

Adolescents à Ultra-Haut Risque de transition
psychotique et Ergothérapie :
un accompagnement vers une construction de l'identité
occupationnelle

BRIANCEAU Charlotte

Sous la direction de Justine LELOUP

ENGAGEMENT SUR L'HONNEUR

L'arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'Etat d'ergothérapeute précise que l'Unité d'intégration UE 6.5 Semestre 6 intitulée « Evaluation de la pratique professionnelle et recherche » a pour modalité d'évaluation un mémoire d'initiation à la recherche : écrit et argumentation orale.

L'étudiant(e) réalise, après utilisation du traitement de textes, un mémoire d'au moins 40 pages sans excéder 65 pages, hors annexes.

Ce mémoire doit permettre à l'étudiant(e) de montrer ses capacités à utiliser des outils d'expertise et de recherche, ainsi que ses capacités à synthétiser et rendre compte des résultats de son travail.

Le mémoire peut être :

- Un travail de recherche fondamentale relatif à la pratique de l'ergothérapie.
- Un travail de recherche appliquée à partir de l'observation d'un ou plusieurs cas cliniques.

L'étudiant(e) est aidé(e) dans sa recherche et dans son travail d'écriture par un maître de mémoire.

Le sujet et le maître de mémoire sont choisis par l'étudiant(e) en accord avec le directeur de l'institut.

Je, soussigné(e), BRIANCEAU Charlotte, étudiant(e) en 3ème année en institut de formation en ergothérapie, m'engage sur l'honneur à mener ce travail écrit dans les règles édictées.

Je reconnais avoir été informé(e) des sanctions et des risques de poursuites pénales qui pourraient être engagées à mon encontre en cas de fraude, et/ou de plagiat avéré.

A Paris, le 14/04/2025

Signature :



Note aux lecteurs :

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

Remerciements

Je souhaite tout d'abord remercier Justine LeLoup, ma directrice de mémoire, pour avoir accepté de m'accompagner dans l'élaboration de mon mémoire d'initiation à la recherche. Sa disponibilité, ses conseils avisés et son écoute bienveillante ont été d'un grand soutien dans chacune des étapes de ce travail.

Je souhaite aussi remercier les professionnels qui m'ont accompagnée durant mes stages et mon apprentissage, en particulier Chloé, pour ses conseils, ses recommandations de lecture et surtout pour son soutien.

Merci à Marie et Aurore, à Paul et Pépita, qui, sans lien direct avec le sujet, m'ont écoutée avec attention et conseillée.

Merci à Baptiste pour la richesse de nos échanges, qui m'ont vraiment aidée à faire mûrir mes idées et à nourrir ma réflexion.

Enfin, un grand merci à ma sœur, pour sa présence, son soutien et surtout sa patience tout au long de ce parcours.

Sommaire

Introduction.....	1
Partie théorique.....	2
1. Cadre Contextuel.....	3
1.1. Qu'est ce que la psychose ?.....	3
1.1.1. Définitions et symptômes.....	3
1.1.2. L'installation d'un trouble psychotique.....	4
1.2. Les facteurs de risques d'un trouble psychotique.....	6
1.2.1. Le modèle stress-vulnérabilité-compétence.....	6
1.2.2. Facteurs de risques et facteurs de protections d'un PEP.....	7
1.3. Population concernée.....	8
1.3.1. Les jeunes à Ultra-Haut-Risque de transition psychotique.....	8
1.3.2. Sémiologie des adolescents UHR.....	9
1.4. Répercussions fonctionnelles.....	10
1.4.1. Les Activités de Vie Quotidienne (AVQ).....	10
1.4.2. Le fonctionnement social.....	11
1.4.3. Le fonctionnement professionnel/académique.....	11
1.5. Prises en soins des adolescents UHR.....	12
1.5.1. Les recommandations internationales.....	12
1.5.2. Qu'est ce que l'intervention précoce ?.....	13
1.5.3. Les techniques de prise en soins en intervention précoce.....	14
1.5.4. Les professionnels.....	15
1.6. Le rôle de l'ergothérapeute.....	16
1.6.1. Qu'est ce que l'ergothérapie ?.....	16
1.6.2. L'ergothérapie en santé mentale.....	16
1.6.3. L'ergothérapeute en intervention précoce.....	17
1.6.4. Difficultés de l'intervention précoce et recommandations en ergothérapie.....	18
2. Processus de problématisation.....	19
3. Cadre conceptuel.....	20
3.1. L'adolescence.....	20
3.1.1. L'adolescence, une période de changement.....	20
3.1.2. Construction de l'identité chez les adolescents.....	21
3.1.3. Symptomatologie UHR et construction de l'identité.....	21
3.2. Modèle de l'Occupation Humaine (MOH).....	23
3.2.1. Les principes fondamentaux du modèle.....	23
3.2.2. Utilisation dans la pratique en ergothérapie.....	24

3.3. Identité Occupationnelle.....	24
3.3.1. Qu'est ce que l'identité occupationnelle ?.....	24
3.3.2. Identité occupationnelle et adolescents UHR.....	25
3.3.3. Ergothérapie et identité occupationnelle.....	26
3.4. Le rétablissement fonctionnel.....	27
3.4.1. Qu'est ce que le rétablissement fonctionnel ?.....	27
3.4.2. Rétablissement fonctionnel des adolescents UHR.....	28
4. Hypothèses.....	29
Partie exploratoire.....	30
1. Méthodologie de l'enquête.....	31
1.1. Contexte.....	31
1.2. Objectifs de l'enquête et critère d'évaluation.....	31
1.3. Choix de la population.....	32
1.3.1. Critères d'inclusion.....	32
1.3.2. Critères de non-inclusion.....	33
1.4. Constitution de l'échantillonnage.....	33
1.5. Outil d'enquête.....	34
1.5.1. Choix de l'outil.....	34
1.5.2. Construction de l'outil.....	34
2. Passation.....	34
2.1. Résultat de l'enquête.....	34
2.1.1. Données brutes.....	34
2.1.2. Analyse des résultats.....	36
2.2. Discussion.....	48
2.2.1. Significations des résultats.....	48
2.2.2. Limites des résultats.....	52
2.2.3. Mise en perspective de l'hypothèse.....	53
2.2.4. Apport du travail de recherche.....	54
Conclusion.....	55
Bibliographie.....	56
Sommaire des annexes.....	1
Annexe 1 : Glossaire.....	1
Annexe 2 : Modèle d'apparition clinique de la psychose.....	2
Annexe 3 : Principes de prise en soins en fonction des stades cliniques.....	2
Annexe 4 : Guide d'entretien.....	3
Annexe 5 : Tableau récapitulatif des résultats bruts.....	8
Annexe 6 : Retranscription d'entretien E1.....	16

Abréviations

ACE	Association Canadienne des Ergothérapeutes
ANFE	Association Nationale Française des Ergothérapeutes
APS	<i>Attenuated Psychotic Symptoms</i>
AVQ	Activités de la Vie Quotidienne
BLIPS	<i>Brief Limited Intermittent Psychotic Symptoms</i>
CAARMS	<i>Comprehensive Assessment of At Risk Mental State</i>
CIM	Classification International des Maladies
DPNT	Durée de trouble Psychotique Non-Traité
DSM	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders</i>
ELADEB	Echelles Lausannoises d'Auto-Évaluation des Difficultés Et des Besoins.
HAS	Haute Autorité de Santé
MOH	Modèle de l'Occupation Humaine
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PEP	Premier Épisode Psychotique
TCC	Thérapie Cognitivo-Comportementale
UHR	Ultra Haut Risque de transition psychotique (<i>Ultra-High Risk</i>)
WFOT	<i>World Federation of Occupational Therapist</i>

Introduction

Les troubles psychiques chez les jeunes constituent aujourd'hui un enjeu majeur de **santé publique**. En effet, en France, 56 % des moins de 25 ans déclarent être concernés par des troubles psychiques (Ipsos pour AXA Prévention, juin 2024). Or, selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), plus de **50 % des pathologies psychiatriques de l'adulte** apparaissent avant l'âge de **16 ans** (Amiel, 2017). Chez les 15-25 ans, ces troubles sont même la **première cause de morbidité et de handicap** (Krebs et Caubel, 2024).

La crise sanitaire du COVID-19 a non seulement mis en lumière cette problématique, mais elle a aussi contribué à l'aggravation de cette situation en accélérant l'émergence et l'intensification des troubles psychiques chez les jeunes. Or, ces pathologies ont un impact non négligeable sur l'espérance de vie : une étude de Coldefy et Gandré (2018) révèle que les personnes suivies pour des troubles mentaux vivent en moyenne **16 ans de moins pour les hommes** et **13 ans de moins pour les femmes**. Face à cette réalité alarmante, il devient urgent d'agir pour une prise en soins précoce et adaptée, afin de limiter les conséquences à long terme sur la santé et la qualité de vie des jeunes concernés.

La situation d'appel de ce mémoire se présente à la croisée de plusieurs axes de réflexion, à la fois théoriques et pratiques, qui ont émergé au cours de mon parcours académique et professionnel.

Depuis ma licence en **Sciences Cognitives**, l'étude de la manière dont un individu réfléchit et construit sa pensée m'a toujours fascinée. C'est cet intérêt qui m'a conduite à un **stage en psychiatrie**, où j'ai eu l'opportunité d'assister à des **présentations cliniques**, notamment d'adolescents enclin à des troubles psychotiques émergents. Un élément marquant de ce stage fut de constater **l'absence d'intervention en ergothérapie** pour ces jeunes patients, qui n'avaient pas été orientés vers cette prise en soins. Cette situation soulève la question de la place de l'ergothérapie dans le suivi précoce des troubles psychotiques et m'amène à m'interroger sur son rôle dans l'accompagnement des personnes au moment de l'émergence de leurs troubles.

Parallèlement à cette situation, nous insistons en cours sur l'importance de la **prévention** et de la **promotion** de la **santé mentale**. Cependant, les modèles enseignés privilégient souvent les **interventions postérieures** à un épisode aigu. Cela m'a amenée à élargir ma réflexion en m'intéressant aux jeunes exposés à des risques de développement d'un trouble psychotique et donc en amont de leur premier épisode psychotique (PEP).

Ce travail s'attachera ainsi à explorer les apports potentiels de l'ergothérapie dans ce contexte d'accompagnement précoce des jeunes à **Ultra-Haut Risque (UHR)** de **transition psychotique**, pour lesquels une prise en soins précoce pourrait jouer un rôle clé dans la **prévention d'un PEP**.

Partie théorique

1. Cadre Contextuel

1.1. Qu'est ce que la psychose ?

1.1.1. Définitions et symptômes

Le terme de psychose est introduit en 1845 par Ernst Von Feuchtersleben afin de désigner “l’aliénation mentale”. Il s’oppose alors de par son étymologie (psyché = esprit ; osis = maladie) au terme de **névrose** introduit par Cullen en 1777 (nerve = nerf ; osis = maladie). La névrose renvoie donc à une atteinte de nerfs, du système nerveux alors que le terme de **psychose** est employé pour désigner les troubles mentaux de manière générale. Certaines classifications internationales actuelles tentent alors de déterminer les types de psychoses selon leurs manifestations :

- La Classification **Internationale des Maladies** (CIM) qui abandonne le terme de psychose dans sa dixième version en 1993 (actuellement CIM-11);
- Le **Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux et des troubles psychiatriques** (DSM) abandonne également ce terme à partir de sa troisième édition en 1980 (actuellement DSM-V-TR). (American Psychiatric Association, 2013)

Le terme de psychose est alors petit à petit remplacé par celui de “troubles psychotiques”. Cela met en lumière le fait que la psychose ne renvoie pas à une pathologie en particulier mais plutôt à un **ensemble de symptômes**. Ce terme reste tout de même utilisé dans la pratique et la recherche. Cet ensemble de symptômes peut être associés à différents **troubles psychotiques** dont le plus courant est la **schizophrénie** qui touche environ 1% de la population mondiale (Inserm, 2017).

Les symptômes des troubles psychotiques peuvent être classés en 3 catégories :

- Les symptômes dit **positifs** ou psychotiques qui désignent “toutes les manifestations qui ne sont pas présentes dans une idéation normale” (Franck, 2012). C’est-à-dire principalement les **hallucinations** (majoritairement auditives mais également visuelles, tactiles ou encore cénesthésiques) et les **idées délirantes** (avec des thématiques de persécution, d’influence, de référence, de possession, de mégalomanie et de convictions mystiques). On retrouve aussi des **automatismes mentaux**, des **pensées imposées** ainsi qu’une **diffusion de la pensée**.

- Les **symptômes négatifs** (ou déficitaires) correspondent à “une diminution ou à une perte des fonctions normales” (Chang, 2021). On retrouve au sein de ces symptômes une **diminution de la motivation** (apathie, asocialité, anhédonie) ainsi que la **diminution de l’expressivité émotionnelle** (émoussement affectif et alogie) (Chang, 2021).

- Les symptômes psychotiques s’accompagnent la plupart du temps d’autres **symptômes associés**. On retrouve en première ligne les **troubles cognitifs** (trouble mnésique, de l’attention, de la concentration et des fonctions exécutives) mais également l’**altération de l’humeur**, les pensées et

comportements **suicidaires**, les **troubles de l'usage de substances**, les **troubles du sommeil** ou encore **une altération fonctionnelle**. (Bromley, Choi, Faruqi et Baker, 2011)

Ces symptômes ne sont pas systématiquement présents et varient selon les personnes. Leurs manifestations dépendent en effet de plusieurs facteurs, tels que le nombre de rechutes, la nature et la qualité des soins proposés ainsi que le **mode d'apparition du trouble** (insidieux, subaigu ou brutal).

1.1.2. L'installation d'un trouble psychotique

On sait aujourd'hui qu'un trouble psychotique peut se développer de diverses façons. En effet, il est possible de développer directement des **symptômes positifs**. On parle alors d'un début aigu lorsque ces symptômes durent moins de 4 semaines (18%) et d'un début subaigu lorsqu'ils durent entre 4 semaines et 1 an (15%) (Häfner et al., 1999). Cependant, la majorité des troubles psychotiques (68%) apparaissent de manière **insidieuse** sur une durée d'au moins 1 an (Häfner et al., 1999). C'est-à-dire qu'ils seraient le résultat d'une succession de phases (cf annexe 2), aux seins desquels l'individu est confronté à un enchaînement de symptômes.

La première phase est la **phase prémorbide**. Elle correspond à la période de la naissance jusqu'à l'apparition des premiers symptômes (Lecardeur et al., 2013). Durant cette phase, l'individu ne présente donc **aucun symptôme psychotique** mais se trouve dans un état de **vulnérabilité** (International Early Psychosis Association Writing Group, 2005) en raison de la présence de certains facteurs. Parmi ces **facteurs de vulnérabilité**, on retrouve le fait d'avoir un **parent au premier degré** atteint d'un trouble psychotique ou encore avoir un **trouble de la personnalité schizotypique** (Nelson et al., 2014). Il s'agit d'un trouble de la personnalité caractérisé par des comportements et des pensées inhabituelles, une distorsion de la perception de la réalité ainsi que des difficultés dans les relations sociales. De plus, grâce aux études rétrospectives, il a été mis en évidence que l'on retrouve chez les individus des **troubles du développement moteur** (difficultés à la marche, troubles de la coordination, anomalies posturales) ainsi que des **troubles cognitifs** (majoritairement des troubles de la flexibilité mentale et troubles de la fluence verbale) (Lecardeur et al., 2013).

Cette phase prend fin lors de l'apparition de premiers **symptômes négatifs** et/ou de **symptômes positifs atténués** (Lecardeur et al., 2013) aussi appelés symptômes **psychotiques atténués** (*Attenuated Psychotic Symptoms*, APS). Elle se traduit par l'apparition de changements au niveau des émotions, de la motivation, des pensées, de la perception et des comportements (International Early Psychosis Association Writing Group, 2005). Il est important de noter que ce sont les **symptômes négatifs** qui sont le plus fréquemment observés durant cette période qui correspond à la "**phase prodromique**" (Chang, 2021). Cette qualification renvoie aux prodromes d'une maladie, c'est-à-dire les symptômes avant-coureurs et quelque peu annonciateurs de celle-ci. Alors que les

termes de “**état mental à risque**” (*At Risk Mental State*, ARMS) ou de “**ultra-haut risque**” de transition psychotique (*Ultra High Risk*, **UHR**) permettent plutôt de décrire un état de fonctionnement ou un ensemble de symptômes transitoires. Ces manifestations peuvent donc évoluer de différentes manières, y compris vers un rétablissement symptomatique, sans nécessairement conduire à un diagnostic de pathologie. Ces symptômes évoqués seraient donc des marqueurs de **vulnérabilité** et non l’expression atténuée d’un état pathologique. (Saoud et al., 2007 ; Yung et al., 2003).

Il est également possible pour l’individu **UHR** d’être sujet à des **symptômes positifs** (non atténués). Lorsqu’ils disparaissent spontanément en moins de 7 jours sans qu’il n’y ait eu de prise de traitements durant les 12 derniers mois, on qualifie cet épisode de **syndrome psychotique intermittent bref et limité** (*Brief and Limited Intermittent Psychotic Syndrome*, **BLIPS**) (Nelson et al, 2010). La littérature scientifique ne s’accorde pas sur la durée exacte de cette période durant laquelle l’individu est considéré comme UHR. Pouvant durer jusqu’à plusieurs années, il arrive cependant qu’elle soit inexistante chez certains sujets (Yung et McGorry, 1996).

Lorsque les symptômes positifs persistent au-delà de 7 jours, avec une fréquence d’au moins 3 à 6 fois par semaine pendant plus d’une heure ou quotidiennement pendant moins d’une heure, le “seuil psychotique” est franchi et on parle alors d’un **premier épisode psychotique** (PEP) (International Early Psychosis Association Writing Group, 2005). En France, au moins **15 000** jeunes présentent un **PEP** chaque année (Institut de Psychiatrie, 2021). L’individu vit pour la première fois une **phase aiguë** ou phase psychotique. Elle correspond à un état de mal-être pour l’individu qui souffre alors de **symptômes positifs**. Parmi les individus UHR, environ 22% seront sujet à un PEP dans l’année qui suit leurs prise en soins (Early Psychosis Guidelines Writing Group, 2016, p.29).

On parlera alors d’un **récupération précoce** lorsqu’il y a une rémission des symptômes positifs, d’une **récupération continue** lors d’une rémission accompagnée d’un sentiment de bien-être avec une **récupération fonctionnelle** ou alors d’une **récupération incomplète** si les symptômes persistent. (Nelson et al., 2014). Le rétablissement est un processus individuel où la personne dépasse ses difficultés psychiques et se réengage dans une vie épanouissante dans le but d’y retrouver du sens, notamment au sein d’une communauté (International Early Psychosis Association Writing Group, 2005). La **durée du trouble psychotique non traité** (DPNT ou *Duration of Untreated Psychosis*, DUP) va alors jouer un rôle primordial dans cette phase de rémission. En effet, plus le temps entre l’apparition des premiers symptômes psychotiques et la mise en place d’un traitement antipsychotique est long, plus la **rémission** sera lente et **incomplète**. La DPNT influence également l’**adhésion au soins** des individus sujet à un PEP ainsi que l’intensité de leurs symptômes. (Perkins, Gu, Boteva et Lieberman, 2005). Dans certains cas, on parlera de **phase résiduelle** afin de souligner le fait qu’un individu peut connaître un seul épisode psychotique au cours de sa vie mais peut également risquer d’en vivre d’autres (International Early Psychosis Association Writing Group, 2005) : le taux de

rechute est de 28% à 1 an et de **54%** à 3 ans (Krebs et Lejuste, 2023). Un PEP peut également évoluer vers une **forme chronique** : environ 60% finiront par répondre aux critères d'un trouble schizophrénique, 14% aux critères d'un trouble du spectre de la schizophrénie (troubles schizo-affectif, trouble schizophréniforme, trouble schizotypique). Tandis que d'autres pourront évoluer vers d'autres troubles avec des symptômes psychotiques notamment des troubles de l'humeur (trouble dépressif ou trouble bipolaire). (Krebs et Lejuste, 2023).

La majorité des troubles psychotiques suivent donc un **processus progressif** qui s'étend sur plusieurs années, depuis une phase prémorbide marquée par des **facteurs de vulnérabilité**, jusqu'à l'apparition de **symptômes plus marqués** au stade **UHR**. Ces symptômes peuvent évoluer vers des épisodes aigus, puis un rétablissement plus ou moins complet. La progression de ce parcours est fortement influencée par divers éléments tel que la DPNT évoquée précédemment qui joue un rôle clé dans la progression de la phase aiguë. Cela soulève alors la question de ces **facteurs** qui favorisent la **transition** vers un trouble psychotique et donc vers un **PEP**. Il est crucial de comprendre quels éléments vont influencer l'apparition d'un trouble psychotique et quelle **population** est impactée. En effet, cette transition est souvent marquée par des **éléments déclencheurs spécifiques**.

1.2. Les facteurs de risques d'un trouble psychotique

1.2.1. Le modèle stress-vulnérabilité-compétence

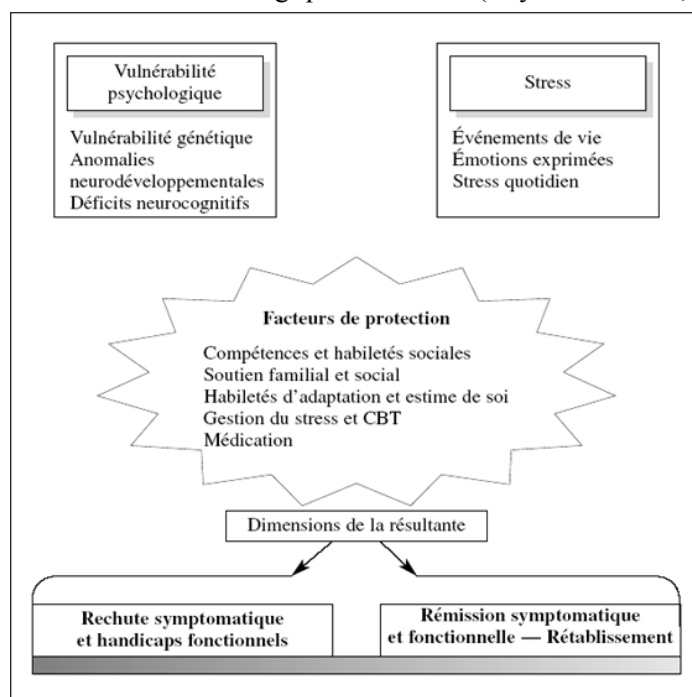
En 1932, une première théorie sur le déclenchement de la psychose est expliquée par Lacan : elle serait due à une **structure psychotique** ainsi qu'à des **causes déclenchantes**. (Trichet, 2013). En effet, il existerait chez les individus une **vulnérabilité bio-psychologique** (innée) qui, associée à certains **facteurs de stress**, favoriserait la révélation d'un trouble psychotique et l'expression de ses symptômes cliniques (Lecardeur et al., 2013).

Afin de représenter cette association de facteurs, Zubin et Spring ont développé le **modèle stress-vulnérabilité** en 1977. Selon ce modèle, chaque individu possède un niveau de vulnérabilité, qui ne conduit à un trouble psychotique que lorsqu'il est exposé à un **niveau de stress** suffisant. Ce niveau de stress est associé à des facteurs **liés à l'individu** : personnalité antisociale, non-observance des traitements ou encore consommation de cannabis. Il est également associé à des facteurs **liés à son environnement** : événements de vie stressants (perte d'un proche, déménagements, perte d'emploi, rupture, etc), dysfonctionnements familiaux, pression sociale/académique ou encore des conditions de vie précaires. (Early Psychosis Guidelines Writing Group, 2016, p. 34)

Plus la vulnérabilité est élevée, plus l'individu réagira fortement au stress augmentant ainsi le risque de développer un trouble psychotique. Ce modèle souligne l'importance de la **résilience** : certains individus sont capables de mieux gérer les stressseurs grâce à des mécanismes de défense ou un soutien social adéquat. (Rey et D'Amato, 2019)

Le **modèle vulnérabilité-stress-compétence** d'Anthony et Lieberman (1986) vient alors enrichir cette dynamique en introduisant le concept de “**facteurs de protection**” (document 1). La vulnérabilité d'un individu à développer un trouble psychotique dépendrait donc de la vulnérabilité bio-psychologique et d'une exposition à des facteurs de stress mais aussi de ses **compétences personnelles** à gérer le stress et à s'adapter aux défis de la vie.

Ces **compétences** incluent la **régulation émotionnelle**, les **stratégies d'adaptation**, l'estime de soi, les habiletés sociales ou encore les stratégies de gestion du stress. Si un individu possède certaines de ces compétences, il sera mieux armé pour résister au stress et éviter l'apparition de troubles psychotiques, même si sa vulnérabilité biologique est élevée. (Rey et D'Amato, 2019 ; Krebs, 2019).



Document 1 : Modèle vulnérabilité-stress-compétence de Ventura et al en 2002 (Krebs, 2019)

1.2.2. Facteurs de risques et facteurs de protections d'un PEP

Le modèle vulnérabilité-stress-compétence met en évidence que la **vulnérabilité innée** (comme celle décrite par Lacan avec la "structure psychotique") ne constitue qu'une partie de l'explication de l'apparition d'un trouble psychotique. La transition vers un PEP est en réalité **multifactorielle**, dépendant de l'interaction entre la vulnérabilité bio-psychologique, les stressors externes et les compétences de l'individu. Ces compétences individuelles jouent un rôle clé dans la protection contre l'évolution vers un PEP. En agissant sur des **facteurs protecteurs** tels que le soutien familial, l'estime de soi, l'autogestion de la maladie, ou encore les stratégies de coping, il est possible de **limiter le risque de transition psychotique**. De plus, l'amélioration de l'**hygiène de vie** (sommeil, alimentation, activité physique) peut également contribuer à **stabiliser** l'état du patient à un état faiblement symptomatique et prévenir un PEP (Krebs et Canceil, 2004).

Ainsi, une détection précoce et une prise en soins appropriée peuvent aider à prévenir cette transition. Le modèle souligne l'importance d'une **intervention précoce** pour renforcer certaines compétences des individus à **Ultra-Haut Risque** (UHR) de transition psychotique ainsi que pour éviter, ou du moins **limiter**, la progression vers un **trouble psychotique**. Il est également essentiel de considérer les retentissements au stade UHR, car les symptômes durant cette phase peuvent déjà affecter le **quotidien** de l'individu, tant sur le plan psychologique que social.

En résumé, bien que la vulnérabilité biologique joue un rôle dans l'apparition d'un trouble psychotique, les **facteurs de protection** et l'**intervention précoce** sont des leviers essentiels pour **prévenir la transition d'un individu UHR vers un PEP** et améliorer sa **qualité de vie**. C'est pourquoi j'ai décidé d'axer la suite de mes recherches sur les personnes **à ultra-haut risque de transition psychotique** et cette possible prévention d'une transition psychotique.

1.3. Population concernée

1.3.1. Les jeunes à Ultra-Haut-Risque de transition psychotique

L'âge moyen de l'apparition des premiers signes d'un trouble psychotique se situe entre **15 et 25 ans** (Krebs et Caubel, 2024). Cependant, pour les individus **UHR** (Ultra Haut Risque), ce seuil peut être encore plus précoce. Comme évoqué précédemment, la durée de cette **phase prodromique** varie selon les études : certains chercheurs parlent de **quelques mois** (Bromley, Choi, Faruqui et Baker, 2011), tandis que d'autres évoquent une moyenne de **5 ans** (étude de Mannheim dans Bourcet, 2005). De plus, ce concept reste relativement récent dans notre société et suscite de nombreuses réflexions. Il est donc difficile de définir l'âge moyen d'apparition des premiers symptômes négatifs/positifs atténués et donc du début du **stade UHR**.

La **CAARMS** est l'échelle la plus utilisée permettant de déterminer si un individu est éligible au statut UHR (Early Psychosis Guidelines Writing Group, 2016, p. 28). Elle définit sa population cible entre 15 et 25 ans, c'est pourquoi je ferai de même pour la suite de ce travail.

Selon cette approche, un individu est considéré comme à Ultra-Haut Risque s'il remplit les critères d'un ou plusieurs des 3 groupes suivants :

- **Groupe de vulnérabilité** : avoir un parent au premier degré atteint d'un trouble psychotique ou avoir un trouble de la personnalité schizotypique (p.4, dans *1.1.2. L'installation d'un trouble psychotique*)
- **Groupe de Psychose atténué (APS)** : présence de symptômes positifs atténués (par leur intensité ou leur fréquence) ; ce groupe représente environ **80%** des individus UHR (Michel et al., 2017).

- **Groupe de Psychose intermittente (BLIPS)** : symptômes psychotiques francs qui se résorbent spontanément en moins d'une semaine (p.5, dans 1.1.2. *L'installation d'un trouble psychotique*).

D'autres approches s'appuient sur la présence de **symptômes de base** afin de définir un sujet "**état mental à risque**". Les symptômes de base les plus fréquents sont : des pensées persévérantes, intrusives et/ou oppressantes, des troubles du cours de la pensée, une perturbation de la réception du langage (entendu/lu) et des perceptions, des idées instables de référence (centrées sur le sujet) ainsi que des troubles de la concentration (Early Psychosis Guidelines Writing Group, 2016, p. 27). À ce jour, aucune de ces autres approches n'a été validée en français.

Cette période est donc marquée par "l'émergence et l'accumulation de symptômes spécifiques et non spécifiques, ayant un retentissement fonctionnel, et qui précède l'apparition des symptômes psychotiques francs" (Krebs, 2015).

1.3.2. Sémiologie des adolescents UHR

Dans un premier temps, apparaissent des **symptômes non spécifiques**, souvent classés parmi les symptômes négatifs, tels qu'une **humeur dépressive**, le **retrait social**, la détérioration du fonctionnement, la diminution de la motivation, les troubles du sommeil, l'anxiété et la méfiance (Chang, 2021 ; Krebs, 2019). Ces symptômes se manifestent de manière de plus en plus marquée à mesure que l'adolescent se confronte aux exigences sociales et scolaires.

Par la suite, des **symptômes plus spécifiques** font leur apparition (symptômes positifs atténués). Parmi ceux-ci, on observe :

- des **troubles du contenu de la pensée** avec des idées délirantes et une perplexité marquée, ainsi que des idées de référence.
- des **idées bizarres**, dites "cristallisées", qui incluent des **pensées** ou sentiments **imposés**, comme la passivité somatique, la pensée insérée ou encore le vol, l'émission ou la lecture de la pensée.
- des **idées non bizarres** telles que la méfiance, l'idée de grandeur, la persécution, la culpabilité, le nihilisme, la jalousie, les idées religieuses ou encore l'érotomanie.
- des **anomalies de la perception** qui se manifestent par des distorsions, illusions et hallucinations sensorielles (visuelles, auditives, olfactives, gustatives, tactiles ou somatiques).
- des **troubles du discours** qui se reflètent par un discours désorganisé avec des difficultés à trouver le mot juste, l'usage de mots incorrects ou inappropriés ou encore un discours vague et abstrait ou trop concret

(Krebs, 2019)

Les **passages à l'acte**, notamment des comportements autodestructeurs comme les **mutilations** ou les **tentatives de suicide** sont plus fréquents chez les adolescents sujets à des symptômes psychotiques (Hutton et al., 2011 ; Pelizza et al., 2019). Ces actes peuvent être perçus comme un moyen de faire face à la douleur émotionnelle, de remplir un vide ressenti ou encore de tenter de "contrôler" des sensations perçues comme envahissantes et incontrôlables.

Comme évoqué précédemment (p.3, dans *1.1.2. L'installation d'un trouble psychotique*), les **troubles cognitifs** font partie des facteurs de pré-morbidités. Ces signes cognitifs de la phase prémorbide peuvent **s'aggraver** par la suite, notamment au stade UHR (Da Fonseca et Fourneret, 2018). Parmi ces répercussions cognitives, on retrouve principalement :

- un **manque d'organisation**, ce qui impacte directement la capacité à structurer et gérer efficacement les tâches quotidiennes (Comtois et al., 2016),
- une **fatigabilité cognitive**, souvent associée à une sensation d'épuisement mentale, peut entraîner une difficulté lors d'un effort cognitif prolongé et une lenteur (Comtois et al., 2016),
- une **diminution de la concentration**, compromettant ainsi **l'attention** et les capacités à se focaliser sur des tâches spécifiques (Krebs, 2019).

Ces répercussions cognitives peuvent s'intensifier selon **l'intensité** et la **durée** des **symptômes** négatifs ou positifs atténués (Lecardeur et al., 2013). L'ensemble de ces symptômes traduisent tout de même une **déconnexion progressive avec la réalité** chez les individus UHR (Comtois et al., 2016). Ils marquent une **rupture** dans son adaptation aux **normes sociales** ainsi que dans son fonctionnement au sein de ses activités de vie quotidienne.

1.4. Répercussions fonctionnelles

1.4.1. Les Activités de Vie Quotidienne (AVQ)

Les symptômes des jeunes UHR ont des répercussions importantes sur leurs **AVQ**. Une **ambivalence** dans le choix des activités est observée, souvent marquée par des **changements d'intérêt brusques** (Comtois et al., 2019). Ce phénomène est souvent lié à une **perte d'intérêt** pour les activités qui étaient auparavant agréables et peut accentuer un sentiment de **confusion** chez l'adolescent. L'acquisition de l'autonomie dans des AVQ tels que la préparation des repas, la gestion et l'entretien de l'espace de vie peut alors devenir un défi majeur.

Sur le plan des **soins personnels**, la perturbation du **sommeil** est une des difficultés les plus courantes (Krebs, 2019). Elle affecte la qualité de vie des jeunes qui éprouvent une **perte de motivation**. Celle-ci se manifeste par un "laisser-aller" en matière **d'hygiène** et **d'apparence** (Comtois et al., 2016).

Un **dysfonctionnement sexuel** a été mis en évidence chez 50 % des individus considérés comme UHR (entre autres, des dysfonctions érectiles ou éjaculations précoces chez les hommes et

dysfonctionnement orgasmique chez les femmes) (Early Psychosis Guidelines Writing Group, 2016, p.79). En période de découverte de la sexualité, ces jeunes peuvent alors éprouver des **difficultés à établir des relations intimes** saines, en raison de la stigmatisation sociale, de leurs symptômes ou des effets secondaires des traitements médicamenteux.

Cette altération des AVQ n'est pas sans conséquences sur le **fonctionnement social** des jeunes UHR, impactant leur capacité à maintenir des interactions sociales et à s'intégrer pleinement dans des contextes sociaux.

1.4.2. Le fonctionnement social

Certains processus sociaux se mettent en place et ont un impact négatif sur le fonctionnement des **adolescents UHR**. Parmi ces processus, on retrouve en particulier la **stigmatisation** et la **discrimination** qui peuvent avoir des conséquences sociales profondes. En effet, elles provoquent un sentiment de **honte** chez l'individu qui le conduira progressivement à **s'isoler** et entraînera une **détérioration de ses relations interpersonnelles** (Krebs et al, 2014). Cette rupture des liens sociaux peut exacerber la souffrance psychique déjà présente chez l'adolescent UHR (Walsh et al., 2016).

L'adolescent UHR aura alors des **difficultés à assumer ses rôles sociaux**. Dans son quotidien, cela se manifestera par le refus de voir ses amis et de s'impliquer dans les activités familiales, réduisant ainsi ses interactions sociales et affectant son sentiment d'appartenance (Comtois et al., 2016).

S'ajoute à ces difficultés, l'**incapacité à remplir les attentes liées au rôle d'étudiant** ou de **travailleur** (Comtois et al., 2016). Cela conduit à un sentiment de **dévalorisation** aggravé par l'isolement social et la dégradation de la relation avec son environnement professionnel ou académique. L'image de soi de l'individu dans la société s'en retrouve alors impactée.

L'incapacité à répondre aux attentes liées à ses **rôles sociaux** renforce le sentiment de **dévalorisation** et nourrit une **crise identitaire**. Cela contribue à fragiliser l'**image de soi** dans la société et prolongent ainsi ces difficultés sociales dans le domaine professionnel et académique.

1.4.3. Le fonctionnement professionnel/académique

L'apparition des symptômes du **stade UHR** se fait majoritairement à un moment de la vie où les personnes commencent tout juste à développer des **intérêts** et des **orientations professionnelles**. L'expérience de ces symptômes contribue de manière significative à une **baisse des performances scolaires** (Da Fonseca et Fournier, 2018). En effet, le jeune UHR se trouve en difficulté pour assumer son rôle d'étudiant/de travailleur (Comtois et al., 2016) ce qui vient compromettre son sentiment **d'efficacité personnelle** et de **satisfaction occupationnelle** (Amami et al., 2014). Cela affecte tout autant les occupations présentes (le travail, les études) que les perspectives d'avenir.

En effet, la capacité à faire face aux **exigences scolaires** est souvent altérée, ce qui freine l'élaboration d'un projet éducatif ou professionnel (Amami et al., 2014). Ces difficultés à se projeter ont un impact direct sur l'**estime de soi** et l'**identité**, rendant l'individu moins disposé à s'investir dans des activités nécessitant un **engagement social** ou une **performance scolaire** (Bursztejn, 2003).

Les **symptômes négatifs** ou **positifs atténués** observés chez les adolescents UHR ont de nombreuses répercussions fonctionnelles qui impactent l'ensemble des sphères de **l'occupation** (loisirs, activités productives, soins personnels, activité sexuelle). Si ces répercussions ne sont pas **rapidement identifiées** afin de permettre une **prise en soins adaptées**, ces symptômes peuvent évoluer vers des symptômes psychotiques multipliant ainsi les répercussions fonctionnelles.

1.5. Prises en soins des adolescents UHR

1.5.1. Les recommandations internationales

La prise en soins des jeunes UHR repose sur une approche de **prévention ciblée**. La stratégie adoptée consiste à traiter les **signes visibles** dès leur apparition, tout en agissant spécifiquement sur les **facteurs de risque** identifiés, tels que la consommation de cannabis, les symptômes dépressifs, le stress ou encore les troubles cognitifs (Krebs, 2019).

Dans ce cadre, différentes organisations internationales ont formulé des lignes directrices concernant la prise en soins clinique des jeunes UHR. Elles expriment premièrement leurs doutes quand à l'utilisation des **traitements antipsychotiques** : “pas prescrit à moins que les symptômes ne soient directement associés à un risque d'automutilation ou d'agressivité” ; “seulement si des symptômes psychotiques émergents” (Fusar-Poli et al, 2013, traduction personnelle). Les **approches non-médicamenteuses** sont donc au cœur de la prise en soins clinique des jeunes UHR (cf annexe 3). Ces approches ont pour maître mot “**l'optimisme réaliste**” (Krebs, 2019). C'est-à-dire qu'elles s'accordent à accompagner le **patient** et son **entourage** à adopter une **attitude positive** tout en favorisant une **prise de conscience** claire et objective de la **réalité**. Cela permet au patient de croire en ses capacités à surmonter ses difficultés en s'aidant des bons outils sans amplifier sa souffrance.

Une prise en soins précoce, dès l'apparition des premiers symptômes, peut alors **retarder l'arrivée** voir **prévenir** d'un **PEP** (Nelson et al, 2014, p.21) et donc de l'installation d'un trouble psychotique. Cette intervention précoce permet, dans certains cas (40,9 %), une **rémission complète**, avec une disparition des symptômes. Cependant, dans les autres cas, bien que la prise en soins clinique permettent une disparition rapide des symptômes positifs, certains **symptômes négatifs persistent** tels que l'anxiété ou une humeur dépressive (De Wit et al., 2014).

1.5.2. Qu'est ce que l'intervention précoce ?

L'intervention précoce en psychiatrie repose sur plusieurs principes fondamentaux qui visent à offrir un suivi **adapté** et **rapide** aux individus présentant des signes précoces de troubles psychotiques. Cette intervention a été modélisée par McGorry dans les années 2000 à travers la méthode du **stating**. Ce concept consiste à définir des stades cliniques distincts, chacun ayant des implications différentes pour le pronostic et le traitement (McGorry, 2005).

Dans un premier temps, l'**intervention précoce** repose sur une **évaluation complète, globale et pluridisciplinaire**. Cette évaluation a pour but de déterminer si un individu répond ou non à l'un des 3 statuts UHR décrits précédemment (cf annexe 2). Elle permet également d'indiquer le développement imminent d'un PEP chez un individu ou s'il a déjà franchi le seuil psychotique. (Early Psychosis Guidelines Writing Group, 2016, p. 28). L'évaluation en première intention est essentielle pour déterminer le plan de soins à mettre en place. Elle permet de cerner les **besoins spécifiques** du patient et de mettre en œuvre une **approche thérapeutique individualisée**.

Différents outils ont été développés pour évaluer les caractéristiques de l'individu à risque de transition psychotique. Parmi les plus utilisées on retrouve la **BSABS** (Bonn Scale for the Assessment of Basic Symptoms) et la **SPI** (Schizophrenia Proneness Instrument). Cependant, ces échelles sont centrées sur l'identification des symptômes de base et non sur les critères UHR. On retrouve dans les outils permettant d'évaluer les caractéristiques des individus UHR et de déterminer s'ils répondent aux critères mentionnés précédemment sont les suivants : la **SIPS** (Structured Interview for Prodromal Symptoms), un entretien structuré destiné à évaluer les symptômes prodromiques (Fusar-Poli et al., 2012), ainsi que le **PQ16** (Prodromal Questionnaire), développé par Ising et al. (2012), qui est spécifiquement conçu pour repérer les symptômes prodromiques chez les patients de moins de 30 ans. La **CAARMS** (*Comprehensive Assessment of At-Risk Mental States*) reste l'échelle la plus largement utilisée notamment en Australie, en Asie et en Europe. C'est un entretien semi-directif utilisé pour identifier et diagnostiquer les personnes UHR, en mesurant les symptômes prodromiques. Il a fait l'objet d'un article de Krebs (2023) afin de valider son utilisation en France, avec un focus sur sa capacité à différencier les signes prodromiques de la psychose. (Fusar-Poli et al, 2012 ; Krebs, 2023)

A la suite de cette évaluation, le patient sera **orienté** vers des **soins spécifiques** ou sera **réorienté** vers d'autres structures s'il ne présente pas les signes d'un stade UHR. Ces soins reposent sur une **pluridisciplinarité** et s'adaptent en fonction de l'**intensité** et la **fréquence** des **symptômes** mais également en fonction de leurs **répercussions fonctionnelles**. On distingue alors 2 principaux outils d'évaluation fonctionnelle: la **GAF** (Global Assessment Functioning) et la **SOFAS** (Social and Occupational Functioning Assessment Scale) qui permettent de mesurer l'**impact des symptômes** positif/négatifs sur la vie sociale et professionnelle des patients, offrant une perspective importante pour les interventions. Ils ne sont cependant pas traduits en français. (Cowman et al, 2023).

A ce stade, les **antipsychotiques** ne sont pas conseillés car ils n’améliorent pas le pronostic et ont des effets secondaires importants (troubles de la sexualité, prise de poids, symptômes extrapyramidaux). L'intervention agit alors sur les **facteurs de risques** (amélioration des conditions de vie, mise en place d’un mode de vie “sain”) ainsi que sur d’éventuelles **comorbidités** (symptômes dépressifs, anxiété, troubles du sommeil, consommation de cannabis, troubles cognitifs). (Krebs, 2018 ; Early Psychosis Guidelines Writing Group, 2016) Ainsi, en l'absence d'antipsychotiques, l'accent est mis sur une **approche globale**. L'établissement d'une “double alliance thérapeutique” devient alors crucial puisqu’il a été démontré que le **soutien des proches** et la **collaboration** entre les membres de **l'entourage** et les professionnels jouent un rôle déterminant dans le rétablissement (Morin et al, 2021). Cette alliance facilite le travail sur les facteurs de risques et les comorbidités et favorise l'intégration sociale du jeune par la création d’un environnement sécurisant propice à son épanouissement.

L'intervention précoce au stade UHR repose donc sur un **suivi rigoureux**, des traitements non-médicamenteux et une **approche intégrée** qui inclut la famille et les proches du patient. Cela permet de **réduire les risques de progression** vers des troubles plus graves et d’**améliorer la qualité de vie** des individus concernés. Les **techniques d’intervention** vont différer en fonction des stades cliniques de l’individu (cf annexe 3).

1.5.3. Les techniques de prise en soins en intervention précoce

Le **case management** est une approche d’accompagnement personnalisé qui vise à **coordonner** les services et ressources nécessaires pour répondre aux besoins complexes de l’adolescent UHR. En 2011, l’*Orygen Youth Health Research Centre* a identifié, à la suite d'un examen international des données probantes et des meilleures pratiques, 16 **éléments essentiels** aux services **d’intervention précoce** (McGorry, 2015) parmi lesquels figure le case management. Tout professionnel ayant suivi la formation peut assurer cette fonction, bien que la reconnaissance de ce rôle varie selon les structures. Le case manager a un **rôle décisionnel** central en milieu intra comme extra-hospitalier. Il est introduit le **plus tôt possible** dans la prise en soins afin de favoriser un contact authentique qui facilitera l’**adhésion aux soins du patient**. Il reste impliqué avec le patient et son entourage tout au long de la prise en soins. (EPPIC, n.d.)

Dans la méthode du staging de McGorry, le stade UHR correspond aux stades 1a et 1b (cf annexe 3). Pour ces stades les techniques d’interventions conseillées sont principalement la **psychoéducation** et les **Thérapie Cognitive-comportementale (TCC)**.

La **psychoéducation** vise à fournir un soutien explicite et groupal aux patients en abordant des sujets tels que les traitements et leurs effets secondaires ainsi que les symptômes et leurs répercussions fonctionnelles. Elle peut inclure des **pairs-aidants** afin qu’ils partagent leurs vécus, leurs stratégies

d'adaptation et offrent une écoute bienveillante (Bon et Franck, 2018) mais également l'**entourage** dont le soutien joue un rôle essentiel dans la prise en soins du patient, comme évoqué précédemment. Aujourd'hui, même si l'ensemble des structures accueillant des **adolescents UHR** utilise la **psychoéducation** dans leurs prise en soins, il n'existe cependant pas encore de programme validé d'ETP pour cette population comme il existe pour les adolescents sujet à un PEP: notamment le programme I-Care/You-Care (Dauver et Laprune, 2023). Les **TCC** réduisent de manière significative la probabilité de progression vers un trouble psychotique notamment en agissant directement sur les symptômes positifs et négatifs (Morrison, 2004). Elles interviennent sur les **biais cognitifs** à l'origine des **symptômes positifs** ainsi que sur d'autres mécanismes contribuant à l'apparition des **symptômes négatifs**. Elles peuvent être réalisées en individuel ou en groupe mais restent favorables à l'**acquisition de compétences sociales** chez les personnes isolées.

Un **accompagnement** en vue de la (ré)insertion et/ou de la (re)scolarisation est également essentiel, incluant des programmes de récupération fonctionnelle, en particulier de **réhabilitation psychosociale** ou de **remédiation cognitive**. Ces approches offrent un soutien à la fois social et professionnel afin de favoriser la réadaptation globale (Bon et Franck, 2018).

1.5.4. Les professionnels

L'intervention précoce, comme décrite ci-dessus, repose sur une **approche pluridisciplinaire** qui s'avère essentielle pour répondre de manière adaptée aux besoins complexes des individus UHR. Chaque professionnel y joue un rôle complémentaire:

- Le/la **psychiatre** est chargé du diagnostic, du suivi médical et, si nécessaire, de la prescription de traitements et de la surveillance des effets secondaires.
- Le/la **psychologue clinicien.ne** réalise des évaluations psychologiques et propose des thérapies individuelles ou familiales, notamment par des approches comme les TCC.
- Le/la **neuropsychologue**, évalue les fonctions cognitives et met en place des programmes de remédiation cognitive.
- **L'infirmier.ère** accompagne les jeunes dans leurs gestion des symptômes et des traitements.
- Le/la **travailleur.euse sociale.e** joue un rôle clé dans l'accompagnement administratif et social, en soutenant les familles et en facilitant l'accès aux droits et ressources disponibles.

Selon les services ou les programmes d'intervention précoce, on retrouve l'intervention de différents professionnels tels que des psychomotricien.ne.s, des médiateur.trice.s de santé pair, des diététicien.ne.s, etc (Martin, 2017 ; CHUV, n.d. ; C'JAAD, n.d., CHU Clermont-Ferrand , n.d.). Parmi ces professionnels, l'ergothérapeute occupe une place encore peu reconnue dans les écrits, bien qu'il intervienne dans certains services d'intervention précoce. Son rôle, centré sur l'autonomie et l'indépendance des personnes dans leurs occupations, mérite ainsi d'être précisé.

1.6. Le rôle de l'ergothérapeute

1.6.1. Qu'est ce que l'ergothérapie ?

Selon la fédération mondiale des ergothérapeutes (WFOT), “l'ergothérapie est une profession de la santé **centrée sur la personne** qui vise à promouvoir la santé et le bien-être par **l'occupation**.” L'objectif de l'ergothérapeute est donc de “permettre aux personnes de participer à leurs AVQ en travaillant avec elles 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). L'ANFE (Association Nationale Française des Ergothérapeutes) dans sa définition, présente l'ergothérapeute comme un “intervenant incontournable dans le processus **d'adaptation**, de **réadaptation** et **d'intégration sociale** des personnes.” (ANFE, consulté le 14/05/2025 à 12:32). **L'occupation** est donc à la fois l'objet d'expertise et le médium thérapeutique de l'ergothérapie (ACE, 2002).

1.6.2. L'ergothérapie en santé mentale

En santé mentale, ce travail en ergothérapie s'apparente à “chercher à sauvegarder et à restaurer une **activité psychique** chez le patient” par le biais de la **relation** instaurée avec lui. Les **activités** proposées par le thérapeute, appelées les médiations, ne sont alors que des “prétextes” pour créer cette relation (Klein, 2007) et viser **l'alliance thérapeutique**. L'ergothérapeute en santé mentale fait alors usages de 2 outils principaux :

- Le **cadre thérapeutique** qui permet “d'assurer les conditions nécessaires à un sentiment de sécurité de base, afin que patient et thérapeute puissent évoluer en quête de l'apaisement du premier” (Simonnet-Guériau, 2014).

- La **relation thérapeutique** qui est nécessaire afin “que se mette en place un ajustement réciproque entre le patient et le thérapeute sur la base d'une situation sécurisante” (Sens, 2013). Dans le but d'aborder au mieux cette relation, l'ergothérapeute fait son possible pour que le patient se sente entendu, sans pour autant aller à l'encontre ou confirmer ses idées délirantes (Azoulay , 1998).

Grâce à ses outils, il va alors permettre la **mise en activité** du patient, il s'agit de “fournir des opportunités d'action pour maintenir l'autonomie et la participation sociale” (Townsend, 2002). **L'activité** permet d'évaluer les capacités de la personne, de travailler sur ses symptômes en offrant un cadre sécurisant afin de tester et développer de nouvelles stratégies d'adaptation. Loin d'être un simple passe-temps, l'activité est un outil structurant qui permet la mobilisation des ressources personnelles de chacun.

On retrouve en effet dans les missions de l'ergothérapeute : “inciter le patient à reprendre confiance en ses propres capacités” ; “inciter le patient à recouvrer une certaine estime de soi” (Klein, 2007 , p.26). Ceci favoriserait l’engagement du patient dans des **activités** qui ont du **sens pour lui**. Ses missions incluent également : “permettre au patient la restauration d’un réseau émotionnel et de faire rupture avec l’isolement” ; “donner au patient un sentiment d’appartenance à un groupe et d’y être un élément vivant” (Klein, 2007, p.26). Ceci favoriserait l’engagement du patient dans des **activités** qui ont du sens pour la communauté.

En somme, l’ergothérapeute en santé mentale, à travers une relation thérapeutique sécurisante et activités structurantes, joue un rôle essentiel dans le soutien à l’**autonomie** et la **réintégration sociale** du patient, contribuant ainsi à son **rétablissement global**.

1.6.3. L’ergothérapeute en intervention précoce

Dans un premier temps, l’évaluation en ergothérapie permet de fournir des informations supplémentaires notamment sur les **capacités fonctionnelles** du patient, ses **rôles sociaux** ainsi que sur son **engagement dans ses occupations** (Lloyd et al, 2008). Cela est rendu possible grâce à des outils spécifiques à la profession et à une approche fondée sur des modèles conceptuels.

Comme nous l’avons évoqué précédemment (p.10, dans *1.4.1. Les Activités de Vie Quotidienne (AVQ)*), le patient UHR rencontre de nombreuses difficultés dans ses **AVQ** ce qui a un impact certain sur son **autonomie** et **sa qualité de vie**. Dans son intervention, l'ergothérapeute travaille avec les patients sur les **routines quotidiennes** en les aidant à (ré)organiser leurs AVQ. Il peut alors introduire des **activités graduelles** pour relancer leur **intérêt** et leur **motivation**, en tenant compte de l’**ambivalence** souvent observée dans le choix des activités.

C'est pour cela qu'il aide à fixer des **objectifs réalistes** afin **d'encourager la persévérance**. L'ergothérapeute accompagne également les patients à développer leurs **compétences sociales** et à renforcer leur **intégration sociale** par le biais **d'activités collectives** qui participent au rétablissement des **interactions avec autrui** et à **l'estime de soi**. (Groupe de Réflexion sur l'Ergothérapie en Santé Mentale, 2016, p. 24 - 29)

Nous avons relaté précédemment, les tendances du patient UHR à **s’isoler**, à se couper du monde (p. 11, dans *1.4.2. Le fonctionnement social*). Or, le **lien social** permet d’acquérir la **réalité** de l’autre. C’est ce que l’ergothérapie va permettre : “Lorsque pour des raisons psychiques, le patient est mis ou se met à l’écart, l’ergothérapie offre la possibilité, en **recréant du lien psychique**, de tisser du **lien avec l’environnement**.” (Pibarot, 2016).

S’ajoute à cela les **difficultés académiques et/ou professionnelles** rencontrées par les patients UHR que nous avons abordées précédemment (p. 12, dans *1.4.3. Le fonctionnement académique/professionnel*).

L'accompagnement de ces enjeux est inscrit dans le référentiel de compétences de l'ergothérapeute. La mise en œuvre des actions visant à favoriser la réinsertion et la réhabilitation psycho-sociale est stipulée au sein de la compétence 3 qui précise que l'ergothérapeute "accompagne la personne dans le transfert de ses acquis fonctionnels et cognitifs dans son contexte de vie par des mises en situation écologique" (Ministère du Travail et Ministère de la Santé, 2010). Si l'ergothérapeute peut jouer un rôle clé dans le rétablissement des patients UHR, son intervention se heurte néanmoins à plusieurs **obstacles**.

1.6.4. Difficultés de l'intervention précoce et recommandations en ergothérapie

Lors des 37èmes journées de la Société de l'Information Psychiatrique en 2018, M.O. Krebs, professeure en psychiatrie, met en lumière plusieurs **problématiques** auxquelles sont confrontés les **services d'intervention précoce**. Bien qu'il existe des structures sur le territoire français, celles-ci manquent souvent de **visibilité**, laissant les personnes dans l'incertitude sur la direction à prendre. De plus, ces services souffrent d'une **absence d'homogénéité** et de **coordination** entre les différents acteurs. Souvent issus de cultures et de **formations différentes**, leurs **objectifs** peuvent alors **diverger**. Krebs souligne également l'existence d'une **rupture** entre les **services** destinés aux **adolescents** et ceux destinés aux **adultes** et insiste sur le **manque d'aide à l'orientation** des patients.

Le domaine de l'ergothérapie rencontre également ses propres difficultés, notamment en termes de **visibilité** et de **représentations** auprès du grand public mais également auprès des professionnels de santé. S'ajoute à cela un **manque de recherches** en ergothérapie réalisées sur la population française. Il en résulte un faible nombre d'ergothérapeutes disponibles pour apporter leur expertise, entraînant une prise en compte limitée des répercussions de la **symptomatologie UHR** sur les occupations des adolescents et, par conséquent, sur leur **développement occupationnel**.

Pour alerter sur ces enjeux, l'ANFE publie en 2020 des **recommandations** dans le domaine de la **santé mentale**, soulignant les difficultés auxquelles sont confrontés les ergothérapeutes en France. Parmi ces recommandations, on trouve la **mise en place d'une intervention précoce pour les troubles mentaux**, structurée autour de deux axes principaux.

L'ANFE recommande de développer des **postes d'ergothérapeutes** dans les **structures médico-sociales**. Cela permettrait un accompagnement plus global et complet des adolescents, en complémentarité avec les structures sanitaires. Bien que ces dernières soient de plus en plus orientées vers des prises en soins ambulatoires, certaines situations peuvent encore entraîner des ruptures dans les parcours occupationnels, en particulier lorsque la transition n'est pas préparée.

Deuxièmement, l'ANFE plaide pour faciliter les **évaluations** précoces et l'**intervention** des ergothérapeutes lors d'hospitalisation, afin de créer rapidement une relation de confiance et favoriser l'adhésion aux soins. (ANFE, 2020).

2. Processus de problématisation

Mon intérêt pour l'ergothérapie en intervention précoce auprès des adolescents UHR est né d'une double observation : d'une part, l'importance de **détecter et d'intervenir précocement** pour **limiter l'évolution des symptômes** vers des **épisodes aigus**, synonyme de répercussions fonctionnelles importantes, et d'autre part, le rôle encore peu reconnu de **l'ergothérapie** dans ce domaine.

Dans un premier temps, en explorant la situation des jeunes UHR, nous avons constaté que leurs **symptômes** (isolement, perte d'autonomie, désorganisation cognitive et émotionnelle) affectent directement leurs **occupations** et leur **développement**. Or, l'ergothérapie se positionne précisément à l'interface entre les troubles psychiques et l'adaptation fonctionnelle, en proposant des interventions axées sur la personne et son environnement.

Ensuite, en approfondissant la notion **d'intervention précoce au stade UHR**, nous avons constaté qu'elle repose sur une évaluation pluridisciplinaire et un suivi adapté basés sur différentes techniques d'intervention. C'est cette intervention précoce qui permet de **réduire les risques de progression** vers des épisodes psychotiques et **d'améliorer la qualité de vie** des individus concernés. Nous avons effectivement vu que l'intervention précoce offrait la possibilité aux jeunes UHR de réduire l'impact de leurs symptômes sur leur vie quotidienne et de favoriser leur inclusion sociale. **L'ergothérapie** semble être un levier important dans cette démarche.

Cependant, malgré ce potentiel, plusieurs difficultés sont relevées : un **manque de visibilité** de l'ergothérapie en santé mentale, des services d'intervention précoce encore **peu structurés** et un **besoin d'accompagnement spécifique** pour ces jeunes. Ces constats m'ont amenée à m'interroger sur la manière dont l'ergothérapie pourrait contribuer à réduire l'impact des symptômes des adolescents UHR sur leur vie quotidienne et contribuer à la prévention d'un PEP.

Ainsi, ma problématique s'est construite progressivement en croisant ces différentes dimensions :

De quelle manière l'ergothérapie en intervention précoce soutient le rétablissement fonctionnel des adolescents UHR ?

3. Cadre conceptuel

3.1. L'adolescence

3.1.1. L'adolescence, une période de changement

L'adolescence est une période de **changements majeurs**, tant sur le plan psychologique que physique. C'est pourquoi elle est souvent confondue avec la puberté. Ces deux notions, bien que liées, sont distinctes.

L'adolescence est un phénomène sociétal qui a évolué au fil des époques : elle a parfois été très courte (comme après la Révolution, où la puberté précède un mariage dès 13 ou 15 ans), parfois inexistante (au début du XXe siècle, où l'enfant de 6 ans était considéré comme un “petit homme” qui travaille), et parfois bien plus longue (chez les Romains, le concept d’ “adulescent” faisait durer cette période de 17 à 30 ans). C'est au milieu du XIXe siècle que le concept moderne d'adolescent émerge dans les sociétés occidentales, pour désigner les jeunes collégiens qui poursuivent leurs études mais restent financièrement dépendants. (Huerre, 2001)

Aujourd'hui, plusieurs auteurs s'accordent à diviser l'adolescence en trois phases : la **préadolescence** (10-12 ans), l'**adolescence** (13-17 ans) et l'**adolescence tardive** ou les **jeunes adultes** (18 - 25 ans). (Devernay et Viaux-Savelon, 2014 ; Vroman, 2020)

La **puberté** marque le début de l'adolescence. C'est une période de changement **physique**, qui se caractérise par l'apparition des caractères sexuels primaires (modifications des organes génitaux) et secondaires (mue de la voix, croissance structurale, pilosité, développement des seins) (Discour, 2011 ; Devernay et Viaux-Savelon , 2014). Il s'agit également d'une période de croissance rapide. En effet, les adolescents gagnent environ 50 % de leur poids adulte et 20 % de leur taille adulte au cours de la puberté (Vroman, 2020).

En parallèle, la **maturation cérébrale** se poursuit rendant possible le développement des **fonctions cognitives** et **émotionnelles**. Durant cette phase, le cerveau subit donc des transformations importantes, notamment dans les régions liées à la **régulation émotionnelle** et à la **prise de décision** (Vroman, 2020). L'adolescent est alors amené à réajuster ses investissements narcissiques (**l'estime de soi**). Cette période est marquée par une **quête d'individualisation** et **d'indépendance**, où le jeune cherche à définir qui il est et quelle place il occupe dans son environnement, définissant ainsi son **identité**. Cela impacte directement l'autonomie de l'adolescent et sa participation aux activités quotidiennes. Ces bouleversements sur le plan physiologique le poussent à redéfinir ses investissements objectaux, modifiant ainsi son **rapport aux autres** (Vroman, 2020). Il en résulte une altération de son **sentiment d'appartenance à un groupe**.

Ainsi, l'adolescence constitue une étape clé où les différents changements physiologiques et relationnels interagissent pour structurer une identité.

3.1.2. Construction de l'identité chez les adolescents

Le psychanalyste Erik Erikson définit l'**identité personnelle** comme “une synthèse réalisée à partir des éléments du passé (histoire personnelle), des caractéristiques du présent (besoins, traits de personnalités, etc) et des attentes du futures” (Lannegrand-Willems, 2012 et 2017).

James Marcia précise par la suite, que la **construction** de l'identité personnelle se réalise selon deux processus: **l'exploration** et **l'engagement**. Le phénomène **d'exploration** s'exprime à l'adolescence par la recherche des différentes alternatives pour soi dans un domaine de vie (religion, études, loisirs, profession, politiques, etc). **L'engagement** relève d'une capacité de prise de décision qui consiste à adhérer à un ensemble de buts, de valeurs, de croyance. (Lannegrand-Willems, 2017)

La **construction de l'identité** implique une quête d'un **sentiment de constance**. L'adolescent cherche à définir des **traits de personnalité** qui resteront constants à travers le temps, en dépit des bouleversements de cette période de transition. Ce que Erikson appelle le “self-sameness” (autrement dit un sentiment de similitude avec soi) (Bosma et al, 1994).

L'adolescence est aussi une période où l'individu construit son identité par **interaction avec les autres**. L'être humain, en tant qu'**être social**, ne peut se définir de manière isolée. L'adolescent se construit à travers ses **relations avec les autres**, notamment les pairs, la famille et la société en général. C'est dans cette phase qu'il devient plus conscient de son appartenance à des groupes sociaux, culturels ou politiques. L'identité est souvent façonnée par le **regard des autres** et les interactions sociales qu'il entretient avec son environnement. Elle est donc reliée à un sentiment de **relation** (“connectedness”). (Bosma et al, 1994)

L'accomplissement de l'identité à l'adolescence est appelé la **réalisation identitaire** (Lannegrand-Willems, 2017). Elle consiste à passer par les 2 processus de la construction identitaire (l'exploration et l'engagement) et s'achève lorsque l'adolescent s'engage dans des domaines de vie avec un sentiment de “savoir où il va” et “la certitude d'être reconnu par ceux qui comptent” (Bosma et al, 1994).

3.1.3. Symptomatologie UHR et construction de l'identité

Durant l'adolescence, l'individu est donc en pleine quête de soi, cherchant à établir une image stable et cohérente de son identité, à travers ses **relations**, ses **valeurs** et ses **aspirations**. Les symptômes présents chez les individus UHR peuvent alors introduire des distorsions dans cette quête, en déstabilisant la **perception de soi**.

Les symptômes positifs atténués du stade UHR tels que les anomalies perceptuelles ou les troubles de contenu de la pensée (Krebs et al, 2014) peuvent amener l'adolescent à douter de sa propre réalité. Cela peut entraîner une perte de confiance en ses capacités et dans ses relations sociales, des éléments clés de la construction identitaire.

D'une autre manière, des symptômes négatifs du stade UHR tels que l'apathie ou l'émoussement affectif (Krebs et al, 2014) entraînent un retrait social. Les interactions de l'adolescent UHR s'en trouvent limitées ce qui l'empêche de s'appuyer sur ses relations pour façonner son identité. Cela renforce alors son sentiment d'isolement et son indétermination relative à "qui il est" et "qui il souhaite devenir".

De plus, l'incertitude sur la nature et l'évolution de ses symptômes peut créer une sorte de "**diffusion identitaire**" (processus d'exploration et d'engagement faible), où l'adolescent se sent déconnecté de lui-même et/ou de ses expériences (Lannegrand-Willems, 2012). Le sentiment de continuité entre la personne qu'il était, celle qu'il est et celle qu'il souhaite devenir n'est plus assuré. Ceci peut engendrer un sentiment d'incompréhension qui exacerbe la difficulté à développer une identité stable et positive.

Ainsi, les symptômes psychotiques de l'adolescent UHR peuvent non seulement **retarder la réalisation identitaire**, mais aussi provoquer une **régression** dans cette dynamique, nécessitant une prise en soins spécifique pour accompagner l'adolescent dans la gestion de son identité pendant cette période fragile.

Une confusion entre les **processus normaux de l'adolescence** et les **symptômes** chez les adolescents à **ultra-haut risque** peut survenir en raison des nombreux chevauchements entre les changements physiologiques, cognitifs et émotionnels de l'adolescence et les symptômes négatifs ou positifs atténués du stade UHR. Il est donc important de comprendre que les changements à l'adolescence n'induisent pas les symptômes négatifs ou positifs atténués du stade UHR. Cependant, il peut s'agir de la période où ils deviennent cliniquement manifestes. Ces "signes" ne sont plus seulement **potentiellement préoccupants** ou **difficiles à différencier d'une adolescence "normale"**, ils deviennent des symptômes **observables, mesurables et durables**. C'est en effet à ce stade que les symptômes commencent à **perturber** la vie de la personne en ayant des répercussions directes sur ses **occupations**, ce qui justifie alors de la nécessité d'une **prise en soins adaptée**.

Ainsi, la construction de l'identité à l'adolescence repose sur un équilibre entre **l'exploration**, **l'engagement** et les **interactions sociales**. Lorsque cette dynamique est perturbée par des symptômes du stade UHR, le développement identitaire peut être fragilisé, compromettant l'autonomie de l'adolescent et ses projections dans l'avenir. Or, l'identité ne se limite pas seulement à une dimension personnelle et sociale : elle se façonne aussi à travers les **occupations**, ces activités qui rythment notre quotidien et qui ont du sens pour nous. C'est dans cette perspective que s'inscrit **l'identité occupationnelle**, un concept essentiel pour comprendre l'impact de la symptomatologie UHR sur la construction de soi à l'adolescence.

Afin d'offrir une compréhension des plus approfondie de ce concept d'identité occupationnelle, nous allons commencer par explorer le **modèle conceptuel** dont il est issu.

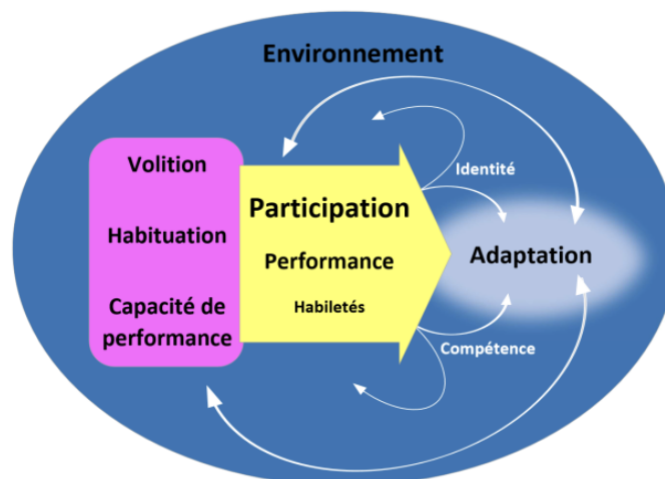
3.2. Modèle de l'Occupation Humaine (MOH)

3.2.1. Les principes fondamentaux du modèle

Le **MOH** est un modèle théorique utilisé en **ergothérapie** et développé par Gary Kielhofner depuis les années 70 (actuellement la 6ème version, document 2). Il a pour objectif de faciliter la compréhension et l'analyse de **l'occupation** humaine. (Morel-Bracq, 2009). Pour permettre cela, il s'appuie sur trois dimensions interdépendantes :

- **L'être** humain peut se comprendre selon 3 composantes : la **volition** (la motivation intrinsèque de la personne), **l'habituat**ion (les habitudes de la personne et ses rôles sociétaux et culturels) et la **capacité de rendement** (sensation et vécu de la personne de son action). Il évolue alors au sein d'un **environnement** dans lequel il peut agir.
- **L'agir**, qui se décline selon 3 niveaux de participation (la participation, le rendement et les habiletés) et qui permet à la personne de développer des **compétences occupationnelles** et son **identité occupationnelle**. Il résulte de ces deux derniers aspects une **adaptation occupationnelle** définie comme "la construction d'une identité occupationnelle positive et la réalisation des occupations de façon compétente dans différents environnements au fil du temps" (Duncan, 2013, cité dans Parkinson, Forsyth, et Kielhofner, 2017).
- Ainsi, le **devenir occupationnel** permet d'envisager l'occupation comme un levier d'épanouissement et d'évolution personnelle en offrant à la personne la possibilité de se projeter.

(Morel-Bracq, 2009 ; Modèle de L'occupation Humaine | 5e Édition | CRMOH | ULaval, 2024)



Document 2 : Schéma du Modèle de l'Occupation Humaine (version française)

(Modèle de L'occupation Humaine | 5e Édition | CRMOH | ULaval, 2024)

3.2.2. Utilisation dans la pratique en ergothérapie

Le MOH est largement adopté en ergothérapie. En effet, la grande majorité des ergothérapeutes aux États-Unis l'utilisent dans leur pratique clinique. En France, le MOH est enseigné dans les instituts de formation et son utilisation par les professionnels cliniciens est en expansion.

Selon Kielhofner, le raisonnement thérapeutique selon le MOH est structuré en 6 étapes (Morel-Bracq, 2009 ; Mignet et al, 2023) :

- 1- faire émerger des questions pour comprendre la personne et guider le processus de raisonnement
- 2 - recueillir les données à travers l'observation, l'entretien et/ou l'évaluation
- 3 - utiliser ces informations afin d'expliquer la situation de la personne (ses forces et ses problèmes)
- 4 - identifier des objectifs et élaborer une stratégie thérapeutique
- 5 - mettre en place la thérapie et la réviser
- 6 - déterminer les résultats de la thérapie en collectant à nouveau des informations

Ce raisonnement s'appuiera sur une approche thérapeutique à la fois **structurée et ouverte**. L'aspect **ouvert** met l'accent sur un **accompagnement centré sur la personne**, où le patient est **acteur de sa prise en soin**. Cette approche favorise des **méthodes flexibles**, encourage l'**expérimentation** et stimule la **motivation intrinsèque**, afin de permettre un engagement plus naturel et significatif dans les occupations. En parallèle, l'aspect **structuré** repose sur un **cadre d'intervention défini** et des **objectifs précis** ainsi que l'**utilisation d'outils et de supports adaptés** pour guider le patient dans son parcours. (Mignet et al, 2023)

Ce modèle peut être plus précisément utilisé en santé mentale. Il offre un cadre pour explorer les **activités significatives** de la personne qui soutiennent sa réadaptation psychologique et son intégration sociale ainsi que ses **activités signifiantes** soutenant le développement d'une **identité occupationnelle** positive.

3.3. Identité Occupationnelle

3.3.1. Qu'est ce que l'identité occupationnelle ?

L'**identité occupationnelle**, telle que définie par Gary Kielhofner, représente "la manifestation de l'identité qui découle des occupations". Elle correspond à la perception que la personne a d'elle-même en tant qu'**être occupationnel** : "celui qu'elle est et celui qu'elle souhaite devenir à partir de l'histoire de sa participation." (Mignet et al, 2023)

Cette identité repose alors sur des composantes intrinsèques à la personne : ses **intérêts**, ses **capacités** ainsi que sur son sentiment **d'efficacité** et de **satisfaction** dans la réalisation de ses occupations (Parkinson, et al, 2017, p.27). Viennent s'ajouter à cela des composantes extrinsèques à la personne : ses **rôles sociaux**, ses **relations** avec autrui ainsi que les **perceptions** qu'elle a de son **environnement**.

Selon Kielhofner, l'identité occupationnelle repose sur deux processus distincts :

1. Un **processus personnel** (*personal process*), qui se développe à travers les **activités significantes** (*meaningful activity*), c'est-à-dire celles qui ont une valeur intrinsèque pour l'individu (Bowyer et al., 2023 ; Launois, 2015). Ce processus reflète la manière dont une personne attribue du sens à ses occupations en fonction de son vécu et de ses aspirations.

2. Un **processus social** (*a social process*), qui s'ancre dans les interactions avec autrui et dans l'engagement dans des activités reconnues comme **significatives** (*purposeful*) par la communauté ou la société (Bowyer et al., 2023 ; Launois, 2015). Cette dimension souligne l'influence du regard des autres sur la construction identitaire.

Ces deux processus, bien que distincts, sont **interdépendants** : l'adolescent a besoin d'activités qui résonnent avec son vécu personnel tout en étant reconnues par son environnement social pour renforcer son identité occupationnelle.

Pour évaluer cette dimension, l'**échelle de l'identité occupationnelle**, bien que non traduite en français, constitue un outil pertinent. Elle permet de mesurer les aspects liés à l'identité sociale et professionnelle des patients, offrant ainsi un indicateur clé pour suivre leur évolution et leur engagement dans des activités significatives. (Melgosa, 1987)

3.3.2. Identité occupationnelle et adolescents UHR

L'identité occupationnelle des adolescents se construit donc dans un **équilibre** entre **exploration personnelle** et **reconnaissance sociale**. Cet équilibre déjà précaire se retrouve **fragilisé** par la symptomatologie UHR. En effet, ses difficultés à se définir sont exacerbées par des symptômes tels que des idées bizarres ou des troubles du contenu de la pensée (Krebs et al, 2014), qui altèrent la perception de soi et de ses actions. Cette **perturbation du processus personnel** limite l'exploration et l'engagement dans des **activités significantes**, essentielles à la construction de l'identité occupationnelle. Cela se traduit par des impacts fonctionnels notamment sur les AVQ de l'adolescents et sur son fonctionnement professionnel/académique.

L'enjeu serait de permettre à l'adolescent UHR d'explorer et d'investir des activités qui favorisent une perception cohérente de soi, en lien avec ses valeurs et ses aspirations (**activités significantes**). Cela passe par un accompagnement qui vise à renforcer son **sentiment d'efficacité personnelle** et à restaurer une **continuité** dans son **vécu occupationnel**, malgré les perturbations liées aux symptômes.

Par ailleurs, le **processus social** est également **mis à mal** notamment via un isolement, une stigmatisation et les difficultés relationnelles que cela engendre. Ces obstacles restreignent l'accès aux interactions et aux expériences partagées, freinant ainsi l'intégration sociale et le développement d'un sentiment d'appartenance. Les répercussions se feront également ressentir au niveau des AVQ et du fonctionnement social et professionnel/académique de l'adolescent.

Il devient donc essentiel pour l'adolescent de réinvestir des **activités significatives** notamment en favorisant des **opportunités d'interaction** et de **participation** à des **activités de groupe valorisantes**.

Ensemble, ces entraves **compromettent la structuration** d'une identité occupationnelle stable et épanouissante. L'adolescent se retrouve alors à la croisée des chemins, cherchant son "soi" à travers des occupations qui, idéalement, devraient l'aider à se définir. Tout en risquant de s'enliser dans une **errance occupationnelle**, où l'absence de repères et d'activités signifiantes fragilise davantage son identité. Pour surmonter cette errance et reconstruire une identité des plus stables, un accompagnement adapté est essentiel. C'est dans cette perspective que le **rétablissement fonctionnel** prend tout son sens, en offrant aux adolescents des **repères** et des **stratégies** afin (re)construire leur identité occupationnelle.

3.3.3. Ergothérapie et identité occupationnelle

Dans la pratique en ergothérapie, **l'évaluation** est un moment clé qui permet de recueillir des informations nécessaires au diagnostic et à la prise en soins du patient. Pour cela, les ergothérapeutes ont des outils à leur disposition. On retrouve parmi eux **l'OPHI-II** (Occupational Performance History Interview-II) qui est un des outils du **MOH**. Il s'agit d'une grille pour un entretien semi-structuré permettant d'évaluer **l'identité occupationnelle** de la personne. Cet outil "s'intéresse à l'histoire occupationnelle qui s'obtient en mesurant les éléments de l'adaptation occupationnelle à savoir l'identité occupationnelle, la compétence occupationnelle et l'environnement". (Modèle de L'occupation Humaine | 5e Édition | CRMOH | ULaval, 2024)

En ce qui concerne **l'intervention en ergothérapie**, elle permet à l'adolescent UHR d'explorer les **rôles occupationnels** qu'il occupait, ceux qu'il occupe aujourd'hui et ceux qu'il souhaite occuper plus tard (Lloyd et al, 2008). Pour cela, l'ergothérapeute tient compte des **capacités** dont le patient dispose, afin de soutenir le maintien ou le réajustement de son **identité**. L'objectif général du plan d'intervention en ergothérapie serait alors d'accompagner l'adolescent UHR dans un **processus d'exploration** afin qu'il **s'engage** par la suite dans des **activités**.

3.4. Le rétablissement fonctionnel

3.4.1. Qu'est ce que le rétablissement fonctionnel ?

Le **rétablissement** est avant tout un processus **dynamique** et **personnel** (Marty et al, 2014). Le terme "dynamique" renvoie à un processus en constante évolution. Il s'agit donc d'un ensemble d'étapes fluctuantes au sein desquelles l'individu peut traverser des périodes de régression ou de progrès. Le terme "personnel" désigne le caractère unique d'un parcours de rétablissement. Il est basé sur les choix, les objectifs et les circonstances de vie des individus qui lui sont propres.

On distingue deux notions clés dans le rétablissement. Le **rétablissement symptomatique** correspond à la disparition des signes cliniques (symptômes négatifs ou positifs atténués) sans forcément un retour complet des capacités antérieures. En revanche, le **rétablissement fonctionnel** implique la récupération des aptitudes nécessaires pour reprendre ses activités de vie quotidienne. Ainsi, une personne peut ne plus ressentir de symptômes mais encore présenter des limitations dans ses occupations. C'est pourquoi le rétablissement n'a pas pour objectif le **retour à un état antérieur** (c'est-à-dire avant l'apparition des symptômes) (Marty et al, 2014). Il vise plutôt le **retour à une "vie satisfaisante"** (Isaac et al, 2021).

C'est à la suite de plusieurs entretiens menés auprès de patients que Andresen, Caputi et Oades (2006) ont identifié **cinq étapes** permettant de jalonner le **processus de rétablissement**. Bien que distinctes, elles peuvent parfois se chevaucher :

1. **Phase de moratoire** : période de repli sur soi, de retrait, marquée par un sentiment de perte et d'absence d'espoir en l'avenir.
2. **Phase de prise de conscience** : naissance du sentiment de pouvoir d'agir en lien avec la prise de conscience qu'il n'y aura pas de retour vers un état antérieur mais qu'un "aller mieux" est possible.
3. **Phase de préparation** : phase d'évaluation personnelle, durant laquelle l'individu identifie ses forces et faiblesses afin d'acquérir les compétences nécessaires pour aller de l'avant.
4. **Phase de reconstruction** : engagement actif dans la redéfinition de soi, la fixation d'objectifs porteurs de sens et la reprise progressive du contrôle sur sa vie.
5. **Phase de croissance** : l'individu parvient à mener une vie pleine de sens, marquée par l'autogestion de sa santé, une image de soi positive et une capacité de résilience face aux difficultés.

Il est toutefois important de souligner que le processus de rétablissement n'est **pas linéaire** : des rechutes, l'apparition de nouveaux symptômes ou encore une hospitalisation peuvent survenir à différentes étapes du parcours.

Bien que de nombreux services spécialisés aient été mis en place au cours de ces dernières années, peu d'études se sont spécifiquement penchées sur le rétablissement des adolescents sujet à des troubles psychotiques émergents (Bourdeau et al, 2014) et encore moins celui des adolescents UHR.

3.4.2. Rétablissement fonctionnel des adolescents UHR

Nous avons évoqué précédemment qu'une **intervention précoce** peut mener à un **rétablissement symptomatique**. Bien que celui-ci soit plus ou moins complet, certains symptômes négatifs peuvent persister (De Wit et al., 2014). Cependant nous avons à ce stade connaissance des nombreuses **répercussions fonctionnelles** auxquelles sont confrontés les adolescents UHR. Alors qu'en est-il de leur **rétablissement fonctionnel** ?

Krebs (2019) met en évidence que les symptômes peuvent disparaître, mais que des **difficultés fonctionnelles** peuvent néanmoins **persister**. Ainsi, les recommandations concernant les prises en soins des adolescents UHR soulignent qu'une **importance égale** doit être accordée à la **récupération symptomatique** et à la **récupération fonctionnelle**. C'est pourquoi, il est recommandé de "donner la priorité à l'évaluation de la récupération des capacités fonctionnelles" (Early Psychosis Guidelines Writing Group, 2016, p.10).

Étant donné les répercussions fonctionnelles majeures sur le **parcours éducatif et professionnel** des adolescents UHR, ainsi que leurs **conséquences à long terme**, il est recommandé de faciliter l'accès aux services éducatifs et professionnels. Cela pourrait notamment se traduire par l'intégration de conseillers en emploi et en éducation au sein des services d'intervention précoce et par l'élaboration d'objectifs professionnels incluant la formation et l'éducation en collaboration avec l'adolescent UHR. (Early Psychosis Guidelines Writing Group, 2016, p.10).

Au vu des répercussions sur le **fonctionnement social** des adolescents UHR, il est essentiel de proposer des interventions thérapeutiques ciblées qui favorisent le rétablissement fonctionnel. Par exemple, la formation aux compétences sociales, les programmes éducatifs individualisés, la psychoéducation familiale et la psychothérapie, sont recommandées (Ballon et al., 2007). Ces approches permettent de réduire le stress, d'améliorer les interactions sociales et, in fine, de **renforcer les capacités fonctionnelles** des adolescents.

Les **troubles cognitifs** étant un **frein** majeur au rétablissement fonctionnel des adolescents UHR, il est recommandé que l'accent soit mis sur des programmes de remédiation cognitive et/ou des stratégies d'adaptation cognitive (Early Psychosis Guidelines Writing Group, 2016, p.10).

Le **rétablissement fonctionnel des adolescents UHR** est une notion clé. Il ne s'agit pas seulement d'éviter la transition vers un trouble psychotique, mais également d'améliorer la qualité de vie et l'autonomie malgré les symptômes présents.

4. Hypothèses

Rappel de la problématique : De quelle manière l'ergothérapie en intervention précoce soutient le rétablissement fonctionnel des adolescents UHR ?

Dans une approche de **prévention et d'intervention précoce**, l'ergothérapeute joue un rôle auprès des adolescents à ultra-haut risque (UHR) en soutenant leur **rétablissement fonctionnel**. Ce soutien se concrétiserait par l'accompagnement de l'adolescent dans la participation à des activités à la fois **signifiantes**, en lien avec ses valeurs et intérêts personnels, et **significatives**, en lien avec son environnement social. Ces activités favorisent le développement de **compétences personnelles** (cognitives, émotionnelles, d'auto-soin et d'estime de soi) et **sociales** (communication, relations interpersonnelles, résilience sociale), considérées comme des leviers essentiels pour gérer les **symptômes** atténués et réduire leur **impact** sur le **fonctionnement quotidien**. Ce processus contribuerait, non seulement à renforcer l'autonomie de l'adolescent, mais également, à réduire sa vulnérabilité face à une éventuelle transition vers un premier épisode psychotique (PEP). Dès lors, nous pouvons émettre l'hypothèse suivante :

*L'ergothérapeute en intervention précoce soutient le **rétablissement fonctionnel** de l'adolescent UHR en l'accompagnant dans le développement de son identité occupationnelle.*

Partie exploratoire

1. Méthodologie de l'enquête

1.1. Contexte

Afin de situer la réflexion sur la construction de cette méthodologie d'enquête, je vous propose de revenir sur les thématiques principales de mon mémoire. Ce travail s'attache à explorer les apports potentiels de l'ergothérapie dans un contexte d'accompagnement précoce des jeunes à Ultra-Haut Risque (UHR) de transition psychotique, pour lesquels une prise en soins précoce pourrait jouer un rôle clé dans la prévention d'un Premier Épisode Psychotique (PEP). La problématique que nous explorons est donc la suivante : **De quelle manière l'ergothérapie en intervention précoce soutient-elle le rétablissement fonctionnel des adolescents UHR ?**

L'objectif de ce travail est donc de comprendre ce qui, dans l'accompagnement des ergothérapeutes, permet aux adolescents UHR de mobiliser les compétences nécessaires à leur rétablissement fonctionnel. Au fur et à mesure des lectures et de la partie conceptuelle, l'hypothèse suivante a été formulée : **L'ergothérapeute en intervention précoce soutient le rétablissement fonctionnel de l'adolescent UHR en l'accompagnant dans le développement de son identité occupationnelle.**

1.2. Objectifs de l'enquête et critère d'évaluation

Afin de répondre à cette problématique, une **méthodologie qualitative** est utilisée. En effet, cette démarche de recherche qualitative nous permet d'explorer des **phénomènes complexes** afin de comprendre les perceptions, expériences ou comportements humains dans leur contexte (Creswell, 2009). Cela se fait à travers des **objectifs** qui donnent alors une ligne conductrice aux entretiens.

- **Objectif 1** : Identifier quels éléments de **l'identité occupationnelle** sont pris en compte dans la pratique des ergothérapeutes auprès des adolescents UHR.

Variables : l'expérience professionnelle ainsi que la formation et les référentiels utilisés (cf annexe 4).

Critère d'atteinte : qualitatif ; entretien ; recherche d'un champ lexical de l'identité occupationnelle ("exploration", "engagement", "intérêts", "capacités", "processus personnel", processus sociaux", "satisfaction", "sentiment d'efficacité", "rôle occupationnel", "identité") (cf. annexe 4).

- **Objectifs 2** : Identifier de quelle manière les éléments de **l'identité occupationnelle** sont pris en compte par les ergothérapeutes dans leur prise en soins auprès des adolescents UHR.

Variables : l'historique occupationnel du patient, les méthodes d'évaluation et la disponibilité des ressources et du matériel (cf. annexe 4).

Critère d'évaluation : qualitatif ; entretien ; analyse des éléments de l'identité occupationnelle des patients pris en compte dans la pratique en ergothérapie ("signifiante", "significative", "exploration", "engagement", "interaction", "participation", "activités de groupe", "activités valorisantes", "sentiment d'efficacité personnel", "continuité dans le vécu occupationnel") (cf. annexe 4).

- **Objectif 3** : Analyser la démarche en ergothérapie dans l'accompagnement vers un **rétablissement fonctionnel** auprès des adolescents UHR.

Variables : la formation et l'approche de l'ergothérapeute, les méthodes d'évaluation utilisées, l'approche vis-à-vis du rétablissement fonctionnel et le cadre d'intervention (cf. annexe 4).

Critère d'atteinte : qualitatif ; entretien; évolution des capacités fonctionnelles et atteintes des critères de réussite (“fonctionnement social”, “fonctionnement dans le AVQ”, “fonctionnement éducatif, “fonctionnement professionnel”, “troubles cognitifs”, “échelle du rétablissement”, “répercussion fonctionnelle”) (cf. annexe 4).

- **Objectif 4** : Déterminer si la prise en compte de l'**identité occupationnelle** des adolescents UHR par les ergothérapeutes impacte leur **rétablissement fonctionnel**.

Variables : la formation et l'approche de l'ergothérapeute, la durée et l'intensité de l'accompagnement, les contraintes des structures et les ressources disponibles (cf annexe 4).

Critère d'évaluation : qualitatif ; entretien; liens entre identité occupationnelle et l'évolution des capacités fonctionnelles des patients (“adaptation aux rôles sociaux”, “participation active”, “renforcement du sentiment de compétence”, “cohérence occupationnelle”) (cf. annexe 4).

1.3. Choix de la population

1.3.1. Critères d'inclusion

L'enquête a été menée exclusivement auprès **d'ergothérapeutes diplômés d'État**. En effet, les objectifs de cette enquête s'axent sur la méthode d'accompagnement en ergothérapie des adolescents UHR, il me semblait donc plus pertinent d'interroger exclusivement des ergothérapeutes sur leur pratique. Pour cela, les entretiens s'effectuent avec des ergothérapeutes **travaillant auprès d'adolescents UHR**.

Dans la mesure du possible, les ergothérapeutes interrogés interviennent dans des **structures spécialisées dans l'intervention précoce**. Cependant, le nombre de ces structures est très limité en France et très peu d'entre elles incluent des ergothérapeutes. C'est pourquoi, la recherche d'ergothérapeutes est élargie à l'intervention en ergothérapie auprès des **adolescents UHR**, sans faire de la spécialisation de la structure dans l'intervention précoce un critère d'inclusion. Cela permettra également de comparer, de différencier et donc finalement de définir la pratique en ergothérapie dans les services d'intervention précoce et mettre en évidence certaines de ses limites.

Les ergothérapeutes exerçant en tant que **case manager** seront inclus dans l'étude car un ergothérapeute travaillant selon un modèle de case management porte deux casquettes : celle de case manager et celle d'ergothérapeute (Lloyd et al, 2008).

1.3.2. Critères de non-inclusion

Les ergothérapeutes exerçant dans des structures privées ne seront pas inclus dans cette enquête, en raison de la diversité des modalités d'exercice, des types de structures et de l'absence de référentiel commun, rendant difficile la comparaison avec les pratiques du secteur public. Les ergothérapeutes travaillant exclusivement en psychiatrie adulte, sans pratique spécialisée auprès d'adolescents, seront également exclus. En effet, intégrer des professionnels sans expérience clinique centrée sur cette population aurait pu introduire un biais de représentativité, leurs pratiques n'étant pas directement transposables à ce public. Les professionnels n'intervenant pas directement auprès des patients (postes administratifs/de coordination, hors case managers), ainsi que les patients eux-mêmes, ne seront pas inclus, l'étude portant exclusivement sur la pratique clinique des ergothérapeutes.

1.4. Constitution de l'échantillonnage

Dans le cadre de cette étude, une **méthode qualitative** a été privilégiée, impliquant un **échantillonnage non probabiliste**. Ainsi, l'échantillon n'a pas pour but d'être statistiquement représentatif de la population étudiée, mais vise plutôt à **approfondir la compréhension du phénomène observé** (Claude, 2019). L'échantillonnage repose sur une **sélection intentionnelle**, c'est-à-dire que les participants sont choisis pour la richesse des informations qu'ils peuvent apporter à l'étude. De plus, un **échantillon diversifié** a été constitué afin d'explorer différentes perspectives et expériences, permettant ainsi de mieux saisir la complexité du sujet.

L'étude se concentre sur la **France métropolitaine** en raison notamment de la **faisabilité des entretiens**. Les services d'intervention précoce, bien que peu nombreux, sont accessibles. De plus, leur **diversité** en France rend également toute comparaison internationale complexe et peu pertinente dans ce contexte. En effet, la **conception sociétale de l'adolescence**, qui varie selon les pays, compliquerait l'analyse et les liens à établir avec d'autres contextes culturels. Compte tenu de ce **faible nombre de services d'intervention précoce** en France et du nombre encore plus restreint d'ergothérapeutes exerçant dans ces structures, le recrutement s'est concentré sur une quinzaine de services d'accompagnement d'adolescents présentant des troubles psychotiques émergents. En ce qui concerne la **stratégie de recrutement** de ces ergothérapeutes, ils ont été identifiés à l'aide de plusieurs sources : les sites web des services spécialisés, des articles scientifiques relatant de services d'intervention précoce, l'annuaire du Psycom ainsi que mon propre réseau (LinkedIn, contacts académiques et professionnels). Ont alors répondu positivement à ma demande : **deux ergothérapeutes exerçant en service d'intervention précoce** auprès d'adolescents UHR ainsi que **deux ergothérapeutes exerçant auprès d'adolescents UHR** dans des **hôpitaux de jour intersectoriel**. Les entretiens ont été réalisés par **appel téléphonique** en raison des disponibilités de chacun.

1.5. Outil d'enquête

1.5.1. Choix de l'outil

Pour collecter les données et informations essentielles à ma recherche, j'ai choisi une **approche qualitative** basée sur la réalisation **d'entretiens**. Cette méthode offre un cadre privilégié aux participants, tout en garantissant l'anonymat de leurs propos et l'absence de jugement de valeur. Ces entretiens sont **semi-directifs**, permettant de laisser plus de liberté aux professionnels pour s'exprimer sans pour autant perdre le fil de notre enquête (Claude, 2019b). Par ailleurs, les entretiens ont été enregistrés à l'aide d'un dictaphone afin de me permettre de rester attentive aux discours des ergothérapeutes, favorisant ainsi une **écoute active** et une **analyse approfondie** de leurs témoignages.

1.5.2. Construction de l'outil

Afin de préparer au mieux ces entretiens semi-directifs, j'ai entamé la réalisation d'un **guide d'entretien** (cf annexe 4). Ce guide est un support qui me permet de structurer mes entretiens en fonction des thèmes que je souhaite aborder, tout en restant flexible pour s'adapter à la dynamique de l'échange (Sauvayre, 2021 ; Combessie, 2007). Compte-tenu du temps imparti pour finaliser notre enquête et des difficultés à obtenir des entretiens avec la population cible, j'ai été dans l'incapacité de réaliser des **entretiens exploratoires** avec un échantillon restreint pour identifier d'éventuelles lacunes, ambiguïtés ou difficultés de compréhension. Cependant, j'ai **pré-tester cet outil** avec une camarade étudiante en ergothérapie avant de réaliser des **simulations d'entretiens** avec d'autres camarades. Cela m'a permis de réaliser des **révisions du guide** : ajuster les questions, reformuler les thèmes ou encore ajouter de nouveaux éléments en fonction des retours.

2. Passation

2.1. Résultat de l'enquête

2.1.1. Données brutes

La démarche méthodologique s'est déroulée en plusieurs étapes. À partir de la problématique et de l'hypothèse, **quatre objectifs de recherche** ont émergé, permettant la construction d'un **guide d'entretien semi-directif** (cf. annexe 4). Une approche **déductive** a permis de dégager **six thèmes principaux**, directement issus des objectifs. Quatre entretiens ont ensuite été menés auprès d'ergothérapeutes. L'analyse des verbatims, à travers une logique **inductive**, a fait émerger de **sous-thèmes** qui offrent une interprétation approfondie des données, en vue d'établir des liens et d'apporter un sens aux éléments recueillis (Creswell, 2009). Afin de faciliter la lecture, les résultats sont organisés par **thème** et **sous-thème** (cf. annexe 5) chacun rattaché à un ou plusieurs objectifs.

Thèmes principaux	Sous-thèmes	Objectif 1	Objectif 2	Objectif 3	Objectif 4
1. Prise en compte de l'identité occupationnelle	- Exploration dans les activités - Prise en compte de l'engagement dans des activités - Impact de l'engagement dans des activités sur la prise en soins - Activités significantes - Activités significatives	✓	✓	✗	✓
2. Fonctionnement occupationnel dans le processus de rétablissement	- Objectifs concernant le fonctionnement professionnel et/ou académique - Objectifs concernant le fonctionnement social - Objectifs concernant les AVQ	✗	✗	✓	✓
3. Pratiques professionnelles de l'ergothérapeute	- Missions de l'ergothérapeute au sein de l'équipe et de la structure - Modalités d'intervention	✗	✓	✓	✓
4. Démarche clinique et évaluation en ergothérapie	-Évaluation d'équipe - Outils d'évaluation - Démarche vers le rétablissement fonctionnel	✗	✗	✓	✓
5. Lien entre identité occupationnelle et évolution des capacités fonctionnelles	-Impact de l'engagement dans des occupations sur le rétablissement fonctionnel - ???	✗	✓ (partiel)	✓ (partiel)	✓ (central)
6. Facteurs contextuels	- Contraintes structurelles et/ou organisationnelles - Approches théoriques sous-jacentes - Formation initiale/continue - Interdisciplinarité et travail en réseau	✗	✓	✓	✓

Document 3 : Tableau de répartition des thèmes et sous-thèmes en fonction des objectifs d'étude

Pour rappel, **4 ergothérapeutes** ont été interrogées. **E1** est ergothérapeute au sein d'un **Hôpital de Jour** intersectoriel destiné aux jeunes en souffrance psychique âgés de 18 à 27 ans. Elle exerce au sein d'une équipe pluridisciplinaire qui propose un suivi en ambulatoire pour une durée de 6 mois à 3 ans. **E2** est ergothérapeute dans un **service d'intervention précoce** intersectoriel accueillant des patients UHR ou sujet à un PEP âgés de 16 à 35 ans. Un suivi pluridisciplinaire est proposé en ambulatoire sur une durée de 2 ans maximum. **E3** est ergothérapeute avec une fonction de **case manager** dans un **service d'intervention précoce** expérimental intersectoriel. Ce dispositif accompagne des patients UHR ou sujet à un PEP âgés de 15 à 30 ans. Il est composé d'une équipe pluridisciplinaire qui suit les jeunes en ambulatoire sur une durée de 3 ans maximum. **E4** est ergothérapeute dans un **Hôpital de Jour** intersectoriel qui intervient auprès de jeunes en présentant un tableau anxio-dépressif ou UHR, âgés de 16 à 18 ans. Elle exerce en équipe restreinte dans un service unique sur le département qui accompagne les jeunes sur une durée de 2 ans avec des possibilités de prolongation (en cas de déscolarisation).

2.1.2. Analyse des résultats

1. Prise en compte de l'identité occupationnelle des jeunes UHR

Exploration d'activités :

E1 met en avant la découverte à travers des ateliers créatifs et des sorties culturelles : “on leur propose une nouvelle technique à chaque séance” ; “le but c’est de l’ouvrir sur d’autres activités pour qu’il puisse développer d’autres compétences” → la découverte d’activité ouvre de nouvelles perspectives d’action, phénomène d’exploration comme prioritaire

E2 cible des jeunes “chez qui les processus ne sont pas enclenchés” (processus personnel et processus social de l'identité occupationnelle) → l’exploration activerait un engagement encore latent dans des activités signifiantes et significatives.

E3 insiste sur la possibilité de relier les découvertes à la vie quotidienne : “l'idée c’est pas leur faire faire des activités pour faire des activités, c’est de voir ce qu’on peut transposer dans le quotidien” → exploration ancrée dans le réel.

E4 évoque un accompagnement dans cette phase exploratoire : “on les aide dans la recherche, dans la découverte d’activités” → posture de **guidance** soutenant l’exploration d’activités dans le processus personnel.

➡ Bien que les quatre ergothérapeutes partagent l’idée que **l’exploration soutient** l’émergence de **l’identité occupationnelle**, son importance varie selon leur posture clinique. Elle apparaît comme une priorité pour E1 et E4, alors qu’elle est davantage comme un outil complémentaire pour E2 et E3.

Prise en compte de l’engagement dans des activités :

E1 adapte ses propositions selon “les envies, les capacités, les besoins des patients”, en fonction de leur engagement à l’instant t : “il y a des périodes où on a des jeunes qui ne sont pas du tout ouverts aux activités manuelles [...] et puis y a des moments où [...] on va pouvoir développer un peu les choses” → posture flexible et réactive face au niveau d’investissement des jeunes.

E2 recueille l’historique occupationnel pour définir l’engagement comme un objectif de soin à part entière : “J’essaie de recueillir un maximum de données [...] ce qu’il fait, ce qu’il a fait, ce qu’il veut”; “on va parler de travailler l’engagement dans des activités [...] parce que ça fait partie de son objectif” → démarche structurée, travail anticipé et formalisé sur l’engagement

E3 valorise les compétences déjà présentes pour créer des opportunités d’engagement, en partant de ce que les jeunes savent faire : “une jeune par exemple qui fait du crochet [...] est-ce que ça te dirait de composer au groupe une petite découverte ?” → approche concrète, ancrée dans le vécu

E4 accorde une importance particulière à l’observation comme indicateur de l’état d’engagement : “l’observation de l’engagement occupationnel ça c’est assez significatif” → observation clinique qui oriente les ajustements dans la prise en soin

→ Si **E1**, **E3** et **E4** partagent une approche **contextuelle et adaptative**, centrée sur l'observation de l'engagement dans le temps. **E2** se distingue par une vision plus **planifiée** et **ciblée** où l'engagement est anticipé et travaillé comme un objectif structurant du soin.

Impact de l'engagement dans des activités sur la prise en soins :

E1 explique que l'activité peut "accrocher le jeune" et permettre "d'entrer en lien" avec lui → l'engagement dans l'activité facilite l'établissement de la relation thérapeutique.

E2 intègre le travail sur l'engagement comme un objectif thérapeutique à part entière → l'engagement est perçu comme un moyen pour atteindre d'autres objectifs de soin.

E3 observe que lorsqu'un jeune "commence à se remettre en mouvement", même par une activité de loisir, cela "ré-enchaîne derrière plus vers des sorties" → l'engagement déclenche une dynamique positive vers la reprise d'autres occupations.

E4 insiste sur la nécessité de partir du projet de vie du patient : "on va travailler en fonction de l'objectif du patient, de son parcours de vie et de ses objectifs de vie futur aussi" → l'engagement est aligné sur une trajectoire personnelle, servant de levier d'adhésion et de continuité des soins.

→ L'engagement dans des activités apparaît ici comme un **facteur clé** dans **l'efficacité de la prise en soins**, en renforçant le lien thérapeutique, en motivant la personne et en réactivant d'autres dimensions de la vie quotidienne.

Activités significantes :

E1 souligne que "c'est ce qui va faire marcher le projet", que ces activités sont "moteur[s]" pour les jeunes. Elle fait la distinction entre activités "signifiantes" et "significatives", expliquant que l'une peut mener à l'autre et inversement → prise en compte du sens subjectif des activités et leur rôle dans l'engagement.

E2 remarque une absence de sens personnel accordé aux activités chez certains jeunes : "Y'a aucun moment où il y a quelque chose pour moi, ça me fait plaisir..." → travail en profondeur sur la redécouverte du sens dans l'occupation.

E3 répète que "tout passe par l'activité significative pour eux" et que lorsqu'un jeune accroche avec "une petite activité qu'ils aiment bien", elle sait qu'elle peut construire dessus → importance du sens subjectif comme déclencheur d'un processus thérapeutique.

E4 explique qu'elle "essaie de travailler avec ses envies, ses désirs, ses objectifs" en se basant sur "des activités qu'ils aiment ou en tout cas qu'ils aimait faire" → valorisation des appétences comme point d'appui pour reconstruire du sens et engager un travail thérapeutique personnalisé.

→ Les quatre ergothérapeutes reconnaissent que les activités significantes sont centrales dans la prise en soin. Elles constituent à la fois un **point d'entrée**, un **levier de motivation**, et un **moyen de redonner du sens au quotidien**, en particulier pour des jeunes souvent éloignés de ce type de vécu.

Activités significatives :

E1 met en lumière le poids des attentes familiales liées à des activités significatives (études, emploi, formation), en disant : “on va être face à des familles qui eux sont dans la recherche d'activités significatives parce que [...] il faut être pragmatique.” → accompagnement nuancé entre normes sociales et sens personnel.

E2 note que les jeunes ont souvent intériorisé les normes sociales au détriment de leurs propres envies : “Parce que mes parents ils avaient choisi ça... parce que tout le monde a fait...”. Elle décrit un processus progressif qui part du sens personnel pour aller vers une réintégration sociale : “comment est-ce que je peux aussi faire d'autres choses qui vont correspondre aux normes sociétales?” → accompagnement identitaire entre individualité et insertion sociale.

E3 explique comment une activité à forte signification personnelle, “faire des faire-parts”, peut servir de tremplin vers une activité productivement significative : “ça a enclenché aussi derrière sur reprise d'une activité plutôt productive autour de sa formation” → valorisation des ponts entre engagement personnel et participation sociétale.

E4 aborde directement la pression familiale dans les choix des jeunes : “ils arrivent avec un projet qui n'est pas le leur, mais celui des parents.” → reconnaissance des conflits de loyauté dans la construction du projet significatif, et nécessité d'un travail de clarification identitaire.

➡ Les quatre ergothérapeutes soulignent l'importance des **activités significatives**, en tant qu'activités socialement reconnues, et la difficulté de certains jeunes à y trouver du sens. Toutefois, elles essaient de **réconcilier** ces attentes sociales avec la **recherche de sens personnel**, en passant parfois par des étapes intermédiaires.

2. Fonctionnement occupationnel des jeunes UHR dans leur processus de rétablissement fonctionnel

Objectifs concernant le fonctionnement professionnel et/ou académique :

E1 accompagne les jeunes à travers “des tentatives de stages”, avec une “visée d'insertion professionnelle ou en tout cas liée à un projet” → mise en lien directe entre parcours de soin et projet d'insertion, en s'appuyant sur des dispositifs existants (ex. Mission Locale)

E2 évoque les difficultés à se projeter dans un avenir productif : certains jeunes sont “trop investis [dans d'autres domaines] et n'arrivent pas à faire autre chose”, ou “n'arrivent pas à y penser, de retourner vers les études ou envisager un emploi” → objectif d'accompagnement progressif vers la réactivation d'une projection professionnelle.

E3 observe que l'engagement dans une activité signifiante a “enclenché aussi derrière sur reprise d'une activité plutôt productive autour de sa formation” → l'amorce occupationnelle peut relancer la dynamique vers un fonctionnement académique ou professionnel.

E4 considère que le fonctionnement scolaire ou professionnel “arrive plutôt en dernier”, après un travail sur d’autres dimensions → lecture hiérarchisée et progressive du rétablissement, où le productif vient clore un processus plus global.

➡ Tous les quatre identifient le retour vers des occupations productives comme une **étape-clé du rétablissement**, mais avec des temporalités et des leviers variés : l’insertion est parfois une **visée structurante** (E1), parfois un **objectif encore lointain** (E2), un **effet secondaire d’un processus plus large de remobilisation** (E3) ou encore une **étape terminale**, atteinte **après consolidation des autres sphères de vie** (E4).

Objectifs concernant le fonctionnement social :

E1 repère la “sociabilisation” comme un axe clé, évalué “au quotidien [...] au niveau de ses relations sociales” à travers les ateliers. Elle observe aussi des freins comme “les troubles de l’initiative” ou “l’apragmatisme” → le fonctionnement social est travaillé de façon indirecte à travers l’activité, avec une attention portée aux interactions spontanées.

E2 précise que “chaque fois, ça va être aussi de travailler le lien avec l’autre”, en s’appuyant sur des médiations pour questionner l’image de soi et les habiletés sociales → approche thérapeutique ancrée dans l’activité comme vecteur de travail sur la relation à l’autre.

E3 évoque le travail de “la prise d’initiative”, notamment en lien avec la dynamique de groupe → prise d’initiative et lien social sont articulés visant ainsi un fonctionnement relationnel plus autonome.

E4 observe que les activités sociales ou groupales posent souvent des difficultés en particulier “à l’extérieur du service”. En revanche, à l’intérieur du cadre thérapeutique : “ils se sentent compris et c’est plus simple d’échanger” → le fonctionnement social est facilité par un environnement contenant, qui sert de sas sécurisant avant une insertion sociale dans des contextes plus exigeants.

➡ Les quatre ergothérapeutes s’accordent sur le fait que le **fonctionnement social est un objectif central du rétablissement**, travaillé **au travers des activités** et **observé dans des contextes concrets**. Elles ajustent leur posture selon les capacités sociales et motivationnelles de chaque jeune, en favorisant l’expression, l’initiative, et les interactions.

Objectifs concernant les AVQ :

E1 inclut l’autonomie dans le logement et les déplacements comme objectifs thérapeutiques : “projet de vie, de logement”, “autonomie dans les transports”, avec des accompagnements concrets “à prendre les transports, à essayer de se repérer” → visée globale d’autonomie dans les activités quotidiennes, avec un appui sur la réalité du terrain.

E2 centre son travail sur l’organisation des journées et l’inclusion progressive d’activités : “comment j’occupe mes journées d’une manière correcte déjà en étant à la maison” → les AVQ deviennent une première étape vers un réengagement plus large, structurante dans le rythme quotidien.

E3 observe que la reprise des activités de la vie quotidienne à domicile est un point de bascule dans le processus de rétablissement : “quand il commence à se remettre en mouvement [...] par une activité de loisirs à la maison, [...] ça ré-enchaîne derrière plus vers des sorties” → les AVQ sont vues comme déclencheur d’un enchaînement positif vers des activités plus complexes.

E4 décrit une progression naturelle dans l’accompagnement : “Ça commence généralement [...] sur les activités donc plus de plaisir. Après ça va être sur les activités de vie quotidienne.” → AVQ inscrivent dans une dynamique évolutive et servant de paliers vers une plus grande autonomie.

→ Les quatre ergothérapeutes intègrent les AVQ comme **levier structurant du rétablissement**, qu’il s’agisse de soutien à l’autonomie fonctionnelle (E1), de reprise de rythme (E2), de déclenchement d’un mouvement vers l’extérieur (E3) ou d’une étapes intégrées dans un parcours progressif (E4). L’accompagnement se situe ainsi entre soutien pratique, repères quotidiens et dynamique de projection.

3. Pratique professionnelle de l’ergothérapeute

Missions de l’ergothérapeute au sein de l’équipe et de la structure :

E1 décrit des missions à la fois opérationnelles et relationnelles, tout en soulignant l’importance de l’accompagnement inconditionnel des projets des jeunes : “On marche avec lui”, “on est aussi en parachute” → posture de soutien pragmatique et engagée, dans une visée de réassurance et de co-construction.

E2 place l’ergothérapeute dans une dynamique de co-définition des objectifs avec l’équipe : “quel moyen thérapeutique on met, on discute ça ensemble, et quel temps on se donne” → mission stratégique inscrite dans une planification et une collaboration interdisciplinaire

E3 met l’accent sur une posture respectueuse de l’autonomie des jeunes : “je les laisse [...] les amener à réfléchir sans faire à leur place” ; elle mentionne également le soutien aux familles et l’adaptation fine à chaque situation → ergothérapeute facilitateur de cheminement personnel, travaillant à la fois avec les jeunes et leur entourage.

E4 priorise l’établissement du lien de confiance en portant une attention particulière au vécu subjectif: “on a créé le lien de confiance, ils sont assez clairs avec nous sur ce qu’ils ressentent” ; elle évoque un travail de réorientation de projets de vie très altérés : “leur projet, c’est mourir” → combine observation clinique, positionnement relationnel fort, et accompagnement vers une transformation du projet existentiel.

→ Ces témoignages montrent que les missions des ergothérapeutes s’étendent bien au-delà des activités concrètes, elles englobent la **mise en place d’activités, l’évaluation, la planification, la reconstruction d’un projet de vie, l’observation clinique** ainsi qu’un **travail thérapeutique subtil sur la posture et la relation**. Selon les contextes structurels et les profils des jeunes, les missions oscillent entre un **cadre thérapeutique formel** et une **flexibilité clinique**.

Modalités d'intervention :

E1 privilégie les ateliers de groupe, aux thématiques variées : jeux de société, cuisine, expression créative, sorties culturelles, ou groupe de parole avec la psychologue. Elle souligne l'importance du plaisir et de la liberté dans la médiation : “sans obligation de résultats” → approche collective, polyvalente et centrée sur l'expérience partagée.

E2 adopte une organisation individualisée et évolutive, avec une fréquence ajustée selon les besoins : “on va espacer les séances” ou “travailler vers un arrêt”. Elle intervient aussi en groupe ou à domicile si nécessaire → cadre structuré, basé sur l'évolution des objectifs au quotidien.

E3 articule flexibilité et continuité : certains jeunes sont vus jusqu'à “quatre fois dans la semaine”, avec des rendez-vous “en ville”, “chez eux”, ou dans des activités de groupes. Elle insiste sur le “aller vers” et le travail sur la relation et l'engagement dans la durée → posture proactive, mobile, et axée sur la création de lien.

E4 évoque une intervention étape par étape, en co-construction avec les jeunes rythmés par des temps de retours réflexifs partagés : “on peut échanger avec eux et se faire des retours” ; et ce à travers des médiations variées : “activités dites projectives” ; “activité de type cuisine thérapeutique” ; “créneaux individuels [...]et créneaux d'activités” (donc collectif) → organisation équilibrée entre cadre et adaptabilité en collaboration active avec les jeunes.

→ Les modalités d'intervention varient selon les contextes : E1 mise sur **la richesse des médiations collectives**, E2 privilégie une **progression individualisée et cadrée**, E3 développe une pratique **souple**, de **proximité** et fortement **relationnelle**. E4 articule **diversité des médiations et co-construction progressive** du parcours avec le jeune. Ensemble, ces pratiques traduisent une volonté commune : **s'adapter à la singularité des jeunes** tout en maintenant un **cadre thérapeutique clair et évolutif**.

4. Démarche clinique et évaluation en ergothérapie

Évaluation d'équipe :

E1 insiste sur une évaluation collective et régulière : un contrat de soins formalisé tous les 3 à 6 mois, évalué en réunion de synthèse hebdomadaire → démarche structurée et intégrée au travail pluridisciplinaire.

E2 adopte une logique collaborative, avec une évaluation fonctionnelle en binôme, et participe également à une réunion clinique hebdomadaire → une pratique coordonnée mais davantage centrée sur l'observation directe de l'ergothérapeute.

E3 décrit un dispositif d'évaluation étendu sur trois mois, mobilisant plusieurs professionnels (médecin, neuropsychologue, assistante sociale), avec des évaluations multiples et étagées dans le temps → inscrire dans cette temporalité d'équipe tout en adaptant ses outils au besoin.

E4 décrit une procédure d'évaluation progressive, séquencée et collective : “premier contact avec notre infirmière coordinatrice” ; “réunion pluridisciplinaire” ; “entretien infirmier et médical” ; “une semaine d'évaluation” ; “réévalué à peu près à chaque trimestre” → démarche ritualisée, intégrant l'équipe et articulée autour de cycles d'observation, de décision et de réévaluation.

→ Les quatre ergothérapeutes s'appuient sur des évaluations d'équipe tout en exprimant **quatre conceptions** différentes **du travail d'équipe**: E1 met l'accent sur le **cadre institutionnel** de l'évaluation, E2 sur la **coopération fonctionnelle**, tandis que E3 et E4 décrivent davantage une **démarche pluridisciplinaire complète et protocolisée**.

Outils d'évaluation :

E1 privilégie une évaluation via une observation informelle “ce que j'observe en atelier”, attentive aux interactions et comportements sociaux. Il lui arrive d'utiliser l'ELADEB de façon ciblée, selon le besoin ressenti → pratique souple et contextuelle.

E2 déploie un large éventail d'outils standardisés: “ça peut-être le MOH, l'OCAIRS, l'OSA, l'OQ ou le BEOS”. Mais utilise également l'EF2E et l'OT-HOPE → pratique structurée et référencée, maîtrise avancée des outils évaluatifs, avec une capacité à adapter des supports à sa population.

E3 articule des échelles institutionnelles (SCO-18, GF), des outils cliniques spécifiques (CAARMS, échelle d'insight, échelle de Rosenberg) et l'ELADEB → entre des cadres formels d'évaluation interdisciplinaire et des pratiques plus souples, issues de ses expériences antérieures.

E4 mentionne l'usage de l'ELADEB pour formuler les objectifs avec les jeunes ainsi que l'évaluation continue via l'observation. Elle exprime cependant des limites : “j'ai un peu de mal à trouver des outils standardisés et qui soient vraiment adaptés à la population que je rencontre” → démarche marquée par la volonté de structurer l'évaluation tout en reconnaissant certaines contraintes.

→ E1 reste **proche du terrain**. E2 se positionne comme experte des **modèles et outils structurés**. E3 agit à l'interface entre **dispositifs protocolisés** et **adaptations personnelles**. Tandis que E4 se positionne dans une démarche **intermédiaire**, à cheval entre **cadre évaluatif** et **adaptation clinique**.

Démarche vers le rétablissement fonctionnel :

E1 insiste sur un travail d'ajustement personnalisé, fondé sur l'exploration conjointe avec le jeune de ce qui est “possible”, “confortable” ou non. L'objectif est d'identifier les marges de progression, tout en respectant les limites perçues → approche réaliste, co-construite, visant l'autonomie fonctionnelle.

E2 met en avant une approche occupationnelle, centrée sur la tâche à réaliser et les activités choisies. Elle observe un effet bénéfique non seulement sur le fonctionnement, mais aussi sur les symptômes → l'occupation devient un levier thérapeutique intégrant les dimensions fonctionnelle et clinique.

E3 décrit un mouvement progressif : une reprise d'activités dans la sphère domestique, puis extérieure, jusqu'à des actions plus productives. Cette dynamique respecte le rythme du jeune et favorise un retour en action par paliers → vision du rétablissement graduelle ancrée dans le quotidien.

E4 illustre une **évolution des objectifs** : “ une perspective d'engagement professionnel, et puis maintenant ça a un petit peu évolué [...] c'est plutôt un objectif plaisir”. Cela reflète un ajustement continu du projet thérapeutique, selon l'état psychique et les aspirations du jeune → posture ouverte à la transformation des objectifs fonctionnels vers une logique d'engagement.

→ Les quatre ergothérapeutes partagent une même finalité : soutenir le **rétablissement fonctionnel**, mais leurs approches divergent. **E1** privilégie l'**adaptation progressive**, **E2** s'appuie sur la **capacité structurante de l'activité**, **E3** valorise une **dynamique évolutive et contextualisée** et **E4** s'appuie sur une **redéfinition continue** des **objectifs** et de l'**engagement** du jeune. Ces différences reflètent la pluralité des parcours possibles vers un rétablissement fonctionnel, en santé mentale.

5. Lien entre l'identité occupationnelle et l'évolution des capacités fonctionnelle des jeunes UHR

Impact de l'engagement dans des occupations sur le rétablissement fonctionnel :

E1 souligne que l'engagement dans des occupations, même adaptées (“petits aménagements”), n'est pas toujours un indicateur fiable d'insertion sociale ou professionnelle. Selon elle, l'engagement dans des occupations peut soutenir un rétablissement fonctionnel, mais ne le garantit pas à elle seule → approche nuancée, qui reconnaît les limites de l'occupation sans interaction sociale.

E2 considère au contraire qu'en travaillant sur l'identité occupationnelle, notamment l'engagement dans l'activité, “ ça va venir changer son fonctionnement”. L'individu devient alors “plus autonome sur des choses qui lui posent difficulté aujourd'hui” → activité et rétablissement fonctionnel intrinsèquement liés dans une vision où l'occupation est outil et moteur de changement fonctionnel.

E3 décrit un processus progressif, dans lequel le profil occupationnel devient un indicateur concret du mouvement vers le rétablissement : “quand il y a une stabilisation [...] des symptômes, il y a une reprise quand même d'activité d'abord au sein de la maison, puis après un petit peu à l'extérieur, puis après qui peut enclencher sur quelque chose d'un peu plus productif” → lecture dynamique du lien entre engagement et capacités fonctionnelles, ancrée dans le vécu du patient.

E4 reconnaît le potentiel de transformation lié aux activités mais fait part d'une retenue fondée sur son expérience clinique : “on espère que ça ait un impact... mais je l'ai rarement observé pour le moment.” → posture lucide quant à la lenteur et l'incertitude du rétablissement en santé mentale.

→ Les quatre professionnels partagent l'idée que l'occupation joue un rôle dans le rétablissement, mais leurs positions diffèrent : **E1** en souligne **les limites isolées**, **E2** en fait un **levier central d'évolution**, **E3** l'utilise comme **repère du cheminement** tandis que **E4** reconnaît ses effets potentiels mais peu tangibles à court terme. Ces nuances traduisent des postures complémentaires sur le rôle de l'ergothérapie dans le rétablissement fonctionnelle des jeunes UHR.

Impact du rétablissement symptomatique :

E1 intègre dès le départ l'idée de rechute et de chronicité de la maladie: "on va presque l'accompagner un petit peu vers l'évolution de la maladie" → une vision qui oriente son accompagnement vers un soutien durable, centré sur un rétablissement global et non sur la disparition complète des symptômes.

E2 met en lumière un lien dynamique entre rétablissement fonctionnel et évolution symptomatique. Selon elle, l'engagement dans des activités peut avoir un effet positif sur les symptômes : "les signes cliniques vont commencer à s'estomper" → interdépendance entre rétablissement fonctionnel et symptomatique, où amélioration fonctionnelle et atténuation des symptômes se renforcent mutuellement.

E3 observe que la stabilisation des symptômes permet une reprise progressive des activités, mais souligne aussi le rôle des facteurs de stress dans la réactivation des troubles : "si t'as des facteurs de stress qui montent [...] les symptômes vont être plus forts". Elle insiste également sur la posture clinique de vigilance, en se concentrant davantage sur les comportements que sur les symptômes déclarés: "Qu'est-ce que t'as fait hier ? T'as vu qui ?" → articulation entre observation des occupations, gestion du stress et stabilité clinique.

E4 adopte une posture vigilante liée à l'âge des patients. En l'absence de diagnostic formel, elle parle de "suppositions" ou "hypothèses". Elle porte en effet une attention particulière à l'évolution symptomatique dans le temps, sans précipiter les catégorisations → approche adaptée à l'incertitude propre aux trajectoires adolescentes.

➡ Ces perspectives illustrent différentes manières de considérer le **lien** entre **évolution symptomatique** et **capacités fonctionnelles**. Alors que E1 inscrit son action dans une logique de gestion du trouble, E2 et E3 insistent davantage sur l'effet levier des occupations dans le processus de rétablissement symptomatiques. E4, quant à elle, adopte une posture basée sur l'observation continue des trajectoires individuelles. Ensemble, ces postures confirment l'idée que le **rétablissement symptomatique** n'est pas une condition préalable à l'évolution des capacités fonctionnelles, mais bien un **processus parallèle**, influencé par les activités et l'identité occupationnelle en développement.

6. Facteurs contextuels

Contraintes structurelles et/ou organisationnelles :

E1 exerce dans un cadre structuré au sein d'un hôpital de jour intersectoriel, avec un processus d'admission en deux temps (avec et sans entourage), suivi d'un mois d'essai. Les prises en soins sont limitées dans le temps (6 mois à 3 ans), pour un public de 18 à 27 ans, sur indication médicale exclusivement. → critères d'entrée précis et organisation institutionnelle.

E2 intervient dans 2 dispositifs, un centré sur les jeunes sujet à un PEP et l'autre sur les jeunes UHR. Ce dernier propose un suivi de 2 ans maximum avec une équipe non-sectorisée dans son fonctionnement, permettant aux professionnels de suivre des patients de plusieurs secteurs (ex : “le case manager prend dans tous les secteurs”) ; le public accueilli s'étend entre 16 et 35 ans. → structure souple, mais dépendante de logiques intersectorielles complexes.

E3 travaille dans un dispositif expérimental intersectoriel, accueillant des jeunes entre 15 et 30 ans en ambulatoire, sur une durée de 3 ans. Il n'y a pas de structure d'accueil physique continue (pas d'hôpital de jour), les jeunes vivent à domicile et viennent en consultation. Ce service est également suivi par l'ARS, avec des évaluations obligatoires → cadre innovant, hors des formats classiques, mais avec exigences évaluatives fortes.

E4 évolue dans un hôpital de jour, le seul dispositif du département accompagnant les 16-18 ans, ce qui est source de difficultés (“une petite équipe”, “des tout petits locaux”, on essaye de s'en sortir”). Le recrutement se fait essentiellement via le bouche à oreille et la prise en soins dure “au minimum 2 ans” → un service singulier en évolution, confronté à des contraintes matérielles et structurelles fortes, mais bénéficiant d'un ancrage spontané auprès des jeunes.

→ Ces réalités contrastées illustrent à quel point les contraintes structurelles (durée des suivis, tranches d'âge, modalités d'admission, moyens logistiques) façonnent directement les pratiques ergothérapeutiques. Tandis que E1 s'inscrit dans un **cadre institutionnel formalisé**, E2 agit dans un **système transversal**, E3 dans un **modèle souple** mais **normé**, et E4 dans un contexte **localement indispensable** mais **structurellement fragile**.

Approches théoriques sous-jacentes :

E1 ne mentionne pas d'approche théorique particulière et indique ne pas avoir de formation spécifique en lien avec un modèle donné → sa pratique semble avant tout guidée par l'expérience clinique et les besoins observés sur le terrain.

E2 se réfère explicitement à une “approche occupationnelle” qui structure son intervention et oriente sa démarche d'accompagnement à travers l'activité → positionnement théorique inscrit dans les fondements de l'ergothérapie.

E3 mobilise le modèle vulnérabilité-stress, à la fois comme cadre explicatif pour les jeunes et leur entourage (“c'est un modèle sur lequel on se base pour leur expliquer un petit peu les choses”) et comme guide pour construire un accompagnement adapté → grille de lecture partagée des troubles psychiques, favorisant à la fois la compréhension et l'engagement des différents acteurs.

E4 situe son cadre d'intervention dans une **orientation psychodynamique**, liée à l'identité institutionnelle de son service : “Le service est plutôt d'un penchant psychodynamique.” → approche non détaillée mais qui va teinter les modalités d'accompagnement.

➡ Ces extraits révèlent une **diversité d’ancrages conceptuels** : E2 et E3 s’inscrivent dans une pratique réflexive nourrie par des modèles explicites (occupationnel ou vulnérabilité-stress), E4 s’appuie davantage sur un cadre institutionnel, tandis que E1 adopte une approche davantage empirique, sans modélisation formelle apparente. Cette **hétérogénéité** reflète les **variations** de formation, d’environnement professionnel et de posture clinique en **ergothérapie en santé mentale**.

Formation initiale/continue :

E1 possède une expérience exclusivement centrée sur la psychiatrie, depuis sa formation. Elle a exercé en CATTP, hôpital de jour, intra-hospitalier, et a complété sa pratique par des formations continues ciblées : prévention suicide, remédiation cognitive, analyse de la pratique, soins liés à certaines pathologies psychiatriques. → profil spécialisé, ancré dans la continuité psychiatrique, avec un investissement marqué en formation clinique approfondie.

E2 a un parcours professionnel évolutif et transversal, débuté en neurologie (SSR), avec une fonction de cadre à temps partiel, puis un virage vers le handicap psychique en milieu médico-social (SAMSAH), avant d’intégrer le champ de la réhabilitation psychosociale. Elle a multiplié les contextes : neurologie, MAS, domicile, psychiatrie. → profil pluriel et adaptable, avec une construction progressive de la compétence en santé mentale.

E3 présente une expérience longue (12 ans) en réhabilitation psychosociale, en intra et extra-hospitalier. Elle a cumulé plusieurs fonctions au sein de dispositifs innovants, jusqu’à exercer aujourd’hui comme ergothérapeute-case manager dans un service d’intervention précoce. → parcours engagé dans la psychiatrie communautaire, combinant expérience terrain et fonctions de coordination.

E4 se situe dans les premières années de sa carrière et décrit un investissement rapide dans la formation continue : “j’ai été diplômée en 2022”, “j’ai fait quelques formations sur les troubles neurodéveloppementaux. J’ai fait une formation sur l’outil ELADEB et sur la gestion de la violence en psychiatrie” → profil émergent, engagé dans un processus de professionnalisation en santé mentale

➡ Ces trajectoires témoignent de **profils diversifiés** malgré leurs intervention auprès d’une **même population** : E1 s’est inscrite dans une **spécialisation continue en psychiatrie**, E2 s’est construite par **mobilité professionnelle interdisciplinaire**, E3 incarne une **expertise consolidée en réhabilitation**, doublée d’un **rôle organisationnel** tandis que E4 illustre un profil plus récent marqué par une entrée direct en santé mentale.

Interdisciplinarité et travail en réseau :

E1 s’inscrit dans une dynamique de collaboration avec les autres professionnels : “un atelier créatif que j’anime avec une art-thérapeute”, “avec la psychomotricienne, on a démarré un groupe sur les émotions”, “J’encadre aussi un groupe de parole avec la psychologue”. → approche collaborative centrée sur la co-médiation, où chaque professionnel apporte sa spécificité dans un espace thérapeutique partagé.

E2 insiste sur l'importance des regards croisés pour enrichir l'analyse des situations : elle collabore avec une équipe pluriprofessionnelle étendue, incluant : “les case manager du coup qui peuvent être infirmiers ou éducateurs spécialisés, il y a les psychologues praticiens TCC. Il y a la psychologue spécialisée en neuropsychologie, il y a une infirmière en pratique avancée, il y a un pair-aidant, il y a les assistants sociaux”. Elle réalise certaines séances en binôme en fonction des besoins identifiés (ex. troubles cognitifs, anxiété) → travail inscrit dans une logique de complémentarité, où l'ergothérapie s'articule avec les autres disciplines pour répondre aux problématiques fonctionnelles

E3 évolue dans un dispositif où chaque case manager a une profession d'origine différente et souligne que, malgré une mission commune, chacun mobilise ses compétences propres pour enrichir l'accompagnement. Le travail d'équipe est quotidien : staff hebdomadaire avec le médecin, échanges selon affinités ou situations spécifiques → modèle fondé sur la co-construction horizontale, valorisant la diversité des profils professionnels.

E4 explique être la seule ergothérapeute dans une large équipe pluridisciplinaire avec laquelle elle collabore notamment par des groupes co-animés avec l'art-thérapeute, ainsi que des interventions dans les ateliers parents/ados avec la psychologue. Elle précise que “principalement les échanges pluridisciplinaires et les réunions cliniques” sont la norme, “on est rarement seul autour d'un patient, on est toute une équipe.” → interdisciplinarité formelle et institutionnalisée, où, malgré la singularité du rôle d'ergothérapeute, le travail en réseau est assuré par une équipe aux compétences complémentaires et un cadre structuré.

➡ Ces pratiques témoignent de formes variées d'interdisciplinarité : E1 valorise la **collaboration** entre professionnels, E2 mobilise une **intervention spécialisée au cas par cas**, E3 incarne une **interdisciplinarité** au sein d'un collectif professionnel diversifié, tandis qu'E4 illustre une **organisation institutionnalisée** où le travail en réseau se déploie autour d'une équipe pluridisciplinaire. Chacune de ces modalités reflète une vision complémentaire du travail en réseau en santé mentale.

Les données recueillies auprès de quatre ergothérapeutes révèlent des **convergences fortes** mais aussi des **divergences notables**, reflétant la diversité des contextes cliniques, des modèles de référence et des pratiques professionnelles. Elles permettent de mettre en lumière **plusieurs leviers d'action thérapeutique**, ainsi que les **limites structurelles** susceptibles d'en influencer la portée.

Ces éléments constituent alors une base d'analyse pour approfondir la discussion sur le rôle de l'ergothérapeute dans l'accompagnement vers un rétablissement fonctionnelle des jeunes UHR.

2.2. Discussion

2.2.1. Significations des résultats

- **Prise en compte de l'identité occupationnelle dans la pratique en ergothérapie**

Ce qui ressort avant tout des entretiens, c'est l'importance accordée à **l'engagement occupationnel**, davantage qu'à l'identité occupationnelle elle-même. Or, il est important de rappeler que **l'identité occupationnelle** se construit progressivement, à travers une phase **d'exploration** suivie d'un **engagement** dans des activités à la fois **signifiantes** et **significatives** (Lannegrand-Willems, 2017 ; Bowyer et al., 2023 ; Launois, 2015).

L'exploration d'activités est perçue par l'ensemble des ergothérapeutes interrogées comme un **levier** permettant de tester ce qui « fait sens » pour le jeune UHR dans un cadre sécurisant. Comme le souligne E1 : “le but c'est quand même de l'ouvrir sur les autres activités pour qu'il puisse développer d'autres compétences.”. Cependant on observe une **priorisation** de cette **exploration** dans le cadre de l'accompagnement des jeunes UHR dans les structures **d'hospitalisation de jour**, ce qui semble être moins le cas dans les services d'intervention précoce.

La notion **d'engagement** dans les activités fait globalement consensus. Elle est reconnue comme **moteur de motivation**, de **lien thérapeutique** et de **mobilisation fonctionnelle**. Toutefois, les manières de l'appréhender divergent selon les professionnelles. **E2** adopte une démarche **planifiée**, au sein de laquelle l'engagement est pensé comme un **objectif thérapeutique**, à atteindre progressivement via des étapes ciblées et formalisées. À l'inverse, **E1**, **E3** et **E4** privilégient une posture **adaptative**, construite au fil de l'observation et de l'évolution du jeune.

L'engagement est alors considéré comme émergent, souvent fragile, et nécessite d'être **soutenu** dans des contextes fluctuant selon l'état psychique du jeune. Comme l'exprime **E4** : “c'est tout le travail de laisser faire et puis les amener à réfléchir, sans faire à leur place et sans les pousser”.

Ainsi, si **l'identité occupationnelle** n'est que rarement verbalisée comme telle, les pratiques décrites révèlent un travail sous-jacent sur ses deux dimensions. Les ergothérapeutes interrogées mobilisent le **sens** que le jeune attribue à ses **occupations**, à son vécu et ses aspirations afin de soutenir un **processus personnel**, et utilisent les **activités significatives** comme repères structurant le projet du jeune. Ce double appui permet de relier le vécu subjectif du jeune aux repères sociaux, soutenant ainsi la construction d'une identité occupationnelle telle que décrite précédemment (Bowyer et al., 2023 ; Launois, 2015). L'ergothérapeute apparaît alors comme un facilitateur, en créant les conditions d'un engagement progressif, adapté et porteur de sens. Cet engagement, à l'intersection des attentes sociales et des aspirations personnelles, implique un travail conjoint avec l'entourage du jeune.

- **Fonctionnement occupationnel dans le processus de rétablissement**

Comme vu précédemment, la symptomatologie UHR a de nombreuses répercussions fonctionnelles chez les jeunes, notamment en ce qui concerne les **performances académiques et professionnelles** (Da Fonseca et Fournier, 2018), le **fonctionnement social** (Krebs et al, 2014) et les **AVQ** (Comtois et al, 2019). Les entretiens ont permis d'explorer ce fonctionnement occupationnel dans le cadre du **rétablissement fonctionnel** des jeunes UHR.

Le **fonctionnement social** est alors unanimement considéré comme central, travaillé au travers d'activités et observé dans des contextes concrets. Quant aux **AVQ**, elles constituent un levier fondamental pour toutes les ergothérapeutes interrogées, à la fois pour soutenir l'autonomie et structurer le quotidien, mais également comme tremplin vers des environnements sociaux ou professionnels. Les **objectifs d'accompagnement** sont modulés selon des **leviers et temporalités** différents, perçus comme prioritaires par certains ou comme un objectif à long terme par d'autres.

Certaines des pratiques verbalisées par les ergothérapeutes interrogées contribuent au **développement des compétences** identifiées dans le **modèle stress-vulnérabilité-compétences**. Elles accompagnent les jeunes à être autonome dans leurs sorties en valorisant leurs capacités et en les aidant à développer des **stratégies d'adaptation** ce qui renforce leur **estime** d'eux (E1). Elles travaillent les **habiletés sociales** (E1 et E2), en lien direct avec les compétences protectrices décrites par Rey et D'Amato (2019). À l'inverse, bien que certaines (E3) se réfèrent explicitement au modèle, elles ne verbalisent pas d'actions ciblant le développement de ces compétences. Ces éléments suggèrent une appropriation hétérogène du modèle, notamment dans sa dimension "compétences".

Ces éléments soulignent que l'**accompagnement en ergothérapie** favorise la réappropriation des rôles sociaux et permet aux adolescents UHR de redonner du sens aux activités qu'ils pratiquent. Ils développent alors des compétences dites "protectrices" susceptibles de réduire le risque de transition vers un trouble psychotique et donc de faire un PEP.

- **Pratiques professionnelles de l'ergothérapeute**

Les quatre ergothérapeutes partagent une vision large et polyvalente de leurs missions, qui vont bien au-delà de la simple mise en place d'activités. Celles-ci incluent un **accompagnement personnalisé**, la **co-construction des projets de soins** ainsi qu'une attention particulière portée à la **relation** thérapeutique avec les **jeunes** et leur **entourage**. Elles parlent alors d'un accompagnement inconditionnel, "On va l'accompagner. Quel que soit son projet." (E1), et du "lien de confiance" (E3). C'est cependant dans les **modalités d'interventions** que des **divergences** apparaissent. E1 et E4, qui travaillent en HDJ, mettent en avant des **ateliers collectifs** "sans obligation de résultats" (E1) privilégiant des "activités dites projectives" (E4). De leurs côtés, E2 et E3 qui exercent dans des

services d'intervention précoce, optent pour une **organisation individualisée** de l'accompagnement modulant la fréquence et les lieux d'intervention selon les besoins du jeune.

Cette variabilité des modalités d'intervention, malgré des missions globalement similaires, soulève une problématique majeure : **l'absence d'homogénéité** dans les prises en soins en ergothérapie des adolescents UHR. Les différences observées entre les structures d'intervention précoces et les hôpitaux de jour illustrent cette disparité. Cela risquerait de limiter un accès équitable aux soins, de fragiliser la continuité des parcours et de freiner l'émergence d'un cadre de pratique partagé, pourtant nécessaire à l'efficacité des interventions et au développement de compétences spécialisées.

- **Démarche clinique et évaluation en ergothérapie**

L'analyse des entretiens met en évidence une reconnaissance partagée de l'importance d'une **évaluation d'équipe**. Toutes les ergothérapeutes interrogées s'inscrivent dans des dynamiques **pluridisciplinaires**, où les **observations croisées** permettent l'élaboration et le réajustement des projets de soins. Pour autant, la manière de mettre en œuvre cette évaluation varie selon les contextes et les professionnels. E1 et E4 adoptent une posture clinique centrée sur **l'observation informelle**, à partir des **interactions** du jeune en situation. Comme le souligne E1 : "C'est ce que j'observe en atelier qui me donne des infos". À l'inverse, E2 et E3 mobilisent davantage **d'outils standardisés**, dans une logique plus structurée et protocolisée. Ces outils ne sont pas spécifiques à l'intervention précoce. E2 explique : "Je travaille avec l'OCAIRS, l'OSA, le MOH. Ça me permet d'avoir des repères précis sur les capacités occupationnelles." E3, de son côté, décrit une évaluation répartie sur trois mois, impliquant plusieurs professionnels et s'inscrivant dans une **approche systémique et institutionnalisée**. Elle utilise des outils qui, dans sa structure, propres au case manager : "2 évaluations obligatoires qui sont la SQOL18 et l'EGF".

La variété d'outils utilisés met en lumière une **problématique** majeure liée au **manque d'outils d'évaluation spécifiques** pour les jeunes UHR. En effet comme le souligne E4 souligne : "j'ai un peu de mal à trouver des outils standardisés vraiment adaptés à la population que je rencontre". En ce sens, bien qu'E2 utilise une grande variété **d'outils**, elle insiste sur **l'adaptation** qu'elle en fait afin de répondre aux **besoins** spécifiques de cette population.

Toutes soulignent que ces évaluations contribuent à orienter les prises en soins des jeunes UHR vers un **rétablissement fonctionnel**. Là encore, c'est dans les **modalités d'accompagnement** vers ce rétablissement que l'on retrouve des **divergences**. E2 et E3 mettent en œuvre un plan d'accompagnement reposant sur des **outils standardisés**, bien que ceux-ci **varient** d'un service d'intervention précoce à un autre. E1 et E4, quant à elles, adoptent des approches plus spontanées, reposant sur leurs observations cliniques et leurs appréciations personnelles.

Ces différences de posture témoignent d'une diversité de **cultures professionnelles**, qui seraient néanmoins toutes orientées vers un même horizon : soutenir un **rétablissement fonctionnel** ancré dans le **quotidien** et centré sur les **occupations** du jeune.

- **Lien entre identité occupationnelle et évolution des capacités fonctionnelles**

Il y a une convergence de point de vue chez les ergothérapeutes interrogées sur l'idée que les **occupations** constituent un pilier central dans le parcours de soins notamment en tant que **support** des capacités fonctionnelles. Comme le formule l'une d'elles à propos du travail sur l'identité occupationnelle: "ça va venir changer son fonctionnement" (E2).

Cependant, leurs positions divergent quant à l'**impact réel** de cette identité occupationnelle. S'agissant d'un **levier de transformation** pour E2 ou plutôt d'un **indicateur de progression** pour E3, l'identité occupationnelle aurait un **effet limité** selon E1, ou encore un **effet incertain** chez E4 ("je l'ai rarement observé pour le moment"). Elles s'accordent néanmoins sur l'importance de l'**observation du quotidien** sur le **long terme** en particulier auprès de cette population en situation de troubles émergents afin de rester vigilant face à l'évolution des symptômes pouvant être discrète et rapide. Cela leur permet d'intervenir le plus précocement possible dès l'apparition des premiers signes de fragilisation chez l'adolescents.

Cette diversité de regards reflète la **complexité** des **trajectoires de rétablissement** en santé mentale et met en lumière l'**adaptabilité** comme compétence clé de l'ergothérapeute. C'est cette capacité d'ajustement qui rendrait son rôle essentiel, aux croisements des dynamiques identitaires, symptomatiques et fonctionnelles.

- **Facteurs contextuels**

Les entretiens montrent que les **pratiques** des ergothérapeutes sont profondément **influencées** par le **contexte** dans lequel elles exercent. Force est de constater que travailler dans un **cadre institutionnel formalisé** ou au contraire un dispositif plus **souple** ou **expérimental**, n'offre pas les mêmes marges de manœuvre, temporalités de soin (2 ans, 3 ans, indéterminé) ou place au sein d'une équipe (entretien d'admission, suivis de parcours, case manager).

Par ailleurs, les **approches théoriques** mobilisées varient entre ancrages explicites dans des **modèles** (tel que le modèle vulnérabilité-stress), **orientations institutionnelles** (psychodynamique) ou encore des pratiques plus **empiriques**. Ces différences reflètent des parcours de formation diversifiés qui nourrissent des postures professionnelles variées.

De plus, l'**interdisciplinarité** apparaît comme un élément transversal, mais prend des formes multiples: co-animation d'ateliers, fonctionnement horizontal ou intégration dans une organisation pluridisciplinaire.

Ces éléments mettent en lumière la **richesse** et la **complexité** des **pratiques** en ergothérapie en santé mentale. Cela confirme que la contribution de l'ergothérapeute au rétablissement fonctionnel ne peut être pensée de manière uniforme, mais dépend étroitement du **contexte institutionnel**, de la **posture professionnelle** et des **besoins spécifiques des jeunes** accompagnés.

- **Nouvelles notions**

Bien que non abordées dans le guide d'entretien initial, la notion de **Plan de Crise Conjointe** (PCC) évoquée par E3 mérite d'être explorée plus largement. Il s'agit d'un "protocole établi avec le patient (...) si jamais il y a une crise et si jamais il y a hospitalisation, qu'est ce qu'il veut ou ne veut pas" (E3). Ce type d'outil favorise l'alliance thérapeutique, mobilise la capacité d'auto-connaissance de la personne, et permet aux professionnels d'adapter leur accompagnement de manière plus individualisée (Ferrari et al, 2018).

E3 mentionne également le **Guide de prévention et de Soins en santé mentale (GPS)**, qu'elle juge "plus abordable" pour les jeunes, notamment grâce à une version spécifique pour les adolescents et jeunes adultes. Ce guide fait davantage appel à l'**identité occupationnelle**, en s'appuyant sur des questions liées aux activités et à leurs réalisations. Directement lié à la notion de **rétablissement fonctionnel**, il aborde, entre autres, le fonctionnement social du jeune, ainsi que ses perspectives académiques et professionnelles.

Si ces résultats permettent une meilleure compréhension des pratiques et du positionnement des ergothérapeutes auprès des adolescents UHR, ils doivent néanmoins être interprétés à la lumière de plusieurs **limites méthodologiques et contextuelles** qu'il convient désormais d'explicitier.

2.2.2. Limites des résultats

Une limite majeure de cette étude réside dans la **taille modeste de l'échantillon**, conséquence d'un faible nombre d'ergothérapeutes exerçant dans des service d'intervention précoce en France. Cette contrainte a restreint la **diversité** des **profils interrogés** pouvant ainsi introduire un **biais de sélection** et rendre les résultats **moins généralisables** (Van Campenhoudt et Quivy, 2011, p. 170).

De plus, l'élargissement du recrutement à des ergothérapeutes exerçant en hôpital de jour, et non uniquement en services d'intervention précoce, complexifie la comparaison des pratiques. Bien que ce choix ait permis de recueillir des **données riches**, il peut **nuancer** la **portée** des **résultats** et également **limiter** leur **généralisation**. Néanmoins, cette contrainte reflète aussi la **réalité du terrain**, où les professionnels exerçant auprès des adolescents UHR sont peu nombreux et parfois difficiles à mobiliser dans le cadre d'une recherche.

Au-delà des contraintes liées au recrutement, d'autres limites relèvent de la **phase préparatoire** de l'enquête. Bien que le guide ait été testé en amont avec des camarades en formation

et ajusté en fonction de leurs retours, ce pré-test présente certaines limites. En effet, le public mobilisé pour la phase de simulation étant issu du même environnement de formation, il n'a peut-être pas permis d'identifier certains **biais implicites** ou **culturels** pouvant influencer la **formulation** des **questions** ou leur **interprétation** par les professionnels interrogés.

Par ailleurs, certaines limites résultent des caractéristiques mêmes de la population ciblée. Une des principales limites de ce travail est la **catégorisation** et la **classification des troubles des adolescents en santé mentale**. Bien qu'utiles dans le cadre de certains dispositifs de soins, ces classifications ne permettent pas toujours de rendre compte de la complexité des situations rencontrées sur le terrain. En effet, les ergothérapeutes interrogés dans le cadre de ce travail rencontrent souvent des jeunes présentant des difficultés multiples et entremêlées (tableaux anxieux, symptômes dépressifs, TDAH, etc.) sans que ces profils correspondent strictement aux critères du stade UHR. À l'adolescence, les **diagnostics** sont rarement posés de manière claire, et les difficultés cliniques sont souvent multiples, évolutives et difficiles à isoler (Lachal, 2023). À l'image de la **diversité** des **pratiques** observées chez les ergothérapeutes, les approches peuvent également varier d'un **psychiatre** à l'autre. Certains posent un diagnostic dès le premier épisode, tandis que d'autres préfèrent parler de premier épisode psychotique (PEP) sans conclure immédiatement. Lorsqu'il s'agit d'Ultra-Haut Risque (UHR), le repérage implique un psychiatre spécifiquement formé à cette évaluation (la CAARMS), ce qui encore peu répandu en France (Morin et al, 2021, p.101). Ces difficultés de diagnostic compliquent la constitution d'un **échantillon** strictement **ciblé**, mais reflète la **réalité clinique** : en psychiatrie adolescente, les frontières diagnostiques sont poreuses, et les besoins en accompagnement se situent souvent au-delà des étiquettes nosographiques. Cette réalité a nécessairement influencé la portée de ce travail, en rendant plus complexe l'analyse spécifique de l'accompagnement des adolescents UHR. Cependant, elle souligne d'autant plus la pertinence du **rôle de l'ergothérapeute**, capable d'appréhender la personne dans sa **globalité** et au-delà du diagnostic.

Une autre limite réside dans le fait que certaines **dimensions** sont encore **peu explorées** et ne font l'objet que de **recherches** récentes. Par exemple, l'étude de Hamdan-Dumont et al. (2025) met en lumière un rôle potentiellement protecteur d'une "plainte cognitive subjective" chez les jeunes UHR. Cela contraste avec l'idée plus traditionnelle qui associe les troubles cognitifs à des facteurs de vulnérabilité d'une transition psychotique. Or, cette plainte, loin d'être le signe d'une fragilité, pourrait au contraire témoigner d'une **conscience de soi** préservée et d'une attention particulière portée aux signes précoces de dysfonctionnement, facilitant ainsi une prise en soins adaptée et limitant le risque de transition.

Enfin, certaines **dimensions non abordées** dans ce travail constituent également des **limites** à la **portée de l'analyse**. L'inclusion des **familles** aurait permis d'enrichir la compréhension du rôle de

l'ergothérapeute dans une approche plus systémique. De même, interroger **d'autres professionnels** intervenant auprès d'adolescents UHR aurait permis de préciser le rôle spécifique de l'ergothérapeute. Ces perspectives auraient apporté un **éclairage supplémentaire** sur la place occupée par l'ergothérapeute dans les services d'intervention précoce.

2.2.3. Mise en perspective de l'hypothèse

Les résultats de cette étude tendent à valider l'hypothèse selon laquelle l'ergothérapeute en intervention précoce soutient le **rétablissement fonctionnel** de l'adolescent à Ultra-Haut Risque de transition psychotique en l'accompagnant dans le développement de son **identité occupationnelle**. Son intervention centrée sur l'**engagement occupationnel** faciliterait la construction progressive de l'identité occupationnelle chez les jeunes UHR. S'ajoutant à cela, sa prise en compte globale des **capacités fonctionnelles**, il joue alors un rôle clé dans l'accompagnement des jeunes vers un rétablissement fonctionnel ancré dans leur quotidien.

Cependant, cette contribution n'est **pas uniforme** et varie selon les contextes institutionnels, les postures professionnelles et les modalités d'intervention. La **diversité** des **pratiques** individuelles et des **approches méthodologiques** des ergothérapeutes reflète une pluralité d'interprétations quant à leur pratique dans ce contexte. Cela confirme ainsi la complexité inhérente à l'accompagnement des troubles émergents à l'adolescence.

Par ailleurs, les **limites méthodologiques** et **contextuelles** identifiées – notamment la taille restreinte de l'échantillon, la difficulté à isoler strictement la population des adolescents UHR et l'absence de perspectives pluridisciplinaires plus larges – incitent à une lecture prudente des résultats. Elles suggèrent également que la **spécificité** du **rôle** de l'**ergothérapeute** pourrait être davantage **précisée** par des **recherches complémentaires** intégrant le regard des familles et des autres professionnels, ainsi que par le développement d'outils d'évaluation adaptés à cette population.

En somme, ce travail appuie l'importance de l'accompagnement en ergothérapie des adolescents UHR dans les services d'intervention précoce. Dans cette continuité, il est important de s'interroger sur les apports que ce travail d'initiation à la recherche peut représenter, tant pour la profession que pour la recherche.

2.2.4. Apport du travail de recherche

Ce travail ouvre alors la voie à un approfondissement de la réflexion sur les **modalités d'intervention** des ergothérapeutes aux seins de ces services et l'**articulation** du travail avec les autres professionnels. Un tel approfondissement semble nécessaire pour soutenir l'amélioration continue des pratiques et des dispositifs d'accompagnement.

À son échelle, ce travail contribue à alimenter la réflexion autour du rôle des ergothérapeutes en intervention précoce, un champ encore peu documenté.

Conclusion

La réalisation de ce mémoire m'a offert l'opportunité **d'approfondir** ma **compréhension** du **rôle de l'ergothérapeute** auprès des personnes présentant des troubles psychotiques émergents. Réaliser des recherches sur une population que je côtoyais en parallèle sur mon lieu d'apprentissage a donné une dimension **concrète** et directement **applicable** à ce travail d'initiation à la recherche. Cela m'a notamment permis d'aborder avec plus de recul et de discernement mon accompagnement auprès des patients adultes déjà engagés dans un parcours de soins. La compréhension plus approfondie de la maladie et des étapes traversées en amont me permet de percevoir plus clairement comment l'ergothérapeute peut intervenir à différents moments du parcours pour soutenir le fonctionnement quotidien et favoriser l'engagement occupationnel.

Ce travail, au-delà d'enrichir ma **posture clinique**, m'a permis de prendre conscience de l'importance d'adapter mes interventions en fonction du stade de la maladie et de la temporalité propre à chaque patient. La notion **d'identité occupationnelle**, au cœur de ce mémoire, m'apparaît désormais comme un repère essentiel pour penser un accompagnement qui soit à la fois centré sur la personne et sur ses occupations.

Enfin, ce travail m'a permis de mieux saisir l'intérêt de la **recherche** pour la **pratique clinique**. Grâce à une compréhension **approfondie** de la **méthodologie** d'un travail de recherche, j'ai réalisé combien la démarche scientifique pouvait nourrir une réflexion professionnelle rigoureuse et améliorer la qualité de nos interventions. Cela m'encourage à poursuivre une démarche de formation tout au long de ma future carrière, que ce soit par la lecture, les analyses de pratique, ou peut-être même, à terme, en participant à des projets de recherche au sein des équipes dans lesquelles j'exercerai.

Dans la continuité de ce travail, il semble pertinent d'élargir la réflexion du rôle que pourrait jouer l'ergothérapeute dans les champs de la **prévention** et de la **promotion** de la **santé mentale**. Aujourd'hui, les facteurs de risque de transition psychotique (tels que les traumatismes infantiles ou l'usage de substances) sont de mieux en mieux identifiés. Si la prévention secondaire cible déjà certaines populations à risque, il apparaît essentiel de tendre également vers une **prévention primaire**, agissant en amont de l'apparition des troubles. Dans cette perspective, l'ergothérapie pourrait trouver sa place, notamment en milieu **scolaire** ou **communautaire**, auprès d'enfants et d'adolescents présentant des **vulnérabilités cognitives** ou **sociales**. Ces fragilités, souvent présentes bien **avant les premiers signes cliniques**, pourraient être mieux repérées et accompagnées grâce à une approche centrée sur les occupations et la participation. Cette orientation vers la prévention ouvre ainsi un champ d'action prometteur pour la profession, en lien direct avec les concepts de **rétablissement** et de **l'intervention précoce**.

Bibliographie

Amami, O., Aribi, L. & Baati, I. (2014). Schizophrénie et scolarité : étude tunisienne à propos de 32 lycéens et étudiants atteints de schizophrénie [Schizophrenia and education: about 32 Tunisian students suffering from schizophrenia]. *La Tunisie medicale*, 92(8-9), 536–541.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5e éd.).

<https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>

Amiel, M. (2017). *Rapport d'information n° 494 (2016-2017) : Fait au nom de la Mission d'information sur la situation de la psychiatrie des mineurs en France*. Assemblée nationale.

<https://www.senat.fr/rap/r16-494/r16-494.html>

Andresen, R., Caputi, P., & Oades, L. (2006). Stages of Recovery Instrument : Development of a Measure of Recovery from Serious Mental Illness. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 40, 972-980.

Andreou, C., Bailey, B., & Borgwardt, S. (2019). Assessment and treatment of individuals at high risk for psychosis. *BJPsych Advances*, 25(3), 177-184.

<https://doi.org/10.1192/bja.2019.3>

Association Nationale des Ergothérapeutes de France. (2020). *Guide de Recommandations* https://anfe.fr/wp-content/uploads/2020/12/Ergotherapie-en-sante-mentale_Guide-de-recommandation_s.pdf

Bon, L. et Franck, N. (2018) . Réhabilitation psychosociale : outils thérapeutiques et offre de soin. *PSN*, Volume 16(1), 7-16.

<https://doi.org/10.3917/psn.161.0007>.

Bosma, H., Bariaud, F., & Grand, A. (1994). Le développement de l'identité à l'adolescence. *L'Orientation scolaire et professionnelle*, 23(3), 291-311.

https://www.persee.fr/doc/binop_0249-6739_1994_num_23_3_1493

Bourcet, S. (2005). Psychose aiguë, schizophrénie débutante et adolescence. *Adolescence*, T. 23, 2(2), 225-239.

<https://doi.org/10.3917/ado.052.0225>.

Bourdeau, G., Lecomte, T., Lecardeur, L. et Lysaker, P. (2014) . Premier épisode psychotique et rétablissement. *Pratiques en santé mentale*, 60(2), 41-46.

<https://doi.org/10.3917/psm.142.0041>.

Bowyer, P., Wolske, J., Peraza Cabera, J., Fisher, G. (2023). Chapter 8 : Dimension of doing. Dans Taylor, R., Bowyer, P., & Fisher, G. (dir.) *Kielhofner's model of human occupation*, 6, 113-114. Lippincott Williams & Wilkins.

Bromley, S., Choi, M. & Faruqi, L. & Baker, S. (2011). Le premier épisode psychotique : Guide d'information, CAMH.

<https://institutdepsychiatrie.org/wp-content/uploads/2020/06/first-episode-psychosis-guide-fr-2.pdf>

Bursztejn, C. (2003) . La schizophrénie au cours de l'enfance. *La psychiatrie de l'enfant*, 46(2), 359-380.

<https://doi.org/10.3917/psy.462.0359>.

Chang, W.C. (2021). N'oubliez pas de tenir compte du négatif. IEPA. N°8217.

<https://iepa.org.au/hidden/noubliez-pas-de-tenir-compte-du-negatif/>

CHU Clermont-Ferrand. (n.d.). *Équipe mobile d'intervention précoce en psychiatrie | EMIP*. Pôle psychiatrie enfant-adulte, site Gabriel-Montpied. Consulté le 2 février 2025.

<https://www.chu-clermontferrand.fr/liste-services/equipe-mobile-intervention-precoce-psychiatrie>.

CHUV. (n.d.). *Programme TIPP (traitement et intervention précoce dans les troubles psychotiques)*. Centre hospitalier universitaire vaudois. Consulté le 2 février 2025.

<https://www.chuv.ch/fr/fiches-psy/programme-tipp-traitement-et-intervention-precoce-dans-les-troubles-psychotiques>

C'JAAD. (n.d.). *Centre d'évaluation pour les Jeunes Adultes et Adolescents (C'JAAD)*. Consultation intersectorielle infanto-juvénile : Détection des troubles précoces, centres référents et consultations spécialisées. GHU Paris. Consulté le 2 février 2025.

<https://www.ghu-paris.fr/fr/annuaire-des-structures-medicales/le-cjaad-centre-devaluation-pour-les-jeunes-adultes-et>

Claude, G. (2019). Étude qualitative : Définition, techniques, étapes et analyse. Scribbr.

<https://www.scribbr.fr/methodologie/etude-qualitative>

Claude, G. (2019b, novembre 7). L'entretien semi-directif : définition, caractéristiques et étapes. Scribbr.

<https://www.scribbr.fr/methodologie/entretien-semi-directif/>

Coldefy, M., & Gandré, C. (2018, septembre). Personnes suivies pour des troubles psychiques sévères : une espérance de vie fortement réduite et une mortalité prématurée quadruplée. *Questions d'économie de la santé*, 237. Irdes.

Combessie, J. (2007). II. L'entretien semi-directif. La méthode en sociologie. 24-32. La Découverte.
<https://shs.cairn.info/la-methode-en-sociologie--9782707152411-page-24?lang=fr>.

Comtois, D., Villeneuve, M., Lalonde, P., Rodriguez, J.-P., Beaudoin, O., Montreuil, T., Sieres, K., Ménard, A. et Dubé, F. (2016). Comprendre un premier épisode de psychose... pour mieux agir ! Société québécoise de la schizophrénie et des psychoses apparentées (SQS).

Cowman, M., Godfrey, E., Walsh, T., Frawley, E., Fowler, D., Alvarez-Jimenez, M., O'Connor, K., Wykes, T., Birchwood, M., & Donohoe, G. (2023b). Measures of Social and Occupational Function in Early Psychosis : A Systematic Review and Meta-analysis. *Schizophrenia Bulletin*, 50(2), 266-285.
<https://doi.org/10.1093/schbul/sbad062>

Da Fonseca, D., & Fournier, P. (2018). Schizophrénie à début très précoce. *L'Encéphale*, 44(6), 8-11.
[https://doi.org/10.1016/s0013-7006\(19\)30071-5](https://doi.org/10.1016/s0013-7006(19)30071-5)

Dauver, D., & Ollé Laprune, P. (2023). I-Care / You-Care : Programme validé ETP en 2019. Présentation à *La psychiatrie en Ile-de-France : Quels outils au service des familles ?*.
<https://www.iledefrance.ars.sante.fr/media/110516/download?inline>

Devernay, M., Viaux-Savelon, S. (2014). Développement neuropsychique de l'adolescent: les étapes à connaître. *Réalités pédiatriques*, 187, 14-20.
https://www.sfsa.fr/wp-content/uploads/2013/02/00_Dos_Devernay_Neuro.pdf

Dewez, N. (2009). Mise en perspective historique du concept de psychose. Dans Balestrière, L. (dir.), *Au plus près de l'expérience psychotique. Le filin et la voile, psychothérapie des psychoses*. (p. 203 -211). érès.
<https://doi.org/10.3917/eres.bales.2009.01.0203>

De Wit, S., Schothorst, P., Oranje, B., Ziermans, T., Durston, S., & Kahn, R. (2014). Adolescents at ultra-high risk for psychosis : Long-term outcome of individuals who recover from their at-risk state. *European Neuropsychopharmacology*, 24(6), 865-873.
<https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2014.02.008>

Discour, V. (2011). Changements du corps et remaniement psychique à l'adolescence. *Les Cahiers Dynamiques*, 50, 40-46.

<https://doi.org/10.3917/lcd.050.0040>

Early Psychosis Guidelines Writing Group & EPPIC National Support Program. (2016). *Australian clinical guidelines for early psychosis* (2nd ed.). Orygen, The National Centre of Excellence in Youth Mental Health.

<https://www.orygen.org.au/Campus/Expert-Network/Resources/Free/Clinical-Practice/Australian-Clinical-Guidelines-for-Early-Psychosis/Australian-Clinical-Guidelines-for-Early-Psychosis.aspx?ext>

Early Psychosis Prevention and Intervention Center (n.d.). Le case management dans la psychose débutante : un manuel, 12-34.

<https://institutdepsychiatrie.org/wp-content/uploads/2020/04/Case-management-manuel-franc%CC%A7ais.pdf>

Ferrari, P., Suter, C., Chinet, M., & Raileanu, L. E. (2018, 21 novembre). *Un plan de crise conjoint pour les patient-e-s*. REISO, Revue d'information sociale.

<https://www.reiso.org/document/3731>

Franck, N. (2012). Psychose et délire chronique. *La Revue du Praticien*, 62(1), 115-122.

Fusar-Poli, P., Borgwardt, S., Bechdolf, A., Addington, J., Riecher-Rössler, A., Schultze-Lutter, F., Keshavan, M., Wood, S., Ruhrmann, S., Seidman, L. J., Valmaggia, L., Cannon, T., Velthorst, E., De Haan, L., Cornblatt, B., Bonoldi, I., Birchwood, M., McGlashan, T., Carpenter, W., McGorry, P., ... Yung, A. (2013). The psychosis high-risk state: a comprehensive state-of-the-art review. *JAMA psychiatry*, 70(1), 107-120.

<https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2013.269>

Groupe de Réflexion sur l'Ergothérapie en Santé Mentale. (2016, septembre). Ergothérapie en santé mentale : Enjeux et perspectives. (K. Riguet, Coord.; G. Riou, réd.), 24 - 29.

https://anfe.fr/wp-content/uploads/2020/12/Ergotherapie-en-sante-mentale_Enjeux-et-perspectives-1.pdf

Häfner, H., & an der Heiden, W. (1999). The course of schizophrenia in the light of modern follow-up studies: the ABC and WHO studies. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, 249(4), 14-26.

<https://doi.org/10.1007/pl00014180>

Hamdan-Dumont, M., Lecardeur, L., Habert, M., Couturas, J., Okassa, M., Lacroix, A., & Calvet, B. (2025, 22 janvier). Plainte cognitive subjective inversement associée à la transition psychotique chez les ARMS.

<https://hal.science/hal-04880514/>

Hutton, P., Bowe, S., Parker, S., & Ford, S. (2011). Prevalence of suicide risk factors in people at ultra-high risk of developing psychosis : a service audit. *Early Intervention In Psychiatry*, 5(4), 375-380.

<https://doi.org/10.1111/j.1751-7893.2011.00302.x>

Inserm. (2017, juillet 11). *Schizophrénie : Intervenir au plus tôt pour limiter la sévérité des troubles*. Inserm.

<https://www.inserm.fr/dossier/schizophrenie/>

Institut de Psychiatrie. (2021, 25 février). Intervention précoce - Institut de Psychiatrie.

<https://institutdepsychiatrie.org/reseau-transition/intervention-precoce/>

International Early Psychosis Association Writing Group. (2005). International clinical practice guidelines for early psychosis. *The British Journal Of Psychiatry*, 187(48), 120-124.

<https://doi.org/10.1192/bjp.187.48.s120>

Isaac, C., Bolloré, O., Durand, F. et Januel, D. (2021) . Réhabilitation psychosociale en psychiatrie : vers une intégration de la santé fonctionnelle dans le parcours des usagers de la santé mentale. *L'information psychiatrique*, Volume 97(1), 59-62.

<https://doi.org/10.1684/ipe.2021.2206>

Klein, F. (2007). Ergothérapeute pour quoi faire. Dans H. Hernandez (coord.) *Ergothérapie en psychiatrie: de la souffrance psychique à la réadaptation*, 23-38.

Krebs, M.O. (2015). Chapitre 5. « Modes d'entrée » : des prodromes au premier épisode psychotique. *Signes précoces de schizophrénie : Des prodromes à la notion de prévention*, 67-86. Dunod.

<https://doi.org/10.3917/dunod.krebs.2015.01.0067>

Krebs, M.O. (2018). Intervention précoce dans la psychose débutante : Pourquoi ? Pour qui ? Comment ? 37ème Journées de la société de l'information psychiatrique, Paris, France.

<https://sip.sphweb.fr/wp-content/uploads/sites/2/2019/01/KrebsPresAntibes.pdf>

Krebs, M.O. (2019). Comment détecter les jeunes à haut risque de transition psychotique? Dans L. Lecardeur (dir). *Troubles psychotiques: protocoles d'intervention précoce: Le guide du clinicien*, 27-34.

Krebs, M. et Caubel, J. (2024). Changer le regard sur les troubles psychiatriques débutants : une nouvelle lecture impliquant de nouvelles pratiques. *L'information psychiatrique*, 100(9), 687.
<https://doi.org/10.1684/ipe.2024.2793>

Krebs, M. et Lejuste, F. (2023). Psychoses débutantes : pour une prise en charge précoce.
<https://institutdepsychiatrie.org/wp-content/uploads/2020/04/brochure-psychose-débutante.pdf>

Krebs, M., Magaud, E., Willard, D., Elkhazen, C., Chauchot, F., Gut, A., Morvan, Y., Bourdel, M., & Kazes, M. (2014). Évaluation des états mentaux à risque de transition psychotique : validation de la version française de la CAARMS. *L'Encéphale*, 40(6), 447-456.
<https://doi.org/10.1016/j.encep.2013.12.003>

Lachal, J. (2023). Santé mentale et adolescence, une période à risque. *Réalités Familiales*, 120 - 121. Consulté sur :
<https://www.unaf.fr/expert-des-familles/revue-realites-familiales/realites-familiales/sante-mentale-et-adolescence-une-periode-a-risque/>

Lannegrand-Willems, L. (2012). Le développement de l'identité à l'adolescence : quels apports des domaines vocationnels et professionnels ? *Enfance*, 3(3), 313-327.
<https://doi.org/10.3917/enf1.123.0313>

Lannegrand-Willems, L. (2017). La construction identitaire à l'adolescence : quelle place pour les émotions ? *Les Cahiers Dynamiques*, 71(1), 60-66.
<https://doi.org/10.3917/lcd.071.0060>

Launois. (2015). Activités thérapeutiques. *Ergopsy*.
<http://www.ergopsy.com/activites-therapeutiques-a404.html>

Lecardeur, L., Meunier-Cussac, S., & Dollfus, S. (2013). Troubles cognitifs des sujets présentant un premier épisode psychotique et à haut risque de transition vers la psychose : du repérage à la prise en charge. *L'Encéphale*, 39, 64-71.
<https://doi.org/10.1016/j.encep.2012.10.011>

Lloyd, C., Waghorn, G., Williams, P. L., Harris, M. G., & Capra, C. (2008). Early Psychosis : Treatment Issues and the Role of Occupational Therapy. *British Journal Of Occupational Therapy*, 71(7), 297-304. <https://doi.org/10.1177/030802260807100708>

Martin, J. (2017). Mise en place d'un centre d'intervention précoce dédié à la prise en soins des troubles psychotiques débutants. *L'Information Psychiatrique*, 93(10), 865-870.

<https://doi.org/10.1684/ipe.2017.1727>

Marty, L., Franck, N. et Martin, B. (2014) . Comment comprendre le processus de rétablissement de pathologies psychiatriques sévères ? L'intérêt de « l'analyse de récit » Pratiques en santé mentale, 60(2), 47-53. <https://doi.org/10.3917/psm.142.0047>

McGorry, P. D. (2005). Early intervention in psychotic disorders: beyond debate to solving problems. *British Journal of Psychiatry*, 187(48), 108–110. <https://doi.org/10.1192/bjp.187.48.s108>

Melgosa, J. (1987). Development and validation of the occupational identity scale. *Journal Of Adolescence*, 10(4), 385-397. [https://doi.org/10.1016/s0140-1971\(87\)80019-2](https://doi.org/10.1016/s0140-1971(87)80019-2)

Michel, C., Toffel, E., Schmidt, S., Eliez, S., Armando, M., Solida-Tozzi, A., Schultze-Lutter, F., & Debbané, M. (2017). Détection et traitement précoce des sujets à haut risque clinique de psychose : définitions et recommandations. *L'Encéphale*, 43(3), 292-297.

<https://doi.org/10.1016/j.encep.2017.01.005>

Mignet, G., Doussin-Antzer, A., Sorita, E., (2023) Le modèle de l'occupation humaine (MOH) de Gary Kielhofner (1949-2010). Dans M.C. Morel-Bracq, *Modèles conceptuels en ergothérapie : introductions aux concepts fondamentaux*, 72-81. De Boeck Supérieur.

Ministère du Travail, de la Solidarité et de la Fonction publique et Ministère de la Santé et des Sports. (2010, 15 août). Arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'État d'ergothérapeute. *Bulletin officiel Santé – Protection sociale – Solidarité*, 177-186.

Modèle de l'occupation humaine | 5e édition | CRM OH | ULaval. (2024, 16 janvier). Centre de Référence du Modèle de L'occupation Humaine.

<https://crmoh.ulaval.ca/modele-de-loccupation-humaine/>

Morel-Bracq, M.C. (2009). Le modèle de l'occupation humaine de Gary Kielhofner (MOH). Dans *Modèles conceptuels en ergothérapie : introductions aux concepts fondamentaux*, 69-78. De Boeck Supérieur.

Morin, M., Bergeron, A., Levasseur, M., Iyer, S., & Roy, M. (2021). L'état des pratiques actuelles auprès des familles en intervention précoce. Dans *Les approches familiales en intervention précoce : repères pour guider les interventions et soutenir les familles dans les programmes d'intervention pour premiers épisodes psychotiques (PEP)*. *Santé mentale au Québec*, 46(2), 139-159.

<https://doi.org/10.7202/1088181ar>

Morin, J., Daneault, J., Krebs, M., Shah, J., & Solida-Tozzi, A. (2021). L'état mental à risque : au-delà de la prévention de la psychose. *Santé Mentale Au Québec*, 46(2), 85.

<https://doi.org/10.7202/1088179ar>

Morrison, A. P., French, P., Walford, L., Lewis, S. W., Kilcommons, A., Green, J., Parker, S., & Bentall, R. P. (2004). Cognitive therapy for the prevention of psychosis in people at ultra-high risk. *The British Journal Of Psychiatry*, 185(4), 291-297.

<https://doi.org/10.1192/bjp.185.4.291>

Müller, H., Laier, S., & Bechdolf, A. (2014). Evidence-based psychotherapy for the prevention and treatment of first-episode psychosis. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, 264 (1), 17-25.

<https://doi.org/10.1007/s00406-014-0538-0>

Nelson, B., Yuen, K., & Yung, A. (2010). Ultra high risk (UHR) for psychosis criteria : Are there different levels of risk for transition to psychosis ? *Schizophrenia Research*, 125(1), 62-68.

<https://doi.org/10.1016/j.schres.2010.10.017>

Nelson, B., Yung, A., Markulev, C. & Nicoll, M. (2014) The CAARMS: assessing young people at ultra high risk of psychosis. Orygen Youth Health Research Centre.

Parkinson, S., Forsyth, K., & Kielhofner, G. (2017). Base théorique du MOHOST - Le Modèle de l'Occupation Humaine. Dans G. Migne (Trad.), MOHOST - Outil d'évaluation de la participation occupationnelle. 23-28. Boeck Supérieur. (Travail original publié en 2006).

Pelizza, L., Poletti, M., Azzali, S., Paterlini, F., Garlassi, S., Scazza, I., Chiri, L. R., Pupo, S., & Raballo, A. (2019). Suicidal Thinking and Behavior in Adolescents at Ultra-High Risk of Psychosis : A Two-year Longitudinal Study. *Suicide And Life-Threatening Behavior*, 49(6), 1637-1652.

<https://doi.org/10.1111/sltb.12549>

Perkins, D. O., Gu, H., Boteva, K., & Lieberman, J. A. (2005). Relationship between duration of untreated psychosis and outcome in first-episode schizophrenia: a critical review and meta-analysis. *The American journal of psychiatry*, 162(10), 1785–1804.

<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.10.1785>

Pfister, E., & El Maliki, A. C. (2005). Approche biopsychosociale en ergothérapie. Dans M. J. Manidi (dir.), *Ergothérapie comparée en santé mentale et psychiatrie*, 233-235.

Pibarot, I. (2016). Activité thérapeutique et ergothérapie. Dans Hernandez, H. (dir.), *Ergothérapie en psychiatrie: De la souffrance psychique à la réadaptation*, 27-36. Boeck Supérieur.
<https://doi.org/10.3917/dbu.herna.2016.01.0025>

Rey, R. et D'Amato, T. (2019) . 36. Modèle stress-vulnérabilité/gène-environnement. Dans Dollfus, S. (dir.), *Les schizophrénies*, 243 -251. Lavoisier.
<https://shs.cairn.info/les-schizophrénies--9782257207395-page-243?lang=fr>.

Saoud, M., Brunelin, J., & D'Amato, T. (2007). Les signes précoces : vulnérabilité ou prodrome. *L'Encéphale*, 33(3), 408-414.
[https://doi.org/10.1016/s0013-7006\(07\)74592-x](https://doi.org/10.1016/s0013-7006(07)74592-x)

Sauvayre, R. (2021) . Chapitre 3. Le guide d'entretien. Initiation à l'entretien en sciences sociales - 2e éd. Méthodes, applications pratiques et QCM. 29-60. Armand Colin.
<https://shs.cairn.info/initiation-a-l-entretien-en-sciences-sociales--9782200630836-page-29?lang=fr>.

Sleiman Haidar, H., (2020). Quel paradigme pour la psychose à l'adolescence?. *Adolescence : frontière et limites*, 38(1), 149-165.

Trichet, Y. (2013). Le déclenchement de la psychose. Naissance d'un concept lacanien. *Cliniques méditerranéennes*, 87(1), 251-264.
<https://doi.org/10.3917/cm.087.0251>

Van Campenhoudt, L., Marquet, J. et Quivy, R. (2017). Manuel de recherche en sciences sociales. (5e éd.). Dunod.
<https://doi.org/10.3917/dunod.vanc.2017.01>.

Walsh, J., Hochbrueckner, R., Corcoran, J., & Spence, R. (2016). The lived experience of schizophrenia : A systematic review and meta-synthesis. *Social Work in Mental Health*, 14(6), 607-624.
<https://doi.org/10.1080/15332985.2015.1100153>

Yung, A. R., & McGorry, P. D. (1996). The prodromal phase of first-episode psychosis: past and current conceptualizations. *Schizophrenia bulletin*, 22(2), 353–370.
<https://doi.org/10.1093/schbul/22.2.353>

Yung, A. R., Phillips, L. J., Yuen, H. P., & McGorry, P. D. (2003). Risk factors for psychosis in an ultra high-risk group : psychopathology and clinical features. *Schizophrenia Research*, 67(2-3), 131-142.
[https://doi.org/10.1016/s0920-9964\(03\)001](https://doi.org/10.1016/s0920-9964(03)001)

Sommaire des annexes

Annexe 1 : Glossaire.....	1
Annexe 2 : Modèle d'apparition clinique de la psychose.....	2
Annexe 3 : Principes de prise en soins en fonction des stades cliniques.....	2
Annexe 4 : Guide d'entretien.....	3
Annexe 5 : Tableau récapitulatif des résultats bruts.....	8
Annexe 6 : Retranscription d'entretien E1.....	16

Annexe 1: Glossaire

Alogie = réduction significative de la richesse et / ou de la spontanéité du discours

Anhédonie = l'incapacité d'un sujet à ressentir des émotions positives lors de situations de vie pourtant considérées antérieurement comme plaisantes

Apathie = une perte de motivation et d'intérêt pour les interactions sociales et les activités ; état d'indifférence à l'émotion

Discrimination = caractériser par une injustice sociale où une personne est désavantagée ou exclue en raison fait caractéristiques spécifiques, comme leur origine, genre, âge, religion, orientation sexuelle, handicap, ou apparence physique.

Émoussement affectif = état marqué par une réactivité émotionnelle réduite se manifestant par une incapacité à exprimer ses émotions

Erotomanie = associé à des carences affectives, c'est la conviction (délirante) d'être aimé.

Hallucinations cénesthésiques = concernent la sensibilité interne. Le sujet a l'impression qu'une partie/la totalité de son corps s'est transformée ou a été possédée par une force extérieure qui provoque des sensations.

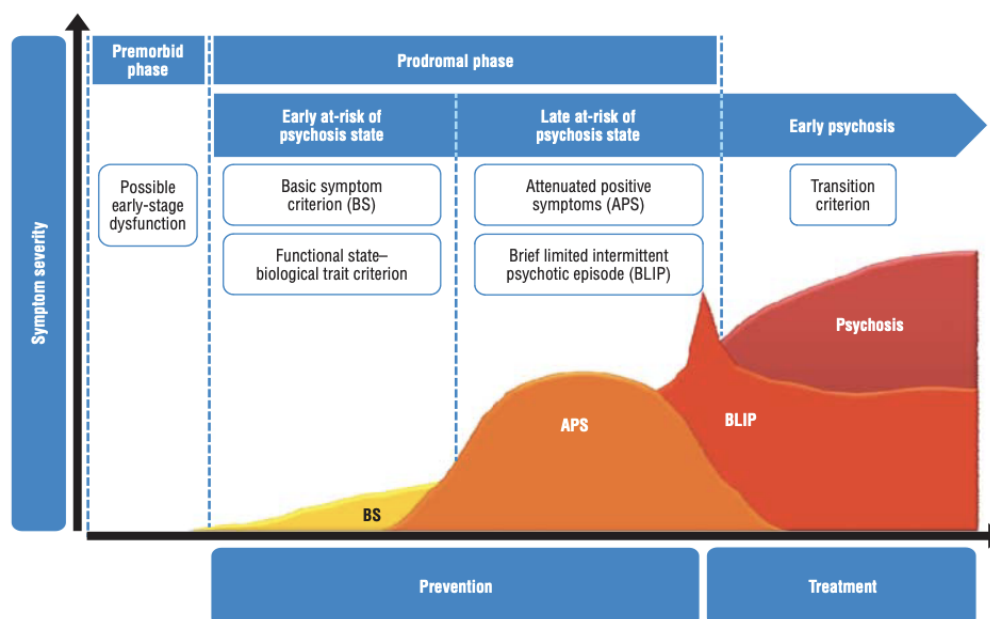
Nihilisme = scepticisme absolue, qui considère le monde ainsi que l'existence humaine comme dénués de sens

Résilience = capacité d'un individu à faire face aux difficultés, aux traumatismes ou aux événements stressants ; s'adapter positivement face à l'adversité

Stigmatisation = le marquage négatif d'une personne ou d'un groupe en raison de différences perçues, ce qui crée un sentiment d'exclusion et d'infériorité

Symptômes positifs atténués = symptômes positifs d'intensité inférieure ou de fréquence inférieure aux symptômes positifs durant une phase aiguë d'un trouble psychotique (CAARMS, 2014)

Annexe 2 : Modèle d'apparition clinique de la psychose (Fusar-Poli et al, 2013)



Annexe 3 : Principes de prise en soins en fonction des stades cliniques (Fusar-Poli & al, 2013 dans Krebs, 2019)

Stade clinique	Définition	Population cible	Intervention ponctuelle
0	Risque augmenté Aucun symptôme	Adolescents apparentés de 1 ^{er} degré	Promouvoir la santé mentale, éducation de la famille, éducation sur les drogues, <i>training</i> cognitif
1a	Symptômes légers, non spécifiques, déclin fonctionnel modeste	<i>Screening</i> des adolescents, adressage par les MG et les écoles	Psychoéducation familiale, TCC, réduction active des drogues
1b	Ultra-haut risque : symptômes subliminaires, déclin fonctionnel	Adressage par les MG, urgences	Psychoéducation familiale, TCC, réduction active des drogues
2	PEP	Adressage par les MG, urgences, spécialistes, addictions	Psychoéducation familiale, TCC, réduction active des drogues, AP2

MG : médecin généraliste ; TCC : thérapie cognitive et comportementale ; AP2 : antipsychotique de seconde génération.

Annexe 4 : Guide d'entretien

Accueil	Rappel du cadre et éventuellement de la thématique du mémoire Présentation Entretien anonyme et enregistré		
Présentation	Métier et expérience professionnelle (structure, nombre d'années, ...) Structure actuelle, orientation de l'institution, patientèle Formation et référentiels utilisés : approche biomédicale, psychodynamique, ...? Utilisation d'un modèle (MOH, MCRO, ...) ?		
Objectif	Critères d'atteinte	Variables	Questions
Objectifs 1 : Identifier quels éléments de l'identité occupationnelle sont pris en compte dans la pratique des ergothérapeutes auprès des adolescents UHR.	Qualitatif Réalisation d'entretiens avec des ergothérapeutes travaillant auprès d'adolescents UHR afin d'identifier s'ils prennent en compte l'identité occupationnelle des patients. Pour cela, nous allons repérer les termes liés à l'identité occupationnelle employés par ces ergothérapeutes lorsqu'ils décrivent leur pratique l'impact de celle-ci sur leur patients: "exploration", "engagement", "interaction", "participation", "activités de groupe", "activités valorisantes", "sentiment d'efficacité personnel", "continuité dans le vécu occupationnel"	Expérience professionnelle : Un ergothérapeute expérimenté aura probablement une approche plus nuancée et réflexive sur l'identité occupationnelle qu'un novice. Cependant un novice aura peut-être une définition plus claire de ce qu'est l'identité occupationnelle. Formation et référentiels utilisés : Certains ont une approche plus biomédicale, tandis que d'autres privilégient des modèles centrés sur l'identité occupationnelle (ex. MOH, MCRO).	Pouvez vous me décrire votre pratique auprès de ces adolescents ? (durée et fréquence du suivi) Quels sont les objectifs de votre intervention ? Quels sont les impacts de cette intervention sur les patients ? <i>Si le concepts d'identité occupationnelle n'est pas évoqué</i> Avez-vous déjà entendu parler du concept d'identité occupationnelle ? - Oui => Pouvez vous le définir ? Vous appuyez-vous sur ce concept ? Connaissez vous des manières de l'évaluer ? Est ce que vous l'utilisez ? - Non => <i>définition par Kielhofner</i> processus personnel = manière dont la personne attribue du sens à ses occupations en fonction de son vécu et de ses aspirations (passe par la réalisation d'activités significantes) processus social = engagement de la personne dans des activités qui ont du sens pour la communauté/société (passe par la réalisation d'activités significantes) Est-ce que vous avez déjà entendu parlé de ses concepts ? Est-ce que vous avez l'impression de les prendre en compte dans votre pratique professionnelle ?

Objectifs 2 : Identifier de quelle manière les éléments de l'identité occupationnelle sont pris en compte par les ergothérapeutes dans leur prise en soins auprès des adolescents UHR	Qualitatif Réalisation d'entretiens avec des ergothérapeutes travaillant auprès d'adolescents UHR afin d'identifier comment ils prennent en compte les éléments de l'identité occupationnelle des patients. Nous allons repérer les termes liés aux activités réalisées en ergothérapie ("signifiante" et/ou "significative"). Nous tenterons également d'identifier ce que permettent ces activités selon les ergothérapeutes : "signifiante", "significative", "exploration", "engagement", "interaction", "participation", "activités de groupe", "activités valorisantes", "sentiment d'efficacité personnel", "continuité dans le vécu occupationnel"	Historique occupationnel du patient : Un adolescent ayant déjà entamé un processus d'engagement dans certaines activités n'aura peut-être pas besoin du même accompagnement qu'un adolescent en quête d'identité qui en serait encore au stade exploratoire de son identité occupationnelle. Méthodes d'évaluation: Certains utilisent des outils standardisés pour mesurer l'engagement et la participation, d'autres se basent sur une observation clinique plus libre. Disponibilité des ressources et du matériel : L'accès à des activités variées et adaptées influence la manière dont l'ergothérapeute peut aider les adolescents à explorer leur identité occupationnelle.	<i>Si le concepts d'identité occupationnelle n'est pas évoqué</i> Avez-vous déjà entendu parler du concept d'identité occupationnelle ? - Oui => Pouvez vous le définir ? Vous appuyez-vous sur ce concept ? Connaissez vous des manières de l'évaluer ? Est ce que vous l'utilisez ? - Non => <i>définition par Kielhofner</i> processus personnel = manière dont la personne attribue du sens à ses occupations en fonction de son vécu et de ses aspirations (passe par la réalisation d'activités significantes) processus social = engagement de la personne dans des activités qui ont du sens pour la communauté/société (passe par la réalisation d'activités significantes) Est-ce que vous avez déjà entendu parlé de ses concepts ? Est-ce que vous avez l'impression de les prendre en compte dans votre pratique professionnelle ? Quels types d'activités réalisez-vous avec vos patients ? Pourriez vous expliquer ces choix ? Qu'est ce que permettent ces activités chez les patients selon vous? Quels impacts peuvent-elles avoir sur les patients? Avez-vous accès à l'historique occupationnel du patient ? C'est -à -dire les activités/occupations qu'il.elle pratiquait, à quelle fréquence, de quelle manière, etc. Est ce que vous le prenez en compte dans votre pratique ? Si oui, comment? Votre cadre d'intervention (politique, protocoles, ressources, moyens et contraintes institutionnels) vous permet-il d'avoir accès à des ressources et du matériel variés et adaptés?
---	--	---	--

Objectif 3 : Analyser la démarche en ergothérapie dans le rétablissement fonctionnel des adolescents UHR.	Qualitatif L'interprétation reposera sur la perception des ergothérapeutes de l'évolution de leurs patients concernant leurs capacités fonctionnelles et si leurs critères de réussite sont atteints. Elle repose sur les démarche d'intervention décrites par les ergothérapeutes et de ce qu'ils visent dans leurs pratiques: "fonctionnement social", "fonctionnement dans le AVQ", "fonctionnement éducatif", "fonctionnement professionnel", "troubles cognitifs", "répercussion fonctionnelle"	Formation et approche de l'ergothérapeute : la perception de l'évolution du patient par l'ergothérapeute peut différer en fonction de l'expérience, l'approche (orientée vers les troubles cognitifs, vers l'insertion professionnelle/sociale) ou encore le suivi de modèles spécifiques. Méthodes d'évaluation utilisées : l'utilisation d'échelle standardisée (telle que l'échelle du rétablissement) ou d'une évaluation subjective peut modifier l'interprétation de l'évolution du patient et donc de son rétablissement. Approche vis-à-vis du rétablissement fonctionnel : chaque ergothérapeute peut avoir une vision différente du "rétablissement", selon s'il privilégie l'autonomie dans les AVQ, la participation sociale, etc. Cadre d'intervention : Les politiques et contraintes institutionnelles peuvent varier d'une structure à une autre, imposant alors des limites/objectifs qui influencent la perception des résultats. Les moyens, les ressources et le temps d'accompagnement pouvant influencer les prises en soins.	Pour ces adolescents, il n'y aura pas de retour à un état antérieur mais une certaine amélioration => Utilisez vous des méthodes d'évaluation particulière? Des outils standardisés par exemple ou plutôt une observation clinique libre? Votre évaluation diffère-t-elle donc en fonction des patients ? Pouvez vous donner une définition du rétablissement ? privilégie l'autonomie dans la vie quotidienne, la participation sociale, ou encore d'autres aspects ? Vous appuyez-vous sur le concept de rétablissement fonctionnel ? Est ce qu'il vous est familier ? <i>On distingue deux notions clés dans le rétablissement. Le rétablissement symptomatique correspond à la disparition des signes cliniques (symptômes négatifs ou positifs atténués) sans forcément un retour complet des capacités antérieures. En revanche, le rétablissement fonctionnel implique la récupération des aptitudes nécessaires pour reprendre ses occupations. Ainsi, une personne peut ne plus ressentir de symptômes mais encore présenter des limitations dans ses occupations. C'est pourquoi le rétablissement n'a pas pour objectif le retour à un état antérieur, avant l'apparition des symptômes, il vise plutôt le retour à une "vie satisfaisante".</i> - Oui : Comment ? (outils, évaluation) - Non : Est ce que vous prenez en compte dans votre évaluation de l'évolution du patient son fonctionnement social ? Son fonctionnement éducatif et/ou professionnel ? Son fonctionnement dans ses AVQ ?
--	--	---	---

Objectif 4 : Déterminer si la prise en compte de l'identité occupationnelle des adolescents UHR par les ergothérapeutes impacte leur rétablissement fonctionnel	Qualitatif Nous examinerons si les ergothérapeutes établissent des liens entre l'identité occupationnelle et l'évolution des capacités fonctionnelles des patients, en recherchant des termes évoquant une progression dans le fonctionnement social, éducatif et professionnel, ainsi que dans les processus d'identification des occupations: <i>“adaptation aux rôles sociaux”, “participation active”, “renforcement du sentiment de compétence”, “cohérence occupationnelle”</i>	Formation et approche de l'ergothérapeute : Selon leur expérience professionnelle et personnelle, leur formation et leur approche, certains ergothérapeutes seront plus familiers avec ces notions, ce qui peut les amener à considérer le lien entre identité occupationnelle et rétablissement fonctionnel comme essentiel. En revanche, d'autres, adoptant une perspective davantage centrée sur les aspects biomédicaux ou comportementaux, pourront le percevoir comme secondaire. Durée et intensité de l'accompagnement : Un suivi long permet d'observer une évolution plus nette de l'identité occupationnelle et du rétablissement fonctionnel. Contraintes des structures : Les structures ont des protocoles, des priorités cliniques spécifiques, qui peuvent limiter ou structurer l'accompagnement en ergothérapie. Ressources disponibles : L'accès à des activités variées et adaptées aux besoins des adolescents peut influencer leur engagement et la perception des ergothérapeutes sur leur évolution.	Au vu de ce dont nous venons de parler, est ce que pour vous la prise en compte de l'identité occupationnelle et de ces différents aspects (les rappeler) aurait un impact sur le rétablissement fonctionnel des adolescents que vous accompagnez ? => progression dans le fonctionnement social, éducatif et professionnel, ainsi que dans les processus d'identification des occupations.
Clotûre	Avez-vous des questions supplémentaires ou des remarques à faire ? Remerciements		

Annexe 5 : Tableau récapitulatif des résultats bruts

Thématique	E1	E2	E3	E4
Prise en compte de l'identité occupationnelle dans la pratique en ergothérapie (objectif 1, 2 et 4)				
Exploration d'activités	“on a un atelier créatif que j'anime avec une art-thérapeute. Où là on leur propose (...) une nouvelle technique à chaque séance (...) ils vont pouvoir découvrir des choses voilà.” ; “On a des sorties culturelles où là on travaille tout ce qui est (...) ouverture un petit peu sur la culture.” ; “le but c'est quand même de l'ouvrir sur les autres activités pour qu'il puisse développer d'autres compétences”	“il y a beaucoup de jeunes chez qui le processus n'est pas enclenché et moi je travaille beaucoup là-dessus” ;	“ça fait découvrir aussi à d'autres jeunes quelque chose qu'ils ne connaissaient pas, qu'ils ont envie de reproduire à la maison” ; “On a une salle où, voilà moi je fais aussi des petites activités manuelles donc je leur fais découvrir 2, 3 trucs de temps en temps. L'idée c'est pas leur faire faire des activités pour faire des activités, c'est de voir ce qu'on peut transposer dans le quotidien”	“on les aide dans la recherche, dans la découverte d'activités”
Prise en compte de l'engagement dans des activités	“il y a des périodes où on a des jeunes qui ne sont pas du tout ouverts aux activités manuelles. Donc du coup on va aller sur des activités beaucoup plus simples. (...) Et puis y a des moments où on va avoir des jeunes qui, au contraire, ont même commencé des petites études d'art plastiques, de choses comme ça et du coup on va pouvoir, voilà, développer un peu les choses” ; “c'est vraiment en fonction des envies, des capacités, des besoins des patients”	“J'essaie de recueillir un maximum de données sur cet entretien là de ce qu'il fait, ce qu'il a fait, ce qu'il veut.” ; “on va parler de travailler l'engagement dans des activités (...) parce que ça fait parti de son objectif” ;	“On a une jeune par exemple qui fait du crochet. Et puis mon collègue a dit “est-ce que ça te dirait de composer au groupe une petite découverte de crochet?” ” ; “pour vous, c'est quoi votre compétence ? Qu'est ce qui fait que vous faites les choses bien ?”	“l'observation de l'engagement occupationnel ça c'est assez significatif”
Impact de l'engagement dans des activités sur la prise en soins	“ça peut être facilitateur pour entrer en lien avec le jeune.” ; “On va essayer d'accrocher un petit peu le jeune avec ça”	“Par exemple, quand on va parler de travailler l'engagement dans des activités sportives, parce que ça fait partie de son objectif” ; “en travaillant en engagement dans des différentes activités”	“il y a une petite motivation qui se fait. Et moi je vois bien que c'est qu'à partir de ce moment-là, quand il commence à se remettre en mouvement que ce soit par une activité de loisirs à la maison ou ..., et ça ré-enchaîne derrière plus vers des sorties.”	“on va travailler en fonction de l'objectif du patient de son parcours de vie et de ses objectifs de vie futur aussi”

Activités significatives	“on va être face à des familles qui eux sont dans la recherche d'activités significatives parce que il faut travailler, il faut se former, il faut faire des études, il faut être pragmatique. Du coup oui, on en parle beaucoup.” ; “Donc les activités significatives ils en trouvent pas toujours et les activités signifiantes encore moins quoi. (...). Alors des fois on passe par l'une pour trouver l'autre, (...) des fois c'est l'inverse.”	“ils accordent beaucoup trop d'importance au côté social. Parce que il fallait faire des études, parce que mes parents ils avaient choisi ça, parce que il fallait faire, parce que tout le monde a fait, parce que c'était logique après avoir fait ça, ; “on peut aller vers un fonctionnement plutôt (...) un truc qui ressemblerait plus par rapport à la société (...) Se ressembler avec d'autres personnes.” ; “Et une fois que ce travail est plus ou moins intégré, on va aller plus vers le travail au niveau de la société. Maintenant que j'arrive à occuper de mes journées d'une manière que je souhaite et que c'est plutôt satisfaisant et que ça fonctionne bien, comment est-ce que je peux élargir les champs d'activité et comment est-ce que je peux aussi faire d'autres choses qui vont correspondre aux normes sociétales?”	“elle s'est mise à faire les faibles parts” ; “après ça a enclenché aussi derrière sur reprise d'une activité plutôt productive autour de sa formation”	“à l'adolescence ils sont un peu coincés entre leur propre désir, le désir des parents, le fait de ne pas décevoir etc.” ; “parfois... Ils arrivent avec un projet qui n'est pas le leur, mais celui des parents.”
Activités signifiantes	“nous on va essayer forcément d'encourager le jeune à trouver des activités signifiantes pour lui parce que c'est ce qui va faire marcher le projet, c'est ce qui va être moteur pour lui” ; “si cette activité à une valeur pour lui, et qu'il veut l'essayer, on le soutient” ; “Donc les activités significatives ils en trouvent pas toujours et les activités signifiantes encore moins quoi. (...). Alors des fois on passe par l'une pour trouver l'autre, (...) des fois c'est l'inverse.”	“Y' a aucun moment où il y a : quelque chose pour moi, ça me fait plaisir, c'est pour moi. Donc on va beaucoup travailler là-dessus d'abord.”	“tout passe par quand même par l'activité significative pour eux” ; “l'activité occupationnelle elle est hyper importante” ; “je sais que c'est un truc sur lequel je questionne, le “qu'est ce que t'as fais?” ; “j'en sais rien mais une petite activité qui est significative pour eux, qu'ils aiment bien. Là je sais que, ah ok, c'est bon, on part sur un truc...” ; “je vois bien que tout passe par quand même par l'activité significative pour eux, vu que c'est des jeunes”	“ils ont quand même quelques appétences avec des activités qu'ils aiment ou en tout cas qu'ils aimaient faire, et donc on peut partir de ça” ; “Donc on essaie de travailler avec elle ses envies, ses désirs, ses objectifs”

Fonctionnement occupationnel dans le processus de rétablissement (objectif 3 et 4)				
Objectifs concernant le fonctionnement professionnel/académique	“On a une visée d’insertion professionnelle ou en tout cas liée à un projet” ; “ils vont faire des tentatives de stages, on travaille beaucoup avec la mission locale qui leur propose des contrats engagement jeunes, qui proposent des stages de découvertes en entreprise, des choses comme ça.”	“ils sont peut-être trop investis dedans et n'arrivent pas à faire autre chose et aller vers quelque chose de plus productif” ; “Il arrive pas à y penser, de retourner vers les études ou envisager un emploi ou quelque chose”	“ça a enclenché aussi derrière sur reprise d'une activité plutôt productive autour de sa formation”	“Donc c'est le truc qui arrive plutôt en dernier tout ce qui est fonctionnement social ? Social et puis scolaire. Donc productif”
Objectifs concernant le fonctionnement social	“y a la sociabilisation” ; “sinon ça va être des évaluations au quotidien, à chaque atelier, au niveau de ses relations sociales” ; “ça va être sur les interactions qu’il va avoir et sur ce que j’observe en atelier en fait.” ; “ça va être des stimulations cognitives, des choses comme ça. Parce qu’on a beaucoup de jeunes qui ont des troubles de l'initiative ou y a beaucoup d'apragmatisme”	“chaque fois ça va être aussi de travailler le lien avec l'autre, le regard de l'autre, comment est-ce que je me représente, qu'est-ce que je peux lui dire, comment est-ce que ça peut se passer, ... Donc je travaille les habiletés sociales mais plus en passant par les activités”	“j'essaie de leur faire travailler aussi un petit peu la prise d’initiative”	“Les activités sociales ou groupales, c'est celles qui leur posent le plus de difficultés pour la majorité des jeunes qu'on rencontre, nous. En tout cas, à l'extérieur du service, parce que dans le service c'est (...) ils se sentent compris et c'est plus simple d'échanger avec les autres jeunes.”
Objectifs concernant les AVQ	“Ça peut être un projet de vie, de logement ou d'autonomie dans le logement ou des choses comme ça.” ; “tout ce qui est aussi autonomie dans les transports.” ; “on va les accompagner dans les sorties thérapeutiques, à prendre les transports, à essayer de se repérer.”	“comment j’occupe mes journées d’une manière correcte déjà en étant à la maison. Et ensuite inclure d'autres activités petit à petit”	“On reprend un petit peu les choses, il y a une petite motivation qui se fait. Et moi je vois bien que c'est qu'à partir de ce moment-là, quand il commence à se remettre en mouvement que ce soit par une activité de loisirs à la maison ou ..., et ça ré-enchaîne derrière plus vers des sorties.”	“Ça commence généralement (...) sur les activités donc plus de plaisir. Après ça va être sur les activités de vie quotidienne”

Pratique professionnel de l'ergothérapeutes (objectifs 2, 3 et 4)				
Missions de l'ergothérapeute au sein de l'équipe et de la structure	"j'anime les ateliers thérapeutiques" ; "je vais aussi gérer tout ce qui est planning d'activités" ; "On va l'accompagner. Quel que soit son projet. Mais si on, beh malheureusement on sait qu'il a pas trop les capacités et que voilà. Il a de l'espoir, on marche avec lui et on l'accompagne dans ce projet-là. Après on est aussi en parachute. "	"L'idée c'est quand même d'avoir tout le temps en tête que un objectif c'est : quel moyen thérapeutique on met, on discute ça ensemble, et quel temps on se donne."	"je les laisse et c'est tout le travail de distance, de laisser faire et puis les amener à réfléchir, sans faire à leur place et sans les pousser quoi" ; "on accompagne aussi beaucoup les parents" ; "on s'adapte à l'usager" ;	"j'interviens principalement dans la semaine d'hôpital de jour en évaluation sur une grande partie des activités" ; "on a créé le lien de confiance, ils sont assez clairs avec nous aussi sur ce qu'ils ressentent" ; "leur projet, c'est mourir. Donc là on essaye de faire évoluer le projet"
Modalités d'intervention	"faire (...) des prises en charges individuelles mais la plupart du temps c'est quand même des ateliers de groupe" ; "on a un groupe jeux de société où là on va travailler un petit peu plus les fonctions cognitives. On a des sorties culturelles où là on travaille tout ce qui est autonomie dans les transports et puis ouverture un petit peu sur la culture" ; "J'encadre aussi un groupe de parole avec la psychologue." ; "il y a une activité cuisine aussi. Qui se fait sur un petit groupe fermé de 4/5 patients." ; "Sans obligation de résultats, qui est juste prendre plaisir à travailler la matière." ; "c'est un peu des ateliers polyvalents. C'est-à-dire qu'ils peuvent choisir la médiation qu'ils vont utiliser. Donc ça peut être du dessin, de la peinture, de la mosaïque, de la terre, on peut faire du découpage, du collage, ..."	"Je les vois dans un premier temps 1 fois par semaine. Ça m'arrive rarement de les voir 1 fois tous les 15 jours. (...) après en fonction de l'atteinte des objectifs ou non et comment est-ce que ça se passe dans leur quotidien, on va espacer les séances à 2 fois par semaine. Et en fait quand ils ont moins besoin de moi (...) je vais plus travailler vers un arrêt" ; "Ça m'arrive de faire du groupe aussi." ; "ça peut arriver que je dois faire une visite à domicile" ;	"il y a des jeunes, s'il y en a besoin, je vais les voir quatre fois dans la semaine. Il y en a d'autres, s'il n'y a pas besoin, ça va être une fois dans la semaine" ; "le mercredi matin on a fait un groupe plutôt socialisation" ; "je commence à poser des rendez-vous fixe et régulier pour aussi avoir un rythme et maintenir un cadre" ; "je les vois pas mal à l'extérieur. Je leur donne des rendez-vous à des endroits en ville, je vais les voir chez eux" ; "les jeunes on les a pour trois ans (...) et après il faut travailler la séparation" ; "On commence nous le "aller vers". (...). On va aller au domicile, on peut commencer une petite démarche de rencontre, travailler en confiance avec lui." ; "au final c'est des jeunes qui font pas de bruits entre guillemets. Donc si je les stimule pas, c'est compliqué. Ils vont pas venir me demander."	"on a pas mal d'activités dites projectives" ; "on a aussi du coup des activités de type cuisine thérapeutique" ; "soit je les vois en activité avec un binôme infirmier, soit je peux aller voir un individuel aussi." ; "on essaie de co-construire avec eux et de faire étape par étape" ; "j'ai 7 créneaux individuels et j'ai 7 créneaux d'activités." ; "ils sont au maximum six par activité." ; "on peut échanger avec eux et on peut observer ensemble et se faire des retours l'un et l'autre"

Démarche cliniques et interventions en ergothérapie (objectif 3 et 4)				
Évaluation d'équipe	“on fait avec eux un contrat de soins (...), il est revu à peu près tous les 3 à 6 moi” ; “l'évaluation va se faire collectivement de manière pluridisciplinaire, on a des réunions de synthèse hebdomadaires”	“je vais faire une évaluation fonctionnelle en binôme avec quelqu'un d'autre” ; “on a une réunion clinique par semaine”	“le médecin va le rencontrer trois fois avec la première rencontre avec un état des lieux, faire connaissance, tout ça et voir un peu l'historique. La deuxième rencontre, elle fait passer la CAARMS. C'est un bilan justement qui va pouvoir évaluer de manière plus factuelle, si quelqu'un a un premier épisode psychotique. Et troisième entretien ça va être avec la famille ou l'aidant pour avoir un regard extérieur” ; “on a 2 évaluations obligatoires qui sont la SCO18 et le GF. La SCO 18 c'est plutôt une évaluation (...) pas sur les aptitudes mais plutôt sur la qualité de vie. (...) Et le GF, qui, en fait, ça va nous donner une cotation chiffrée. Et c'est cette cotation qu'on va devoir refaire tous les ans.” ; “on a décidé ici de compléter quand même cette évaluation avec l'échelle d'insight. De temps en temps aussi on fait l'échelle de Rosenberg, de l'estime de soi.” ; “Mais en tout cas avec <i>*prénom neuropsychologue*</i> sur la remédiation, on fait des points assez régulièrement. Mais plutôt d'échanges verbales quoi. Y a pas un truc posé avec les objectifs clairs.” ; “moi je faisais ça dans mon ancien service, j'ai ramené l'ELADEB. Pour pouvoir aussi faire un point global de la situation avec le patient.” ; “la phase d'évaluation (...) est de trois mois” ; “Dans cette phase d'évaluation, ils seront vus par l'assistante sociale pour faire un bilan social et ils seront vus aussi par notre collègue neuropsychologue pour faire un bilan neuropsych”	“Le parcours de soins, il se fait par un premier contact avec notre infirmière coordinatrice qui elle recueille les informations principales. Ils sont ensuite présentés en réunion pluridisciplinaire, puis ils ont un entretien infirmier et médical pour faire connaissance et puis voir si ça relève de notre service ou est-ce qu'il faut les réorienter.” ; “une semaine d'évaluation et à la suite de ça, on a une réunion clinique où on leur propose un projet de soins (...) qui est réévalué à peu près à chaque trimestre” ; “ils peuvent refaire des semaines de d'hôpital de jour, mais plutôt en séquentiel pour qu'on puisse réévaluer avec eux l'évolution”
Outils d'évaluation de l'ergothérapeute	“Au niveau des outils d'évaluation (...) je fais des ELADEB. Soit à l'arrivée du jeune, quand on sent qu'il est un peu perdu dans sa prise en charge, soit même en milieu de séjour quand on voit qu'il est un petit peu ... Fin quand moi je trouve que ça peut l'aider.” ; “Et sinon ça va être des évaluations au quotidien, à chaque atelier, au niveau de ses relations sociales, (...), ça va être sur les interactions qu'il va avoir et sur ce que j'observe en atelier en fait.”	“Je utilise les différentes grilles d'entretien, ça peut-être le MOH, l'OCAIRS, l'OSA, l'OQ ou le BEOS.” ; “Ah si le dernier outil c'était l'OT-HOPE” ; “Ça peut être l'EF2E (...) ça peut être aussi l'OCTA” ; “Je suis assez à l'aise encore sur les outils anglophones plus. Donc ça m'arrive souvent d'adapter les outils qui existent en anglais, fait par d'autres personnes, pour la population que je vais recevoir. Donc des fois c'est des outils qui sont plus pour la pédiatrie et du coup je vais les adapter pour les jeunes” ; “en fonction de comment vont aller les entretiens, je peux utiliser les grilles d'MOH de rôle et intérêts”		“pour les établir (les objectifs) j'utilise l'outil ELADEB” ; “J'ai un peu de mal à trouver des outils standardisés et qui soient vraiment adaptés à la population que je rencontre”

Démarche vers un rétablissement fonctionnel	“On va faire plus des aménagements un peu, et travailler avec le jeune sur : qu’est ce qui est possible, qu’est ce qui est pas possible, qu’est ce qui est confortable et qu’est ce qui fait sortir de la zone de confort, et qu’est ce qu’on va pouvoir travailler avec lui quoi.”	“moi je l'ai pu remarquer qu'en fait en ayant cette approche très occupationnelle (...) en lien avec l'activité qu'il doit faire et la tâche qu'il attend. Bon beh quand ce sont des choses qui sont bien repérer et gérer et bah moi j'ai pu remarqué que même sur la rétablissement côté symptomatique y a un effet positif”	“il y a une reprise quand même d'activité d'abord au sein de la maison, puis après un petit peu à l'extérieur, puis après qui peut enclencher sur quelque chose d'un peu plus productif.”	“peut-être quelque chose dans une perspective d'engagement professionnel, et puis maintenant ça a un petit peu évolué (...) c'est plutôt un objectif plaisir”
Le lien entre l'identité occupationnelle et l'évolution des capacités fonctionnelles des patients (objectif 4)				
Impact d'un engagement dans des occupations sur le rétablissement fonctionnel	“C'est des petits aménagements qu'ils se créent. Alors c'est vrai qu'il faut mieux ça que rien du tout. Mais malheureusement, la société fait qu'on a besoin des autres, on vit avec les autres. Et du coup ça peut, mais c'est pas systématiquement indicateur... Enfin en tout cas c'est pas systématiquement facilitateur d'insertion que ce soit social ou professionnel quoi.”	“En séance en travaillant sur l'identité occupationnelle, donc en travaillant en engagement dans des différentes activités. Donc quelque part ça va venir changer son fonctionnement. Si ça fonctionne bien en séance, il devrait être plus autonome sur des choses qui lui posent difficulté aujourd'hui. Donc sur la question de rétablissement fonctionnel ça va certainement... Les deux vont certainement ensemble pour moi.” ;	“Quasiment ils arrivent, ils sont pas bien, ils font plus rien et puis au fur et à mesure, quand il y a une stabilisation un petit peu des symptômes, il y a une reprise quand même d'activité d'abord au sein de la maison, puis après un petit peu à l'extérieur, puis après qui peut enclencher sur quelque chose d'un peu plus productif.” ; “C'est par ce profil occupationnel, entre guillemets, que je sens que c'est en train de bouger”	“c'est un parcours qui est assez long, on n'a pas le résultat tout de suite quoi. On espère que ça ait un impact et je pense que ça peut avoir un impact, mais je l'ai rarement observé pour le moment.”
Impact du rétablissement symptomatique	“vous allez déjà améliorer votre état de santé”; “on sait qu'il y aura des rechutes” ; “on va presque l'accompagner un petit peu vers l'évolution de la maladie” ;	“moi j'ai pu remarqué que même sur la rétablissement côté symptomatique y a un effet positif” ; “s'il y a un rétablissement fonctionnel qui commence à s'installer dans les différentes activités de la vie quotidienne et bien l'un dans l'autre, du coup le rétablissement symptomatique des jeunes, enfin les signes cliniques ils vont commencer à s'estomper du coup et il va y avoir un impact positif”	“quand il y a une stabilisation un petit peu des symptômes, il y a une reprise d'activité” ; “avoir quand même un œil sur une symptomatologie qui pourrait aller à bas bruit” ; “Si t'as des facteurs de stress qui montent et que ça déborde, c'est là que les symptômes vont quand même être plus forts, mais il va falloir mettre en place toutes les compétences” ; “l'idée, c'est de travailler sur la stabilisation des symptômes” ; “Les jeunes c'est pas : “Ça va ? Est ce que t'as des symptômes?”. C'est plutôt : “Bon alors , qu'est ce que t'as fait hier? T'as vu qui ?”	“Ça reste assez rare du coup, comme ils sont assez jeunes, de catégoriser directement. On a des suppositions, des hypothèses, et on les suit pour pour un petit peu évaluer le risque et comment ça évolue chez eux. “ ;

Facteurs contextuels (transversal)				
Contraintes structurelles et/ou organisationnelles	“les prises en charge elles vont à peu près de 6 mois à maximum 3 ans” ; “On travaille sur indication médical, c'est le médecin psychiatre référent, donc souvent de CMP, qui nous envoie les indications médicales et ensuite le jeune est reçu sur minimum deux rendez-vous d'admission. Donc un premier rendez-vous d'admission avec son entourage. (...) Et ensuite on le reçoit sur un deuxième rendez-vous d'admission, où la il viendra seul (...) après bon, y aura un mois d'essai où on refera le bilan avec lui” ; “les prises en charge commencent vraiment à 18 ans” ; “on s'est fixé maximum 27 ans.”	“le suivi UHR (...) il dure 2 ans” ; “des jeunes qui sont entre 18-35 ans et une partie où on est avec des jeunes c'est plutôt 16-25” ; “c'est aussi intersectoriel mais l'organisation de l'équipe n'est pas scindée en intersectoriel. Par exemple le case manager il va prendre dans tous les secteurs de UHR.”	“les jeunes on les a pour trois ans” ; “C'est du service ambulatoire” ; “Donc les jeunes ne sont pas du tout sur place. Il vient pour les consultations et sinon il vit à domicile toute la journée. Y a pas d'activités comme un hôpital de jour.” ; “on a cinq ans d'évaluation et on est suivi par l'ARS, donc les évaluateurs externes qui viennent nous voir pour voir quelle est la plus-value d'un dispositif d'accompagnement des jeunes faisant premier épisode psychotique avec un partenariat médico-social et sanitaire” ; “le dispositif du fait qu'il est expérimental, on a 2 évaluations obligatoires” ; “on accueille les patients entre 15 et 30 ans” ; “Donc il y a un appel, on nous expose la situation. On a créé une fiche d'adressage”	“Je peux les voir un trimestre (...) comme il y a une jeune que je vois depuis (...) deux ans” ; “accueil de jour 9 heure, 17 heure, du lundi au vendredi” ; “la limite d'âge du coup c'est 16 ans minimum, on prend pas en dessous” ; “ils restent jusqu'à 18 ans, donc au minimum 2 ans. Et on peut pousser un peu plus loin pour les jeunes déscolarisés” ; “le service travaille en lien avec les parents (...) Moi c'est quelque chose sur lequel je suis encore en train de réfléchir (...) historiquement, l'ergothérapeute ne travaillait pas forcément avec les familles” ; “on est le seul service pour les 16/18 ans du département. On reste une petite équipe et on a des tout petits locaux donc on essaye de s'en sortir” ; “c'est du bouche à oreille entre les jeunes. Donc c'est plutôt eux qui nous contactent”
Approches théoriques sous-jacentes	X	“en ayant cette approche occupationnelle”	“Je pense que dans votre mémoire vous avez parlé du modèle vulnérabilité-stress. (...) ça c'est un modèle sur lequel on se base pour leur expliquer un petit peu les choses.” ; “C'est vraiment un travail: le jeune, nous et les parents”	“le service est plutôt d'un penchant psychodynamique”
Formation initiale et continue	“j'ai toujours travaillé en psychiatrie” ; “j'étais en CATTP, hôpital de jour” ; “j'ai eu un poste mi-temps intra, mi-temps hôpital de jour jeune adulte” ; “j'ai fait des formations internes liées à la pratique de l'ergothérapie en	“j'ai travaillé pendant plusieurs années en SSR de neurologie” ; “j'ai évolué vers mi-temps ergo, mi-temps faisant fonction cadre et pendant deux ans, j'ai été faisant en fonction cadre dans la même structure” ; “mes stages aussi j'ai fait en	“pendant ces 12 ans, je fais de la réhabilitation psycho-sociale pour les patients en intra et extra hospitaliers” ; “je trouve du travail (...) en psychiatrie” ; “je fais aussi un mi-temps SRPS et mi-temps ELISE” ; “il y a un poste de	“j'ai été diplômée en 2022 et on va dire que je suis directement arrivée en santé mentale auprès d'adolescents de 16 à 18 ans.” ; “j'ai fait quelques formations sur les troubles neurodéveloppementaux.

	psychiatrie” ; “j’ai fais notamment des analyse de pratiques” ; “J’ai fais, après, tout ce qui est prévention suicide, tout ce qui est en rapport avec les soins en psychiatrie par rapport à certaines pathologies” ; “J’ai fait les formations de remédiations cognitives”.	SSR neurologie” ; “j’ai pris un poste dans une maison d'accueil spécialisée” ; “j’ai travaillé dans un SAMSAH donc un service d’accompagnement des personnes avec un handicap mental, un handicap psychique. Et c’était beaucoup de domicile.” ; “j’ai pris un poste au centre de rehab” ; “je suis passée à temps plein dans le service d'intervention précoce”	cas manager qui passe avec la création d'un nouveau dispositif dans l'établissement” ; “je suis ergothérapeute avec la fonction case manager”	J’ai fait une formation sur l’outil ELADEB et sur la gestion de la violence en psychiatrie”
Interdisciplinarité et travail en réseau	“on a un atelier créatif que j'anime avec une art-thérapeute” ; “avec la psychomotricienne, on a démarré un groupe sur les émotions” ; “J’encadre aussi un groupe de parole avec la psychologue. Où là du coup c’est la psychologue qui anime et moi je suis plutôt accompagnatrice du groupe.”	“C’est bien d'avoir des regards croisés et l'objectif c’est souvent avoir un autre corps de métier.” ; “Y a les case manager du coup qui peuvent être infirmiers ou éducateurs spécialisés, il y a les psychologues praticiens TCC. Il y a la psychologue spécialisée en neuropsychologie, il y a une infirmière en pratique avancée, il y a un pair-aidant, il y a les assistants sociaux, il y en a deux” ; “ Il y a des troubles cognitifs qui sont plus ou moins présents, (...) ça va être une séance en binôme avec la neuropsychologue.” ; “des fois ce qui vient le plus d'impacter le quotidien, c'est de la gestion de l'anxiété, la gestion de la procrastination, les pensées parasitaires. Bah je vais plus pouvoir travailler avec la psychologue TCC”	“on est 4 case manager avec 4 casquettes professionnelles différentes. Y a un infirmier, un éduc spé, moi entant qu’ergo et un collègue qui vient d’arriver qui est AES, Aide Éducatif et Social.” ; “on a toujours la fonction case manager, donc on a des missions spécifiques. Mais après c’est nos métiers de base qui alimentent un peu notre façon de travailler. On a un truc commun, un socle commun de travail, des bilans, des évaluations communes à faire” ; “tous les lundis on fait un staffe avec le médecin” ; “Alors on est quatre, (...). La chance c’est qu’on est deux gars, deux filles. Deux plus anciens et deux plus jeunes. Donc selon les situation, on peut se dire “tiens, ...”. On a du choix” ;	“je suis la seule ergo du service” ; “On a six ou sept infirmiers, une ergo, une assistante sociale, un art-thérapeute, deux psychologues, un médecin, un cadre de santé, une secrétaire et on a un sophrologue qui intervient une fois par semaine et une professeur de danse qui intervient aussi une fois par semaine” ; “présentés en réunion pluridisciplinaire, puis ils ont un entretien infirmier et médical pour faire connaissance” ; “avec l’art-thérapeute on a des groupes (...) on peut intervenir dans les ateliers parents/ados” ; “Principalement les échanges pluridisciplinaires et les réunions cliniques, on est rarement seul autour d'un patient, on est toute une équipe.”

Annexe 6 : Retranscription d'entretien E1

C = Charlotte (moi)

A = l'ergothérapeute interviewé

L'entretien a été réalisé par téléphone et enregistré avec l'accord de l'interviewée (dans un premier temps à l'écrit avec le formulaire de consentement puis rappelé à l'oral) en début d'entretien.

C : Dans un premier temps est ce que vous pouvez m'expliquer un petit peu comment vous en êtes arrivée au métier d'ergo ? Combien de temps ça fait que vous travaillez un petit peu, etcetera.

A : Alors euh donc moi j'ai été diplômée en 2002.

C : Ok.

A : Et euh, j'ai toujours travaillé en psychiatrie. Euh j'ai toujours travaillé quasiment, ouais quasiment tout le temps en extra hospitalier. J'ai démarré sur l'hôpital de **** où j'étais sur 2 CATTP. Après j'étais à **** dans un service de psychiatrie où j'étais en CATTP, hôpital de jour. Et ensuite je suis venue à ***** où j'ai eu un poste mi-temps intra, mi-temps hôpital de jour jeune adulte. Et ensuite là j'ai un temps plein sur l'hôpital de jour jeune adulte.

C : Ok. Ah vous avez beaucoup euh, beaucoup bougé dans les différentes structures.

A : Ouais ouais un peu, un peu.

C : Ok. Et euh est ce que depuis que vous êtes euh diplômée vous avez d'autres formations à côté ? Vous êtes formé à d'autres choses en plus du diplôme d'ergo ?

A : Euh non, j'ai fait des formations internes liées à la pratique de l'ergothérapie en psychiatrie. Mais j'ai pas fait d'autres formations en dehors de ça.

C : Et les formations en internes que vous avez faites, est ce que vous pouvez me dire celles que vous avez faites ? Celles qui ont un rapport avec l'ergothérapie du coup ?

A : Oui euh alors euh. Alors j'ai fais beaucoup de choses, j'ai fais notamment des analyse de pratiques. J'ai fais, après, tout ce qui est prévention suicide, tout ce qui est euh en rapport avec les soins en psychiatrie par rapport à certaines pathologies. J'ai fait les formations de remédiations cognitives. Enfin voilà, beaucoup de choses voilà.

C : Ok d'accord ok, super intéressant. Et donc euh pas forcément de formation en rapport avec des modèles conceptuels en ergothérapie ou des choses comme ça ?

A : Non.

C : Non ? Ok.

A : Non.

C : Ok. Super. Et euh et du coup est ce que vous pouvez me parler plus précisément de ce que vous faites en tant qu'ergothérapeute dans l'hôpital de jour pour jeunes adultes ?

A : Euh ouais. Alors on est un hôpital de jour intersectoriel hein. Donc on accueille des jeunes à partir de 17 ans qui sont en souffrances psychiques. Qui ont des difficultés, qui sont souvent déscolarisés et qui sont à la recherche d'une insertion, d'une formation, des choses comme ça. On a une visée d'insertion quand même professionnelle ou en tout cas liée à un projet. Sur, en tant qu'ergothérapeute, sur la structure donc j'anime les ateliers thérapeutiques et puis euh je vais aussi gérer tout ce qui est planning d'activités pour les jeunes. Faire des entretiens individuels, des prises en charges individuelles mais la plupart du temps c'est quand même des ateliers de groupe.

C : Ok.

A : Donc y a des activités surement d'ergothérapie hein où je fais mes ateliers seule et je fais aussi beaucoup d'ateliers en co-thérapie avec les infirmières, psychomotriciennes, art-thérapeutes, psychologues, euh assistantes sociales aussi, voilà. On aime bien être à plusieurs et surtout en pluridisciplinarité pour faire les groupes.

C: Ok, ouais, ok. Et euh, et en général ils restent à peu près combien de temps suivis chez vous ces jeunes?

A : Alors souvent les prises en charge elles vont à peu près de 6 mois à maximum 3 ans. Voilà.

C : Et qu'est ce qui fait ... Est ce que vous avez vous en tant qu'ergothérapeute des moyens d'évaluation, des outils standardisés ou ouais des moyens d'évaluation qui font que vous pouvez constater une avancée ? Et du coup par la suite dire que euh, fin, qu'ils peuvent partir ailleurs ...

A : Alors euh quand les jeunes sont pris en charge, on leur, on fait avec eux un contrat de soins, au niveau médical hein. Et du coup ce contrat de soins il est revu à peu près tous les 3 à 6 mois. Où en fait on pose des petits objectifs thérapeutiques avec eux. Euh donc en fait, l'évaluation va se faire collectivement de manière pluridisciplinaire, on a des réunions de synthèse hebdomadaires évidemment donc voilà. Y a pas que moi qui vais décider de la sortie du jeune hein. Et après y a aussi le jeune qui va se lancer dans un projet ou pas. On avance à son rythme donc voilà. Au niveau des outils d'évaluation, je peux faire, ça m'est arrivé de le faire, je fais des ELADEB. Quand euh... Soit à

l'arrivée du jeune, quand on sent qu'il est un peu perdu dans sa prise en charge, soit même en milieu de séjour quand on voit qu'il est un petit peu ... Fin quand moi je trouve que ça peut l'aider.

C : Ok.

A : Euh voilà. Et sinon ça va être des évaluations au quotidien, à chaque atelier, au niveau de ses relations sociales, au niveau ...

C : Ouais.

A : Mais ça va être sur les interactions qu'il va avoir et sur ce que j'observe en atelier en fait.

C : Oui du coup plus basé sur votre observation et les transmissions ...

A : Ouais, ouais.

C : Et du coup est-ce que dans les objectifs d'intervention avec ces adolescents, y a des choses que vous travaillez particulièrement? Là vous venez de me dire les interactions sociales, mais est ce que plus ouais globalement ça se regroupe un petit peu avec tous les jeunes que vous avez? Des objectifs plutôt généraux que vous travaillez avec eux. ?

A : Ça dépend vraiment vraiment.. C'est au cas par cas. Qu'est ce qui pourrait se regrouper sur plusieurs jeunes euh ? Y a la sociabilisation ouais. Euh tout ce qui est aussi autonomie dans les transports. Y a beaucoup de jeunes qui sont un peu phobiques dans les transports donc on va les accompagner dans les sorties thérapeutiques, à prendre les transports, à essayer de se repérer. Tout ce qui est repères spatiaux donc on utilise les applications sur les portables, des choses euh voilà... Euh, qu'est ce qui pourrait être ... La valorisation aussi ça peut être un objectif, pas dans les contrats de soins mais que nous on a au quotidien hein. Parce que souvent ce sont des jeunes qui se dévalorisent beaucoup donc on va essayer de mettre en avant leurs capacités et toutes les choses qu'ils savent faire.

C : Ok, ouais.

A : Voilà après ça va être des stimulations cognitives, des choses comme ça. Parce qu'on a beaucoup de jeunes qui ont des troubles de l'initiative ou y a beaucoup d'apragmatisme. Ça va être beaucoup de la stimulation donc voilà.

C : Vous êtes plus du coup avec des jeunes qui ont plutôt des symptômes négatifs, moins de symptômes positifs francs.

A : Ouais, ouais. De temps en temps on a quelques bipolaires mais on a surtout des jeunes schizophrènes et qui vite se retrouvent assez déficitaires dans les troubles. Et ouais, aspect négatif souvent au premier plan.

C : Euh ouais beh ouais ouais ouais. Et du coup quel type d'activités vous faites plutôt avec eux ? En termes de médiations vraiment, qu'est ce que vous proposez comme activités ?

A : Alors on a un atelier créatif que j'anime avec une art-thérapeute. Où là on leur propose une technique, une nouvelle technique à chaque séance. Alors ça peut être des petites techniques hein mais ça va être des expressions sur papier, sur terre, sur .. fin voilà. Ça va être une petite technique où on fait une séance, avec une activité, où ils vont pouvoir découvrir des choses voilà. Pour un peu les stimuler. Sans obligation de résultats, qui est juste prendre plaisir à travailler la matière. Après j'ai des ateliers d'ergothérapie où là c'est un peu des ateliers polyvalents. C'est-à-dire qu'ils peuvent choisir la médiations qu'ils vont utiliser. Donc ça peut être du dessin, de la peinture, de la mosaïque, de la terre, on peut faire du découpage, du collage, ... Qu'est ce que je peux leur proposer d'autres ? Pleins de trucs pour bidouiller. on a fait aussi des marionnettes, des masques, enfin voilà.

C : Ah trop bien. Ok.

A : Enfin voilà, on a pleins de petits supports qui sont possibles. Après on a un groupe jeux de société où là on va travailler un petit peu plus les fonctions cognitives. On a des sorties culturelles où là on travaille tout ce qui est autonomie dans les transports et puis ouverture un petit peu sur la culture. J'encadre aussi un groupe de parole avec la psychologue. Où là du coup c'est la psychologue qui anime et moi je suis plutôt accompagnatrice du groupe. Alors, il y a une activité cuisine aussi. Qui se fait sur un petit groupe fermé de 4/5 patients. Qu'est ce que j'ai d'autres ? Et là on est en train de faire, avec la psychomotricienne, on a démarré un groupe sur les émotions. Où on travaille sur tout ce qui est émotions positives, émotions négatives et voilà. Un petit peu de relaxation, des choses comme ça.

C : Ok, d'accord. Un large panel d'activités.

A : Ouais, après c'est des activités qui peuvent tourner sur la semaine. Des fois on fait des sessions de ... voilà. De thématiques. En gros, c'est à peu près ce que ça couvre sur l'hôpital de jour

C : Et oui du coup, comment est-ce que vous choisissez, si ça peut tourner ces activités, comment est-ce que vous choisissez ces activités en fonction des adolescents que vous avez ? Qu'est ce qui fait que vous allez plutôt proposer telle activité à tel patient?

A : Ça, c'est une bonne question. Je ne suis pas sûre de pouvoir y répondre. Parce que ça se fait un petit peu au feeling. Alors, il faut savoir qu'il y a des périodes où on a des jeunes qui ne sont pas du tout ouverts aux activités manuelles. Donc du coup on va aller sur des activités beaucoup plus simples. Des fois ça peut être juste du mandala, juste du coloriage, juste du dessin très simple. Et puis y a des moments où on va avoir des jeunes qui, au contraire, ont même commencé des petites études d'art plastiques, de choses comme ça et du coup on va pouvoir, voilà, développer un peu les choses...

Souvent on a des périodes où on fait des activités un peu soutenues sur plusieurs semaines, où on va construire un objet un petit peu long, avec plusieurs étapes d'élaboration. Et donc l'objet va traîner sur plusieurs semaines, plusieurs séances. Et du coup après on va alterner avec des séances plus légères où on fait un objet par séance. Donc voilà. On alterne surtout en termes de projet comme ça. Mais sinon c'est vraiment en fonction des envies, des capacités, des besoins des patients.

C : Oui, ok. Et est ce que vous discutez avec vos patients ... Enfin est ce que vous avez accès à ces informations de, un peu leur historique occupationnel quoi? Donc c'est-à-dire un peu les activités qu'il peuvent pratiquer ...

A : Qu'eux font à la maison ?

C: Avant ou à la maison ...

A : A la maison. Oui oui bien sûr mais alors c'est très pauvre.

C : Ok. La plupart du temps ils sont plutôt ?

A : Ah ouais. On en a .. Alors ça va du jeune qui reste enfermé dans sa chambre alité à celui qui va passer sa journée sur tik tok ou sur le téléphone. Y en a certains quand même qui font pas mal de sport, qui se stimulent un petit peu avec le sport. Mais sinon se sont, ouais, des occupations assez restreintes. Alors sinon on en a qui sont très actifs, qui vont faire du bénévolat, des choses comme ça parce qu'y a des domaines qui les intéressent beaucoup mais ils ne se sentent pas de travailler dedans. Je pense, on a une jeune fille qui fait du bénévolat auprès des animaux donc voilà. Elle va faire du bénévolat de soins dans des refuges mais par contre elle se sent pas encore de faire une formation et de travailler dans ce domaine là. Donc ça dépend beaucoup beaucoup de chacun mais souvent quand même dans l'ensemble les occupations à la maison sont très restreintes.

C: Ok. Mais du coup ouais y en a quand même qui sont un minimum engagés dans certains loisirs ou activités ?

A : Ouais, certains ouais.

C : D'accord, ok. Et du coup, est- ce que ... je vais partir sur des mots, des concepts plus ergo... Est ce que vous avez déjà entendu parlé de l'identité occupationnelle en tant que concept ?

A : Non.

C: Non ? Ok. Du coup je vous le définis vite fait, c'est autour de ça que tourne mon mémoire. C'est en fait, selon Kielhofner, l'identité occupationnelle c'est 2 processus : y a le processus personnel et le

processus social. Le processus personnel c'est la manière dont la personne elle va attribuer un sens à ses occupations en fonction de son vécu et de ses aspirations pour le futur.

A : D'accord

C : Du coup à travers des activités qui ont du sens pour elle, les activités que nous on appelle les activités signifiantes. Et le processus social c'est l'engagement de la personne dans des activités qui ont du sens pour la communauté, la société. Et du coup qui passe par la réalisation d'activités significatives, donc qui ont du sens pour les autres quoi. Et du coup, est ce que au vu de cette définition, vous avez l'impression que vous prenez en compte ces deux processus dans votre pratique? Et si oui, comment vous avez l'impression de les prendre en compte?

A : Alors euh... On les prend en compte et malheureusement pour nos jeunes, elles sont souvent un petit peu en opposition. Tout simplement pour expliquer un petit peu le concept, on a des jeunes qui sont au début de leur maladie, qui sont déscolarisés. Ils vivent chez leurs parents et bien souvent en fait les parents ne comprennent pas l'entrée dans la maladie puis bon y a un peu un déni défensive de ... Enfin voilà quand on vous annonce que votre enfant est schizophrène ça peut forcément être un peu douloureux. Et du coup y a un peu une opposition. C'est à dire que nous on va essayer forcément d'encourager le jeune à trouver des activités signifiantes pour lui parce que c'est ce qui va faire marcher le projet, c'est ce qui va être moteur pour lui. Et à côté de ça, on va être face à des familles qui eux sont dans la recherche d'activités significatives parce que il faut travailler, il faut se former, il faut faire des études, il faut être pragmatique. Du coup oui, on en parle beaucoup. Et malheureusement, moi, c'est très compliqué. Du coup on se retrouve face à des jeunes qui eux sont très inhibés, manquent d'initiatives, en plus ils ont des pertes d'envies et sont très perdus dans notre société. Donc les activités significatives ils en trouvent pas toujours et les activités signifiantes encore moins quoi. Donc ... Alors des fois on passe par l'une pour trouver l'autre, des fois on passe par l'une ... Enfin voilà, des fois c'est l'inverse. Mais beh des fois faut se confronter au travail pour savoir qu'est ce qu'on a envie de faire. Et puis des fois faut savoir ce qu'on a envie de faire pour se confronter au travail. Enfin voilà, c'est ... On oscille beaucoup entre les deux en fait.

C : Oui carrément, et puis ça va dépendre, je suppose, des jeunes que vous avez en face de vous, de chacun, sa personnalité.

A : Oui, dans l'ensemble on accompagne toujours ... Quand le jeune arrive et qu'il développe un projet ou qu'il a d'emblé un projet par exemple d'insertion. Ça peut être un projet de vie hein, de logement ou d'autonomie dans le logement ou des choses comme ça. On va l'accompagner. Quel que soit son projet. Mais si on, beh malheureusement on sait qu'il a pas trop les capacités et que voilà. Il a de l'espoir, on marche avec lui et on l'accompagne dans ce projet-là. Après on est aussi en parachute.

C'est-à-dire que si y a un échec de ce projet, on le récupère et puis voilà. On reste toujours un peu en filigrane au début d'un projet pour si des fois le projet échoue et puis voilà. Mais dans l'absolue on essaye quand même que , si cette activité à une valeur pour lui, et qu'il veut l'essayer, on le soutient. Surtout que c'est pas toujours soutenu par la famille . Du coup on va essayer de l'aider à travailler ça. Je sais pas si ça répond complètement à votre question mais...

C : Si si, carrément. Non mais et puis y a pas de bonne ou de mauvaise réponse en vrai. C'est votre manière de faire qui m'intéresse vraiment donc euh... Mais euh ok, et du coup vous travaillez beaucoup en lien avec les familles j'imagine?

A : Ouais, euh alors... Déjà les familles, elles sont reçues dès le premier rendez-vous d'admission. On travaille sur indication médical, c'est le médecin psychiatre référent, donc souvent de CMP, qui nous envoie les indications médicales et ensuite le jeune est reçu sur minimum deux rendez-vous d'admission. Donc un premier rendez-vous d'admission avec son entourage. Donc ça peut être la famille, ça peut être un ami proche, ça peut être un frère, une soeur, ... C'est lui qui choisit la personne qui va l'accompagner mais on demande à ce qu'il y est une personne de son entourage. Où là il va y avoir la présentation de la structure, euh voilà, les activités de ... Et puis lui il va se présenter aussi. Et ensuite on le reçoit sur un deuxième rendez-vous d'admission, où là il viendra seul et on pourra voir avec lui un petit peu, à ce qu'il vienne sur une prise en charge ici. Donc après bon, y aura un mois d'essai où on fera le bilan avec lui et tout. Et après ce mois d'essai, si le jeune et le médecin considèrent que c'est une prise en charge qui va se pérenniser, on propose des rendez-vous. Alors c'est pas vraiment des rendez-vous de thérapie familiale, mais on va dire que c'est des rencontres, avec la famille, où on sollicite alors une psychologue du service de thérapie familiale. Et on va faire deux entretiens, on propose deux entretiens de thérapie familiale. C'est plus pour un petit peu faire le point avec la famille, prendre un peu la température de comment ça se passe à la maison et créer un espace de ... pour la famille. Suite à ces deux entretiens, soit la famille voit un intérêt à ses rendez vous et du coup on peut les orienter sur les rendez vous de thérapies familiales, sur des prises en charge à Paul Guiraud. Soit voilà, on a fait le point avec eux, tout se passe bien, et ils nécessitent, fin en tout cas ils ressentent pas le besoin de faire des rendez-vous comme ça. Et en dehors de ça, on fait régulièrement des points avec le médecin psychiatre, qui peut solliciter régulièrement la famille. Ou la famille des fois sollicite le médecin pour faire un point. Le souci c'est qu'on a quand même beaucoup beaucoup de jeunes qui sont majeurs et du coup on est pas tenu de rencontrer les familles. Donc c'est vraiment à la demande du jeune ou avec l'accord du jeune.

C : Ok oui. Oui globalement parce que vous avez dit que c'était à partir de 17 ans mais ...

A : Oui, c'est à partir de 17 ans mais en fait... Même si on les reçoit en admission à partir de 17 ans, on a une file d'attente. Donc le temps de les solliciter pour des rendez-vous d'admission, de les

prendre en charge finalement ils arrivent à 17 ans et demi presque 18 et en fait les prises en charge commencent vraiment à 18 ans quoi.

C : Oui ok. Et ça va jusqu'à quel âge à peu près ? Enfin vous avez des personnes jusqu' à ...

A : Alors on s'est fixé maximum 27 ans.

C : 27, ok.

A : Ouais. C'est-à-dire que par exemple un jeune de 26 ans on va pas l'admettre, parce qu'on sait que la prise en charge va durer ... Ou alors à moins que ce soit vraiment sur une prise en charge spécifique. On en a eu hein des jeunes qui venaient au mois de janvier et qui avaient déjà leur projet fixé au mois de septembre. Et du coup voilà, venaient pour garder une activité, se mobiliser sur un rythme presque de travail j'ai envie de dire. Et puis qui devaient un petit peu travailler sur la socialisation avec d'autres jeunes, travailler un peu la phobie sociale, voilà. Sur des prises en charge très très courtes ça peut être possible mais sinon voilà. On les reçoit au maximum vers 23, 24 ans.

C : Oui oui, sinon ça sert à rien de commencer à travail si on peut pas le ...

A : Oui oui et puis après ça fait un grand écart entre le jeune de 17 ans qui va arriver, ils sont encore tout bébé à 17 ans. Et puis un jeune de 27 ans qui est déjà beaucoup rentré dans la maladie, qui a déjà un grand vécu, qui a eu plusieurs hospitalisations, enfin voilà. C'est pas du tout le même ... Y a quand même un gros décalage sur cet âge là donc on est aussi vigilant à ça quoi.

C : Ouais ok, carrément. Et, du coup, parce que vous parlez beaucoup des projets qui les animes. Donc ils viennent ici, enfin chez vous, et ils ont un projet et et-cetera, mais du coup est ce que dans leurs symptomatologies... Enfin y a un truc de, quand ils sont prit en charge, accepter qu'il y aura pas forcément un retour vers un état antérieur mais que se sera une amélioration vers du mieux mais pas un retour à un état antérieur. Et du coup est-ce que ça, c'est quelque chose que vous travaillez avec eux ou vous vous axez vraiment sur les projets et la suite ? Je sais pas si c'était très clair.

A : Ouais, alors beh fin... C'est pareil, ça dépend beaucoup beaucoup. Y a certains jeunes qui arrivent qui n'ont pas du tout de projet et du coup on va leur laisser le temps de voilà... De travailler un petit peu pendant les ateliers, les activités, de réfléchir. On a tout un ... On a un éducateur spécialisé puis une assistante sociale à temps plein donc ils travaillent aussi beaucoup voilà, tout ce qui est projet, tout ce qui est... Que ce soit... On peut visiter des ESAT, enfin voilà. Il y a pleins de choses qui peuvent être organisées autour de ça. On va pas les presser pour construire un projet, c'est pour ça on va vraiment suivre leur rythme de croisière. Et puis, pour certains, y a des choses qui vont s'actualiser, se réfléchir. Ils vont faire des tentatives de stages, on travaille beaucoup avec la mission locale qui leur propose des contrats engagement jeunes, qui proposent des stages de découvertes en entreprise,

des choses comme ça. Donc ils vont aller voir beaucoup de choses. Et puis, beh des fois, on s'aperçoit que pour certains... Je pense à une jeune qu'on a depuis maintenant plus de 2 ans et qui à chaque fois qu'elle concrétise un projet d'insertion professionnelle, elle rechute. Elle se refait hospitaliser. Donc beh du coup, des jeunes comme ça, beh on a fait... On a travaillé sur un projet d'autonomie, sur le logement, des choses comme ça. Mais on a le projet d'insertion de côté parce qu'on se rend compte que plus elle est sollicitée, moins ça va quoi. Et puis c'est travailler avec eux. Y en a certains, ils vont arriver et ils ont pleins de projets. Et du coup au contraire, il faudra les freiner parce qu'on va leur dire : oula attendez, on va prendre notre temps, vous allez déjà améliorer votre état de santé et ensuite voilà. Mais donc ça dépend vraiment de chacun. Y en a qui vont se précipiter, qui vont vouloir faire mille choses et puis au final, de tout façon dès le premier projet ça va s'effondrer parce que c'était pas très adapté. Et puis on en a d'autres, qui au contraire, vont prendre beaucoup leur temps qui ... Et puis du coup arrivé à un moment il va falloir plus les stimuler qu'autres choses. On essaie de suivre leur rythme d'évolution et puis... Et puis on travaille ça avec eux au quotidien. Mais ça dépend vraiment de chacun.

C : Oui, ok. Beh du coup, je sais pas si vous utilisez beaucoup la notion de rétablissement dans votre pratique quoi. Mais c'est vrai que ça me fait penser à ça. D'un côté certains ça va être plutôt rétablissement fonctionnel où ils vont avoir leur projet et d'autres c'est l'état de santé d'abord. Donc le rétablissement symptomatique avant le rétablissement fonctionnel.

A : ouais, alors en plus on a différentes pathologies. On a tout ce qui est schizophrénie, bipolarité. On a aussi des jeunes qui ont juste un trouble de la personnalité, voilà. On a aussi quelques jeunes qui ont des troubles autistiques. Et du coup ça dépend aussi, dans quelles conditions ils arrivent. C'est-à-dire que, on en a certains qui arrivent parce qu'ils sont en échec scolaire et en rupture de scolarité depuis 6 mois. Et puis on en a, ils arrivent et ça fait 4 ans qu'ils sont enfermés dans leur chambre. donc du coup beh le contexte est pas le même et on sait d'emblé que la prise en charge sera pas la même. Et puis on a aussi en fonction de la pathologies.

C : Oui c'est sûr.

A : Un jeune schizophrène qui arrive, on va aussi l'accompagner dans la maladie, parce qu'on sait qu'il y aura des rechutes. On sait qu'il y aura des ruptures de traitements. On sait que fin voilà ... On connaît un peu malheureusement l'évolution des prises en charge et on va presque l'accompagner un petit peu vers l'évolution de la maladie. Et du coup les prises en charge vont être un petit peu plus longues parce que dès, que de toute façon on va lancer un projet, il va y avoir du stress, il va y avoir des conditions qui vont faire que beh y a un risque de rechute. Et du coup le jeune va être confronté à la maladie qui prend de plus en plus de place. Entre 18 et 23 ans c'est vraiment le moment où euh ... Où la maladie arrive et s'installe. Et du coup on va être beaucoup là dedans. À part avoir un jeune qui à

un trouble de la personnalité qui est installé depuis, enfin qui s'est construit petit à petit depuis 3, 4 ans voilà. On va faire plus des aménagements un peu, et travailler avec le jeune sur : qu'est ce qui est possible, qu'est ce qui est pas possible, qu'est ce qui est confortable et qu'est ce qui fait sortir de la zone de confort, et qu'est ce qu'on va pouvoir travailler avec lui quoi.

C : Oui, donc au final en fait, fin... Rétablissement fonctionnel et symptomatique plutôt lié. Et quand le symptomatique va moins bien, on mais le fonctionnel de côté ?

A : Ouais. On va s'adapter un petit peu aux besoins du jeune quoi.

C : Et du coup, par rapport à ce qu'on disait tout à l'heure, est ce que le fait d'avoir des jeunes... Est ce que vous avez remarqué que le fait d'avoir des jeunes, potentiellement, comme la jeune que vous disiez qui est bénévole, par exemple, dans une association d'aide envers les animaux. Est ce que le fait d'avoir déjà des engagements dans des activités un peu comme ça, ou ceux qui font du sport ou des choses comme ça. Est ce que vous remarquez que ça peut ... Ils auraient plus de facilités à ... Enfin plus de facilités c'est pas les bons mots. Mais est-ce que ça aide à leur rétablissement fonctionnel du coup ?

A : Pas spécialement. *rire*

C : Ok. *rire*

A : Pas spécialement parce que en fait... Beh on est en psychiatrie quoi. Donc souvent, quand on est face à des jeunes quand même assez malades euh... En tout cas suffisamment malade pour valoir besoin d'une prise en charge en hôpital de jour. Euh beh souvent malheureusement, ils s'enferment dans des... Alors voilà, une jeune qui va aller faire du bénévolat avec les animaux, beh ouais elle est très à l'aise avec les animaux sauf que avec les humains elle parle pas du tout. Donc du coup malheureusement, c'est un aménagement qu'ils se sont créés eux pour pouvoir créer un peu de vie dans tout ça. Et le sport souvent, ils s'enferment dans des pratiques sportives un peu intenses ou finalement ils ne font plus que ça. Et pareil, la relation aux autres euh... voilà. C'est des petits aménagements qu'ils se créent. Alors c'est vrai qu'il faut mieux ça que rien du tout. Mais malheureusement, la société fait qu'on a besoin des autres, on vit avec les autres. Et du coup ça peut, mais c'est pas systématiquement indicateur... Enfin en tout cas c'est pas systématiquement facilitateurs d'insertion que ce soit social ou professionnel quoi.

C : Et est-ce que ça peut être facilitateur... Enfin, est-ce que vous, vous vous en servez dans votre pratique, en ergo en tout cas ? Est-ce que ça peut être facilitateur pour un engagement dans certaines activités ou une exploration d'autres activités?

A : Beh en tout cas ça peut être facilitateur pour entrer en lien avec le jeune. C'est-à-dire que, euh, on a aussi beaucoup d'activités sportives sur l'hôpital de jour. Donc un jeune qui aime bien le sport, on va essayer de l'accrocher avec les activités un peu corporel et puis ensuite, hop, on élargit un petit peu. Mais ... Oui, ça va être voilà... On va essayer d'accrocher un petit peu le jeune avec ça mais après le but c'est quand même de l'ouvrir sur les autres activités pour qu'il puisse développer d'autres compétences entre guillemets hein.

C : Oui, et donc du coup est-ce que ça peut aussi faire le ... Est ce que ça fait le schéma inverse ? Où du coup s'il a déjà un engagement dans certaines activités, comme par exemple la pratique sportive un peu intense, il va moins s'ouvrir à l'exploration d'autres activités?

A : Ça, ça dépend. Ça dépend vraiment des jeunes, parce que souvent ils font ça parce qu'ils connaissent que ça. Ils ont jamais découvert autre chose. Donc des fois on en a certains qui sont surprenants et qui se découvrent un bien être aussi par l'activité manuelle, par le dessin, par des coloriations de mandalas ou voilà. Ça leur crée un apaisement, ça voilà. Donc ça dépend, des fois aussi les jeux de société, ou la cuisine donc euh... Ça dépend beaucoup de chacun.

C : Ça dépend... Ok d'accord, ok. Ok et bien j'en finis avec mes questions. Voilà.

A : Ok.

C : Merci beaucoup en tout cas c'était super intéressant.

A: J'espère que ça t'aidera dans ... *rire* ... Dans la recherche d'informations, de témoignages, ..

C: Carrément, merci beaucoup. Est ce que vous, vous avez des choses à ajouter ? Que vous trouveriez pertinentes, par rapport à tout ce dont on a parlé?

A : Non, je pense que on a bien fait le tour. De ... Non comme ça y a rien qui me vient.

C : D'accord super merci beaucoup.

A : Avec plaisir.

Résumé

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), plus de 50 % des pathologies psychiatriques de l'adulte apparaissent avant l'âge de 16 ans. Pourtant, une prise en soins adaptée pourrait limiter l'évolution de certains symptômes atténués vers des symptômes psychotiques francs. Ce travail propose donc d'explorer les apports potentiels de l'ergothérapie dans le cadre d'une intervention précoce auprès des jeunes à ultra haut risque de transition psychotique, pour lesquels un accompagnement en amont pourrait jouer un rôle clé dans la prévention d'un premier épisode psychotique. Une étude qualitative a été menée auprès de quatre ergothérapeutes travaillant avec des adolescents à Ultra-Haut Risque de transition psychotique. Des entretiens semi-structurés ont été réalisés à l'aide d'un guide d'entretien prédéfini. L'étude met en évidence le rôle essentiel de l'ergothérapeute dans le soutien au rétablissement fonctionnel des adolescents à Ultra-Haut Risque de transition psychotique, notamment par l'accompagnement du développement de leur identité occupationnelle. Toutefois, cette contribution varie selon les contextes et les pratiques professionnelles, reflétant la complexité de l'intervention en santé mentale précoce. Ces résultats appellent à une poursuite des recherches pour mieux définir et structurer ce rôle dans une approche interdisciplinaire.

Mots-clés : adolescent - psychose débutante - ergothérapie - identité occupationnelle - rétablissement fonctionnel

Abstract

According to the World Health Organization (WHO), more than 50% of adult psychiatric disorders begin before the age of 16. However, appropriate early intervention could help prevent the progression of attenuated symptoms into full-blown psychotic episodes. This work therefore aims to explore the potential contributions of occupational therapy in the context of early intervention for young individuals at Ultra-High Risk of psychotic transition, where early support could play a crucial role in preventing a first psychotic episode. A qualitative study was conducted with four occupational therapists working with adolescents at ultra-high risk of psychotic transition. Semi-structured interviews were carried out using a predefined interview guide. The study highlights the essential role of occupational therapists in supporting the functional recovery of adolescents at Ultra-High Risk of psychotic transition, particularly through the development of their occupational identity. However, this contribution varies depending on institutional contexts and professional practices, reflecting the complexity of early mental health interventions. These findings call for further research to better define and structure this role within an interdisciplinary framework.

Keys words : adolescent - early psychosis - occupational therapy - occupational identity - functional recovery