'essoufflement, perte musculaire. Comme si le corps avait été abandonné, désinvesti. Même au niveau de l'hygiène, incurie. Douleurs qui sont exprimées. Pour certains On retrouve une difficulté à se poser, une agitation motrice. (voir ci-dessus)	Tous les patients psychotiques ont quelque chose d'atypique dans leur façon d'être « engoncé », « pas libre », « un peu penché » y'a toujours quelque chose de visible. Quelque chose de très lié entre le corps et le délire. Dans la psychose c'est visible et d'autant plus lors de la pratique d'une activité physique. Syncrésie forte dans la psychose. « Patient qui tourne le bras et en même temps la langue »
Définition de l'activité physique	Se mettre en mouvement, se mobiliser corporellement	C'est le fait de se mettre en mouvement. Toute activité qui met en mouvement le corps.	Ce qui met en jeu le corps, et suffisamment longtemps pour permettre justement de pouvoir éprouver de la fatigue, le fait d'aller un peu plus loin que ce qu'ils ont l'habitude. D'aller éprouver des choses qu'ils	Activité qui touche le corps mais avec la notion de plaisir, essayer que l'activité physique ne soit pas de la souffrance car sinon on n'y revient pas. Le but ce n'est pas forcément de transpirer. Le but est de mobiliser son	Ce qui met en jeu le corps physique. Mais pas que car on est un tout donc tout est relié, le physique est relié aux émotions, au mental. L'activité physique permet une approche globale de la personne, ça permet	C'est le déplacement, c'est se lever de son lit. L'élan qui va faire qu'on va se lever de son lit pour aller quelque part. Lutter contre la non-envie, courir, courir, nager, marcher avec et sans bâton, accepter de rentrer

			n'auraient pas éprouvé dans leur quotidien.	corps et surtout de se faire plaisir. Le but de l'activité physique est d'aboutir à un bien-être.	d'aborder à la fois les émotions, que les pensées, le ressenti, la capacité à mettre des mots sur ce ressenti.	dans un groupe pour bouger, accepter de parler de ses douleurs, danser, danser lors des fêtes
Bilan évaluation avant l'activité physique	En rehab : Certificat médical de leur médecin traitant	Pour le groupe piscine : Entretien préliminaire avec le patient pour voir ce qu'il attend de cette activité, s'il a des inquiétudes vis-à-vis de l'activité car justement la piscine c'est exposant au niveau corporel, au niveau de l'image de soi aussi. Pour voir également s'il sait nager, pour voir comment il faut l'appréhender par rapport au groupe. Le patient est orienté via une indication du médecin mais aussi il peut choisir de se présenter de lui-même.	Plutôt la psychomotricienne qui fait le bilan corporel mais ce n'est pas systématique. Si on a un doute sur la santé physique de la personne, on peut demander simplement un bilan par un médecin généraliste pour une autorisation à l'activité physique. Avant de l'intégrer dans le groupe on va voir si la personne est capable de suivre l'activité marche pendant 1h30 : Si on a un doute on la voit en individuel on va faire une marche d'une heure pour voir comment cela se passe.	Évaluation informelle via l'observation clinique et la discussion informelle : Dans le couloir on va discuter et parler sport. = Observation clinique et de la relation thérapeutique et dans l'échange Et indications du médecin.	Évaluation principalement par l'observation clinique de la personne dans tous les moments de la journée que l'on partage avec la personne. + via les entretiens formels ou informels que je peux avoir avec la personne de façon plus individualisé. Elle fait attention aux contre-indications : les personnes trop dissociées ou trop délirantes ou pas en capacité d'être en groupe. En plus dans les activités à médiation corporelle on va croiser le regard des autres ou se prendre la main ou se toucher et si la personne est persécutée, elle ne va pas proposer cette médiation-là.	Certificat médical si on a un gros doute sur la santé somatique de la personne et si l'activité est plus soutenue. Mais sinon pas de bilan, les patients vont vers ce qui les intéresse. Il ne faut pas empêcher l'envie d'un patient.
Comment choisir l'activité physique	En binôme avec l'EAPA C'est surtout l'EAPA qui propose	S'est décidé en équipe pluridisciplinaire, on a des réunions toutes les semaines. On pose des objectifs et on réfléchit tous ensemble à quel patient on pourrait orienter dans ce groupe-là. Quel patient va y participer.	Comme elle n'est pas APA elle ne propose pas d'activité purement sportive. Plutôt une activité accessible pour tous, simple à animer. Qui permet aussi une évolution en termes de temps de marche Je ne propose pas l'activité comme une activité sportive, plutôt de bien-être sans que cela soit vécu comme quelque chose ou il faudrait vraiment se pousser.	Elle propose des activités qu'elle aime. Basket depuis 20 ans, c'est son plaisir et son désir à elle. A l'époque elle proposait de la piscine car elle aime ça.	Elle utilise des outils auquel elle est formée. Elle trouve cela important de connaître l'outil et d'avoir du recul sur quel objectif il répond et que cela soit un peu décentré de sa pratique personnelle. Il ne faut pas proposer l'activité uniquement parce qu'on l'aime. Il faut en amont effectuer un travail d'analyse de l'activité.	Elle choisit des activités physiques ou elle est sûr qu'ils ne peuvent pas se faire de mal. Des activités qu'ils peuvent refaire à la maison. Des choses qui me font du bien à moi, ça peut leur faire du bien à eux aussi. Elle peut adapter l'activité en fonction des patients qui viennent au groupe (ex : la marche)

Objectifs pour le patient	<p>Objectif principal : prendre du plaisir</p> <p>Travailler les fonctions cognitives (exécutives, mémoire)</p> <p>Revalorisation narcissique (ça donne confiance, ils sont fières d'eux)</p> <p>Maintenir / Améliorer une santé somatique et des capacités physiques (endurance, Force musculaire, amplitude articulaire)</p> <p>Faire en sorte qu'ils se mobilisent, bougent un peu afin de mieux ressentir leur corps, les systèmes : muscle, squelette... + proprioception</p> <p>Favoriser les habiletés d'interactions : jeux en équipe, interaction, s'accorder ensemble...</p> <p>Tenter de lutter contre la sédentarité et prévenir les risques et facteur de comorbidité (ex: diabète...)</p> <p>Faire un peu d'éducation à la santé : ex: bouger pour éviter d'avoir mal au dos...</p>	<p>Se mettre en mouvement</p> <p>Ressentir du bien-être, Sortir dans un lieu extérieur au soin</p> <p>Travailler l'autonomie (actions en amont et en aval de la séance, s'autonomiser dans les vestiaires, prendre un ticket, prendre les transports...).</p> <p>Aller se doucher (pour certains c'est la seule douche de la semaine)</p> <p>Objectif somatique (personnes plus à risque de développer des maladies cardiovasculaires)</p> <p>Ressentir leur corps : eau cela les calme ou encore stimulation sensorielle avec les jets d'eau</p>	<p>L'activité randonnée, c'est un prétexte pour rencontrer la personne et d'aborder d'autres matériels psychiques.</p> <p>Discuter ensemble quand on marche= favoriser le lien social</p> <p>Observer l'adaptation du patient, le ressenti de la fatigabilité ou pas, comment elle est habillée en fonction du temps, Est-ce qu'elle est arrivée à l'heure au RDV.</p> <p>Notion de plaisir (on va aussi dans la nature)</p> <p>Cela va au-delà de l'activité physique, pour éprouver du plaisir, aller à l'extérieur.</p> <p>1h30 de marche, jouer sur l'activité physique donc, jouer sur la santé physique. Qu'ils se rendent compte qu'ils sont capables de marcher longtemps.</p> <p>Il y a la valorisation et de se dire qu'ils sont capables de marcher autant.</p>	<p>Individualisation des objectifs par patient.</p> <p>L'activité basket qu'elle fait sur l'intra est aussi ouverte aux personnes de l'extérieur de l'hôpital.</p> <p>Pour ces patients-là : Le dispositif permet de garder le lien avec les patients qui sont sortis</p> <p>Pour certains patients : cohésion d'équipe, voir comment ils sont dans l'échange.</p> <p>Pour d'autres : bouger et sortir de leur lit</p> <p>Sortir du lieu d'hospitalisation car le gymnase de basket est en dehors de l'hôpital donc ça permet de sortir à l'extérieur, bulle d'air.</p> <p>Travailler des notions d'organisation : Préparer ses affaires...</p> <p>Objectif : Prendre du plaisir</p>	<p>La conscience de son corps donc la conscience de soi, le fait de passer par le corps = Travailler l'ancrage à la réalité.</p> <p>Objectifs qui relèvent de la Santé physique, améliorer l'hygiène de vie. (Travailler le souffle, les capacités physiques)</p> <p>Objectif d'Expression de soi et relation avec l'autre</p> <p>Apaisement des tensions des douleurs. (ex : mal de dos)</p> <p>Prise conscience de son corps</p> <p>Confiance en soi</p> <p>Mieux accepter le regard de l'autre sur soi et sur son corps, même si c'est moins présent chez les psychotiques que chez les névrosés, comme l'autre existe qu'à moitié, donc le regard de l'autre n'a pas le même impact. Il peut être persécutant.</p> <p>Comme il y a des troubles de l'image du corps de l'ordre de la dissociation : Travailler sur l'unité corporelle, stimuler l'enveloppe qui donne de la contenance et de l'unité.</p> <p>Partager un moment de plaisir.</p>	<p>Redonner un élan vital via le fait de bouger.</p> <p>Intérêt de faire une activité de groupe : créer du lien social, échanger entre pair, s'entraider.</p> <p>Lutter contre les effets secondaires de la psychose : Clinophilie, prise de poids du au traitement et à l'enfermement chez soi.</p> <p>Lutter contre le cercle vicieux : moins on bouge moins on a envie de bouger.</p> <p>Sortir de ce corps empêtrant, sortir de cet empêchement d'aller vers l'autre.</p> <p>Sortir de cette image de soi réduite à la maladie, ne plus penser à cette impossibilité de vivre normalement.</p>
Effet sur le rapport au corps	<p>On essaye de repérer des améliorations mais c'est léger et c'est dur à dire, est-ce que ces améliorations sont dû aux séances de psychomot ou au groupe sport ?</p>	<p>Pour certains ça calme leurs angoisses.</p> <p>La piscine ça les contient physiquement.</p> <p>Ça leur permet de se rassembler.</p>	<p>Ne remarque pas forcément des effets sur le physique, mais plutôt sur le plaisir.</p> <p>Certains vont pouvoir dire qu'ils ressentent de la fatigue, qu'il y a un bien être d'aller marcher. Le plaisir d'arriver au bout.</p>	<p>Certains vont essayer de se prendre en main, perdre du poids ect.</p> <p>Relâchement des tensions, la détente.</p> <p>Le bien être que ça leur procure.</p>	<p>Effet de rassemblement, d'apaisement, diminuer l'agitation psychique.</p> <p>Apaisement de l'angoisse, très efficace.</p> <p>Le plaisir à être avec le groupe et à se lâcher dans</p>	<p>Par exemple la disparition des syncinésies.</p> <p>Il y a moins de douleur</p> <p>Les deux s'influencent mais on ne sait pas d'où ça vient. Mais l'activité</p>

	<p>Amélioration dans la réalisation des consignes et la proprioception.</p> <p>Plus de coordination, de souplesse.</p> <p>Biaisé car il y a plein de jeunes déjà sportifs et des personnes âgées qui viennent plus pour de l'entretien.</p>	<p>Ça leur permet de leur faire ressentir le corps.</p> <p>Connaitre leurs limites : Il y a des patients qui ne connaissent pas leurs limites, certains patients vont faire un effort tellement important qu'ils vont être couchés au sol à la fin de l'activité parce qu'ils ne se rendent pas compte que physiquement ils ne pouvaient pas aller jusqu'au bout, ils peuvent se rendre malades après un effort.</p>	<p>Souvent plus un plaisir lié à l'environnement, être dans la nature, entendre les oiseaux, être dans la campagne.</p> <p>Pas l'activité physique en soit mais plutôt le contexte, relationnel, discuter.</p> <p>Pas de retour sur le côté corporel mais c'est un tout.</p> <p>On peut travailler de manière indirecte l'équilibre, le côté attentionnel, Être capable de se redresser, d'avoir le pied sur.</p>	<p>On a des mégalos = montrer la puissance de leur corps, pour montrer qu'ils ont la maîtrise de leur corps en générale et de leur psyché, pour montrer leur virilité.</p>	<p>son corps et à faire des mouvements que l'on ne fait pas d'habitude = donne de l'aisance et de la souplesse dans les mouvements.</p> <p>Moment de plaisir, moment de joie partagé autour de la danse.</p>	<p>physique participe au soin, mais tout s'influence.</p> <p>La personne va mieux donc on voit qu'elle va mieux à l'activité physique et inversement peut être que c'est l'activité physique qui, en partie fait qu'elle va mieux.</p>
Temps pour constater les effets	<p>Au bout de la première séance ! s'il revient cela veut dire qu'il a aimé, s'il a aimé c'est qu'il s'est passé quelque chose pour lui.</p> <p>Pour voir s'il y a plus de coordination : en 6 mois plutôt</p> <p>Au bout d'un an : amélioration sur la compréhension des consignes.</p>	<p>Pour certains patients au bout d'une séance déjà car ils arrivent à revenir.</p>	<p>Ça va dépendre des patients, de là où ils en sont. Ils ne vont pas forcément l'exprimer.</p> <p>Ils ne vont pas forcément d'eux-mêmes retourner faire une activité marche par eux-mêmes donc c'est difficile à évaluer.</p>	<p>Tout dépend de l'activité physique, elles sont toutes différentes.</p> <p>Cela peut-être une seule séance, par rapport à la relation qui s'instaure : cela permet l'instauration de la relation thérapeutique.</p> <p>Pour d'autres la relation ne se met pas forcément en place tout de suite, mais il y a déjà une inscription sur le lieu de soin, cela va leur permettre d'accepter l'hospitalisation.</p> <p>Pour la piscine, l'aspect détente ne vient pas tout de suite, c'est plus difficile. Car il y a beaucoup d'étapes avant de prendre du plaisir (il faut se préparer...)</p> <p>S'ils ont déjà eu une expérience positive avant avec le sport ça va être plus facile et plus rapide. S'ils le vivent déjà dans un quotidien ça va être plus facile = Retrouver des expériences bénéfiques de leur vie antérieure.</p>	<p>Variable selon patients.</p> <p>Dès la première séance on peut avoir un effet de détente.</p> <p>Mais avec le temps ça va être d'autres objectifs qui vont être travaillés, dans la durée on va voir que ça va travailler la confiance en soi, l'aisance dans le groupe.</p>	<p>Quelquefois la première séance suffit car il y a une telle envie d'aller mieux que la première séance est bénéfique.</p> <p>Quelquefois c'est la régularité, c'est le fait de pouvoir revenir qui fait qu'ils se sentent mieux, c'est l'accumulation des activités physiques.</p>

Effet sur l'engagement occupationnel	<p>Oui car ils reviennent et ils s'investissent</p> <p>Ex : <u>projet basket</u></p> <p>Rencontre avec fédération française de basket et sport adapté ; on a monté un groupe de 6 patients pour participer à un tournoi inter HDJ. Investissement sur 3 mois d'entraînement.</p> <p>Le groupe sport de l'HDJ a permis l'engagement sur un projet de sport plus important comme la rencontre basket.</p> <p>Au vu du succès de la rencontre basket, ils proposent également des rencontres inter HDJ sur d'autres sports (ping-pong)</p>	<p>Sur le projet piscine : c'est toujours dure d'y aller et une fois qu'ils y sont on voit qu'ils prennent du plaisir.</p> <p>On voit qu'ils prennent du plaisir et vont pouvoir verbaliser ce plaisir : après le groupe ils vont en parler, ils se valorisent, ils sont contents d'avoir réussi à le faire, ils nous disent souvent « c'est vraiment bien d'être ici » et puis même le fait d'être tous ensemble en fait.</p> <p>Mais également le groupe aide à faire des activités. Ils se motivent les uns les autres.</p> <p>Oui quand il n'y a pas de soignant ils essayent de faire d'autres activités mais ce n'est pas facile de porter le groupe sans soignants mais ils essayent. C'est une logistique plus importante quand il n'y a pas de soignant. Ils se sentent plus soutenus, ils savent qu'on est là s'il y a le moindre problème.</p>	<p>Dans le fait, qu'ils ont été beaucoup plus réguliers, au début ils avaient du mal à venir, de plus à force ils sont plus adaptés, ils sont mieux organisés. On travaille beaucoup l'organisation (amener son sac... etc.) On travaille l'effet de l'engagement et du plaisir lié à l'activité. Elle n'a pas constaté que certains se soient inscrits à une activité physique en ville à la suite de cette activité-là.</p>	<p>Est-ce que c'est l'activité physique qui fait que, est ce que c'est la relation ?</p> <p>L'activité physique est un médiateur comme un autre. C'est une médiation connue de tous, valorisante, (valorisant par rapport au coloriage qui peut paraître enfantin.)</p> <p>Elle ne dirait pas que cela favorise l'engagement, sauf pour les patients qui avaient déjà cette pratique avant et qui prenaient déjà du plaisir avec le sport avant. N'importe quel médiateur pourrait favoriser l'engagement occupationnel.</p> <p>Est-ce que c'est l'activité physique ? ou l'activité physique avec le thérapeute qui favorise cet engagement ?</p>	<p>Oui, à l'HDJ il y a des patients chroniques, avec des symptômes plus déficitaires que productifs, avec peu de demande, peu de désir, il était difficile de les mobiliser. Il y a eu tellement de demandes sur cet atelier corporel, ils ont tous voulu continuer à venir à cet atelier qu'elle a dû créer deux ateliers de médiations corporelles. Les patients arrivent à s'approprier cet outil et à sentir que cela leur fait du bien, et donc à être dans l'engagement occupationnel. Et il y a de vrais moments de plaisir et de joie lors de cet atelier.</p> <p>Cela remet en mouvement dans tous les sens du terme, cela remet de la vie, on peut même dire que cela réanime, car il y a un mouvement de réanimation interne, mais aussi externe puisque cela se voit.</p>	<p>Quand on les voit revenir c'est qu'il s'est passé quelque chose.</p> <p>Prendre conscience de son corps, prendre du plaisir.</p>
Limites de l'utilisation de l'AP	<p>On n'est <u>pas formé</u> sur l'activité physique en tant qu'ergothérapeute, elle a moins d'idées que l'APA.</p> <p><u>Moyens humains</u> : il faut être suffisamment de soignants dans la structure pour investir le groupe sport (mobilise 3 soignants, une ergo, une IED, un apa)</p> <p><u>Moyens physiques</u> : il faut de l'espace pour organiser un groupe sport au sein de l'HDJ</p>	<p>Les ergo ne sont pas les plus spécialisés dans le corporel (il y a les psychomots ou les apa qui sont mieux formés que les ergo sur le corps.)</p> <p>Ils ont des apports théoriques par exemple sur le schéma corporel que nous on n'a pas.</p> <p>Peut-être si j'étais dans une structure ou il n'y avait pas de psychomot peut être que les ergos se sentiraient plus</p>	<p>Si la personne est trop désorganisée, si elle a des gros troubles corporels il faut déjà revoir les bases.</p> <p>Néanmoins comme nous on fait de la marche, tout le monde sait marcher, c'est une activité relativement simple.</p> <p>Mais je ne ferais pas une activité physique qui demande plus de dextérité.</p> <p>Si elle sent un pb de schémas corporel on va confier ça plutôt au psychomot.</p>	<p>Son propre corps, il faut avoir la bonne condition physique. (Si je me détruis le mardi il faut tenir la semaine, Pas ne se blesser ni de se faire mal)</p> <p>Avoir du plaisir sur le sport qu'on pratique. Car le sport ça nous engage beaucoup, donc il faut se limiter ou se protéger. (Il ne faut pas que pratiquer du sport avec les patients nous empêche de faire du sport à côté, il faut garder le sport plaisir pour soi)</p>	<p>Quelquefois j'ai l'impression que ça fait effet le temps de la séance uniquement. Mais pour certains patients ça ne fait pas un effet dans le temps (concernant l'apaisement des angoisses).</p> <p>Cependant la confiance en soi, la relation à l'autre on peut le voir dans d'autres espace-temps de la vie institutionnelle, il y a un transfert des acquis.</p> <p>C'est personne-dépendant et moment-dépendant.</p>	<p>L'activité physique c'est un prétexte pour travailler autre chose. Parler de son corps c'est parler de soi de manière détournée.</p> <p>La limite : quand la personne va pouvoir élaborer on va proposer autre chose qu'une activité physique. Mais c'est une ouverture vers une autre proposition, le corps c'est un passage, un passage vers une autre forme d'activité, plus verbale.</p>

	<p><u>Environnement</u>: difficulté d'accès à un terrain de sport, contraintes horaires</p> <p><u>Budget</u>: le coût de la location d'une salle/terrain de sport</p> <p>La situation somatique des patients peut être limitante (personnes obèses)</p>	légitimes à faire des choses corporelles.	Elle n'est pas APA donc ne se sent pas de proposer des activités trop sportives.	On n'est pas des apa, un ergo n'est pas spécialiste du monde physique, donc limites sur mes connaissances sportives. Comorbidité des patients : d'un point de vue somatique, leur hygiène de vie est tellement déplorable, il faut s'assurer s'ils peuvent pratiquer du sport .	C'est en mouvement et à adapter.	Car on parle plus facilement de son corps. Il ne faut pas se contenter de recevoir uniquement la parole liée au corps, mais faut arriver à transformer cette parole.
Définition de rehab	Toute la prise en soin de la personne qui va lui permettre d'être réinséré dans la cité. Travailler l'autonomie dans la vie quotidienne dans leur environnement. Transfert des acquis dans la vie quotidienne.	Chercher à insérer la personne dans la société avec des médiations plus concrètes, plus palpables dans les objectifs. C'est quelque chose plus évaluable aussi peut-être la réhabilitation psychosociale. Il y a des outils plus normés...La remédiation cognitive. Par exemple nous on utilise Eladeb	De pouvoir s'intégrer au mieux, par rapport aux objectifs du patient lui-même, de lui permettre de pourvoir atteindre ses objectifs, professionnels, de loisirs, de rétablissement, d'arriver à vivre au mieux ses projets, en insertion, dans la ville, dans un travail, pouvoir développer ses relations sociales.	Quand je suis sorti de l'école cela n'existait pas. Réinsérer la personne au maximum dans la société à travers les activités que l'on peut proposer.	Approche de la personne qui serait plus centrée sur ses projets de vie, ses capacités et son rapport à l'environnement que sur sa pathologie. Approche qui évalue les compétences de la personne dans les domaines de sa vie quotidienne. C'est une approche qui correspond vraiment aux ergothérapeutes car il place la personne au centre de l'accompagnement en partant de sa demande, de son projet à elle et en la rendant actrice de son rétablissement.	Être accepté par l'entourage, dans la famille, au travail, dans la rue, dans l'autobus. Être accepté tel qu'on est dans son environnement avec la maladie. Remettre quelqu'un dans une situation de supporter le regard de l'autre
Intégration de la rehab à sa pratique	Encourage l'autonomie des patients Organisation de nombreuses sorties à l'extérieur. Elle demande aux patients d'organiser eux-mêmes leurs sorties (transport, orientation, être en groupe, repérage spatio-temporel)	J'essaie de proposer beaucoup d'activités thérapeutiques qui se tournent vers l'extérieur (ex: groupe de sortie culturelle). Encourage l'autonomie des patients car ce sont eux qui organisent leur sortie de A à Z. On essaie quand on fait des sorties institutionnelles d'un maximum impliquer les patients, dans les recherches, dans la mise en relation, dans le fait de comment on y va. Le	Pour moi c'est la base. A travers les activités que l'on fait avec les patients on va essayer de recréer du lien, de travailler sur la neurocognition, l'attention, les fonctions exécutives. Le fait de travailler toutes ces fonctions va leur permettre d'accéder à leur projet d'autonomie.	Pour elle la réhabilitation psychosociale c'est qu'elle va au domicile des patients faire des séances d'ergo. Elle trouve que pour le transfert des acquis le mieux c'est d'aller au domicile des patients, dans leur intimité. Être au plus proche de leur quotidien. Elle intègre la réhabilitation psychosociale pour être le plus personnalisé, chaque patient à ses propres objectifs et un vécu bien	Quand on fait une sortie style picnic et qu'on va faire les courses au magasin avant on va voir comment le patient se débrouille dans le magasin, cela revient à le mettre en situation de vie quotidienne. Mais pour elle, la réhabilitation psychosociale ça ne s'adresse à pas tous les patients ; il faut que ce soient des patients qui	On fait des activités à l'extérieur: Sortir et montrer aux gens qu'ils sont les bienvenus au musée, qu'ils sont accueillis, montrer que c'est facile que c'est accessible. Aussi aller dans des lieux sociaux, des lieux chics, leur montrer que c'est possible aussi pour eux : au théâtre, à l'opéra Faire des spectacles avec les personnes malades

		but c'est qu'ils puissent refaire ça par eux-mêmes à l'extérieur. Leur faire réaliser des actions qu'ils peuvent transférer dans leur vie quotidienne.		personnel qu'elle prend en compte. Elle essaye d'individualiser au maximum ses prises en charge. Elle essaye d'être adapté aux besoins de ses patients à un instant T.	aient la capacité de formuler un projet, de formuler une demande, qui peuvent s'inscrire dans un projet. La réhabilitation psychosociale c'est considérer la personne au centre de l'accompagnement, et c'est ce que j'ai toujours fait par mon rôle d'ergothérapeute.	(spectacle de danse) : montrer aux familles qu'ils sont capables de faire quelque chose de beau, de faire un spectacle. Montrer que c'est possible comme pour tout le monde. On essaye d'aller dans les bibliothèques, d'aller dans des lieux publics.
Rehab + activité physique	Le groupe sport c'est un des premiers à être proposé car cela permet de rencontrer les autres patients, créer du lien. Le groupe sport va permettre aux patients ensuite de s'intégrer à d'autres groupes. Dans le sport on peut intégrer des consignes complexes pour travailler le cognitif. Le sport permet de les redynamiser dans leur vie quotidienne, ils sortent de chez eux, se mobilisent. En soit le sport ce n'est pas une activité phare pour la rehab, mais c'est un atout pour la santé psychique, ça va les aider à se dynamiser à se mobiliser.	Ce n'est peut-être pas l'activité physique en elle-même qui permet la rehab mais tout ce qu'il y a autour de l'activité physique : l'autonomie dans les transports, aller jusqu'au lieu où il y a l'activité physique, les vestiaires, savoir prendre un ticket pour participer à l'activité. Pendant l'activité : comment le patient interagit avec les autres patients mais aussi avec les personnes extérieures à l'établissement, c'est plus la relation du patient auquel je fais attention que le fait de nager.	Le fait de combattre l'apragmatisme, s'ils se sentent déjà plus dynamiques physiquement et donc psychologiquement. Donc s'ils se sentent plus dynamiques, ils seront peut-être moins fatigables pour prendre les transports en commun. Ils seront moins fatigables pour reprendre un travail, aller en ESAT. Reprendre confiance en eux, développer leur capacité à socialiser afin de retrouver l'élan nécessaire pour aboutir à un projet.	Pour les patients en HDJ ou qui vivent chez eux : l'activité physique est une activité qui leur permet de tenir en extérieur. Activité de soutien pour qu'ils puissent retourner chez eux et que ça tienne. Et pour ceux qui sont en intra : leur montrer qu'il y a un extérieur et leur montrer qu'il y a des patients de l'extra qui sont réinsérés et qui vivent à l'extérieur de l'hôpital. Faire le lien du monde interne et externe à l'hôpital. Plus tous les objectifs autour : on peut travailler la notion d'hygiène, des notions qui vont les accompagner pour se réinsérer dans la société	L'activité physique va permettre de travailler la relation à l'autre, ce qui va permettre à la personne d'être plus à l'aise dans les activités de vie quotidienne (aller à la boulangerie). L'expression dans l'espace : se déplacer dans l'espace, être ancré au sol, être en interaction avec les autres et se sentir plus à l'aise. Cela permet un transfert des acquis. La personne sera plus à l'aise dans son quotidien, que ce soit sur un plan physique, sur la perception de soi, sur l'énergie à faire les choses. Le corps permet d'intégrer des capacités que l'on ne peut comprendre intellectuellement, mais si on ne les a jamais expérimentées avec notre corps on ne peut pas les comprendre totalement, cela reste théorique mais si je ne l'ai pas vécu dans mon corps, c'est la phénoménologie	On sort de l'hôpital pour aller dans un centre chorégraphique. C'est une chorégraphe extérieure qui donne cours. Soignants et patients sont au même niveau. On rencontre d'autres danseurs et personne ne sait qui est qui.
Engagement occupationnel	Oui et non. On a observé que leur engagement dans	En partie. Par exemple, pour des jeunes patients, tu vas leur	Mais en ergo, on travaille plein d'autres choses, l'activité	Oui quand même, l'activité physique peut contribuer à	Ben oui, ce sont comme des maillons d'une chaîne.	Oui tout à fait, si l'élan tout un coup se remet dans le

<p>+ Activité physique + Rehab</p>	<p>le groupe sport est fort. Néanmoins, le transfert de cet engagement dans leur vie quotidienne n'est pas effectif. On essaie de favoriser l'engagement occupationnel dans tous les domaines de la vie quotidienne, mais on constate que lorsqu'ils ne sont pas maillés par l'institution, initier une action seule et s'engager leur est très difficile voire impossible... Je pense que nos objectifs globaux sont évidemment de favoriser l'engagement occupationnel et le rétablissement. Néanmoins, c'est plus la prise en soin globale qui permet l'atteinte de ces objectifs que le groupe sport spécifiquement, même s'il y participe toutefois de par les objectifs plus spécifiques et l'implication que les patients démontrent en étant réguliers à ce groupe !</p>	<p>proposer de la mosaïque, ils ne vont pas du tout adhérer aux soins, mais plus adhérer à une activité physique, et c'est ce qui fait qu'ils vont commencer à venir à l'hôpital de jour, sortir à l'extérieur, peut-être leur donner envie de faire d'autres choses avec les autres qu'ils auront connus à l'extérieur, à leur faire adhérer aux soins.</p> <p>Une fois qu'ils sont rentrés dans une activité comme celle-là (le sport), ça va pouvoir déboucher sur peut-être d'autres soins, cette activité-là va leur permettre de développer un tissu relationnel, social et, du coup, de s'insérer dans la société.</p> <p>Pour les patients plus âgés et plus chroniques, c'est toujours plus difficile de changer leur routine, ce sont des patients qui sont très ritualisés. Mais peut-être que ça va être d'autres objectifs pour ces patients-là, ça va être déjà le fait de faire de l'activité physique, de bouger un peu, de se mettre en mouvement. Pour certains patients, ça va être aussi aller vers l'inconnu.</p> <p>Mais peut-être que l'activité physique ça permet davantage d'être inséré dans le soin et que mélangé à d'autres activités thérapeutiques, ou même à d'autres soins (ex : des entretiens infirmiers ou ergo), ça leur permettra d'être insérés dans la société. Donc je te dirais, oui, mais pas seulement ça.</p>	<p>physique est un médiateur. À travers ce médiateur, on va travailler plein d'autres fonctions, comme les fonctions cognitives, l'orientation, lire un plan, savoir s'orienter dans l'espace, et toutes ces choses-là vont permettre la réhabilitation psychosociale. L'activité est un prétexte pour travailler d'autres choses. Ce sont des aspects qui peuvent servir dans la vie et participer à la réhabilitation psychosociale.</p>	<p>l'engagement occupationnel. S'ils ressentent du plaisir et de l'envie, cela va les aider à franchir un cap et si cela les aide à franchir un cap, quelque part au fond d'eux-mêmes, cela peut aussi les aider à aller vers le rétablissement. Cela ne veut pas dire que tous ceux qui pratiquent du sport vont être rétablis. L'activité physique en ergo est un tremplin pour le rétablissement, mais ce n'est qu'une partie, ce n'est pas l'intégralité du rétablissement, ce n'est qu'une partie. Je prône le côté interdisciplinaire. L'utilisation de l'activité physique est un élément dans toute la structure du plan de soin. L'activité physique peut aider, mais pas seule, il faut prendre en compte les autres professionnels.</p>	<p>Tout est relié. Le corps est l'expression de nous-mêmes, c'est grâce à mon corps que je suis en relation avec l'autre et avec l'environnement qui m'entoure, donc plus je suis en harmonie, plus mon être et mon corps sont en harmonie et plus mes actions et mon engagement occupationnel ainsi que mes interactions avec le monde vont être justes et plus je vais être efficace. Plus je mets en harmonie mon esprit, mes émotions et mon corps, plus je suis dans le flow et donc dans l'engagement occupationnel, et tout cela participe à un rétablissement psychosocial. Mais cela reste le maillon d'une chaîne.</p>	<p>coup tout le reste en découle.</p> <p>L'activité, la parole, la relation aux autres, tenter de vivre de façon la plus normale possible afin de vivre en harmonie avec elle, être accepté par l'autre.</p> <p>On essaye de tendre vers un équilibre à travers une activité. Mais ça peut être l'activité physique mais aussi une autre activité. L'élan peut venir d'une autre activité, chaque activité est un prétexte donc l'activité physique est un médiateur comme un autre.</p>
------------------------------------	--	---	--	--	--	--

L'activité physique en ergothérapie, un outil en faveur de l'engagement occupationnel des personnes souffrant de schizophrénie

Résumé

Mots clé : Activité physique – Ergothérapie – Engagement occupationnel - Réhabilitation Psychosociale - Schizophrénie

La schizophrénie est une maladie psychiatrique invalidante caractérisée par un ensemble de symptômes. Cette maladie entraîne un handicap considérable et peut avoir des répercussions sur tous les domaines de la vie. Cependant, il semblerait que l'activité physique et sportive pratiquée de façon régulière soit bénéfique pour la santé mentale et physique des personnes souffrant de schizophrénie et constitue un médiateur de réhabilitation psychosociale. Ce mémoire a pour objectif de découvrir en quoi l'activité physique en ergothérapie peut être un outil destiné aux personnes souffrant de schizophrénie pour améliorer leur engagement occupationnel dans le cadre d'une démarche de réhabilitation psychosociale. Six ergothérapeutes travaillant en santé mentale et utilisant l'activité physique comme médiation ont été interrogés lors d'entretiens individuels semi-directifs. Les résultats ont montré qu'effectivement, l'activité physique peut aider à trouver une harmonie entre l'esprit, les émotions et le corps, et qu'elle peut améliorer l'engagement occupationnel d'une personne et contribuer à son rétablissement. Cependant, l'activité physique n'est qu'un maillon de la chaîne. D'autres éléments sont liés à ce rétablissement, tels que d'autres activités thérapeutiques, une prise en charge globale ainsi qu'un travail interdisciplinaire.

Physical activity in occupational therapy, a tool for occupational engagement with people with schizophrenia

Abstract

Keywords: Physical activity - Occupational therapy - Occupational engagement - Psychosocial rehabilitation – Schizophrenia

Schizophrenia is a psychiatric illness characterized by a set of symptoms. This illness causes significant disability and can have repercussions on all areas of life. However, it seems that regular physical activity and sports can have positive effects on the mental and physical health of individuals with schizophrenia and can act as a mediator for psychosocial rehabilitation. The objective of this study is to explore how physical activity in occupational therapy can serve as a tool for individuals with schizophrenia to enhance their occupational engagement within a psychosocial rehabilitation approach. Six occupational therapists working in mental health and utilizing physical activity as a form of mediation were interviewed through individual semi-structured interviews. Indeed, the results show that physical activity can help to find a harmony between the mind, emotions, and body and it can improve an individual's occupational engagement and contribute to their recovery. However, it is important to note that physical activity alone is just one component in a larger chain. Indeed, other elements are linked to this recovery such as other therapeutic activities, global care, interdisciplinary work.

Laura Casaburo

Sous la direction de Madame Marianne Haine