

Institut de Formation en Ergothérapie de ROUEN

Mémoire d'initiation à la recherche

**Activités physiques et sportives en ergothérapie :
vecteur d'engagement occupationnel pour les
personnes présentant un syndrome dépressif associé
à la schizophrénie**

CHARMOILLE Ophélie

N° étudiant : E 21/05

Promotion : 2021-2024

Année universitaire : 2023-2024

Sous la direction de TOUTTAIN Mathilde

*« Le sport peut créer de l'espoir là où
il n'y avait que du désespoir »
Nelson Mandela, 2000*

*« La schizophrénie n'est pas un cas désespéré.
J'ai appris à vivre avec cette maladie tout en
menant une vie pleine et riche »
Elyn Saks, 2007*

REMERCIEMENTS

Je souhaite remercier toutes les personnes qui m'ont soutenue, de près ou de loin, tout au long de la réalisation de ce travail de recherche.

Je tiens tout d'abord à exprimer ma profonde gratitude envers Mathilde TOUTTAIN, ma maître de mémoire, pour son soutien, ses conseils éclairés et sa patience tout au long de ce processus. Son expertise et son engagement ont été d'une valeur inestimable pour la réussite de ce travail.

Je souhaite exprimer ma reconnaissance envers les membres de l'équipe pédagogique de l'institut de formation en ergothérapie de Rouen pour leur disponibilité, leur accompagnement attentif et leur suivi dévoué tout au long de cette dernière année, ainsi que durant l'ensemble de mon parcours de formation.

Merci également à toutes les personnes ayant contribué à mes entretiens, pour leur généreux partage de connaissances et pour le temps qu'elles m'ont accordé.

Merci à ma famille pour leurs précieux encouragements et leur soutien pendant mon parcours de formation. Je tiens à remercier tout particulièrement mes parents et ma sœur, notamment pour les nombreuses relectures et pour leur patience dans les moments les plus difficiles.

Un grand merci à mes camarades de promotion et futurs collègues ergothérapeutes pour leur bienveillance et leur camaraderie qui ont rendu ce parcours encore plus enrichissant.

Un remerciement tout particulier à mes amies proches pour leur soutien précieux, leur bonne humeur et leur esprit de solidarité qui ont contribué à rendre ces trois années encore plus inoubliables.

Glossaire

ALD : Affection Longue Durée

ANFE : Association Nationale Française des Ergothérapeutes

AOTA : American Occupational Therapy Association

AP : Activité Physique

APA : Activité Physique Adaptée

APS : Activité Physique et Sportive

CATTP : Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel

CCTE : Cadre Conceptuel de groupe Terminologie de ENOTHE

CDS : Calgary Depression Scale (Echelle de dépression de Calgary)

CMP : Centre Médico-Psychologique

CPFVM : Cortex PréFrontal Ventro-Médian

DSM-V : Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders

E-APA : Enseignant en Activité Physique Adaptée

HAS : Haute Autorité de Santé

HDJ : Hôpital De Jour

MOH : Modèle de l'Occupation Humaine

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

OSA : Occupational Self Assessment

PDAS : Psychotic Depression Assessment Scale

PNNS : Programme National Nutrition Santé

VQ : Volitional Questionnaire

Chartre anti-plagiat



**PRÉFET
DE LA RÉGION
NORMANDIE**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

**Direction régionale
de l'économie, de l'emploi,
du travail et des solidarités**

Pôle Entreprise et Solidarités
Unité certification sociale et paramédicale
2, place Jean Nouzille
CS 55427
14054 Caen CEDEX 4

Charte anti-plagiat de la Direction régionale de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités de Normandie

La Direction Régionale de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités (DREETS) délivre sous l'autorité du Préfet de région les diplômes de travail social et professions de santé non médicales.

Elle est également garante de la qualité des enseignements délivrés dans les dispositifs de formation préparant à l'obtention des diplômes des champs du travail social.

C'est dans le but de garantir la valeur des diplômes qu'elle délivre et la qualité des dispositifs de formation qu'elle évalue que les directives suivantes sont formulées à l'endroit des étudiants et stagiaires en formation.

Article 1 :

« Le plagiat consiste à insérer dans tout travail, écrit ou oral, des formulations, phrases, passages, images, en les faisant passer pour siens. Le plagiat est réalisé de la part de l'auteur du travail (devenu le plagiaire) par l'omission de la référence correcte aux textes ou aux idées d'autrui et à leur source »ⁱ.

Article 2 :

Tout étudiant, tout stagiaire s'engage à encadrer par des guillemets tout texte ou partie de texte emprunté(e) ; et à faire figurer explicitement dans l'ensemble de ses travaux les références des sources de cet emprunt. Ce référencement doit permettre au lecteur et correcteur de vérifier l'exactitude des informations rapportées par consultation des sources utilisées.

Article 3 :

Le plagiaire s'expose aux procédures disciplinaires prévues au règlement de fonctionnement de l'établissement de formation. En application du Code de l'éducationⁱⁱ et du Code pénalⁱⁱⁱ, il s'expose également aux poursuites et peines pénales que la DREETS est en droit d'engager. Cette exposition vaut également pour tout complice du délit.

Article 4 :

Tout étudiant et stagiaire s'engage à faire figurer et à signer sur chacun de ses travaux, deuxième de couverture, cette charte dument signée qui vaut engagement :

Je soussigné-e CHARMOILLE Ophélie atteste avoir pris connaissance de la charte anti plagiat élaborée par la DREETS de Normandie et de m'y être conformé-e. Et certifie que le mémoire/dossier présenté étant le fruit de mon travail personnel, je veillerai à ce qu'il ne puisse être cité sans respect des principes de cette charte.

Fait à Belbeuf Le 10.05.2024 signature

ⁱ Site Université de Genève <http://www.unige.ch/ses/telecharger/unige/directive-PLAGIAT-19092011.pdf>

ⁱⁱ Article L331-3 du Code de l'éducation : « les fraudes commises dans les examens et les concours publics qui ont pour objet l'acquisition d'un diplôme délivré par l'Etat sont réprimées dans les conditions fixées par la loi du 23 décembre 1901 réprimant les fraudes dans les examens et concours publics ».

ⁱⁱⁱ Articles 121-6 et 121-7 du Code pénal.

Sommaire

I. Introduction	1
II. Cadre conceptuel et théorique.....	3
1. La schizophrénie.....	3
1. 1. Généralités.....	3
1. 1. 1. Définition.....	3
1. 1. 2. Epidémiologie et étiologie.....	3
1. 2. Sémiologie.....	4
1. 2. 1. Critères diagnostiques	4
1. 2. 2. Classification des symptômes	4
1. 2. 3. Les différentes formes cliniques.....	5
1. 2. 4. Le syndrome dépressif : une comorbidité récurrente	6
1. 3. Le rétablissement de la schizophrénie.....	8
1. 3. 1. Les traitements de la schizophrénie.....	8
1. 3. 2. La réhabilitation psychosociale	8
1. 3. 3. Les possibilités d'évolution.....	9
2. La prise en soin ergothérapique du désengagement occupationnel dans la schizophrénie.....	10
2. 1. Les répercussions de la maladie	10
2. 1. 1. L'altération de la qualité de vie	10
2. 1. 2. Le déconditionnement physique.....	11
2. 1. 3. Altération de la prise de décision	13
2. 2. L'engagement occupationnel des personnes atteintes de schizophrénie	13
2. 2. 1. Définition de l'engagement occupationnel.....	13
2. 2. 2. L'engagement occupationnel selon le Modèle de l'Occupation Humaine ...	14
2. 2. 3. Le désengagement occupationnel des personnes atteintes de schizophrénie	17
2. 3. L'engagement occupationnel des personnes atteintes de schizophrénie dans la pratique ergothérapique	17
2. 3. 1. Définition de l'ergothérapie	17
2. 3. 2. L'évaluation de l'engagement occupationnel.....	18

2. 3. 3.	Les moyens de l'ergothérapeute pour soutenir l'engagement occupationnel des personnes souffrant de schizophrénie	19
3.	L'activité physique et sportive : levier de l'engagement occupationnel des personnes souffrant de schizophrénie.....	21
3. 1.	L'activité physique et sportive : problème de santé publique	21
3. 1. 1.	Définition des activités physiques et sportives.....	21
3. 1. 2.	Santé publique : les enjeux de l'activité physique et sportive.....	22
3. 2.	Les modalités de l'activité physique et sportive en ergothérapie.....	23
3. 2. 1.	L'apport de l'ergothérapie	23
3. 2. 2.	Les différents types d'activité physique et sportive à disposition de l'ergothérapeute.....	24
3. 2. 3.	L'importance du cadre thérapeutique pour les personnes souffrant de schizophrénie.....	25
3. 3.	Les conséquences de l'activité physique et sportive en ergothérapie pour les personnes atteintes de schizophrénie.....	26
3. 3. 1.	Les mécanismes cérébraux induits par l'activité physique et sportive	26
3. 3. 2.	Les répercussions de l'activité physique et sportive sur les symptômes de la schizophrénie.....	27
III.	Processus de problématisation et présentation des hypothèses de recherche.....	28
IV.	Méthodologie de recherche.....	31
1.	Méthode qualitative	31
2.	Approche hypothético-déductive	32
3.	Population ciblée	33
3. 1.	Les critères d'inclusion et de non-inclusion.....	33
3. 2.	La prise de contact.....	33
3. 3.	La présentation de l'échantillon	34
4.	Technique : l'entretien semi-directif	35
5.	Outil : le guide d'entretien.....	35
6.	Réflexion sur l'objectivité et l'éthique de la recherche.....	37
V.	Présentation et analyse des résultats	39

1. Processus d'analyse qualitative	39
2. Analyse verticale	39
3. Analyse transversale.....	43
3. 1. Les impacts de la dépression chez les personnes atteintes de schizophrénie	43
3. 2. L'engagement occupationnel des personnes atteintes de schizophrénie, expliqué selon le MOH	44
3. 3. L'activité physique et sportive comme moyen de prise en soin en ergothérapie .	45
3. 4. L'intérêt des activités corporelles pour les personnes souffrant de schizophrénie	46
3. 5. L'apport de l'activité physique en groupe pour les personnes souffrant de schizophrénie.....	47
3. 6. L'importance du cadre thérapeutique dans la prise en soin des personnes souffrant de schizophrénie	48
VI. Discussion.....	49
1. Validation ou réfutation des hypothèses de recherche.....	49
1. 1. La première hypothèse	49
1. 2. La deuxième hypothèse	50
1. 3. La troisième hypothèse.....	50
2. Nouveaux apports théoriques	51
2. 1. La collaboration entre l'ergothérapeute et l'éducateur APA	51
2. 2. Les activités significantes	52
3. Biais et limites de la recherche.....	53
3. 1. Biais.....	53
3. 2. Limites.....	54
4. Perspectives	55
VII. Conclusion.....	57
VIII. Bibliographie	58
IX. Annexes	68

I. Introduction

L'activité physique est définie par l'OMS comme « tout mouvement corporel produit par les muscles squelettiques qui requiert une dépense d'énergie » (OMS, 2022a). Le manque d'activité physique est à l'heure actuelle identifié comme une problématique de santé publique. Selon l'Anses, 95 % de la population française adulte n'atteindrait pas les seuils d'activités physiques recommandés, augmentant ainsi les risques en matière de santé (Anses, 2022). Aujourd'hui, l'activité physique est décrite comme moyen de promouvoir la santé et de prévenir certaines maladies. En effet, l'OMS ajoute qu'une « activité physique d'intensité modérée ou soutenue a des effets bénéfiques sur la santé » (OMS, 2022a). Si les recommandations en matière d'activité physique sont ancrées dans l'imaginaire collectif, il est retenu que 54 % de la population ne parvient pas à suivre ces dernières (Beck et al., 2009). Les enjeux qui se dessinent actuellement sont alors d'individualiser ces pratiques et de l'intégrer à nos habitudes dans un objectif d'augmenter l'indépendance et la qualité de vie de tous (Toussaint et Nassif, 2012). Le Programme National Nutrition Santé (PNNS) 2019-2023 actuellement en vigueur insère dans nombre de ses objectifs l'activité physique afin de tendre vers une amélioration de la santé (ministère des Solidarités et de la santé, 2018).

L'activité physique se retrouve donc au cœur de nombreuses campagnes de prévention dans tous les domaines de la santé. Par ailleurs, l'OMS inscrit la santé mentale comme composante essentielle à la santé globale d'une personne. En effet, dans la constitution de 1948, la santé est définie comme un « état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » (OMS, 1948). De plus, l'INSERM identifie que l'activité physique est de plus en plus fréquemment adoptée comme moyen thérapeutique pour certains troubles psychiatriques (INSERM, 2008). Un stage effectué en hôpital de jour (HDJ) psychiatrique a permis d'illustrer ces pratiques et soulevé des questionnements. En effet, les représentations de ces troubles évoluent en France mais la stigmatisation reste prononcée comme j'ai pu le remarquer au travers des discussions menées avec différents patients. D'autre part, une étude menée par Ustun et Kessler soutient que les impacts liés aux troubles psychiatriques sont aussi voire plus importants que ceux engendrés par certaines maladies somatiques (Ustun et Kessler, 2002). En outre, la schizophrénie est l'une des pathologies psychiatriques les plus fréquentes, elle touche environ 600000 personnes en France soit presque 1% de la population (Krebs, 2020).

La schizophrénie est reconnue comme un trouble mental par le DSM-V qui, parmi un ensemble de symptômes diagnostics, identifie l'anhédonie et l'aboulie comme deux d'entre eux (Crocq et Guelfi, 2015). L'anhédonie y est définie comme la difficulté à prendre du plaisir ou à se remémorer des plaisirs passés tandis que l'aboulie est résumée par un déficit de motivation pour initier des activités (Crocq et Guelfi, 2015). La présence de ces deux signes chez une personne schizophrène peut être identifiée comme un trouble de l'engagement occupationnel sous le prisme de l'ergothérapie. Cette dernière notion est définie par le Modèle de l'Occupation Humaine (MOH). C'est en ce sens que le diagnostic de désengagement occupationnel est fréquent chez les personnes schizophrènes. Ce dernier altère la santé mentale de l'individu et donc par répercussion sa santé, en s'appuyant sur la définition de l'OMS. A contrario la pratique d'activités physiques est citée comme un moyen efficace en matière de prévention et promotion de la santé mentale et de la santé.

Cette réflexion nous a mené à la question de départ suivante :

En quoi l'activité physique proposée en ergothérapie peut-elle être vectrice d'engagement dans les occupations des personnes atteintes de schizophrénie ?

Ainsi pour approfondir cette réflexion, nous rédigerons un cadre conceptuel qui précisera les différentes notions abordées dans la question de recherche précédente. Nous exposerons à la suite de celui-ci une question de recherche et émettrons des hypothèses de recherche en découlant. Ensuite, nous construirons et mettrons en œuvre le cadre méthodologique. Puis nous analyserons et discuterons des résultats obtenus lors de notre enquête de terrain. Pour terminer, nous conclurons sur cette présente recherche.

II. Cadre conceptuel et théorique

1. La schizophrénie

1. 1. Généralités

1. 1. 1. Définition

La schizophrénie est une pathologie psychiatrique définie comme un trouble du traitement et de l'intégration de l'information (Favrod, 2015). Cette définition contraste avec sa signification étymologique « dissociation de la personnalité » qui provient du grec (Pagès, 2017). Le psychiatre Eugen Bleuler est à l'origine du terme de schizophrénie en 1908 (Favrod, 2015).

La schizophrénie est à l'origine d'une rupture avec la réalité du monde pouvant s'exprimer par des idées délirantes ou des hallucinations. Cette rupture peut aussi être expliquée par des défauts d'expression, des difficultés dans les activités de la vie quotidienne ou encore par un retrait social. D'autre part, la maladie peut engendrer une désorganisation majeure du comportement et de la pensée (Favrod, 2015). Cependant, le DSM-V indique qu'aucun de ces symptômes n'est pathognomonique de la schizophrénie, cette pathologie est la résultante d'un panel de symptômes associés à une altération du fonctionnement. En effet, les troubles psychotiques sont qualifiés d'hétérogènes, c'est-à-dire que l'expression des symptômes est variable selon les personnes et le stade d'évolution de la maladie (Crocq et Guelfi, 2015).

1. 1. 2. Epidémiologie et étiologie

La schizophrénie est une pathologie qui touche environ 24 millions de personnes dans le monde, constituant une prévalence d'environ 0,3 % (OMS, 2022b). Cependant celle-ci est en corrélation avec le niveau de classe sociale, la prévalence est plus importante dans les classes les plus défavorisées. De plus, si la prévalence homme-femme est globalement similaire, l'apparition des symptômes se ferait plus tôt chez les hommes (Favrod, 2015). En ce sens, les troubles se déclarent majoritairement à l'adolescence, entre 15 et 35 ans dans 75 % des cas (Pagès, 2017). L'OMS met en avant la stigmatisation, les discriminations et les violations des droits humains envers les personnes atteintes de schizophrénie, ce qui fait de cette pathologie un enjeu de santé publique (OMS, 2022b). En outre, plus des deux tiers des personnes touchées dans le monde ne bénéficient pas de prise en soins adaptés à leurs besoins. L'OMS affirme par

ailleurs que la schizophrénie représente la 8^e cause d'incapacité chez les 15-44 ans, devant des affections majeures telles que le cancer ou l'asthme (Prouteau et al., 2010).

Concernant l'étiologie, la schizophrénie serait la résultante de l'interaction de multiples facteurs causaux. Un terrain génétique particulier et les facteurs biologiques, intrinsèques à l'individu, favoriseraient l'apparition de la pathologie. En ce sens, de nombreuses études ont permis d'affirmer que la schizophrénie était due à un trouble du métabolisme de la dopamine. Des facteurs psychologiques entraîneraient également des perturbations dans la relation mère-enfant au cours des toutes premières années de la vie pourraient majorer les risques d'éclosion de la maladie (Pagès, 2017). Favrod ajoute à cela que des facteurs environnementaux tels que l'abus de cannabis, le stress social etc., encourageraient davantage ces risques (Favrod, 2015).

1. 2. Sémiologie

1. 2. 1. Critères diagnostiques

Le DSM-V identifie trois critères diagnostiques majeurs. Dans un premier lieu, il est stipulé que parmi les cinq symptômes suivant au moins deux doivent être présents sur une durée minimum d'un mois : des idées délirantes, des hallucinations, un discours désorganisé, un comportement grossièrement désorganisé ou catatonique ou des symptômes négatifs comme l'aboulie ou la diminution de l'expression émotionnelle. La durée de ces symptômes peut être diminuée dans le seul cas où le traitement s'est démontré efficace. Le second critère implique la reconnaissance d'une altération du fonctionnement dans le domaine professionnel, social ou de l'hygiène personnelle sur une durée significative depuis l'apparition du trouble. Enfin le dernier critère indique la nécessité que subsistent plus de six mois les signes continus du trouble. (Crocq et Guelfi, 2015)

1. 2. 2. Classification des symptômes

Dans le but de faciliter la description des troubles, une classification des symptômes selon trois catégories est décrite par N. Franck dans un article intitulé « Clinique de la schizophrénie » et paru en 2013.

Premièrement, les symptômes positifs sont définis comme des manifestations supplémentaires dans le comportement ou le discours d'une personne par rapport à celui qui est identifié comme « normal ». Ils sont à l'origine d'une modification de la perception de la réalité. Ces symptômes dit de « premier rang » correspondent à une mauvaise représentation des limites entre le soi et

l'autre agissant. De cette façon, les personnes présentant ce type de symptôme ne parviennent pas à attribuer les actions, pensées ou sensations au bon auteur. Les symptômes positifs les plus fréquemment rencontrés sont les hallucinations verbales et les idées délirantes. D'autres sont tout de même réguliers comme le syndrome d'influence, les pensées imposées, la diffusion de pensée ou encore le vol de la pensée. (Franck, 2013)

A contrario, les symptômes négatifs se caractérisent par l'absence de capacités altérant ainsi un comportement, une pensée ou un affect. Parmi ces symptômes deux sphères sont distinguées. La sphère comportementale se constitue de l'aboulie correspondant à une baisse de la volonté globale. Elle fait également référence à l'appauvrissement du discours ainsi qu'à l'apragmatisme défini par un manque d'énergie entraînant un manque d'initiation. Par ailleurs, la sphère affective regroupe elle aussi plusieurs symptômes dont le retrait social, la pauvreté affective et l'absence d'empathie font partie. A ceux-ci s'ajoutent l'apathie caractérisée par une absence de réaction face aux stimuli et l'anhédonie définie comme l'incapacité à ressentir du plaisir (Franck, 2013). Pour résumer, les symptômes négatifs sont donc « la conséquence d'une altération de la volonté, de la capacité à initier un discours ou des actions, de la motivation, de l'expressivité émotionnelle et du ressenti » (Franck, 2013).

Enfin, la désorganisation se manifeste par l'inaptitude à élaborer un comportement ou un discours adapté. En ce sens, elle peut avoir un impact sur le cours de la pensée, la construction du langage, le comportement ou encore sur les émotions. Il est également à noter que la désorganisation peut être mise en relation avec certains troubles des fonctions exécutives. (Franck, 2013)

1. 2. 3. Les différentes formes cliniques

Franck distingue cinq formes cliniques différentes de la schizophrénie, ce qui participe à décrire le trouble. Ces différentes formes sont définies selon des symptômes caractéristiques (Franck, 2013).

La première forme identifiée est la schizophrénie paranoïde. Cette forme clinique est caractérisée par des symptômes positifs au premier plan et de fortes intensités (Franck, 2013). Le délire paranoïde associé à la schizophrénie est définie par Franck comme non structuré et polymorphe. Ces délires sont flous, ce qui ne permet pas aux autres individus de les comprendre. De plus, les mécanismes et les thèmes de ces délires sont multiples (Franck, 2013). Le VIDAL affirme qu'il s'agit de la forme la plus fréquente, et que la réponse au traitement est efficace (VIDAL, 2018).

La seconde forme est la schizophrénie désorganisée. Dans celle-ci, le syndrome de désorganisation est majoritaire et les symptômes positifs sont plus modérés (Franck, 2013). Cette forme peut être rapprochée de la forme hébéphrénique décrite par le VIDAL. Les personnes atteintes de ce type de schizophrénie sont fortement isolées, présentent un langage incohérent et une importante anxiété (VIDAL, 2018).

La troisième forme clinique est dite indifférenciée, aucun symptôme ne prédomine sur les autres. Ceux qui sont présents sont peu exprimés, cependant des symptômes négatifs sont régulièrement observés dans cette forme clinique. (Franck, 2013)

La schizophrénie catatonique est la quatrième forme décrite par Franck. Cette dernière est assez rare mais se caractérise par des troubles moteurs. La catalepsie est l'un des symptômes caractéristiques de cette forme, elle correspond à un arrêt total et brutal de l'activité motrice volontaire. Le négativisme, opposition aux consignes et maintien d'une posture figée, marque également la forme catatonique de la schizophrénie. Par ailleurs, les personnes souffrant de cette forme clinique ont tendance à reproduire les gestes (échopraxie), les mimiques (échomimie) et les paroles (écholalie) de leur interlocuteur. Enfin, les persévérances motrices ou verbales sont typiques de la catatonie. (Franck, 2013)

La dernière forme identifiée est la schizophrénie résiduelle. Elle succède aux autres formes cliniques, excepté la forme désorganisée, et la symptomatologie y est faible. (Franck, 2013)

1. 2. 4. Le syndrome dépressif : une comorbidité récurrente

Une importante prévalence des symptômes dépressifs chez les personnes atteintes de schizophrénie est observée. En effet, ces manifestations sont présentes dans plus de la moitié des cas pour un premier épisode psychotique (Ortega et al., 2009). De plus, un syndrome dépressif serait présent dans 25% des cas de schizophrénie en moyenne (Leblanc et Peuskens, 2009). Il est également mis en avant que ces symptômes sont plus fréquemment rencontrés chez les usagers présentant un soutien social plus restreint. Par ailleurs, l'apparition des troubles dépressifs chez les personnes atteintes de schizophrénie est en corrélation avec la sévérité des troubles psychotiques et l'altération du fonctionnement quotidien (Ortega et al., 2009). En effet les symptômes dépressifs sont dus à une prise de conscience de la maladie et des difficultés associées comme la désintégration sociale ou l'apparition d'un stress psychosocial (Leblanc et Peuskens, 2009). Ainsi, la présence de ces symptômes est à mettre en lien avec la notion d'insight (conscience de la maladie) : un niveau d'insight élevé majorerait les risques d'apparition de ces symptômes (Buchy et al., 2010). Dans la schizophrénie, les signes dépressifs

font majoritairement leur émergence lors de la phase aiguë de la maladie (Ortega et al., 2009) ou bien en amont du premier épisode psychotique ou d'une rechute (Leblanc et Peuskens, 2009). C'est pourquoi, les symptômes dépressifs sont plus fréquemment rattachés aux symptômes positifs que négatifs (Ortega et al., 2009).

Le principal défi initial réside dans la définition des troubles dépressifs chez les patients schizophrènes. Il est important de faire une distinction entre l'affect dépressif correspondant à une humeur triste passagère ; les symptômes dépressifs définis comme une tristesse causant de la détresse ; et le syndrome dépressif dans lequel les symptômes dépressifs sont associés à des troubles cognitifs et végétatifs (Micallef et al., 2006). Distinguer les états dépressifs des symptômes négatifs chez les patients atteints de schizophrénie peut entraîner des erreurs potentielles. Certains symptômes négatifs se chevauchent avec les symptômes dépressifs de la schizophrénie. Cependant, bien que la distinction soit souvent délicate, en partie due à la capacité du patient à s'auto-observer et à verbaliser, l'émoussement des affects évoque davantage un déficit, tandis que la tristesse, la culpabilité et les pensées suicidaires sont plus facilement associées à un état dépressif (Micallef et al., 2006).

De cette façon, deux échelles spécifiques permettent d'évaluer la dépression chez la personne ayant un diagnostic de schizophrénie. Celles-ci se nomment l'échelle de dépression de Calgary (CDS) et l'échelle d'évaluation de dépression psychotique (PDAS) (Ortega et al., 2009). Ces évaluations nécessitent un discours précis du patient sur ses ressentis et ses difficultés. Enfin, la présence de ces symptômes peut mener à une réévaluation du diagnostic initial (Leblanc et Peuskens, 2009).

Les symptômes dépressifs présents chez les personnes atteintes de schizophrénie sont globalement similaires aux symptômes dépressifs classiques (Ortega et al., 2009). Les symptômes prédominants de la dépression incluent une humeur sombre ou un sentiment de vide intérieur, un épuisement (burn-out), un sentiment de surmenage, des angoisses, une agitation intérieure et des perturbations du sommeil et de la pensée (Keck, 2016). De plus, la perte d'intérêt et/ou de plaisir, même pour les activités habituellement considérées comme agréables, est très fréquente (Keck, 2016). En effet, les personnes dépressives perdent toute capacité à ressentir de la joie et éprouvent des difficultés à prendre des décisions, même les plus simples (Keck, 2016). En outre, le risque de suicide est plus important en phase aiguë de la maladie et est accentué par les symptômes psychotiques dominants que sont les délires les hallucinations, la désorganisation, l'excitation ou l'impulsivité incontrôlée (Leblanc et Peuskens, 2009).

1. 3. Le rétablissement de la schizophrénie

1. 3. 1. Les traitements de la schizophrénie

L'impact positif des médicaments antipsychotiques est reconnu depuis les années 1950 avec une amélioration de l'état clinique et une diminution des probabilités de rechutes. De plus, au cours des dernières années, cette médication a évolué pour limiter les effets secondaires. Cependant le traitement pharmaceutique ne se suffit pas à lui-même, la thérapie non médicamenteuse est également nécessaire au rétablissement (Llorca, 2004). Selon Favrod, la prise en soin de cette pathologie est pluriprofessionnelle et s'effectue en structure. Les patients en phase aiguë sont majoritairement suivis en milieu intra-hospitalier afin de mettre en place les traitements. Après cette phase, les patients sont orientés vers des centres extrahospitaliers afin d'effectuer la prise en soin au cœur de la communauté (Favrod, 2015). Cela permet également d'éviter d'aggraver la maladie par une hospitalisation trop longue (Favrod, 2015) mais aussi de limiter le risque de rechute avec un arrêt brutal du suivi (Llorca, 2004). La prise en soin intra-hospitalière répond à de multiples objectifs. Elle permet notamment de protéger le patient, d'améliorer son état de santé, d'ajuster le traitement et de favoriser la relation thérapeutique (Llorca, 2004). Durant la prise en soin extrahospitalière, les interventions basées sur le processus de réhabilitation psychosociale sont majoritaires (Llorca, 2004).

1. 3. 2. La réhabilitation psychosociale

La réhabilitation psychosociale est une pratique qui est arrivée en France dans les années 1990. Elle avait alors pour but de se décentrer de l'hôpital vers une centralisation sur la personne dans son milieu de vie (De Lépine, 2018). Cette méthode encourage une vision holistique de l'individu, mettant l'accent sur son autodétermination, ses capacités et son développement de compétences, ainsi que sur l'implication dans son environnement social (Franck, 2018). La réhabilitation psychosociale rend le patient acteur de son suivi et lui permet de développer son pouvoir d'agir (De Lépine, 2018). Les professionnels intervenant dans ce processus identifient le patient comme partenaire essentiel dans les choix relatifs à son projet de vie. La personne développe alors sa capacité à influencer son propre destin et à se sentir compétente au sein de la société, renforçant ainsi son pouvoir d'agir (De Lépine, 2018). Finalement, la réhabilitation psychosociale met l'accent sur les notions de qualité de vie et d'estime de soi pour les usagers (De Lépine, 2018).

L'objectif principal de cette pratique est de favoriser l'inclusion sociale de la personne dans son environnement. En effet, la réhabilitation implique des interventions à la fois sur la personne et sur son environnement (Lafont-Rapnouil, 2013). Par conséquent, les ergothérapeutes, experts dans la compréhension de l'interaction entre les individus et leur environnement, jouent un rôle central dans le domaine de la réhabilitation psychosociale. La réhabilitation psychosociale englobe différentes techniques professionnelles suivant des axes et des objectifs distincts (De Lépine, 2018). Tout d'abord la remédiation cognitive permet d'agir sur les fonctions cognitives diminuées, et donc indirectement sur les déficits fonctionnels. Par ailleurs, la réhabilitation psychosociale intègre des ateliers d'entraînement aux habiletés sociales favorisant la réinsertion sociale et professionnelle des personnes souffrant de schizophrénie. En complément, la personne et son entourage peuvent bénéficier d'une psychoéducation pour mieux connaître et mieux gérer la maladie, contribuant ainsi à favoriser leur autonomie au quotidien (De Lépine, 2018).

1. 3. 3. Les possibilités d'évolution

La vision de la schizophrénie a évolué au cours de ces dix dernières années avec l'introduction de la notion du rétablissement. Ce concept est difficile à définir, il regroupe l'ensemble des évolutions considérées comme positives de la pathologie (Martin et Franck, 2013). « Il est souvent décrit davantage comme une attitude, une manière de vivre, un sentiment, une vision, ou une expérience qu'un retour à la normalité ou la santé » (Davidson, 2003). En effet, il n'est pas nécessaire d'observer un retour à l'état de santé antérieure pour atteindre le rétablissement, il peut aussi se caractériser par un soulagement des souffrances de la personne. Il est nécessaire de se détacher du point de vue médical puisque le rétablissement repose sur des perspectives proches du vécu du patient. Le rétablissement présente une dimension personnelle, c'est l'agir qui initie l'évolution positive de la maladie. (Martin et Franck, 2013)

Le rétablissement est un processus dynamique constitué de 5 étapes (Martin et Franck, 2013). Tout d'abord, dans la phase moratoire la personne présente très peu d'espoir et une faible estime de soi. Dans un second temps, la personne va entrer dans une phase de conscience avec l'apparition d'un espoir d'amélioration ainsi qu'une acceptation de la maladie. La troisième phase nommée préparation implique l'idée que le rétablissement est accessible. La phase suivante dite de reconstruction est caractérisée par la mise en action de la personne en vue

d'améliorer son état. La dernière phase, la croissance, se définit par un accès à un bien-être et à une redéfinition de soi. (Martin et Franck, 2013)

Les possibilités d'avancement dans le processus de rétablissement dépendent de nombreux aspects. Premièrement, la personne doit accepter la maladie et ainsi reconnaître les possibilités d'agir sur celle-ci. La personne doit également s'appuyer sur ses valeurs personnelles qui constituent une ligne directrice de l'accomplissement personnel (Martin et Franck, 2013). De plus, il est nécessaire de dépasser la stigmatisation et de préserver son identité, c'est-à-dire de ne pas s'identifier comme une personne malade mentale. Enfin, le sentiment d'espoir et la notion d'autodétermination sont deux concepts indispensables au rétablissement (Martin et Franck, 2013). En effet, être autodéterminé implique d'être le principal acteur de sa propre vie, de façon à maintenir et à améliorer sa qualité de vie. Cela se traduit par la capacité à exercer un contrôle désiré sur les aspects essentiels de son existence, tout en préservant son indépendance vis-à-vis des influences externes indésirables (Adrien et Sarrazin, 2022). De cette manière, la personne voit son sentiment d'efficacité personnelle se développer (Martin et Franck, 2013).

La réhabilitation psychosociale est présentée comme une technique permettant une meilleure évolution de la maladie, avec notamment une baisse du nombre de jours d'hospitalisation (Bonsack et al., 2019). Par ailleurs, la temporalité des syndromes dépressifs constitue un bon indicateur de pronostic vu qu'elle est en lien avec l'insight de la maladie. En ce sens, la déclaration de ces symptômes pendant la phase aiguë est signe d'un bon pronostic, tandis que leur présence en phase post psychotique augmente les risques de rechute (Ortega et al., 2009).

2. La prise en soin ergothérapique du désengagement occupationnel dans la schizophrénie

2. 1. Les répercussions de la maladie

2. 1. 1. L'altération de la qualité de vie

Selon l'OMS, la notion de qualité de vie est indispensable pour définir la santé mentale d'un individu. C'est pourquoi, elle doit être prise en compte dans l'analyse des besoins de la personne et doit constituer un enjeu majeur du traitement. Il est possible de dissocier la qualité de vie subjective de l'objective. La subjective dépend des ressentis et des perceptions du patient. Il a par ailleurs été démontré que celle-ci était plus faible chez les personnes atteintes de schizophrénie que dans la population générale. Les deux domaines les plus impactés se

rapportent aux relations interpersonnelles avec notamment les notions de famille et de relations sociales (Prouteau et al., 2010).

L'action est un autre besoin important de l'être humain, et une diminution des compétences dans les actes de la vie quotidienne peut s'expliquer par une perte d'engagement (Conor et al., 2016). Par ailleurs, les difficultés cognitives (fonctions neurocognitives et cognition sociale) sont courantes et invalidantes, elles impactent fortement l'insertion sociale, le fonctionnement quotidien et la vie professionnelle ou étudiante de ces personnes (Amado et Kern, 2021). En ce sens, en Europe, l'absence ou la perte d'activité professionnelle est observée chez 80 % des personnes atteintes de schizophrénie (Prouteau et al., 2010). De plus, la schizophrénie altère le rapport au corps de nombreux patients. Pagès explique que ces personnes ne ressentent plus leur corps comme une seule entité, entraînant des angoisses de morcellement. De cette façon, la réalisation des actes de la vie quotidienne comme la toilette, l'habillement, les repas etc., est altérée (Pagès, 2017). C'est ainsi que l'ergothérapie prend tout son sens auprès des personnes atteintes de schizophrénie.

2. 1. 2. Le déconditionnement physique

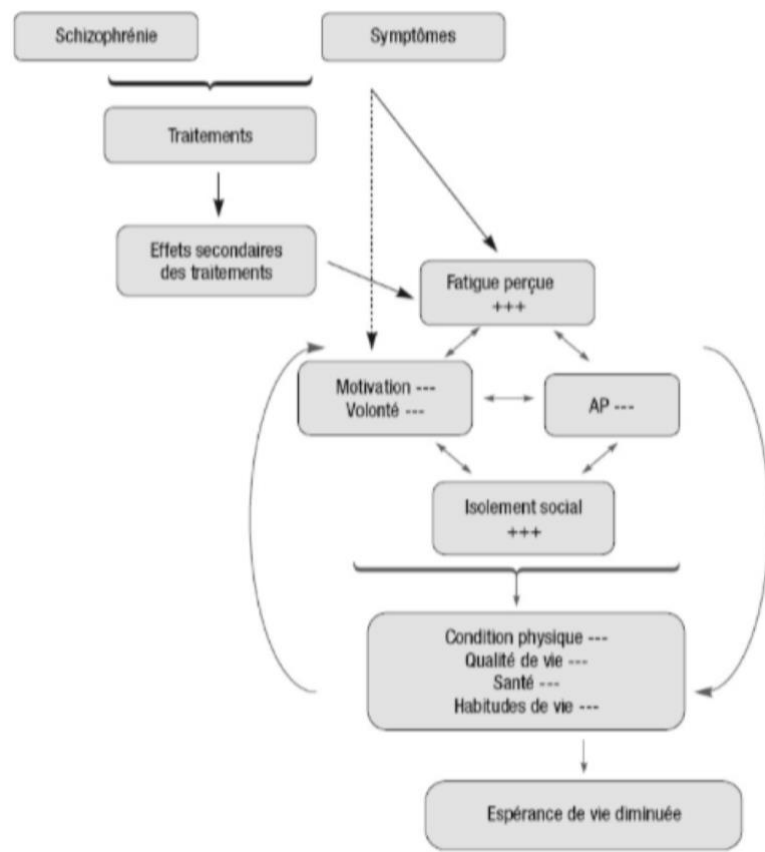


Figure 1 : Cercle vicieux du déconditionnement physique (Kern et al., 2019)

D'autre part, Kern et al. introduisent le cercle vicieux du déconditionnement physique démontrant l'impact des symptômes et des effets secondaires des traitements (Kern et al., 2019). Quatre grandes catégories de répercussions sont considérées comme étant à l'origine de la diminution de la condition physique mais aussi d'une altération de la santé, des habitudes et donc de la qualité de vie :

- **Augmentation de la fatigue perçue** : Dans le contexte de la schizophrénie, il est judicieux de différencier une fatigue primaire, directement associée aux processus physiopathologiques de la maladie, d'une fatigue secondaire, qui découle d'autres symptômes et manifestations de la maladie tels que les troubles du sommeil, la symptomatologie dépressive, l'inactivité physique, l'apathie, l'effet iatrogène ou la douleur. (Mulin et al., 2023)
- **Motivation / Volonté** : Le manque de motivation peut être rapproché de l'aboulie et de l'apragmatisme, il représente une conséquence majeure de la schizophrénie. En effet, le déficit motivationnel identifié chez les patients s'accompagne le plus souvent d'un retrait social, d'une restriction de participation dans les activités de loisirs et d'un émoussement affectif (Dollfus, 2018). De plus, il est important de préciser que le manque de motivation entraîne un mode de vie moins actif que la normale (Vancampfort et al., 2013).
- **Baisse de l'activité physique** : Aujourd'hui 50 % des personnes atteintes de schizophrénie n'atteignent pas le taux d'activité physique recommandé par l'OMS. Par ailleurs, les symptômes négatifs tels que l'apathie et l'aboulie majorent la sédentarité et les risques d'inactivité physique chez les personnes souffrant de schizophrénie (Kern et al., 2019). De plus, Favrod affirme que la schizophrénie s'accompagne d'une prévalence à l'obésité et aux troubles cardiovasculaires plus importante que dans la population saine, conséquence du manque d'activité physique (Favrod, 2015).
- **Isolement social** : La peur du regard des autres et la fatigue intense perçues par les personnes atteintes de schizophrénie mènent à un isolement social important. Cela peut également entraîner une limitation des déplacements hors de leur habitat, soutenant la baisse d'activité physique chez les personnes souffrant de schizophrénie (Kern et al., 2019).

L'ensemble de ces répercussions est synonyme d'une espérance de vie diminuée chez les personnes atteintes de schizophrénie (Kern et al., 2019). Ajouté à cela, de nombreux comportements à risques sont adoptés dans cette population, impactant ainsi leur santé physique et diminuant leur espérance de vie de 15 à 20 ans (Amado et Kern, 2021). De plus, les

symptômes dépressifs sont très fréquents chez les personnes atteintes de schizophrénie, ce qui augmente les risques suicidaires. Aujourd'hui, 10 % des décès dans cette population sont dus au suicide (Ortega et al., 2009), ce qui explique un risque de suicide 40 fois plus élevé que pour les sujets sains (Leblanc et Peuskens, 2009).

2. 1. 3. Altération de la prise de décision

Les symptômes positifs de la schizophrénie peuvent entraîner des comportements impulsifs, une agitation incontrôlée ou des difficultés à élaborer un comportement orienté vers un but. Des signes similaires sont observés dans le comportement des personnes cérébrolésées au niveau du cortex préfrontal ventro-médian (CPFVM). En effet, leurs réactions émotionnelles sont souvent inadaptées et incontrôlées, la prise de décision est altérée, l'empathie est presque inexistante et les comportements sociaux sont inadaptés. L'atteinte d'un but et la planification des activités sont également des capacités déficitaires dans le dysfonctionnement du CPFVM. De cette façon, l'hypothèse d'une étiologie neurodégénérative dans la schizophrénie avec une atteinte du CPFVM est émise. Par ailleurs, aucune différence de performance n'est observée entre les personnes cérébrolésées au niveau du CPFVM et les personnes atteintes de schizophrénie chronique. En outre, la prise de décision est davantage déficitaire dans les formes chroniques de la maladie que dans les cas de premier épisode psychotique. De plus, des études sur imagerie médicale ont permis de mettre en lien les anomalies anatomiques du CPFVM et l'intensité des symptômes négatifs. Ces études ont également permis de montrer un lien étroit entre la forme catatonique de la schizophrénie et l'atteinte fonctionnelle du CPFVM. Enfin, les traitements médicamenteux de la schizophrénie peuvent impacter négativement la prise de décision. Cependant, la prise de décision est une compétence nécessaire au développement de l'engagement occupationnel. (Adida et al., 2011)

2. 2. L'engagement occupationnel des personnes atteintes de schizophrénie

2. 2. 1. Définition de l'engagement occupationnel

Le Cadre Conceptuel du groupe Terminologie de ENOTHE (CCTE) définit l'engagement occupationnel comme « le sentiment de participer, de choisir, de trouver un sens positif et de s'impliquer tout au long de la réalisation d'une activité ou d'une occupation » (Meyer, 2013). D'autre part, le CCTE situe le « faire » dans une interface entre un monde interne et un autre externe à l'individu. Dans cette classification, l'engagement occupationnel

appartient au monde interne et est défini comme l'une des sources d'énergie du faire. De plus, il est associé au versant psychosocial de l'énergie du « faire » (Meyer, 2013).

Par ailleurs, l'empowerment se positionne au cœur de ce processus en plaçant la personne au centre des décisions qui la concernent. Cela implique la capacité de faire ses propres choix de vie, en comprenant les alternatives et en participant activement à la discussion (Deutsch, 2015).

L'engagement occupationnel correspond à l'investissement durable, émotionnel, relationnel, attentionnel et physique que la personne fournit dans une occupation qu'elle valorise. Il représente le comportement éprouvé dans l'accomplissement d'une activité et démontre une relation entre l'individu et l'activité dans un contexte défini. Cet engagement occupationnel fait naître chez l'individu un sentiment de plaisir, de compétence, de motivation, d'autonomie et de liberté. C'est ainsi qu'il trouve du sens dans une activité. De plus, lorsque celui-ci est maintenu dans le temps, il est à l'origine de nouvelles habitudes (Meyer, 2013). Par ailleurs, l'environnement physique, social et le contexte socio-culturel exercent une influence sur l'engagement occupationnel d'un individu (Bertrand, 2020). La personne engagée doit reconnaître que ses décisions peuvent impacter divers aspects. La prise de conscience de l'impact créé par ses actions passées est essentielle pour être véritablement engagée (Becker, 2006). Enfin, l'engagement occupationnel est défini comme une composante essentielle à la santé et au bien-être de tout individu (Conor et al, 2016).

2. 2. 2. *L'engagement occupationnel selon le Modèle de l'Occupation Humaine*

Les ergothérapeutes exerçant auprès de personnes atteintes de schizophrénie peuvent construire leur pratique autour de modèles conceptuels comme le Modèle de l'Occupation Humaine (MOH), spécifique à la profession, développé par Kielhofner à la fin des années 1980. Dans le contexte du troisième paradigme de l'ergothérapie et dans une perspective systémique, le MOH est un modèle écologique centré sur l'interaction personne-activité-environnement. Ce modèle, du fait de son vocabulaire centré sur l'occupation humaine, permet d'organiser le discours et les observations. Par ailleurs, le MOH offre un grand nombre d'outils structurant le processus d'intervention en ergothérapie. Il permet notamment de comprendre les forces et les difficultés d'une personne au regard de son engagement et de sa participation dans ses occupations. (Morel-Bracq, 2017)

Dans son modèle, Kielhofner estime que « l'être humain est un être occupationnel : l'occupation est essentielle dans l'organisation de la personne » (Morel-Bracq, 2017), c'est par l'action que les personnes se construisent. Ainsi, l'occupation est considérée comme dynamique et dépendante de l'environnement. D'autre part, Kielhofner identifie l'occupation humaine comme « une large gamme d'activités (activités productives, de loisirs et de vie quotidienne) réalisée dans un contexte physique, temporel et socioculturel » (Morel-Bracq, 2017). L'ensemble des composantes de ce modèle est en constantes interactions desquelles résultent les trois grandes parties du MOH (Morel-Bracq, 2017).

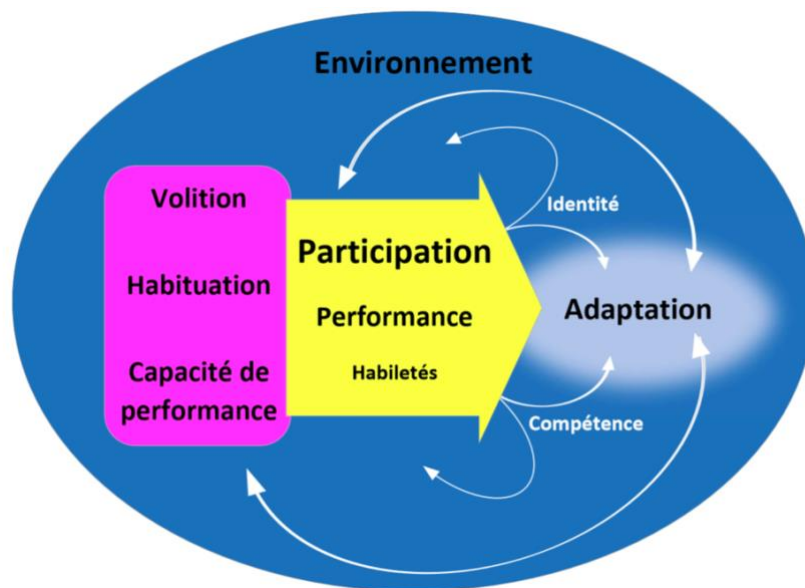


Figure 2 : Schéma du Modèle de l'Occupation Humaine (Université de Laval, 2024a)

L'**Être** regroupe les trois composantes suivantes de la personne :

- La **volition** est définie par la « motivation d'une personne à agir sur l'environnement » (Morel-Bracq, 2017). Cette composante à l'origine de l'engagement occupationnel des personnes. C'est un processus basé sur les expérimentations permettant à la personne d'anticiper et de faire des choix. Elle se décline en trois éléments :
 - Les valeurs regroupant tout ce qui est important et significatif pour la personne.
 - Les centres d'intérêt correspondant à l'ensemble des éléments agréables et satisfaisants rendant une activité plus attirante qu'une autre.
 - La causalité personnelle définie par les connaissances qu'une personne détient sur ses propres capacités et son efficacité à accomplir une activité.
- L'**habituat**ion se caractérise par « l'organisation et l'intériorisation de comportements semi-automatiques s'exécutant dans un environnement familier » (Morel-Bracq, 2017).

Elles se compose des habitudes et des rôles de la personne. Les habitudes renvoient à une notion d'automatisme dans une situation ou un environnement connu. Les rôles font références aux statuts sociaux et personnels d'une personne et de l'ensemble des comportements qui en émane.

- La **capacité de performance** correspond à « l'aptitude à agir grâce aux composantes objectives sous-jacentes (physiques et mentales) et à l'expérience subjective du corps » (Morel-Bracq, 2017).

L'**Agir** équivaut à la dynamique du MOH, il se décline en trois niveaux :

- La **participation occupationnelle** se définit par le fait d'agir de manière globale et découle de l'engagement d'une personne dans ses occupations dans un contexte socioculturel spécifique.
- La **performance occupationnelle** regroupe l'ensemble des activités réalisées en tant que tel afin de favoriser la participation occupationnelle.
- Les **habilités** correspondent aux actions motrices, opératoires ou de communication et d'interaction permettant de réaliser une activité. Celles-ci sont précises, observables et orientées vers un but (Morel-Bracq, 2017).

Le **Devenir** représente les conséquences de l'Agir. L'accumulation d'expériences occupationnelles permet à toute personne de construire son **identité** et de développer des **compétences**. L'identité occupationnelle est un concept subjectif qui se réfère à qui nous sommes, mais aussi qui nous souhaitons devenir. La compétence occupationnelle correspond à la capacité d'une personne à instaurer et à maintenir une routine occupationnelle quotidienne en adéquation avec son identité occupationnelle. L'interaction de ces deux composantes va permettre à l'individu de favoriser son **adaptation occupationnelle** (Morel-Bracq, 2017).

L'**Être**, l'**Agir** et le **Devenir** sont solidaires des **environnements** dans lesquels évolue l'individu. En effet, celui-ci peut être physique ou social. De plus, il influence la participation occupationnelle en étant facilitateur ou inhibiteur (Morel-Bracq, 2017).

L'engagement occupationnel est donc un concept clef du MOH correspondant à la frontière entre l'**Être** et l'**Agir** : c'est la personne qui décide de se mettre en action. En effet, il dépend des composantes de la personne et est à l'origine de sa participation occupationnelle.

2. 2. 3. Le désengagement occupationnel des personnes atteintes de schizophrénie

Selon Sylvie Meyer, un manque d'engagement peut être décrit comme une caractéristique de certaines pathologies en santé mentale (Meyer, 2013). La réalisation d'une étude sur ce sujet a permis de mettre en avant que l'engagement occupationnel des patients ne dépend pas d'un type particulier de schizophrénie (Bejerholm, 2010). Celui-ci est en forte corrélation avec le niveau de satisfaction de la personne au regard de son indépendance, de sa situation sociale et professionnelle. Ce sont ici trois champs d'action sur lesquels l'ergothérapeute peut agir au travers de médiations d'activités physiques dans un objectif d'amélioration de la qualité de vie (Bejerholm, 2010).

2. 3. L'engagement occupationnel des personnes atteintes de schizophrénie dans la pratique ergothérapique

2. 3. 1. Définition de l'ergothérapie

Les articles L4331-1 à L4331-7 du code de la santé publique légifère la pratique de l'ergothérapie. La production d'actes ergothérapiques est soumise à l'obtention d'un diplôme d'état français et d'une prescription médicale (Code de la santé publique, 2021).

Selon l'Association Nationale Française des Ergothérapeutes (ANFE), l'ergothérapeute est un professionnel de la santé intervenant dans les champs sanitaires, médico-sociaux ou sociaux. La pratique ergothérapique s'engage dans les processus d'adaptation, de réadaptation et d'intégration sociale des personnes. Le public d'intervention est large : l'ergothérapie s'intéresse aux personnes de tout âge en situation de handicap ou susceptible de l'être. Il prend en soin toute personne éprouvant des difficultés dans leurs activités de vie quotidienne dans les domaines des soins personnels, des déplacements, des activités de production, des loisirs ou dans ses activités significantes (ANFE, 2023). Par ailleurs, le terme de « fossé occupationnel » définit les différences mesurables entre les souhaits et les besoins d'une personne d'une part, et ce qu'elle peut réellement faire d'autre part. Il faut également prendre en compte que ce déséquilibre est entraîné par une altération de la santé et de la situation sociale de la personne (Conor et al, 2016). De cette manière, l'ergothérapeute est décrit par l'ANFE (2023) comme :

« Spécialiste du rapport entre l'activité 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. »

L'objectif premier de l'ergothérapeute est donc de favoriser la performance occupationnelle et de réduire les impacts sur le quotidien des personnes en situation de handicap. Pour atteindre ses objectifs, il va pour cela agir à la fois sur la fonction, l'engagement et les activités signifiantes et significatives de la personne. Ainsi, il met en lien l'approche médicale et le contexte socioculturel de la personne (Conor et al, 2016). En effet, l'ergothérapeute va porter attention à l'impact physique de la maladie mais également aux facteurs psychosociaux et environnementaux impactant leur capacité d'agir (ANFE, 2023). Avant toute intervention, l'ergothérapeute récoltera des informations sur la façon dont la personne réalise ses activités par le biais d'entretiens, de bilans et de mises en situations écologiques. Au travers de ses actions, il aide les personnes à identifier leurs difficultés, à récupérer leurs capacités fonctionnelles physiques et psychiques et à adapter leurs activités selon leurs atouts et leurs faiblesses (ANFE, 2023). Ainsi, les ergothérapeutes agissent dans le but de favoriser la qualité de vie et la participation des personnes dans leurs occupations (AOTA, 2020).

2. 3. 2. L'évaluation de l'engagement occupationnel

Avant de pouvoir agir sur l'engagement occupationnel d'un usager, il est indispensable de pouvoir l'évaluer. Cependant l'engagement occupationnel est un sentiment interne qui n'est pas directement observable. Il existe tout de même des indices comme le plaisir, la durée de l'investissement ou encore les manifestations verbales ou infraverbales dans une activité qui permettent de l'interpréter (Meyer, 2013). Par ailleurs, le MOH dispose de divers outils servant d'indicateurs à l'engagement occupationnel. Le Volitional Questionnaire (VQ) est un outil permettant de coter la volition d'une personne, source de l'engagement occupationnel. Il contribue à évaluer la volition de l'individu dans l'action puisqu'il s'appuie sur des observations en situation. Il est conseillé de réaliser ces observations dans divers environnements puisqu'ils peuvent influencer la motivation de la personne (Mignet, 2016). L'OSA (Occupational Self-Assessment) est un deuxième outil découlant du MOH et participant à évaluer l'engagement occupationnel (Université Laval, 2024b). Cette évaluation se base sur les ressentis du patient au regard de ses compétences. Elle est composée de vingt et un items portant sur le fonctionnement de la personne et de huit concernant son environnement. Certains items sont centrés sur la composante volitionnelle du MOH. Il existe également une autre version de l'OSA propre aux activités de la vie quotidienne. L'évaluation s'effectue en trois étapes : la personne

commence par identifier les difficultés perçues dans chacun des items, elle détermine ensuite le degré d'importance pour chacun d'entre eux et elle termine par identifier les items qu'elle souhaiterait voir évoluer (Université Laval, 2024b). La troisième étape est particulièrement intéressante dans le concept de l'engagement puisqu'elle place la personne comme acteur de changement. Cette auto-évaluation est toujours suivie d'un entretien avec l'ergothérapeute afin d'investiguer les différences entre ce que le patient perçoit et ce que le thérapeute a pu observer en situation. Cela permet également de discuter des cibles de changements et de négocier les objectifs de l'accompagnement avec le patient. Cette évaluation permet d'initier la relation thérapeutique et de favoriser l'engagement de la personne dans sa prise en soin (Université Laval, 2024b).

2. 3. 3. Les moyens de l'ergothérapeute pour soutenir l'engagement occupationnel des personnes souffrant de schizophrénie

L'engagement des personnes atteintes de schizophrénie dans leur prise en soin pose souvent difficulté du fait des symptômes et de la perte d'espoir. L'engagement passe également par la mise en place d'une relation thérapeutique. Cependant, elle est parfois compliquée à mettre en place avec les usagers en raison d'un manque d'insight (Favrod, 2015). Ainsi, deux stratégies utiles à l'ergothérapeute ont été identifiées pour engager le patient dans ses soins : le *case-management* et l'entretien motivationnel (Favrod, 2015).

Le *case-management* « vise à favoriser pour l'utilisateur un accompagnement progressif vers le rétablissement dans son milieu de vie ordinaire, en collaboration avec ses proches et son entourage immédiat » (Glaser et al., 2016). Cette stratégie d'intervention facilite la mise en place d'un plan d'intervention non fixe qui prend en compte les besoins du patient (Glaser et al., 2016). Le *case-manager* est identifié comme le professionnel responsable du suivi à long terme du patient. Il doit être moteur de l'espoir et doit porter le patient acteur de son rétablissement (Favrod, 2015). De cette façon, le *case-management* favorise le développement de la relation et de l'alliance thérapeutique (Glaser et al., 2016).

L'entretien motivationnel a pour but de placer le patient au cœur de la relation et de l'accompagner dans les changements. Cette technique repose sur cinq grands principes : faire preuve d'empathie, éviter la confrontation soignant-soigné, gérer les résistances, élargir les contradictions et encourager l'estime de soi (Favrod, 2015). Il est important de garantir une communication efficace en utilisant des phrases simples et concises, en transmettant une idée à la fois et en appuyant la parole par des gestes (Depiesse et Coste, 2016). De plus, il est crucial

d'adopter un discours motivationnel, en reconnaissant tous les progrès réalisés. En félicitant un usager pour sa participation et ses efforts, le thérapeute contribue à maintenir sa motivation (Dupuis, 2021).

L'entraide se dessine comme un moyen d'empowerment, permettant aux individus de partager leurs expériences et de retrouver confiance en leurs compétences pour surmonter les difficultés. L'empowerment en santé mentale est un acte d'émancipation collective, transformant la relation entre les individus en une relation de réciprocité et revendiquant une place au sein de la société (Deutsch, 2015). En outre, la prise de responsabilité de sa propre vie est un puissant moteur de changement, tant pour les individus en rétablissement que pour les professionnels de santé qui soutiennent l'autodétermination des usagers, les aidant ainsi à s'engager dans des projets et des soins qui ont du sens pour eux (Gilliot et Estingoy, 2017).

Par ailleurs, l'ergothérapie et la réhabilitation psychosociale partagent des principes communs comme l'autodétermination de la personne, la valorisation des atouts de la personne, l'intervention en contexte de vie réelle, ... (Briand et al., 2005). Riou ajoute que l'objectif de l'ergothérapeute, dans ce processus de réhabilitation, est de favoriser la participation sociale et l'engagement dans les activités significatives au regard de leurs habitudes de vie. Il met également en avant qu'il s'agit d'un processus à la fois individuel et systémique en prenant en compte son environnement (Riou, 2016). En ce sens, l'ergothérapeute met en place des actions permettant de développer les capacités de la personne dans un objectif de réinvestissement dans les activités quotidiennes et sociales (Favrod, 2015). L'ergothérapeute propose aux patients une palette d'expériences signifiantes en lien avec leur projet de vie. Cependant, ce sont les patients qui en fonction de leurs capacités personnelles à les investir, feront de celles-ci des médiations répondant à leurs besoins et désirs (Launois, 2018). L'ergothérapeute peut participer à l'élaboration de divers programmes tournés vers la remédiation cognitive, l'expression des émotions, l'amélioration de l'autonomie ou encore l'entraînement aux habilités sociales (De Lépine, 2018). Sylvie Meyer affirme que « l'engagement est volontaire parce que l'ergothérapeute n'offre que des opportunités d'agir » (Meyer, 2013), comme il peut le faire dans le cadre d'activité physique.

3. L'activité physique et sportive : levier de l'engagement occupationnel des personnes souffrant de schizophrénie

3. 1. L'activité physique et sportive : problème de santé publique

3. 1. 1. Définition des activités physiques et sportives

L'activité physique (AP) est définie comme « tout mouvement corporel lié à une contraction musculaire, et responsable d'une augmentation de la dépense énergétique supérieure à sa valeur de repos » (Carré et al., 2021). D'autre part, le sport implique une pratique physique conforme à un ensemble de règles communes et poursuit un objectif de performance défini (Santé publique France, 2017). Le sport santé est identifié comme une composante des activités physiques et sportives. Ces dernières englobent une variété de pratiques allant de l'exercice récréatif occasionnel à la compétition de haut niveau (Depiesse et Coste, 2016). Par ailleurs, l'activité physique adaptée (APA) se distingue comme une pratique physique ajustée selon les pathologies, les capacités fonctionnelles et les limitations d'activité des patients. Elle consiste en des programmes d'exercices physiques structurés et personnalisés, conçus dans un but thérapeutique (HAS, 2022). De cette manière, l'accessibilité aux activités physiques et sportives adaptées est essentielle pour les personnes en situation de handicap, offrant des opportunités d'épanouissement individuel, de rééducation et d'intégration sociale. De plus, les activités physiques adaptées mettent l'accent sur le plaisir de la pratique plutôt que sur le classement (Depiesse et Coste, 2016).

Toute activité physique a ses spécificités et se distingue par son type, sa durée, son intensité et sa fréquence sur une période définie et ses répercussions sur l'organisme (Carré et al., 2021). Le type de l'activité physique correspond aux différentes catégories d'exercices à savoir les activités d'endurance, de renforcement musculaire, de souplesse ou d'équilibre (Santé publique France, 2017). Il se caractérise également par la nature de l'activité physique (course, marche, vélo, ...) (Vuillemin, 2011). La durée de l'activité physique définit le temps de pratique par session, tandis que la fréquence rend compte du nombre de sessions par semaine (HAS, 2022). L'intensité d'une activité physique est mesurée par le coût énergétique de celle-ci par unité de temps (HAS, 2022). Marchalot (2020) précise que l'activité physique peut aussi être décrite par le contexte et les conditions sociales dans lesquels elle est réalisée. En effet, l'activité physique peut être réalisée dans le cadre d'une activité de productivité, de loisirs ou des activités domestiques (Vuillemin, 2011), ce qui fait le lien avec les champs d'intervention de l'ergothérapeute. La finalité de l'activité participe également à la définir (Carré et al., 2021).

3. 1. 2. Santé publique : les enjeux de l'activité physique et sportive

Les recommandations actuelles de l'OMS en matière d'activité physique varient selon le profil de la personne, c'est-à-dire selon son âge, ses capacités et son contexte de vie. Pour les adultes de 18 à 64 ans sans incapacité, il est recommandé de pratiquer une activité physique d'endurance de minimum trente minutes au moins cinq fois par semaine. Il est également préconisé d'effectuer une ou deux séances d'activité de renforcement musculaire ainsi que deux à trois séances d'étirement par semaine. (Santé publique France, 2017).

La prévention est un processus visant à donner aux individus et aux populations les moyens de limiter les effets de leurs problèmes de santé ou des inégalités, tout en respectant ses valeurs. Ainsi, les activités physiques sont impliquées dans la promotion de la santé comme processus global, qui agit sur les facteurs individuels et collectifs ayant un impact négatif sur la santé publique et individuelle (Depiesse et Coste, 2016).

L'OMS affirme que l'inactivité physique est la quatrième cause de mortalité dans le monde (Fayollet, 2021). De plus, en 2016, 28 % des plus de 18 ans manquaient d'activité et le taux d'activité physique mondiale ne s'améliore pas depuis 2001 (OMS, 2022a). Ainsi, pour contrer cette problématique l'OMS initie en 2018 son *Plan d'action mondial pour promouvoir l'activité physique 2018-2030* (OMS, 2022a). Ce plan propose aux pays, aux villes et aux communautés de se placer dans une approche systémique afin d'instaurer des environnements favorisant l'activité physique de tous. Pour compléter ses actions, l'OMS met en place la trousse à outils « ACTIVE » permettant de faciliter la mise en place des 20 mesures recommandées dans son plan précédent (OMS, 2022a). Ces deux éléments permettent donc la mise en place d'actions concrètes pouvant s'adapter à l'échelle locale (OMS, 2022a). Par ailleurs, une directive émise par les ministères en charge des sports et de la santé, le 24 décembre 2012, incite à la mise en œuvre au niveau régional d'un plan de "sport santé bien-être" visant à promouvoir l'utilisation des activités physiques et sportives comme thérapie non médicamenteuse (Depiesse et Coste, 2016). De plus, l'article 144 de la loi de modernisation de notre système de santé entré en vigueur au 1^{er} mars 2017 a permis de placer l'activité physique comme moyen à part entière de la prise en soin des personnes atteintes d'affection de longue durée (ALD) (Marchalot, 2020). Enfin, dans la région Midi-Pyrénées, une commission nommée « santé activité physique et sportive adaptée » (SANSAS) a été créée au sein de la Ligue du sport adapté. Son objectif est d'intégrer des activités physiques adaptées dans le projet de vie des personnes en situation de handicap mental ou psychique, favorisant ainsi leur bien-être et prévenant la perte d'autonomie (Depiesse et Coste, 2016).

3. 2. Les modalités de l'activité physique et sportive en ergothérapie

3. 2. 1. L'apport de l'ergothérapie

En ergothérapie, nous pouvons considérer « l'activité physique et sportive comme modalité ou but de traitement, dans une pratique centrée et basée sur l'occupation humaine » (Bertrand, 2020). Les ergothérapeutes, en tant que spécialiste de l'occupation et de la vie quotidienne, peuvent soutenir l'intégration d'une activité physique et sportive dans la routine quotidienne de leurs patients. Cela participerait à améliorer leur état de santé et leur bien-être (Bertrand, 2020). En premier lieu, l'ergothérapeute promeut la pratique d'une activité physique de base non sportive au quotidien et bénéfique pour lutter contre les effets néfastes de la sédentarité, constituant la base de la pyramide des activités physiques (cf. annexe n°1). Par la suite, il va progressivement permettre aux personnes de s'engager dans des activités physiques et sportives (Depiesse et Coste, 2016). En ce sens, les personnes pratiquant une activité physique et sportive développeraient une participation dans leurs activités significatives et une participation sociale plus importante. L'ergothérapeute est également à même d'identifier le sens que prend cette activité pour une personne. Il peut également déterminer les facteurs personnels et environnementaux favorisant ou entravant la pratique. De cette manière, l'ergothérapeute dispose des outils pour proposer une activité physique adaptée (APA) à la personne et aux objectifs thérapeutiques. En effet, il est indispensable que l'activité physique proposée soit adaptée aux capacités de la personne tout en lui permettant de développer ses capacités afin de maintenir son niveau de participation (Bertrand, 2020). De plus, la fréquence, l'intensité et le type d'activité physique sont trois facteurs devant être adaptés selon l'impact de la maladie sur le fonctionnement global et les capacités physiques de la personne. Le rôle du thérapeute peut donc s'étendre de la simple stimulation pour atteindre un niveau d'activité proche des recommandations de l'OMS à la réalisation de programmes d'activité physique (Fayollet, 2021). En ce sens, il est actuellement recommandé aux thérapeutes de constituer leurs programmes d'activité physique selon différentes composantes. Il est notamment conseillé de les construire autour d'exercices de groupes (Dauwan et al., 2016). Les programmes ont prouvé leur efficacité thérapeutique dans de nombreuses maladies chroniques, pour la gestion des facteurs de risque et le maintien de l'autonomie des individus (HAS, 2022). Par ailleurs, le paradigme occupationnel développé en ergothérapie ces dernières années soutient l'insertion de ces activités physiques dans le plan d'intervention en ergothérapie (Bertrand, 2020). L'autonomisation, l'augmentation de la conscience et de l'affirmation de soi, l'amélioration du

lien social ou encore la gestion de l'impulsivité et de l'agressivité sont autant d'objectifs ergothérapeutiques auxquels l'activité physique peut répondre (Fayollet, 2021).

Les limitations fonctionnelles d'une personne sont classées selon le degré de retentissement de la pathologie : minime, modérée ou sévère (Rivière et Bigard, 2020). Selon le Décret n°2016-1990 du 30 décembre 2016, les professionnels de santé (kinésithérapeute, ergothérapeute et psychomotricien) sont les seuls professionnels qualifiés pour proposer des activités physiques aux personnes présentant des limitations sévères (Marchalot, 2020). De plus, ce décret cite l'ergothérapeute comme acteur de la promotion de l'activité physique au vu de ses champs de compétences. En effet, l'activité physique présente des caractéristiques physiques, sociales et cognitives qui sont autant de composantes sur lesquelles l'ergothérapeute est habilité à agir (Marchalot, 2020). D'une part, l'ergothérapeute est identifié comme le professionnel faisant le lien entre l'activité et la santé et est amené à faire réfléchir les personnes sur celui-ci. Les patients vont alors chercher à construire leur projet de vie en adaptant les composantes physiques de leurs activités de vie quotidienne en fonction de leur état de santé (Marchalot, 2020). D'autre part, son intervention permet « un engagement plus important, facilite la recherche d'adaptation et l'identification des activités physiques du quotidien que la personne va intégrer dans une composante de santé » (Marchalot, 2020). De cette manière, l'ergothérapeute en promouvant l'activité physique va guider les personnes vers un équilibre occupationnel et physique, leur permettant d'améliorer leur état de santé physique et leur bien-être (Marchalot, 2020).

3. 2. 2. Les différents types d'activité physique et sportive à disposition de l'ergothérapeute

Il existe quatre grands types d'exercices physiques : les activités d'endurance, celles de renforcement musculaire, de souplesse ou d'équilibre (Santé publique France, 2017). La notion d'endurance se définit par la capacité à maintenir des activités physiques sur une période prolongée sans être essoufflé ni ressentir de douleurs musculaires. Ce type d'exercice est souvent associé à la pratique d'activité physique et sportive en loisir. Cependant, il est facilement intégrable dans le quotidien des personnes, par exemple en effectuant l'ensemble des déplacements de façon active (en marche, à vélo, etc.) (Santé publique France, 2017). Les exercices de renforcement musculaire permettent de maintenir et de développer la force musculaire, ainsi que la précision des mouvements, ce qui est essentiel pour accomplir les

tâches quotidiennes. De plus, ils apportent des avantages spécifiques pour la santé et complémentaires à ceux obtenus par les exercices d'endurance. Le renforcement musculaire peut être effectué dans le cadre des activités quotidiennes, notamment en empruntant les escaliers ou en portant ses courses. Les individus peuvent également programmer des sessions spécifiques à ce type d'exercice en ciblant des groupes musculaires pour chacune d'entre elles (Santé publique France, 2017). Les activités de souplesse aident à maintenir une amplitude articulaire suffisante pour effectuer les mouvements quotidiens sans difficulté. La souplesse peut être améliorée en pratiquant régulièrement des étirements doux, maintenus pendant 10 à 30 secondes. Lors de sessions d'entraînement, il est possible d'associer les exercices de souplesse et de renforcement musculaire (Santé publique France, 2017). Enfin, l'équilibre est essentiel pour accomplir les gestes du quotidien. Il est possible d'améliorer son équilibre en pratiquant des exercices simples au quotidien comme se brosser les dents sur un pied (Santé publique France, 2017).

Launois distingue également les activités de type corporelles qui permettraient de répondre à deux champs d'action (Launois, 2020). Elles soutiendraient la création d'une enveloppe psychique répondant ainsi aux besoins d'une thérapie psychocorporelle. Ce type d'activité peut également être mis en lien avec le champ des soins personnels en participant à l'amélioration de l'hygiène de vie (Launois, 2020). Pagès ajoute que les sports collectifs constituent des médiations thérapeutiques favorisant la socialisation (Pagès, 2017). Par ailleurs, le groupe est un moyen de favoriser la pairémulation. Elle englobe à la fois l'entraide entre pairs et le partage de savoirs pour faciliter l'intégration des individus ayant des caractéristiques sociales similaires limitant leur insertion (Bon, 2005). Enfin, Bourelle affirme que le groupe serait un vecteur d'altérité, souvent altéré par les symptômes négatifs de la schizophrénie (Bourelle, 2021). Il précise également que l'altérité est un pilier de la socialisation. La dimension d'interdépendance est au cœur des activités collectives. Ainsi, il est indispensable de considérer chaque membre (soi et autrui) comme sujet d'action (Bourelle, 2021).

3. 2. 3. *L'importance du cadre thérapeutique pour les personnes souffrant de schizophrénie*

La notion de cadre thérapeutique occupe une place centrale dans le domaine de la psychothérapie et est donc essentielle dans les programmes d'activité physique adapté (APA). Le cadre analytique est initialement établi, et constamment pris en considération par le

thérapeute (Martin, 2001). Celui-ci veille à assurer la clarté spatio-temporelle du cadre ainsi que sa continuité, tout en préservant le droit à une expression libre. Bien qu'initialement défini de manière explicite, le cadre devient progressivement implicite, internalisé comme une entité psychique (Martin, 2001). Chaque élément du cadre analytique classique revêt une importance particulière pour assurer l'efficacité et l'intégrité du processus thérapeutique. Tout d'abord, la fréquence, la durée et le lieu des séances fournissent une structure et une continuité favorisant la confiance et l'exploration à long terme. De plus, la méthode d'intervention axée sur la parole libre encourage l'expression spontanée pour la prise de conscience et la compréhension. Le positionnement des personnes impliquées crée un espace sécurisé où le patient peut s'exprimer librement et explorer ses pensées et émotions sans crainte de jugement. La garantie du secret professionnel favorise davantage la confidentialité et renforce la confiance. Enfin, la neutralité du thérapeute permet au patient d'être authentique sans crainte de jugement, facilitant ainsi l'exploration et la résolution des conflits internes (Martin, 2001).

D'après Kern et Marchetti, chaque séance d'activité physique se doit de suivre la même structure comprenant cinq phases distinctes pour fournir des repères aux patients. Premièrement, la prise en main, d'une durée de 5 à 10 minutes, consiste à recueillir des informations sur l'état d'esprit des patients et à leur permettre de s'installer dans l'activité. La séance se poursuit par la mise en train, qui dure 15 à 20 minutes, et qui propose un échauffement progressif pour préparer psychologiquement et physiologiquement les patients aux activités motrices qui vont suivre. Concernant le corps de la séance, d'une durée d'environ une heure, il se concentre sur une ou deux thématiques, contextualisant les exercices pour les rendre significatifs dans la vie quotidienne des patients. Par la suite, un temps de retour au calme d'une durée de 5 à 10 minutes est instauré. Il inclut des exercices de relaxation et de respiration pour marquer la fin de la séance et aider les patients à se détendre. Enfin, le bilan permet de faire le point sur la séance, de rappeler le thème de la prochaine et de recueillir à nouveau l'état d'esprit des patients. (Kern et Marchetti, 2018)

3. 3. Les conséquences de l'activité physique et sportive en ergothérapie pour les personnes atteintes de schizophrénie

3. 3. 1. Les mécanismes cérébraux induits par l'activité physique et sportive

Nous avons pu voir précédemment que l'une des étiologies de la schizophrénie était assimilable à un trouble du métabolisme dopaminergique (Pagès, 2017). De plus, il a été

démontré que la difficulté à entreprendre une décision, répercussion de la maladie, était engendrée par une atteinte au niveau du cortex préfrontal ventro-médian (CPFVM) (Adida et al., 2011). Néanmoins, les effets de l'activité physique sur l'activité du cerveau sont nombreux. En effet, la sécrétion de dopamine, neurotransmetteur régulant le niveau de motivation, serait augmenter par la pratique d'une telle activité. De plus, elle favoriserait la production d'adrénaline, de noradrénaline et de cortisol responsables de la stimulation générale. Enfin, l'augmentation de la sérotonine en lien avec la pratique de l'activité physique améliore la régulation de l'humeur, de l'anxiété, de l'appétit et du sommeil (Lemarié, 2020). Ce sont autant de facteurs qui améliorent la qualité de vie des individus. D'autre part, une réorganisation neuronale du cerveau est observée chez les personnes pratiquant une activité physique régulière. En ce sens, cette pratique stimulerait l'hippocampe qui produirait davantage de facteurs de croissance favorisant ainsi la plasticité cérébrale et la formation de nouveaux circuits neuronaux. Elle serait à l'origine d'une diminution du cortex préfrontal au profit de la zone postérieure du cerveau. Le cortex préfrontal étant à l'origine des pensées compliquées, des rancœurs, etc., sa diminution entraîne une délocalisation des inquiétudes. Les contractions musculaires sont connues pour accentuer ces phénomènes (Lemarié, 2020).

3. 3. 2. Les répercussions de l'activité physique et sportive sur les symptômes de la schizophrénie

Il a été démontré que les symptômes cliniques de la schizophrénie pouvaient être réduits par l'activité physique (Dauwan et al., 2016). En effet, cet article explique l'impact de celle-ci sur les symptômes dépressifs. De plus, il a été prouvé que la pratique d'une activité physique régulière réduisait de 33 % les symptômes négatifs de la pathologie (Bouelle, 2021). Pour les personnes présentant un handicap psychique, le sport et les activités physiques adaptées sont cruciaux pour promouvoir une vie active, la santé et les interactions sociales (Depiesse et Coste, 2016). Ces activités offrent des opportunités d'amélioration du bien-être personnel et social, tout en servant de moyens de lutte contre la dépression. Selon un rapport de l'Inserm, elles semblent bénéfiques pour la motivation, la socialisation, et permettent de partager des moments de plaisir, favorisant ainsi une perception positive de soi et des relations familiales (Depiesse et Coste, 2016).

La recherche a permis de démontrer que l'activité physique présente un impact positif dans quatre grandes catégories de mécanismes physiopathologiques chez les personnes

souffrant de schizophrénie : les mécanismes physiologiques, biologiques, cérébraux et cliniques (Tréhout et Dolfus, 2018) (cf. annexe n°2). Au travers d'une recension d'écrits, Bertrand (2020) appuie le fait que la pratique d'une activité physique et sportive, quel que soit le type, aurait de nombreuses vertus. Premièrement, cette pratique permettrait de faire naître une sensation de plaisir chez toute personne. Cette notion de plaisir constitue un levier essentiel pour ritualiser une activité. De plus, l'activité physique constituerait un vecteur d'inclusion sociale avec notamment le développement d'appartenance à un groupe. Enfin, elle aurait également un impact sur l'image de soi et sur son rapport au corps. L'activité physique favoriserait donc le bien-être et la qualité de vie des individus la pratiquant, ce qui induit cette pratique comme moyen d'intervention en ergothérapie (Bertrand, 2020). Lemarié (2020) ajoute que la pratique d'une activité physique d'endurance, d'au moins une heure par semaine, aurait un impact positif sur l'anxiété et l'état dépressif. Si cet impact suscite un intérêt particulier, il nécessite des recherches approfondies pour mieux comprendre ces relations. En effet, à ce jour, diverses hypothèses physiologiques, biochimiques et psychologiques ont été avancées, mais restent à confirmer (De Matos et al., 2009). Enfin, l'HAS précise que l'activité physique pourrait améliorer les capacités cognitives des personnes présentant un trouble schizophrénique (HAS, 2022).

III. Processus de problématisation et présentation des hypothèses de recherche

Pour mémoire, cette recherche a été lancée avec la question de départ suivante : « En quoi l'activité physique proposée en ergothérapie peut-elle être vectrice d'engagement dans les occupations des personnes atteintes de schizophrénie ? ». Au fil du temps et grâce à la consultation de la littérature, cette interrogation s'est progressivement précisée. De nouveaux concepts liés au sujet initial ont surgi et ont été élaborés.

La schizophrénie, maladie complexe du système nerveux, est souvent accompagnée d'un retard de diagnostic dépassant en moyenne cinq années en France (Leboyer et Malâtre-Lansac, 2014). Cette lacune dans le processus diagnostique peut entraîner des conséquences graves pour les individus concernés, retardant ainsi l'accès à un traitement approprié et la gestion efficace de la maladie. Cette réalité souligne l'urgence d'une vigilance accrue dans le domaine médical. En effet, la prise en soin de ces usagers exige une approche individualisée du traitement, prenant

en compte les besoins spécifiques de chaque individu et s'adaptant à l'évolution de la maladie (Crocq et Guelfi, 2015).

Parmi les défis rencontrés dans le traitement de la schizophrénie, près de 25% des personnes touchées présentent également des symptômes dépressifs caractérisés, souvent mal diagnostiqués et sous-traités (Leblanc et Peuskens, 2009). Cette comorbidité, intimement liée à l'intensité des symptômes psychotiques, souligne l'importance d'une prise en soin holistique et d'une reconnaissance précoce des symptômes associés (Ortega et al, 2009). Associée à la schizophrénie, elle a un impact significatif sur la capacité des individus à s'engager dans leurs activités quotidiennes habituelles et dans des activités antérieures qui ne sont plus réalisables dans leur contexte actuel (Conor et al., 2016). En tant qu'ergothérapeute, explorer le concept d'engagement occupationnel, relevant des sciences de l'occupation, devient crucial pour atténuer les limitations et le désintérêt à s'impliquer dans une variété d'activités. En effet l'engagement occupationnel, définit comme l'investissement dans une occupation à laquelle est associée un sens positif, s'expose comme une finalité de la prise en soin en ergothérapie (Meyer, 2013). Le Modèle de l'Occupation Humaine (MOH) permet de mieux comprendre ce concept. En outre, l'engagement occupationnel est dépendant de la volition de la personne, c'est-à-dire son niveau de motivation à agir, et se présente comme le pilier de la participation occupationnelle (Morel-Bracq, 2017).

Chez les personnes atteintes de schizophrénie, le niveau d'engagement occupationnel est étroitement lié à leur satisfaction vis-à-vis de leur indépendance, de leur situation sociale et professionnelle (Bejerholm, 2010). Cependant, la maladie affecte profondément le rapport au corps des patients, engendrant des angoisses de morcellement et entraînant une baisse de la productivité dans les soins personnels (Pagès, 2017). Par ailleurs, les déplacements des patients hors de leur domicile sont souvent limités par une baisse de l'activité physique entraînant un important isolement social comme le démontre le cercle vicieux du déconditionnement physique (Kern et al., 2019). Enfin, les symptômes et les effets secondaires des traitements contribuent à altérer les habitudes de vie et les routines (Kern et al., 2019).

Dans le domaine de la santé mentale, l'ergothérapeute joue un rôle crucial dans le processus de réhabilitation psychosociale, offrant aux usagers la possibilité de devenir acteurs de leur propre prise en soin et les aidant à renforcer leur autonomie (De Lépine, 2018). Pour ce faire, il peut recourir à différentes approches, notamment l'intégration de l'activité physique et

sportive. En effet, l'activité physique représente un aspect essentiel de la prise en soin globale des personnes atteintes de schizophrénie, offrant des bienfaits significatifs pour leur santé mentale, leur bien-être général et leur qualité de vie (Bertrand, 2020). Les ergothérapeutes peuvent jouer un rôle clé dans la promotion et la mise en œuvre de l'activité physique chez les personnes atteintes de schizophrénie. En effet, ils peuvent soutenir l'intégration d'une activité physique dans la routine quotidienne et identifier les activités adaptées aux capacités individuelles (Bertrand, 2020).

L'ensemble des recherches préalables ont permis de mettre en lien les différents concepts. Au travers de cette réflexion s'est construite la question de recherche suivante :

Comment les activités physiques et sportives proposées en ergothérapie permettent-elles de réduire la symptomatologie dépressive des personnes atteintes de schizophrénie afin de faciliter leur engagement occupationnel ?

Dans le cadre d'une approche hypothético-déductive, des hypothèses de recherche sont formulées pour aborder cette problématique de recherche.

La recherche souligne que le syndrome dépressif est une comorbidité récurrente chez les individus souffrant de schizophrénie, renforçant le désengagement dans leurs activités de vie quotidienne. Cette restriction s'explique notamment par un rapport au corps altéré, par une perte de liens sociaux ainsi que par la perturbation des routines. Par conséquent, l'amélioration de l'engagement occupationnel est possible, d'une part, si la personne participe à des activités visant à améliorer l'image de soi (hypothèse 1), d'autre part, si elle s'implique dans des activités réalisées au sein d'un groupe (hypothèse 2) et enfin si l'activité se déroule toujours de la même manière (hypothèse 3).

Hypothèse n°1 : L'utilisation des activités physiques de type corporelles dans l'accompagnement ergothérapeutique améliore le rapport au corps des personnes atteintes de schizophrénie favorisant ainsi leur engagement occupationnel.

Hypothèse n°2 : La prise en soin collective menée par l'ergothérapeute, dans les activités physiques et sportives, favorise la construction de liens sociaux participant à susciter l'engagement occupationnel des personnes atteintes de schizophrénie.

Hypothèse n°3 : L'ergothérapeute, en instaurant une structure régulière au sein des séances d'activités physiques et sportives, permet aux personnes atteintes de schizophrénie d'être actrices de la médiation majorant ainsi leur engagement occupationnel.

IV. Méthodologie de recherche

Dans le cadre de mon projet d'initiation à la recherche, il est crucial d'introduire et de suivre un dispositif méthodologique précis pour encadrer notre étude. Le dispositif méthodologique, tel que défini par Sidibe, englobe l'ensemble des techniques et des moyens utilisés pour évaluer la validité du cadre théorique à travers diverses méthodes (Sidibe, 2018). Parmi ces techniques, on retrouve la méthode, l'approche, la population interrogée, ainsi que les techniques et outils de recueil de données. Le développement d'un dispositif méthodologique rend la démarche de recherche objective et assure sa scientificité. Le chercheur opère des choix pour adapter le dispositif méthodologique au sujet étudié. Ces choix sont exposés et justifiés afin de répondre à la problématique de recherche ainsi qu'aux hypothèses.

Pour clarifier toutes les décisions prises, nous allons exposer et justifier, en lien avec la recherche examinée, la méthodologie utilisée, l'approche adoptée, ainsi que les critères d'inclusion de l'échantillon interrogé. Ensuite, nous aborderons la conception des techniques et des outils de collecte de données empiriques. Enfin, nous éclaircirons la posture éthique du chercheur et l'objectivité de la recherche en démystifiant certaines représentations sociales associées au sujet de recherche.

1. Méthode qualitative

Dans cette recherche, la méthodologie qualitative est préférée parmi les deux approches disponibles, à savoir la méthodologie quantitative et la méthodologie qualitative. Selon Creswell, cette approche méthodologique se déploie dans un environnement naturel, de cette manière le chercheur agit comme un instrument de collecte de données, recueillant des mots ou des images. La démarche analytique de cette méthode met l'accent sur la signification pour les participants de l'étude (Kohn & Christiaens, 2015). Cette méthodologie est caractérisée par la collecte de données empiriques qualitatives qui peuvent prendre différentes formes : les mots, les récits, les observations, les entretiens, les images, les vidéos ou les analyses de documents. L'analyse de ces données permet une compréhension approfondie et une explication significative des phénomènes sociaux. Elle est une « façon de regarder la réalité sociale » (Kohn & Christiaens, 2015). En résumé, la méthodologie qualitative est considérée comme une façon de comprendre la réalité sociale, elle est flexible et centrée sur la compréhension du phénomène étudié (Brito & Pesce, 2015).

La présente recherche porte sur les expériences professionnelles des ergothérapeutes suscitant l'engagement occupationnel chez les personnes souffrant de schizophrénie et présentant un syndrome dépressif. Ce sujet nécessite une analyse des pratiques professionnelles ainsi que le sens que les ergothérapeutes donnent à leurs actions afin de mieux les comprendre. Par ailleurs, cette méthode convient parfaitement à l'étude des questions de santé mentale, car elle encourage à élargir la perspective sur le sujet (Aubin-Auger et al., 2008). Enfin, la récolte de données empiriques précises sera nécessaire pour pouvoir valider ou non les hypothèses de recherche préalablement établies.

2. Approche hypothético-déductive

Deux types d'approches sont distinguées : l'approche inductive et l'approche hypothético déductive. L'utilisation d'une approche hypothético-déductive sera de mise dans cette recherche. Cette approche se distingue par la création d'hypothèses de recherche basées sur des déductions théoriques extraites du cadre conceptuel. L'objectif des hypothèses est de fournir une réponse synthétique à la problématique de recherche. Cependant, elles sont à tester à travers l'examen des faits et la conduite de l'enquête en vue de leur validation ou réfutation. (Lièvre, 2016)

La mise en place de l'approche hypothético-déductive suit quatre grandes étapes :

- Dans un premier temps la lecture d'articles scientifiques permet de contextualiser le sujet, de mener à un questionnement initial, de construire une conceptualisation et enfin d'établir une problématique de recherche et des hypothèses.
- Par la suite, le protocole de l'enquête sur le terrain doit être établi, comprenant le choix des techniques et la création des outils nécessaires.
- La troisième étape consiste à conduire l'enquête sur le terrain pour recueillir les données empiriques auprès de l'échantillon sélectionné, à l'aide des outils définis.
- Pour finir, l'analyse et l'interprétation scientifique des données empiriques collectées permettent de vérifier ou réfuter les hypothèses précédemment formulées.

La disponibilité suffisante d'articles scientifiques sur le sujet de recherche a facilité la formulation d'une question initiale, conduisant ensuite à l'élaboration d'une problématique de recherche. La réflexion menée au cours du cadre conceptuel a généré des déductions prenant la forme d'hypothèses de recherche. Par la suite, l'analyse des données empiriques de l'échantillon

étudié permettra de les confirmer ou de les infirmer. Cette approche est en adéquation avec la démarche méthodologique entreprise.

3. Population ciblée

3. 1. Les critères d'inclusion et de non-inclusion

Les critères d'inclusion et d'exclusion permettant de définir la population ciblée par la recherche découle de la problématique de recherche afin de pouvoir valider ou réfuter les hypothèses de recherches formulées.

Tout d'abord, seront interrogés des ergothérapeutes diplômés d'État (D.E.) pour recueillir leurs actions, méthodes, perspectives et expériences liées à leur pratique professionnelle. Plus spécifiquement, les ergothérapeutes D.E. travaillant ou ayant travaillé dans des structures de soins en santé mentale auprès de personnes atteintes de schizophrénie et portant un syndrome dépressif seront ciblés. Cela permettra de répondre à la problématique de recherche portant sur la notion d'engagement occupationnel auprès de cette population. De plus, pour cette recherche, il serait souhaitable d'obtenir un panel d'ergothérapeutes égalitaire entre la pratique intra-hospitalière et en extra-hospitalière. Enfin, il serait pertinent que le modèle conceptuel du MOH, participant à définir la notion d'engagement occupationnel, soit utilisé dans la pratique professionnelle des ergothérapeutes D.E. sollicités dans cette étude.

3. 2. La prise de contact

La prise de contact avec les ergothérapeutes travaillant en France et respectant les critères d'inclusions s'est effectuée par mail ou sur le réseau social "Facebook".

La recherche des contacts s'étant principalement effectuée en ligne, les adresses mail directes des ergothérapeutes sont rarement communiquées. De ce fait, les demandes par courrier électronique ont essentiellement été envoyées aux directions de services d'établissements accueillant un public souffrant de schizophrénie. Les mails ont ensuite été transférés aux professionnels concernés. Par ailleurs, certaines coordonnées d'ergothérapeutes ont été obtenues grâce au réseau professionnel de ma directrice de mémoire. En parallèle, une requête d'entretien a été publiée sur le groupe Facebook « Mémoire Ergothérapie ».

A la suite de ces démarches, quatre ergothérapeutes ont répondu positivement à mes demandes par mail, cependant aucune réponse positive n'a été obtenue par le biais de Facebook. Des relances ont été effectuées afin de rencontrer davantage de professionnels mais celles-ci n'ont pas été concluantes.

3. 3. La présentation de l'échantillon

Au vu des réponses positives obtenues des ergothérapeutes D.E. répondant aux critères d'inclusion précédemment énoncés, un groupe représentatif, appelé échantillon, a été formé. Ce dernier permet au chercheur de sélectionner des individus dans un ensemble défini en fonction de critères d'inclusion et d'exclusion préalablement établis. Ainsi, celui-ci permet « de réaliser sur eux des mesures ou des observations qui permettront de généraliser les résultats à l'ensemble premier » (Aktouf, 1987). Les entretiens ont été menés soit en présentiel, en visioconférence ou par appel téléphonique.

Pour préserver l'intégrité du dispositif méthodologique, l'anonymat est requis. Par conséquent, les ergothérapeutes interrogés seront identifiés sous les noms E1, E2, E3 et E4.

Échantillon : professionnels interrogés	Nomination	Modalités de l'entretien	Lieu d'exercice
Ergothérapeute 1	E1	En visioconférence, d'une durée de 46 min 08	Extra-hospitalier (HDJ)
Ergothérapeute 2	E2	En présentiel, d'une durée de 31 min 26	Extra-hospitalier (HDJ)
Ergothérapeute 3	E3	En visioconférence, d'une durée de 36 min 58	Intra-hospitalier
Ergothérapeute 4	E4	Par appel téléphonique, d'une durée de 34 min 37	Intra-hospitalier et extra-hospitalier (CMP et CATTP)

4. Technique : l'entretien semi-directif

Pour mener l'enquête à terme, la collecte de données empiriques auprès de l'échantillon peut être réalisée à l'aide de différentes techniques disponibles, telles que l'observation, le questionnaire ou l'entretien. L'utilisation de l'entretien pour cette étude est légitimée par le fait que les réponses à la problématique de recherche relèvent de l'exploration des points de vue, des croyances, des attitudes et des expériences professionnelles. De plus, se limiter à un questionnaire ne suffirait pas à saisir pleinement le raisonnement de l'ergothérapeute ni à élargir la discussion vers d'autres aspects. En effet, ce format est contraignant et ne permet pas d'interaction verbale directe entre l'enquêteur et le participant. D'autre part, les observations ne seraient pas appropriées car les éléments clés nécessaires pour répondre aux hypothèses de recherche découlent des réflexions internes des ergothérapeutes sur leurs pratiques professionnelles.

Par ailleurs, il existe plusieurs types d'entretien, à savoir l'entretien directif, semi-directif ou non directif. L'entretien semi-directif vise à « comprendre les pratiques, les comportements et les perceptions des individus » (Chevalier & Meyer, 2018) en se basant sur « l'idée que la réalité des individus n'est pas uniquement accessible par le chercheur (observation) ou par les individus eux-mêmes (questionnaires), mais par une interaction dynamique entre le chercheur et ses interlocuteurs » (Chevalier & Meyer, 2018). De ce fait, le choix de cette technique est pertinent puisqu'il permet de cadrer l'entretien sur les notions importantes au regard de la problématique sans restreindre le discours du professionnel interrogé. Les entretiens semi-directifs dureront environ 45 minutes.

5. Outil : le guide d'entretien

La technique d'entretien nécessite la construction d'un guide d'entretien au préalable. Celui-ci, dans sa forme semi-directive, est composé d'une série de thèmes dans lesquels se déclinent des questions ouvertes, agrémentées de reformulations et de relance (Chevalier & Meyer, 2018). Cette structure favorise la liberté d'expression des participants tout en maintenant le focus sur le sujet de recherche. En outre, le guide d'entretien est conçu pour aider à recentrer la discussion sur les thématiques questionnées si nécessaire, sans pour autant devenir un cadre rigide (Chevalier & Meyer, 2018). Ainsi, l'ordre des questions et leur nombre peuvent être ajustés au besoin pour encourager un échange dynamique entre l'enquêteur et l'enquêté.

Lors de l'élaboration du guide d'entretien, plusieurs thèmes ont été identifiés. Leur rôle est de confirmer ou de réfuter les concepts proposés dans les trois hypothèses de recherche formulées en réponse à la problématique étudiée. En conséquence, le guide d'entretien a été structuré autour des sept thématiques principales suivantes :

- **Les données socio-démographiques des participants** seront recueillies afin de comprendre leur parcours professionnel.
- La seconde thématique abordée concerne les **personnes souffrant de schizophrénie et plus particulièrement présentant un syndrome dépressif**. L'objectif est de mettre en lumière les principales répercussions observées dans l'ensemble des sphères de la vie quotidienne par les ergothérapeutes.
- Concernant **l'engagement occupationnel**, cette section vise à saisir les définitions et les perceptions des ergothérapeutes quant à l'engagement des personnes souffrant de schizophrénie et présentant un syndrome dépressif dans les activités quotidiennes. Cela permet de déterminer s'il existe réellement un désengagement occupationnel de cette population.
- La thématique de **l'activité physique et sportive comme moyen thérapeutique** sera discutée afin de confirmer son utilisation par les ergothérapeutes comme une médiation permettant de travailler sur de multiples objectifs auprès de la population cible.
- En ce qui concerne les **activités corporelles**, cet aspect met en évidence l'utilisation ou non de ce moyen thérapeutique dans la pratique des ergothérapeutes, crucial pour favoriser le rapport au corps des individus. Cela participerait ainsi à soutenir leur engagement occupationnel.
- Quant aux **activités collectives**, cette section questionne l'intérêt de leur utilisation dans la pratique de l'ergothérapie pour favoriser le développement des interactions sociales des individus. Ce qui contribuerait notamment à promouvoir leur engagement dans des activités quotidiennes et leur intégration dans la société.
- Enfin la notion de **structuration régulière des séances** permettra de démontrer ou non que cela facilite la prise d'initiative et de décision durant les médiations et donc le développement de l'engagement des individus.

A partir de ces thématiques, des questions, des critères et des indicateurs ont été rédigés afin de construire le guide d'entretien (cf. annexe n°3).

6. Réflexion sur l'objectivité et l'éthique de la recherche

La scientificité de toute recherche est certifiée grâce à la réflexion du chercheur sur l'objectivité et l'éthique de la recherche quelle que soit la méthodologie employée. Toute personne conduisant un travail de recherche doit endosser le rôle d'auteur scientifique pas toujours facile à adopter en raison de la double contrainte qu'il impose. En effet, c'est être auteur, c'est-à-dire « imprimer sa marque ou son style, et donc faire preuve de personnalité, sinon d'originalité » (Grossmann, 2017). Cependant c'est aussi être scientifique et donc « faire preuve d'objectivité, ce qui dans les représentations sociales implique une suspension du jugement, avec comme corrélat une forme d'effacement énonciatif » (Grossmann, 2017). Ainsi, tout auteur scientifique doit « laisser les faits parler d'eux-mêmes, plutôt que d'exprimer son propre point de vue » (Grossmann, 2017).

L'enquêteur doit donc se baser sur des faits sociaux qui sont « des manières d'agir, de penser et de sentir extérieures à l'individu, et qui sont douées d'un pouvoir de coercition en vertu duquel ils s'imposent à lui » (Durkheim, 2005). Ainsi, pour observer des faits sociaux l'enquêteur doit considérer chacun d'entre eux comme une chose (Durkheim, 2005). De plus, il est crucial de saisir les représentations sociales et les pensées de l'enquêté, car les phénomènes sociaux ne prennent sens que par l'interprétation qui leur est accordée. Cependant, une interprétation exclusivement psychologique des phénomènes sociaux risque ainsi de négliger leur spécificité (Durkheim, 2005). Dans cette optique, la méthodologie de recherche s'aligne avec l'approche compréhensive de Weber, qui considère le sens attribué par les acteurs comme essentiel.

Néanmoins, les représentations sociales de chaque individu sont façonnées par l'éducation et les expériences personnelles. La stigmatisation, issue des sciences sociales, se réfère à tout discours ou comportement transformant une incapacité ou un handicap en une caractéristique négative (Castillo et al., 2008). Selon Goffman, elle consiste à attribuer à ces individus des caractéristiques « culturellement inacceptables » ou jugées « inférieures », les privant ainsi de leurs droits fondamentaux (Castillo et al., 2008). Les personnes stigmatisées sont perçues comme transgressant les normes sociales, ce qui engendre la peur et le rejet, ainsi que des sentiments de honte, de culpabilité et d'infériorité chez ceux qui en sont victimes (Castillo et al., 2008).

Par ailleurs, le terme de schizophrénie est souvent détourné de son sens médical dans le quotidien et véhicule une connotation péjorative. L'usage métaphorique de ce vocable est renforcé par les médias. En effet, les recherches menées sur les deux quotidiens lemonde.fr et lefigaro.fr révèlent que plus de la moitié des termes découlant du vocabulaire de la schizophrénie est utilisée de manière métaphorique, avec respectivement 57 % et 53 % (Costes et Laval, 2019). Les journaux ont tendance à appliquer le terme « schizophrène » à des objets, situations ou attitudes appartenant à des catégories distinctes. Les métaphores politiques prédominent, représentant 37 % des usages sur lemonde.fr, où elles qualifient diverses opérations, systèmes, coalitions, opinions ou politiques (Costes et Laval, 2019). Enfin, les personnes souffrant de troubles mentaux sont fortement stigmatisées en matière de violence, bien qu'un faible pourcentage d'entre elles soit impliqué dans des actes hétéro-agressifs (5 % des crimes violents) (Gaillard et al., 2018).

Dans ce travail de recherche, toutes ces représentations sociales sont déconstruites afin de respecter la rigueur scientifique requise et ainsi circonscrire toute forme de subjectivité. Cette démarche de distanciation implique une rupture où le chercheur remet en question ses propres valeurs, connaissances, préjugés, évidences, références, normes, etc. Elle favorise une prise de recul par rapport au sujet de recherche et l'adoption d'une posture scientifique. L'enquêteur se concentre exclusivement sur les faits et adopte une attitude désintéressée, modeste et prudente (Grossmann, 2017). Cette démarche de distanciation concerne à la fois le chercheur, qui peut être influencé par ses propres représentations sociales lors du choix du sujet de recherche. Elle s'adresse également aux lecteurs, les invitant à se libérer de leurs propres représentations sociales susceptibles de compromettre la compréhension de l'étude.

En outre, dans le cadre de la recherche, il est impératif de respecter des principes éthiques fondamentaux envers les participants. Selon Malherbe, « le but de l'éthique est que chaque sujet crée chaque jour son propre sens, sa propre façon de devenir plus humain » (Martineau, 2007). Afin de préserver leur intégrité et par extension celle d'autrui, le chercheur observe scrupuleusement les principes suivants : le respect de leur anonymat, l'obtention de leur consentement éclairé et libre, l'autorisation d'enregistrement, l'information sur la destruction de leurs données, l'interdiction de tout jugement, la retenue de toute opinion personnelle et la garantie de leur liberté d'expression.

V. Présentation et analyse des résultats

1. Processus d'analyse qualitative

L'objectif de l'analyse qualitative est de dévoiler et de saisir la complexité des phénomènes sociaux et humains. (Mukamurera et al., 2006). Ainsi, les défis de cette approche se concentrent sur le processus de construction de sens à travers la reformulation, l'explication ou la théorisation des témoignages, des expériences ou des pratiques (Mukamurera et al., 2006). Cette analyse s'effectue selon quatre phases interdépendantes. Tout d'abord, la pré-analyse demande une retranscription rigoureuse des enregistrements des quatre entretiens menés au cours de cette recherche (Mukamurera et al., 2006). Pour garantir le respect des principes éthiques du chercheur, il est impératif d'obtenir au préalable l'accord de l'enquête concernant l'enregistrement des échanges (cf. annexe n°4). La seconde phase implique l'identification, au sein du corpus, des segments de discours en fonction des sept thématiques abordées dans le guide d'entretien (cf. annexe n°3) (Mukamurera et al., 2006). La phase suivante se consacre au regroupement et à la catégorisation des segments de discours identifiés précédemment au sein de la grille d'analyse (cf. annexe n°5) (Mukamurera et al., 2006). Enfin, la dernière phase consiste à interpréter les données en fonction des objectifs de recherche (Mukamurera et al., 2006). Une analyse verticale (par entretien) a été effectuée, résumant succinctement le discours de chaque ergothérapeute selon les différentes thématiques de la grille d'analyse. Ensuite, une analyse horizontale, appelée analyse par thème, a été réalisée pour mettre en évidence la cohérence des indicateurs thématiques à travers les extraits de discours des quatre entretiens. Cette dernière a permis de répondre aux hypothèses de recherche établies au préalable.

2. Analyse verticale

La première personne interrogée, dénommée E1 fût Diplômée d'État (D.E.) en ergothérapie en 2002 et depuis elle s'est engagée dans le domaine de la santé mentale. Elle travaille actuellement dans un hôpital de jour pour adultes handicapés accueillant principalement des patients atteints de schizophrénie ou de bipolarité. En s'appuyant sur ses expériences professionnelles, E1 souligne les multiples répercussions de la schizophrénie sur la vie quotidienne des patients. La désorganisation s'avère être l'un des défis les plus persistants, pouvant se manifester par « des oublis de rendez-vous ou de prises de médicaments » par exemple. Pour E1, les habiletés sociales comme le respect « des règles de bases en société » et les troubles cognitifs avec la difficulté à « faire des choix » rendent le quotidien de ces

personnes encore plus complexe. Outre les symptômes primaires de la schizophrénie, E1 évoque le syndrome dépressif, souvent associé à cette maladie comme un état de « manque d'envie et de difficultés à initier des tâches », impactant profondément l'engagement occupationnel des patients. E1 définit ce concept comme « toute forme d'implication dans les occupations » et se situe comme point central entre l'Être, l'Agir et l'environnement. Les entretiens motivationnels sont utilisés pour susciter cet engagement et « aller chercher les points d'intérêt pour les patients ». Cette approche personnalisée vise à encourager les patients à participer activement à leur propre rétablissement. L'activité physique et sportive est également intégrée dans le plan de soins. Au-delà de ses bienfaits physiques, E1 met en avant l'amélioration de l'estime de soi comme « l'une des plus grosses répercussions » observée dans sa pratique et comme facteur favorisant l'engagement. Les habiletés sociales des patients sont également améliorées par la réalisation de ces activités en groupe. En outre, le groupe thérapeutique représente un espace privilégié permettant de « provoquer une émulation » entre pairs. E1 ajoute que l'ergothérapeute joue un rôle crucial dans la construction du cadre, selon E1 il « va pouvoir plus facilement adapter son cadre par rapport à un autre professionnel » permettant de favoriser la participation des patients à l'activité. L'organisation des séances d'activité physique et sportive est rigoureusement planifiée, avec un encadrement adéquat et des règles claires. Cette structure offre aux patients « une stabilité qu'ils n'ont pas forcément dans leur quotidien » marqué par la désorganisation. Enfin, E1 souligne l'importance de l'environnement thérapeutique et d'un cadre flexible « en constante évolution » en fonction des besoins des patients.

La seconde personne interrogée, nommée E2, a obtenu son diplôme d'ergothérapeute D.E. en 2020. Depuis elle exerce dans un hôpital de jour psychiatrique pour adultes. L'accompagnement mis en place par E2 pour les personnes atteintes de schizophrénie se déroule rarement durant la phase aiguë de la maladie, elle va « plutôt essayer de faire avec les symptômes négatifs ». Ainsi, E2 insiste sur la diversité des domaines impactés par la schizophrénie, allant du travail aux relations sociales en passant par la routine quotidienne, le logement et les loisirs. Selon E2, ces symptômes négatifs sont souvent assimilés aux symptômes dépressifs. Par ailleurs, une tristesse de l'humeur peut être verbalisée par les patients « quand ils ont conscience de la difficulté qu'ils ont à faire les choses ». Dans ce contexte, l'engagement occupationnel joue un rôle central. Pour E2, il s'agit de « la capacité de la personne à s'investir dans une activité, une occupation ». Elle fait un lien étroit avec la participation occupationnelle qu'elle définit comme « l'engagement effectif dans une activité ». E2 ajoute que les facteurs

principaux agissant sur l'engagement sont « soit une perte d'espoir envers l'avenir, soit une perte d'envie ». Pour favoriser cet engagement, E2 utilise des approches axées sur la volition et l'habitation afin de les aider à prendre conscience « des rôles où ils pourraient s'engager » d'une part, et à identifier leurs valeurs et centres d'intérêt d'autre part. L'objectif des médiations est également de « les remettre en activité » et de « leur faire découvrir de nouvelles choses ». Parmi les interventions proposées par E2, les activités physiques et sportives occupent une place importante. Dans leur globalité ces activités permettent de valoriser les patients en leur montrant « qu'ils sont capable de faire ». Par ailleurs, E2 entreprend des activités de type corporelles, telles que la danse, qui vont permettre d'améliorer l'estime de soi et de « prendre conscience de son corps ». Elle propose également des ateliers de sports collectif créant un espace où les patients « peuvent s'appuyer les uns sur les autres pour proposer des choses ». Chaque séance est structurée de la même manière avec « un début, un milieu et une fin », et comprend un temps de verbalisation pour permettre aux participants d'exprimer leurs ressentis et leurs difficultés. Ce cadre thérapeutique sécurisant et régulier favorise l'engagement et la participation des patients. Enfin, E2 souligne l'importance de personnaliser les interventions en fonction des besoins et des préférences individuelles. En ce sens « plus on va être proche de leur quotidien, plus ça va être facile pour eux de transposer au quotidien ».

La troisième personne interrogée, nommée E3 a obtenu son diplôme d'ergothérapeute D.E. en 2015, depuis elle a travaillé dans divers établissements du secteur psychiatrique. Depuis 2021, elle travaille dans une unité spécifique dédiée aux psychoses résistantes aux traitements. Elle a été formée au Modèle de l'Occupation Humaine (MOH) et donne des formations sur ce modèle depuis quelques mois. Lors de l'entretien, elle a souligné l'importance de comprendre les répercussions de la schizophrénie dans tous les aspects de la vie quotidienne des patients. E3 a imaginé ses propos en expliquant que « on peut avoir une même difficulté qui se révèle mais la raison ne va pas forcément être la même pour chacun ». Dans ce sens, le syndrome dépressif peut se surajouter aux symptômes de la schizophrénie et peut justifier certaines difficultés. Celui-ci peut affecter l'humeur, la volition et l'énergie des patients, mais son impact varie d'un individu à l'autre. E3 précise que l'ergothérapeute « ne va pas traiter la dépression mais plutôt les conséquences fonctionnelles ». Elle a également abordé le concept d'engagement occupationnel selon le MOH et le définit par la manière dont le patient va participer à des occupations, impliquant à la fois la volition et l'Agir. Par ailleurs E3 insiste sur le fait que l'engagement est diminué « principalement par les limitations de l'environnement occupationnel » impliqué par l'hospitalisation. L'ergothérapeute joue un rôle crucial dans la

facilitation de cet engagement. E3 travaille à la fois sur la volition pour les aider à identifier leurs intérêts, sur les routines pour « structurer la journée », sur les habiletés pour qu'ils « se sentent en capacité » de faire les choses, ou encore sur l'environnement. Tous ces objectifs peuvent être travaillés au travers des activités physiques et sportives, E3 souligne leur importance pour améliorer la santé physique et morale des patients. Cependant, il est crucial de les « adapter aux compétences et aux capacités du patient ». L'ergothérapeute, par son « champ de compétence de l'analyse de l'activité » va pouvoir adapter au mieux les activités physiques, travailler sur l'environnement et encourager l'engagement. E3 met également en évidence que l'activité doit être « proposer en fonction des intérêts du patient ». E3 reconnaît que le groupe peut favoriser le lien social et encourager l'engagement mais précise qu'il est également essentiel de reconnaître que certains patients peuvent préférer des activités individuelles en raison de leurs appréhensions sociales. En termes d'organisation, la régularité des séances est un élément de « l'environnement occupationnel » créant une routine et favorisant ainsi l'engagement. Enfin, E3 démontre que le cadre thérapeutique doit être flexible pour répondre aux besoins individuels des patients.

La dernière personne interrogée, nommée E4, est diplômée ergothérapeute D.E. en France depuis 2010. Au cours de sa carrière, elle a occupé divers postes au sein d'un centre hospitalier, notamment dans des unités intra-hospitalières, des appartements thérapeutiques et un hôpital de jour. Actuellement, son poste est réparti entre deux unités d'intra-hospitalier et un CMP (Centre Médico-Psychologique) / CATTP (Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel). Au CMP, elle prend en soin des patients schizophrènes, mais elle note également une proportion significative de troubles de l'humeur et de troubles anxieux. E4 souligne que la schizophrénie touche « tous les domaines de la vie quotidienne ». Les répercussions peuvent être variées, affectant la capacité à maintenir un logement, à entretenir des relations interpersonnelles saines, ainsi qu'à suivre les soins médicaux nécessaires. E4 soulève la possibilité de déclarer un syndrome dépressif chez les personnes atteintes de schizophrénie, qui en raison de la similarité des symptômes, est souvent « sous-diagnostiqué et sous-traité ». Pour E4, la difficulté « à prendre des initiatives, à avoir des envies » est significative d'un engagement occupationnel diminué. Elle ajoute que ce concept est « au cœur du métier d'ergothérapeute » en psychiatrie. Pour favoriser l'engagement occupationnel des patients, l'ergothérapeute met en place une intervention selon deux temps. E4 débute par une phase d'évaluation afin « de mieux comprendre tous les éléments de la volition, ses centres d'intérêts et ses déterminant personnels » et de définir le projet personnalisé. Ensuite, elle propose un

accompagnement individuel ou en groupe pour soutenir la volition et l'engagement des patients. Les activités physiques et sportives peuvent répondre à ces objectifs. E4 utilise principalement des activités de groupe pour travailler sur les habiletés sociales et motrices, ainsi que pour aider les patients à retrouver des centres d'intérêts et des occupations significatives. Le programme d'activités est adapté en fonction des ressources disponibles, des capacités physiques des patients et des intérêts du groupe. E4 met en lumière la collaboration avec un éducateur APA « qui va avoir une vision beaucoup plus fine de l'activité physique ». L'émulation du groupe favorise la motivation et les échanges autour de la maladie et du quotidien, et « permet de dédramatiser » les difficultés. E4 essaie au maximum de « proposer une activité qui ressemble à des activités qui pourraient être retrouvées dans des clubs » pour faciliter le transfert. Enfin, elle propose une construction régulière des séances offrant une structure rassurante aux patients et leur permettant d'adapter l'activité à leurs capacités.

3. Analyse transversale

3. 1. Les impacts de la dépression chez les personnes atteintes de schizophrénie

Les quatre ergothérapeutes s'accordent à dire que le syndrome dépressif va se surajouter à la schizophrénie. Selon E1, E2 et E4, la détection de ce syndrome est complexifiée par le fait que « les symptômes négatifs sont souvent confondus avec le syndrome dépressif » (E1, 2024) (Micallef et al., 2006). En parallèle, E1 et E4 mettent en avant que cette comorbidité est « sous-diagnostiquée » (E4, 2024). Les entretiens ont démontré que le syndrome dépressif est caractérisé par une constellation de symptômes tels que le manque d'envie, le défaut d'initiation et une tristesse de l'humeur. Selon E2, celle-ci est souvent verbalisée par les patients « quand ils ont conscience de la difficulté qu'ils ont à faire des choses ou le temps que ça leur prend » (E2, 2024) (Buchy et al., 2010). Selon E1 et E4, ces symptômes varient en fonction du type de schizophrénie avec certains qui « vont être plus down » (E1, 2024) dans lesquels la dépression sera davantage visible. En somme, les quatre personnes interrogées affirment que le syndrome dépressif agit comme un catalyseur, renforçant les difficultés déjà présentes.

L'ensemble des ergothérapeutes déclarent que les répercussions de ce syndrome et de la schizophrénie sont vastes et touchent tous les aspects de la vie quotidienne. Tous décrivent des obstacles au niveau de la routine quotidienne, altérée par une désorganisation massive et par le « défaut d'initiation » (E1, 2024). E3 et E4 reconnaissent également des difficultés dans les soins personnels avec notamment « des difficultés à suivre leurs soins psychiatriques, mais

aussi somatiques » (E4, 2024). De plus, E2, E3 et E4 identifient des problématiques au niveau professionnel, la construction de projets est complexe car « il y a beaucoup de patients qui décompensent soit pendant leurs études soit au moment où ils construisent leur vie professionnelle » (E4, 2024). E2 et E3 mettent en avant le manque de loisirs avec des patients qui présentent des difficultés « à s'engager dans des activités plaisirs » (E2, 2024). Les quatre ergothérapeutes complètent que l'ensemble de ces difficultés peuvent être accentuées par des problématiques relationnelles, que ce soit au niveau familial, amical ou sentimental. Par ailleurs, E1 démontre que « le manque d'éducation est parfois aussi un frein » (E1, 2024) à l'acquisition des habiletés sociales. Enfin, selon E3, la sédentarité ainsi que les effets secondaires des traitements peuvent réduire l'espérance de vie « à cause de toutes les répercussions sur le corps et sur les aspects somatiques » (E3, 2024) (Kern et al., 2019).

E3 et E4 ajoutent que ces répercussions sont individuelles et « multifactorielles » (E4, 2024). E3 fait le lien avec le niveau d'habileté de chaque patient et leur environnement tandis que E4 met en avant la corrélation avec leurs centres d'intérêt et leurs projets de vie. Ainsi, selon E3, il est indispensable « d'aller identifier quelle est la cause pour chaque patient » (E3, 2024) pour pouvoir proposer un traitement plus ciblé et plus efficace par la suite.

3. 2. L'engagement occupationnel des personnes atteintes de schizophrénie, expliqué selon le MOH

Pour l'ensemble des ergothérapeutes interrogés, le concept d'engagement occupationnel est étroitement lié à la participation dans les activités (Morel-Bracq, 2017). E2 définit d'ailleurs la participation comme « l'engagement effectif dans une activité » (E2, 2024). E1, E2 et E4 définissent l'engagement d'une personne comme un investissement « dans les occupations qui sont importantes pour elle ou [...] les exigences occupationnelles » (E4, 2024) (Meyer, 2013). E3 met au premier plan la composante volitionnelle de l'engagement. Enfin E1 exprime l'influence de l'environnement, « chaque activité est un parallèle entre l'environnement dans lequel on la fait et la personne, elle qui s'engage » (E1, 2024) (Morel-Bracq, 2017).

E1, E2, E3 et E4 montrent que les impacts de la maladie sur l'engagement occupationnel varient considérablement selon l'individu. E3 met en avant les difficultés volitionnelles avec une pauvreté des centres d'intérêts et de l'habitation avec « des routines de vie qui sont complètement déséquilibrées » (E3, 2024). E3 observe également une altération du sentiment

de compétences avec des patients qui vont sur ou sous-évaluer leurs capacités. Pour E2, « la plus grosse difficulté c'est quand les personnes ont soit une perte d'espoir envers l'avenir soit une perte d'envie » (E2, 2024) (Favrod, 2015). Selon E3, « l'engagement il est limité aussi et principalement par les limitations de l'environnement occupationnel » (E3, 2024). En ce sens, l'hospitalisation des patients peut être à l'origine d'une « privation occupationnelle » (E3, 2024).

Selon E4, la promotion de l'engagement occupationnel est au cœur des interventions ergothérapeutiques en psychiatrie. Elle exprime que son intervention se déroule en deux temps. En premier lieu elle mène une phase d'évaluation pour « mieux comprendre le fonctionnement de la personne, ses centres d'intérêt, ses déterminants personnels » (E4, 2024). Par la suite, cette évaluation va permettre d'orienter son accompagnement. Pour soutenir l'engagement de leurs patients les quatre ergothérapeutes se concentrent sur la volition, en aidant à l'identification des intérêts et des valeurs des individus, mais aussi en leur faisant « découvrir de nouvelles choses » (E2, 2024). E2 et E3 travaillent également sur l'habituatation en identifiant « les rôles où ils pourraient s'engager » (E2, 2024) et en établissant des routines équilibrées « pour structurer la journée » (E3, 2024). En outre, E3 visent à développer les habiletés dans le but de favoriser le sentiment de compétence chez l'individu.

3. 3. L'activité physique et sportive comme moyen de prise en soin en ergothérapie

Les quatre ergothérapeutes interrogés définissent l'Activité Physique (AP) comme la mise en mouvement du corps (Carré et al., 2021). En revanche l'Activité Physique et Sportive (APS) revêt diverses interprétations. Par exemple, E3 et E4 intègrent les notions de règles et de compétition (Santé publique France, 2017). Pour E2, l'APS fait naître une connotation « soit de plaisir, soit de loisir » (E2, 2024). Enfin pour E1 il s'agit d'une activité qui est « voulue et qui demande un engagement encore plus fort » (E1, 2024).

Dans ce contexte, E1 et E2 mettent en avant l'apport de l'ergothérapie dans la construction du cadre de ces activités. E3 ajoute que les ergothérapeutes peuvent « faciliter l'engagement parce qu'on va aussi pouvoir essayer de travailler sur l'environnement, sur l'accessibilité » (E3, 2024). Selon E1, E2 et E3, les compétences de l'ergothérapeute permettent d'adapter les activités en fonction des besoins individuels, d'une part grâce à son « champ de compétence d'analyse approfondie d'activité » (E3, 2024) et d'autre part grâce à sa « vision

fonctionnelle » (E2, 2024) de la personne. En travaillant en étroite collaboration avec les individus, l'ergothérapeute acquiert « une connaissance plus fine des routines de la personne, des rôles, de son fonctionnement » (E4, 2024). De cette façon, l'ergothérapeute peut proposer une orientation adaptée et « les aider soit à entamer les démarches soit à les réorienter vers les bons professionnels » (E2, 2024) (Bertrand, 2020).

Selon les quatre ergothérapeutes, les répercussions de cette approche sont multiples et significatives. Elles se manifestent par une amélioration des capacités physiques comme « augmenter un périmètre de marche » (E1, 2024). E2 exprime également les bienfaits sur l'apragmatisme parce que « il y a des consignes bien précises » (E2, 2024). En parallèle, E1 affirme que « respecter des règles dans un cadre de jeux c'est plus facile » (E1, 2024) permettant de transférer ces acquis dans le quotidien par la suite. Aussi tous les ergothérapeutes démontrent que l'activité physique participe à augmenter l'estime de soi, la confiance en soi et le sentiment de compétence. Enfin, E3 conclut sur l'activité physique en exprimant que « on peut l'utiliser à la fois comme une activité thérapeutique mais aussi comme un but en soi pour que le patient reprenne une hygiène de vie » (E3, 2024) (Bertrand, 2020).

3. 4. L'intérêt des activités corporelles pour les personnes souffrant de schizophrénie

Au cours des quatre entretiens, il a été mis en avant que les activités corporelles offrent une multitude de bienfaits pour les personnes atteintes de schizophrénie. E2 présente les activités corporelles comme permettant de favoriser l'estime de soi et la confiance en soi. De plus, E2 et E4 s'accordent à dire qu'elles permettent de « prendre conscience de l'entièreté de son corps, une sorte de cohésion du corps » (E4, 2024) (Launois, 2020). En outre, cela présente un fort intérêt pour les patients présentant « une altération du schéma corporel » (E2, 2024) ou pour diminuer les « angoisses de morcellement » (E4,2024).

En parallèle, E1, E3 et E4 démontrent que les activités corporelles offrent aux patient un espace de relaxation et de détente. En effet, c'est un temps pendant lequel les patients « pensent à eux avant de penser à la maladie » (E1, 2024). De surcroît, ces activités permettent de réduire le rythme de la pensée pour « les patients qui ont une psyché qui est accélérée » (E1, 2024). En effet, pour certains il est parfois difficile de « rester allongé ou assis à la pénombre et dans un endroit calme » (E1, 2024). Ainsi ces activités participent à effectuer « un travail sur les émotions, sur le ressenti » (E2, 2024)

Cependant, E3 souligne que les activités corporelles ne vont pas « apporter plus ou moins aux patients » (E3, 2024) qu'une autre activité. E3 exprime que l'approche doit être guidée « en fonction des intérêts du patient » (E3, 2024).

3. 5. L'apport de l'activité physique en groupe pour les personnes souffrant de schizophrénie

E1, E2 et E4 affirment que l'implication dans un groupe thérapeutique présente plusieurs avantages significatifs, notamment dans le cadre d'une prise en soin en ambulatoire par opposition à un environnement hospitalier. En effet, en milieu hospitalier « le patient il va pas forcément aller tout seul en autonomie à sa séance, on va lui rappeler » (E3, 2024) ce qui ne permet pas de confirmer l'apport du groupe sur l'engagement. A l'inverse, en ambulatoire, la participation est plus volontaire, offrant une meilleure évaluation de son effet sur l'engagement.

En revanche les quatre ergothérapeutes expriment que le groupe favorise avant tout le lien social (Pagès, 2017). E1 affirme que la construction de ce lien se fait « étape par étape » (E1, 2024), ce qui est relativisé par les différents vocables utilisés par les ergothérapeutes. En ce sens, E2 parle des « interactions » et E1 utilise le terme de « communication » tandis que E3 stipule que le groupe favorise la « collaboration ». E2 ajoute que le groupe permet de réduire le repli sur soi, avis partagé par E1 qui affirme que « le groupe a aussi permis à certains de se découvrir et de pouvoir échanger plus en dehors de l'hôpital de jour » (E1, 2024). De plus, la présence dans un groupe permet aux patients « de se rendre compte qu'ils ne sont pas les seuls à avoir cette difficulté » (E4, 2024), ce qui peut contribuer à leur valorisation personnelle et à la dédramatisation de leur situation. Par ailleurs, cela permet « un échange autour de la maladie, autour de son quotidien » (E4, 2024) (Bon, 2005).

L'émulation générée par le groupe crée un esprit d'entraide, « ils peuvent s'appuyer les uns sur les autres pour proposer des choses » (E2, 2024) (Bon, 2005) et stimule la motivation des participants selon E4. Enfin, E2 ajoute que le groupe favorise une approche active en encourageant les participants à s'engager dans des activités concrètes. Elle explique que « le fait de réaliser concrètement c'est plus facile quand il y a un groupe que quand on est tout seul » (E2, 2024). E4 conclut sur le groupe en expliquant que « les patients souffrent beaucoup d'isolement et le fait d'être avec d'autres c'est vraiment quelque chose qui est bénéfique et positif pour eux » (E4, 2024).

3. 6. L'importance du cadre thérapeutique dans la prise en soin des personnes souffrant de schizophrénie

Au cours des entretiens, il a été démontré que la structuration des séances en ergothérapie repose sur plusieurs principes fondamentaux. Tout d'abord, E1 et E2 indiquent que les séances se déroulent toujours avec la présence de deux thérapeutes. E2 complète ces propos en affirmant que « c'est toujours les mêmes normalement qui doivent encadrer la médiation parce que ça fait partie du cadre thérapeutique » (E2, 2024) et cela permet d'instaurer une relation de confiance et une continuité dans la médiation (Martin, 2021). Les quatre ergothérapeutes ont également pu aborder la notion de collaboration interprofessionnelle avec la complémentarité des visions, ce qui enrichit l'approche thérapeutique. E1, E3 et E4 mettent en avant la collaboration avec un éducateur APA pour sa « vision plus fine de l'activité physique » (E4, 2024)

E1, E2 et E4 exposent que « les séances elles se déroulent toujours de la même manière » (E1, 2024), elles sont divisées en trois temps distincts. Elles débutent par une phase d'échauffement « pour que les personnes puissent prendre conscience un peu de leur corps » (E2, 2024). Ensuite, le corps de la séance est dédié, selon E2, à l'accomplissement des objectifs thérapeutiques spécifiques de chaque individu. Enfin, les séances se concluent par des étirements et un retour au calme. En plus de ces temps dédiés à l'activité physique, E2 prévoit un temps d'échange à chaque fin de séance. Selon elle, cela permet aux patients « d'élaborer un peu sur leurs ressentis, comment ils ont vécu leur séance » (E2, 2024) mais aussi « d'écouter et de recevoir un peu aussi, comment les autres l'ont vécu » (E2, 2024).

En somme, E1, E2, E3 et E4 expliquent que cette structure « apporte une stabilité qu'ils n'ont pas forcément dans leur quotidien » (E1, 2024) qui est souvent désorganisé (Kern et Marchetti, 2018). Selon E2 et E4, cette approche facilite la transposition des acquis thérapeutiques dans leur vie quotidienne. En ce sens, il est « plus facile de transposer quelque chose au quotidien qui est le tout le temps pareil » (E2, 2024). E4 ajoute que cela « leur permet plus facilement d'adapter les séances à leurs capacités » (E4, 2024) (Marchalot, 2020).

Enfin, les quatre ergothérapeutes s'accordent à dire qu'il est essentiel que le cadre des séances soit adaptable à chaque patient et évolue en fonction de ses besoins et de ses progrès (Martin, 2021). En effet, E4 affirme que « quand on construit le dispositif, il faut que chaque élément du cadre puisse répondre aux problématiques de la personne » (E4, 2024).

VI. Discussion

1. Validation ou réfutation des hypothèses de recherche

Pendant toute la durée de cette recherche, l'objectif a été de traiter la problématique de recherche suivante :

Comment les activités physiques et sportives proposées en ergothérapie permettent-elles de réduire la symptomatologie dépressive des personnes atteintes de schizophrénie afin de faciliter leur engagement occupationnel ?

L'analyse des données empiriques collectées auprès de l'échantillon permet de formuler des conclusions relatives aux hypothèses de recherche. Ces hypothèses, rappelées ci-dessous, seront examinées en vue de leur confirmation ou de leur réfutation.

1. 1. La première hypothèse

Pour rappel l'hypothèse n°1 est : l'utilisation des activités physiques de type corporelles dans l'accompagnement ergothérapique améliorent le rapport au corps des personnes atteintes de schizophrénie favorisant ainsi leur engagement occupationnel.

Au regard de la première hypothèse, l'analyse des entretiens a révélé que les activités corporelles ont de nombreux bénéfices pour les personnes souffrant de schizophrénie. Elles renforcent l'estime de soi et la confiance en soi, en plus de favoriser une meilleure conscience corporelle. En effet, les activités physiques corporelles peuvent aider les personnes atteintes de schizophrénie à mieux comprendre et à se reconnecter avec leur corps. En ce sens, ces activités sont particulièrement utiles pour les personnes présentant un syndrome dépressif qui ont souvent des problèmes de perception corporelle ou des angoisses de morcellement. De plus, elles offrent un espace de relaxation et de détente, permettant aux patients de se concentrer sur eux-mêmes plutôt que sur leur maladie.

Nous validons l'hypothèse 1, les ergothérapeutes participent au développement d'un meilleur rapport au corps en intégrant des activités physiques corporelles dans leurs interventions, favorisant ainsi l'engagement occupationnel des personnes souffrant de schizophrénie.

1. 2. La deuxième hypothèse

Pour rappel l'hypothèse n°2 est : la prise en soin collective menée par l'ergothérapeute dans les activités physiques et sportives favorise la construction de liens sociaux participant à susciter l'engagement occupationnel des personnes atteintes de schizophrénie.

Au regard de la deuxième hypothèse, l'analyse des données empiriques souligne les avantages significatifs de la participation à un groupe thérapeutique, et plus particulièrement dans le cadre d'une prise en soin ambulatoire. Comparé à un environnement hospitalier, où la participation peut être contrainte, le caractère volontaire de la participation en ambulatoire permet une meilleure évaluation de son impact sur l'engagement des patients. Les quatre ergothérapeutes interrogés ont insisté sur le rôle primordial du groupe dans le renforcement du lien social, favorisant des interactions, des communications et une collaboration entre les participants. Or, l'isolement social est largement présent dans la schizophrénie et peut être renforcé si la personne développe un syndrome dépressif. Par ailleurs, il a été démontré que le groupe réduit le repli sur soi et offre aux patients un sentiment de communauté, les aidant à se sentir moins seuls dans leurs difficultés et favorisant l'échange autour de leur expérience de la maladie. En outre, les patients peuvent aussi appliquer les compétences acquises, renforcer leur confiance en elles dans leurs activités quotidiennes et envisager d'organiser des activités avec leurs pairs en dehors du cadre de soin. Enfin, l'émulation et l'entraide au sein du groupe stimulent la motivation des participants et encouragent une approche active dans la réalisation d'activités concrètes.

Nous validons l'hypothèse 2, le groupe favorise l'implication dans des activités en développant le réseau social des personnes atteinte de schizophrénie, contribuant ainsi indirectement à promouvoir leur engagement occupationnel.

1. 3. La troisième hypothèse

Pour rappel l'hypothèse n°3 est la suivante : l'ergothérapeute, en instaurant une structure régulière au sein des séances d'activités physiques et sportives, permet aux personnes atteintes de schizophrénie d'être acteur de la médiation majorant ainsi leur engagement occupationnel.

Au regard de la troisième hypothèse, l'analyse des quatre entretiens a permis de démontrer que la structuration des séances en ergothérapie repose sur des principes

fondamentaux. Il est souligné qu'elles se déroulent toujours avec la présence de deux thérapeutes pour garantir une relation de confiance et une continuité dans la médiation. Les séances suivent une structure bien définie, comprenant un échauffement, une phase dédiée aux objectifs thérapeutiques individuels et des étirements, ainsi qu'un temps d'échange à la fin pour exprimer les ressentis et écouter les autres. Dans le cadre du syndrome dépressif les patients sont confrontés à une perte d'envie limitant la participation. Cependant, cette structure offre une stabilité aux patients, facilitant ainsi la transposition des acquis thérapeutiques dans leur vie quotidienne. Les séances sont conçues pour être adaptables à chaque patient, évoluant en fonction de ses besoins et de ses progrès.

Nous validons l'hypothèse 3, une structure régulière lors des séances d'activités physiques et sportives, encourage les personnes atteintes de schizophrénie à devenir plus actives dans la médiation, et à transposer cet engagement occupationnel dans leur quotidien.

Toutefois, une nuance doit être faite concernant la validation des trois hypothèses. En effet l'engagement occupationnel des patients est souvent restreint par les limites de leur environnement occupationnel. Cette contrainte peut être exacerbée par l'hospitalisation, qui peut entraîner une véritable privation occupationnelle pour les patients.

2. Nouveaux apports théoriques

2. 1. La collaboration entre l'ergothérapeute et l'éducateur APA

L'ensemble des personnes interrogées ont pointé l'importance de la collaboration interprofessionnelle et plus précisément avec l'enseignant en activité physique adaptée (E-APA) pour trois d'entre elles. Étant donné que cette notion n'a pas été explorée dans le cadre conceptuel, il serait approprié d'en discuter dans le cadre de cette recherche. En ce sens, cette complémentarité des approches thérapeutiques permettrait de proposer des activités physiques plus adaptées et d'augmenter l'efficacité de ces médiations.

L'interdisciplinarité implique la collaboration de spécialistes provenant de différentes disciplines travaillant ensemble dans le but spécifique d'améliorer le bien-être du patient. Cette approche partagée favorise une gestion proactive de la prise en soin et permet une compréhension holistique du patient, tenant compte de ses besoins physiques, psychologiques, sociaux et spirituels (Boulanger et al., 2004). Dans ce contexte, l'enseignant en activité

physique adaptée et l'ergothérapeute se doivent de coordonner leurs interventions avec les autres professionnels de l'équipe pluridisciplinaire afin d'assurer une réponse adaptée aux besoins du patient (Bolcato et al., 2016). Ensemble, ils définissent les objectifs prioritaires de l'accompagnement. Dans ce parcours de soin, la motivation du patient est essentielle, et les activités proposées doivent être à la fois signifiantes et efficaces, tout en respectant ses préférences et en lui laissant un libre choix (Bolcato et al., 2016).

L'Activité Physique Adaptée (APA) et l'ergothérapie sont deux professions complémentaires au sein d'une équipe pluridisciplinaire. Il partage cependant un objectif commun d'amélioration de la qualité de vie des patients en préservant ou en renforçant leur autonomie et leur fonctionnalité. Concernant leurs méthodes d'évaluation, l'enseignant en activité physique adaptée (E-APA) et l'ergothérapeute présentent des stratégies complémentaires. L'E-APA se focalise sur les besoins biologiques, psychologiques et sociaux du patient, tandis que l'ergothérapeute se concentre sur les limitations d'activité et les restrictions de participation en lien avec l'environnement du patient. Comme le souligne E4, la collaboration avec un éducateur APA permet de bénéficier d'une vision fine de l'activité physique et des capacités physiques du patient, ainsi que de compétences d'adaptations d'activités appropriées. De plus, comme mentionné par E3 (2024), l'ergothérapeute peut orienter les patients vers l'éducateur sportif en fonction du bilan et des préférences individuelles du patient, ainsi que des objectifs thérapeutiques définis. Les moyens d'action de l'E-APA et de l'ergothérapeute sont également complémentaires. En effet, l'E-APA utilise les activités physiques adaptées pour répondre aux besoins du patient et l'encourager vers un mode de vie plus actif. L'ergothérapeute exploite le potentiel thérapeutique des activités signifiantes pour le patient, tenant compte de ses difficultés dans différents environnements.

2. 2. Les activités signifiantes

Dans le discours des quatre ergothérapeutes, il a été souligné l'importance de s'appuyer sur les centres d'intérêts des patients tout au long de leur accompagnement des patients. Ayant peu développé cette notion dans le cadre conceptuel, il est pertinent d'y revenir dans cette recherche et de s'intéresser aux liens entre les activités signifiantes et l'engagement occupationnel.

Tout d'abord il est important de différencier les activités significantes, qui ont un sens pour la personne qui la réalise, des activités significatives soutenant l'intérêt de l'environnement social de la personne (Meyer, 2013). Par ailleurs, des recherches ont démontré que participer à des activités significantes est perçu positivement par les personnes, qu'elles aient ou non des problèmes de santé. Cela améliore l'estime de soi et la qualité de vie, ainsi qu'une meilleure santé physique et mentale (Lacroix et al., 2018). Pour les ergothérapeutes, il est donc crucial d'évaluer précisément l'engagement dans ces activités afin de prioriser et d'optimiser les interventions, ainsi que de créer une alliance thérapeutique avec leurs clients (Lacroix et al., 2018). En ce sens, les quatre ergothérapeutes s'accordent à dire que l'identification des centres d'intérêts des patients constituent la première étape de la prise en soin. Une fois ce cheminement effectué par les patients, les ergothérapeutes s'appuient sur ces activités significantes pour construire leur intervention et favoriser l'engagement occupationnel.

L'activité significative est ainsi au cœur de l'engagement. En effet, une activité est considérée comme significative si elle est alignée avec les valeurs et les besoins personnels, si elle permet de démontrer des compétences et est valorisée socialement et culturellement. Deux outils sont identifiés pour mesurer cet engagement dans les activités significantes. Premièrement, le « Questionnaire sur l'engagement dans les activités significantes » (QEAS) traduit de l'anglais « Engagement in Meaningful Activities Survey » est validé, rapide à remplir et doté de bonnes qualités psychométriques. Il existe également le Profiles of Occupational Engagement in Schizophrenia qui est exclusivement destiné aux personnes atteintes de schizophrénie. (Lacroix et al., 2018)

3. Biais et limites de la recherche

Au cours de cette initiation à la recherche, tout en réfléchissant et élaborant notre étude, nous avons identifié des biais et des limites que nous exposerons dans la suite de ce travail.

3. 1. Biais

Un premier biais a été identifié lors de la sélection des participants. Les quatre ergothérapeutes constituant l'échantillon de cette recherche sont employés par la même institution. Bien que leurs rôles et responsabilités diffèrent de par leur service d'exercice, il est possible que leurs pratiques se chevauchent occasionnellement, introduisant ainsi des

distorsions dans notre analyse concernant une corrélation entre leurs activités respectives, malgré leurs missions distinctes.

Les biais de cette recherche sont également liés à l'outil utilisé pour mener l'enquête sur le terrain. Bien que le guide d'entretien soit basé sur des questions ouvertes permettant d'enrichir les réponses des participants, cela a également ouvert la porte à des interprétations subjectives. De plus, malgré les efforts pour définir les termes clés tels que le syndrome dépressif, l'engagement occupationnel et l'activité physique et sportive lors des entretiens, il reste possible que des divergences d'interprétation aient eu lieu parmi les participants.

De plus, nous avons identifié un biais dans la conduite des entretiens, lié à la nouveauté de la tâche et à notre désir de suivre rigoureusement la méthodologie et les questions fournies. Cette situation nous a confrontés à des difficultés pour interagir de manière dynamique avec les ergothérapeutes et pour poser des questions supplémentaires. Cette expérience initiale de recherche nous a exposés à un manque de fluidité lors des premiers entretiens et à une absence de questions de relance entre les questions préétablies, ce qui a restreint la profondeur des données évoquées par les ergothérapeutes et leur lien avec la problématique étudiée. De plus, la prise de confiance au fil des entretiens crée une inégalité dans les données obtenues.

Enfin, durant les entretiens, un biais supplémentaire pourrait découler des questions posées, potentiellement orientées en raison des objectifs de la recherche, ce qui pourrait influencer les réponses des ergothérapeutes interrogés. De plus, la création du guide d'entretien, bien que conçue avec une vigilance accrue pour permettre l'expression libre des enquêtés, reste susceptible d'orienter les questions et les thèmes abordés en fonction de la problématique et des hypothèses, impactant ainsi les réponses fournies.

3. 2. Limites

Tout d'abord, l'échantillon constitué pour cette recherche est restreint, avec seulement quatre ergothérapeutes interrogés, ce qui compromet la représentativité des données empiriques recueillies et des résultats obtenus. Par conséquent, il est difficile de généraliser les pratiques étudiées. Cette contrainte est largement due à la courte période allouée à cette recherche, ainsi qu'à la difficulté de contacter et de recruter des ergothérapeutes répondant aux critères d'inclusion et disponibles pour des entretiens. De plus, la disponibilité réduite des

ergothérapeutes, engagés dans leurs obligations professionnelles, a limité encore davantage le nombre de personnes pouvant être enquêtées.

Par ailleurs, la présence de facteurs externes à l'activité physique constitue une limite importante dans cette étude. En effet, les personnes atteintes de schizophrénie peuvent être soumises à différents traitements médicamenteux et participer à d'autres formes de thérapie en parallèle des activités physiques proposées en ergothérapie. De plus, le soutien social, l'environnement familial, et d'autres facteurs environnementaux peuvent également influencer leur état mental et leur niveau de dépression. Ainsi, ces variables externes peuvent confondre les résultats de l'étude en exagérant les effets des activités physiques sur la symptomatologie dépressive.

4. Perspectives

Les résultats de cette recherche nous ont permis de mettre en lumière de nouvelles perspectives intéressantes à explorer davantage.

Tout d'abord, l'analyse des entretiens ont mis en avant la difficulté à diagnostiquer le syndrome dépressif chez les personnes souffrant de schizophrénie. Cette problématique doit être explorée puisque la précocité du diagnostic est facteur d'un meilleur pronostic. Ainsi, quelles sont les raisons sous-jacentes du sous-diagnostic du syndrome dépressif chez les patients schizophrènes ? Et dans l'objectif de favoriser le rétablissement, comment peut-on améliorer la détection précoce du syndrome dépressif chez les patients schizophrènes ?

Par ailleurs, l'hospitalisation et les programmes de soins ambulatoires suscitent un questionnement crucial quant à leur impact sur l'autonomie et l'autonomisation des patients. Dans quelle mesure les programmes de soins ambulatoires favorisent-ils ces aspects par rapport aux soins hospitaliers ? Quels facteurs déterminent une meilleure réponse aux traitements dans un environnement ou un autre ? De manière plus spécifique, se pose la question de la perception de l'autonomie par les patients atteints de schizophrénie. Comment ces derniers appréhendent-ils leur propre capacité à gérer leur maladie et à maintenir leur autonomie dans chacun de ces contextes de soins distincts ? Leur ressenti face à ces environnements différents peut-il influencer leur adhésion au traitement et leur rétablissement ?

De plus, la collaboration entre l'ergothérapeute et l'éducateur en Activité Physique Adaptée (APA) revêt une importance capitale pour offrir un soutien holistique aux patients schizophrènes. Face à ce défi, émergent des questionnements cruciaux quant à la manière dont ces professionnels peuvent conjuguer leurs expertises respectives pour optimiser l'efficacité des interventions et favoriser le bien-être des patients. Comment l'éducateur APA peut-il intégrer des stratégies spécifiques pour stimuler l'engagement et la motivation des patients dans les activités physiques, en collaboration avec l'ergothérapeute ? De plus, comment ces deux acteurs peuvent-ils collaborer de manière étroite pour garantir un suivi régulier et cohérent des patients, ajustant les interventions en fonction des résultats observés ?

Enfin, dans le domaine de l'ergothérapie, une réflexion émergente porte sur le rôle et l'impact des activités significatives dans le parcours de rétablissement des patients schizophrènes. En effet, les entretiens ont mis en avant l'impact des activités significatives sur le bien-être mental et émotionnel des patients. Cependant, la nécessité d'évaluer la durabilité de cet impact est réelle. En d'autres termes, dans quelle mesure les bénéfices ressentis perdurent-ils dans le temps après la participation à ces activités ? Par ailleurs, comment l'ergothérapeute peut-il faciliter la transposition des compétences d'engagement développées dans le cadre des activités significatives vers les exigences occupationnelles de la vie quotidienne ?

VII. Conclusion

La schizophrénie, souvent diagnostiquée tardivement en France, nécessite une vigilance accrue pour un diagnostic précoce et un traitement approprié. Près d'un quart des patients présentent des symptômes dépressifs, soulignant l'importance d'une prise en soin holistique. L'engagement dans les activités de vie quotidienne, tel que promu par les ergothérapeutes, est crucial pour améliorer la qualité de vie des patients. Intégrer l'activité physique dans la routine quotidienne peut jouer un rôle important dans la réhabilitation psychosociale des personnes atteintes de schizophrénie, nécessitant une adaptation aux capacités individuelles.

Ainsi, cette recherche vise à analyser les pratiques liées à l'activité physique et sportive en ergothérapie qui encouragent l'engagement occupationnel des personnes souffrant de schizophrénie et présentant un syndrome dépressif dans leurs activités quotidiennes. Pour ce faire, une méthodologie qualitative, basée sur une approche hypothético-déductive, a été employée. Cette étude a pour but de valider ou de réfuter l'impact de l'utilisation d'activités corporelles, la prise en soin collective ainsi que l'instauration d'une structure régulière lors des séances d'activités physiques et sportives. Ces composantes permettent respectivement d'améliorer le rapport au corps, de favoriser la construction de liens sociaux et d'accroître la participation aux médiations, dans un objectif de favoriser l'engagement occupationnel. Ainsi, les entretiens semi-directifs menés avec quatre ergothérapeutes ont permis de mettre en lumière le lien entre le manque d'engagement occupationnel et les répercussions de la maladie dans la population étudiée, confirmant ainsi les hypothèses émises. Cependant, une nuance est apportée quant à l'engagement occupationnel des patients qui peut être entravé par l'environnement de l'hospitalisation à l'origine d'une privation occupationnelle significative.

De plus, cette étude a souligné d'autres facteurs favorisant l'engagement occupationnel auprès de cette population. En effet, la collaboration entre l'enseignant en activité physique adapté et l'ergothérapeute permet d'adapter au mieux les activités proposer au patient pour renforcer leur autonomie et leur bien-être. De plus, il est crucial pour les ergothérapeutes de bien évaluer l'engagement dans les activités signifiantes pour optimiser leurs interventions. Afin de maximiser l'efficacité des activités physiques, il serait pertinent de s'interroger sur l'intégration d'un professionnel de cette discipline. Dans cette perspective, comment l'enseignant en activité physique adaptée et l'ergothérapeute peuvent-ils collaborer afin d'intégrer des stratégies spécifiques pour stimuler l'engagement et la motivation des patients dans les activités physiques ?

VIII. Bibliographie

- Adida, M., Maurel, M., Kaladjian, A., Fakra, E., Lazerges, P., Da Fonseca, D., Belzeaux, R., Cermolacce, M., & Azorin, J.-M. (2011). Prise de décision et schizophrénie. *L'Encéphale*, 37, S110-S116. [https://doi.org/10.1016/S0013-7006\(11\)70036-7](https://doi.org/10.1016/S0013-7006(11)70036-7)
- Aktouf, O. (1987). *Méthodologie des sciences sociales et approche qualitative des organisations : Une introduction à la démarche classique et une critique*. Presses de l'Université du Québec.
- Amado, I., & Kern, L. (2021). Mêler activité physique adaptée et remédiation cognitive. *Santé mentale*, 262, 42-47.
- American Occupational Therapy Association. (2020). Occupational Therapy Practice Framework: Domain and Process (4th Ed.). *The American Journal of Occupational Therapy*, 74 (Supplement 2), 1-87. <https://doi.org/10.5014/ajot.2020.74S2001>
- Andrien, L., & Sarrazin, C. (2022). Autodétermination : Des concepts aux pratiques. In *Handicap, pour une révolution participative* (p. 21-50). Érès. <https://www.cairn.info/handicap-pour-une-revolution-participative--9782749273594-p-21.htm>
- ANFE. (2023). *Qu'est-ce que l'ergothérapie*. ANFE. https://anfe.fr/qu_est_ce_que_l_ergotherapie/
- Anses. (2022). *Avis de l'Anses relatif à l'évaluation des risques liés aux niveaux d'activité physique et de sédentarité des adultes de 18 à 64 ans, hors femmes enceintes et ménopausées* (p. 113). <https://www.anses.fr/fr/system/files/NUT2017SA0064-b.pdf>
- Aubin-Auger, I., Mercier, A., Baumann, L., Lehr-Drylewicz, A.-M., & Imbert, P. (2008). *Introduction à la recherche qualitative*. 19(84), 142-145.
- Beck, F., Escalon, H., & Bossard, C. (2009). Activité physique et sédentarité. In *Baromètre santé nutrition 2008* (p. 239-268). Inpes.

- Becker, H. S. (2006). Sur le concept d'engagement. *SociologieS*.
<https://doi.org/10.4000/sociologies.642>
- Bejerholm, U. (2010). Relationships between occupational engagement and status of and satisfaction with sociodemographic factors in a group of people with schizophrenia. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 17(3), 244-254.
<https://doi.org/10.3109/11038120903254323>
- Bertrand, R. (2020). Vers une perspective occupationnelle de l'activité physique et sportive en ergothérapie : Une recension des écrits. *Ergothérapies*, 78, 17.
- Bolcato, A., Combier, C., & Borel, M. (2016). Activité physique adaptée et ergothérapie au service de l'accompagnement de la personne boulimique. *Ergothérapies*, 63, 43.
- Bon, C. (2005). *Approche sémantique de quelques concepts internationaux « récents » en Travail social*.
- Bonsack, C., Conus, P., & Morandi, S. (2019). Alternatives à l'hospitalisation psychiatrique. *Revue Médicale Suisse*, 15(658), 1402-1406.
<https://doi.org/10.53738/REVMED.2019.15.658.1402>
- Boulanger, Y.-L., Staltari, C., Proulx, P., Zander, K., Feyz, M., & Tinawi, S. (2004). Rééducation-réadaptation et interdisciplinarité. *EMC - Podologie-Kinésithérapie*, 1(2), 107-113. <https://doi.org/10.1016/j.emck.2004.01.001>
- Bourelle, J.-M. (2021). L'activité physique collective, vecteur d'altérité. *Santé mentale*, 262, 36-41.
- Briand, C., Manidini, M.-J., & Panchaud Mingrone, I. (2005). Introduction. In *Ergothérapie comparée en santé mentale et en psychiatrie* (Ecole d'étude sociales et pédagogiques, p. 21-41).
https://www.hetsl.ch/fileadmin/user_upload/publications/media_43_ergotherapie_compa_ree.pdf

- Brito, O., & Pesce, S. (2015). De la recherche qualitative à la recherche sensible : *Spécificités*, n° 8(2), 1-2. <https://doi.org/10.3917/spec.008.0001>
- Buchy, L., Bodnar, M., Malla, A., Joobert, R., & Lepage, M. (2010). A 12-month outcome study of insight and symptom change in first-episode psychosis. *Early Intervention in Psychiatry*, 4(1), 79-88. <https://doi.org/10.1111/j.1751-7893.2010.00166.x>
- Carré, F., Grémy, I., Duclos, M., Moro, C., Freyssenet, D., Boiché, J., Vuillemin, A., Perrier, C., Perrin, C., Cha, S., & Lucia, V. (2021). Activité physique et maladies chroniques : Quels effets et dans quel cadre ? : *Actualité et dossier en santé publique*, N° 114(2), 13-25. <https://doi.org/10.3917/aedesp.114.0013>
- Castillo, M.-C., Lannoy, V., Sez nec, J.-C., Januel, D., & Petitjean, F. (2008). Étude des représentations sociales de la schizophrénie dans la population générale et dans une population de patients schizophrènes. *L'Évolution Psychiatrique*, 73(4), 615-628. <https://doi.org/10.1016/j.evopsy.2007.06.006>
- Chevalier, F., & Meyer, V. (2018). Chapitre 6. Les entretiens. In *Les méthodes de recherche du DBA* (p. 108-125). EMS Editions. <https://doi.org/10.3917/ems.cheva.2018.01.0108>
- Code de la santé publique. (2021, avril 26). Titre III : Professions d'ergothérapeute et de psychomotricien (Articles L4331-1 à L4334-2), Code de la santé publique. https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000006155068/
- Connor, L. T., Wolf, T. J., Foster, E. R., Hildebrand, M. W., & Baum, C. M. (2016). Chapitre 9. Participation et engagement dans les occupations des adultes en situation de handicap. In *La science de l'occupation pour l'ergothérapie* (p. 125-137). De Boeck Supérieur. <https://www.cairn-sciences.info/la-science-de-l-occupation-pour-l-ergotherapie--9782353273515-p-125.htm>

- Constitution de l'organisation mondiale de la santé, 18 (1948).
<https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/FR/constitution-fr.pdf?ua=1>
- Costes, M., & Laval, S. (2019). Le vocable de la schizophrénie au prisme de la presse quotidienne nationale française : Un effet de mode ? *Cahiers du journalisme - Recherches*, 2(3), 29-44. [https://doi.org/10.31188/CaJsm.2\(3\).2019.R029](https://doi.org/10.31188/CaJsm.2(3).2019.R029)
- Crocq, M.-A., & Guelfi, J.-D. (2015). Le spectre de la schizophrénie et autres troubles psychotiques. In *DSM-5—Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (5th éd., p. 109-155). Elsevier Masson.
- Dauwan, M., Begemann, M. J. H., Heringa, S. M., & Sommer, I. E. (2016). Exercise Improves Clinical Symptoms, Quality of Life, Global Functioning, and Depression in Schizophrenia: A Systematic Review and Meta-analysis. *Schizophrenia Bulletin*, 42(3), 588-599. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbv164>
- Davidson, L. (2003). *Living outside mental illness: Qualitative studies of recovery in schizophrenia*. New York University Press.
- De Lépine, C. (2018). La réhabilitation psychosociale en secteur médico-social. *Ergothérapies*, 68, 39.
- De Matos, M. G., Calmeiro, L., & Da Fonseca, D. (2009). Effet de l'activité physique sur l'anxiété et la dépression. *La Presse Médicale*, 38(5), 734-739.
<https://doi.org/10.1016/j.lpm.2008.08.015>
- Depiesse, F., & Coste, O. (2016). *Prescription des activités physiques : En prévention et en thérapeutique* (2e éd). Elsevier-Masson.
- Deutsch, C. (2015). L'empowerment en santé mentale. *Sciences & Actions Sociales*, N° 1(1), 15-30. <https://doi.org/10.3917/sas.001.0015>

- Dollfus, S. (2018). Le déficit motivationnel dans la schizophrénie. *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine*, 202(1-2), 115-126. [https://doi.org/10.1016/S0001-4079\(19\)30345-0](https://doi.org/10.1016/S0001-4079(19)30345-0)
- Dupuis, J.-P. (2021). Activité physique : Pratiquer d'abord ! *Santé mentale*, 262, 64-65.
- Durkheim, É. (2005). Qu'est-ce qu'un fait social ? *Cahiers de Psychologie Politique*, 6. https://doi.org/10.34745/NUMEREV_488
- Favrod, J. (2015). Introduction. In *Se rétablir de la schizophrénie : Guide pratique pour les professionnels* (2e éd, p. 1 à 11). Elsevier Masson.
- Fayollet, C. (2021). Pourquoi des activités physiques en psychiatrie ? *Santé mentale*, 262, 22-28.
- Franck, N. (2013). Clinique de la schizophrénie. *EMC - Psychiatrie*, 10(1), 1-16. [https://doi.org/10.1016/S0246-1072\(12\)59577-5](https://doi.org/10.1016/S0246-1072(12)59577-5)
- Franck, N. (2018). *Traité de réhabilitation psychosociale*. Elsevier Masson.
- Gaillard, R., Berkovitch, L., & Olié, J.-P. (2018). La schizophrénie, une affaire de société. *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine*, 202(1-2), 127-137. [https://doi.org/10.1016/S0001-4079\(19\)30346-2](https://doi.org/10.1016/S0001-4079(19)30346-2)
- Gilliot, É., & Estingoy, P. (2017). Vers le rétablissement, de la contrainte au partage d'expérience. *Soins Psychiatrie*, 38(308), 25-29. <https://doi.org/10.1016/j.spsy.2016.11.005>
- Glaser, C., Canceil, O., & Gozlan, G. (2016). Case management en psychiatrie : Vers des pratiques professionnelles intégrées. *L'information psychiatrique*, 92, 539-545.
- Grossmann, F. (2018). *Objectivité scientifique et positionnement d'auteur*. <https://hal.science/hal-01910520>

- HAS. (2022). *Guide des connaissances sur l'activité physique et la sédentarité*.
https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2022-08/guide_connaissance_ap_sedentarite_vf.pdf
- Inserm. (2008). Santé mentale. In *Activité physique : Contextes et effets sur la santé* (p. 509-537). Les éditions Inserm.
https://www.ipubli.inserm.fr/bitstream/handle/10608/97/expcol_2008_activite.pdf?sequence=1
- Keck, M. E. (2016). *La dépression*.
https://assets.ctfassets.net/fclxf7o732gj/2CKyuV36aIe4gYyM4GiAMW/98f607e0349bd697f18ab6ea61df7fe/depressionen_F_1116.pdf
- Kern, L., Amado, I., & Milesi, R. (2019). Chapitre 5. Schizophrénie : Activités physiques adaptées dans un centre de réhabilitation psychosociale : In *Activités physiques en santé mentale* (p. 109-132). Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.ffsa.2019.01.0109>
- Kern, L., & Marchetti, É. (2018). *Mettre en place un programme d'activités physiques ludiques*. Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.kernm.2018.01>
- Kohn, L., & Christiaens, W. (2015). Les méthodes de recherches qualitatives dans la recherche en soins de santé : Apports et croyances. *Reflets et perspectives de la vie économique, Tome LIII* (4), 67-82. <https://doi.org/10.3917/rpve.534.0067>
- Krebs, M.-O. (2020). *Schizophrénie : Intervenir au plus tôt pour limiter la sévérité des troubles*. Inserm, La science pour la santé. <https://www.inserm.fr/dossier/schizophrenie/>
- Lacroix, P.-A., Pelletier, A.-J., Blondin, M.-P., Dugal, A., Langlois, C., Levasseur, M., & Larivière, N. (2018). Traduction et validation du Questionnaire sur l'engagement dans les activités significatives. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 85(1), 11-20. <https://doi.org/10.1177/0008417417702925>

- Lafont-Rapnouil, S. (2013). La réhabilitation psychosociale : Quelle réforme des services de soins est nécessaire pour passer des connaissances à la pratique ? *L'information psychiatrique*, 89(5), 371. <https://doi.org/10.3917/inpsy.8905.0371>
- Launois, M. (2018). Activités ou médiations ? *Ergothérapies*, 68, 31.
- Launois, M. (2020). Corps et mouvement : Apports d'une pratique corporelle dans les soins personnels et le soin psychique. *Ergothérapies*, 78, 55.
- Leblanc, P., & Peuskens, J. (2009). Chapitre VII : Dépression dans la schizophrénie. In *Schizophrénie. La prévention des rechutes a de l'importance* (p. 135-156). Academia Press.
- Leboyer, M., & Malâtre-Lansac, A. (2014). *Prévention des maladies psychiatriques : Pour en finir avec le retard français*. https://www.institutmontaigne.org/ressources/pdfs/publications/etude_sante_mentale_institut_montaigne.pdf
- Lemarié, K. (2020). La boîte comme outil en ergothérapie : Une nouvelle vision du soin en santé mentale. *Ergothérapies*, 78, 31.
- Lièvre, P. (2016). *Manuel d'initiation à la recherche en travail social : Construire un mémoire professionnel* (3e éd). Presses de l'École des hautes études en santé publique.
- Llorca, P.-M. (2004). *La schizophrénie*. <https://www.orpha.net/data/patho/FR/fr-schizo.pdf>
- Marchalot, I. (2020). Promouvoir l'activité physique : Une mission des ergothérapeutes. *Ergothérapies*, 78, 7.
- Martin, B., & Franck, N. (2013). Rétablissement et schizophrénie. *EMC - Psychiatrie*, 10, 1-9.
- Martin, M. (2001). Le cadre thérapeutique à l'épreuve de la réalité (Du cadre analytique au pacte). *Cahiers de psychologie clinique*, n° 17(2), 103-120. <https://doi.org/10.3917/cpc.017.0103>

- Martineau, S. (2007). L'éthique en recherche qualitative : Quelques pistes de réflexion. *Recherches Qualitatives, Hors Série (5)*, 70-81.
- Meyer, S. (2013). *De l'activité à la participation*. De Boeck-Solal.
- Micallef, J., Fakra, E., & Blin, O. (2006). Intérêt des antidépresseurs chez le patient schizophrène présentant un syndrome dépressif. *L'Encéphale*, 32(2), 263-269. [https://doi.org/10.1016/S0013-7006\(06\)76153-X](https://doi.org/10.1016/S0013-7006(06)76153-X)
- Mignet, G. (2016). Le Modèle de l'Occupation Humaine : S'approprier les concepts théoriques grâce aux expériences cliniques. *Ergothérapies*, 62(1), 25.
- Ministère des Solidarités et de la Santé. (2018). *PROGRAMME NATIONAL NUTRITION SANTÉ 2019-2023*. https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/pnns4_2019-2023.pdf
- Morel-Bracq, M.-C. (2017). *Les modèles conceptuels en ergothérapie : Introduction aux concepts fondamentaux* (2e éd). Deboeck supérieur.
- Mukamurera, J., Lacourse, F., & Couturier, Y. (2006). Des avancées en analyse qualitative : Pour une transparence et une systématisation des pratiques. *Recherches qualitatives*, 26(1), 110. <https://doi.org/10.7202/1085400ar>
- Mulin, E., Augustin, A., & Gruet, M. (2023). Vers une meilleure compréhension de la fatigue dans la schizophrénie. *L'Encéphale*, 49(2), 205-208. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2022.06.005>
- OMS. (2022a). *Activité physique*. Organisation mondiale de la Santé. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity>
- OMS. (2022b). *Schizophrénie*. Organisation mondiale de la Santé. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>
- Ortega, V., Bazile, F., Pontonnier, A.-L., Roblin, J., Tourtauchaux, R., Vaille-Perret, E., & Jalenques, I. (2009). Schizophrénie, vieillissement et dépression. *Annales Médico-*

psychologiques, revue psychiatrique, 167(5), 385-391.

<https://doi.org/10.1016/j.amp.2009.04.006>

Pagès, V. (2017). 9. La schizophrénie : In *Handicaps et psychopathologies : En 29 notions* (p. 89-95). Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.pages.2017.01.0089>

Prouteau, A., Grondin, O., & Swendsen, J. (2010). Qualité de vie des personnes souffrant de schizophrénie : Une étude en vie quotidienne : *Revue française des affaires sociales, 1*, 137-155. <https://doi.org/10.3917/rfas.091.0137>

Riou, G. (2016). *Ergothérapie en santé mentale : Enjeux et perspectives*. https://anfe.fr/wp-content/uploads/2020/12/Ergotherapie-en-sante-mentale_Enjeux-et-perspectives-1.pdf

Rivière, D., & Bigard, X. (2020). Prescription de l'activité physique. In *Médecine du sport : Pour le Praticien* (Elsevier Masson).

Santé publique France. (2017). *Synthèse pour les professionnels des recommandations de l'Anses de février 2016 sur l'activité physique et la sédentarité : Actualisation des repères du PNNS*. (p. 34).

Sidibe, D. (2018). Chapitre 3. Démarche méthodologique de recherche. In *Gouvernance et management des risques* (p. 163-180). EMS Editions. <https://www.cairn.info/gouvernance-et-management-des-risques--9782376871583-p-163.htm>

Toussaint, J.-F., & Nassif, H. (2012). Sédentarité et Activité Physique ou Sportive : Les enjeux. *Administration : revue de l'administration territoriale de l'Etat, 233*, 122-124.

Tréhout, M., & Dollfus, S. (2018). L'activité physique chez les patients atteints de schizophrénie : De la neurobiologie aux bénéfices cliniques. *L'Encéphale, 44(6)*, 538-547. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2018.05.005>

Université Laval. (2024a). *Modèle de l'occupation humaine*. Centre de référence du modèle de l'occupation humaine. <https://crmoh.ulaval.ca/modele-de-loccupation-humaine/>

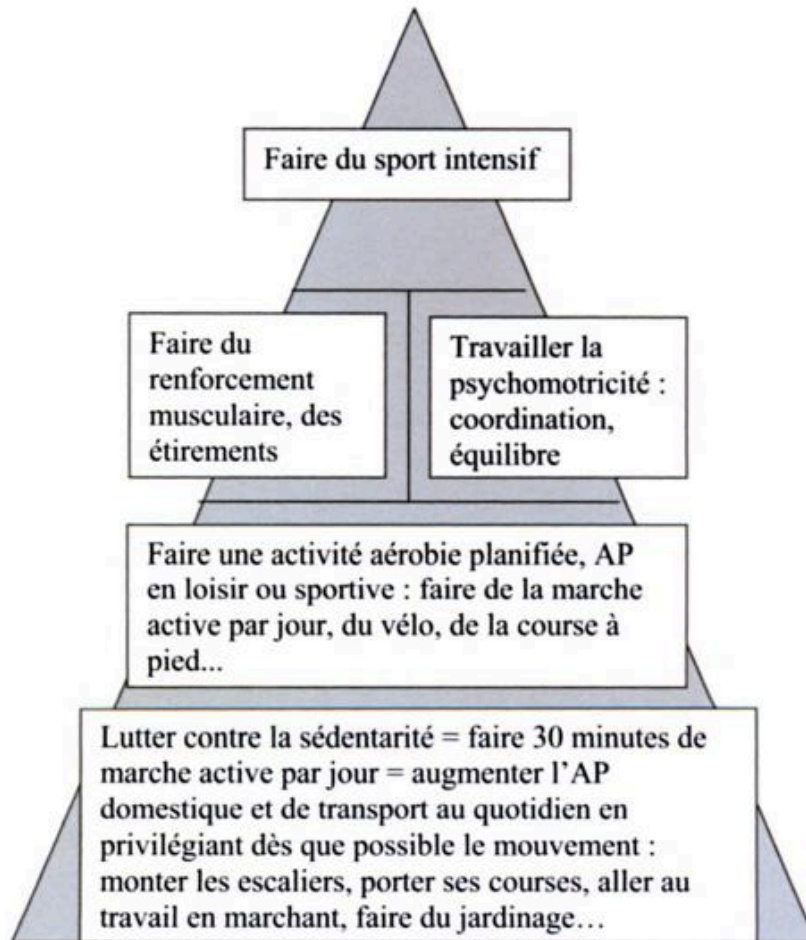
- Université Laval. (2024b). *OSA*. Centre de référence du modèle de l'occupation humaine.
<https://crmoh.ulaval.ca/outils-devaluation/osa/>
- Üstün, T. B., & Kessler, R. C. (2002). Global burden of depressive disorders: The issue of duration. *British Journal of Psychiatry*, *181*(3), 181-183.
<https://doi.org/10.1192/bjp.181.3.181>
- Vancampfort, D., De Herdt, A., De Hert, M., Sienaert, P., Wyckaert, S., & Probst, M. (2013). L'importance de la motivation autonome dans l'adoption d'un mode de vie actif par les patients schizophrènes. *Neurone*, *18*(10), 31-35.
- Vidal. (s. d.). *Les symptômes de la schizophrénie*. VIDAL.
<https://www.vidal.fr/maladies/psychisme/schizophrenie-psychose/symptomes.html>
- Vuillemin, A. (2011). Le point sur les recommandations de santé publique en matière d'activité physique. *Science & Sports*. <https://doi.org/10.1016/j.scispo.2011.06.007>

IX. Annexes

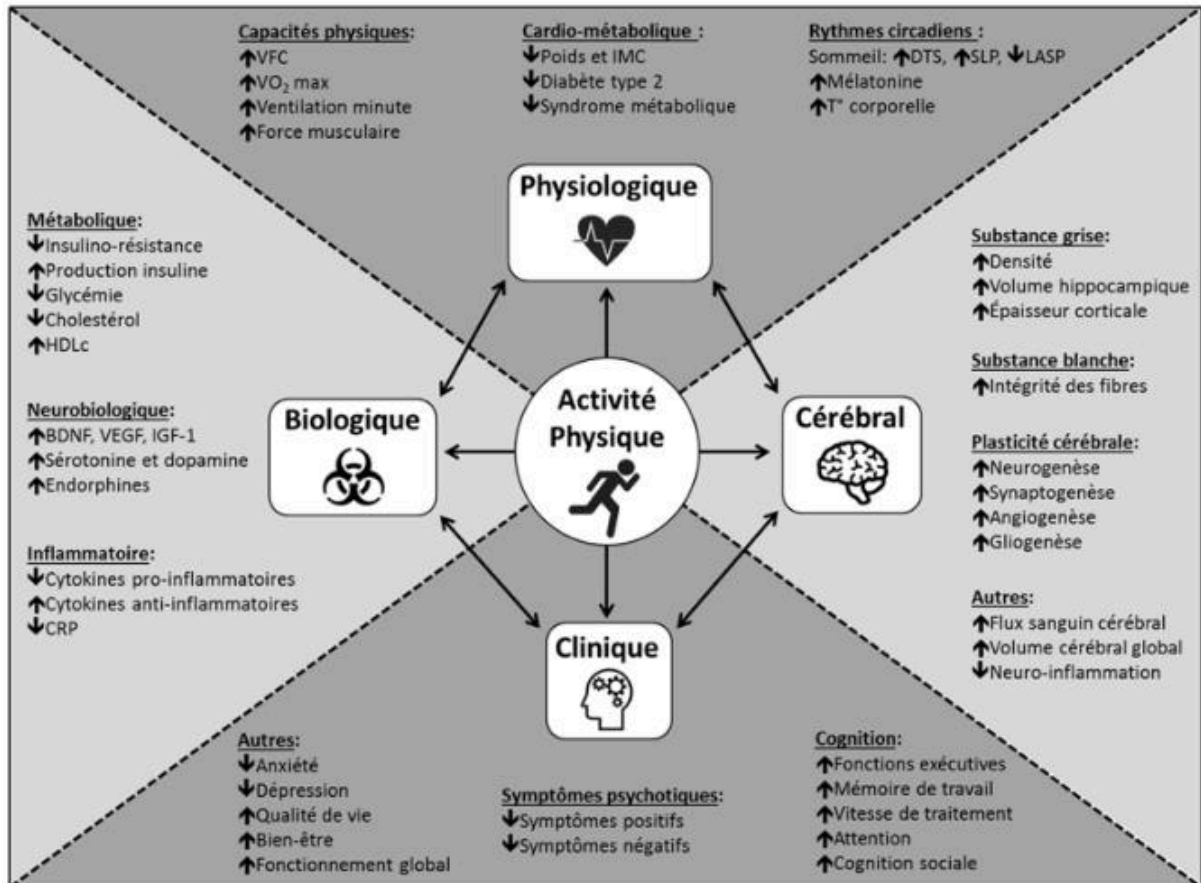
Sommaire des annexes

Annexe n°1 : Pyramide des activités physiques bénéfiques pour la santé (Depiesse et Coste, 2016).....	I
Annexe n°2 : Les mécanismes physiopathologiques de l'activité physique chez les patients atteints de schizophrénie (Tréhout et Dolfus, 2018)	II
Annexe n°3 : Le guide d'entretien	III
Annexe n°4 : Formulaire de consentement	VIII
Annexe n°5 : La grille d'analyse.....	IX

**Annexe n°1 : Pyramide des activités physiques bénéfiques pour la santé
(Depiesse et Coste, 2016)**



Annexe n°2 : Les mécanismes physiopathologiques de l'activité physique chez les patients atteints de schizophrénie (Tréhout et Dolfus, 2018)



Annexe n°3 : Le guide d'entretien

Thématiques	Questions	Critères	Indicateurs
Les données socio-démographiques de l'échantillon	Pouvez-vous vous présenter et me décrire brièvement votre parcours professionnel ?	Caractéristiques de la personne, Parcours professionnel de la personne	Année d'obtention du diplôme d'ergothérapeute, structure de travail, domaines et publics rencontrés, durée de l'expérience professionnelle
Le public cible : les personnes atteintes de schizophrénie présentant un syndrome dépressif	Quelles sont les répercussions que vous observez dans l'ensemble des sphères d'une personne souffrant de schizophrénie ?	Répercussions de la schizophrénie	Diminution de la qualité de vie, baisse de performance dans les AVQ, difficultés cognitives, perte de rôle, rapport au corps, déficit motivationnel
	Comment définissez-vous le syndrome dépressif chez les personnes atteintes de schizophrénie ?	Définition du syndrome dépressif dans la schizophrénie	Comorbidité récurrente, dus à une prise de conscience, chevauchement avec symptômes négatifs, troubles cognitifs et végétatifs
	<p><u>Définition de référence :</u></p> <p>Le syndrome dépressif est une comorbidité présentant une importante prévalence chez les personnes souffrant de schizophrénie (Ortega et al., 2009). Les symptômes dépressifs sont notamment dus à une prise de conscience de la maladie et des difficultés associées (Leblanc et Peuskens, 2009). Par ailleurs, ils apparaissent majoritairement lors en phase aiguë de la maladie et peuvent donc être rattachés aux symptômes positifs (Ortega et al., 2009).</p> <p>Il parfois compliqué de faire la distinction entre symptômes dépressifs et négatifs en lien avec la capacité d'introspection et de verbalisation du patient. Par exemple, l'émoussement des affects semble plutôt affilier aux symptômes négatifs, tandis</p>		

	<p>que la tristesse, la culpabilité et les idées suicidaires sont plus directement associées à un état de dépression (Micallef et al., 2006).</p> <p>Enfin, il est possible de qualifier un trouble de syndrome dépressif lorsque les symptômes dépressifs sont accompagnés de troubles cognitifs et végétatifs (Micallef et al., 2006).</p>		
	<p>Au vu de cette définition, quelles sont les impacts du syndrome dépressif dans la vie des personnes souffrant de schizophrénie ?</p>	<p>Répercussions du syndrome dépressif dans la schizophrénie</p>	<p>Ralentissement psychomoteur, tristesse de l'humeur (sensation de vide intérieur), répercussions somatiques, état de démoralisation, altération de la prise de décision, altération de l'estime de soi, isolement social, risque suicidaire</p>
<p>L'engagement occupationnel, selon le MOH</p>	<p>Comment définiriez-vous l'engagement occupationnel selon le MOH ?</p>	<p>Définition de l'engagement occupationnel selon le MOH</p>	<p>Source d'énergie du faire, prise de décision, frontière entre l'être et l'agir (résultante de la volition, origine de la participation occupationnelle)</p>
	<p><u>Définition de référence :</u></p> <p>L'engagement occupationnel est défini comme « le sentiment de participer, de choisir, de trouver un sens positif et de s'impliquer tout au long de la réalisation d'une activité ou d'une occupation » (Meyer, 2013).</p> <p>C'est un investissement qui peut être qualifié de durable, émotionnel, relationnel, attentionnel et physique. De plus, il est impacté par les environnements de la personne. (Meyer, 2013)</p> <p>L'engagement occupationnel fait naître chez l'individu un sentiment de plaisir, de compétence, de motivation, d'autonomie et de liberté. (Meyer, 2013)</p>		

	Comment décrieriez-vous l'engagement occupationnel des personnes atteintes de schizophrénie ?	Description de l'engagement occupationnel des personnes atteintes de schizophrénie	Prise de décision altérée, perte de motivation, de plaisir, baisse de participation dans l'ensemble des sphères de la vie quotidienne
	Dans votre pratique professionnelle, que mettez-vous en place pour susciter leur engagement occupationnel ?	Moyens thérapeutiques pour susciter l'engagement occupationnel	Soutien du changement, case-management, discours motivationnel, réhabilitation psychosocial, activités physiques, travail sur l'Être
L'activité physique et sportives comme moyen thérapeutique	Comment définiriez-vous l'activité physique et sportive ?	Définition des activités physiques et sportives	Définition de référence : « tout mouvement corporel lié à une contraction musculaire, et responsable d'une augmentation de la dépense énergétique supérieure à sa valeur de repos » (Carré et al., 2021) ; Diversité des pratiques ; Critères de description : type, durée, fréquence, intensité, volume, contexte et finalité.

	<p><u>Définition de référence :</u></p> <p>L'activité physique peut être définie comme « tout mouvement corporel lié à une contraction musculaire, et responsable d'une augmentation de la dépense énergétique supérieure à sa valeur de repos » (Carré et al., 2021).</p> <p>D'autre part, le sport implique une pratique physique conforme à un ensemble de règles communes et poursuit un objectif de performance défini (Santé publique France, 2017).</p> <p>Toute activité physique à ses spécificités et se distingue par son type, sa durée, sa fréquence, son intensité et son volume (HAS, 2022), par le contexte dans lequel elle est réalisée (Marchalot, 2020) et par sa finalité (Carré et al., 2021).</p>		
	<p>Quel est selon vous l'apport de l'ergothérapie dans la mise en place de ce type de médiation ?</p>	<p>Apport de l'ergothérapie dans les activités physiques et sportives</p>	<p>Intégration dans la vie quotidienne, analyse des facteurs personnels et environnementaux, adaptation de l'activité selon les capacités de la personne</p>
	<p>Quels sont les répercussions de l'activité physique et sportives que vous observez chez la personne souffrant de schizophrénie ?</p>	<p>Conséquences des activités physiques et sportives</p>	<p>Réduction des symptômes négatifs, lutte contre les symptômes dépressifs, amélioration du bien-être personnel, augmentation de la motivation, activité source de plaisir</p>
<p>Les activités corporelles (hypothèse 1)</p>	<p>Quels activités physiques et sportives proposez-vous pour accompagner les personnes souffrant de schizophrénie ?</p>	<p>Différents types d'activités physiques et sportives</p>	<p>Aérobique, renforcement, souplesse, équilibre, corporelles, collectives</p>

	<i>Question de relance :</i> <i>Qu'apportent les activités de type corporelle pour les personnes souffrant de schizophrénie ?</i>	<i>Conséquences des activités corporelles</i>	<i>Augmentation de l'estime de soi, amélioration de l'image corporelle</i>
La collectivité (hypothèse 2)	Comment composez-vous vos séances d'activité physique et sportive en termes d'encadrement et de nombre de personne au sein de chacune d'entre-elles ?	Nombre de thérapeute et de patient par séance	Co-animation (infirmier, APA, ou autre), place des thérapeute, collectif ou individuel
	<i>Question de relance :</i> <i>Qu'apporte le groupe pour les personnes atteintes de schizophrénie ?</i>	<i>Conséquences de la mise en place d'activités collectives</i>	<i>Paire-émulation, favorise la construction de liens sociaux, lutte contre l'isolement social, considération de l'autre</i>
La régularité structurelle des séances en activité physique (hypothèse 3)	Comment organisez-vous le cadre de vos séances d'activité physique et sportive ?	Structuration des séances	Découpage des séances en cinq temps : prise en main, mise en train, corps de la séance, retour au calme, bilan Co-animation, fréquence, objectifs, collectif ou individuel, environnements
	Quels sont les éléments du cadre thérapeutique que vous identifiez comme leviers pour les personnes souffrant de schizophrénie ?	Atouts du cadre thérapeutique	Régularité = repère pour les patients, favorise la prise de décision par les patients (acteur)

Annexe n°4 : Formulaire de consentement

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT LIBRE ET ECLAIRE

Je certifie donner mon accord pour participer à l'étude portant sur l'activité physique vectrice de l'engagement occupationnel des personnes atteintes de schizophrénie. Je certifie avoir été informé des objectifs de l'étude. J'ai conscience que je peux décider à tout moment de quitter l'étude sans avoir à me justifier.

Au cours de cette étude, j'accepte que soit réalisé un enregistrement audio de l'entretien. Cet enregistrement est uniquement destiné à l'étude et les données seront anonymisées. Mon identité n'apparaîtra donc dans aucun document résultant de cette étude. Les enregistrements seront détruits à la fin de l'étude.

Je certifie avoir compris les objectifs de l'étude et son déroulement. J'ai eu l'occasion de poser toutes les questions nécessaires et j'ai obtenu des réponses satisfaisantes.

Je soussigné(e) Mr ou Mme....., choisis librement et volontairement de participer à un entretien clinique dans le cadre du mémoire d'initiation à la recherche portant sur le thème suivant : l'activité physique vectrice de l'engagement occupationnel des personnes atteintes de schizophrénie.

Fait à

Le

Signature

Annexe n°5 : La grille d'analyse

Thématiques	Indicateurs	E1	E2	E3	E4
Les données socio-démographiques de l'échantillon	Année d'obtention du diplôme d'ergothérapeute, structure de travail, domaines et publics rencontrés, durée de l'expérience professionnelle	« J'ai été diplômée d'État en juin 2022, et depuis juillet 2022 je travaille dans un hôpital de jour pour adultes handicapés. » « On reçoit majoritairement un public schizophrène ou bipolaire, et il peut y avoir de la dépression, mais majoritairement ce sont des schizophrènes. »	« Ça fera 4 ans que je suis diplômée au mois de juillet et ça fait 4 ans que je suis sur ce poste, donc mon parcours pro c'est essentiellement hôpital de jour psychiatrique avec des adultes. »	« Je suis diplômée depuis 2015 et je travaille en psychiatrie depuis que je suis diplômée, dans différents établissements et depuis 2021 dans une unité spécifique pour les psychoses résistantes aux traitements. J'ai été formée en 2021 au MOH, je donne des cours depuis de nombreuses années sur différents thèmes. Et depuis cette année, je	« Je suis ergothérapeute, diplômée en France depuis 2010, donc ça fait maintenant presque 14 ans que je travaille en psychiatrie dans un centre hospitalier. » « J'ai fait plusieurs services dans ce centre hospitalier : des unités d'intra hospitalier, des appartements thérapeutiques, un hôpital de jour. Et là, actuellement, mon poste il est réparti entre deux unités d'intra hospitalier et un CMP

				<p>donne des formations sur le MOH. »</p>	<p>(Centre Médico-Psychologique) / CATTP (Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel). » « Au CMP, on a des patients schizophrènes mais on a aussi une proportion beaucoup plus importante de troubles de l'humeur, de troubles anxieux par rapport à l'hôpital de jour où je travaillais avant, où il y avait peut-être 80-90 % des patients qui souffraient de schizophrénie. »</p>
	<p>Diminution de la qualité de vie,</p>	<p>« Principalement on a des patients qui sont</p>	<p>« Il peut vraiment y avoir des répercussions</p>	<p>« C'est sur tous les champs du quotidien</p>	<p>« La schizophrénie ça touche un peu tous les</p>

<p>Le public cible : les personnes atteintes de schizophrénie présentant un syndrome dépressif</p>	<p>baisse de performance dans les AVQ, difficultés cognitives, perte de rôle, rapport au corps, déficit motivationnel</p> <p>Comorbidité récurrente, dus à une prise de conscience, chevauchement avec symptômes négatifs</p> <p>Ralentissement psychomoteur, tristesse de l'humeur (sensation de vide intérieur),</p>	<p>désorganisés, avec des répercussions sur le quotidien. Ça va être l'oubli de rendez-vous, l'oubli de la prise des médicaments où il y a parfois besoin d'adaptations vis-à-vis de ça. » « Il y a tout un versant sur les habiletés sociales. »</p> <p>« Toutes ces choses-là qui sont autour des règles de base en société, c'est parfois très compliqué pour eux. » « Après il faut aussi savoir que l'HDJ dans lequel je me trouve est dans un quartier qui est plus</p>	<p>dans tous les domaines » « sur le plan social, familial, amical » « tout ce qui est professionnel »</p> <p>« pour se maintenir dans le monde du travail » « pour se projeter dans une formation ou une reprise professionnelle »</p> <p>« tout ce qui est sur le plan du logement »</p> <p>« tout ce qui est routine quotidienne »</p> <p>« parfois pauvres en stimulation ou difficilement structurées » « plaintes aussi des personnes</p>	<p>que ça peut ressortir »</p> <p>« en fonction de chaque patient les problématiques ne vont pas être révélées de la même façon dans le quotidien » « ils ne vont pas avoir les mêmes habiletés, le même environnement »</p> <p>« difficulté à prendre un transport en commun parce qu'ils ont une anxiété forte, mais ça peut aussi être parce qu'ils ont des difficultés à explorer l'environnement » « on peut avoir une même difficulté que se révèle</p>	<p>domaines de la vie quotidienne de la personne au niveau très pragmatique au quotidien pour s'organiser, entretenir son logement, organiser ses repas, son alimentation, prendre soin de soi, de son hygiène » « tous les patients ne vont pas être invalidés sur les mêmes domaines, ça dépend vraiment du fonctionnement de chacun et des symptômes qu'ils présentent, de leur parcours » « ça peut être aussi un impact au</p>
--	--	---	---	---	---

<p>répercussions somatiques, état de démoralisation, altération de la prise de décision, altération de l'estime de soi, isolement social, risque suicidaire</p>	<p>défavorisé pour les patients. Du coup, le manque d'éducation est parfois aussi un frein en plus des symptômes de la schizophrénie. » « On a aussi parfois les troubles cognitifs qui sont là. » « C'est parfois aussi difficile d'aller faire les courses parce que faire des choix c'est compliqué. » « La fatigabilité aussi parce que c'est dur de marcher 20 minutes par exemple. » « Pour moi c'est quelque chose qui va être en plus de la</p>	<p>pour arriver à initier et à faire des choses au quotidien » « il y a aussi au niveau des loisirs » « arriver à s'engager dans des activités plaisirs » « au niveau sentimental » « au moment où mon accompagnement prend vraiment place » « pas trop dans la phase aiguë » « Je vais plutôt essayer de faire avec les symptômes négatifs » « soit repli sur soi, soit perte d'envie, pragmatisme (des difficultés à initier) » « les symptômes de</p>	<p>mais la raison ne va pas forcément être la même pour chacun » « on va essayer d'aller identifier quelle est la cause pour chaque patient » « pour diminuer la difficulté ou pour adapter » « dans toutes les activités que ce soit dans les soins personnels, dans les activités de vie quotidienne, dans les loisirs ou sur le plan du travail et de l'insertion professionnelle » « quelque chose en plus qui se surajoute et pas pour tous les</p>	<p>niveau de la vie relationnelle, que ce soit les relations familiales, amicales, avec très fréquemment un isolement ou des relations qui sont dysfonctionnelles » « Ça peut être aussi des difficultés au niveau de la vie professionnelle ou scolaire » « il y a beaucoup de patients qui décompensent soit pendant leurs études, soit au moment où ils construisent leur vie professionnelle » « après ça peut être compliqué de</p>
---	---	--	--	--

		<p>schizophrénie. » « Ça dépend de quel type de schizophrénie va être atteint la personne, parce qu'il y en a qui vont être plutôt up et d'autres qui vont être plus down et là on peut peut-être parler de la dépression que ça va impliquer. » « les symptômes négatifs ils sont souvent confondus avec le syndrome dépressif » « Ils sont parfois diagnostiqués et traités pour le syndrome dépressif mais parfois non » « Manque d'envie, difficultés à</p>	<p>dissociation » « aider à organiser le quotidien » « c'est en plus de la schizophrénie » « syndrome dépressif c'est ce qui s'apparente aux symptômes négatifs » « des choses en moins dans leur quotidien » « difficultés à faire des choses » « apragmatisme, anhédonie, émoussement affectif, repli sur soi, ... » « ce que je retrouve le plus ça peut être une tristesse de l'humeur, quand ils le verbalisent</p>	<p>patients » « il peut y avoir des problématiques au niveau de l'humeur au niveau de la volition, il peut y avoir une hyporexie, une fatigabilité plus importante » « Après on ne va pas forcément le traiter de la même façon aussi » « nous on va pas traiter forcément la dépression mais plutôt les conséquences fonctionnelles » « les raisons ne vont pas forcément être les mêmes justement s'il y a une dépression en</p>	<p>construire un projet » « Ça peut être aussi des difficultés à suivre leurs soins psychiatriques, mais aussi somatiques » « pour moi ce n'est pas quelque chose qui est forcément lié à la schizophrénie, c'est-à-dire qu'il n'y a pas d'éléments dépressifs intrinsèquement dans la schizophrénie » « les personnes qui souffrent de schizophrénie peuvent déclarer en plus un syndrome dépressif » « il est assez sous</p>
--	--	---	--	--	--

		<p>initier les tâches »</p> <p>« Pour moi ce qui est le plus marquant c'est vraiment le défaut d'initiation et c'est ce que j'essaye de travailler le plus en ergothérapie. » « tout ce qui touche aux émotions aussi »</p> <p>« Poursuivre aussi, ils vont parfois faire quelque chose une fois et ensuite ça va être dur de reproduire ça dans le temps » « ça peut toucher toutes les sphères du quotidien pour moi et donc avoir un impact sur leur engagement dans leurs</p>	<p>c'est pas forcément en lien direct avec leur pathologie mais plutôt quand ils ont conscience de la difficulté qu'ils ont à faire des choses ou le temps que ça leur prend par rapport à avant l'entrée dans la maladie »</p>	<p>plus de la schizophrénie que s'il n'y a que les symptômes négatifs ou autres » « ils ont une espérance de vie plus limitée due à des difficultés sur le plan un cardio-respiratoire à cause de la sédentarité et des choses comme ça » « c'est vraiment une difficulté majeure et c'est en plus du poids des médicaments et des effets secondaires des médicaments qui vont aussi altérer voire limiter l'espérance de vie à cause de toutes</p>	<p>diagnostiqué et sous-traité parce que les symptômes peuvent être mis sur le compte de la schizophrénie » « quand on parle de répercussions, c'est quelque chose qui est multifactoriel, qui dépend de la pathologie, qui dépend de la motivation de la personne, de ses centres d'intérêt, de son environnement, de ce qui est important pour elle ... » « Si on différencie les patients schizophrènes des patients schizo-</p>
--	--	---	---	---	---

		activités de la vie quotidienne »		les répercussions sur le corps et sur les aspects somatiques »	affectifs, c'est vrai qu'on a aussi cette pathologie-là qui est à mi-chemin entre la schizophrénie et les troubles de l'humeur et dans laquelle on va pouvoir retrouver des éléments dépressifs » « Chez les patients qui seraient schizophrènes purs avec une dépression associée » « on peut retrouver les mêmes symptômes que dans la dépression : tout ce qui va être tristesse, manque d'envie... »
	Source d'énergie du faire, prise de	« Pour moi l'engagement	« l'engagement occupationnel c'est la	« Suivant le MOH on ne parle pas	« le terme d'engagement

<p>L'engagement occupationnel, selon le MOH</p>	<p>décision, frontière entre l'être et l'agir (résultante de la volition, origine de la participation occupationnelle)</p> <p>Prise de décision altérer, perte de motivation, de plaisir, baisse de participation dans l'ensemble des sphères de la vie quotidienne</p> <p>Soutien du changement, case-management, discours motivationnel,</p>	<p>occupationnel c'est toute forme d'implication dans les occupations que la personne peut réaliser dans son quotidien. »</p> <p>« Je fais un différentiel entre engagement et performance » « tant que la personne réalise même à minima ses occupations, pour moi c'est une forme d'engagement »</p> <p>« chaque activité est un parallèle entre l'environnement dans lequel on la fait et la personne elle qui s'engage » « Au milieu des trois » « Ça dépend</p>	<p>capacité de la personne à s'investir dans une activité, dans une occupation » « je parle plus de participation occupationnelle »</p> <p>« engagement effectif dans une activité »</p> <p>« les deux sont très en lien » « ça va plutôt dépendre à la fois de la symptomatologie et à la fois aussi des projets de la personne et de ses envies » « la plus grosse difficulté c'est quand les personnes ont soit une perte d'espoir envers l'avenir, soit une perte d'envie » « ce qu'on</p>	<p>d'engagement, on parle de participation occupationnelle » « Ça va être comment le patient va participer à des occupations dans son quotidien » « Dans l'engagement il y a la partie volitionnelle, ce qui pousse à aller chercher cette occupation mais il y a aussi le réaliser, donc il y a aussi l'Agir dans le MOH » « la problématique c'est aussi que moi je les vois en hospitalisation, ce qui ne va pas être la même chose que si on les voit en ambulatoire</p>	<p>occupationnel est pas vraiment utilisé dans le MOH » « l'engagement occupationnel je dirais que c'est la capacité d'une personne à s'engager, à mettre en œuvre, à s'investir dans les activités, les occupations qui sont importantes pour elle ou dans les occupations qu'elle doit faire, les exigences occupationnelles de ses rôles ou de son environnement » « tout ce qui va être symptômes négatifs, il va y avoir des</p>
--	--	--	--	--	---

	<p>réhabilitation psychosocial, activités physiques, travail sur l'Être</p>	<p>vraiment de la répercussion et des symptômes qui ont le plus de répercussion sur leur vie quotidienne » « pour certaines personnes l'engagement ne va pas être impacté ou très peu » « pour d'autres personnes dont les répercussions des symptômes négatifs sont au premier plan, on va dire que là l'engagement est beaucoup plus compliqué » « replis sur soi, le fait de refuser un accompagnement, de</p>	<p>essaye de travailler aussi sur l'hôpital de jour c'est de favoriser justement cet engagement ou qu'ils puissent le retrouver un petit peu » « je leur demande de me décrire leur routine quotidienne » « l'engagement quand c'est très pauvre, il n'y a pas grand-chose » « je vois que c'est diminué parce que le fait de passer à l'acte il n'y ait pas » « Des fois ils ont envie et ce qui va bloquer la participation occupationnelle c'est</p>	<p>dans leur milieu de vie » « l'engagement il est limité aussi et principalement par les limitations de l'environnement occupationnel » « Il y a une privation occupationnelle » « ils n'ont pas forcément accès » « l'engagement il va être limité à la fois par les problématiques volitionnelles, donc des patients qui n'ont pas beaucoup de centres d'intérêts ou qu'ils n'arrivent pas forcément à identifier » « au niveau</p>	<p>difficultés à discuter, à prendre des initiatives, à avoir des envies, à initier les choses et ça va forcément impacter la capacité que la personne a à s'engager dans les activités qui sont importantes pour elles » « les symptômes positifs et les symptômes de désorganisation peuvent aussi empêcher les personnes de s'engager dans leurs activités » « permettre l'engagement occupationnel c'est un peu le cœur de notre</p>
--	---	---	---	--	--

		<p>mettre en échec l'accompagnement ou les séances proposées, ne pas venir aux séances, ... » « des entretiens motivationnels que je peux réaliser en collaboration avec mes collègues infirmiers ou ergothérapeutes » « aller chercher les points d'intérêts pour les patients » « leur expliquer pourquoi pour eux ça peut être intéressant et quels sont les bénéfices qu'ils peuvent en tirer » « faire le lien entre les choses ça peut être</p>	<p>qu'ils ne savent pas forcément comment s'y prendre et pour moi c'est donc que l'engagement est diminué » « pour que l'engagement soit favorisé je vais essayer de travailler à la fois sur la volition et sur l'habitude » « sur l'habitude, ça va être de les aider à prendre conscience soit de leurs rôles effectifs ou en tout cas des rôles où ils pourraient s'engager » « par rapport à la volition, une fois que les valeurs sont identifiées et que</p>	<p>du sentiment de compétence, certains patients vont avoir un sentiment de compétence altéré » « ils ne vont pas se sentir capable de, ils ne vont pas aller s'engager dans ces activités » « des fois, au contraire, ils ne vont pas avoir conscience de leurs limites et ils vont vouloir s'engager quitte à se mettre en danger » « on a l'habitude, en fait les routines de vie qui sont complètement déséquilibrés et qui ne vont pas permettre que</p>	<p>métier d'ergothérapeute » « C'est accompagner la personne pour qu'elle puisse mettre en œuvre les activités qui sont importantes pour elle » « en psychiatrie, cet engagement occupationnel est quand même le cœur des difficultés » « souvent les personnes ont les capacités cognitives, motrices, relationnelles pour mettre en place les activités mais c'est vraiment cette notion d'engagement avec toute la sphère</p>
--	--	---	---	---	--

		<p>aussi compliqué à établir pour eux »</p>	<p>les centres d'intérêts sont identifiés, et une fois que la personne elle a quand même un peu conscience de ses difficultés ou non, de ses forces surtout, on va pouvoir s'appuyer sur ça pour favoriser l'engagement » « les remettre en activité » « leur faire découvrir de nouvelles choses » « les aider à structurer leur quotidien »</p>	<p>le patient il est un cadre structuré dans sa journée et qui lui permette de faire des choses quand il est tout seul au domicile » « palier pour le coup par l'environnement de l'hospitalisation » « sur le plan de la volition, on va aller voir déjà ce qui pêche » « en fait quand on s'y penche avec eux, finalement ils se rendent compte qu'ils peuvent avoir des intérêts pour certaines choses » « On peut aussi essayer de créer des routines, des choses régulières</p>	<p>volitionnel qui va être impacté et qui va mettre les personnes en difficulté » « je dirais que la première étape, ça va être une étape de diagnostic, de compréhension, d'évaluation qui va permettre de mieux comprendre le fonctionnement de la personne, de mieux comprendre tous ces éléments de la volition, ses centres d'intérêt, ses déterminants personnels... » « pour que le patient est une meilleure compréhension de ses</p>
--	--	---	---	--	---

				<p>pour structurer la journée et donc se dire qu'il y a un emploi du temps. Ce qui va favoriser pour eux vraiment la structure et du coup l'engagement puisque la désorganisation peut être massive chez certains patients »</p> <p>« On peut aussi travailler sur les habiletés « s'ils ne se sentent pas en capacité de faire quelque chose, on va essayer de travailler ça pour les améliorer et qu'ils arrivent à s'engager plus facilement par la</p>	<p>ressources, de ses appuis, pour qu'il puisse mieux s'engager dans ses occupations »</p> <p>« Dans cette étape on va retrouver la définition d'un projet, des objectifs »</p> <p>« ensuite, il va y avoir un accompagnement par rapport à ça, que ce soit un accompagnement individuel de soutien ou un accompagnement au travers des médiations de groupe » « pour soutenir un peu cet engagement et ces éléments volitionnel »</p>
--	--	--	--	--	--

				suite » « on peut aussi travailler sur l'environnement »	
L'activité physique et sportives comme moyen thérapeutique	Définition de référence : « tout mouvement corporel lié à une contraction musculaire, et responsable d'une augmentation de la dépense énergétique supérieure à sa valeur de repos » (Carré et al., 2021) Diversité des pratiques Critères de description : type, durée, fréquence,	« l'activité physique, sans qu'elle soit sportive c'est quelque chose qui va nous faire dépenser de l'énergie » « ce qui nous met en mouvement » « l'activité sportive est une activité qui est plus voulue » « demande un engagement encore plus fort » « tout le cadre que l'ergothérapie va apporter » « l'environnement dans lequel on est, les règles	« l'activité physique c'est juste le fait de se mettre en mouvement et de réaliser des choses » « dans la pratique sportive il y a une autre connotation » « soit de prise de plaisir soit de loisirs » « dans les médiations de groupe, en tant qu'ergothérapeute, on va pouvoir apporter ce cadre thérapeutique avec des objectifs bien particuliers » « on peut apporter cette vision	« l'activité physique c'est tout ce qui va mettre en jeu le corps » « la définition de l'activité sportive, il y en a plein de différentes » « il y en a qui mettent l'activité sportive sur le thème de la compétition » « l'activité sportive elle est incluse dans l'activité physique » « Nous on va avoir déjà une analyse de l'activité physique en fait dans notre champ de	« Je dirais que l'activité physique, ce sont toutes les activités, les occupations qui permettent de mettre en mouvement le corps de la personne avec des intensités différentes » « l'activité sportive, c'est une activité où il y a des règles, qui peut se faire en compétition » « Tous ces éléments autour de l'engagement occupationnel et de la volition c'est des

<p>intensité, volume, contexte et finalité.</p> <p>Intégration dans la vie quotidienne, analyse des facteurs personnels et environnementaux, adaptation de l'activité selon les capacités de la personne</p> <p>Réduction des symptômes négatifs, lutte contre les symptômes dépressifs, amélioration du</p>	<p>explicites et implicites que l'on impose, le matériel que l'on utilise, les adaptations que l'on peut proposer » « le cadre de l'activité qui n'est parfois pas le même si c'est un infirmier ou un autre professionnel de santé qui va le mettre en place » « un ergothérapeute va pouvoir plus facilement adapter son cadre » « pour les personnes qui peuvent être en difficulté » « amélioration des capacités physiques » « augmenter un</p>	<p>un peu fonctionnelle de l'ergo avec quels objectifs on va pouvoir travailler avec la personne » « sur mes accompagnements individuels je vais plutôt être sur de la sensibilisation à l'accompagnement physique » « des accompagnements plutôt sur l'extérieur pour les personnes qui souhaitent reprendre une activité physique et ou sportive » « les aider soit à entamer les démarches soit à les réorienter vers les bons professionnels » « déjà</p>	<p>compétence de d'analyse d'activité où on va pouvoir analyser vraiment tout ce qui va être en jeu dans l'activité physique » « facilité pour l'adapter aux compétences et aux capacités du patient ce qui va faciliter peut-être son engagement parce que du coup ça va être un juste défi » « essayer de développer un peu ces capacités mais qui va pas le mettre en échec » « vu qu'on évalue aussi ses capacités, ses forces et faiblesses » « on a le</p>	<p>choses qui vont être vraiment propres à notre vision d'ergothérapeute » « si les autres personnels en prennent compte, c'est de façon beaucoup plus succincte et superficielle » « je trouve que vraiment la collaboration avec un éducateur APA qui va avoir une vision beaucoup plus fine de l'activité physique, des capacités physiques de la personne, de comment adapter l'activité, des ressources aussi en</p>
--	--	---	--	---

	<p>bien-être personnel, augmentation de la motivation, activité source de plaisir</p>	<p>périmètre de marche » « Amélioration de l'estime de soi » « une des plus grosses répercussions que j'ai pu observer » « de la confiance en soi aussi » « implique beaucoup d'autres choses sur les répercussions que l'on pouvait avoir sur le quotidien » « On se fait plus confiance et du coup tout ça rentre dans une boucle de choses positives » « meilleure gestion de la frustration » « respecter des règles dans un cadre de jeu</p>	<p>ça permet quand même de les valoriser et de montrer qu'il y a encore des compétences et qu'ils sont capables de faire tout simplement » « ce qui est pragmatisme aussi on favorise quand même énormément » « il y a des consignes précises » « on les force à se mettre en mouvement tout simplement » « on a quand même des retours d'avant monter les 2 étages c'était compliqué maintenant c'est mieux » « du</p>	<p>côté volitionnel, très global de l'environnement et tout ça qui va nous permettre de faciliter l'engagement parce qu'on va aussi pouvoir essayer de travailler sur l'environnement, sur l'accessibilité » « Finalement quand le patient il va sortir, dans quel club il va pouvoir aller, est-ce qu'il est capable de prendre les transports justement comme on le disait au début pour se rendre à l'activité physique » « juste proposer des activités</p>	<p>termes de club dans la cité par exemple, ça peut être très complémentaire de nous » « on a une connaissance plus fine de cet aspect d'engagement occupationnel et une connaissance plus fine aussi des routines de la personne, des rôles, de son fonctionnement » « si on veut permettre à la personne de s'investir de façon autonome dans une activité physique, dans un club ou quelque chose comme ça pour pouvoir trouver ce qui</p>
--	---	---	---	---	---

		<p>c'est plus facile que de respecter des règles en dehors du jeu » « le parallèle entre le jeu et plus le jeu, respecter les règles devient ça plus facile »</p>	<p>moment où eux ils perçoivent une différence sur leur quotidien c'est que ça leur apporte quand même quelque chose »</p>	<p>physiques ça va leur permettre de limiter cette sédentarité, de reprendre une activité physique et d'essayer d'améliorer un peu l'hygiène de vie du patient » « ça va avoir aussi un effet, comme tout à chacun, sur le moral aussi avec la décharge d'hormones » « on peut aussi travailler sur certaines habiletés motrices et opératoire grâce à l'activité physique » « On peut l'utiliser à la fois comme une activité thérapeutique mais</p>	<p>pourrait vraiment correspondre à ce fonctionnement réel » « je fais de l'activité en groupe principalement » « Donc il y a tout le côté sur les habiletés sociales donc le fait d'être en groupe, d'échanger avec les autres » « Il y a tout le côté aussi au niveau des habiletés motrices parce que finalement c'est aussi mettre son corps en mouvement, retrouver un peu d'endurance, ... » « retrouver des centres d'intérêts, retrouver des</p>
--	--	---	--	---	--

				<p>aussi comme un but en soi pour que le patient reprenne une hygiène de vie et une activité régulière »</p>	<p>occupations qui sont importantes pour nous » « ça peut être une première étape pour ensuite s'inscrire dans un club de sport à l'extérieur ou avoir une activité physique en autonomie » « ça peut avoir un impact un peu dynamisant, c'est-à-dire que la personne va sortir un peu de son quotidien, qui peut être sédentaire, qui peut être replié au domicile, pour aller vers l'extérieur se mettre en activité » « Ça peut être valorisant dans le fait qu'elle se sente</p>
--	--	--	--	--	--

					capable à nouveau de faire des choses »
Les activités corporelles (hypothèse 1)	<p>Aérobique, renforcement, souplesse, équilibre, corporelles, collectives</p> <p>Augmentation de l'estime de soi, amélioration de l'image corporelle</p>	<p>« un atelier qu'on appelle multisport »</p> <p>« du foot ou du basket ou parfois du badminton » « une fois par semaine dans un city stade » « on sort de l'environnement de l'hôpital » « permet de plus se libérer »</p> <p>« séances en intérieur avec plutôt des circuits training » « chacun avait un atelier, on reste pendant 30 secondes à 1 minute sur chaque atelier et on tourne » « émulation de groupe, tout le</p>	<p>« j'ai fait renforcement musculaire, j'ai fait danse et j'ai fait sport collectif » « la danse on est surtout sur l'estime de soi, la revalorisation et aussi prendre conscience de son corps » « pour les personnes qui ont une altération du schéma corporel » « en lien avec l'estime de soi mais je dirais la confiance en soi »</p> <p>« faire un travail sur les émotions, sur le ressenti »</p> <p>« renforcement</p>	<p>« j'en propose mais j'adapte aussi beaucoup aux patients » « Dans notre service on a la chance d'avoir une petite salle de sport, où on a un vélo d'appartement, un tapis de marche, des rameurs, des bancs de musculation, ... »</p> <p>« c'est pas toujours moi qui fait l'activité physique avec le patient mais c'est une démarche où je vais essayer de travailler avec le patient pour voir ses motivations »</p>	<p>« on fait avec ce qu'on a, c'est-à-dire que je fais en fonction des salles qui sont prêtées par la mairie, je fais en fonction du matériel que j'ai, je fais en fonction des capacités physiques des patients aussi » « on faisait du ping-pong » « je trouve que c'est un sport où on joue avec l'autre mais il y a quand même une distance physique qui est mise par la table » « Il y a un échange mais il n'y a pas besoin d'une</p>

		<p>monde s'entraidait » « groupe de gym adaptée » « une semaine sur deux dans un club de gym où il y a un APA » « l'autre semaine où on a pas ces séances, c'est moi qui mène les séances » « séances de renforcement, pilate, relaxe » « activités de type corporelle » « avec les patients qui ont un psyché qui est accéléré » « leur permettre de ralentir ça » « rester allongé ou assis à la pénombre et dans un endroit calme c'est dur » « à la fin ils</p>	<p>musculaire on est plutôt sur un petit peu plus de plaisir » « surtout les symptômes négatifs et encore le schéma corporel » « le sport collectif ça apporte une autre dimension parce que ce sont des sports d'équipe donc c'est en groupes » « plus d'interactions » « à la fois pour le repli sur soi, à la fois pour l'apragmatisme » « je fais une médiation qui s'appelle "évadons-nous" où on va sur l'extérieur » « on privilégie la marche</p>	<p>« On va essayer de créer un planning par exemple ou des objectifs qu'il va réaliser mais pas forcément avec moi » « je fais toutes les semaines une activité de marche » « aussi on a un éducateur sportif dans l'hôpital » « c'est souvent moi qui vais d'orienter les patients vers l'éducateur sportif en fonction du bilan que j'ai fait, en fonction de ce qu'il aime, des objectifs » « aussi, j'encadre des étudiants STAPS dans</p>	<p>grande collaboration contrairement à des sports collectifs » « ensuite, on a fait du badminton » « une activité avec des composantes similaires. On joue avec l'autre mais on est séparés chacun avec un espace différent » « c'est intéressant parce qu'en badminton on peut plus facilement jouer en double donc ça permet de faire entrer un peu la collaboration » « on fait une activité de remise en forme » « avec un temps</p>
--	--	--	---	--	---

		<p>nous disent « ah oui c'est cool j'arrive à me calmer j'ai plus besoin de bouger dans tous les sens, j'arrive à m'apaiser plus vite » » « pour les autres patients, on va dire que ça les détend » « pensent à eux peut être avant de penser à la maladie » « des musiques apaisantes ou parfois des méditations guidées »</p>	<p>plutôt que le bus » « on essaye de leur montrer des activités qui sont très variées » « leur montrer qu'ils peuvent prendre du plaisir en se mettant quand même en action »</p>	<p>mon service, et donc je leur donne la mission de travailler telle chose avec tel patient » « Une activité corporelle qui relie le corps et l'esprit » « y a pas que les activités yoga et tout ça, dans une activité physique on peut aussi faire fonctionner les 2 » « je pense pas qu'elles vont apporter plus ou moins aux patients » « je vais plus proposer en fonction des intérêts du patient » « Le yoga on peut aussi dire qu'il y a un aspect de relaxation » « si</p>	<p>d'échauffement (articulaire et cardio), ensuite un temps de renforcement musculaire et ensuite un temps d'étirements et de relaxation à la fin » « Un lien entre le corps et l'esprit » « ça peut apporter une détente, ça peut apporter aussi le fait de se reconnecter avec ses sensations corporelles qui peuvent être altérées soit par les symptômes (symptômes délirants notamment) mais aussi par rapport aux traitements » « Ça peut</p>
--	--	--	--	---	---

				<p>vraiment il y a quelque chose qui m'intéresse dans cette activité je sais que je vais pouvoir le travailler autrement, je vais chercher une autre façon de travailler si besoin »</p>	<p>aussi avoir un effet sur le fait de prendre conscience de l'entièreté de son corps, une sorte de cohésion du corps pour tout ce qui va être angoisse de morcellement... »</p> <p>« finalement la relaxation, le yoga c'est aussi des activités, si on parle sur le plan occupationnel, qui sont assez valorisés dans notre société actuellement et qui peuvent devenir des activités de loisirs, ou des activités professionnelle »</p>
--	--	--	--	--	--

<p>La collectivité (hypothèse 2)</p>	<p>Co-animation (infirmier, APA, ou autre), place des thérapeute, collectif ou individuel</p> <p>Paire-émulation, favorise la construction de liens sociaux, lutte contre l'isolement social, considération de l'autre</p>	<p>« Pour les séances de multisport comme on va à l'extérieur je suis toujours accompagné d'un collègue que ce soit ergothérapeute ou infirmier » « groupes qui ne dépassent pas 10 personnes » « gérer des patients qui parfois sont difficiles à canaliser, qui veulent sortir du cadre, donc dépasser les règles imposer, il faut quelqu'un pour les ramener » « j'aime bien avoir un collègue masculin avec moi » « des patients qui sont plus facilement</p>	<p>« c'est toujours deux thérapeutes » « on essaie quand même de mélanger les corps de métier parce que on a pas la même vision et que ça va apporter quelque chose » « c'est toujours les mêmes normalement qui doivent encadrer la médiation parce que ça fait partie du cadre thérapeutique » « au niveau du nombre de patient » « sur l'extérieur souvent on en prend un peu moins, quand on en a 4 ou 5 ou 6, c'est déjà beaucoup » « quand on</p>	<p>« la marche je la propose toutes les semaines de façon collective, mais en fait je peux m'adapter et la proposer de façon individuelle aussi » « si je sais que le patient il ne va pas être en capacité de suivre tout le groupe, en fait je le fais aussi en individuel au besoin » « je fais pas forcément toujours les séances justement, je vais les organiser, je vais en parler aux patients, on va mettre en place des choses mais c'est pas toujours moi qui fait la</p>	<p>« Idéalement, dans mon groupe de sport idéal j'ai un éducateur APA avec moi » « ça manque à ma pratique et je pense que ça apporterait des choses que moi je ne pourrais pas ou que je fais moins bien et notamment au niveau de l'adaptation, de l'animation, de l'activité physique en tant que telle » « je mène le groupe seule » « je fais de l'activité en groupe principalement » « Donc il y a tout le</p>
---	--	---	---	--	---

		<p>canalisable par des hommes » « la plupart des patients sont plus vieux que moi » « plus simple d'avoir quelqu'un de plus âgé avec soi » « nombre pair pour pouvoir jouer dans des équipes similaires sinon soit mon collègue soit moi on s'inscrit dans le groupe avec eux »</p> <p>« Dans l'atelier de gym adaptée on va être sur un groupe plus restreint » « 4 patients maximum »</p> <p>« développe aussi les habiletés sociales »</p> <p>« ateliers en groupe »</p>	<p>reste sur l'hôpital de jour, je dirais entre 6 et 8 »</p> <p>« le sport collectif ça apporte une autre dimension parce que ce sont des sports d'équipe donc c'est en groupes » « plus d'interactions » « à la fois pour le repli sur soi, à la fois pour l'apragmatisme »</p> <p>« ça leur montre qu'ils sont pas tout seuls »</p> <p>« je reprends l'exemple de la danse mais si je si j'étais toute seule avec une personne et que je dis « allez on danse » « ça peut être très</p>	<p>séance » « quand je les inscris aux séances avec l'éducateur sportif ça va être du groupe »</p> <p>« je m'adapte beaucoup aux patients, y a pas de règles dans la pratique »</p> <p>« avec le groupe on va peut-être favoriser le lien social » « Dans les études, en dehors de la schizophrénie, ils disent que les gens lambda qui s'inscrivent dans un groupe, ils s'engagent plus dans l'activité physique du fait du groupe par rapport à quelqu'un qui fait de l'activité seule.</p>	<p>côté sur les habiletés sociales donc le fait d'être en groupe, d'échanger avec les autres »</p> <p>« Je trouve qu'il y a une émulation de groupe, du coup le fait d'être motivé par le fait d'être à plusieurs. »</p> <p>« Ça permet aussi un échange autour de la maladie, autour de son quotidien. » « Ça permet aussi aux patients de se rendre compte qu'ils sont pas les seuls à avoir cette difficulté-là » « Ça permet aussi de valoriser certains</p>
--	--	---	---	---	--

		<p>« la dimension des équipes qui rentre en jeux » « doivent communiquer pour pouvoir réussir à marquer » « dans certains exercices je les oblige aussi à parler entre eux » « étape par étape » « connaître le nom de toutes les personnes qui sont présentes dans le groupe parfois c'est déjà énorme » « nous on les invite à échanger et à s'encourager dans le groupe » « émulation de groupe, tout le monde s'entraidait »</p>	<p>confrontant, là il y a la notion de groupe » « tout le monde fait la même chose et il y a moins cette notion de ridicule » « tout le monde est dans le même bateau » « retirer un peu les barrières de la peur ou des appréhensions » « surtout la force du groupe c'est qu'ils peuvent s'appuyer les uns sur les autres pour proposer des choses » « on peut faire des choses un peu en miroir, un peu en imitation ou quelqu'un doit commencer et</p>	<p>Ça c'est dans la population générale, donc on peut se dire que peut-être qu'avec un patient atteint de schizophrénique ça pourrait être la même chose » « j'ai pas assez de recul parce que nous on est dans le cadre de l'hospitalisation et ça on pourrait vraiment l'évaluer plutôt en ambulatoire » « l'engagement qui est favorisé par le groupe, je peux pas forcément le dire parce que quand le patient il va pas forcément aller tout</p>	<p>patients » « Ça permet de dédramatiser, voir qu'ils ne sont pas les seuls à être en difficulté ça peut être quelque chose qui est positif et soutenant » « le groupe c'est aussi vecteur de liens social » « c'est aussi une histoire de plaisir » « les patients souffrent beaucoup d'isolement et du coup le fait d'être avec d'autres c'est vraiment quelque chose qui est bénéfique et positif pour eux » « Il n'y a pas forcément d'interaction qui sont demandés à travers</p>
--	--	--	--	---	---

		« le groupe a aussi permis à certains de se découvrir et de pouvoir échanger plus en dehors de l'hôpital de jour » « leur a permis de découvrir d'autres personnes différemment »	l'autre personne doit continuer à faire un exercice » « je dirais que ça favorise le « faire » » « le fait de réaliser concrètement je pense que c'est plus facile quand il y a un groupe que quand on est tout seul »	seul en autonomie à sa séance, on va lui rappeler, on va lui dire d'y aller, donc c'est un peu biaisé » « On ne peut pas dire qu'il va s'engager tout seul » « Après on va travailler sur du lien social ça va peut-être favoriser ça »	l'activité, c'est-à-dire qu'on peut tout à fait imaginer qu'un patient fasse toute l'activité et reparte même sans avoir dit un seul mot » « Mais effectivement les échanges sont encouragés que ce soit dans les temps informels ou même lors des exercices, ou je vais essayer d'alimenter un peu l'échange sur leurs ressentis, la façon dont ils vivent les exercices que je propose »
La régularité structurelle des	Découpage des séances en cinq temps : prise en	« A chaque fois que l'on accueille un nouveau participant je	« Ce qui est important et pour toute activité, c'est qu'il y a un début,	« Il n'y a pas que le cadre environnemental en effet, il y a aussi	« Pour la séance de remise en forme, c'est dans une salle qui est

<p>séances en activité physique (hypothèse 3)</p>	<p>main, mise en train, corps de la séance, retour au calme, bilan</p> <p>Co-animation, fréquence, objectifs, collectif ou individuel, environnements Régularité = repère pour les patients, favorise la prise de décision par les patients (acteur)</p>	<p>redéfinit le contexte et les règles du groupe » « savoir ce qu'on a le droit ou pas le droit de faire chez les patients schizophrènes c'est parfois dur » « des règles de bases : je ne vais pas tirer sur un collègue, on reste poli et courtois, on parle en français, on peut s'aider et s'entraider, je ne vais pas râler parce que la règle a changé, ... » « être le plus transparent sur les règles et le cadre de l'activité » « on essaye de s'aider les uns les autres » « toujours leur</p>	<p>un milieu et une fin, mais que tous ces trois temps soient vraiment formaliser et expliquer aux personnes » « souvent il y a un temps d'échauffement ou de réveil musculaire pour que les personnes puissent reprendre conscience un peu de leur corps. » « Après il va y avoir différents exercices de proposer pour répondre aux objectifs qui sont fixés de la séance. » « Et puis, ce qui est très important pour moi, c'est à la fin qu'il y ait un temps de</p>	<p>l'organisation comme je le disais pour les routines » « j'ai un groupe de marche qui est assez ouvert à tous les patients, qui est un jour dans la semaine, c'est toujours le même et le patient le savent » « ça va aider un petit peu le patient à s'engager » « c'est plutôt l'environnement occupationnel et ça permet une routine » « un cadre juste en individuel avec le patient et avec l'ergothérapeute, ça va pas amener la même chose que le groupe »</p>	<p>plutôt éloigné » « ça permet aussi d'avoir un temps de trajet qui est intéressant pour pouvoir échanger avec les patients que ce soit sur leur état actuel, leur quotidien ou leur projet » « quelque chose qui est assez rythmé et ritualisé dans le déroulement de la séance » « avec un temps d'échauffement (articulaire et cardio), ensuite un temps de renforcement musculaire et ensuite un temps d'étirements et de relaxation à la fin » « je pense que</p>
--	--	---	--	---	---

		<p>rappeler quand il y a quelqu'un de nouveau dans le groupe et même quand je vois qu'ils commencent trop à déborder pour structurer et restructurer tout le temps le cadre » « Il évolue beaucoup aussi » « Les séances elles se déroulent toujours de la même manière » « chemin de l'HDJ jusqu'au city stade » « on s'échauffe avec quelques petits exercices » « deux équipes, on fait un petit match » « gestion de la frustration » « ne</p>	<p>verbalisation, pour que les personnes puissent élaborer un peu sur leur ressenti, comment ils ont vécu leur séance » « et surtout au-delà de dire comment eux ils ont vécu, d'écouter et de recevoir un peu aussi comment les autres l'ont vécu pour que l'on puisse s'en servir pour les autres séances » « c'est un cadre sécurisant et aussi le fait d'avoir tout le temps le même déroulé, pareil en termes d'organisation c'est plus facile de</p>	<p>« Moi j'ai quelques patients qui veulent absolument pas faire d'activités en groupe parce qu'ils vont se sentir jugés. Donc le fait de le faire en individuel ça va permettre de s'engager un peu quand même et donc ça c'est le cadre qui est différent et du coup qui va favoriser l'engagement parce que justement ils ont peur du regard des autres »</p>	<p>c'est quelque chose qui est rassurant, pour le coup quand ils viennent ils savent à quoi s'attendre » « c'est quelque chose qui peut être structurant aussi pour les patients » « leur permet plus facilement d'adapter les séances à leurs capacités » « c'est un groupe qui est fixe, mais de nouveaux patients peuvent intégrer le groupe à n'importe quel moment » « dans l'idéal tous les éléments du cadre devraient être levier »</p>
--	--	--	--	--	---

		<p>pas tirer fort » « à la fin des séances je leur demande de tirer aussi fort qu'ils peuvent dans les cages de but pour se défouler » « retour au calme, on s'étire et on rentre tranquillement à l'HDJ » « Pour l'atelier gym adaptée, on est sur le même type (échauffement, corps de séance et étirements, détente, relaxation) » « dans le corps de la séance, je demande au patient que chacun leur tour ils puissent proposer un exercice » « apporter</p>	<p>transposer quelque chose au quotidien qui est tout le temps pareil qu'un truc qui est complètement déstructuré et qui part dans tous les sens. » « Dans la mesure du possible, je pense qu'il faut proposer des choses qui sont réalisables concrètement de leur côté. Ça sert à rien de proposer des séances avec beaucoup de matériel si chez eux ils ont rien, parce que du coup il y aura pas de transfert au quotidien et c'est dommage parce</p>		<p>« quand on construit le dispositif, il faut que chaque élément du cadre puisse répondre aux problématiques de la personne » « a remise en forme ça permet que chacun est son espace sur son tapis. » « Pour les patients qui sont en difficulté pour entrer en relation avec l'autre, qui peuvent se sentir un peu persécuté, ou envahi par l'autre, c'est un cadre qui va être protecteur » « au niveau de l'activité en elle-même, j'essaye de proposer une activité</p>
--	--	---	---	--	---

		<p>une stabilité qu'ils n'ont pas forcément dans leur quotidien » « Certains ont une routine complètement désorganisée, d'autres ont une routine complètement rigide » « j'essaie d'avoir des groupes homogènes » « soit j'ai des patients très rigides donc dans ce cas-là j'essaye de faire bouger des choses » « j'ai des patients qui sont complètement désorganisé et là du coup la rigidité de mes séances va permettre de les stabiliser » « je</p>	<p>que c'est ce qu'on essaye de favoriser avant tout. » « faire un état des lieux avec les personnes » « Plus on va être proche de leur quotidien, plus ça va être facile pour eux de transposer au quotidien » « faire avec leurs moyens à eux et surtout leurs objectifs » « Des fois on a tendance un peu à projeter des trucs que l'on pense sur ce qu'il faudrait et dans ces cas-là ça ne fonctionne jamais parce qu'ils ne peuvent pas s'engager dans un truc qu'ils</p>		<p>qui ressemble à des activités de remise en forme qui pourrait être retrouvé dans des clubs... pour qu'il y ait un transfert qui puisse être possible s'il le souhaite » « J'essaye de proposer des choses qui sont assez cohérente et assez sécurisée sur la forme d'activité physique en elle-même et c'est là que l'éducateur APA aiderait beaucoup » « je pense que les seules règles que je demande, c'est que chacun puisse respecter ses capacités,</p>
--	--	--	---	--	--

		<p>les fais changer d'environnement » « ni chez eux ni à l'HDJ » « Je les fais sortir dans la ville avec le regard des autres » « il y a des gens qui passent, qui nous voit, des voitures... » « On change complètement de ce qu'ils ont l'habitude » « tout le cadre peut être un levier » « chaque élément du cadre peut être modifié en fonction des patients » « chaque patient bénéficie d'un cadre différent » « en constante évolution »</p>	<p>n'ont pas envie, ça les intéresse pas »</p>		<p>que chacun soit attentif à ses sensations pour éviter les blessures, pour éviter de forcer... »</p>
--	--	--	--	--	--

Activités physiques et sportives en ergothérapie : vecteur d'engagement occupationnel pour les personnes présentant un syndrome dépressif associé à la schizophrénie

Le retard de diagnostic de la schizophrénie en France est fréquent avec de nombreuses conséquences, notamment les symptômes dépressifs qui sont également sous-traités. Les personnes souffrant de cette pathologie font face à de nombreux défis au quotidien, que ce soit au niveau relationnel, personnel ou professionnel. L'ergothérapeute joue un rôle clé dans la réhabilitation psychosociale en favorisant l'autonomie des patients, notamment par l'utilisation de l'activité physique. Ainsi, cette recherche se concentre sur l'identification des pratiques ergothérapeutiques en matière d'activité physique et sportive dans le but de favoriser l'engagement occupationnel.

Pour répondre à cette problématique, quatre entretiens ont été réalisés auprès d'ergothérapeutes accompagnant cette population. Les entretiens semi-directifs ont révélé une corrélation entre le déficit d'engagement occupationnel et les effets de la maladie au sein de l'échantillon étudié. Ainsi, les ergothérapeutes peuvent s'appuyer sur des activités physiques et sportives, corporelles ou collectives, en veillant à proposer une structure régulière. Néanmoins, une nuance est apportée car l'engagement occupationnel des patients est susceptible d'être compromis par le cadre hospitalier, engendrant ainsi une privation occupationnelle.

Pour enrichir notre réflexion, la collaboration interprofessionnelle se dessine comme essentielle pour majorer les effets de l'activité physique et sportive. Ainsi, comment l'enseignant en activité physique adaptée et l'ergothérapeute peuvent-ils collaborer afin d'intégrer des stratégies spécifiques pour stimuler l'engagement et la motivation des patients dans les activités physiques ?

Mots clefs : Activités physiques et sportives, Engagement occupationnel, Ergothérapie, Schizophrénie, Syndrome dépressif

Physical and sport activities in occupational therapy: an occupational engagement medium for people with depressive syndrome and schizophrenia

Delayed diagnosis of schizophrenia in France is common, leading to many consequences, including depressive symptoms which are also under-treated. People suffering from this pathology face many challenges on a daily basis, whether regarding relationships, personal life or work. Occupational therapists play a key role in psychosocial rehabilitation by promoting patients' autonomy, particularly by integrating physical activity. This research work thus focuses on identifying occupational therapy practices in terms of physical and sport activity, in order to promote their occupational engagement.

To address this issue, four interviews were conducted with occupational therapists supporting this population. The semi-structured interviews revealed a correlation between the occupational engagement deficit and the effects of the disease within the sample studied. This way, occupational therapists can rely on physical and sport activities, bodily or collective, paying attention to offer a regular structure. Nevertheless, a nuance is added regarding patients' occupational engagement, which may be compromised by the hospital environment, thus generating occupational deprivation.

To enrich our thinking, interprofessional collaboration is essential to enhance the effects of physical and sport activities. So, how can the adapted physical activity teacher and the occupational therapist work together to integrate specific strategies to stimulate patients' engagement and motivation in physical activities?

Keywords: Depressive syndrome, Occupational engagement, Occupational Therapy, Physical and sport activities, Schizophrenia