

Institut de Formation La Musse



# **ENGAGEMENT OCCUPATIONNEL DE L'ETUDIANT ATTEINT DE SCHIZOPHRENIE : ROLE DE L'ERGOTHERAPEUTE ET APPORT DU MOH**

Mémoire d'initiation à la recherche

HEBERT, Sonia  
Promotion 2022-2025

BLASQUEZ, Caroline  
Maître de mémoire



**Charte anti-plagiat de la Direction régionale et départementale de la jeunesse, des sports et de la Cohésion sociale de Normandie**

La Direction Régionale et Départementale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion sociale délivre sous l'autorité du Préfet de région les diplômes de travail social et professions de santé non médicales et sous l'autorité du Ministre chargé des sports les diplômes du champ du sport et de l'animation. 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, de l'animation et du sport. 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 »<sup>1</sup>.

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'éducation<sup>2</sup> et du Code pénal<sup>3</sup>, il s'expose également aux poursuites et peines pénales que la DRDJSCS 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 dûment signée qui vaut engagement :

Je soussigné-e ... HERBERT.....SONIA.....

atteste avoir pris connaissance de la charte anti plagiat élaborée par la DRDJSCS 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 ... CAEN.....

Le ... 21/04/2025..... signature

<sup>1</sup> Site Université de Genève <http://www.unige.ch/tes/telechargement/unige/directive-PLAGIAT-19992011.pdf>

<sup>2</sup> 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 1961 réprimant les fraudes dans les examens et concours publics ».

<sup>3</sup> Articles 121-6 et 121-7 du Code pénal.





## Remerciements

Je tiens tout d'abord à remercier Caroline Blasquez, maître de mémoire, pour sa disponibilité, ses précieux conseils et le soutien qu'elle m'a apporté tout au long de ce travail.

Je remercie les ergothérapeutes ayant participé à cette étude pour le temps qu'ils m'ont accordé, la richesse de leurs témoignages, et pour m'avoir transmis, à travers leurs paroles, leur passion pour notre profession.

Je remercie l'ensemble de l'équipe pédagogique de l'IFE La Musse, mes tuteurs de stage, ainsi que l'ensemble des professionnels rencontrés durant cette formation, pour m'avoir transmis les valeurs de notre profession, et qui ont contribué à forger mon identité professionnelle.

Je remercie mes camarades de promotion. Votre bonne humeur, votre entraide et votre esprit d'équipe, ont rendu ces années plus légères et motivantes. Grâce à vous, j'ai vécu un parcours riche en apprentissages, en rires et en beaux souvenirs.

Je tiens à remercier mes précieux amis de toujours. Votre fidélité et vos encouragements ont été un véritable appui. Merci d'être encore et toujours là, avec bienveillance, humour et loyauté.

Je souhaite exprimer toute ma gratitude à Virginie, ma compagne. Sans toi, rien de tout cela n'aurait été possible. Tu as été mon ancrage, mon moteur, celle qui a cru en moi lorsque moi-même j'en doutais. Avec une force et une générosité admirables, tu as pris soin de notre famille, porté mille responsabilités, et accepté mes absences et les longues heures de travail. Grâce à ton soutien indéfectible et à ton abnégation, j'ai pu aller au bout de ce projet. Merci pour tout ce que tu m'apportes au quotidien.

Un mot tout particulier pour mes enfants, Malo et Romane. Vous avez grandi aux côtés de ce projet avec une patience infinie. Sans toujours tout comprendre, vous m'avez offert, chacun à votre manière, du courage et une immense source d'énergie. Si j'ai tenu bon, c'est aussi grâce à vous. Je vous souhaite de croire en vos rêves, comme vous m'avez permis de croire au mien.

# Table des matières

<b>INTRODUCTION</b> .....	<b>1</b>
<b>I. CADRE CONTEXTUEL</b> .....	<b>2</b>
A. SITUATION D'APPEL.....	2
B. REFLEXION ET QUESTIONNEMENT .....	2
C. CADRE CONTEXTUEL .....	3
<b>II. CADRE CONCEPTUEL</b> .....	<b>3</b>
A. LA SCHIZOPHRENIE CHEZ LES JEUNES ADULTES .....	3
1. Définition et prévalence de la schizophrénie .....	3
2. Retentissement de la schizophrénie dans les études supérieures .	6
3. L'impact de la stigmatisation dans les études supérieures .....	8
B. ERGOTHERAPIE EN SANTE MENTALE.....	9
1. Qu'est-ce que l'ergothérapie? .....	9
2. Favoriser le rétablissement .....	10
C. ENGAGEMENT OCCUPATIONNEL.....	12
1. Qu'est-ce que l'engagement occupationnel ? .....	12
2. La schizophrénie : un frein à l'engagement occupationnel.....	14
D. LE MODELE DE L'OCCUPATION HUMAINE .....	15
E. LE VOLITIONAL QUESTIONNAIRE .....	18
<b>III. QUESTION DE RECHERCHE</b> .....	<b>19</b>
<b>IV. DISPOSITIF METHODOLOGIQUE</b> .....	<b>20</b>
A. CHOIX DE LA METHODE ET DE L'APPROCHE .....	20
B. CHOIX DE LA POPULATION DE RECHERCHE.....	21
C. CHOIX DE L'OUTIL DE RECUEIL DE DONNEES EMPIRIQUES.....	21
D. DEMARCHE DE RECRUTEMENT .....	22
<b>V. ANALYSE ET INTERPRETATION DES RESULTATS</b> .....	<b>22</b>
A. LES FREINS INTRINSEQUES .....	24

1.	La symptomatologie.....	24
2.	L'auto-stigmatisation .....	24
B.	LEVIERS FAVORISANT L'ENGAGEMENT OCCUPATIONNEL .....	24
1.	Un projet qui a du sens .....	24
2.	La relation thérapeutique .....	25
3.	La temporalité .....	25
C.	LA PERTINENCE DE L'UTILISATION DU MOH.....	26
D.	LE VOLITIONAL QUESTIONNAIRE .....	27
E.	FACTEURS ENVIRONNEMENTAUX .....	27
1.	Environnement institutionnel.....	27
2.	L'environnement familial .....	28
F.	AMENAGEMENT DE L'ENVIRONNEMENT INSTITUTIONNEL.....	29
1.	Agir en partenariat .....	29
2.	L'apport du MOH dans l'adaptation de l'environnement .....	30
G.	ACTION DE DESTIGMATISATION.....	30
1.	Niveau institutionnel.....	30
2.	Environnement symbolique : auto-stigmatisation et perte d'identité	
	31	

<b>VI.</b>	<b>DISCUSSION.....</b>	<b>32</b>
A.	CONFRONTATION DES RESULTATS EMPIRIQUES A LA LITTERATURE SCIENTIFIQUE .....	32
1.	Freins à l'engagement occupationnel .....	32
2.	Leviers favorisant l'engagement .....	34
3.	Le MOH, une approche holistique .....	35
4.	Le Volitional Questionnaire (VQ).....	36
5.	L'ergothérapeute comme facilitateur des aménagements environnementaux.....	37
6.	La déstigmatisation, une mission thérapeutique .....	37
B.	RETOUR SUR LES HYPOTHESES DE RECHERCHE .....	38
1.	Hypothèse 1.....	38
2.	Hypothèse 2.....	39

C.	BIAIS ET LIMITES .....	39
D.	APPORTS PERSONNELS .....	40
E.	PROJECTION PROFESSIONNELLE .....	40

<b>CONCLUSION.....</b>	<b>41</b>
------------------------	-----------

**BIBLIOGRAPHIE**

**ANNEXES**

## INTRODUCTION

La schizophrénie est un trouble psychiatrique sévère et complexe, dont la survenue débute le plus souvent à l'adolescence ou au début de l'âge adulte. Cette période, charnière dans la construction identitaire et l'émancipation sociale, coïncide fréquemment avec le début ou la poursuite d'un parcours d'études supérieures. Hors, l'apparition de la maladie vient bouleverser ce cheminement, entraînant des ruptures dans la scolarité, une diminution des capacités d'adaptation et une perte de sens dans les activités de la vie quotidienne.

Dans ce contexte, la reprise d'un projet académique devient un enjeu majeur pour de nombreux jeunes en rétablissement. Loin de se limiter à une simple reprise scolaire, ce projet peut représenter un levier de reconstruction identitaire, de valorisation de soi et de participation sociale. Toutefois, s'engager dans une telle démarche suppose que plusieurs conditions soient réunies : une certaine stabilité clinique, un environnement soutenant, mais aussi un niveau suffisant de motivation, de confiance en soi, et de capacité à se projeter dans l'avenir.

L'approche centrée sur la personne utilisée par l'ergothérapeute, assure l'accompagnement des jeunes atteints de schizophrénie, et permet ainsi de favoriser l'engagement occupationnel dans leurs activités significatives, notamment réaliser leur projet universitaire. Afin de comprendre les facteurs influençant cet engagement, l'ergothérapeute s'appuie sur le Modèle de l'Occupation Humaine (MOH). Par ailleurs, des outils d'évaluation, comme le Volitional Questionnaire (VQ), issus de ce modèle, permettent de mesurer le niveau motivationnel de la personne et d'identifier ses ressources.

Ce mémoire s'articule autour de plusieurs parties. La première présente le cadre conceptuel, à travers une revue de littérature mobilisant les concepts clés de l'ergothérapie, les spécificités de la schizophrénie, et les enjeux de la reprise d'étude. La seconde partie est méthodologique : elle expose les choix retenus pour mener cette recherche qualitative. La troisième partie est consacrée à l'analyse thématique des entretiens menés auprès d'ergothérapeutes, tandis que la dernière partie discute les résultats au regard des hypothèses, des limites de l'étude, et propose une réflexion personnelle et professionnelle autour des apports de cette recherche.

# I. CADRE CONTEXTUEL

## A. Situation d'appel

Le point de départ de ma réflexion est né d'une situation rencontrée lors de mon stage de deuxième année en ergothérapie, réalisé en santé mentale. J'ai rencontré une patiente âgée de 23 ans, diagnostiquée d'une schizophrénie. Au moment de notre rencontre, elle était hospitalisée en hôpital de jour et présentait un désengagement notable, à la fois dans son suivi thérapeutique et dans son projet de vie.

Elle m'a confiée avoir interrompu un cursus de master en commerce international, qu'elle considérait auparavant comme un projet porteur de sens. Selon ses mots, «*la maladie a tout stoppé*». Un accompagnement en ergothérapie avait été initié quelques mois auparavant, mais celui-ci n'avait pas abouti en raison d'un manque d'investissement de sa part. Elle disait ne plus se sentir capable de reprendre ses études, et peinait à se projeter dans l'avenir.

Cette rencontre a suscité en moi de nombreuses interrogations sur le rôle que peut jouer l'ergothérapeute pour soutenir l'engagement d'un jeune adulte atteint de schizophrénie, en particulier dans la reprise d'un projet aussi structurant qu'un parcours d'études supérieures.

## B. Réflexion et Questionnement

Les études supérieures représentent une étape cruciale dans la construction personnelle et l'insertion professionnelle des jeunes adultes. Elles permettent de développer des compétences, d'affirmer son identité et de s'insérer activement dans la société. Toutefois, lorsque la schizophrénie survient à cette période charnière, elle peut bouleverser ce parcours, et compromettre les projets d'avenir, aussi bien sur le plan professionnel que social.

L'échange que j'ai eu avec cette jeune patiente m'a profondément interpellée. Il a soulevé de nombreuses interrogations : une personne atteinte de schizophrénie peut-elle réellement envisager de poursuivre des études supérieures ? Quel type d'accompagnement lui a été proposé ? Et surtout, quelle peut être la place de l'ergothérapeute dans ce processus de soutien et de réengagement ?

Ces réflexions m'ont conduite à formuler la question de départ de ce mémoire : **Comment l'ergothérapeute accompagne-t-il le jeune adulte atteint de schizophrénie dans son parcours scolaire post-bac ?**

## **C. Cadre contextuel**

Selon les principes fondamentaux de non-discrimination et de liberté de choix du projet de vie, la loi du 11 février 2005 vise à garantir l'égalité des droits et des chances pour les personnes en situation de handicap, en proposant une compensation adaptée aux conséquences du handicap, dans tous les domaines de la vie, y compris l'éducation (Légifrance, 2008).

Dans l'enseignement supérieur, les établissements sont tenus de garantir l'accessibilité de leurs infrastructures. De plus, le contenu pédagogique doit être adapté pour être accessible aux étudiants en situation de handicap. Cela implique que les équipes pédagogiques ajustent leurs supports, rendent les contenus clairs et compréhensibles, et veillent à ce que les modalités d'évaluation soient également accessibles à tous. Afin d'apporter une réponse individuelle, des compensations matérielles (aides techniques), humaines (tutorat, auxiliaire de vie) et organisationnelles (répartition des tâches, adaptation des horaires) sont mises en place. Les aménagements sont formalisés dans le cadre d'un Plan d'Accompagnement de l'Etudiant Handicapé (PAEH) (Mon Parcours Handicap, 2021).

## **II. CADRE CONCEPTUEL**

### **A. La schizophrénie chez les jeunes adultes**

#### **1. Définition et prévalence de la schizophrénie**

La schizophrénie est un trouble psychotique grave et complexe qui touche environ 1 % de la population mondiale (OMS, 2022), soit 600 000 personnes en France. Elle débute à la fin de l'adolescence, entre 15 et 25 ans. La schizophrénie est basée sur trois grandes catégories de symptômes, tous présents de façon variable en fonction des personnes : les symptômes positifs, négatifs et la désorganisation (INSERM, 2020).

### a) Les symptômes positifs

Les symptômes positifs qui correspondent à l'apparition de symptômes anormaux. Les plus connus sont les hallucinations. Elles correspondent à des perceptions sensorielles d'éléments qui n'existent pas, telles que des hallucinations auditives, visuelles, olfactives, tactiles ou gustatives. Des délires peuvent également être présents. Ce sont des idées non adaptées à la réalité qui peuvent se traduire par un sentiment de persécution, une mégalomanie, des idées délirantes invraisemblables et excentriques de type mystique ou érotomanie. Ces délires peuvent être extrêmement envahissants et sont à l'origine d'angoisses sévères (Franck, 2016).

### b) Les symptômes négatifs

Les symptômes négatifs peuvent être primaires, directement liés au trouble, ou secondaires. Ils sont alors une conséquence d'autres symptômes, telles que des hallucinations, pouvant être à l'origine d'un repli sur soi et ainsi, provoquer un isolement social. Nous observons souvent un appauvrissement de la pensée et du discours, mais également un émoussement affectif. L'une des principales manifestations est l'apragmatisme. Le psychiatre Nicolas Franck (2016), le définit comme «*l'impossibilité d'initier une action malgré le désir de la réaliser*», qui peut se représenter comme «*un blocage dans le passage à l'acte*». Cela peut avoir des conséquences dans toutes les sphères de la vie quotidienne, pouvant aller, dans les cas les plus sévères, à un état d'aboulie, «*une absence quasi-totale de volonté*». Dans ce contexte, les symptômes négatifs s'inscrivent souvent dans un cercle vicieux : les troubles de la communication entraînent un repli social, qui accentue l'isolement et aggrave les troubles cognitifs, pouvant mener à un «*détachement progressif du monde extérieur*» (Franck, 2016). Notons également que les symptômes négatifs sont à l'origine d'un défaut de perception du temps, perturbant ainsi la capacité à enchaîner les actions de manière cohérente dans le temps.

### c) Les symptômes de désorganisation

Enfin, la désorganisation correspond à la troisième dimension de la schizophrénie. Selon le professeur Franck (2016), c'est «*une perte de continuité qui affecte l'activité des personnes atteintes de schizophrénie*». Elle apparaît à travers leur comportement

mais aussi dans leur discours. Nous pouvons alors parler de bizarreries. Le comportement est incohérent et paraît ne pas être dirigé vers un but. Il est constitué d'une suite d'actions ne s'enchaînant pas de manière logique et constructive. Plus ou moins constitué de paralogismes et de néologismes, le langage est peu, voire non compréhensible, et pas toujours adapté à la situation. Une perte de cohérence peut être observée. La personne passe alors d'un sujet à l'autre sans rapport apparent. Ces anomalies sont plus ou moins marquées en fonction de la personne.

Selon Franck (2016), des études ont prouvé une altération des fonctions exécutives dans la schizophrénie. Cela s'explique alors par des déficits de l'attention, de la mémoire de travail, de l'anticipation et de la planification. Cela a pour conséquence des difficultés à comprendre et à se faire comprendre. S'ajoute à l'altération de la capacité à organiser son comportement, une difficulté à exprimer des émotions adéquates à une situation donnée. Nous parlons alors d'émotions discordantes. Ainsi, cette désorganisation peut être source d'un handicap majeur dans la vie quotidienne.

#### d) Evolution de la maladie

Ces trois dimensions de symptômes sont présentes chez les patients de façon variable. Au cours de la vie d'un patient les symptômes peuvent également évoluer. Cela donne des tableaux cliniques variables qui doivent être définis pour soigner les personnes de manière efficace.

Les personnes atteintes de schizophrénie ont une espérance de vie entre 15 et 20 ans de moins que la population générale. Cela est dû à un facteur de vulnérabilité somatique mais également aux traitements employés. Aussi, la problématique de désorganisation engendre des difficultés à s'occuper de leur santé et sont donc moins vigilantes dans le suivi médical. Le taux important de suicide contribue également à la baisse de l'espérance de vie, puisqu'entre 10 à 20% sont concernés (INSERM, 2020). A propos de l'évolution de la schizophrénie, environ un tiers des patients connaissent une rémission après quelques années de traitement. Cela leur permet ainsi de retrouver une vie sociale, professionnelle et affective. Pour les autres, la maladie s'installe dans la durée, avec des symptômes généralement stabilisés grâce à un suivi médical, bien que des rechutes puissent survenir.

Enfin, 20 à 30% de sujets sont très peu répondeurs aux traitements.

Notons que l'engagement du patient dans sa prise en soin est un élément déterminant vers un diagnostic favorable. Aussi, il a été prouvé qu'«une prise en charge adaptée

*et précoce limite l'entrée dans la phase chronique de la maladie et améliore les chances de rémission, permettant au jeune de reprendre ses études, son travail, sa vie» (INSERM, 2020).*

Ce caractère invalidant prend une dimension particulière lorsqu'il se manifeste à une période clé de construction identitaire, comme l'entrée dans les études supérieures. C'est pourquoi il est nécessaire de s'interroger sur les conséquences concrètes de la schizophrénie dans ce contexte spécifique.

## 2. Retentissement de la schizophrénie dans les études supérieures

Les troubles psychiatriques constituent la principale cause de handicap chez les jeunes adultes. Dans le cas de la schizophrénie, le taux de chômage atteint 75 à 95 %. Cette situation est associée à une faible intégration sociale et économique, à une aggravation des symptômes due à une perte d'autonomie et à un fonctionnement global altéré (Vacheron, 2017). La schizophrénie se manifeste généralement au début de l'âge adulte, une période charnière de la vie du jeune, pendant laquelle il peut apprendre de nouvelles compétences en poursuivant des études supérieures, afin de s'insérer dans la société.

Hors, l'enseignement supérieur demande des compétences d'autonomisation, de socialisation avec les pairs et une adaptation à la complexification du travail cognitif. Il nécessite d'avoir une capacité à supporter la contrainte et les frustrations, tel que tolérer un cadre, fournir des efforts de travail, mais également les situations d'évaluation correspondant aux travaux à rendre, aux devoirs sur tables et passages à l'oral (Angladette, 2023).

Isohanni révèle que *«les patients ayant un trouble psychiatrique survenant à un âge précoce ont tendance à stagner à un niveau scolaire secondaire. La schizophrénie serait responsable du plus fort taux d'échec à atteindre le niveau post-baccalauréat (6 fois plus élevé que dans la population générale), ce qui contribue à renforcer l'exclusion sociale»* (Isohanni, cité dans Chouinard et al., 2003). La question de la reprise d'une scolarité commence à se poser une fois la situation clinique suffisamment stabilisée. Dans un certain nombre de cas, même après une nette amélioration clinique, les tentatives de retour à l'école échouent.

Quels sont alors les obstacles au maintien ou la reprise des études ?

Tout d'abord, les attendus pédagogiques en études supérieures demandent un niveau d'autonomie suffisant pour organiser son temps et être capable de soutenir des efforts de travail importants. Hors, nous avons vu précédemment que le jeune atteint de schizophrénie peut avoir des difficultés pour réaliser ces activités.

La qualité de l'accueil au sein de l'établissement, ainsi que la pertinence des aménagements proposés, jouent un rôle central dans le parcours des étudiants. Un accompagnement bienveillant et structuré de la part des équipes pédagogiques peut favoriser l'engagement du jeune dans ses études. Cependant, le cadre universitaire manque de moyens pour accompagner le jeune face aux obstacles qui se présentent à lui, et contribue à renforcer le désengagement. Par ailleurs, le lien avec les enseignants joue un rôle déterminant : la confiance peut renforcer l'implication et soutenir la motivation. De plus, certains jeunes ont vécu des situations de harcèlement, non sans conséquence dans la reprise d'études.

Dans ce contexte, l'environnement familial joue un rôle déterminant. Le soutien actif des proches peut offrir un cadre sécurisant et structurant, essentiel pour restaurer la confiance en soi et favoriser l'engagement dans un projet. Le milieu familial est ainsi perçu comme un levier important du rétablissement, influençant positivement la motivation et la persévérance du jeune dans son projet d'études supérieures. Par ailleurs, la manière dont l'environnement scolaire est perçu par le jeune joue un rôle déterminant dans la réussite ou l'échec de la reprise des études après un trouble psychique (Angladette, 2023).

Le dysfonctionnement cognitif à l'origine des troubles de la mémoire, de l'attention et de langage, associés à des troubles des fonctions exécutives, contribue aux mauvaises performances scolaires qui peuvent impacter l'estime de soi. A cela peut s'ajouter des troubles anxieux et des consommations de toxiques rendant compliqué le suivi des études (Angladette, 2023).

Enfin, selon Corbière, *«la motivation serait un facteur primordial à considérer dans la prédiction de la réussite scolaire dans le contexte d'études de niveaux secondaires»* (Corbière, cité dans Chouinard et al., 2003). Il démontre que l'intérêt relié aux matières scolaires serait un facteur de réussite académique pour les étudiants n'ayant pas de pathologie mentale. La motivation est une difficulté majeure chez les patients souffrant d'une maladie psychique, telle que la schizophrénie. Il s'avère donc primordial de tenir compte de ce facteur dans l'accompagnement des personnes atteintes de schizophrénie. Aussi, le regard porté par la société sur la maladie mentale constitue

un obstacle supplémentaire à la poursuite d'un parcours académique. C'est ici que la question de la stigmatisation prend tout son sens.

### 3. L'impact de la stigmatisation dans les études supérieures

La stigmatisation liée à la maladie mentale constitue un frein majeur à l'inclusion sociale. Selon Giordana (2019), deux types de stigmatisation existent : *«la stigmatisation publique et l'auto-stigmatisation, ou stigmatisation internalisée»*.

La stigmatisation publique est définie par le psychiatre, comme étant *« des stéréotypes centrés sur des croyances négatives au sujet d'un groupe de personnes, générant des réactions émotionnelles de l'ordre de la crainte et de la peur, amène à des comportements d'exclusion et de ségrégation »* (Giordana, 2019). Une enquête IPSOS révèle que *«61% des personnes pensent qu'il arrive plus souvent que les personnes souffrant de problèmes de santé mentale adoptent un comportement dangereux pour les autres»* (IPSOS, 2016). Ainsi, les conséquences de la stigmatisation sur les personnes atteintes de schizophrénie bloquent considérablement *«l'accès au logement, au travail, à un réseau amical ou social, aux soins somatiques, etc»* (Giordana, 2019).

Selon Giordana, la théorie de l'*«étiquetage»*, c'est-à-dire, attribuer une étiquette à un individu, entraîne ce dernier à *«accepter et à intérioriser cette étiquette et à agir en conséquence»* (Giordana, 2019). Autrement dit, la personne qui reçoit un diagnostic de maladie schizophrénique *«partage les mêmes représentations du «schizophrène» que le grand public et qu'il a de lui-même l'image que s'en fait la société»* (Giordana, 2019). Par cette étude, l'auteur montre, l'impact de l'auto-stigmatisation sur l'individu. Ce phénomène consiste à porter *«des croyances négatives sur soi-même, suscitant une faible estime de soi, et amène la personne à se limiter elle-même dans des activités importantes pour elle»* (Giordana, 2019). Une étude permettant d'évaluer le ressenti des patients face à la stigmatisation, prouve que *«43,6 % pensent que la maladie les empêche d'avoir un travail ou d'accomplir des études»* (Breton et al., 2010). Cela les mène à s'exclure de toute participation sociale, entraînant alors *«un isolement social, des attitudes de retrait et l'inhibition, la précarité, les difficultés à obtenir un logement et un emploi, la tendance à l'autodénigrement associé au vécu de honte et de culpabilité»* (Giordana, 2019).

La diversité et l'impact des symptômes sur le quotidien des jeunes atteints de schizophrénie mettent en évidence l'importance d'un accompagnement personnalisé.

C'est dans ce contexte que l'ergothérapie, en tant que profession centrée sur l'occupation prend tout son sens.

## B. Ergothérapie en santé mentale

### 1. Qu'est-ce que l'ergothérapie?

L'ergothérapie construit ses fondements sur le fait que les personnes ont un profond besoin d'agir (Connor et al., 2016). Ainsi, la participation dans des occupations *«façonne notre esprit comme notre corps et est une dimension centrale pour la santé et le bien-être»* (Law, 2002 ; Wilcock, 1993, 2001 ; Yerxa, 1998, cités par Connor et al., 2016). Dans les années 90, Wilcock (citée par Caire et Poriel, 2023) met en lien les occupations et la santé pour définir celle-ci. La santé est *«un équilibre entre les aspects mental, social, et physique du bien-être que l'on atteint en s'engageant dans les occupations significatives pour soi et valorisée par la société»*. Cet équilibre se base sur l'engagement dans les occupations sociales et personnellement valorisées, le développement de ses capacités et l'intégration sociale (Caire et Poriel, 2023). Nous pouvons compléter cette définition en ajoutant que cet équilibre permet de *«faire face aux sources de stress de la vie, de réaliser notre potentiel, de bien apprendre et de bien travailler, et de contribuer à la vie de la communauté. Elle a une valeur en soi et en tant que facteur favorable, et fait partie intégrante de notre bien-être»* (OMS, 2024). L'ergothérapie joue alors un rôle clé pour favoriser et préserver la santé mentale. En effet, selon la fédération mondiale de l'ergothérapie (WFOT), *«l'objectif principal de l'ergothérapie est de permettre aux personnes de participer aux activités de la vie quotidienne. Les ergothérapeutes atteignent ce résultat en travaillant avec les personnes et les communautés pour améliorer leur capacité à s'engager dans les occupations qu'elles veulent, doivent ou sont censées faire, ou en modifiant l'occupation ou l'environnement pour mieux soutenir leur engagement occupationnel»* (WFOT, 2012).

Il convient alors de définir ce qu'est une occupation. Selon Townsend et Polatajko, elle désigne *«l'ensemble des activités et des tâches de la vie quotidienne auxquelles les individus et les différentes cultures donnent un nom, une structure, une valeur et une signification»* (Townsend et Polatajko, cité par Caire et Poriel, 2023). Selon Caire et Poriel (2023), les occupations ont un sens pour la personne, sont contextualisées et sont propres à chacun. L'environnement physique et social influence l'occupation. De

plus, l'implication des habiletés physiques, cognitives et affectives complexifie la notion d'occupation.

Afin de mener son intervention de manière optimale, l'ergothérapeute s'appuie sur des valeurs propres à sa pratique (Désormeaux-Moreau et al., 2019). Il a la faculté de s'adapter aux personnes et aux environnements. Il favorise l'alliance thérapeutique en créant un climat de confiance, sécurisant, propice à l'accompagnement de la personne. Il adopte également une approche holistique, en considérant la globalité des dimensions affectives, cognitives, physiques, sociales et spirituelles de la personne. Il centre donc sa pratique sur la personne et ses occupations, en tenant compte de son environnement. Cette vision humaniste aide à mieux comprendre les facteurs influençant la participation occupationnelle des personnes. Elle permet également de donner de l'importance à l'émancipation et à un réel épanouissement des personnes, en les aidant à se mobiliser activement dans les activités porteuses de sens pour elles.

Ce lien fondamental entre occupation et santé, mis en lumière par l'ergothérapie, trouve une résonance particulière dans le domaine de la santé mentale, notamment dans le contexte des troubles tels que la schizophrénie. En effet, nous avons vu précédemment que les limitations d'activités, la perte d'estime de soi et l'isolement social induits par la maladie mentale entravent la participation occupationnelle. Selon Gruhl (cité par Briand et Bédard, 2019), l'ergothérapeute axe sa pratique vers l'autonomisation de la personne, sur sa capacité à prendre ses propres décisions et s'y engager à travers des occupations significatives, en s'appuyant sur ses forces et ses ressources. L'auteur précise alors que les valeurs de l'ergothérapeute sont communes à celles du concept de rétablissement, «*un processus qui permet à chaque personne un retour à une vie satisfaisante et pleine de sens*» (Briand et Bédard, 2019). Selon l'Association Canadienne des Ergothérapeutes (cité par Briand et Bédard, 2019), les ergothérapeutes sont les mieux positionnés pour agir comme leader dans l'actualisation du nouveau paradigme du rétablissement.

## 2. Favoriser le rétablissement

Le psychiatre Pachoud (2018) explique que les préjugés à propos de la schizophrénie ont pour origine les enseignements de Kraepelin, psychiatre allemand du XVIIIème siècle, qui conditionnait la pathologie à un pronostic pessimiste, allant vers une évolution défavorable, voir une détérioration de la santé. Cette approche ne laisse

alors aucun espoir aux individus atteints. La stratégie médicale traditionnelle vise à optimiser l'évolution de la maladie, et donc la rémission symptomatique. Mais quand est-il de la prise en soin qui concerne plus spécifiquement la personne, son bien-être, son devenir? Pachoud (2018) évoque qu'il est alors nécessaire de développer une stratégie complémentaire, visant *«l'optimisation du devenir de la personne, et par conséquent son rétablissement»*. Il aborde également une transformation des pratiques par *«une approche plus intégrée dans laquelle les soins médicaux seraient d'emblée orientés vers le rétablissement»* (Pachoud, 2018). L'auteur souligne également une indépendance entre la dimension du bien-être, le devenir de la personne et celle de l'évolution de la maladie mentale. De ce fait, il montre que *«contrairement au préjugé médical traditionnel qui conditionne la reprise d'une vie active et la restauration du bien être à la guérison (ou du moins à la rémission des troubles), il s'avère en réalité possible de «sortir de la maladie mentale» sans pour autant attendre que la maladie ait complètement disparu»* (Pachoud, 2018). En effet, de nombreuses études ont prouvé que la moitié, voire les deux tiers des personnes diagnostiquées avec des maladies mentales majeures, y compris la schizophrénie, ont montré un rétablissement significatif ou complet au fil du temps (Deegan, 2002). Mais alors, qu'est-ce que le rétablissement ?

Il est important de comprendre que le rétablissement ne correspond pas aux notions de guérison et de rémission. En effet, ces notions concernent l'évolution de la maladie. Hors le rétablissement concerne le devenir de la personne. L'objectif n'est pas de retrouver son fonctionnement antérieur à la maladie, mais de parvenir à se rétablir dans une vie satisfaisante. Pour Pachoud, il s'agit de *«prendre conscience de son handicap, de ses limites, mais également de reconnaître ses compétences, ses savoir-faire, d'avoir trouvé en soi, ou parfois aussi dans l'environnement, des ressources permettant de dépasser ses difficultés, de les contourner, de vivre avec»* (Pachoud, 2018). La psychologue, chercheuse et militante du mouvement de rétablissement en santé mentale, Patricia Deegan, diagnostiquée dès son adolescence comme étant atteinte d'une schizophrénie, témoigne que le rétablissement est *«une attitude, une façon d'aborder la journée et les difficultés qu'on y rencontre. Cela signifie que je sais que j'ai certaines limites et qu'il y a des choses que je ne peux pas faire. Mais plutôt que de laisser ces limites être une occasion de désespoir, une raison de laisser tomber, j'ai appris qu'en sachant ce que je ne peux pas faire, je m'ouvre aussi aux possibilités liées à toutes les choses que je peux faire»* (Patricia Deegan, citée par Pachoud, 2018). Selon Pachoud, le rétablissement est *«une reconstruction d'une*

*identité autre que celle de malade, et le réengagement dans une vie active et sociale. Autrement dit, le rétablissement suppose un processus de redéfinition de soi, un recentrage sur des enjeux existentiels, tels que retrouver un contrôle sur le cours de sa vie et reprendre en main son destin, de telle sorte que la personne n'est plus centrée sur la maladie, ou déterminée par elle» (Pachoud, 2018). Pour ce faire, Deegan (2002) évoque le «self-help», des stratégies d'adaptations expérimentées par la personne, lui permettant d'agir malgré les symptômes.*

Ce courant militant insiste sur l'importance de respecter le pouvoir de choisir, de décider et d'agir. Dans le domaine de la psychiatrie, il s'agit de redonner ces opportunités aux individus. La restauration d'un pouvoir d'agir est une des conditions du rétablissement, permettant ainsi le réengagement dans des activités dans lesquelles la personne pourra se reconnaître autrement que comme malade, et tendre à une vie riche et significative. Deegan (2002) témoigne d'ailleurs de son identité réduite à une maladie, et que cela a pour conséquence d'augmenter un sentiment de stigmatisation et de déshumanisation en elle. C'est dans cette perspective que l'engagement occupationnel joue un rôle clé, offrant aux individus l'opportunité de s'investir dans des activités qui reflètent leurs valeurs, leurs intérêts et leurs aspirations. En établissant un lien direct entre la capacité à surmonter les obstacles personnels et la participation active à des occupations valorisantes, l'engagement occupationnel devient un levier essentiel pour consolider les acquis du rétablissement et favoriser un épanouissement durable (Briand et Bédard, 2019).

Ainsi, l'ergothérapeute vise à restaurer un équilibre de vie satisfaisant en s'appuyant sur les ressources de la personne et son environnement. Ce processus passe notamment par le soutien à l'engagement occupationnel, qui devient un objectif thérapeutique central.

## **C. Engagement occupationnel**

### **1. Qu'est-ce que l'engagement occupationnel ?**

L'engagement occupationnel est un fondement de l'ergothérapie qui a évolué avec ses différents paradigmes. Nous nous intéresserons au concept actuel. L'engagement des usagers dans les activités valorisées constitue à la fois le cœur et l'objectif central de

l'ergothérapie, tout en étant un moyen de traitement privilégié parmi d'autres (Meyer, 2013).

Selon l'Association Américaine des ergothérapeutes (AOTA, cité par Meyer, 2013) l'engagement dans les occupations favorise naturellement la participation et son maintien. Il est prolongé et constant, ce qui engendre les habitudes (Townsend et Polatajko, cité par Meyer, 2013). Cet engagement occupationnel résulte de l'environnement propre de l'usager, tenant compte des contextes physiques, sociaux, personnels, culturels, temporels, virtuels et spirituels. Cela implique alors qu'il peut varier. Ainsi, lorsqu'une occupation ne contribue plus à la participation sociale, il est possible que les individus s'en désengagent (AOTA, cité par Meyer, 2013).

L'engagement occupationnel est également lié à une expérience émotionnelle. Ainsi, un ressenti positif permet de relier la personne à ses actions (Mattingly et Fleming, cité par Meyer 2013), et faire émerger du plaisir, de la compétence, de la motivation, de l'autonomie et de la liberté. Elle a l'impression que ce qu'elle fait est structuré et a du sens. Kielhofner et Taylor (cités par Caire et Poriel, 2023) complètent en soulignant que les actions des individus ont *«une signification personnelle et sociale. Cette signification est ainsi un élément moteur central pour l'engagement occupationnel»*. Ce concept représente *«une combinaison complexe et holistique d'épanouissement, de bien-être et d'expérience de valeur et de sens dans la vie, et est déterminé par différents aspects tels que la motivation, la vitalité et la capacité à interagir avec les autres»* (Bartrés-Faz et al., 2018 ; McIntyre et al., 2022, cités par Vita et al., 2023).

Le réseau européen des écoles d'ergothérapie (ENOTHE) résume le concept d'engagement occupationnel à *«un 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 [...] qu'elle valorise. Cet investissement est durable, émotionnel, relationnel, attentionnel et physique. [...] L'engagement se maintient durant la performance. Dans la réalisation d'une activité, le comportement observable représente la performance alors que l'éprouver est l'engagement»* (Meyer, 2013).

Si l'engagement occupationnel est une ressource essentielle pour la santé et le bien-être, il peut néanmoins être compromis chez certaines personnes, notamment celles vivant avec une schizophrénie. Il convient donc d'examiner plus précisément les obstacles rencontrés dans ce contexte.

## 2. La schizophrénie : un frein à l'engagement occupationnel

Dans le domaine de l'ergothérapie en santé mentale, l'absence d'engagement est décrite comme une caractéristique des usagers : *«les personnes atteintes de schizophrénie n'ont pas le sentiment que leurs occupations sont utiles ou importantes pour elles, ou que leurs activités quotidiennes sont valorisantes. Elles ont souvent du mal à trouver des raisons de vivre, un but et un sens à leur existence, et elles déclarent souvent que leurs difficultés n'ont aucune importance pour les autres personnes qui les entourent»* (Vita et al., 2023). Cela complique encore davantage la difficulté qu'elles rencontrent pour établir et entretenir des relations interpersonnelles significatives telles que des amitiés et des relations amoureuses (Bonfils et al., cités par Vita et al., 2023).

Une étude réalisée par Vita et al. (2023) permet d'évaluer l'impact de différents paramètres cliniques, cognitifs et fonctionnels sur l'engagement dans la vie des patients. Il s'avère que de nombreux éléments perturbent l'engagement : la gravité globale des symptômes dépressifs, le QI pré morbide, les performances neurocognitives, les performances cognitives sociales dans les domaines du traitement des émotions et de la théorie de l'esprit, la capacité fonctionnelle, les performances en compétences sociales et le fonctionnement dans le monde réel dans différents domaines. L'étude révèle également que des facteurs prédictifs individuels participent à une restriction plus marquée de l'engagement : une plus grande gravité des symptômes, des perturbations accrues dans les relations interpersonnelles du quotidien, des compétences sociales limitées, une diminution de la capacité fonctionnelle et des résultats professionnels moins favorables.

L'objectif principal d'un accompagnement en ergothérapie vise à *«aider les gens à trouver dans quoi s'investir ou encore à apprendre cet état particulier de conscience qu'est l'engagement»* (Meyer, 2013).

Pour comprendre comment cet engagement peut être influencé, l'ergothérapeute utilise un cadre conceptuel structurant. Le Modèle de l'Occupation Humaine, qui permet de comprendre les interactions de la personne avec son environnement, semble particulièrement adapté dans l'accompagnement du jeune adulte atteint de schizophrénie dans son projet universitaire.

## D. LE Modèle de l'occupation Humaine

Selon Morel-Bracq, un modèle conceptuel est «*une représentation mentale simplifiée d'un processus qui intègre la théorie, les idées philosophiques sous-jacentes, l'épistémologie et la pratique*» (Morel-Bracq, 2017). Il permet aux ergothérapeutes d'organiser leur réflexion et guider leurs interventions. Grâce aux différents concepts qui constituent un modèle, le professionnel peut comprendre comment et pourquoi une personne peut rencontrer des difficultés dans ses occupations. Ainsi, l'ergothérapeute pourra l'aider à retrouver, maintenir ou améliorer sa participation dans ses activités. Par exemple, un modèle holistique adopte une vision d'ensemble de la situation et prend en compte de nombreux aspects de la personne, y compris son environnement humain et matériel (Morel-Bracq, 2017).

Comme évoqué précédemment, la schizophrénie affecte de nombreuses sphères de la vie quotidienne, notamment les capacités cognitives, les compétences sociales, l'autonomie fonctionnelle ainsi que l'implication dans les rôles sociaux et professionnels. Face à cette complexité, le Modèle de l'Occupation Humaine (MOH), élaboré par Gary Kielhofner dans les années 1980, propose un cadre d'analyse et d'intervention particulièrement adapté. Centré sur la personne et ses occupations, il permet de comprendre comment les altérations liées à la maladie impactent la motivation, l'organisation des habitudes de vie et l'engagement dans les activités significatives, qui sont des leviers essentiels du rétablissement. Fondé sur l'idée que la participation occupationnelle résulte d'un processus dynamique d'interaction entre la volonté d'agir, les habitudes, les rôles, les capacités personnelles et les facteurs environnementaux, le MOH offre ainsi une approche globale pour accompagner la personne vers une meilleure qualité de vie (Morel-Bracq, 2017).

Selon Morel-Bracq, le Modèle de l'Occupation Humaine est basé sur trois composantes principales, qui interagissent en permanence avec l'environnement : l'Être, l'Agir et le Devenir. L'Être correspond aux caractéristiques propres à la personne, qui influencent sa façon d'Agir. Le Devenir résulte de l'interaction entre l'Être et l'Agir, et se manifeste par la capacité de la personne à s'adapter et à s'engager dans ses occupations, et construire ainsi son identité occupationnelle (Morel-Bracq, 2017).

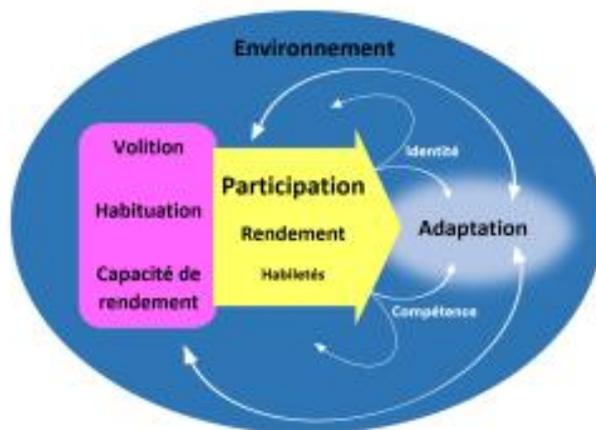


Figure 1 : Schéma illustrant la dynamique du Modèle de l'Occupation Humaine. Traduit et librement inspiré des travaux de R. Taylor, P. Bowyer & G. Fisher par G. Mignet, A. Doussin et C. Marcoux (2024). Diffusé par le Centre de Référence sur le Modèle de l'Occupation Humaine (Université Laval, Québec).

### Les 3 composantes de l'Être :

- **La volition**, correspond à la motivation d'une personne à interagir avec son environnement. Elle comprend trois éléments clés :
  - les valeurs, ce qui est important pour la personne : obtenir son diplôme d'étude,
  - les centres d'intérêt, ce qui lui procure plaisir et satisfaction : la satisfaction d'apprendre de nouvelles choses,
  - les déterminants personnels, les croyances de la personne concernant ses capacités et son efficacité : si elle se sent capable de poursuivre des études.

Le processus volitionnel décrit par Kielhofner se déroule en plusieurs étapes : d'abord, la personne expérimente des activités, puis elle interprète ces expériences, ce qui lui permet d'anticiper et de faire des choix motivants pour ses actions futures.

- **L'habituatio**n fait référence à l'organisation et à l'intériorisation de comportements semi-automatiques dans un environnement familier. Elle inclut:
  - les habitudes, réactions automatiques à des situations ou environnements connus : organiser ses révisions, prendre les transports pour se rendre en cours
  - les rôles, comportements et attitudes associés à un statut social ou personnel : s'approprier le rôle d'étudiant.

- La **capacité de rendement** repose sur des aptitudes physiques et mentales objectives, ainsi que sur l'expérience subjective du corps. Les aptitudes objectives, par exemple l'impact des différents symptômes, sont détaillées dans d'autres modèles conceptuels et peuvent être évaluées, tandis que l'expérience subjective, bien que difficile à mesurer, peut être décrite par la personne à

travers des métaphores, et inclut des sensations comme la douleur, le bien-être ou des expériences hallucinatoires (Morel-Bracq, 2017).

### **L'agir : la dynamique du MOH**

- Lorsque la personne agit, trois niveaux d'action peuvent être observés. Le premier est la **participation occupationnelle**, qui désigne l'engagement actif de la personne dans ses activités, qu'elles soient productives, de loisirs et de vie quotidiennes, et ce, au sein de contextes socioculturels particuliers.
- Le deuxième niveau, le **rendement occupationnel**, se réfère à la réalisation des tâches nécessaires pour soutenir la participation à des occupations variées.
- Pour accomplir ces activités, la personne effectue des actions observables orientées vers un but, ce sont les **habiletés** (habiletés motrices, opératoires et de communication) (Morel-Bracq, 2017).

### **Le Devenir : les conséquences de l'Agir**

L'ensemble des expériences vécues à travers différentes occupations contribue à construire une identité occupationnelle, reflétant à la fois ce que la personne est et ce qu'elle souhaite devenir.

Cette identité se reflète dans la **compétence occupationnelle**, c'est-à-dire la capacité à établir et maintenir une routine d'occupation en cohérence avec cette identité, tout en restant fidèle à ses valeurs (Morel-Bracq, 2017).

### **L'environnement**

La personne évolue dans un environnement spécifique, notamment une université ou un institut de formation, où ses trois composantes interagissent entre elles et avec cet environnement. Celui-ci lui offre des opportunités, des ressources, mais aussi des exigences et des contraintes qui influencent la participation. L'environnement se compose à la fois de l'aspect physique et social (Morel-Bracq, 2017).

Le Modèle de l'Occupation Humaine offre un cadre théorique structurant pour comprendre les facteurs influençant l'engagement occupationnel. L'ergothérapeute dispose de nombreux moyens pour «*comprendre la relation complexe entre les occupations du client et leurs contextes situationnels*» (Fisher et Marterella, cités par Mignet, G., & Turpain, T., s. d.) : entretiens, mises en situation, outils d'évaluation... Comme présenté précédemment, les personnes atteintes de schizophrénie présentent des difficultés majeures à s'engager dans leurs occupations. Par conséquent, cette

étude s'intéressera au Volitional Questionnaire (VQ), un outil d'évaluation concret de la volition, fondé directement sur les principes du Modèle de l'Occupation Humaine.

## E. Le Volitional Questionnaire

Le VQ est un outil d'évaluation basé sur l'observation. Il vise à analyser le degré de volition d'un individu, c'est-à-dire «*la capacité de choisir, de faire ou de continuer à faire quelque chose en ayant conscience que la réalisation de cette activité est volontaire*» (Mignet, 2015). Ainsi, cet outil permet aux ergothérapeutes de comprendre «*les motivations profondes d'une personne, et d'obtenir des informations sur la manière dont l'environnement renforce ou atténue la volonté*» (De Las Heras et al., 2007). L'outil fournit ainsi des informations pertinentes pour guider l'ergothérapeute dans son intervention. En effet, en tenant compte du niveau de volition et des caractéristiques motivationnelles propres à la personne, ainsi que de l'influence de l'environnement sur sa volonté d'agir, le thérapeute peut mieux cibler les types de soutiens environnementaux favorisant son engagement occupationnel. En repérant les conditions qui stimulent sa motivation, le professionnel peut contribuer à ce que la personne se sente en confiance, trouve du plaisir dans ce qu'elle fait et y accorde du sens. Mieux connaître ce que la personne valorise, apprécie ou rejette, ainsi que les situations dans lesquelles elle se sent compétente ou non, permet au professionnel d'adapter plus finement son intervention pour soutenir l'engagement et la performance dans l'activité (De Las Heras et al., 2007).

Initialement conçu pour des personnes âgées de 8 à 99 ans, présentant des troubles du langage ou de la communication, le VQ s'est révélé pertinent pour évaluer la volonté chez celles ayant des difficultés à l'évaluer. Il est facile et rapide à administrer. Le VQ s'appuie sur l'observation des comportements d'un individu dans son environnement habituel afin d'évaluer 14 indicateurs liés à la volition. Ces 14 items représentent un continuum volitionnel, allant d'items nécessitant moins de volition (montre de la curiosité, initie l'action, essaye de nouvelles choses) à des items nécessitant plus de volition (tente de résoudre des problèmes, poursuit l'activité jusqu'à son terme, investit de l'énergie).

Le niveau de volition est déterminé en fonction du degré de spontanéité des comportements observés, et du type de soutien ou de stimulation requis de la part du thérapeute pour que la personne manifeste ces comportements. Pour chaque item, l'observateur doit attribuer une note, s'appuyant sur une échelle en quatre points :

- **Spontané**, la personne adopte un comportement sans soutien, structure ou encouragement.
- **Impliqué**, adopte un comportement avec un minimum de soutien, de structure ou d'encouragement.
- **Hésitants**, comportements avec un maximum de soutien, de structures, d'encouragements
- **Passif**, la personne ne manifeste pas le comportement même si elle bénéficie d'un soutien, une structure ou d'un encouragement.

Le niveau de volition de la personne se reflétera dans les scores obtenus (De Las Heras et al., 2007).

En intégrant le VQ dans un cadre conceptuel de recherche, il est possible de mieux comprendre comment les interventions ergothérapeutiques influencent la motivation et de proposer des recommandations pour améliorer la prise en charge centrée sur l'occupation et la participation active du patient.

### III. QUESTION DE RECHERCHE

Le cadre conceptuel présenté s'appuie sur les fondements de l'ergothérapie, en lien étroit avec le Modèle de l'Occupation Humaine, qui permet de comprendre l'interaction dynamique entre la personne, ses occupations et son environnement. En santé mentale, et plus particulièrement dans le cas de la schizophrénie, ces dimensions sont souvent altérées, ce qui complique l'engagement dans des projets porteurs de sens comme les études supérieures. C'est dans ce contexte que la question de recherche suivante a émané :

**Comment l'ergothérapeute peut-il favoriser l'engagement occupationnel du jeune adulte atteint de schizophrénie dans son projet d'études supérieures, en s'appuyant sur le Modèle de l'Occupation Humain ?**

Afin de répondre à ce questionnement, deux hypothèses sont avancées :

**Hypothèse 1** : L'évaluation de la volition, à l'aide du Volitional Questionnaire (VQ), permet à l'ergothérapeute d'identifier les freins et les leviers influençant l'engagement

occupationnel du jeune adulte atteint de schizophrénie, dans son projet d'études supérieures.

**Hypothèse 2** : L'ergothérapeute favorise l'engagement occupationnel du jeune adulte atteint de schizophrénie en agissant sur l'environnement académique, afin de réduire les effets de la stigmatisation.

## IV. DISPOSITIF METHODOLOGIQUE

### A. Choix de la méthode et de l'approche

Afin de répondre à notre questionnement, nous avons privilégié une approche hypothético-déductive, composée de quatre phases.

La première étape a consisté à effectuer un grand nombre de lectures dans la littérature scientifique, afin de construire une contextualisation et une conceptualisation. Cela nous a permis de dégager notre problématique et de formuler des hypothèses de recherche qui seront validées ou invalidées lors de l'analyse finale. La seconde étape a porté sur la construction du dispositif méthodologique, dans le but d'assurer un recueil de données empiriques. Nous avons choisi d'adopter une méthode qualitative. C'est une démarche compréhensive qui permet d'explorer des phénomènes sociaux ne pouvant être quantifiés ou mesurés facilement. Ainsi, nous avons pu «*recueillir des perceptions complexes et comprendre en profondeur une situation donnée*» (Coron, 2020), c'est à dire nous intéresser au sens que les ergothérapeutes donnent à leur pratique.

La troisième phase a consisté à mener l'enquête, en réalisant des entretiens auprès des ergothérapeutes concernés par notre problématique. Enfin, la quatrième phase a été de traiter les données récoltées. Cette étape correspond à l'analyse et à l'interprétation scientifique des données. Une confrontation entre les résultats empiriques et les éléments issus de la littérature a été réalisée, permettant de valider ou d'invalider nos hypothèses. La réponse à notre problématique est ensuite présentée dans la conclusion.

## B. Choix de la population de recherche

Le choix de la population de recherche a été réalisé grâce à des critères d'inclusion et d'exclusion définis en amont, afin de constituer un groupe représentatif, nommé échantillon. Ce choix a été fait dans le but de toucher un maximum de professionnels et donc permettre leur participation à l'enquête pour obtenir un maximum de réponses empiriques. Les critères d'inclusion et d'exclusion de la population de recherche sont exposés dans le tableau suivant :

Critères d'inclusion	Critères d'exclusion
<ul style="list-style-type: none"><li>- Être ergothérapeute diplômé d'État.</li><li>- Exercer auprès de jeunes adultes atteints de schizophrénie ayant un projet d'études supérieures.</li><li>- Connaître le Modèle de l'Occupation Humaine</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Exercer en dehors du territoire français</li><li>- Ne pas avoir exercé dans le domaine de la santé mentale</li></ul>

## C. Choix de l'outil de recueil de données empiriques

Le recueil de données a été réalisé grâce à des entretiens semi-directifs, menés auprès de l'échantillon d'ergothérapeutes. L'objectif de ce type d'entretien est «*de comprendre les pratiques, les comportements et les perceptions des individus en lien avec la question de recherche*» (Thiéart, 2014 ; cité par Chevalier & Meyer, 2018).

Un guide d'entretien (Annexe I) a été préparé en amont, afin d'avoir une trame structurée et rassurante pour le chercheur, et ainsi «*s'assurer de disposer des données requises auprès de l'enquêté pour une analyse ultérieure*» (Sauvayre, 2021).

Il s'agit de traduire «*des hypothèses de recherche en indicateurs concrets et de reformulation des questions de recherche [...] en question d'enquête*» (Sauvayre, 2021). En effet, il a été fondé à partir des thématiques dégagées lors de la recherche de littérature, et en lien avec les objectifs de la recherche. Les questions ont donc été rédigées en fonction des axes retenus : le rôle de l'ergothérapeute, l'engagement occupationnel, la volition, la stigmatisation, l'environnement académique. Des questions ouvertes et courtes, formulées de façon simple et neutres ont été privilégiées.

Un formulaire d'information et de consentement a également été élaboré en amont, puis diffusé pour être signé par chaque participant, garantissant ainsi leur accord légal (Annexe II). Ce document précise les implications liées à la conduite de l'entretien et l'engagement du chercheur à respecter l'anonymat des informations évoquées.

#### **D. Démarche de recrutement**

Dans le cadre de cette étude, une stratégie de recrutement ciblée a été mise en place afin d'interroger des ergothérapeutes exerçant dans le champ de la santé mentale auprès de jeunes adultes. Tout d'abord, les contacts des tuteurs de stage de camarades de promotion ayant effectué un stage dans ce domaine ont permis d'identifier plusieurs professionnels. Mon propre réseau, développé au fil de mes expériences de stage, a également été mobilisé pour élargir le panel de participants potentiels. Par ailleurs, Mme Blasquez, maîtresse de mémoire de cette étude, a contribué à la diffusion de cette recherche en relayant l'appel à participation auprès de professionnels concernés. En parallèle, une vingtaine de Centres d'Intervention Précoce (CIP) accueillant des jeunes de 12 à 25 ans présentant des troubles émergents ont été sollicités. Enfin, des prises de contact ont été engagées auprès de plusieurs Bureaux d'Aide Psychologique Universitaires (BAPU) répartis sur le territoire français, dans l'objectif d'atteindre des ergothérapeutes intervenant auprès d'étudiants en situation de vulnérabilité psychique.

### **V. ANALYSE ET INTERPRETATION DES RESULTATS**

En raison de la distance géographique, les entretiens ont été réalisés par téléphone. Un enregistrement de chacun des échanges a été réalisé afin de pouvoir les retranscrire et ainsi exploiter les informations récoltées de manière optimale. Afin de simplifier l'interprétation des résultats, une analyse thématique a été réalisée en fonction des thèmes principaux révélés au cours des échanges, grâce à une grille d'analyse. Pour respecter le principe d'anonymisation des données, un système de codage a été appliqué. Ainsi, les ergothérapeutes interrogés ont été identifiés de manière aléatoire par des codes tels que «E1» pour le premier, «E2» pour le deuxième, et ainsi de suite. L'enquêteur a été identifié par ses initiales (SH).

Afin de poser un cadre et de comprendre qui sont les professionnels interrogés, nous avons collecté les données sociodémographiques suivantes :

E1	Ergothérapeute diplômée d'Etat en <b>2011</b> . Exerce dans une unité de réhabilitation psychosociale depuis 11 ans. Formée par l'ANFE au MOH et ses outils en 2021.
E2	Ergothérapeute diplômée d'Etat en <b>2022</b> . Exerce depuis 4 ans en hôpital psychiatrique adulte et enfant-juvénile, dans un service d'hospitalisation complète et ambulatoire. Formée au MOH dans le cadre de sa formation initiale.
E3	Ergothérapeute diplômée d'Etat en <b>2018</b> . Exerce depuis 4 ans dans une unité de réhabilitation psychosociale. Formée au MOH dans le cadre de sa formation initiale.

Notons que les trois ergothérapeutes sont des femmes, qui ont obtenu leur diplôme à des périodes assez espacées. En effet, E1 est diplômée depuis plus de dix ans, E3 depuis plus de cinq ans, et, E2 plus récemment avec moins de cinq ans d'expérience. En revanche, cela ne semble pas avoir d'impact sur la maîtrise du MOH. Malgré un diplôme plus ancien, E1 a pu réaliser la formation spécifique de l'Association Nationale Française des Ergothérapeutes (ANFE) sur ce modèle, il y a quatre ans. E2 et E3 s'appuient sur les apports de leur formation initiale. Le niveau d'exploitation du MOH paraît donc relativement similaire entre les trois professionnelles.

L'analyse des trois entretiens semi-directifs a mis en évidence plusieurs thèmes centraux relatifs à l'accompagnement des jeunes adultes atteints de schizophrénie dans leur parcours d'études supérieures. Les professionnelles interrogées ont souligné l'existence de facteurs susceptibles d'entraver l'engagement, qu'ils soient intrinsèques ou environnementaux. À l'inverse, des éléments facilitateurs de l'engagement ont également été identifiés. Les entretiens ont fait émerger des pistes d'intervention, notamment par l'aménagement de l'environnement physique et social. Enfin l'utilisation du Modèle de l'Occupation Humaine et de son outil d'évaluation, le Volitional Questionnaire a pu être abordé.

## A. Les freins intrinsèques

### 1. La symptomatologie

La variété des symptômes de la schizophrénie, rend la prise en soin unique. En revanche, chacune des ergothérapeutes s'accordent pour dire, que les symptômes résiduels sont des obstacles majeurs dans l'atteinte des objectifs fixés : *«ça va être souvent, au niveau des symptômes résiduels, forcément»* (E1), *«c'est vraiment, pour moi, les symptômes résiduels»* (E3).

### 2. L'auto-stigmatisation

L'auto-stigmatisation apparaît comme un frein majeur à l'engagement du jeune dans son projet. Elle est à l'origine de blocage dans le parcours académique. E1 illustre en reprenant les propos d'un patient : *«ça ne sert à rien, je ne suis pas capable»*. E2 et E3 évoquent la difficulté de s'orienter dans un projet, lorsqu'une confusion identitaire est présente : *«où est-ce qu'il en est dans sa représentation de lui-même ?* (E2), *«pour lui, il n'existe pas»* (E3).

La dévalorisation de soi et la perte de repères identitaires, liés à l'auto-stigmatisation, constituent des obstacles majeurs à l'engagement occupationnel dans des études supérieures.

## B. Leviers favorisant l'engagement occupationnel

### 1. Un projet qui a du sens

Malgré des nombreux freins possibles, chaque ergothérapeute souligne l'importance fondamentale que le projet doit provenir du jeune, afin qu'il puisse s'engager pleinement et atteindre ses objectifs.

E1 explique que le projet doit être porteur de sens, sans quoi l'efficacité du suivi sera impactée : *«il faut que ça ait du sens pour la personne. Sinon c'est comme pédaler dans la choucroute»*. E2 illustre cette idée, en ajoutant qu'il est primordial de croire en son projet malgré les difficultés qu'imposent la maladie : *«une volonté de quand même continuer sur la voie de ses études»*. E2 complète en expliquant que les symptômes positifs, notamment les délires de mégalomanie, peuvent être moteurs pour que

l'étudiant se fixe des objectifs, qui deviennent alors sources de motivation : *«s'accrocher à cette idée, qu'il va faire des études, il va même devenir professeur à la fac, et être très connu, et faire des thèses et en veux-tu, en voilà»*. E3 précise tout de même, qu'il faut accompagner le jeune dans un projet adapté à ses compétences : *«voir si vraiment les objectifs étaient réalisables, atteignables»*.

Nous pouvons constater, qu'il est essentiel que le projet émane du jeune lui-même, qu'il fasse sens pour lui, tout en restant réaliste et adapté à ses capacités.

## 2. La relation thérapeutique

L'ensemble des ergothérapeutes affirme que la relation thérapeutique joue un rôle fondamental pour favoriser l'engagement occupationnel du jeune dans son projet. E1 et E2 estiment que c'est le socle d'une intervention optimale : *«la base, de la base»* (E1), *«tout passe par là»* (E2). E3 confirme cet intérêt : *«il faut qu'il y ait un petit lien qui soit créé»*. E1 ajoute que l'ergothérapeute doit soutenir le jeune dans cet engagement : *«tu es porteur d'espoir, tu es authentique, horizontal dans ta relation d'accompagnement»*.

Une alliance thérapeutique de qualité est un lien indispensable entre le jeune et le professionnel. Cela instaure un climat de confiance qui renforce le sentiment de compétence du jeune, et favorise l'engagement occupationnel dans son projet.

## 3. La temporalité

Chaque ergothérapeute affirme qu'il est nécessaire de respecter le rythme du jeune. E1 et E2 proposent une progression dans le suivi : *«tu commences tranquillement et quand tu vois que ça prend, ces expériences positives, et bien forcément tu l'amènes à des degrés un peu supérieurs pour se mettre en réalité de la vie d'étudiant»* (E1). E2 confirme : *«je mets des petites graines et après c'est le patient qui prend ou qui ne prend pas»*. E1 et E2 expliquent que cette temporalité dépend du niveau d'acceptation de la maladie : *«où la personne se situe»* (E1), *«où est-ce qu'il en est dans sa représentation de lui-même»* (E2). E3 explique cette variation de temporalité comme étant la conséquence du niveau de stabilité des symptômes du jeune : *«la stabilité de la personne, où est-ce que tu en es sur le plan symptôme ?»*.

Le respect de la temporalité personnelle est un facteur d'engagement progressif, qui permet de redonner du pouvoir d'agir.

### C. La pertinence de l'utilisation du MOH

Pour définir les freins et leviers du jeune, les trois ergothérapeutes interrogées s'accordent sur le fait que le MOH constitue une base solide pour leurs interventions. E1 confirme : *«c'est un modèle pour les ergothérapeutes, ça n'est pas pour rien et ça s'ancre complètement finalement dans l'essence de l'ergothérapie et de l'accompagnement finalement de la personne»*. E3 partage en complétant que le modèle est particulièrement adapté aux objectifs de la réadaptation psychosociale : *«je trouve que c'est le modèle qui cale le mieux avec les valeurs de l'unité de réhabilitation, avec la réhabilitation psychosociale en général, et qui vraiment se prête au mieux, qui a vraiment des évaluations les plus concrètes, et qui sont vraiment adaptées dans le quotidien de nos usagers»*. E2 approuve en précisant qu'il est possible de combiner plusieurs modèles : *«j'aime beaucoup le MOH [...] mais je m'intéresse à plein de choses»*.

Les ergothérapeutes expliquent que le MOH leur permet de se concentrer sur des éléments clés, tels que les rôles, les valeurs, les déterminants personnels, qui facilitent l'engagement occupationnel. E1 illustre : *«tu le renforces positivement [le rôle d'étudiant], parce que du coup ça va être en adéquation avec ses valeurs. Et puis tu vois, au niveau de ses déterminants personnels aussi, tu vas jouer là-dessus et tu vas venir les renforcer parce qu'il va croire en ses capacités, comme son rôle sera renforcé»*. E3 partage cet avis et souligne, qu'aucune autre approche n'est pertinente : *«tu vas parler de rôle, tu vas parler de valeur, c'est des choses que tu ne touches pas forcément, je trouve, ailleurs avec d'autres bilans [...], tu mets en avant [la personne] et donc tu lui permets de retrouver du pouvoir d'agir»*. E2 précise que le MOH *«permet de questionner et d'évaluer les éléments pour agir ensuite»*.

Le MOH s'avère être un outil solide pour soutenir l'engagement occupationnel du jeune adulte atteint de schizophrénie dans son projet universitaire. Il permet à l'ergothérapeute d'exploiter des concepts essentiels, tels que la volition, les rôles sociaux, l'habitation, permettant de favoriser l'engagement occupationnel.

## D. Le Volitional Questionnaire

Les trois ergothérapeutes connaissent l'outil mais le maîtrisent selon différents niveaux d'expertise. E1 a pu le mettre en pratique : *«on a essayé»*. En revanche, E2 et E3 ne s'en sont jamais servi, E2, pour des raisons d'organisation institutionnelle : *«parce qu'ils ne l'ont pas acheté»*, et E3, parce qu'il ne maîtrise pas suffisamment l'outil : *«je ne suis pas formée pour l'analyser»*. E2 est persuadée que son utilisation permet de rendre plus acteur le jeune, dans son projet : *«j'en suis convaincue»*. En revanche, E1 et E3 sont plus critiques pour des raisons variées. E1 explique qu'il ne correspond pas à son public, considérant que le jeune a déjà commencé à s'engager dans son projet : *«on est déjà passé à d'autres stades»*. Selon E3, l'outil est trop sensible et ne peut être pertinent pour évaluer qu'une situation précise : *«ce qui me pose souci, c'est que tu es vraiment sur une observation pure d'une activité spécifique, ça n'est pas assez large»*. E3 souligne également, que le niveau de volition peut être observé *«de manière moins officielle en séance»*, pour ainsi éviter une nouvelle situation d'évaluation qui peut paraître anxiogène.

L'outil est donc connu par chaque professionnelle, mais finalement très peu utilisé, soit en raison de contraintes institutionnelles, soit par manque de formation. Si l'une d'entre elles en perçoit un potentiel favorisant l'implication du jeune, les autres le trouvent inadapté à leur pratique ou trop limité à des situations spécifiques.

## E. Facteurs environnementaux

### 1. Environnement institutionnel

Le cadre institutionnel est présenté comme peu adapté à l'accueil d'un étudiant atteint de schizophrénie. En effet, les trois ergothérapeutes s'accordent à dire qu'en université, le jeune se trouve en situation de vulnérabilité. E1 évoque une situation *«très stressante»*, et E2 ajoute que l'université est pour le jeune, *«quelque chose qui l'angoissait énormément»*. E3 explique que *«ça ne représente pas un cadre sécurisé»*. Elle ajoute que des formations personnalisées semblent plus adaptées : *«des jeunes qui font des études, entre guillemet, plus encadrées avec des CAP, des DUT»*. Plusieurs explications sont possibles pour justifier ce dysfonctionnement. L'organisation structurelle peut être un premier frein. Selon E1, cela s'explique par la méconnaissance des lieux par le jeune : *«c'est un peu l'inconnu»*. E2 évoque un rapport aux autres difficile : *«vivre seul et de se retrouver dans un univers très lumineux*

*avec beaucoup de monde*». Enfin, E3 révèle un manque de soutien de la part des référents de l'université : *«tu n'as pas autant d'interaction et d'intérêt pour les étudiants et leur situation»*.

Les trois ergothérapeutes interrogées, convergent sur le fait qu'une stigmatisation bien marquée, vient complexifier fortement l'engagement du jeune dans ses études. E1 et E2 illustrent très bien son impact sur le jeune : *«le poids de cette stigmatisation pèse très lourd sur les épaules»* (E1), *«il s'est fait rejeter oui, forcément il a eu l'étiquette de l'étudiant qui a fini en HP»* (E2). E1 explique que *«la schizophrénie est sous-représentée»* dans les structures d'enseignement, et s'indigne de la méconnaissance de la pathologie par la société : *«44% des Français qui pensent que les personnes qui ont une schizophrénie sont dangereuses, c'est énorme 44% !»*. Selon E1, cela s'explique par *«un manque d'information et de sensibilisation»*. E3 complète en soulignant le désarroi des équipes pédagogiques qui, *«parfois sont perdues dans l'accompagnement de la personne»*. Nous notons, néanmoins, une divergence entre E1 et E3 concernant la manière dont l'impact de la stigmatisation se manifeste dans le parcours du jeune. En effet, E1 est convaincu que c'est le premier frein à la réussite du projet : *«vraiment, moi, je pense que c'est la stigmatisation institutionnelle, le premier truc»*, alors que pour E3, la stigmatisation n'est pas le principal frein à l'engagement : *«je trouve que ça n'est pas tant ça, qui freine un parcours. Cette question [...] arrive bien plus tard, quand déjà il y a un aspect de stabilisation ou du moins que le chemin du rétablissement est plutôt sur le haut»*. Cette différence d'opinion peut s'expliquer par le stade de rétablissement du jeune que le professionnel accompagne.

Le cadre universitaire apparaît peu adapté aux besoins des jeunes atteints de schizophrénie, en raison de son manque d'encadrement, d'un environnement anxigène, d'un soutien institutionnel insuffisant et d'une stigmatisation persistante, dont l'impact varie selon le stade de rétablissement du jeune. En revanche, des formations plus encadrées semblent plus adaptées.

## 2. L'environnement familial

L'environnement social joue un rôle déterminant en fonction du soutien qu'il apporte au jeune. Les trois professionnelles s'accordent pleinement sur l'importance essentielle de la famille dans le processus de rétablissement, qu'elles qualifient même de *«très»*, voire *«vraiment hyper importante»* (E3). En effet, E2 explique que la

schizophrénie *«vient toucher la dynamique familiale»*. E1 ajoute que *«l'étayage familial [...] peut conditionner aussi beaucoup de choses»*. Elle aborde également l'impact de la communication au sein du foyer en précisant que : *«leur discours aussi va être très important aussi au domicile»*. Enfin, E3 rappelle la nécessité d'un engagement actif de la famille dans le parcours du jeune, en déclarant : *«il faut voir si les parents sont engagés dans son projet»*.

Le soutien de la famille est perçu comme un facteur clé du rétablissement, jouant un rôle déterminant dans l'implication du jeune atteint de schizophrénie dans son projet.

## F. Aménagement de l'environnement institutionnel

### 1. Agir en partenariat

E1 affirme que l'ergothérapeute n'est pas le principal acteur pour adapter l'environnement physique de l'étudiant : *«ça n'est pas nous qui faisons l'adaptation académique de l'environnement, ce sont des dispositifs»*. E2 évoque d'ailleurs, qu'elle n'a jamais eu l'occasion d'intervenir à ce sujet : *«Franchement je n'ai pas fait, je n'ai pas fait à l'université»*.

En revanche, E1 explique que l'ergothérapeute peut tout de même contribuer à ce changement, lorsque la structure ne dispose pas de dispositif d'accompagnement pour l'étudiant en situation de handicap : *«quand dans l'endroit il n'y a pas quelque chose qui est fait»*.

Aussi, E1, E2 et E3 sont en accord pour dire que l'ergothérapeute joue un rôle de médiateur entre l'étudiant et les structures académiques afin de contribuer à une adaptation de l'environnement optimale. E1 se définit comme un *«relais qui fait sens, un interlocuteur privilégié»*, et E2 précise que l'ergothérapeute *«favorise les changements sur des choses autant pragmatiques, qu'abstraites»*. E3 confirme ce partenariat avec les équipes sociales des établissements : *«en plus de mon intervention, qu'eux puissent renforcer certaines actions avec le jeune»*.

Plusieurs aménagements sont alors possibles. E1 explique qu'il est possible de mettre en place *«des moments adaptations, au niveau de la fatigue psychique»*. E2 n'évoque pas d'exemple concret, mais sait que des choses sont possibles : *«je sais que c'est possible»*, et E3 suggère la mise en place *«des aides techniques»* afin de travailler sur l'environnement physique.

Bien que l'ergothérapeute ne soit pas toujours directement impliqué dans l'adaptation académique, il occupe un rôle privilégié en tant que médiateur entre l'étudiant et les structures, en facilitant la mise en place d'ajustements, et en accompagnant les équipes éducatives.

## 2. L'apport du MOH dans l'adaptation de l'environnement

Afin de comprendre l'influence de l'environnement sur l'engagement occupationnel du jeune, les professionnelles adhèrent toutes à l'utilisation du MOH. E1 confie qu'elle est *«très soucieuse [...] que l'environnement soit en adéquation avec le reste»*. Pour E2, le modèle est *«le lien qui permet de mieux comprendre les interactions»* entre le jeune et son environnement physique et social. E3 appuie sur la pertinence du modèle, puisqu'il permet de récolter *«vraiment toutes les informations par rapport à l'environnement physique et social»*. E1 insiste sur l'importance de l'auto-évaluation de l'environnement grâce à l'outil OSA (Occupational Self Assessment), issu du MOH : *«Quand on évalue l'OSA, il y a la partie environnementale, et en fait on est très vigilant à s'assurer comment lui évalue son environnement»*.

Les professionnelles s'accordent sur la pertinence du MOH pour comprendre l'influence de l'environnement sur l'engagement du jeune, en analysant si les interactions de la personne avec son environnement physique et social, sont en adéquation. L'auto-évaluation via l'OSA, permet un accompagnement personnalisé tout en renforçant l'engagement occupationnel.

## G. Action de déstigmatisation

### 1. Niveau institutionnel

Les trois ergothérapeutes manifestent une implication variée face à la question de la déstigmatisation. E2 est consciente de la nécessité des actions de déstigmatisation, même si elle n'en a pas menée : *«je n'ai jamais rien fait, mais je sais que c'est possible»*. E1 et E3 sont très nettement impliquées sur le sujet. Selon E1, ces actions sont une priorité de santé publique : *«pour moi, c'est la base des soins en santé»*. E1 intervient avec son équipe, et va jusqu'à en faire une affaire personnelle : *«ça m'arrive de faire quelques choses sur mon temps perso»*. E1 mène des actions de sensibilisation auprès d'un public très diversifié : des professionnels de santé, des

travailleurs du secteur social, mais aussi des acteurs du monde de l'entreprise, de l'université et des centres de formation en ergothérapie : *« On forme du médecin à des psychologues, à des éducateurs, à des gens du social, à des gens qui ne sont pas du tout dans le soin [...], dans des cursus universitaires [...], dans un IFE »*. Son objectif est clair : *« Que le territoire ne soit pas dépourvu de ces soins-là [...], et que les ergothérapeutes puissent agir de cette manière-là, aussi sur le territoire »*. E1 met ainsi en lumière le rôle essentiel des ergothérapeutes dans cette mission.

E3 est également très engagée sur le sujet, et aborde une approche originale en s'appuyant sur les patients eux-mêmes comme vecteurs de déstigmatisation : *« des usagers qui gèrent maintenant ce groupe [...] qui participent à des portes ouvertes, qui participent à des conférences dans des collèges, des lycées »*. Sa structure envisage même d'étendre leurs interventions auprès d'un public encore plus jeune, afin de déconstruire les idées reçues, avant même qu'elles ne soient ancrées : *« Ils aimeraient bien aller faire des sensibilisations dans les écoles, les collèges voire les écoles primaires même »*.

Les ergothérapeutes reconnaissent l'importance de la déstigmatisation dans l'accompagnement en santé mentale. Certaines mènent activement des actions de sensibilisation auprès de divers publics, tandis que d'autres en perçoivent l'intérêt sans encore les avoir mises en œuvre. Ces initiatives visent à mieux faire connaître les troubles psychiques, en mobilisant à la fois les professionnels et les usagers eux-mêmes, notamment dans des établissements scolaires, afin de prévenir les idées reçues dès le plus jeune âge.

## 2. Environnement symbolique : auto-stigmatisation et perte d'identité

Selon E1, l'auto-stigmatisation est une conséquence directe des stigmates de la société : *« à force de l'entendre, ils se l'approprient »*. E1, E2 et E3 sont en phase sur le fait que l'auto-stigmatisation a un impact majeur sur l'identité du jeune et par conséquent son engagement. E1 explique qu'il faut prendre en compte *« où la personne se situe, dans quoi elle s'identifie »*, et E2, *« où est-ce qu'il en est dans sa représentation de lui-même ? »*. Selon E3, la maladie peut aller jusqu'à prendre le dessus sur l'identité : *« il vit qu'à travers sa maladie [...]. Pour lui, il n'existe pas si jamais il n'a pas ça »*.

L'ensemble des ergothérapeutes assure que l'auto-stigmatisation est un frein majeur dans l'engagement de l'étudiant : «*c'est surtout l'auto-stigmatisation*» (E1), «*c'est vraiment, mais c'est vraiment ça en fait*» (E2). C'est un facteur primordial à prendre en compte. Pour E2, «*c'est le premier travail*», et pour E3, ce travail est prioritaire face aux actions d'information et de sensibilisation de la société : «*travailler l'auto-stigmatisation, avant de travailler la stigmatisation de base*».

E1 propose pour cela, de la psychoéducation avec des pairs-aidants : «*groupe de psychoéducation [...] avec une paire-aidante*». E2 est en accord pour utiliser ce moyen, même si elle est moins actrice : «*on va faire un peu de psychoéducation, mais ce n'est pas le centre de ma pratique*». E3 n'évoque pas de stratégie particulière, mais insiste sur la nécessité de reconstruire l'identité de la personne : «*Comment je me vois ? Comment je me présente ? Comment je m'analyse aux yeux de la société ?*». Cette analyse prouve que la stigmatisation agit aussi comme un frein intérieur, et pas seulement social. Il y a donc à adapter l'environnement physique et social, mais aussi l'environnement symbolique : celui de la perception que le jeune a de lui-même dans la société.

## VI. DISCUSSION

Cette partie vise à confronter les résultats empiriques de cette recherche avec les données issues de la littérature scientifique. Cette analyse critique permettra de déterminer dans quelle mesure les éléments observés sur le terrain confirment ou nuancent les connaissances théoriques existantes. Elle sera suivie d'un point sur les biais et limites méthodologiques de l'étude, avant de laisser place à une réflexion personnelle sur les apports de cette recherche et à une projection professionnelle en lien avec la pratique ergothérapique.

### A. Confrontation des résultats empiriques à la littérature scientifique

#### 1. Freins à l'engagement occupationnel

Tout d'abord, les symptômes résiduels, sont identifiés par l'ensemble des ergothérapeutes, comme un obstacle majeur à l'engagement. Ce constat rejoint les travaux de Vita et al. (2023), qui soulignent l'impact négatif des troubles cognitifs,

émotionnels et sociaux sur l'implication dans des activités valorisées. Ce constat est appuyé par Breton, montrant que près de «44 % des patients estiment que la maladie empêche l'accès aux études ou à un emploi» (Breton et al., 2010). Angladette (2023) complète en rappelant que les exigences de l'enseignement supérieur, telles que l'autonomie, l'organisation, et la gestion du stress, sont particulièrement difficiles à satisfaire pour ces jeunes, du fait des troubles cognitifs et motivationnels liés à la schizophrénie.

Les données empiriques confirment que l'auto-stigmatisation, la dévalorisation de soi et la perte de repères identitaires entraînent une réelle limitation dans les activités significatives, comme le décrivent également les travaux de Giordana (2019). Ce dernier souligne que «des croyances négatives sur soi-même, suscitant une faible estime de soi, amènent la personne à se limiter elle-même dans des activités importantes pour elle» (Giordana, 2019). Les professionnelles soulignent combien il est difficile pour les jeunes, de se voir autrement qu'à travers leur maladie. Selon elles, travailler l'auto-stigmatisation, est une priorité dans le suivi du jeune adulte atteint de schizophrénie. L'objectif de cette intervention, rejoint celui rechercher au cours du processus de rétablissement, c'est-à-dire : «prendre conscience de son handicap, de ses limites, mais également de reconnaître ses compétences, ses savoir-faire, d'avoir trouvé en soi, ou parfois aussi dans l'environnement, des ressources permettant de dépasser ses difficultés, de les contourner, de vivre avec» (Pachoud, 2018).

Par ailleurs, les témoignages recueillis révèlent que l'université est perçue comme un environnement peu adapté, voire insécurisant, pour les jeunes en situation de vulnérabilité psychique. Cela rejoint les propos d'Angladette (2023), qui souligne que l'enseignement supérieur impose des exigences élevées en termes d'autonomie, d'organisation, de socialisation et de gestion du stress, des domaines dans lesquels les jeunes atteints de schizophrénie rencontrent souvent des difficultés. Ce contraste entre les exigences du milieu académique et les capacités de ces jeunes, décrit par les ergothérapeutes, est également documenté par Isohanni et al. (2003), qui rappellent le fort taux d'échec scolaire dans cette population, aggravant ainsi l'exclusion sociale. L'étude révèle également un manque de formation et de ressources au sein des institutions, pointé par E3, qui rejoint l'analyse d'Angladette (2023). Ce dernier déplore une absence de moyens et d'accompagnement individualisé dans de nombreux établissements, rendant difficile l'inclusion. Le besoin d'un environnement plus structuré, tel que des formations en CAP ou DUT évoquées

par E3, s'inscrit alors comme une alternative en phase avec les besoins spécifiques des jeunes en rétablissement.

A cela s'ajoute l'impact délétère de la stigmatisation, largement souligné dans les propos recueillis. Les expériences de rejet et d'étiquetage négatif rapportées par E2 en milieu universitaire illustrent clairement ce phénomène. Cela confirme l'analyse de Giordana (2019), qui décrit la stigmatisation publique comme générant de la peur, pouvant alors mener à une exclusion sociale.

Les propos des professionnelles confirment l'analyse d'Angladette (2023) en insistant sur le rôle déterminant du soutien familial dans le processus de rétablissement. Ce soutien apparaît comme un levier essentiel, capable de renforcer la motivation du jeune et sa capacité à s'engager dans un projet, notamment lorsqu'il évolue dans un environnement familial structurant et bienveillant.

Enfin, la divergence de point de vue entre E1 et E3 sur le poids de la stigmatisation rejoint les éléments présents dans la littérature, qui soulignent que son impact peut différer selon le niveau de rétablissement de la personne, comme l'indique également Pachoud (2018), en définissant le rétablissement comme un processus subjectif et évolutif.

## 2. Leviers favorisant l'engagement

L'identification des freins à l'engagement vient interroger les conditions nécessaires à un véritable engagement. Les ergothérapeutes interrogées ont toutes soulevé l'importance essentielle, que le projet doit émaner du jeune lui-même, pour ainsi être significatif. Cela rentre en résonance avec les recherches de Corbière (cité dans Chouinard et al., 2003), qui démontre que l'intérêt relié aux matières scolaires serait un facteur de réussite académique. Kielhofner et Taylor (cités par Caire et Poriel, 2023) complètent en soulignant que l'aspect significatif d'une occupation est «*un élément moteur central pour l'engagement occupationnel*». Cette approche s'inscrit pleinement dans les valeurs de l'ergothérapie, étroitement liées à celles du rétablissement, défini comme «*un processus permettant à chaque personne de retrouver une vie satisfaisante et porteuse de sens*» (Briand et Bédard, 2019).

Cependant, pour que le projet prenne vie, la qualité du lien entre le jeune et le professionnel s'avère essentielle. En effet, pour intervenir efficacement, l'ergothérapeute construit une relation thérapeutique fondée sur la confiance et la sécurité, éléments essentiels pour favoriser l'engagement du patient (Désormeaux-

Moreau et al., 2019). Cette alliance, reconnue par l'ensemble des professionnelles interrogées comme un socle de l'accompagnement, illustre l'importance d'une approche centrée sur la personne, où la qualité du lien devient un levier majeur de mobilisation. Par ailleurs, l'INSERM (2020) souligne qu'un engagement actif dans un suivi, est un élément déterminant dans le processus de rétablissement.

Ce lien de confiance doit s'inscrire tout en respectant le rythme du jeune. En effet, les résultats empiriques montrent que les ergothérapeutes accordent une grande importance au respect du rythme individuel du jeune, ce qui rejoint pleinement les principes du rétablissement décrits par Pachoud (2018). Ce dernier souligne que le rétablissement ne dépend pas de la disparition des symptômes, mais d'un processus subjectif d'acceptation et de redéfinition de soi. En ce sens, adapter l'accompagnement à la temporalité du jeune, permet de soutenir progressivement son engagement dans un projet porteur de sens, condition essentielle pour qu'il puisse retrouver un sentiment de contrôle sur sa vie et renforcer son pouvoir d'agir.

### 3. Le MOH, une approche holistique

Afin de structurer leur démarche, les ergothérapeutes s'accordent à dire que le MOH apparaît comme un levier de compréhension et d'accompagnement de l'engagement occupationnel, en particulier grâce à ses composantes clés que sont la volition, l'habitation, les rôles sociaux et l'identité. Cela entre pleinement en résonance avec la définition de l'engagement occupationnel proposée par le réseau ENOTHE et par Meyer (2013), pour qui il s'agit d'un investissement significatif, émotionnel, relationnel et physique dans une activité valorisée. En abordant les déterminants personnels du jeune et en favorisant la prise de conscience de ses capacités et valeurs, le MOH rejoint également les principes du rétablissement tels que définis par Briand et Bédard (2019), pour qui l'ergothérapie s'aligne avec la visée d'une vie satisfaisante et pleine de sens. Ainsi, l'utilisation du MOH se révèle tout à fait adaptée aux enjeux spécifiques liés à la schizophrénie dans un contexte académique.

Par ailleurs, les données empiriques montrent que les ergothérapeutes s'accordent sur l'intérêt du MOH, pour comprendre comment l'environnement influence l'engagement des jeunes atteints de schizophrénie. Ce modèle est perçu comme un outil structurant qui aide à analyser les liens entre les caractéristiques personnelles du jeune, son environnement et sa capacité à s'investir dans des activités. Cette vision

s'aligne avec les fondements de l'ergothérapie évoqués dans le cadre théorique. En effet, Connor et al. (2016), Law (2002) et la WFOT (2012) soulignent tous que la santé et le bien-être sont liés à la participation dans des occupations porteuses de sens, toujours influencées par l'environnement. Dans le même sens, Morel-Bracq (2017) rappelle que l'environnement joue un rôle essentiel dans la possibilité d'agir.

Aussi, le fait que les trois professionnelles soulignent l'efficacité du MOH pour mieux comprendre l'interaction entre le jeune et son environnement montre que ce modèle est particulièrement adapté aux réalités complexes de la schizophrénie, notamment dans le contexte des études supérieures. Cela rejoint aussi les propos de Gruhl (cité par Briand & Bédard, 2019), pour qui l'ergothérapeute aide la personne à mobiliser ses ressources dans une logique de reconstruction identitaire et de rétablissement.

Enfin, E1 et E3 évoquent l'utilisation de l'auto-évaluation Occupational Self-Assessment (OSA) dans leur pratique. Cela reflète une approche centrée sur la personne, en favorisant l'expression du jeune sur sa propre perception de l'environnement. Cette pratique rejoint les valeurs défendues par Briand et Bédard (2019), qui mettent en avant le pouvoir d'agir et l'autodétermination comme leviers clés du rétablissement. Le MOH est donc perçu comme utile pour adapter l'environnement.

#### 4. Le Volitional Questionnaire (VQ)

La confrontation entre les données empiriques et la littérature scientifique extraite du manuel du Volitional Questionnaire (De Las Heras, et al., 2007) met en évidence une cohérence, mais aussi des tensions dans la mise en pratique de cet outil.

Les résultats de terrain montrent que si les trois ergothérapeutes connaissent le VQ, peu l'utilisent en pratique. Les raisons évoquées incluent des contraintes institutionnelles (absence d'achat de l'outil), un manque de formation, ou une inadéquation perçue avec certains profils de patients. De plus, il est évoqué par l'une des ergothérapeutes, que le niveau de volition peut être repéré de façon plus informelle au cours des séances, afin d'éviter une situation d'évaluation supplémentaire pouvant être vécue comme anxiogène. Cette faible utilisation contraste avec la littérature, qui insiste sur la pertinence et la flexibilité du VQ. Conçu pour évaluer la volition, chez des personnes ayant de faibles capacités verbales ou cognitives, le VQ est décrit comme un outil robuste et adaptable en santé mentale, notamment auprès de jeunes adultes ayant des troubles schizophréniques (De Las Heras, et al., 2007).

## 5. L'ergothérapeute comme facilitateur des aménagements environnementaux

La confrontation des données empiriques avec le cadre conceptuel met en lumière un positionnement clair mais nuancé du rôle de l'ergothérapeute dans l'adaptation de l'environnement académique pour les jeunes adultes atteints de schizophrénie.

Morel-Bracq (2017) affirme que la personne interagit avec l'environnement dans lequel elle évolue, et que celui-ci influence sa participation. La WFOT (2012) affirme que l'ergothérapeute peut agir sur la personne, l'occupation mais également l'environnement. Cela lui permet donc d'adapter des contextes de vie, y compris les structures d'enseignements, et ainsi favoriser l'engagement occupationnel (Désormeaux-Moreau et al., 2019). Les données empiriques récoltées mettent en relation ce constat. En effet, les ergothérapeutes interrogées se positionnent comme médiateurs entre l'étudiant et les équipes pédagogiques ou sociales. Cela leur donne le rôle d'interlocuteur privilégié capable de mettre en place des aménagements concrets (adaptation des horaires, aides techniques...).

En revanche, les professionnelles confient qu'elles ne sont pas les seules impliquées dans ce rôle. En effet, elles évoquent toutes l'existence de dispositifs favorisant l'inclusion des personnes en situation de handicap physique et psychique. Cela permet de justifier la mise en application de la loi du 11 février 2005, à propos de l'égalité des chances, garantissant une compensation adaptée aux conséquences du handicap (Légifrance, 2008).

La confrontation met en évidence que, bien que l'ergothérapeute ne soit pas toujours l'acteur principal des aménagements de l'environnement, son rôle de facilitateur et de médiateur est pleinement reconnu, en cohérence avec les fondements de sa profession. Sa capacité à initier des adaptations concrètes, dans une approche individualisée, soutient directement l'engagement occupationnel du jeune adulte dans son projet d'études.

## 6. La déstigmatisation, une mission thérapeutique

Les données empiriques révèlent que les ergothérapeutes peuvent intervenir à deux niveaux pour réduire l'impact de la stigmatisation : dans la société à travers des actions de sensibilisation, et auprès de la personne en travaillant l'image de soi et l'estime personnelle.

Deux sur trois professionnelles s'impliquent activement dans des actions de sensibilisation auprès de divers publics (professionnels de santé, établissements scolaires, grand public). Ces actions répondent à la mission de promotion de la santé mentale et de changement social que défend la WFOT (2012), selon laquelle l'ergothérapeute doit agir en «*travaillant avec les personnes et les communautés*» pour favoriser l'engagement occupationnel.

Par ailleurs, les ergothérapeutes insistent sur la nécessité de travailler d'abord l'auto-stigmatisation avant même d'agir sur la stigmatisation publique, car celle-ci influence directement l'identité du jeune et sa capacité à s'investir dans un projet. Cela renvoie aux travaux de Pachoud (2018) et Deegan (2002), qui considèrent la reconstruction de l'identité et le renforcement du pouvoir d'agir comme des éléments centraux du processus de rétablissement.

L'utilisation de la psychoéducation et des groupes de pairs-aidants, citée par E1 et E3, représente une stratégie pertinente pour déconstruire les croyances négatives et reconstruire une image de soi valorisante. Cela est en cohérence avec les valeurs humanistes de l'ergothérapie et les principes du processus de rétablissement permettant à la personne «*un retour à une vie satisfaisante et pleine de sens*» (Briand & Bédard, 2019).

## B. Retour sur les hypothèses de recherche

### 1. Hypothèse 1

L'ensemble des résultats empiriques révèle que les symptômes résiduels, la perte d'identité liée à l'auto-stigmatisation sont des freins majeurs. Cependant les professionnelles expliquent que certaines conditions doivent être réunies pour favoriser l'engagement : le projet doit être significatif, la relation thérapeutique doit être de qualité, et l'ergothérapeute doit s'adapter au niveau d'acceptation de la maladie du jeune adulte. Pour structurer leur démarche, les professionnelles estiment que le MOH, apparaît comme un guide solide pour comprendre ces enjeux. En revanche, l'usage du VQ reste trop rare en raison d'un manque de formation ou de contraintes institutionnelles.

Par conséquent, **l'hypothèse** selon laquelle l'évaluation de la volition, à l'aide du Volitional Questionnaire, permet à l'ergothérapeute d'identifier les freins et les leviers

influençant l'engagement occupationnel du jeune adulte atteint de schizophrénie, dans son projet d'études supérieures, **est invalidée**.

## 2. Hypothèse 2

L'ensemble des résultats empiriques confirme que l'environnement académique, souvent inadapté et stigmatisant, constitue un frein majeur à l'engagement des jeunes atteints de schizophrénie. Dans ce contexte, l'environnement familial joue un rôle déterminant. Le soutien actif des proches peut offrir un cadre sécurisant et structurant. Le MOH est unanimement perçu comme un outil pertinent pour analyser les interactions entre la personne et son environnement. Bien que l'ergothérapeute ne soit pas toujours moteur des aménagements académiques, son rôle de médiateur est reconnu. Enfin, les actions de sensibilisation et de lutte contre l'auto-stigmatisation (psychoéducation, pair-aidance) soutiennent la reconstruction identitaire.

Par conséquent, **l'hypothèse** selon laquelle l'ergothérapeute favorise l'engagement occupationnel du jeune adulte atteint de schizophrénie en agissant l'environnement académique, afin de réduire les effets de la stigmatisation, **est validée**.

## C. Biais et limites

Cette étude fait ressortir des résultats pertinents. Cependant, la taille restreinte de l'échantillon apporte certaines limites, puisque seulement trois professionnelles ont été interrogées. De plus, le temps imparti pour diriger cette recherche, n'a pas donné la possibilité d'approfondir cette étude. Nous ne pouvons donc pas généraliser les résultats à l'ensemble de la pratique.

Plusieurs biais ont pu également influencer cette étude. Un biais de subjectivité peut être évoqué. En effet, l'analyse des entretiens repose sur mon interprétation, qui peut être influencée par mes propres représentations ou attentes. De plus, le contexte des entretiens téléphoniques, n'a pas permis l'analyse du langage corporel des ergothérapeutes interrogées. Par conséquent, la nuance de certains propos n'a pas pu être évaluée. Cela constitue donc un biais de communication. Enfin, un biais de confirmation a également pu influencer cette étude. En effet, j'ai parfois tenté d'orienter l'échange de manière à obtenir des éléments évoqués lors des précédents entretiens,

pour ainsi confirmer mes hypothèses de recherche. Ce biais a pu limiter l'ouverture à d'autres interprétations.

Ces biais et limites influencent donc les résultats, et amènent à faire des recherches supplémentaires pour approfondir ces constats.

#### **D. Apports personnels**

A travers ce travail, j'ai pu approfondir des concepts fondamentaux de l'ergothérapie, tels que l'engagement occupationnel, la volition, ou encore l'influence de l'environnement sur la participation. La recherche de littérature m'a amenée à découvrir le concept de rétablissement, et d'en mesurer l'importance dans le domaine de la santé mentale. Les échanges avec les professionnelles ont enrichi mes connaissances à propos de l'intervention de l'ergothérapeute auprès de jeunes adultes atteints de schizophrénie. J'ai pu appréhender comment un modèle conceptuel, tel que le MOH, peut s'appliquer concrètement dans la pratique clinique. Cela m'a permis de consolider mon intérêt pour une approche centrée sur la personne, en tenant compte de ses occupations et son environnement.

Enfin, grâce à cette initiation à la recherche, j'ai pu m'approprier les bases de la méthodologie. Cela m'a appris à organiser ma réflexion, à développer une rigueur d'analyse, mais également de prendre conscience des enjeux d'une recherche scientifique.

Néanmoins, j'ai pu prendre du recul sur la gestion du temps imparti pour ce travail. La démarche de recrutement demande un certain temps, qu'il est difficile de maîtriser en fonction des disponibilités des professionnels. Par conséquent, je tiendrai compte de cet élément dans un éventuel prochain travail de recherche, en anticipant plus cette étape.

#### **E. Projection professionnelle**

Cette recherche a confirmé mon souhait de m'orienter vers le domaine de la santé mentale, et plus spécifiquement vers l'accompagnement des jeunes adultes dans la construction de projets concrets tels que la reprise d'études, l'accès à l'emploi ou le développement de l'autonomie. Je souhaite m'inscrire dans une pratique ergothérapique basée sur les principes du rétablissement. Dans cette perspective, j'envisage de structurer ma réflexion sur le Modèle de l'Occupation Humaine, afin de

favoriser un engagement occupationnel adapté. Cette étude m'a également sensibilisée à l'enjeu crucial de la déstigmatisation. Je souhaite m'investir dans des actions de sensibilisation auprès des patients et leur entourage, mais également auprès du grand public, pour déconstruire les préjugés liés à la schizophrénie. D'un point de vue plus personnel, ce travail m'a aidée à renforcer mon identité professionnelle : j'accorde une grande importance à la qualité de la relation thérapeutique, et à l'accompagnement dans des projets significatifs pour la personne. Il a aussi développé ma posture réflexive, en m'incitant à analyser ma pratique. Enfin, cette expérience m'a donnée envie de continuer à me former, notamment sur des concepts clés tels que le rétablissement ou le MOH.

## CONCLUSION

Ce travail de recherche s'est intéressé à la manière dont l'ergothérapeute peut favoriser l'engagement occupationnel du jeune adulte atteint de schizophrénie dans son projet d'études supérieures, en s'appuyant sur les fondements du Modèle de l'Occupation Humaine. À travers l'exploration de deux hypothèses complémentaires, cette étude a permis de mettre en lumière les freins et les leviers à l'engagement de ces jeunes, mais aussi de préciser le rôle spécifique que peut jouer l'ergothérapeute dans l'accompagnement de leur projet.

Les résultats ont montré que la volition, peut être profondément altérée par les symptômes négatifs de la schizophrénie, par la perte de repères identitaires, ainsi que par la stigmatisation intériorisée ou publique. Ces éléments freinent l'initiative, la projection et le sentiment de compétence, autant de dimensions pourtant essentielles à l'investissement dans un parcours académique. En revanche, l'étude ne permet pas de révéler si l'évaluation de la volition, grâce au Volitional Questionnaire, permet d'identifier les facteurs influençant l'engagement occupationnel. L'usage de l'outil reste trop peu utilisé dans les pratiques courantes, en raison de contraintes institutionnelles ou de manque de formation. Cependant, l'étude révèle que l'engagement occupationnel sera favorisé par un projet porteur de sens pour le jeune adulte, la qualité de la relation thérapeutique et l'adaptation de l'intervention de l'ergothérapeute face au niveau d'acceptation de la maladie.

Par ailleurs, l'adaptation de l'environnement physique, social, familial et symbolique apparaît comme une condition indispensable à l'engagement. Le cadre universitaire

est souvent perçu comme peu inclusif et générateur d'angoisse pour ces jeunes. Dès lors, l'ergothérapeute, en tant que médiateur entre le jeune et les structures académiques, a un rôle clé à jouer pour favoriser des aménagements adaptés. L'utilisation du MOH, apparaît comme un cadre de référence pertinent pour comprendre les interactions du jeune dans son environnement.

Enfin, la stigmatisation a été identifiée comme un frein majeur à la reprise d'études. Qu'elle soit publique ou intériorisée, elle réduit la confiance en soi et compromet la projection dans le projet universitaire. Les ergothérapeutes peuvent agir à différents niveaux pour la déconstruire, notamment par la psychoéducation, les groupes de pairs-aidants ou des actions de sensibilisation. Ces interventions rejoignent les valeurs fondamentales de l'ergothérapie, qui visent à restaurer le pouvoir d'agir et l'autonomie. Ce mémoire a donc permis de confirmer la pertinence d'une approche ergothérapique centrée sur l'engagement occupationnel et l'environnement pour accompagner le rétablissement de jeunes atteints de schizophrénie dans un projet d'études supérieures. Il met en évidence l'intérêt d'intégrer le MOH pour mieux évaluer et soutenir l'engagement occupationnel dans ce contexte particulier.

Afin d'approfondir ce travail de recherche, des perspectives peuvent être envisagées. Cela pourrait consister à interroger d'autres professionnels utilisant le VQ, afin d'obtenir un échantillon plus représentatif de la pratique, et recueillir d'avantage de données en lien avec son usage. Il serait également pertinent d'explorer d'autres outils d'évaluation mentionnés par les ergothérapeutes interrogées, tels que l'Occupational Self Assessment (OSA). Cet outil, qui permet d'auto-évaluer la capacité de la personne à maintenir ses occupations en lien avec ses valeurs, pourrait se révéler comme particulièrement pertinent pour accompagner des étudiants atteints de schizophrénie dans leur parcours universitaire.

# BIBLIOGRAPHIE

## Ouvrages

Caire, J. et Poriel, G. (2023). *L'ergothérapie centrée sur la personne et ses occupations : guide de pratique* (p. 45-47). De Boeck Supérieur.

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>

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://stm-cairn-info.ezproxy.normandie-univ.fr/la-science-de-l-occupation-pour-l-ergotherapie--9782353273515-page-125>

Coron, C. (2020). Outil 1. Approche quantitative ou qualitative ? In *La Boîte à outils de l'analyse de données en entreprise* (p. 12-13). Dunod. <https://www.cairn.info/la-boite-a-outils-de-l-analyse-de-donnees--9782100808557-p12.htm>

Csillik, A., & Fenouillet, F. (2019). Chapitre 13. Edward Deci, Richard Ryan et la théorie de l'autodétermination. In *Psychologies pour la formation* (p. 223-240). Dunod.  
<https://doi.org/10.3917/dunod.carre.2019.02.0223>

Franck, N. (2016). *La Schizophrénie. La reconnaître et la soigner* (2<sup>ème</sup> ed.). Odile Jacob.

Giordana, J.-Y. (2019). 5. La schizophrénie : Une maladie stigmatisante ? Sa représentation dans la population générale. In *Les schizophrénies* (p. 34-38). Lavoisier. <https://doi.org/10.3917/lav.dollf.2019.01.0034>

Meyer, S. (2013). Chapitre 9. L'énergie du «faire»: la motivation, la volition, l'engagement. In *De l'activité à la participation* (1<sup>ère</sup> édition) (p.143-150, p.153-157). De Boeck Supérieur.

Mignet, G. (2015). Motivation, volition et engagement: Éclairage du Modèle de l'occupation humaine. In *L'activité humaine : Un potentiel pour la santé ?* (p. 97-107). De Boeck.

Morel-Bracq, M.-C., Margot-Cattin, P., Margot-Cattin, I., Mignet, G., Doussin-Antzer, A., Sorita, É., Caire, J.-M., Rouault, L., & Rousseau, J. (2017). Chapitre 2. Modèles généraux en ergothérapie. In *Les modèles conceptuels en ergothérapie* (p. 2-8 et p. 72-85). De Boeck Supérieur. <https://doi.org/10.3917/dbu.morel.2017.01.0051>

Sauvayre, R. (2021). Chapitre 3. Le guide d'entretien. In *Initiation à l'entretien en sciences sociales. Coursus*, (2<sup>ème</sup> éd.), (p. 29-60). Armand Colin. <https://shs-cairn-info.ezproxy.normandie-univ.fr/initiation-a-l-entretien-en-sciences-sociales--9782200630836-page-29?lang=fr>

## **Articles**

Angladette, L. (2023). Pathologies émergentes à l'adolescence et déscolarisation. Quels obstacles à une reprise de la scolarité? *L'information psychiatrique*, 99(7), 445-452. <https://doi.org/10.1684/ipe.2023.2616>

Breton, N., Aubreton, C., Dalmay, F., Bouysse, A.-M., Blanchard, M., & Nubukpo, P. (2010). Stigmatisation de la schizophrénie: Enquête auprès de quarante patients schizophrènes stabilisés. *L'information psychiatrique*, 86(9), 785-793. <https://doi.org/10.1684/ipe.2010.0687>

Briand, C., & Bédard, M. (2019). L'ergothérapeute : un agent de changement et un leader pour une recherche en santé mentale axée vers le rétablissement. *Revue Francophone De Recherche En Ergothérapie*, 5(1), 3–9. <https://doi.org/10.13096/rfre.v5n1.150>

Chouinard, S., Stip, E., Comtois, G., Corbière, M., Bolé, P., Lamontagne, L., Lecavalier, M., & Beauregard, F. (2003). Retour à l'école de jeunes patients souffrant de troubles mentaux graves : Premier regard sur un projet pilote montréalais. *Santé mentale au Québec*, 28(2), 273-290. <https://doi.org/10.7202/008628ar>

Deegan, P. E. (2002). Recovery as a Self-Directed Process of Healing and Transformation. *Occupational Therapy in Mental Health*, 17(3-4), 5-21. [https://doi.org/10.1300/J004v17n03\\_02](https://doi.org/10.1300/J004v17n03_02)

Désormeaux-Moreau, M., Naud-Lepage, G., et Drolet, M. J. (2020). Assurer la validité de contenu lors du développement d'un outil d'évaluation : Soutenir l'ergothérapie pas à pas. *Revue francophone de recherche en ergothérapie*, 6(2), 75-97.

Fekih-Romdhane, F., Chennoufi, L., & Cheour, M. (2016). La schizophrénie dans le DSM-5. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 174(8), 672-676. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2015.07.038>

Pachoud, B. (2018). La perspective du rétablissement : Un tournant paradigmatique en santé mentale. *Les Cahiers du Centre Georges Canguilhem*, 7(1), 165-180. <https://doi.org/10.3917/ccgc.007.0165>

Vacheron, M.-N., Veyrat-Masson, H., & Wehbe, E. (2017). What support of young presenting a first psychotic episode, when schooling is being challenged?. *L'Encephale*, 43(6), 570-576. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2017.10.001>

Vita, A., Barlati, S., Deste, G., Nibbio, G., Penn, D. L., Pinkham, A. E., ... Harvey, P. D. (2023). Life engagement in people living with schizophrenia: predictors and correlates of patient life engagement in a large sample of people living in the community. *Psychological Medicine*, 53(16), 7943–7952. doi:10.1017/S0033291723002106

<https://www.cambridge.org/core/journals/psychological-medicine/article/life-engagement-in-people-living-with-schizophrenia-predictors-and-correlates-of-patient-life-engagement-in-a-large-sample-of-people-living-in-the-community/C2E4BEE06A4851D306FD9FE61032755C>

## Autres références

De la Heras, C. G., Geist, R., Kielhofner, G. & Li, Y. (2007). *Volitional questionnaire (VQ)*. Assessment manual. The university of illinois at Chicago. <https://crmoh.ulaval.ca/outils-devaluation/vq/>

Drolet, M.-J. (s. d.). *Répertoire français des valeurs professionnelles liées à l'ergothérapie*. UQTR. Université du Québec à Trois-Rivières. Consulté 15 janvier 2025, à l'adresse [https://oraprdnt.uqtr.quebec.ca/portail/gscw031?owa\\_no\\_site=2529&owa\\_no\\_fiche=17#\\_ftn1](https://oraprdnt.uqtr.quebec.ca/portail/gscw031?owa_no_site=2529&owa_no_fiche=17#_ftn1)

Inserm (2020). *Schizophrénie*. Inserm, La science pour la santé. Consulté 6 septembre 2024, à l'adresse <https://www.inserm.fr/dossier/schizophrénie/>

Ipsos. (2014). *Les Français et leur santé mentale : Comment améliorer la prévention ?* Consulté 15 janvier 2025, à l'adresse <https://www.ipsos.com/fr-fr/les-francais-et-leur-sante-mentale-comment-ameliorer-la-prevention>

Ipsos. (2016). *71% des Français estiment être mal informés sur les maladies mentales*. Consulté 15 janvier 2025, à l'adresse <https://www.ipsos.com/fr-fr/71-des-francais-estiment-etre-mal-informes-sur-les-maladies-mentales>

Légifrance. (2008). *LOI n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées et liens vers les décrets d'application*. Consulté 15 janvier 2025, à l'adresse <https://www.legifrance.gouv.fr/dossierlegislatif/JORFDOLE000017759074/>

Mignet, G., & Turpain, T. (s. d.). *L'OTIPM pour une pratique centrée sur la personne et sur l'occupation*. <https://anfe.fr/wp-content/uploads/2021/02/Webinaire-ANFE-OTIPM.pdf>

Mon Parcours Handicap. (2024). *Quels sont les grands principes de la compensation du handicap ?* Consulté 15 janvier 2025, à l'adresse

<https://www.monparcourshandicap.gouv.fr/etudes-superieures/quels-sont-les-grands-principes-de-la-compensation-du-handicap>

OMS. (2022). *Principaux repères sur la schizophrénie*. Consulté 15 janvier 2025, à l'adresse <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>

OMS. (s. d.). *Santé mentale*. Consulté 15 janvier 2025, à l'adresse <https://www.who.int/fr/health-topics/mental-health>

Tamminga, C. (2022). *Schizophrénie*. Édition professionnelle du Manuel MSD. Consulté 15 janvier 2025, à l'adresse <https://www.msmanuals.com/fr/professional/troubles-psihiatriques/schizophrénie-et-troubles-apparentés/schizophrénie>

WFOT. (s. d.). *About Occupational Therapy*. World Federation of Occupational Therapists. Consulté 14 janvier 2025, à l'adresse. <https://wfot.org/about/about-occupational-therapy>

## ANNEXES

ANNEXE I : SOLLICITATION DES ERGOTHERAPEUTES.....	I
ANNEXE II : FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT .....	II
ANNEXE III : GUIDE D'ENTRETIEN.....	III

## ANNEXE I : SOLLICITATION DES ERGOTHERAPEUTES

Objet : Ergothérapie et engagement occupationnel du jeune adulte atteint de schizophrénie dans ses études supérieures

Bonjour,

Je m'appelle Sonia HEBERT, actuellement en 3<sup>ème</sup> année d'ergothérapie au sein de l'IFE La Musse (27). Je réalise mon mémoire de fin d'étude sur **l'accompagnement du jeune atteint de schizophrénie dans ses études supérieures**.

L'objectif de cette recherche est d'étudier l'impact de l'intervention de l'ergothérapeute sur **l'engagement occupationnel du jeune**, en s'appuyant sur le **Modèle de l'Occupation Humaine (MOH)**.

Je suis à la recherche d'ergothérapeutes travaillant auprès de ce public inscrit dans un projet d'études supérieures, connaissant ou utilisant le Modèle de l'Occupation Humaine.

Je vous sollicite pour participer à un entretien, d'environ 30 à 45 min, afin de comprendre votre pratique auprès de ce public.

N'hésitez pas à partager ma demande auprès d'autres ergothérapeutes susceptibles de correspondre à ces critères d'inclusion.

Merci de l'intérêt que vous portez à cette étude.

Je reste à votre disposition pour toutes informations supplémentaires.

HEBERT Sonia

## ANNEXE II : FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

### Formulaire d'information et de consentement

Dans le cadre de mon mémoire d'initiation à la recherche, vous êtes sollicité pour participer à l'étude concernant l'impact de l'ergothérapeute sur l'engagement occupationnel des jeunes adultes atteints de schizophrénie dans leurs études supérieures.

Ce document est une note informative recensant les informations nécessaires à la compréhension du déroulement de cette étude :

- Votre participation est volontaire et consistera à prendre part à un entretien d'une durée estimée entre 30 et 45 minutes.
- Aucune donnée personnelle permettant de vous identifier ne sera divulguée.
- Un enregistrement de l'échange sera réalisé afin de pouvoir le retranscrire et ainsi exploiter les informations récoltées de manière optimale.
- L'ensemble des réponses sera utilisé uniquement dans le cadre de cette étude.
- Vous pouvez interrompre l'entretien à tout moment.

En signant ce document, vous confirmez avoir pris connaissance des informations ci-dessus et acceptez de participer à cette étude.

Le .... / .... / 2025, à .....

Nom et prénom de l'interviewé

.....

Signature :

Nom et prénom de l'interviewer

HEBERT Sonia

[soniahebert09@gmail.com](mailto:soniahebert09@gmail.com)

### ANNEXE III : GUIDE D'ENTRETIEN

- Présentation du cadre de recherche et des objectifs de l'entretien.
- Explication des principes éthiques (confidentialité, anonymat, droit de retrait).
- Recueil des données sociodémographiques :
  - Année de diplôme
  - Type de structure dans lequel vous intervenez
  - Durée de l'expérience dans le domaine de la santé mentale

L'impact de la schizophrénie	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pouvez-vous décrire votre expérience en tant qu'ergothérapeute auprès de jeunes adultes atteints de schizophrénie ?</li> <li>- Quels sont, selon vous, les principaux freins ou difficultés rencontrés par ces jeunes adultes en milieu académique ?</li> <li>- Comment accompagnez-vous les patients dans leur projet d'études supérieures ?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Quels sont les principaux objectifs d'accompagnement que vous fixez avec ces patients ?</li> <li>- Ces freins sont-ils plutôt d'ordre personnel, social ou institutionnel ?</li> <li>-Quels outils ou stratégies utilisez-vous pour structurer cet accompagnement ?</li> </ul>
L'engagement occupationnel	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Comment définissez-vous l'engagement occupationnel ?</li> <li>- Quelles sont les conséquences de la schizophrénie sur l'engagement occupationnel ?</li> <li>- En quoi l'ergothérapeute peut-il agir sur l'engagement occupationnel du jeune adulte atteint de schizophrénie ?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Avez-vous déjà observé des facteurs déterminants pour améliorer ou détériorer cet engagement ?</li> <li>-Quels aspects de la maladie ont le plus d'impact sur la capacité à s'investir dans un projet académique ?</li> <li>-Quels sont les leviers les plus efficaces que vous avez pu identifier ?</li> </ul>
MOH et outils d'évaluation	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sur quel modèle vous appuyez-vous pour ce type de suivi ?</li> <li>- Selon vous, en quoi le Modèle de l'Occupation Humaine peut-il</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Pourquoi privilégiez-vous ce modèle en particulier ?</li> <li>-Comment l'appliquez-vous concrètement dans votre pratique ?</li> </ul>

	<p>favoriser l'engagement occupationnel ?</p> <p>- Avec quels outils évaluez-vous l'engagement occupationnel dans votre pratique ?</p>	<p>-Existe-t-il des limites dans leur utilisation avec cette population ?</p>
Évaluation de la volition	<p>- Avez-vous déjà utilisé le Volitional Questionnaire (VQ) dans votre pratique ?</p> <p>- Comment cet outil vous aide-t-il à identifier les freins et les leviers influençant l'engagement occupationnel de la personne ?</p> <p>- Quels ont été les impacts de cette identification sur le projet d'étude du patient ?</p>	<p>-Quels en sont, selon vous, les avantages et les limites ?</p> <p>-Quelles observations vous semblent les plus révélatrices dans cet outil ?</p> <p>-Cette identification a-t-elle facilité la mise en place d'un accompagnement plus adapté ?</p>
Effets de la stigmatisation	<p>- Avez-vous observé les effets de la stigmatisation sur l'engagement occupationnel du jeune dans ses études ?</p> <p>- Quels moyens avez-vous mis en place pour la réduire ?</p>	<p>-Comment ces effets se manifestent-ils concrètement ?</p> <p>Quels types de réactions observez-vous de la part des étudiants concernés ?</p> <p>-Quelles actions de sensibilisation avez-vous menées ?</p>
Adaptation de l'environnement	<p>- Quels types d'adaptations recommandez-vous pour favoriser l'intégration du patient dans son projet ?</p> <p>-En quoi le MOH peut-il être utile pour adapter l'environnement physique et social des étudiants ?</p>	<p>-Avez-vous des recommandations spécifiques pour l'environnement académique ? Quels types d'accompagnements ou d'aides sont les plus efficaces ?</p> <p>-Avez-vous des exemples concrets d'application du MOH dans l'adaptation de l'environnement ?</p>

**ENGAGEMENT OCCUPATIONNEL DE L'ETUDIANT ATTEINT DE  
SCHIZOPHRENIE : ROLE DE L'ERGOTHERAPEUTE ET APPORT DU MOH**

HEBERT Sonia

**Résumé** : Suivre des études supérieures représente un enjeu majeur pour un jeune adulte. Mais lorsque s'ajoute un diagnostic de schizophrénie, il doit alors affronter de nombreux obstacles. Ce mémoire traite de la façon dont l'ergothérapeute peut soutenir l'engagement occupationnel de jeunes atteints de schizophrénie dans un projet académique, en s'appuyant sur le Modèle de l'Occupation Humaine. Grâce à une approche qualitative, basée sur des entretiens semi-directifs auprès de professionnels, ce travail étudie deux axes majeurs : l'évaluation de la volition via le Volitional Questionnaire et l'adaptation de l'environnement académique pour limiter la stigmatisation. L'analyse expose les facteurs influençant l'engagement occupationnel du jeune, et la pertinence du MOH comme guide d'intervention. Ce mémoire offre des pistes pratiques pour promouvoir un accompagnement centré sur la personne, en valorisant le pouvoir d'agir et le processus de rétablissement.

**Mots clés** : Ergothérapeute, Schizophrénie, Etudes supérieures, Engagement occupationnel, Modèle de l'Occupation Humaine, Volitional Questionnaire.

**Occupational Engagement of Students with Schizophrenia: The Role of the  
Occupational Therapist and the Contribution of the MOHO**

**Abstract** : Higher education is a major challenge for young adults. But when a diagnosis of schizophrenia is added to the equation, they face many obstacles. This research explores how occupational therapists can support the occupational engagement of young people with schizophrenia in an academic project, using the Model of Human Occupation. Using a qualitative approach, based on semi-structured interviews with professionals, this study focuses on two main areas: assessing volition via the Volitional Questionnaire, and adapting the academic environment to limit the effects of stigmatization. The analysis exposes the factors influencing young people's occupational engagement, and the relevance of the MOHO as an intervention guide. This dissertation offers practical suggestions to promote person-centered support, valuing the power to act and the recovery process.

**Keywords** : Occupational Therapist, Schizophrenia, Higher Education, Occupational Engagement, Model of Human Occupation, Volitional Questionnaire.