

Les activités créatives en ergothérapie : l'impact sur les relations sociales des personnes schizophrènes

Natacha Morel

▶ **To cite this version:**

Natacha Morel. Les activités créatives en ergothérapie : l'impact sur les relations sociales des personnes schizophrènes. Médecine humaine et pathologie. 2016. dumas-01398965

HAL Id: dumas-01398965

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01398965

Submitted on 18 Nov 2016

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License

AUVERGNE – RhôneAlpes*

* Signature provisoire : le nom de la Région sera fixé par décret en conseil d'État avant le 1er octobre 2016 après avis du Conseil Régional.

Faculté de Médecine
UdA | Université d'Auvergne

INSTITUT UNIVERSITAIRE DE FORMATION EN ERGOTHERAPIE

Natacha MOREL

UE 6.5 S6 : Evaluation de la pratique professionnelle et recherche

Le 03 Juin 2016

Mémoire d'initiation à la recherche :

Les activités créatives en ergothérapie

Impact sur les relations sociales des personnes schizophrènes

Cadre réservé à l'évaluateur

Remerciements

« Sous la direction de Jean Louis Bréant, ergothérapeute à Clermont-Ferrand, maître de mémoire »

Je tiens à remercier Jean Louis Bréant pour avoir accepté de m'accompagner dans la réalisation de ce mémoire de fin d'études, ainsi que pour son aide, ses conseils et sa disponibilité.

Je souhaite également remercier Magali Peytavin et Marie Grillon pour leur accompagnement et leurs conseils.

Je remercie aussi tous les ergothérapeutes et les personnes ayant bien voulu prendre le temps de répondre à mon questionnaire.

Je remercie mes collègues de promo, avec qui j'ai pu passer de belles années, et qui m'ont soutenue, encouragée et conseillée au cours de la rédaction de ce mémoire.

Enfin, je remercie ma famille et mon compagnon qui m'ont soutenue pendant ces trois années.

Sommaire

Introduction **2**

1. Etat des connaissances **3**

1.1. L'ergothérapie en psychiatrie 3

1.2. Les activités créatives 7

1.3. La schizophrénie 9

1.4. Aboutissement à la question de recherche 13

2. Conceptualisation **13**

2.1. L'Approche Centrée sur la Personne 14

2.2. Le Modèle d'Occupation Humaine (MOH) 16

2.3. Les compétences sociales 19

2.4. Hypothèses 22

3. Méthodologie **23**

3.1. Choix de la méthode 23

3.2. Présentation des questionnaires 23

3.3. Traitement des résultats 24

4. Résultats **24**

4.1. Généralités 24

4.2. La relation patient – ergothérapeute 27

4.3. Les activités créatives 29

4.4. Activités créatives et relations sociales 31

5. Discussion **33**

5.1. Analyse des résultats 33

5.2. Liens avec les problématiques pratique et théorique 36

5.3. Critiques de l'étude 38

5.4. Hypothèse de travail futur 40

5.5. Apports professionnels 40

Conclusion **42**

Bibliographie **43**

Annexes

Introduction

Ce mémoire d'initiation à la recherche a été réalisé sur le thème des activités créatives utilisées en ergothérapie auprès de personnes schizophrènes. Le choix de ce thème m'est d'abord venu de l'attrait que j'ai pour ces activités. J'ai ensuite pu me rendre compte, au cours de mes stages mais également au cours de mes lectures, que ces activités étaient très utilisées en ergothérapie, notamment en psychiatrie. Elles peuvent être proposées à des personnes atteintes de schizophrénie, affection psychiatrique touchant près d'1% de la population. Les prises en charge de cette affection ont beaucoup évolué ces dernières années.

Suite à ces constats, il me semblait intéressant de comprendre pourquoi les ergothérapeutes utilisaient de telles activités auprès de ces personnes. J'ai donc élaboré la question d'étude suivante : **« *Quel est l'intérêt d'utiliser des activités créatives en ergothérapie, en psychiatrie, auprès de personnes schizophrènes ?* ».**

Pour répondre à cette question, je commencerai par faire un état des connaissances existantes dans les domaines de l'ergothérapie en psychiatrie, des activités créatives et de la schizophrénie, en m'appuyant notamment sur la littérature. Cette première partie me permettra alors de préciser le sujet de mon étude et d'aboutir à la question de recherche suivante : **« *Comment, par les activités créatives, l'ergothérapeute contribue-t-il à l'amélioration des relations sociales des personnes schizophrènes ?* ».** Je détaillerai ensuite trois concepts : l'Approche Centrée sur la Personne de C. Rogers (1987), le Modèle de l'Occupation Humaine de G. Kielhofner (1975) et les Compétences Sociales de P. Peyré (2000). J'aborderai ensuite l'étude qui a été réalisée pour répondre à cette problématique et j'évoquerai la méthode utilisée. Je présenterai ensuite les résultats de l'étude, puis je les analyserai et les discuterai. Je conclurai par une réponse à ma problématique, une ouverture consécutive à l'étude et je finirai par aborder les apports professionnels d'une telle étude.

1. Etat des connaissances

Il s'agira, dans cette première partie, de faire un point sur les connaissances relatives aux domaines de ma question d'étude. Je commencerai donc par aborder l'histoire de l'ergothérapie et sa pratique en psychiatrie. Je m'intéresserai ensuite à la créativité et aux activités créatives en général. Puis je présenterai la pathologie schizophrénique et évoquerai l'intérêt des activités créatives auprès de personnes schizophrènes. Cet état des connaissances me permettra alors d'élaborer ma question de recherche, point de départ de mon étude.

1.1. L'ergothérapie en psychiatrie

1.1.1. Histoire de l'ergothérapie : du travail à l'activité

Avant le XVIII^{ème} siècle, les personnes ayant des troubles mentaux étaient considérées comme incurables. Après la Révolution Française, le psychiatre P. Pinel (1745-1826), a révolutionné la psychiatrie : selon lui, les personnes malades mentales, appelées « aliénés », pouvaient être soignées et guéries (1). Des asiles ont alors été créés afin de regrouper les aliénés dans des centres où ils travaillaient. En effet, P. Pinel pensait que le travail permettait de maintenir la santé, les traditions et l'ordre (2). Il entendait par travail, « l'agriculture […] la menuiserie, le jardinage, la cordonnerie, la couture, […] toutes les activités humaines nécessaires à l'institution » (2). Ces idées ont créé des abus, et le travail des aliénés était parfois utilisé pour du profit (2). De ce fait, les asiles étaient de plus en plus en plus surpeuplés, au dépend des soins et du repos des aliénés. Lors des guerres mondiales, de nombreuses personnes sont décédées dans ces asiles, de famine et par manque de soins. Les aliénistes se sont alors rendu compte que l'enfermement des aliénés dans les asiles avait entraîné des négligences envers les personnes et qu'il était nécessaire « d'humaniser les lieux, d'ouvrir les portes, de former les personnels infirmiers et d'introduire de nouvelles méthodes thérapeutiques » (2). Les asiles se sont transformés en hôpitaux psychiatriques et la psychiatrie institutionnelle est née dans les années 1960. Il s'agissait de favoriser la resocialisation des personnes malades mentales, en permettant leur responsabilisation et en considérant les malades comme capables de co-construire avec les soignants. Ce courant est repris par F. Tosquelles dans son livre Le travail thérapeutique en psychiatrie (2012) (3).

La notion d'ergothérapie est née dans les années 1970. Elle fut d'abord assimilée au travail réalisé dans les asiles, évoqué précédemment, puis davantage à une thérapie basée sur l'activité. La distinction entre le travail et l'activité doit fondamentalement être faite selon J.P. Guihard (4), qui déclare que l'ergothérapeute ne s'intéresse pas à ce qui est produit, mais plutôt à la façon dont une activité est réalisée. La dimension thérapeutique des activités a été reconnue à partir des années 1970 : les activités semblaient alors avoir des effets bénéfiques sur des personnes malades ou déficientes.

1.1.2. L'ergothérapie

La profession d'ergothérapie est régie par les articles L4331-1 et R4331-1 du Code de la Santé Publique (5,6). L'exercice de l'ergothérapie est règlementé par l'arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'Etat d'ergothérapeute (7).

L'ergothérapie est une profession paramédicale, qui exerce sur prescription médicale. L'ergothérapeute intervient auprès d'enfants, adultes ou personnes âgées ayant un ou plusieurs handicaps physiques, cognitifs, psychiques ou sensoriels, entraînant des limitations d'activités ou des restrictions de participation. Il intervient dans différents lieux : à l'hôpital, dans des lieux de vie (Maison d'Accueil Spécialisée, Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes…), en psychiatrie, en libéral, à domicile….

L'objectif général de l'ergothérapeute, mentionné dans l'arrêté du 5 juillet 2010 est « de maintenir, de restaurer et de permettre les activités humaines de manière sécurisée, autonome et efficace, et, ainsi, de prévenir, réduire ou supprimer les situations de handicap pour les personnes, en tenant compte de leurs habitudes de vie et de leur environnement. L'ergothérapeute est l'intermédiaire entre les besoins d'adaptation de la personne et les exigences de sa vie quotidienne en société » (7).

Pour parvenir à cet objectif, l'ergothérapeute utilise « des exercices, des jeux, des activités d'artisanat, des activités projectives ou des mises en situation d'activités quotidiennes, des tâches domestiques, des gestes professionnels, des activités sociales, culturelles ou sportives...Tout au long de ces mises en situation, l'ergothérapeute évalue la personne en activité dans son environnement » (arrêté du 5 juillet 2010 (7)).

L'ergothérapeute s'intéresse aux interactions entre la personne, ses activités et son environnement. Il travaille en collaboration avec de nombreux autres professionnels, ainsi qu'avec la famille et l'entourage des personnes qu'il prend en charge. En s'appuyant sur son référentiel de compétences (Annexe I) (7), l'ergothérapeute réalise des actions de rééducation, de réadaptation et de réinsertion. Il peut également être amené à réaliser des actions de prévention et d'éducation.

1.1.3. L'ergothérapie en psychiatrie

L'ergothérapeute peut intervenir dans le domaine de la psychiatrie. En effet, un des objectifs de l'ergothérapeute est « la réalisation (…) de soins en santé mentale » (7) : il s'agit alors de « sauvegarder et restaurer l'activité psychique du patient » (8). Cet objectif est réalisé grâce à la médiation d'activités qui permettent « le développement des capacités motrices, sensorielles, cognitives, comportementales, d'interaction et de communication » (7). L'ergothérapeute utilise alors des activités « d'artisanat, d'expression, projectives, ludiques, sociothérapiques à visée psychothérapique » (7).

Chaque exercice de la profession va dépendre, du patient, du professionnel lui-même, du cadre instauré et de la structure de prise en charge.

L'ergothérapeute peut intervenir au sein même d'un hôpital, ou dans des structures extra-hospitalières dites intermédiaires, telles que l'hôpital de jour, le Centre Médico-Psychologique (CMP), le Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel (CATTP)…

1.1.4. Médiation, cadre et relation thérapeutique

La médiation, et les activités médiatiques sont très utilisées par les ergothérapeutes en psychiatrie. On parle d'activité médiatique, lorsque celle-ci utilise une médiation pour faciliter ou créer un échange entre l'ergothérapeute et le patient. Cette médiation, pouvant être un matériau, un apprentissage ou un objet, permet à la personne de se décentrer d'elle-même et sert d'intermédiaire entre les deux sujets. Elle peut faciliter ou créer une relation : on parle alors de relation médiatisée.
Selon M. Launois (9), ergothérapeute en psychiatrie, la médiation à plusieurs fonctions :

- Elle permet au patient de faire la distinction entre lui-même et autrui, ou lui-même et le monde extérieur.

- Elle permet de démontrer la permanence de l'objet et le principe de continuité : le patient peut se rendre compte qu'un objet est toujours présent, même après qu'il se soit absenté, qu'une technique peut être utilisée plusieurs fois ou pour différentes activités, que le thérapeute est toujours présent aux activités…

- Elle permet également au patient d'intégrer le principe de réalité : le patient peut par exemple remarquer qu'il doit respecter les règles naturelles d'utilisation d'un matériau s'il veut pouvoir l'utiliser correctement, règles qui s'imposent de la même façon à l'ergothérapeute.

- Elle favorise l'expérience de la créativité : la personne peut créer, modifier, changer, détruire, bouger, son matériau ou son objet. L'expérience de cette créativité dépend du degré d'apprentissage nécessaire à la réalisation de l'activité.

- Enfin, la médiation vise à permettre la symbolisation : un objet peut être une représentation symbolique de la réalité. Le patient peut également projeter ses propres idées et ses pulsions sur un objet déjà créé.

En psychiatrie, la relation et le cadre thérapeutiques sont des éléments essentiels à prendre en compte. En effet, ces deux éléments vont conditionner la prise en charge, et parfois permettre l'amélioration psychique du patient. La relation thérapeutique correspond à la relation instaurée entre l'ergothérapeute et son patient. Elle implique une juste distance tant physique que psychique entre les deux sujets et est asymétrique : le patient demande de l'aide au soignant (10). Dans le cadre de l'ergothérapie, cette relation est aidée et permise par la médiation.

Le cadre thérapeutique constitue le cadre que l'ergothérapeute propose au patient. Il dépend de l'institution, des règles sociales et des règles de l'atelier. C'est un contrat passé entre les deux sujets. Il vise à être contenant, pour mettre en confiance le patient, mais doit tout de même garantir le respect des règles. Selon M. Ménard (11,12), la relation entre l'ergothérapeute et le patient va conditionner l'émergence d'un cadre de rencontre contenant et sécurisant pour le patient. Un tel cadre est alors nécessaire pour qu'une activité soit thérapeutique et apporte des bénéfices au patient.

1.2. Les activités créatives

1.2.1. La créativité

Dans la littérature, on peut s'apercevoir que la notion de créativité est perçue et définie de différentes manières.

Dans le dictionnaire (13), « créatif » est défini comme « qui est capable de créer, d'inventer, d'imaginer quelque chose de nouveau, d'original », la « créativité » comme la « capacité d'imagination, d'invention, de création » et la création comme « action de créer quelque chose qui n'existait pas avant ».

Selon J.P. Guihard (4) la création « c'est 'juste' faire émerger quelque chose qui n'existait pas avant, qui vient de nulle part et cette chose peut être, certes un objet, mais aussi une relation, un nouveau monde ». Il pense que l'homme est « un animal créateur » et que l'activité est « une création individuelle, mais aussi collective et communautaire ». En effet, selon lui, « l'homme est la société » et donc l'homme ne peut créer sans la société. C'est pourquoi il développe l'idée que la création est permise par la relation. Il pense que c'est à l'ergothérapeute d'initier une relation avec son patient, afin de lui permettre l'accès à sa créativité.

Le psychanalyste D. Winnicott et le psychologue M. Csikszentmihalyi ont des définitions plus théoriques de la créativité. D. Winnicott (14) donne une place prépondérante au jeu et à la créativité dans la vie du jeune enfant, puis de l'adulte. Il définit la créativité comme une « quête du soi » : d'après lui, « c'est en jouant que le patient se montre créatif » et « c'est seulement en étant créatif que l'individu découvre le soi ». Plus largement, il pense qu'une personne est créative quand elle s'exprime et agit sur le monde extérieur, sans y être soumise : « vivre créativement témoigne d'une bonne santé et (…) la soumission constitue, elle, une base mauvaise de l'existence ». La créativité est pour lui « inhérente au fait de vivre » et chacun a « une pulsion créative » qui dépend, d'après Winnicott, de l'environnement présent « lors des premières phases de l'expérience de la vie que connaît tout bébé ».

M. Csikszentmihalyi (15) fait une distinction entre deux formes de créativité : celle qui s'applique aux personnes « dont la façon de percevoir le monde est originale » et celle

concernant les individus qui ont « largement contribué à changer notre culture ». Cette seconde forme de créativité dépend à la fois d'un esprit individuel et de l'environnement culturel. Sans créativité, « le monde ne serait pas ce qu'il est, notre comportement obéirait encore à quelques instructions génétiques claires ». Il pense également que les créateurs auraient comme seule motivation la passion et le plaisir, ce dernier procuré par l'activité et qu'il définit comme le « flux ».

Ainsi, nous pouvons constater que les façons de percevoir la créativité sont relativement différentes chez ces trois personnes, et il semble difficile de définir concrètement cette notion. Cependant, ces trois auteurs s'accordent sur le fait que tout humain a une part de créativité en lui, sans doute nécessaire et inhérente au fait de vivre. La créativité semble s'appliquer à la création d'éléments physiques, mais également s'étendre à l'établissement de relations interpersonnelles.

Pour faciliter la compréhension de la suite de mon mémoire et pour se mettre d'accord sur une définition concrète, je définirais la créativité comme l'action de créer ou modifier toute matière (objet, dessin…), permettant d'aboutir à une matière nouvelle, auparavant inexistante.

1.2.2. Les activités créatives

Les activités sont, comme nous l'avons déjà vu, les outils privilégiés des ergothérapeutes. En psychiatrie, beaucoup d'ergothérapeutes utilisent des activités créatives au cours de leurs prises en charges. Cependant, lors de mes recherches, je n'ai trouvé aucune définition consensuelle permettant de définir exactement les activités créatives. Ces activités regroupent alors des activités différentes selon les thérapeutes.

Pour M. Launois (16), les activités créatives sont des activités médiatiques qui favorisent « l'expression d'éléments psychiques personnels (…), la dimension créative et imaginaire » et l'assouplissement ou l'enrichissement du « système de mécanismes de défense » de chacun. Elle appelle « activités créatives et projectives » le dessin, la peinture, la sculpture ou encore le collage. Elle définit également les activités manuelles, qui sont davantage structurées que les activités créatives, et qui nécessitent un apprentissage. Il s'agit d'activités telles que « poterie, sculpture sur bois, sur béton cellulaire, peinture sur soie, plâtre, macramé, tissage, vannerie, etc… ».

Lors d'une étude réalisée par S. Griffiths et S. Corr au Royaume Uni (17), sur l'utilisation des activités créatives par les ergothérapeutes auprès des patients en santé mentale, les activités créatives comprenaient le dessin, la poterie, l'artisanat, la musique ou encore le théâtre. Ces activités étaient utilisées par 82% des ergothérapeutes interrogés. L'activité pouvait s'effectuer individuellement ou en groupe, et permettait aussi à l'ergothérapeute d'évaluer le patient.

Suite à ces recherches, et toujours dans un souci de clarté, je définirai les activités créatives comme toute activité permettant la créativité telle que je l'ai précédemment définie c'est-à-dire, toute activité permettant de créer ou modifier toute matière (objet, dessin…), aboutissant à une matière nouvelle, auparavant inexistante.

1.3. La schizophrénie

1.3.1. La schizophrénie, généralités

La schizophrénie est une affection psychiatrique qui touche environ 1% de la population. Le pic de début de la maladie se situe entre 15 et 25 ans (18,19). Elle est actuellement classée parmi les dix maladies entraînant le plus d'invalidité selon l'Organisation Mondiale de la Santé (19).

En s'appuyant sur le DSM-5 (Annexe II) (20), le diagnostic de la schizophrénie s'effectue selon six critères. D'abord, la personne doit avoir au moins deux symptômes, dont un des trois premiers, parmi : des « idées délirantes », des « hallucinations », un « discours désorganisé », un « comportement grossièrement désorganisé ou catatonique », et des « symptômes négatifs». Ces symptômes entraînent des dysfonctionnements significatifs dans la vie quotidienne de la personne (travail, relations sociales, hygiène…). Ces troubles persistent depuis au moins six mois et ils ne sont pas dus à une autre affection psychiatrique telle qu'un trouble schizoaffectif, dépressif ou bipolaire, ni à une prise de substances, ni à un trouble autistique présent dès l'enfance. L'évolution de l'affection peut varier selon le temps et les personnes, évoluant d'épisodes aigus à des phases de rémission plus ou moins pérennes. L'évolution est souvent chronique.

Les symptômes énoncés précédemment sont souvent regroupés sous forme de syndromes positif, négatif et de désorganisation (18).

- Le syndrome positif regroupe des symptômes intervenant de façon plus importante que pour un fonctionnement normal. Il s'agit des idées délirantes et des hallucinations. Les idées délirantes concernent le plus souvent les thèmes « mégalomaniaque, mystique ou de persécution » (18), et sont souvent caractérisées de « bizarreries ». Les hallucinations les plus fréquentes sont auditives, mais elles peuvent également être cénesthésiques[1], visuelles, et plus rarement, olfactives (18).

- Le syndrome négatif correspond à une perte de fonction normale. Il regroupe notamment « l'émoussement affectif[2], l'alogie[3], l'avolition[4], l'anhédonie[5] » et des troubles attentionnels. Ces symptômes peuvent provoquer un repli sur soi.

- Le syndrome de désorganisation traduit une désorganisation de la pensée. On peut observer un discours désorganisé (discours diffluent[6] ou barrages[7]) et un comportement désorganisé parfois catatonique[8].

Ces syndromes, notamment celui positif, sont efficacement améliorés par les traitements médicamenteux fondés sur des antipsychotiques. En revanche, de nombreux déficits cognitifs et fonctionnels persistent chez ces personnes, malgré les traitements et les phases de rémission des symptômes (21). Ces déficits ont longtemps été ignorés dans les prises en charge, sous prétexte qu'ils étaient corrélés à la maladie (22). Actuellement, cette idée est remise en cause et ces déficits sont pris en compte comme une dimension importante impactant la qualité de vie de la personne. Ces déficits entraînent des limitations chroniques dans les sphères professionnelles, sociales, relationnelles, des loisirs et de la qualité de vie. Cet ensemble de déficits pourrait être regroupé sous le terme de « retentissement fonctionnel » (22).

Même si ces dysfonctionnements sont dus à des éléments complexes et multidimensionnels (23), de nouvelles thérapies ont émergé au cours de ces dernières

[1] Hallucinations relatives aux sensations perçues par le corps
[2] Appauvrissement de l'affectivité et de l'expression émotionnelle
[3] Appauvrissement du discours
[4] Diminution de la motivation
[5] Perte d'intérêt et de plaisir
[6] Idées, donc mots, sans liens les uns avec les autres
[7] Discours suspendu pendant un laps de temps
[8] Comportement figé

années, afin de les améliorer. Il s'agit des techniques de réhabilitation psychosociale, regroupant des thérapies de réentraînement aux habiletés sociales et de remédiation cognitive (22). Le réentraînement aux habiletés sociales « vise à enseigner les habiletés interpersonnelles, à promouvoir leur maintien et à les généraliser », dans le but d'améliorer le fonctionnement et la qualité des relations sociales. Les techniques utilisées sont nombreuses, surtout liées à des mises en situation et des réflexions autour de sujets sources de difficultés sociales pour les personnes. La remédiation cognitive vise à améliorer les capacités cognitives par le biais d'exercices permettant d'entraîner ces capacités.

Les personnes schizophrènes peuvent être prises en charge dans différentes structures, identiques à celles évoquées dans le chapitre 1.1.3. (hôpital, hôpital de jour, CMP, CATTP…) (18). Le suivi peut également se faire en ambulatoire, et des structures d'hébergement (appartements thérapeutiques et placements thérapeutiques familiaux) permettent d'expérimenter le retour à la société, tout en gardant un cadre structuré.

Enfin, tout en tenant compte du fait que la maladie s'exprime différemment selon les personne, il me semblait intéressant de parler du vécu concret de la maladie que confie A. Lauveng dans son livre biographique (24). Elle a été diagnostiqué schizophrène à son adolescence. Les symptômes de la maladie ont d'abord été précédés d'une phase prodromique qu'elle décrivait comme des « sensations émoussées ». Les symptômes étaient ensuite apparus progressivement. Elle témoignait d'abord de sensations de vide et de solitude : « je constatai petit à petit que j'étais de plus en plus seule » et que la solitude « m'envahissait aussi intérieurement ». Elle vivait alors un isolement social progressif, l'éloignant de sa famille et de ses amis. Elle avait également des idées noires récurrentes : ses pensées étaient tournées vers la mort, des sensations de ne plus exister, des doutes d'être en vie car « tout [lui] paraissait infiniment vide et morose », et le thème du chaos était récurrent. Ses perceptions sensorielles avaient commencé à se modifier dès le collège, et avaient évolué vers des hallucinations plus importantes, tant visuelles qu'auditives, qui la poussaient même à se mutiler : « Alors il me frappa fort […], je voyais bien que c'était ma main qui me frappait, mais je n'avais pas l'impression de diriger ma main ». Ces actes d'auto-mutilation étaient également consécutifs aux sentiments précédemment évoqués et ils lui permettaient d'exprimer une douleur intense, qu'aucun

mot, selon elle, ne pouvait définir. Suite à ces symptômes, elle avait été hospitalisée de nombreuses fois, et pendant plusieurs années. Son avenir professionnel semblait être compromis. Finalement, sa maladie avait évolué vers une rémission. Ceci avait été permis, selon elle, grâce au temps, et à l'attention particulière apportée par certains soignants. L'ergothérapeute avait également eu une action sur son rétablissement : l'activité réalisée à l'atelier lui permettait d'avoir de nouveau un sujet de conversation à partager avec ses amis et sa famille. Ceci avait favorisé la confiance en elle et sa reprise progressive de contact avec la réalité extérieure.

Ainsi, comme nous avons pu le voir tout au long de ce chapitre, les symptômes positifs des personnes schizophrènes sont bien améliorés par les traitements médicamenteux. En revanche, les symptômes négatifs subsistent et des déficits cognitifs et fonctionnels persistent. Ces dysfonctionnements entraînent d'importantes difficultés dans la vie quotidienne des patients schizophrènes, notamment au niveau de leurs relations sociales.

1.3.2. La schizophrénie et les activités créatives

On pourrait alors s'interroger sur les intérêts de l'utilisation des activités créatives auprès des personnes schizophrènes, activités très utilisées par les ergothérapeutes.

D'après l'étude de S. Griffiths et S. Corr (17), de telles activités auraient de nombreux bénéfices sur la relaxation, la résolution de problèmes, le contrôle de soi des personnes et le développement d'une relation thérapeutique.

Ces activités permettaient divers objectifs :

- Améliorer les compétences interpersonnelles : la confiance en soi, l'estime de soi, la motivation, la conscience de soi ou l'insight,
- Améliorer les compétences sociales en encourageant et en développant les interactions,
- Améliorer les capacités fonctionnelles en exécutant des gestes manuels dans un environnement sécuritaire, puis dans d'autres environnements, et en travaillant l'exécution des tâches, en prenant en compte l'engagement dans l'activité, la concentration, la décision d'agir et la résolution de problèmes,

- Faciliter le développement personnel par l'exploration des émotions et de l'expression personnelle. Ces activités étaient alors utilisées pour fournir des opportunités d'être créatif, d'expérimenter, de faire et de s'amuser dans un endroit sécuritaire.

La pratique des activités créatives semble donc être intéressante et permettre d'atteindre de nombreux objectifs.

1.4. Aboutissement à la question de recherche

Comme nous avons pu le constater précédemment, les patients schizophrènes rencontrent de nombreuses difficultés dans leur vie quotidienne, notamment dans leurs relations sociales. Les activités créatives semblent, selon la littérature, être intéressantes à utiliser pour ces personnes en permettant l'amélioration de diverses capacités.

Ces constations m'ont conduite à la question de recherche ci-dessous, permettant d'initier un travail d'expérimentation et d'analyse :

« Comment, par les activités créatives, l'ergothérapeute contribue-t-il à l'amélioration des relations sociales des personnes schizophrènes ? »

2. Conceptualisation

Les concepts théoriques sont utilisés par l'homme pour représenter et analyser symboliquement la réalité. Ils permettent de réfléchir et d'émettre des hypothèses, avant de les expérimenter et les analyser dans la réalité.

L'utilisation de modèles théoriques dans cette seconde partie de mon mémoire, permettra de s'interroger sur les normes, les références théoriques relatives à ma question de recherche. Ces connaissances me permettront de déterminer des hypothèses de réponses à ma question de recherche, d'élaborer mon questionnaire, puis d'analyser et discuter les résultats de mon étude.

J'aborderai dans ce chapitre trois concepts, modèles et théories. D'abord, je détaillerai le concept de l' « Approche Centrée sur la Personne » de Carl Rogers (1987), relatif à l'attitude de l'ergothérapeute envers son patient, pendant la réalisation des activités

créatives. Je parlerai ensuite du Modèle conceptuel de l'Occupation Humaine (MOH) de Gary Kielhofner (1975), pour approfondir les modalités de pratique des activités créatives. Enfin, je m'attarderai sur la théorie des compétences sociales, décrite par Pierre Peyré (2000), afin de comprendre ce que les activités créatives peuvent apporter aux personnes schizophrènes.

2.1. L'Approche Centrée sur la Personne

Je décrirai ce concept en m'inspirant de l'ouvrage L'approche centrée sur la personne de Carl Rogers (2013) (26).

L'approche Centrée sur la Personne a été conceptualisée par le psychothérapeute Carl Rogers (1902 – 1987), dans les années 1960. Ce concept est passé par plusieurs appellations telles que l'« approche non directive » et l'« approche centrée sur le client » pour finalement aboutir à l'« approche centrée sur la personne ».

Cette approche humaniste part du postulat que toute personne est capable de savoir ce qui est bénéfique pour elle et d'avoir les ressources nécessaires à un processus de changement personnel. Cependant, un environnement facilitateur et propice à ce changement doit être mis en place, et des attitudes facilitatrices favorisent l'émergence de cet environnement :

> « L'être humain a en lui d'immenses ressources, qui lui permettent de se comprendre lui-même, comme de modifier sa propre image, ses attitudes et son comportement volontaire, et ces ressources peuvent être exploitées pour peu qu'on leur offre un climat caractérisé par des attitudes psychologiques facilitatrices » (C. Rogers (1987), p. 166).

Selon C. Rogers, dans la relation thérapeutique entre le soignant et la personne soignée, la personne est considérée dans sa globalité et ses besoins, ses envies et ses dires sont pris en compte. Le thérapeute n'est pas présent en tant que sachant, exerçant un pouvoir, mais bien comme un aidant qui accompagne la personne dans son processus de changement, dont elle-seule en a les ressources, les solutions, les raisons. Il parle alors d' « épanouissement ».

Cette approche a été conceptualisée par Carl Rogers dans le cadre de psychothérapies. Mais elle peut également être effective dans d'autres situations, dès lors que l'on vise le développement ou l'épanouissement d'une personne. On peut retrouver une telle approche entre un parent et un enfant, un maître et un élève, un thérapeute et un patient.

Cette approche, et donc ce processus de changement, visent aux changements de personnalité, d'attitudes et de comportements de la personne, et donc à son épanouissement.

Pour proposer un climat propice à la recherche de ressources et au processus de changement, le thérapeute doit avoir des attitudes facilitatrices envers la personne. Selon Carl Rogers trois attitudes sont importantes : la congruence, le regard inconditionnellement positif et la compréhension empathique envers la personne. Ces attitudes doivent s'intégrer dans un climat de confiance, où le thérapeute est présent.

2.1.1. Des attitudes facilitatrices

- **La congruence**

La congruence du thérapeute correspond à sa capacité à avoir des actes et des paroles, en accord avec ce qu'il pense et ressent réellement. Cette congruence envers la personne ne peut être possible que si le thérapeute est d'abord congruent envers lui-même, en étant capable de comprendre et exprimer ce qu'il ressent réellement. Pour faciliter cette congruence, le thérapeute doit être authentique avec la personne, et donc être vrai et sincère avec elle. Cette congruence permettra au thérapeute de guider la personne vers une meilleure compréhension d'elle-même.

- **Le regard inconditionnellement positif**

Ce regard du thérapeute, aussi appelé « acceptation positive inconditionnelle », correspond à une attitude positive et une acceptation de la personne lui permettant de se sentir écoutée, comprise et acceptée. Le thérapeute doit être désireux de comprendre la personne, ne pas la juger et lui porter de l'intérêt. Il doit également prendre en compte ses besoins, ses demandes et ses envies. Ces attitudes traduisent un respect de la personne, qui va être encouragée à puiser dans ses ressources, permettant ainsi un processus de changement.

- **La compréhension empathique**

Le thérapeute vise à avoir une compréhension empathique, c'est-à-dire qu'il cherche à comprendre la personne en tentant de raisonner avec le même cadre de référence qu'elle. Il la soutient, sans pour autant vivre ou subir les mêmes sentiments affectifs qu'elle : « le thérapeute éprouve une compréhension empathique du monde de son client comme s'il le percevait de l'intérieur » (Rogers (1978) p204). Cette compréhension peut être favorisée par une écoute active, utilisant la reformulation des dires de la personne.

2.1.2. Climat de confiance et présence du thérapeute

Les attitudes facilitatrices du thérapeute ne peuvent être efficaces que si un climat de confiance est instauré entre les deux sujets et si le thérapeute est présent auprès de la personne. Le thérapeute doit croire en les capacités de changements et d'épanouissement de la personne et créer un cadre sécurisant et contenant pour qu'elle puisse accepter de se confier, et ainsi déterminer elle-même les ressources nécessaires à son processus de changement. La présence du thérapeute est indispensable à ce climat de confiance et à cette mobilisation des ressources, permettant une efficacité optimale de l'approche centrée sur la personne.

2.1.3. Lien avec le sujet

Cette approche vise l'épanouissement de la personne et initie un processus de changement. On pourrait penser que l'ergothérapeute peut favoriser l'émergence d'un processus de changement auprès du patient schizophrène, qui permettrait d'aboutir à une amélioration de ses relations sociales. L'ergothérapeute peut favoriser les améliorations sociales des personnes schizophrènes, par une Approche Centrée sur la Personne, c'est-à-dire avec des attitudes facilitatrices et un contexte de présence et de confiance, favorisant leur épanouissement. On pourrait donc penser que cette approche peut être utilisée par l'ergothérapeute, avec des personnes schizophrènes.

2.2. Le Modèle d'Occupation Humaine (MOH)

Pour expliciter ce modèle conceptuel, je m'appuierai sur l'ouvrage Modèles conceptuels en ergothérapie : introduction aux concepts fondamentaux (M.C. Morel Bracq, 2009) (27).

Le Modèle de l'Occupation Humaine (MOH) est un modèle général, pouvant être utilisé dans différents domaines, à contrario des modèles appliqués qui ne peuvent être utilisés que dans des domaines spécifiques.

Ce modèle québécois a été créé par Gary Kielhofner en 1975. Actuellement utilisé dans le monde entier, il est centré sur l' « human occupation », défini par Gary Kielhofner comme « la façon de travailler, de jouer, ou de réaliser des activités de la vie quotidienne, en fonction du contexte temporel, physique et socioculturel qui caractérise davantage la vie humaine »[9]. Le terme d'« occupation » n'a pas de définition propre en français, mais pourrait se traduire, selon M.C. Morel-Bracq, par les activités signifiantes et significatives. On entend alors par activité signifiante, une activité qui a du sens pour la personne, et par activité significative, une activité qui a un sens inhérent à la société.

2.2.1. Champ épistémologique

Ce modèle part du postulat que la personne, en tenant compte de ses conditions personnelles, ses capacités et son environnement, est capable d'élaborer un processus de changement lui permettant de s'adapter à son environnement. Ce processus est favorisé par l'utilisation de l'activité humaine signifiante et significative.

Gary Kielhofner différencie trois étapes dans ce processus de changement : l'Etre, l'Agir et le Devenir (Annexe III).

- **L'Etre**

L'Etre correspond à ce qu'est la personne dans le moment présent. Pour G. Kielhofner, la personne choisit et réalise ses activités selon trois facteurs : la volition, l'habituation et la capacité de rendement.

La personne choisit ses activités selon ses motivations, on parle de volition. Elle les choisit en accord avec ses valeurs, ses capacités, ses intérêts… La personne choisit également ses activités selon ses habitudes de vie : c'est l'habituation. Elle adapte sa vie quotidienne pour qu'elle soit plus agréable et familière pour elle. La personne choisit et réalise ensuite

[9] Gary Kielhofner définit l' « human occupation » comme « the doing of work, play, or activities of daily living within a temporal, physical, and sociocultural context that characterizes much of human of life » (Kielhofner, 2008, cité par Morel-Bracq (2010) p. 70))

ses activités selon ses capacités de rendement : elle tient compte de ses capacités objectives, qu'elle a réellement, et de l'idée subjective qu'elle a de celles-ci.

Ces trois actions sont inévitablement réalisées dans un environnement matériel et humain impactant le choix et la réalisation des activités. Cet environnement est à la fois proche (familial, matériel, social…) et éloigné (culture, économie, politique…). La personne se sent en difficultés dans cet environnement, et un processus de changement est alors nécessaire pour améliorer ce désavantage.

- **L'Agir**

La personne va donc agir sur elle-même et son activité, pour initier ce processus de changement. Elle va chercher à agir sur trois composantes : les habiletés, le rendement et la participation.

D'abord, la personne va essayer d'agir sur ses habiletés. Selon G. Kielhofner, il existe 3 types d'habiletés :

- Les habiletés motrices (gestes, postures…)
- Les habiletés opératoires (relatives à des capacités d'organisation et d'adaptation)
- Les habiletés d'interaction et de communication (échanges et communication avec autrui, créés lors des activités)

Elle va ensuite essayer d'améliorer son rendement en visant une meilleure rapidité et efficacité dans les activités.

Enfin, elle va agir sur sa participation, définie dans le modèle de la Classification Internationale du Fonctionnement du handicap et de la santé (CIF) comme « l'implication d'une personne dans une situation de vie réelle » (28).

- **Le Devenir**

A partir de l'état d'être de la personne, puis grâce à ses actions, elle va pouvoir aboutir à des changements, permettant une adaptation à son environnement, grâce à un changement de l'identité personnelle et à l'acquisition de compétences.

2.2.2. Champ téléologique

L'objectif de ce modèle est de permettre aux ergothérapeutes de comprendre ce processus de changement, dépendant de l'engagement de la personne dans ses activités. Il s'agit d'accompagner cette personne au cours de ce processus, « visant une réorganisation complexe […] de la volition, de l'habituation, des capacités de rendement et des conditions environnementales » (27).

2.2.3. Liens avec le sujet

Les personnes schizophrènes sont amenées à devoir choisir leurs activités créatives selon certaines modalités. On peut penser que ce modèle permet de mettre en lumière les éléments intervenant dans les choix et la réalisation de ces activités. De plus, ces personnes, comme nous l'avons déjà vu, ont d'importantes difficultés sociales. On pourrait alors penser qu'elles se trouvent dans un environnement extérieur désavantageux pour elles. Ce modèle va permettre de mettre en lumière si un processus de changement a été initié, et s'il a permis une adaptation des personnes à leur environnement extérieur. Le modèle permettra de déterminer si l'ergothérapeute accompagne les personnes dans ce processus de changement. Cet accompagnement se fait peut être par une Approche Centrée sur la Personne.

2.3. Les compétences sociales

L'approfondissement de cette théorie est inspiré de l'ouvrage Compétences sociales et relations à autrui (P. Peyré, 2000) (25).

2.3.1. Définition des compétences sociales

Les compétences sociales, appelées « social skills » en anglais, sont indispensables à la vie en société.

Elles peuvent être définies comme :

« Une combinaison appropriée de plusieurs capacités (affectives, cognitives et psychomotrices) orientées dans une situation déterminée : situation 'personnelle' (au sens privée) dans la vie en général et plus spécifiquement 'professionnelle' (au sens d'orientée vers un but collectif) dans la vie de travail » (P. Peyré (2000), p.24-25).

« Un ensemble de savoirs, savoir-faire et savoir-être qui permet d'exercer convenablement un rôle, une fonction ou une activité. » (L. Hainaut, cité par P. Peyré (2000) p. 25).

2.3.2. Cadre de référence

En s'appuyant sur la littérature, P. Peyré a rédigé un cadre de référence du concept des compétences sociales (Annexe IV).

Selon ce cadre, les compétences sociales peuvent être individuelles ou collectives. Celles individuelles peuvent avoir une dimension personnelle et varier selon le sexe, l'âge, le rang social et la personnalité de chacun. Elles peuvent avoir une dimension biologique, une dimension pragmatique intervenant à plusieurs niveaux (santé, conjugalité, popularité, efficacité…), une dimension existentielle, et une dimension humaine, suscitant des interrogations sur les relations humaines.

Les compétences sociales collectives, quant à elles, dépendent de la culture, de l'éducation influencée par des expériences familiales, amicales ou professionnelles, et des pratiques professionnelles.

Les compétences sociales regroupent des comportements, des besoins et valeurs, des attitudes, des motivations, des conduites et des capacités ou aptitudes.

- **Les comportements**

Les comportements traduisent, dans des situations réelles, la propre personnalité de chacun. Ils sont dépendants des autres compétences sociales, et ne peuvent être compris sans ces derniers.

On peut retrouver différents comportements : l'assertivité, la gratification, le soutien, la coopération, la résolution et la compréhension de problèmes…

- **Les besoins et les valeurs**

Les besoins garantissent la motivation des personnes. L'homme a de nombreux besoins physiologiques tels que la faim, la soif, le sommeil, etc., ainsi que des besoins davantage sociaux tels que « le besoin de chaleur affective, […] d'expression, de vie sexuelle, d'acceptation, d'inclusion […], de sécurité, de détente, de solitude, de rencontre,

d'appartenance, d'échange, de contrôle sur sa vie » (Murray, cité par P. Peyré (2000) p.29). Les besoins sont souvent les précepteurs des comportements.

Les valeurs permettent à la personne de savoir ce qui est acceptable en société, et ce qui ne l'est pas.

On peut retrouver différents besoins et valeurs : les besoins d'efficacité relationnelle, de langage commun, de valeurs partagées et de reconnaissance ou de communication mutuelle.

- **Les attitudes**

L'attitude diffère du comportement. Le comportement correspond à la réalisation d'une action, alors que l'attitude est la façon de faire, de traiter les informations de l'environnement pour orienter ses réactions, face à une situation particulière.

On retrouve des attitudes de respect, d'écoute, d'attention, de continuité, d'authenticité, d'empathie…

- **Les motivations**

Les motivations ont pour objectif d'améliorer une situation jugée insatisfaisante. Elles dépendent des envies et visent, dans ce cadre là, à être « compétent socialement » et améliorer la relation à autrui.

On peut retrouver différentes motivations telles que la volonté d'agir, celle d'aider et le désir d'être efficace.

- **Les conduites**

Les conduites vont dépendre des motivations. Elles sont liées à la nature de la situation (éducative, thérapeutique, professionnelle…) et au type de situation (duelle, groupale…). Elles sont donc plus spécifiques que les comportements. Elles visent la performance.

Parmi ces conduites, on peut retrouver la présentation de soi, la communication verbale et non verbale, la sociabilité, la convivialité, etc.

- **Les capacités et aptitudes**

Enfin, toute compétence nécessite des capacités et aptitudes, qui dépendent de l'expérience, et on peut retrouver des capacités et aptitudes affectives, cognitives, sensorimotrices et psychomotrices :

« Esprit d'initiative, ténacité, créativité, sens de l'organisation, esprit critique, contrôle de soi, aptitude au commandement, force de persuasion, confiance en soi, capacités relationnelles, sensibilité aux autres, etc., sont autant d'indicateurs en puissance.» (P. Peyré (2000), p33).

2.3.3. Lien avec le sujet

Les compétences sociales permettent la vie en société. On peut donc penser que pour améliorer les relations sociales des personnes schizophrènes, ces compétences devront être améliorées, grâce à l'amélioration des composants de ces compétences. Il conviendra donc, pour vérifier que les activités créatives contribuent à améliorer les relations sociales des personnes schizophrènes, d'évaluer si les compétences sociales des personnes schizophrènes sont améliorées.

2.4. Hypothèses

Suite à cette partie théorique, nous pouvons évoquer deux hypothèses qui permettraient de répondre à ma question de recherche :

- L'ergothérapeute intervient lors des activités créatives, notamment par son Approche Centrée sur la Personne, dans un contexte relatif au Modèle de l'Occupation Humaine.

- Les activités créatives permettent d'améliorer les relations sociales des personnes schizophrènes, grâce à l'amélioration de leurs compétences sociales.

3. Méthodologie

3.1. Choix de la méthode

Suite à ces éléments pratiques et théoriques, et afin de vérifier les hypothèses énoncées précédemment, une étude a été réalisée à l'aide d'une méthode quantitative et expérimentale.

En s'appuyant sur l'élaboration de matrices théoriques (Annexe V), deux questionnaires ont été créés. Le premier était à destination de patients diagnostiqués schizophrènes pratiquant des activités créatives lors de leur prise en charge en ergothérapie. Le second était à destination d'ergothérapeutes, exerçant en psychiatrie et proposant régulièrement des activités créatives à ces personnes.

Il semblait intéressant d'interroger les patients, afin de connaître leur ressenti quant à la relation patient-ergothérapeute établie lors de la pratique des activités créatives, et afin de savoir comment ces activités pouvaient impacter leurs relations sociales. Il semblait également important d'avoir le point de vue des ergothérapeutes, pour comparer les données, savoir comment ces professionnels percevaient la relation patient-ergothérapeute et avoir leur point de vue, parfois plus objectif, sur l'impact des activités sur les relations sociales des personnes schizophrènes.

3.2. Présentation des questionnaires

Chaque questionnaire était composé de trente-et-une questions, réparties en quatre thèmes. Les dix premières questions concernaient des généralités liées à la population interrogée. Les cinq questions suivantes étaient relatives à la relation entre l'ergothérapeute et son patient. Les sept questions d'après s'intéressaient aux modalités de pratique des activités créatives. Et enfin, les neuf dernières questions permettaient de faire un lien entre les compétences sociales et les activités créatives (Annexe VI et VII).

La plupart des questions proposaient des réponses à choix multiples, permettant un large panel de réponses. D'autres questions proposaient des réponses à choix binaire (oui / non).

3.3. Traitement des résultats

Les questionnaires ont été envoyés par mails, sous versions Word et PDF, dans différents centres de psychiatrie, trouvés notamment grâce à l'aide de mon maître de mémoire et à des recherches réalisées sur Internet. Au total, dix-huit mails comprenant les deux questionnaires ont été envoyés. Le questionnaire destiné aux ergothérapeutes a également été publié sur le réseau social Facebook, à l'aide de Google Form. Deux appels téléphoniques ont aussi été nécessaires, l'un pour obtenir une adresse mail à laquelle envoyer les questionnaires, l'autre pour remplir oralement un questionnaire.

Au total, vingt questionnaires ont été remplis, douze par des ergothérapeutes et huit par des personnes schizophrènes. Tous les questionnaires étaient exploitables.

L'analyse des résultats s'est effectuée en plusieurs temps. D'abord, toutes les données ont été rentrées dans le logiciel Microsoft Excel, permettant d'avoir une vue d'ensemble des résultats. Ces données ont ensuite été retranscrites dans le logiciel Sphinx, grâce auquel il a été possible de réaliser une analyse univariée des résultats, et de croiser les données.

4. Résultats

Tous les résultats bruts sont présentés à l'aide de graphiques et de tableaux en annexes. (Annexe VIII).

4.1. Généralités

Au total, huit patients ont répondu au questionnaire, dont la majorité étaient des hommes (75%). 62,5% des patients étaient âgés entre vingt et quarante ans et 37,5% avaient plus de quarante ans. Tous les patients étaient célibataires, 62,5% vivaient chez leurs parents, 37,5% vivaient seuls. La majorité des patients étaient pris en charge depuis plus de cinq ans (62,5%), 25% l'étaient depuis une durée entre un et cinq ans et 12,5% depuis moins d'un an. Les patients étaient pris en charge en hospitalisation à temps complet (37,5%), à l'hôpital (37,5%), en hôpital de jour (12,5%) ou en Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel (12,5%).

Tous les patients réalisaient des activités créatives plusieurs fois par semaine, sauf un qui les réalisait plusieurs fois par mois. 37,5 % des patients pratiquaient des activités créatives depuis moins d'un an, 25% depuis plus d'un an et 37,5% depuis plus de cinq ans. La plupart des activités étaient pratiquées en groupe (62,5%), le quart des activités étaient réalisées en individuel et 12,5% l'étaient, à la fois en individuel et en groupe.

Au total, douze ergothérapeutes ont répondu au questionnaire, dont la majorité étaient des femmes (67%). Ils étaient ergothérapeute depuis plus de cinq ans pour la plupart (67%) ou depuis un à cinq ans (33%) donc tous avaient au moins une année d'expérience professionnelle. 67% des ergothérapeutes exerçaient en hôpital de jour, 50% en Centre Médico-Psychologique, et 17% au sein d'un Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel (CATTP). 75% des ergothérapeutes disaient travailler dans d'autres lieux d'exercice tels qu'en clinique psychiatrique ou en intrahospitalier.

Tous les ergothérapeutes ayant répondu au questionnaire utilisaient régulièrement les activités créatives : quotidiennement pour 50% d'entre eux, plusieurs fois par semaine pour 42% ou une fois par semaine pour l'un d'entre eux (8%). 59% des ergothérapeutes proposaient des activités créatives depuis plus de cinq ans et 33% depuis plus d'un an. Un ergothérapeute n'avait pas répondu, car son expérience variait selon les activités qu'il proposait. 67% des ergothérapeutes proposaient ces activités lors de prises en charge en individuel et en groupe. 17% ne les proposaient qu'en groupe, et 8% qu'en individuel. La majorité des ergothérapeutes les proposaient à des personnes schizophrènes ayant leurs symptômes positifs stabilisés ou non. 25% d'entre eux les proposaient aux personnes schizophrènes ayant des symptômes positifs non stabilisés et 17% à celles ayant des symptômes positifs stabilisés.

A travers ces activités, les objectifs des ergothérapeutes étaient nombreux : améliorer la confiance en soi et l'estime de soi (92%), les compétences cognitives (83%), les compétences motrices (67%) et les compétences sociales (75%) parmi lesquelles : améliorer la communication verbale, l'affirmation de soi, l'écoute de l'autre, l'intégration dans un groupe, être avec les autres, initier les échanges, gérer les états émotionnels, avoir conscience de l'autre… De nombreux autres objectifs avaient été cités, tels que prendre conscience de ses troubles et de ses capacités, contrôler ses émotions, gérer la

frustration, être en relation avec l'autre, soi et l'environnement, préparer la sortie, respecter un cadre, améliorer le schéma corporel, s'ancrer dans le réel, renouer avec la sensation de plaisir, s'affirmer…

Les principales activités pratiquées par les patients étaient la peinture pour 87,5% et le dessin pour 75% d'entre eux. La poterie et la mosaïque (37,5%), le collage et la vannerie (25%) et le cuir et le papier mâché (12,5%) étaient également pratiqués par certains (voir Fig.1).

La peinture, le collage et la vannerie étaient les activités les plus proposées par les ergothérapeutes (83%). Le dessin et la mosaïque étaient également souvent proposés (75%), ainsi que la poterie (67%), les perles et le cartonnage (50%) et la peinture sur soie (42%). D'autres activités étaient plus rarement proposées telles que la couture, la menuiserie, le pliage, les bracelets brésiliens… (Voir Fig.2).

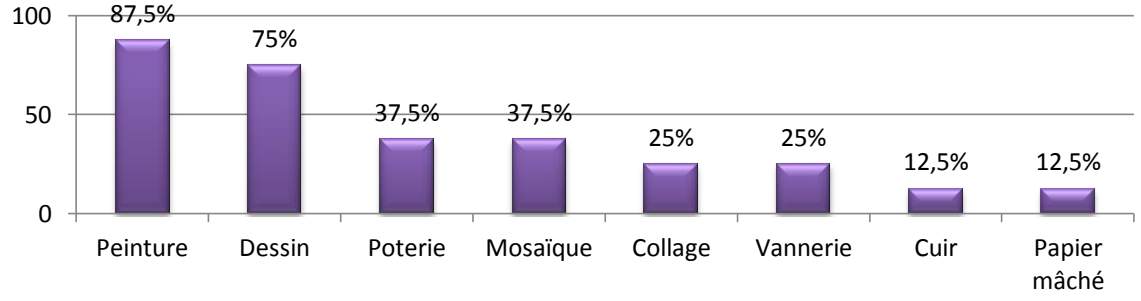


Fig.1. Activités créatives pratiquées par les patients

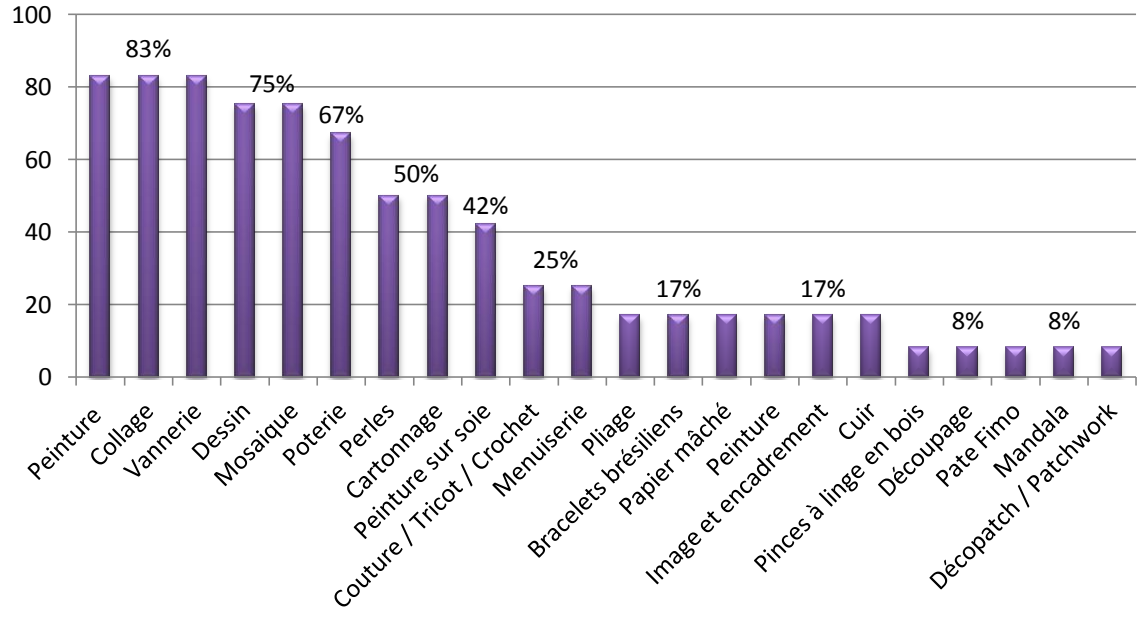


Fig.2. Activités créatives proposées par les ergothérapeutes

Enfin, parmi les difficultés sociales que les personnes schizophrènes pouvaient rencontrer, les patients ayant répondu à la question pensaient que les difficultés liées à la résolution de problèmes étaient les plus gênantes dans leur vie quotidienne. Ensuite, ils étaient gênés par les difficultés liées à la communication verbale et non verbale, puis par celles liées à la présentation personnelle, au contrôle de soi et enfin à l'écoute et à la compréhension d'autrui. Certaines difficultés n'étaient pas rencontrées par des patients, telles que celles liées à la présentation personnelle et au contrôle de soi (25%) et celles liées à l'écoute et la compréhension d'autrui (12,5%). Une personne n'avait pas répondu à la question.

Selon les ergothérapeutes, les difficultés les plus gênantes pour leurs patients étaient d'abord liées à la communication verbale et non verbale, puis à l'écoute de soi, à la résolution de problèmes, à la présentation personnelle, et en dernier lieu, au contrôle de soi. Plusieurs ergothérapeutes n'avaient pas répondu à la question, soit par incompréhension de la consigne, soit parce qu'ils pensaient que les gênes occasionnées dépendaient de chaque patient.

4.2. La relation patient – ergothérapeute

Tous les patients et les ergothérapeutes s'accordaient sur le fait que le professionnel était présent lors de l'activité. Il était dans la même pièce (selon 87,5% des patients et 50% des ergothérapeutes), et réalisait l'activité avec les patients (selon 12,5% des patients et 33% des ergothérapeutes). 17% des ergothérapeutes déclaraient être présents, parfois dans la même pièce, parfois dans une pièce différente, et réaliser l'activité de temps en temps avec les patients.

Cette présence était rassurante pour tous les patients, ainsi que pour 72% des ergothérapeutes. Celle-ci pouvait également être gênante selon 7% d'entre eux, ou faciliter la mise en place d'un cadre thérapeutique (7%). Un ergothérapeute pensait que le vécu de cette présence dépendait des patients. Il essayait donc d'être le moins intrusif possible envers eux et souhaitait « se faire oublier ».

Tous les patients disaient être régulièrement encouragés par l'ergothérapeute, alors que seulement 34% des professionnels exprimaient avoir confiance en les capacités

d'adaptation de chaque patient. Pour 58% des ergothérapeutes, cette confiance ne pouvait pas être accordée à tous les patients. Un ergothérapeute n'avait pas répondu à la question.

L'attitude de l'ergothérapeute n'était pas perçue de la même façon selon les patients et les professionnels : les pourcentages d'effectivité étaient plus importants chez les ergothérapeutes que chez les patients (voir Fig. 3). Les attitudes de l'ergothérapeute les mieux perçues par les patients étaient son écoute et sa compréhension (75%), attestées par 100% des ergothérapeutes, sa prise en compte des envies des patients (50%), effective selon 75% des ergothérapeutes, et son authenticité (50%), prônée par 58% des professionnels. Ensuite, certaines attitudes étaient peu reconnues par les patients : seulement 25% des patients pensaient que l'ergothérapeute était ouvert d'esprit, alors que 58% des professionnels disaient l'être. Seulement 12,5% des patients exprimaient que l'ergothérapeute considérait chaque patient comme unique, alors que tous les ergothérapeutes l'affirmaient. Aucun patient ne pensait que l'ergothérapeute reformulait ses dires, alors que 67% des ergothérapeutes disaient le faire, et un patient avait répondu que l'ergothérapeute ne l'écoutait pas. 17% des ergothérapeutes avaient répondu avoir également d'autres attitudes visant l'empathie, la réassurance et la sollicitation du patient.

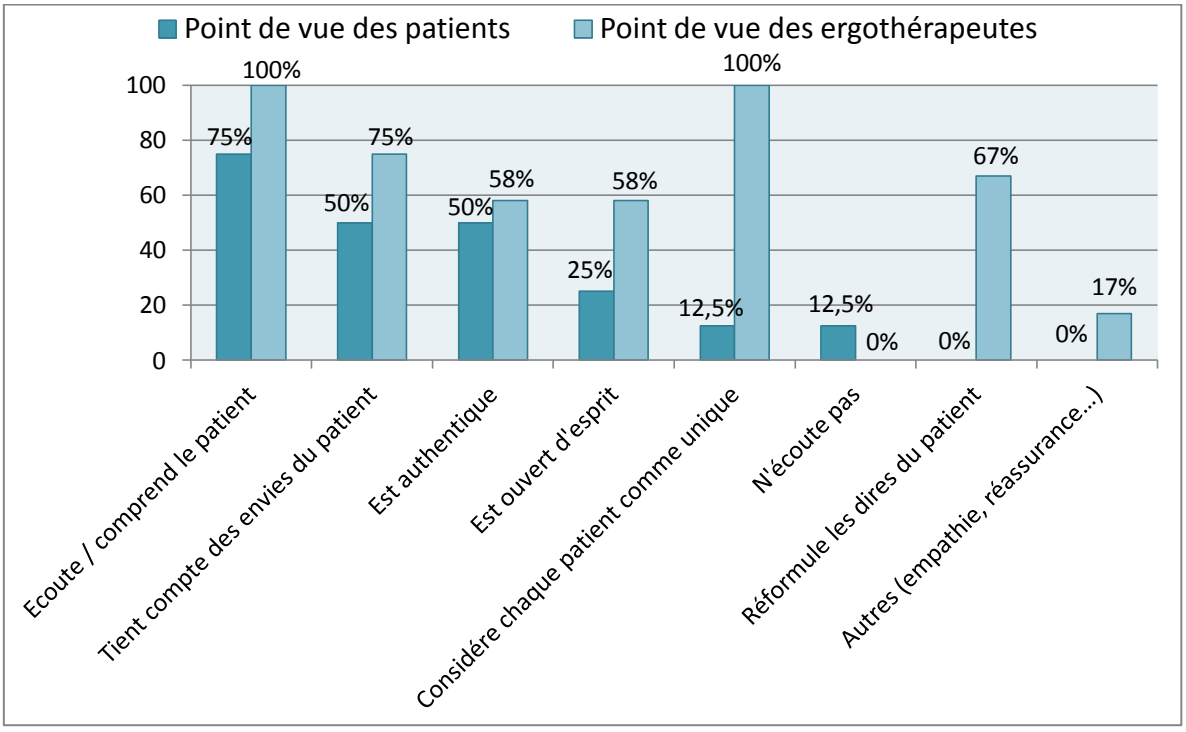


Fig. 3 : Attitudes de l'ergothérapeute lors de la prise en charge

Enfin, en croisant les données, on pouvait se rendre compte que lors de prises en charge en groupe, 67% des patients pensaient que l'ergothérapeute n'était pas authentique avec eux, qu'il ne tenait pas compte de leurs envies et qu'il ne prenait pas le temps de les écouter et les comprendre. Par conséquent, seulement 33% des patients affirmaient que l'ergothérapeute avait ces attitudes. En revanche, lors de prises en charge en individuel, tous les patients disaient que l'ergothérapeute était authentique avec eux et qu'il prenait le temps de les comprendre et les écouter et 67% des patients pensaient que l'ergothérapeute tenait compte de leurs envies.

4.3. Les activités créatives

Tous les patients, hormis un, pensaient être en capacité d'adapter leurs horaires et leur journée pour pouvoir venir aux activités créatives. 75% des ergothérapeutes pensaient également que les patients étaient capables de s'adapter, 8% pensaient que non et 17% n'avaient pas répondu à la question, car selon eux, cette capacité d'adaptation dépendait des patients.

La majorité des patients choisissaient leurs activités car le résultat leur plaisait (75%), l'activité en elle-même leur plaisait (62,5%) ou parce que l'activité était apaisante pour eux (50%). Ces trois motivations étaient également celles les plus citées par les ergothérapeutes. Le choix des activités pouvait également être dû à la réussite de l'activité (selon 25% des patients et 35% des ergothérapeutes), à sa simplicité (selon 25% des patients et 33% des ergothérapeutes) ou à sa rapidité (selon 12,5% des patients et 17% des ergothérapeutes). L'activité permettait à un patient de se défouler, et était imposée pour un autre. Certains ergothérapeutes avaient évoqué d'autres motivations telles que le choix de l'activité par mimétisme ou à la suite des conseils de l'ergothérapeute. Un professionnel n'avait pas répondu à la question, car les motivations permettant de choisir les activités dépendaient, selon lui, de chaque patient.

Tous les patients et tous les ergothérapeutes s'accordaient sur le fait que les activités créatives permettaient d'améliorer les compétences cognitives des patients (Voir Fig. 4), parmi lesquelles les ergothérapeutes avaient cité : la concentration, la mémoire, la résolution de problèmes, l'orientation spatiale, la concentration, la stabilité, l'attention, les praxies, la planification, l'organisation, le jugement, la présence à la réalité et les

fonctions exécutives. Ensuite, 87,5% des patients et la totalité des ergothérapeutes pensaient que ces activités amélioraient aussi les compétences motrices et la confiance des patients en eux. Et 62,5% des patients, ainsi que la totalité des ergothérapeutes, jugeaient que l'estime d'eux mêmes était améliorée. Si ces améliorations étaient plus effectives selon les ergothérapeutes, elles étaient tout de même considérablement constatées chez les deux populations.

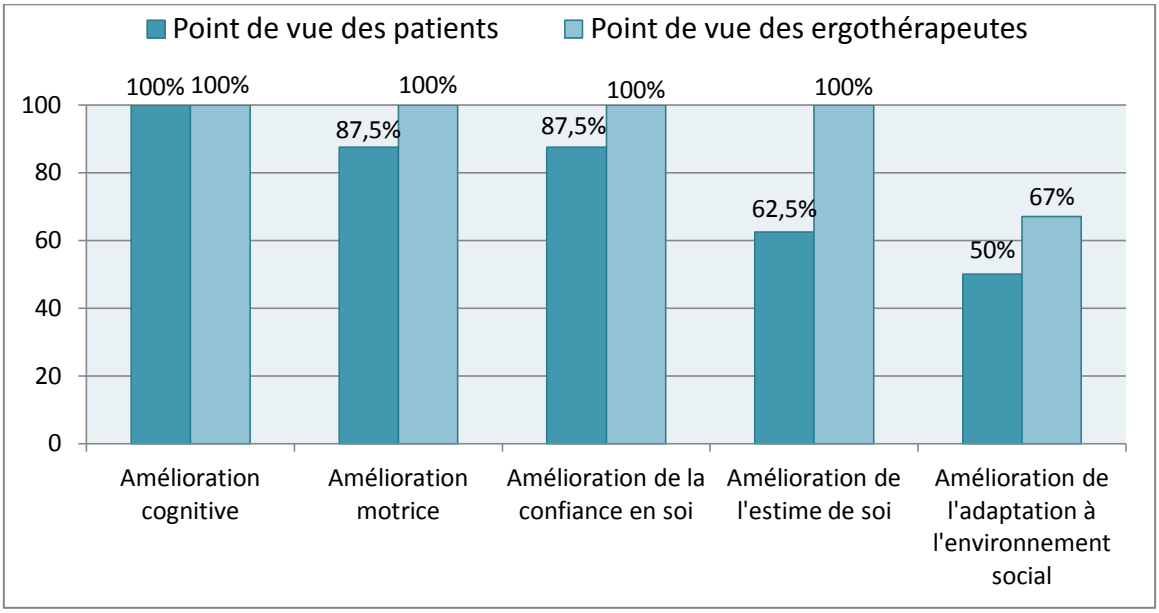


Fig. 4 : Améliorations permises grâce aux activités créatives

En croisant les données, on se rendait compte que lors de prises en charge groupales, 50% des patients pensaient avoir une meilleure estime d'eux-mêmes grâce aux activités créatives, alors que, lors de prises en charge individuelles, la totalité des patients évoquaient cette amélioration. De plus, l'estime de soi était améliorée dans 80% des cas, lors d'activités pratiquées depuis plus d'un an, contre seulement 33% des cas, lors d'activités pratiquées depuis moins d'un an.

De plus, seulement 50% des patients et 67% des ergothérapeutes estimaient que les activités créatives leur permettaient d'avoir une meilleure adaptation à leur environnement social extérieur au lieu de prise en charge (Voir Fig. 4). En croisant les données, aucun patient, pratiquant les activités créatives depuis moins d'un an, n'estimait avoir une meilleure adaptation à son environnement social extérieur, alors que 80% des patients pratiquant ces activités depuis plus d'un an témoignaient d'une amélioration.

Enfin, les éléments permettant aux patients de s'améliorer dans les activités créatives correspondaient, pour 62,5% des patients, aux conseils de l'ergothérapeute, et pour 50%, aux répétitions. Les essais-erreurs (12,5%) ne semblaient pas beaucoup les aider à s'améliorer. L'avis des ergothérapeutes était différent : selon eux, les répétitions étaient les éléments les plus efficaces (83%), puis les essais-erreurs (75%) et ensuite les conseils de l'ergothérapeute (67%). Les ergothérapeutes avaient également mis en lumière d'autres éléments facilitateurs, tels que le dynamisme groupal, le partage, la relation de confiance et la motivation du patient.

4.4. Activités créatives et relations sociales

La moitié des patients estimaient que les activités créatives leur avaient permis d'améliorer leurs interactions sociales, les autres n'étaient pas de cet avis. En revanche, d'après 84% des ergothérapeutes, les activités avaient favorisé cette amélioration, un ergothérapeute pensait que ce n'était pas le cas, et un n'avait pas répondu.

Certaines compétences sociales étaient améliorées par les activités créatives pour la majorité des patients. Il était alors plus facile, pour tous les patients, de gérer leurs émotions. Les règles sociales étaient mieux comprises et il leur était plus agréable d'être en convivialité, selon 87,5% des patients. 75% des patients avaient moins de difficultés à complimenter et encourager autrui et 62,5% à écouter et accepter les idées d'autrui et à exprimer ses propres idées (Voir Fig. 5). Ces améliorations étaient également citées par les ergothérapeutes, même si parfois un peu sous-estimées.

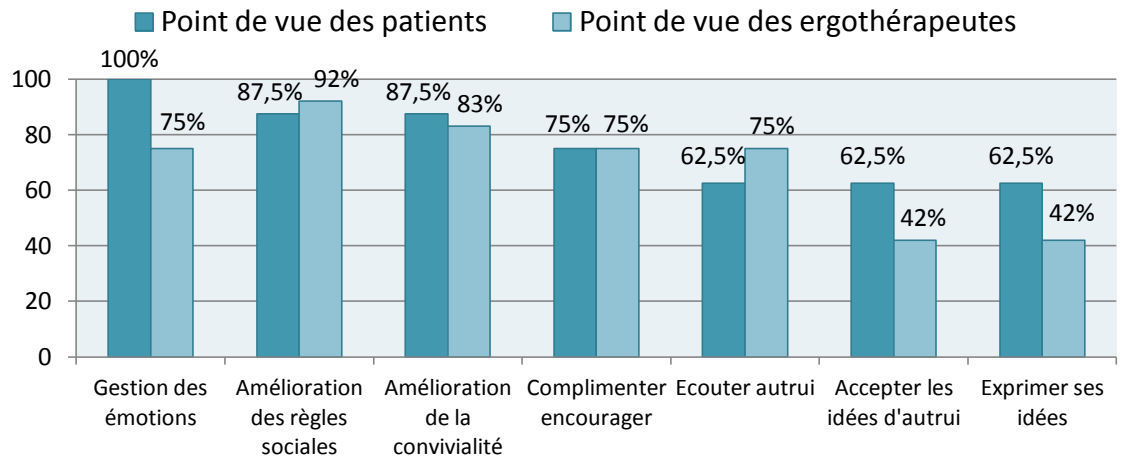


Fig. 5 : Améliorations significatives permises grâce aux activités créatives

En croisant les données, on remarquait que le patient avait davantage de facilités pour exprimer ses idées grâce aux activités créatives, dans 50% des cas lors de prises en charge en groupe, et dans 100% des cas lors de prises en charge individuelles.

D'autres compétences n'étaient améliorées que pour la moitié ou une minorité des patients. C'était le cas de la communication verbale, l'engagement d'une conversation, la coopération avec autrui, la présentation personnelle, la résolution de problèmes et la compréhension d'autrui (Voir Fig. 6). Les ergothérapeutes étaient davantage optimistes quant à ces améliorations.

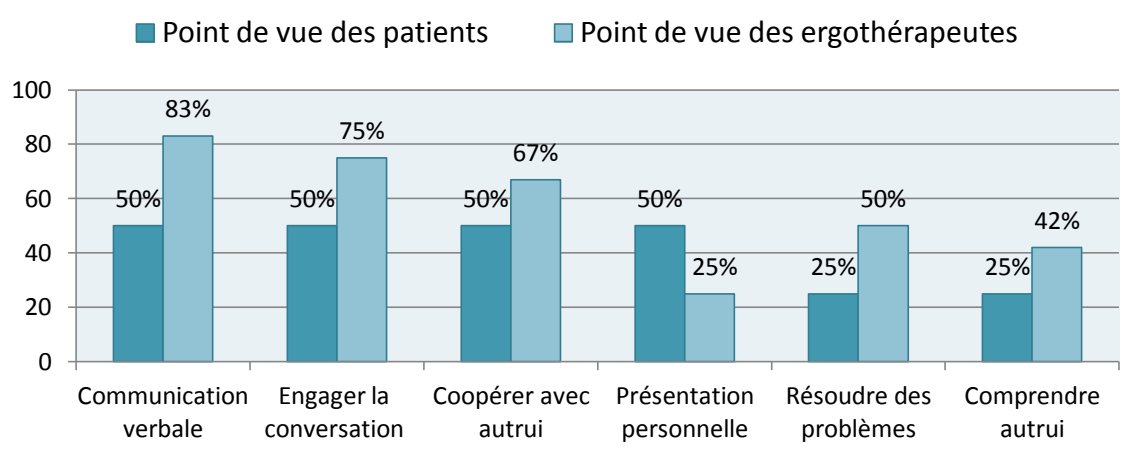


Fig. 6 : Améliorations non significatives permises grâce aux activités créatives

Enfin, pour les patients, les difficultés sociales les plus améliorées par les activités créatives correspondaient à celles liées à la résolution de problèmes. Ensuite il s'agissait de celles liées à l'écoute et à la compréhension d'autrui, puis à la présentation personnelle, à la communication verbale et non verbale puis au contrôle de soi. Selon les ergothérapeutes, les difficultés les plus améliorées pour les patients correspondaient à celles liées à la communication verbale et non verbale. On retrouvait ensuite les difficultés liées à la résolution de problèmes, à l'écoute et la compréhension d'autrui, à la présentation personnelle puis enfin au contrôle de soi.

5. Discussion

Je vais maintenant, par une démarche d'analyse, répondre à ma question de recherche en m'appuyant sur les résultats de mon étude et en essayant de vérifier ou critiquer mes hypothèses de recherche.

5.1. Analyse des résultats

Tout d'abord, j'ai pu constater que les activités créatives étaient fréquemment utilisées par les ergothérapeutes au sein de leur profession (de quotidiennement à une fois par semaine), et fréquemment pratiquées par les patients (plusieurs fois par semaine pour la plupart). On peut constater que les activités étaient répétitives et souvent utilisées et que leurs effets étaient donc plus importants et visibles que lors d'activités ponctuelles. Du point de vue des patients, comme de celui des ergothérapeutes, on se rend compte que les activités se réalisaient majoritairement en groupe. La peinture et le dessin étaient les activités créatives les plus pratiquées par les patients. La plupart des ergothérapeutes proposaient ces deux activités, ainsi que de nombreuses autres (collage, vannerie, mosaïque, poterie, perles, cartonnage…), parfois peu pratiquées par les patients.

Ensuite, on peut se rendre compte que les ergothérapeutes étaient présents lors de toutes les activités et que certains réalisaient même l'activité avec les patients. Cette présence semblait être rassurante pour les patients et, malgré le manque de confiance des thérapeutes dans les capacités d'adaptation de tous leurs patients, un climat de confiance semblait être instauré du côté des patients.

On remarque que les ergothérapeutes pensaient considérer chacun de leurs patients comme unique, prendre le temps de les écouter et les comprendre, tenir compte de leurs envies, être authentique et ouvert d'esprit, et reformuler leurs dires, alors que ces attitudes n'étaient pas perçues de la même façon par les patients : les trois quarts des patients pensaient en effet que les ergothérapeutes prenaient le temps de les écouter et les comprendre, mais pour toutes les autres attitudes citées précédemment, seulement la moitié ou moins de la moitié des patients les percevaient de la même façon. Cependant, le croisement des résultats a permis de se rendre compte que lors de prises en charge individuelles, ces attitudes étaient mieux perçues par les patients que lors de prises en

charge groupales. Ces éléments amènent à penser que le fait de pratiquer les activités créatives en individuel, favorise les échanges et l'émergence d'une relation entre le patient et l'ergothérapeute. Cette relation semble être davantage efficace que lors d'une prise en charge en groupe. Cette hypothèse permet de comprendre pourquoi cette étude montre une différence de point de vue concernant les attitudes de l'ergothérapeute, s'expliquant par une majorité de prises en charge groupales au sein de cette étude.

De plus, les résultats ont montré que les patients étaient capables d'adapter leurs horaires et leurs habitudes de vie pour venir aux activités créatives et qu'ils avaient des motivations dans le choix de leurs activités. En effet, les patients choisissaient surtout les activités car le résultat leur plaisait, l'activité en elle-même leur plaisait, ou car celle-ci était apaisante. Ces réponses traduisent une dimension de plaisir qui incite la motivation des patients dans le choix et la réalisation des activités. On pourrait alors penser que les patients prennent plaisir dans la réalisation des activités, et de ce fait, ne voient pas l'activité comme une simple thérapeutique. Ces trois motivations se retrouvent également dans les avis des ergothérapeutes, ce qui peut montrer que les ergothérapeutes cernent bien les motivations des patients, et qu'ils peuvent répondre à ces choix par le panel d'activités qu'ils proposent, même si certaines activités semblent être peu pratiquées par les patients.

On se rend compte que la pratique des activités créatives permettrait une amélioration certaine des compétences cognitives, motrices et de la confiance des patients en eux. L'estime de soi serait aussi améliorée pour la plupart des personnes, mais de façon moins significative que les autres compétences. Cependant, en croisant les données, on se rend compte que l'estime de soi était plus importante lors de prises en charge individuelle. On pourrait penser que les résultats ne montraient pas d'importante amélioration de l'estime de soi, en raison de prises en charge majoritairement groupales dans cette étude. L'estime de soi était aussi améliorée par l'ancienneté de pratique des activités : plus les patients réalisaient les activités depuis longtemps, meilleure était leur estime d'eux-mêmes.

Cependant, les résultats ont également permis de mettre en évidence que, malgré l'amélioration des compétences, l'adaptation à l'environnement social extérieur au lieu

de prise en charge n'était pas améliorée par les activités, pour 50% des patients. En revanche, en croisant les résultats, on se rendait compte que plus les patients pratiquaient les activités créatives, plus cette adaptation était améliorée. On pourrait donc penser que les activités créatives permettent d'améliorer des compétences motrices, cognitives et personnelles, mais que celles-ci sont difficiles à utiliser dans l'environnement social extérieur, et que le temps de pratique des activités créatives influe sur l'amélioration de l'adaptation du patient à cet environnement. Il semble donc nécessaire d'avoir une prise en charge au long court pour aider les patients à s'adapter à leur environnement extérieur.

On peut aussi s'apercevoir que les conseils de l'ergothérapeute étaient importants pour les patients, afin de leur permettre de s'améliorer dans les activités créatives et donc de favoriser l'amélioration des compétences. Cet élément vient renforcer l'idée que ces compétences sont plus difficiles à expérimenter à l'extérieur, où les conseils de l'ergothérapeute ne sont plus présents.

Enfin, on peut remarquer que seulement la moitié des patients pensaient avoir amélioré leurs interactions sociales, contrairement à l'avis des ergothérapeutes qui étaient nombreux (84%) à trouver une amélioration. En revanche, les patients pensaient avoir amélioré de nombreuses compétences sociales telles que la gestion des émotions, l'amélioration des règles sociales, l'amélioration de la convivialité, les compliments et les encouragements d'autrui, l'acceptation des idées d'autrui et l'expression de leurs propres idées. D'autres compétences étaient plus difficilement améliorées telles que la communication verbale, l'engagement de la conversation, la coopération avec autrui, la résolution de problèmes et la compréhension d'autrui. On voit donc une concordance entre l'interaction sociale moyennement améliorée selon les patients, et les compétences sociales qu'ils pensent avoir le plus amélioré qui correspondent surtout à des compétences de comportement auprès d'autrui (compréhension des règles sociales, écoute), plutôt que des comportements d'action envers autrui (coopération et échanges). De plus, on peut remarquer qu'il était plus facile pour les patients d'exprimer leurs idées dans le cadre de prises en charge individuelles, ce qui montre encore une fois une difficulté subsistante dans l'interaction sociale, lors de prises en charge en groupe.

On peut se rendre compte que les patients étaient les plus gênés par les difficultés liées à la résolution de problèmes, mais que c'étaient, pour eux, les difficultés qui étaient les mieux améliorées par la pratique des activités créatives. Pour les ergothérapeutes, la perception des gênes était différente : ils pensaient que la communication verbale et non verbale était la difficulté la plus gênante pour les patients, mais c'était également la difficulté la mieux améliorée, selon eux, par les activités. Ceci montre donc que, même si l'importance des difficultés diffère entre les patients et les ergothérapeutes, les activités permettent tout de même de répondre à des besoins réels et à des gênes spécifiques. Ainsi, ces thérapeutiques semblent bien pallier aux difficultés rencontrées par les patients.

5.2. Liens avec les problématiques pratique et théorique

Ces résultats vérifient les constats faits lors de l'état des connaissances, dans le chapitre 1. En effet, on peut se rendre compte que, dans cette étude, les activités créatives étaient fréquemment utilisées par les ergothérapeutes en psychiatrie et qu'elles étaient régulièrement pratiquées par des personnes schizophrènes. Ces activités permettaient d'améliorer de nombreuses capacités, dont celles sociales, qui les gênaient dans leur vie quotidienne et dans la relation avec autrui.

De plus, on peut dire que les ergothérapeutes avaient une Approche Centrée sur la Personne, selon le chapitre 2.1. En effet, le cadre était rassurant, l'ergothérapeute était présent lors des activités, et réalisait même parfois l'activité avec les patients. Un climat de confiance était aussi mis en place. Les ergothérapeutes disaient tenir compte des envies des patients, être ouverts d'esprit et considérer chaque patient comme unique. On peut donc considérer que les ergothérapeutes déclaraient avoir un regard inconditionnellement positif envers leurs patients. De plus, ils disaient être authentiques avec leurs patients, donc faire preuve de congruence, c'est-à-dire être en accord avec ce qu'ils pensaient et ce qu'ils disaient ou faisaient. Enfin, ils déclaraient également prendre le temps d'écouter, comprendre et reformuler les dires des patients, ce qui montre qu'ils étaient dans une démarche de compréhension empathique. Tous les critères étaient donc, selon les ergothérapeutes, réunis pour affirmer une Approche Centrée sur la Personne. En revanche, ces attitudes de l'ergothérapeute n'étaient pas vécues comme

telles par les patients, notamment lors de prises en charge en groupe. Cette approche était donc souhaitée par les ergothérapeutes mais pas toujours efficace auprès des patients. Malgré tout, cette approche semblait rassurer les personnes et installer un climat de confiance. Elle permettait également l'amélioration de l'estime de soi, puisque, comme nous l'avons déjà dit, l'estime de soi était favorisée par une prise en charge individuelle, elle-même facilitatrice de l'Approche Centrée sur la Personne.

On peut ensuite déduire de ces résultats, que la pratique des activités pouvait être prise en compte dans un contexte initié par le Modèle de l'Occupation Humaine, selon le chapitre 2.2. En effet, on pouvait remarquer que les patients étaient acteurs et impliqués dans leurs choix et la réalisation des activités. Le choix des activités était motivé par le plaisir, ou le caractère apaisant de l'activité et les personnes étaient capables d'habituation en adaptant leurs habitudes de vie pour venir aux activités. Ces éléments étaient initiateurs d'un processus de changement permettant l'amélioration de compétences, qui touchaient, comme nous l'avons vu, les sphères motrices, cognitives, sociales et personnelles. L'ergothérapeute, par sa présence et son Approche Centrée sur la Personne semblait être là pour accompagner la personne dans son processus de changement. Cependant, même si ces compétences étaient incontestablement améliorées par les activités créatives, il subsistait des difficultés d'adaptation à l'environnement social extérieur au lieu de prise en charge. Cette adaptation tendait tout de même à s'améliorer par le biais de longues prises en charge. Cette dernière affirmation, peut alors être expliquée par l'amélioration de l'estime de soi qui était aussi améliorée par une longue prise en charge et par le climat de confiance favorisant l'amélioration et l'expérimentation des compétences sociales.

On a aussi pu voir à travers les résultats que de nombreuses compétences sociales (chapitre 2.3.) étaient significativement améliorées par la pratique d'activités créatives. Il s'agissait notamment de compétences sociales relatives à des attitudes (respect envers l'autre, écoute, empathie..), des motivations (pour choisir et réaliser une activité), des comportements (contrôler ses émotions, gratifier, soutenir, coopérer, résoudre des problèmes…), et enfin des conduites (présentation de soi, communiquer, convivialité). On peut ainsi remarquer que la plupart des composants des compétences sociales étaient améliorés par la pratique des activités créatives.

Ainsi, cette étude a montré que l'ergothérapeute intervenait lors des activités créatives avec une approche centrée sur la personne, parfois difficile à percevoir par les patients, notamment lors de prises en charge en groupe. L'ergothérapeute était présent lors des activités et favorisait un climat de confiance, rassurant pour les patients. De plus, l'ergothérapeute accompagnait la personne dans un processus de changement permettant l'amélioration de ses compétences. Pour cela, il mettait à disposition des activités plaisantes et apaisantes favorisant sa motivation. On a pu constater que les activités créatives permettaient effectivement d'améliorer des capacités motrices, cognitives et personnelles. Elles permettaient également d'améliorer de nombreuses compétences sociales, nécessaires à l'amélioration des relations sociales des personnes schizophrènes. La seule pratique de ces activités ne permettait pas une adaptation optimale du patient à son environnement social extérieur, même si elle tendait à s'améliorer avec une prise en charge au long cours.

5.3. Critiques de l'étude

5.3.1. Biais et limites de l'étude

Certains biais et limites sont intervenus au cours de cette étude. Il conviendra donc de nuancer les conclusions de cette étude.

Avec le recul, et après analyse, je me suis aperçue que certaines de mes questions étaient mal formulées dans mes questionnaires. De ce fait, elles pouvaient paraître ambigües et parfois difficiles à comprendre pour les personnes. C'est par exemple le cas de la question n°13 du questionnaire des ergothérapeutes : « En vous appuyant sur votre expérience, êtes-vous optimiste concernant les capacités d'adaptation de vos patients ? », que j'aurais plutôt pu formuler de la façon suivante : « Pensez-vous instaurer un climat de confiance favorisant l'amélioration des compétences ». D'autres questions n'étaient pas assez précises, et ont rendu mes analyses parfois compliquées. Ce fut le cas des questions n°9 des patients et n°7 des ergothérapeutes, concernant le type de prise en charge : les choix possibles étaient « en individuel » et « en groupe ». Cependant, parmi les prises en charge en groupe, les patients pouvaient réaliser une activité seul, dans un atelier regroupant d'autres personnes, ou bien réaliser l'activité avec plusieurs personnes. Enfin, une dernière question aurait été intéressante dans le questionnaire des patients afin de

vérifier davantage mes suppositions : « les attitudes de l'ergothérapeute influent-elles sur l'amélioration de vos compétences ? ».

Ensuite, les questionnaires ont été envoyés par mails à des ergothérapeutes, qui ont ensuite fait passer les questionnaires aux patients. De ce fait, on pourrait penser que les questionnaires des patients ont été remplis par les patients en présence des ergothérapeutes. Cette hypothèse pourrait impacter les résultats trouvés aux questions 11 à 15. Les résultats à ces questions peuvent donc entraîner un biais d'information. Cependant, lors de l'analyse, on s'aperçoit que les avis des patients divergent de ceux des ergothérapeutes. On pourrait donc penser que ce biais, s'il est présent, est probablement sans conséquences sur les résultats.

Enfin, il ne s'agit dans cette étude que d'un petit échantillon composé de 20 personnes. Cet échantillon est trop faible pour avoir des conclusions significatives et transposables à la population générale. Il est donc important de bien tenir compte du fait que les résultats présents dans ce dossier ne sont pas le reflet de la population générale et sont donc à nuancer.

5.3.2. Forces de l'étude

Les forces de l'étude résident en deux points. D'abord j'ai pu interroger des ergothérapeutes et des personnes schizophrènes, ce qui m'a permis de comparer les points de vue. J'ai pu avoir des résultats subjectifs et proches de la réalité, grâce aux réponses des patients, tout en pouvant les comparer aux réponses des ergothérapeutes, plus objectifs. De plus, cela m'a permis d'analyser les deux cotés de la relation ergothérapeute-patient.

Ensuite, les questions ont été créées à partir de modèles théoriques, qui ont permis d'avoir des questions précises, réparties en plusieurs catégories et balayant un grand champ des compétences sociales et de la relation patient-ergothérapeute. De ce fait, les questions étaient complémentaires, les résultats étaient complets et les informations en résultant intéressantes.

5.4. Hypothèse de travail futur

Suite à ces conclusions, nous avons pu voir que les activités créatives ne permettaient pas une adaptation indéniable des patients à leur environnement social extérieur. Il s'agirait alors de se demander, si d'autres prises en charges ne pourraient pas être envisagées afin de compléter la pratique des activités créatives. On pourrait alors proposer des prises en charge telles que la réhabilitation psychosociale, permettant de transposer les compétences sociales acquises lors de la pratique des activités, au monde extérieur. Cette transposition se ferait, par exemple, par un entraînement aux habiletés sociales. Ceci permettrait d'amener la personne à expérimenter ses compétences, à s'ouvrir davantage vers autrui, avoir des comportements socialement acceptables. Cet entraînement se réaliserait dans un endroit sécuritaire, de confiance, pour ensuite s'adapter à un endroit moins sécuritaire et extérieur.

Une étude plus longue et avec davantage de sujets pourrait également être envisagée, afin de comprendre les bénéfices de l'Approche Centrée sur la Personne, les raisons pour lesquelles cette approche n'est pas perçue par les patients comme elle semble être pratiquée par les ergothérapeutes et enfin pour comprendre les éléments environnants extérieurs qui ne permettent pas une bonne adaptation des personnes à leur environnement social, malgré l'amélioration de la plupart des compétences sociales. Il serait également intéressant de réaliser une étude sur les différentes activités créatives, afin de comprendre quelles sont les plus efficaces et les modalités réelles de pratique de celles-ci pour améliorer les relations sociales.

5.5. Apports professionnels

Cette étude permet de se rendre compte de l'intérêt d'utiliser les activités créatives en ergothérapie et met en lumière l'intérêt d'autres prises en charge complémentaires. Pour les patients, une telle étude pourrait les inciter à continuer cette prise en charge, tout en suivant d'autres prises en charge. Par le biais de cette étude, les patients donnent leur avis sur leur prise en charge. Cet avis est utile et nécessaire dans le cadre des soins, pour leur permettre de contribuer à la co-construction de leur projet de soin.

Cette étude montre aussi que l'Approche Centrée sur la Personne pratiquée par l'ergothérapeute n'est pas toujours perçue comme telle par les patients. Il serait alors

intéressant de se pencher sur les raisons d'une telle divergence de points de vue, afin de modifier, peut être, les façons d'agir des ergothérapeutes. Cela contribuerait à s'interroger sur la pertinence des ressentis du thérapeute et des patients, et viendrait bousculer l'idée de toute puissance du soignant.

Finalement, je pense que cette étude permet de ne pas oublier l'essence même de notre métier : la considération des patients comme centre de notre prise en charge.

Conclusion

La schizophrénie est une affection psychiatrique qui touche moins de 1% de la population. Elle induit d'importantes difficultés quotidiennes, professionnelles et sociales chez les personnes atteintes. Les difficultés dans les relations sociales entraînent un isolement social et des difficultés à échanger avec autrui.

Comme ces personnes pratiquent régulièrement des activités créatives au sein de leur prise en charge ergothérapique, il semblait pertinent de se demander quel pouvait être le rôle des activités créatives et de l'ergothérapeute dans l'amélioration des relations sociales de ces patients.

Une étude expérimentale a donc été réalisée et a permis d'affirmer que les activités créatives permettent d'améliorer de nombreuses compétences parmi lesquelles les compétences sociales. L'ergothérapeute intervient dans cette amélioration par une Approche Centrée sur la Personne, même si celle-ci peut être difficilement perçue par les patients. Mais pour permettre à ces personnes une meilleure adaptation à leur environnement social, la seule pratique des activités créatives ne saurait suffire. Tout laisse à penser que cette pratique devrait être complétée par des thérapies de réhabilitation psychosociale, permettant de transposer les compétences sociales améliorées par les activités, à l'environnement social extérieur.

Cette étude permet donc d'initier d'autres études plus importantes, permettant de comprendre les raisons des difficultés d'adaptation des personnes à leur environnement social extérieur, sans doute liées à des phénomènes complexes et multidimensionnels.

Bibliographie

1. Conseil national des politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale (CNLE). La Révolution française et les origines de la médecine « aliéniste » [Internet]. CNLE. 2009 [cité 4 sept 2015]. Disponible sur: http://www.cnle.gouv.fr/La-Revolution-francaise-et-les.html

2. P.O. Mattei. Ergothérapie et psychiatrie. La lettre du psychiatre. Sept - oct 2008;IV(5).

3. François Tosquelles. Le travail thérapeutique en psychiatrie. Erès; 2012. 162 p.

4. Jean-Philippe Guihard. Ergothérapies et schizophrénies : La mise en acte du sujet. Santé Mentale. 2000;(53).

5. Code de la santé publique. Chapitre Ier : Ergothérapeute [internet] Legifrance. (version à jour le 29 mai 2016). (cité 14 janv 016). Disponible sur : http://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do;jsessionid=7C2235430199159 38B701429DA07AB8B.tpdila18v_1?idSectionTA=LEGISCTA000006171314&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20160114

6. Code de la santé publique. Article R4331-1 [Internet] Legifrance. (Version à jour le 8 août 2004). (cité le 6 sept 2015). Disponible sur : http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=68530A425BA4B5A8DF18B0B804F19782.tpdila20v_1?idArticle=LEGIARTI000006914146&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20150906

7. Ministère de la santé et des sports. Arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'ergothérapeute [PDF]. BO Santé. 2010;(n°10/07):163 - 289. Disponible sur : http://www.anfe.fr/images/stories/doc/telechargement/TO_arrete_5_juillet_2010.pdf

8. Florence Klein. Ergothérapeute, pour quoi faire? In : Hélène Hernandez. In: Ergothérapie en psychiatrie De la souffrance psychique à la réadaptation. Marseille: Solal; 2007. p. 23 - 38.

9. Muriel Launois. Fonctions de la médiation [Internet]. ergopsy. 2015 [cité 6 sept 2015]. Disponible sur: http://www.ergopsy.com/fonctions-de-la-mediation-a403.html

10. Muriel Launois. Relation thérapeutique [Internet]. ergopsy. 2015 [cité 8 sept 2015]. Disponible sur: http://www.ergopsy.com/relation-therapeutique-a613.html

11. Muriel Ménard. La fabrique du cadre en ergothérapie. In : Hélène Hernandez. In: Ergothérapie en psychiatrie De la souffrance psychique à la réadaptation. Marseille: Solal; 2007. p. 23‑38.

12. Muriel Ménard. L'utilisation de la « médiation » comme espace thérapeutique en ergothérapie. In : M.H. Izard, R. Nespoulous. In: Expérience en ergothérapie. France: Sauramps médical; 2002. p. 223‑31.

13. Larousse. Le petit Larousse illustré. Paris; 2008.

14. D. W. Winnicott. Jeu et réalité. Gallimard. France; 2004.

15. Mihaly Csikszentmihalyi. La créativité : Psychologie de la découverte et de l'invention. Réponses. Paris: Robert Laffont; 2006.

16. Muriel Launois. Différentes activités [Internet]. Ergopsy. 2014 [cité 17 mai 2015]. Disponible sur: http://www.ergopsy.com/differentes-activites-a404.html

17. Sue Griffiths, Susan Corr. The Use of Creative Activities with People With Mental Health Problems : a Survey Of Occupational Therapists. Br J Occup Ther. 2007;70(3):107‑14.

18. Pierre-Michel Llorca. Mieux connaître la schizophrénie. John Libbey Eurotext. France; 2006.

19. Collège national des universitaires en psychiatrie. Trouble schizophrénique de l'adolescent et de l'adulte. In: Référentiel de psychiatrie. France; 2014. p. 157‑78.

20. American Psychiatric Association. DSM-5 : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. 5e éd. Elsevier Masson; 2015. 1176 p.

21. Alain Cochet. Troubles cognitifs et fonctionnels dans la schizophrénie : quel arsenal thérapeutique? Santé Mentale. nov 2015;(202):30‑5.

22. Bernard Pachoud. Schizophrénie : l'enjeu du retentissement fonctionnel. Santé Mentale. nov 2015;(202):22‑8.

23. A. L. Pontonnier et al. Facteurs prédictifs de l'adaptation sociale des patients souffrant de schizophrénie. Annales médico-psychologiques, revue psychiatrique. nov 2007;165(9):656‑63.

24. Arnhild Lauveng. Demain j'étais folle : Un voyage en schizophrénie. Paris: Autrement; 2014.

25. Pierre Peyré. Compétences sociales et relations à autrui. Une approche complexe [Internet]. L'Harmattan; 2000 [cité 1 févr 2016]. 229 p.

26. Carl Rogers. L'approche centrée sur la personne. Genève: Editions Ambre; 2013. 544 p.

27. Marie-Chantal Morel-Bracq. Modèles conceptuels en ergothérapie : introduction aux concepts fondamentaux. France: Solal; 2009.

28. Classification Internationale du Fonctionnement du Handicap et de la santé [Internet]. [cité 27 mai 2016]. Disponible sur: http://www.cofemer.fr/UserFiles/File/CIF08Yelnik.pdf

Annexes

Annexe I : Référentiel de compétences de l'ergothérapeute

Annexe II : La schizophrénie selon le DSM V

Annexe III : Modèle de l'Occupation Humaine selon G. Kielhofner (1975)

Annexe IV : Cadre de référence général du concept des compétences sociales, selon P. Peyré (2000)

Annexe V : Matrices théoriques

- Matrice de l'Approche Centrée sur la Personne (Carl Rogers, 1987)
- Matrice du Modèle de l'Occupation Humaine (Gary Kielhofner, 1975)
- Matrice des compétences sociales (Pierre Peyré, 2000)

Annexe VI : Questionnaire à destination des personnes schizophrènes

Annexe VII : Questionnaire à destination des ergothérapeutes

Annexe VIII : Résultats

Annexe I : Référentiel de compétences de l'ergothérapeute (arrêté du 5 juillet 2010)

DIPLÔME D'ÉTAT D'ERGOTHÉRAPEUTE
RÉFÉRENTIEL DE COMPÉTENCES

Compétences (1)

1. Évaluer une situation et élaborer un diagnostic ergothérapique.
2. Concevoir et conduire un projet d'intervention en ergothérapie et d'aménagement de l'environnement.
3. Mettre en œuvre et conduire des activités de soins, de rééducation, de réadaptation, de réinsertion et de réhabilitation psychosociale en ergothérapie.
4. Concevoir, réaliser, adapter les orthèses provisoires, extemporanées, à visée fonctionnelle (2) ou à visée d'aide technique, adapter et préconiser les orthèses de série, les aides techniques ou animalières et les assistances technologiques.
5. Élaborer et conduire une démarche d'éducation et de conseil en ergothérapie et en santé publique.
6. Conduire une relation dans un contexte d'intervention en ergothérapie.
7. Évaluer et faire évoluer la pratique professionnelle.
8. Rechercher, traiter et analyser des données professionnelles et scientifiques.
9. Organiser les activités et coopérer avec les différents acteurs.
10. Former et informer.

Annexe II : La schizophrénie selon le DSM V

Schizophrénie

295.90 (F20.9)

A. Deux (ou plus) parmi les symptômes suivants, chacun devant être présent dans une proportion significative de temps au cours d'une période d'un mois (ou moins en cas de traitement efficace). Au moins l'un des symptômes (1), (2) ou (3) doit être présent :
   1. Idées délirantes.
   2. Hallucinations.
   3. Discours désorganisé (p. ex. incohérences ou déraillements fréquents).
   4. Comportement grossièrement désorganisé ou catatonique.
   5. Symptômes négatifs (aboulie ou diminution de l'expression émotionnelle).

B. Durant une proportion significative de temps depuis le début du trouble, le niveau de fonctionnement dans un domaine majeur tel que le travail, les relations interpersonnelles ou l'hygiène personnelle est passé d'une façon marquée en dessous du niveau atteint avant le début du trouble (ou, quand le trouble apparaît pendant l'enfance ou l'adolescence, le niveau prévisible de fonctionnement interpersonnel, scolaire ou professionnel n'a pas été atteint).

C. Des signes continus du trouble persistent depuis au moins 6 mois. Pendant cette période de 6 mois les symptômes répondant au critère A (c.-à-d. les symptômes de la phase active) doivent avoir été présents pendant au moins un mois (ou moins en cas de traitement efficace) ; dans le même laps de temps des symptômes prodromiques ou résiduels peuvent également se rencontrer. Pendant ces périodes prodromiques ou résiduelles, les signes du trouble peuvent ne se manifester que par des symptômes négatifs, ou par deux ou plus des symptômes listés dans le critère A présents sous une forme atténuée (p. ex. croyances étranges ou expériences de perceptions inhabituelles).

D. Un trouble schizoaffectif, ou dépressif, ou un trouble bipolaire avec manifestations psychotiques ont été exclus parce que 1) soit il n'y a pas eu d'épisode maniaque ou dépressif caractérisé concurremment avec la phase active des symptômes, 2) soit, si des épisodes de trouble de l'humeur ont été présents pendant la phase active des symptômes, ils étaient présents seulement pendant une courte période de temps sur la durée totale des phases actives et résiduelles de la maladie.

E. Le trouble n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance (p. ex. une drogue donnant lieu à abus, ou un médicament) ou à une autre pathologie médicale.

F. S'il existe des antécédents de trouble du spectre de l'autisme ou de trouble de la communication débutant dans l'enfance, le diagnostic surajouté de schizophrénie est posé seulement si des symptômes

hallucinatoires et délirants importants, en plus des autres symptômes de schizophrénie nécessaires au diagnostic, sont aussi présents pendant au moins un mois (ou moins en cas de traitement efficace).

Spécifier si :

Les spécifications de l'évolution qui suivent ne doivent être utilisées qu'après une durée d'un an du trouble et si elles ne sont pas en contradiction avec les critères évolutifs propres au diagnostic :

Premier épisode, actuellement en épisode aigu : Première manifestation du trouble remplissant les critères diagnostiques de définition et les critères de durée. Un *épisode aigu* est une période de temps durant laquelle les critères symptomatiques sont remplis.

Premier épisode, actuellement en rémission partielle : Une *rémission partielle* après un épisode antérieur est une période de temps durant laquelle se maintient une amélioration et où les critères diagnostiques du trouble ne sont que partiellement remplis.

Premier épisode, actuellement en rémission complète : Une *rémission complète* après un épisode antérieur est une période de temps durant laquelle aucun symptôme spécifique de la maladie n'est présent.

Épisodes multiples, actuellement épisode aigu : Des épisodes multiples ne peuvent être établis qu'après un minimum de deux épisodes (un épisode, une rémission, et un minimum d'une rechute).

Épisodes multiples, actuellement en rémission partielle

Épisodes multiples, actuellement en rémission complète

Continu : Les symptômes remplissant les critères symptomatiques diagnostiques du trouble sont présents la majorité du temps de la maladie, les périodes de symptômes subliminaux étant très brèves au regard de l'ensemble de l'évolution.

Non spécifié

Spécifier si :

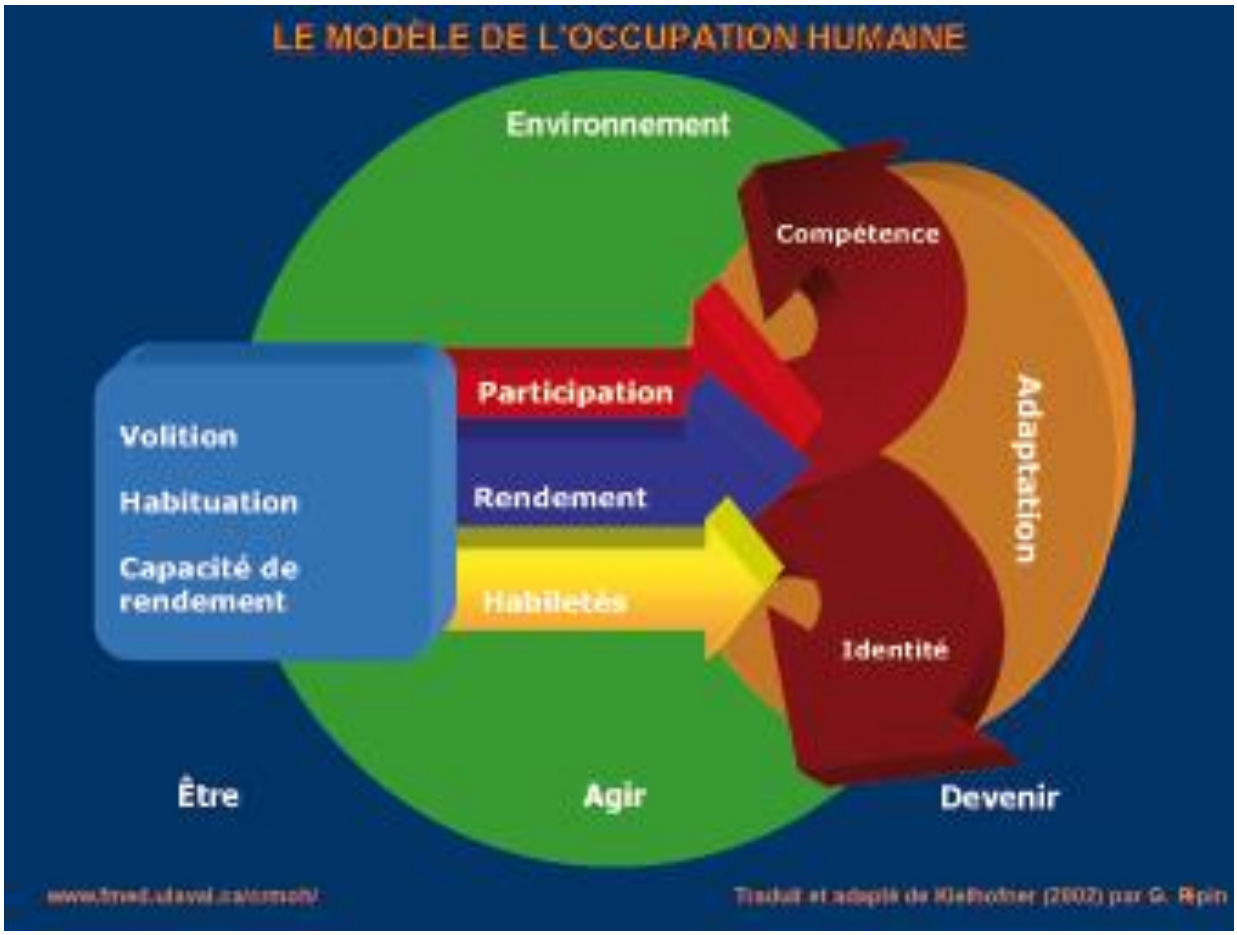
Avec catatonie (pour la définition, se référer aux critères de catatonie associée à un autre trouble mental, p. 54).

Note de codage : Utiliser le code additionnel 293.89 (F06.1) catatonie associée à la schizophrénie pour indiquer la présence d'une catatonie comorbide.

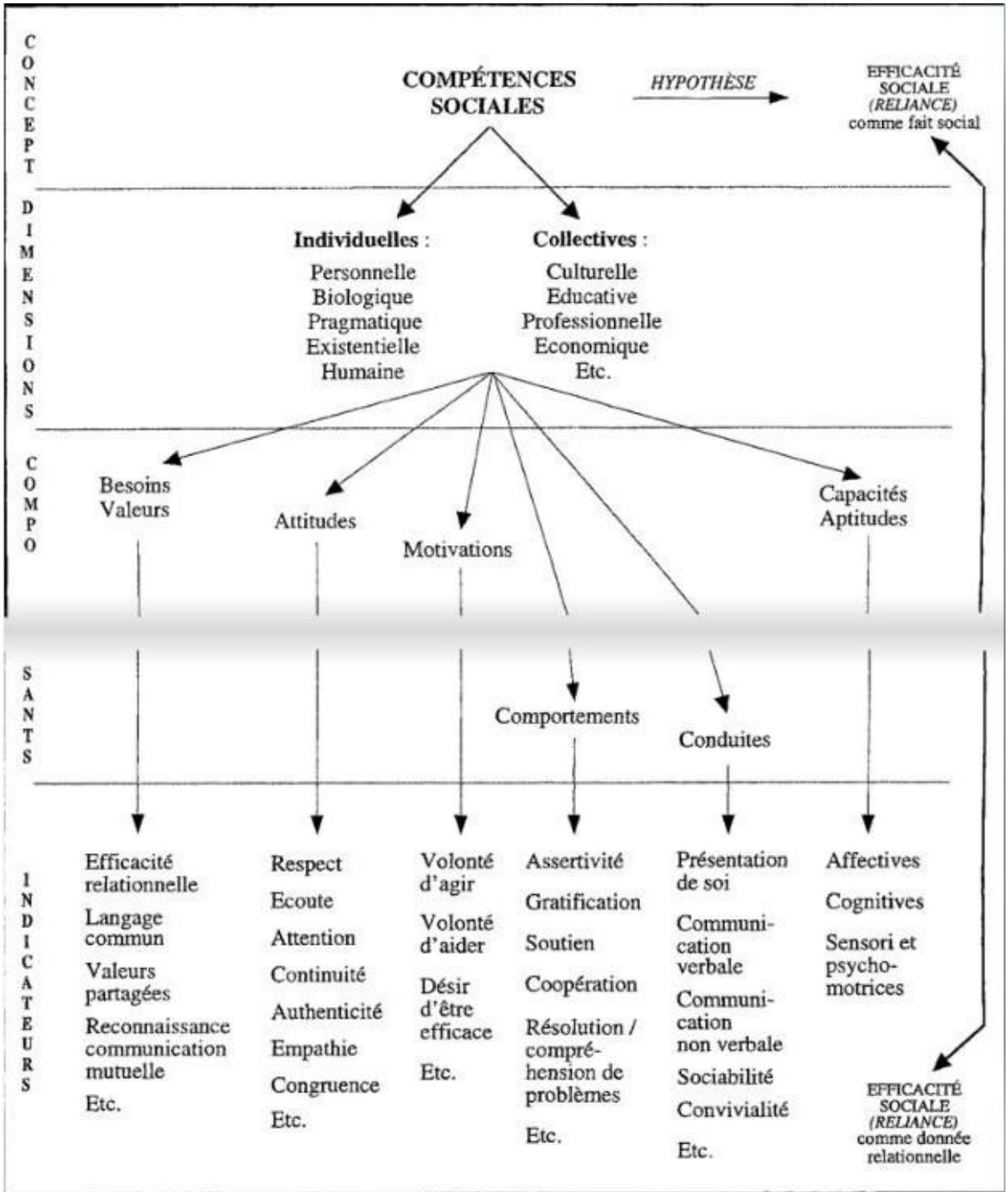
Spécifier la sévérité actuelle :

La sévérité est cotée par une évaluation quantitative des symptômes psychotiques primaires, dont les idées délirantes, les hallucinations, la désorganisation du discours, les comportements psychomoteurs anormaux et les symptômes négatifs. Chacun de ces symptômes peut être coté pour sa sévérité actuelle (en prenant en compte l'intensité la plus sévère au cours des 7 derniers jours) sur une échelle de 5 points, allant de 0 (absent) à 4 (présent et grave). (*Cf.* dans le chapitre « Mesures d'évaluation » de la section

Annexe III : Le Modèle de l'Occupation Humaine (MOH) selon Kielhofner



Annexe IV : Cadre de référence global du concept des compétences sociales, selon P. Peyré (2000)



Un cadre de référence général du concept de compétences sociales

Annexe V : Matrices théoriques

1. Matrice de l'Approche Centrée sur la Personne

Concept	Critères	Indicateurs	Indices	Questions
L'Approche Centrée sur la Personne (Carl Rogers, 1987)	**Attitudes facilitatrices du thérapeute**	**Congruence**	Accord entre ce qui est pensé et dit, l'ergothérapeute ne cache pas son identité personnelle, mais arrive tout de même à la préserver	14
		Regard incondition-nellement positif	Respect du patient, considéré comme unique, tient compte des attentes, besoins, envies spécifiques du patient, essaye de le comprendre, ouverture d'esprit, non jugement	14, 15
		Compréhension empathique	Essaye de comprendre le patient, l'écoute, est disponible pour lui, reformulation	15
	Cadre rassurant	**Présence du thérapeute**	Présence pendant l'activité, réalise la même activité, sa présence rassure la personne, il est attentif à ce qu'il se passe, il est disponible	11, 12
		Climat de confiance	Il fait confiance à la personne, pense que la personne est capable de changer	13

2. Matrice théorique du Modèle de l'Occupation Humaine (MOH)

Modèle	Critères	Indicateurs	Indices	Questions
Modèle de l'Occupation Humaine (Kielhofner, 1975)	**Etre**	**Volition**	Choix de l'activité, plaisir, créativité, apaisement, réussite, intérêt	17
		Habituation	Pour venir à l'activité : adaptation des horaires, des activités quotidiennes	16
		Capacité de rendement	Capacités : motrices, sociales, cognitives, personnelles	18, 19, 20
		Environnement	Environnement familial, isolement social, lieu de prise en charge	3, 5 (patients)
	Agir	**Participation**	A la vie sociale, aux activités de la vie quotidienne	16
		Rendement	Répétition des tâches, expérience, conseils de l'ergothérapeute, essais-erreurs, résolution de problèmes	22
		Habiletés	Nouvelles habiletés, améliore ses habiletés motrices, médiation, échanges et interactions, sujets de conversation, exprime ses idées à travers l'activité	18 24 à 27
	Devenir	**Identité personnelle**	Evolution de son identité personnelle, estime de soi, confiance en soi	20

		Compétences	Ses compétences se sont améliorées (motrices, sociales, opératoires)	18 24 à 27
		Adaptation	Adaptation à son environnement extérieur, stratégies de résolution de problèmes, autoajustement	21

3. Matrice théorique du concept des compétences sociales

Concept	Critères	Indicateurs	Indices	Questions
<u>Les compétences sociales</u> (Pierre Peyré, 2000)	**Besoins et valeurs**	**Efficacité personnelle**	Sentiment d'efficacité, dans l'activité, la vie quotidienne	/
		Langage commun	Langage commun, comprendre autrui, les activités créatives, langage technique connu	28
		Valeurs partagées	Ce qui est important pour la personne l'est également pour autrui, mêmes valeurs	/
		Reconnaissance	Connaît et reconnait autrui comme tel	/
	Attitudes	**Respect**	Respect de l'autre, de ses dires, ses pensées, ses idées, ses valeurs, ses propres capacités, incapacités, soi, estimer l'autre	/
		Ecoute	Ecoute de l'autre	24
		Attention	Attention à l'autre, à soi	24
		Continuité	Cohérence dans le temps	/
		Authenticité	Etre franc, honnête, soi-même	/

		Empathie	Essayer de comprendre l'autre, se mettre à sa place, se protéger, estimer l'autre	24
		Congruence	Logique entre ce qui est dit et pensé	/
	Motiva-tions	**Volonté d'agir**	Choisir l'activité, réaliser l'activité, expérimenter, parler de son œuvre, s'exprimer à travers la créativité, créer	17
		Volonté d'aider	Aider l'autre à nous comprendre, à réaliser l'activité, à choisir l'activité, à créer, expliquer, montrer, démontrer	/
		Désir d'être efficace	Réussite, chercher à s'améliorer, conseils pour s'améliorer, essayer, comprendre les techniques, accepter les principes naturels des matériaux	22
	Comporte ments	**Assertivité**	Ne pas s'énerver, fuir ou manipuler lors d'une situation de conflit, calme, accepter l'autre comme identique à soi	/
		Gratification	Encourager, féliciter, complimenter	27
		Soutien	Soutenir par des mots, des gestes, comprendre, empathie, écoute de l'autre, reformulation	24

		Coopération	Entraide, objectif commun, ensemble, équipe	27
		Résolution de problèmes	Détection, analyse, réflexion face à un problème	27
	Conduites	**Présentation de soi**	Propreté, soin, mise en beauté, tenue vestimentaire	26
		Communica-tion verbale	Parole, langage commun, s'adresser à quelqu'un	25
		Communica-tion non verbale	Gestes, posture, position du corps	/
		Sociabilité	Sourire, convenances sociales : règles de politesse, respect de l'autre et de soi	28
		Convivialité	Respect de l'autre et de soi, ensemble, amical, agréable	29
	Capacités et aptitudes	**Affectives**	Contrôle de soi, de ses émotions, confiance en soi	20, 30
		Cognitives	Créativité, sens d'initiative, esprit critique, assimilation des règles naturelles des matériaux	/
		Sensori-motrices et psycho-motrices	Capacités mobilisées, sens, schéma corporel, toucher, ouie, odorat, vue, goût, gestes fins, globaux	/

Annexe VI : Questionnaire à destination des personnes schizophrènes

Généralités

1. **Vous êtes :**

   □ Un homme □ Une femme

2. **Quel âge avez-vous ?**

   □ Moins de 20 ans
   □ Entre 20 et 40 ans
   □ Plus de 40 ans

3. **Quel est votre situation familiale ?**

   □ Célibataire, vous vivez seul
   □ Célibataire, vous vivez chez vos parents
   □ Marié
   □ Autre, précisez : ……..

4. **Depuis quand êtes-vous pris en charge pour une affection psychiatrique ?**

   □ Moins d'un an
   □ 1 à 5 ans
   □ Plus de 5 ans

5. **Vous participez à des séances d'ergothérapie au sein :**

   □ D'un hôpital de jour
   □ D'une hospitalisation à temps complet
   □ D'un Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel (CATTP)
   □ Autre, précisez : ……..

6. **A quelle fréquence faites-vous des activités créatives, au sein de vos séances d'ergothérapie ?**

   □ Quotidiennement
   □ Une fois par semaine □ Plusieurs fois par semaine
   □ Une fois par mois □ Plusieurs fois par mois

7. **Quelles activités créatives faites-vous ?**

   □ Peinture □ Dessin □ Collage
   □ Poterie □ Vannerie □ Mosaïque
   □ Autres, précisez : ……

8. Depuis combien de temps réalisez-vous ces activités?

- ☐ Moins d'un mois
- ☐ Moins d'un an
- ☐ Plus d'un an
- ☐ Plus de cinq ans

9. Vous réalisez ces activités :

- ☐ En individuel
- ☐ En groupe
- ☐ Les deux

10. Voici des difficultés relationnelles que vous rencontrez peut-être et qui peuvent vous gêner dans la vie quotidienne. Classez celles que vous rencontrez, de la plus gênante à la moins gênante pour vous :

La plus gênante	.....	A. Ecouter et comprendre les autres
	.....	B. Résoudre les problèmes quotidiens
	.....	C. Prendre soin de vous
	.....	D. Communiquer avec les autres
La moins gênante	.....	E. Rester calme

Difficulté(s) non rencontrée(s) : .....

Relation avec l'ergothérapeute

11. L'ergothérapeute est-il présent pendant que vous réalisez les activités?

- ☐ Il est présent dans la même pièce que vous
- ☐ Il est présent dans l'atelier, mais pas dans la même pièce
- ☐ Il est présent et fait l'activité avec vous
- ☐ Il est rarement présent

12. Si l'ergothérapeute est présent, comment le percevez-vous ?

- ☐ Sa présence vous rassure
- ☐ Sa présence vous gêne
- ☐ Autre, précisez : ……..

13. L'ergothérapeute vous encourage-t-il souvent lors de vos activités ?

☐ Oui ☐ Non

14. **Pensez-vous que l'ergothérapeute :**

- □ Est authentique avec vous
- □ Vous considère comme unique
- □ Tient compte de vos envies
- □ Accepte que vous proposiez des façons de travailler différentes des siennes
- □ Aucune de ces propositions

15. **Pensez-vous que l'ergothérapeute :**

- □ Prend le temps nécessaire pour vous écouter et vous comprendre
- □ Reformule vos idées, pour être sûr de vous avoir bien compris
- □ Ne vous écoute pas
- □ Autre, précisez : ……..

Les activités créatives

16. **Pour pouvoir venir aux activités, êtes-vous prêt à adapter vos horaires et votre journée ?**

□ Oui □ Non

17. **Vous choisissez une activité créative en particulier car :**

- □ Elle permet de réaliser des œuvres qui vous plaisent
- □ Elle vous semble simple
- □ Elle est de courte durée
- □ Elle vous plaît
- □ Elle vous apaise
- □ Vous la réussissez bien
- □ L'activité est imposée, vous n'avez pas de motivation particulière
- □ Autre, précisez : ……..

18. **Pensez-vous que les activités créatives vous permettent d'améliorer vos capacités motrices (gestes plus fins, précis…) ?**

□ Oui □ Non

19. **Pensez-vous que les activités créatives vous permettent d'améliorer vos capacités de concentration ?**

□ Oui □ Non

20. Pensez-vous que les activités créatives vous permettent d'améliorer :

- votre estime de vous-même ?

□ Oui □ Non

- votre confiance en vous ?

□ Oui □ Non

21. La pratique d'activités créatives vous a-t-elle permis de mieux vous adapter à votre environnement social ?

□ Oui □ Non

22. Qu'est-ce qui vous aide à améliorer vos capacités lors des activités créatives ?

□ La répétition des activités
□ Les conseils de l'ergothérapeute
□ Les erreurs que vous faites et que vous cherchez à éviter
□ Autre, précisez : ……..

Activités créatives et compétences sociales

23. Pensez-vous que depuis que vous pratiquez les activités créatives, vous échangez plus facilement avec les autres personnes ?

□ Oui □ Non

24. Depuis que vous pratiquez les activités créatives, vous arrivez davantage à :

□ Ecouter les autres personnes
□ Comprendre les autres personnes
□ Accepter les idées des autres personnes
□ Aucune de ces propositions

25. Depuis que vous pratiquez les activités créatives, il vous est plus facile :

□ D'exprimer vos idées en parlant de votre œuvre aux autres personnes
□ D'engager la conversation auprès des autres personnes
□ Aucune de ces propositions ne vous semble correcte

26. Grâce à la pratique des activités créatives, vous pensez avoir amélioré :

- □ Votre présentation (soin de vous, tenue…)
- □ Votre façon de parler pour vous adresser aux autres
- □ Aucune des deux propositions

27. Grâce à la pratique d'activités créatives, vous êtes davantage capable de :

- □ Complimenter ou d'encourager les autres personnes
- □ Coopérer avec une personne (entraide, but commun)
- □ Résoudre les problèmes de la vie quotidienne
- □ Aucune de ces propositions ne vous semble correcte

28. Pensez-vous que la pratique des activités créatives vous a permis de mieux comprendre les règles sociales (règles de politesse, conduites sociales…) ?

□ Oui □ Non

29. Pensez-vous que grâce à la pratique de ces activités vous appréciez davantage partager des moments agréables en groupe ?

□ Oui □ Non

30. Pensez-vous que la pratique des activités créatives vous a permis d'apprendre à mieux vous contrôler et gérer vos émotions ?

□ Oui □ Non

31. Finalement, quelles compétences sociales les activités créatives vous ont-elles permis d'améliorer ? Classez ces compétences selon leur degré d'amélioration.

Amélioration importante

…….

…….

…….

…….

Pas ou peu d'amélioration

…….

A. Ecouter et comprendre les autres
B. Résoudre les problèmes quotidiens
C. Prendre soin de vous
D. Communiquer avec les autres
E. Rester calme

Aucune amélioration : …….

Annexe VII : Questionnaire à destination des ergothérapeutes

Généralités

1. **Vous êtes :**

   □ Un homme □ Une femme

2. **Vous êtes ergothérapeute depuis :**

   □ Moins d'un an
   □ 1 à 5 ans
   □ Plus de 5 ans

3. **Vous travaillez au sein :**

   □ D'un hôpital de jour
   □ D'un Centre Médico Psychologique
   □ D'un Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel (CATTP)
   □ Autre, précisez : ……..

4. **Quelles activités créatives proposez-vous :**

   □ Peinture □ Dessin □ Collage
   □ Poterie □ Vannerie □ Mosaïque
   □ Autres, précisez : ……

5. **A quelle fréquence les proposez-vous ?**

   □ Quotidiennement
   □ Une fois par semaine □ Plusieurs fois par semaine
   □ Une fois par mois □ Plusieurs fois par mois

6. **Depuis quand les proposez-vous ?**

   □ Moins d'un mois
   □ Moins d'un an
   □ Plus d'un an
   □ Plus de cinq ans

7. **Vous proposez ces activités :**

   □ En individuel
   □ En groupe
   □ Les deux

8. A qui les proposez-vous ?

- □ A des personnes schizophrènes avec des symptômes positifs non stabilisés
- □ A des personnes schizophrènes avec des symptômes positifs stabilisés

9. Quels sont vos objectifs de prise en charge lorsque vous proposez des activités créatives aux personnes schizophrènes ?

- □ Améliorer leurs compétences sociales
  Lesquelles : ……
  ……
- □ Améliorer leurs compétences motrices
- □ Améliorer les compétences cognitives
- □ Améliorer leur confiance en eux, leur estime d'eux-mêmes
- □ Autre, précisez : ……..

10. Voici une liste de difficultés relationnelles que des personnes schizophrènes peuvent rencontrer dans leur vie quotidienne. Classez-les, selon vous, de la plus gênante (n°1) à la moins gênante (n°5) pour eux :

La plus gênante	1 : ……	A. Ecoute et compréhension d'autrui
	2 : ……	B. Résolution de problèmes
	3 : ……	C. Présentation de soi
	4 : ……	D. Communication verbale / non verbale
La moins gênante	5 : ……	E. Contrôle de soi

Relation patient - ergothérapeute

11. Comment gérez-vous votre présence auprès des patients lorsqu'ils réalisent les activités ?

- □ Vous êtes dans la même pièce qu'eux
- □ Vous êtes présent à l'atelier, mais pas dans la même pièce
- □ Vous êtes présent et faites l'activité avec eux
- □ Vous êtes rarement présent

12. Comment pensez-vous que les patients perçoivent votre présence ?

- □ Votre présence les rassure
- □ Votre présence les gêne
- □ Autre, précisez : ……..

13. **En vous appuyant sur votre expérience, êtes-vous optimiste concernant les capacités d'adaptation de vos patients ?**

 Oui, pour tous les patients
 Pas pour tous les patients

14. **Pensez-vous:**

 Etre authentique avec votre patient
 Considérer chaque patient comme unique
 Tenir compte de leurs envies
 Accepter que les patients proposent des façons de travailler différentes des vôtres
 Aucune de ces propositions

15. **Pensez-vous que :**

 Vous prenez le temps nécessaire pour écouter et comprendre vos patients
 Vous n'avez pas le temps nécessaire pour écouter vos patients
 Vous essayez de reformuler leurs dires, pour être sûr de les avoir bien compris
 Autre, précisez : ……..

Les activités créatives

16. **Pour pouvoir venir aux activités, les patients sont-ils prêts à adapter leurs habitudes de vie (horaires, activités quotidiennes…)**

 Oui Non

17. **Vous pensez qu'ils choisissent une activité créative en particulier car ?**

 Les œuvres en résultant leur plaisent
 L'activité leur plaît
 Elle leur semble simple
 Elle est de courte durée
 Elle les apaise
 Ils la réussissent bien
 L'activité leur est imposée
 Autre, précisez : ……

18. **Pensez-vous que les activités créatives leur permettent d'améliorer leurs compétences motrices ?**

 Oui Non

19. **Pensez-vous que les activités créatives leur permettent d'améliorer leurs compétences cognitives ?**

□ Oui □ Non

Si oui, lesquelles ? ……
……

20. **Pensez-vous que les activités créatives leur permettent d'améliorer :**

- leur propre estime ?

□ Oui □ Non

- leur confiance en eux ?

□ Oui □ Non

21. **La réalisation d'activités créatives leur a-t-elle permis une meilleure adaptation à leur environnement social ?**

□ Oui □ Non

22. **Qu'est-ce qui, selon vous, favorise l'amélioration de leurs compétences ?**

□ La répétition des activités
□ Vos conseils
□ Les essais-erreurs et la démarche de résolution de problèmes
□ Autre, précisez : ……

Activités créatives et compétences sociales

23. **Pensez-vous que grâce à la pratique des activités créatives, les patients sont davantage en interaction entre eux ?**

□ Oui □ Non

24. **Depuis qu'ils pratiquent les activités créatives, ils arrivent davantage à :**

□ Ecouter autrui
□ Comprendre autrui
□ Accepter les idées d'autrui
□ Aucune des ces propositions

25. **Pensez-vous que depuis qu'ils pratiquent les activités créatives, il leur est plus facile :**

□ D'exprimer leurs idées à travers leur œuvre
□ D'engager la conversation avec autrui
□ Aucune de ces propositions de vous semble correcte

26. **Grâce à la pratique des activités créatives, pensez-vous qu'ils aient amélioré :**

□ Leur présentation (soin d'eux, tenue…)
□ Leur communication verbale
□ Aucune des deux propositions

27. **Grâce aux activités créatives, pensez-vous qu'ils sont davantage capables de :**

□ Complimenter et encourager autrui
□ Coopérer avec autrui (entraide, objectif commun)
□ Comprendre des situations qui posent problème, et de les résoudre
□ Aucune de ces propositions ne vous semble correcte

28. **Pensez-vous que la pratique des activités créatives leur a permis de mieux comprendre les règles sociales (règles de politesse, conduites sociales…) ?**

□ Oui □ Non

29. **Pensez-vous qu'ils apprécient davantage la convivialité (partager des moments agréables en groupe) ?**

□ Oui □ Non

30. **Pensez-vous que la pratique des activités créatives leur ont permis d'apprendre à mieux se contrôler et gérer leurs émotions ?**

□ Oui □ Non

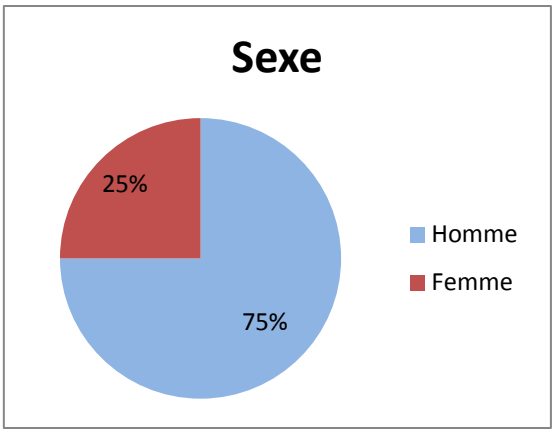
31. **Classez, selon vous, ces compétences sociales selon leur degré d'amélioration grâce aux activités créatives ?**

Amélioration la plus importante	1 : ……	A. Ecoute et compréhension d'autrui
	2 : ……	B. Résolution de problèmes
	3 : ……	C. Présentation de soi
	4 : ……	D. Communication verbale / non verbale
Amélioration la moins importante	5 : ……	E. Contrôle de soi

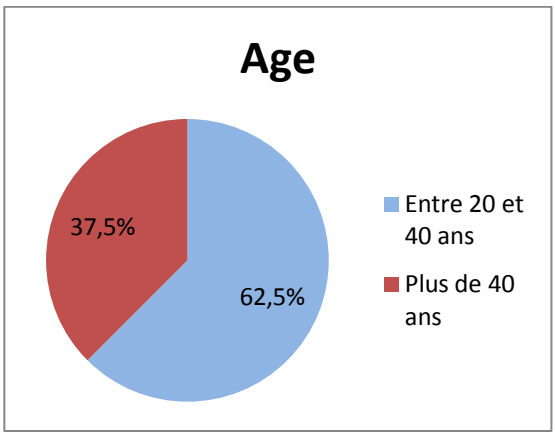
Annexe VIII : Résultats

Généralités sur les patients

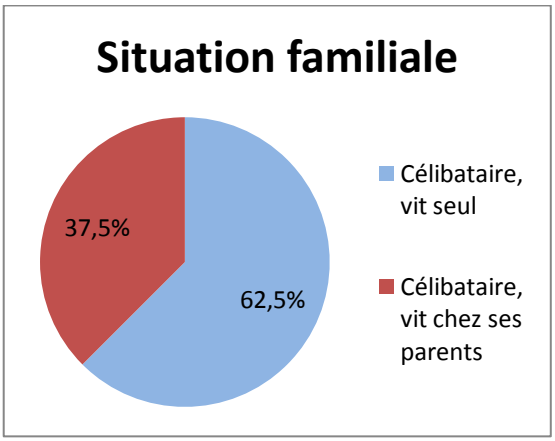
1) Vous êtes :



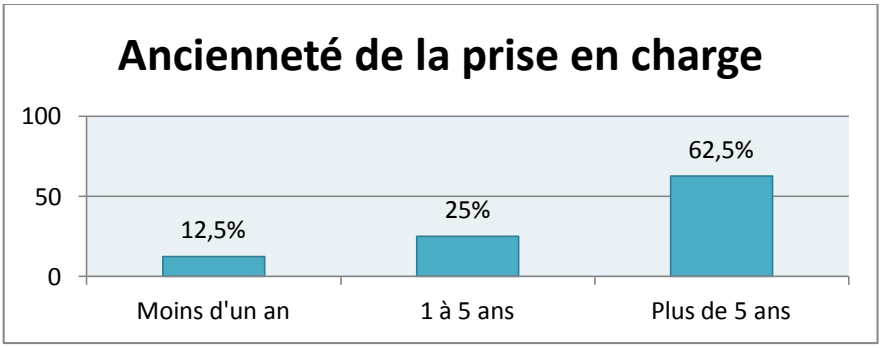
2) Quel âge avez-vous ?



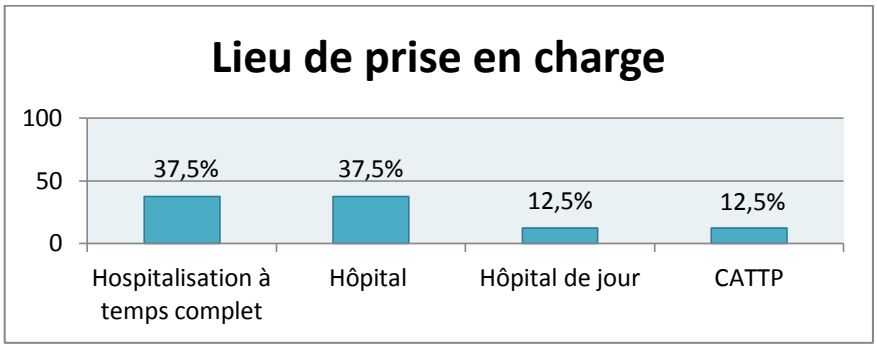
3) Quel est votre situation familiale ?



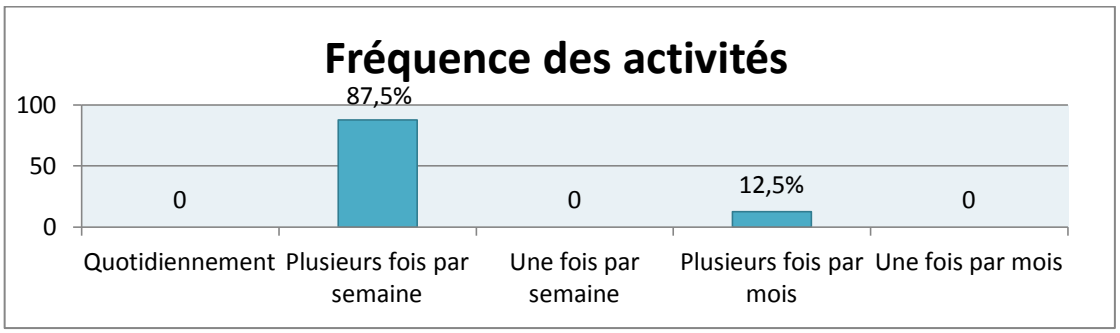
4) Depuis quand êtes-vous pris en charge pour une affection psychiatrique :



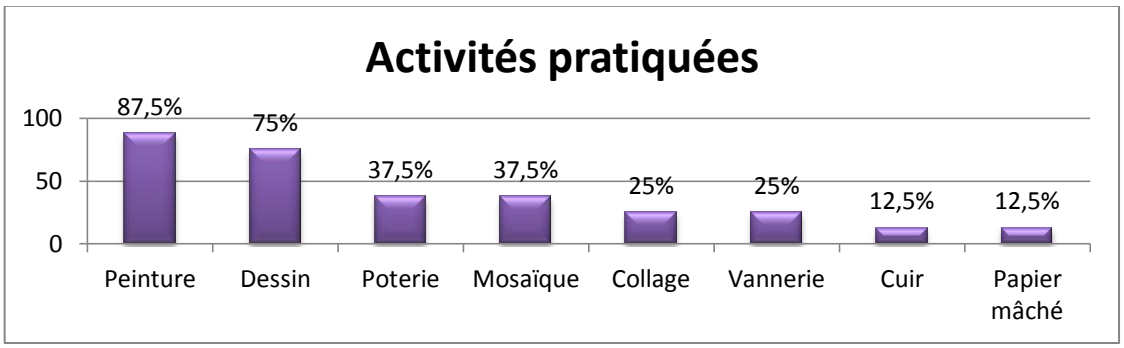
5) Vous participez à des séances d'ergothérapie au sein :



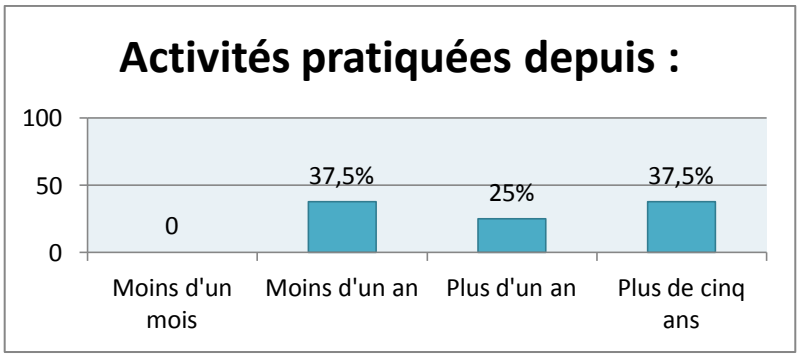
6) A quelle fréquence faites-vous des activités créatives, au sein de vos séances d'ergothérapie ?



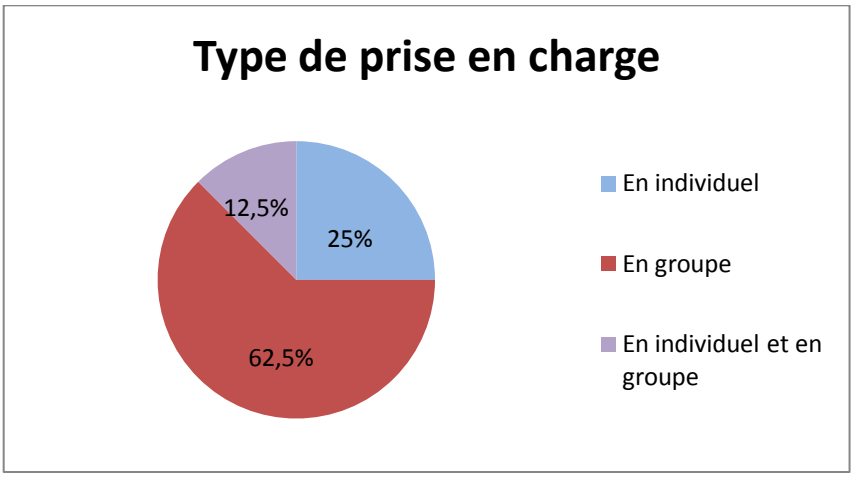
7) Quelles activités créatives faites-vous ?



8) Depuis combien de temps réalisez-vous ces activités?

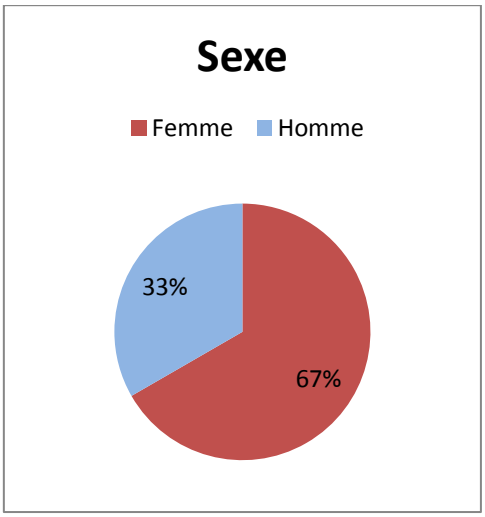


9) Vous réalisez ces activités :

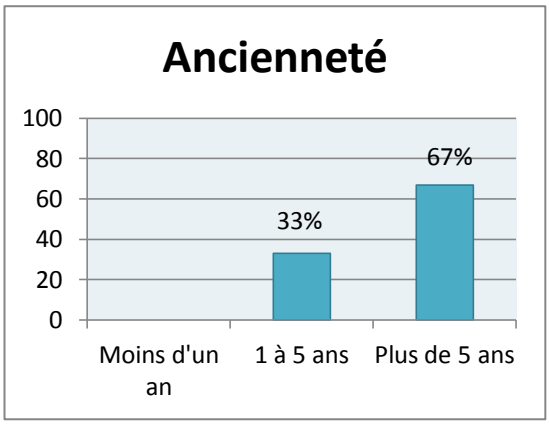


Généralités sur les ergothérapeutes

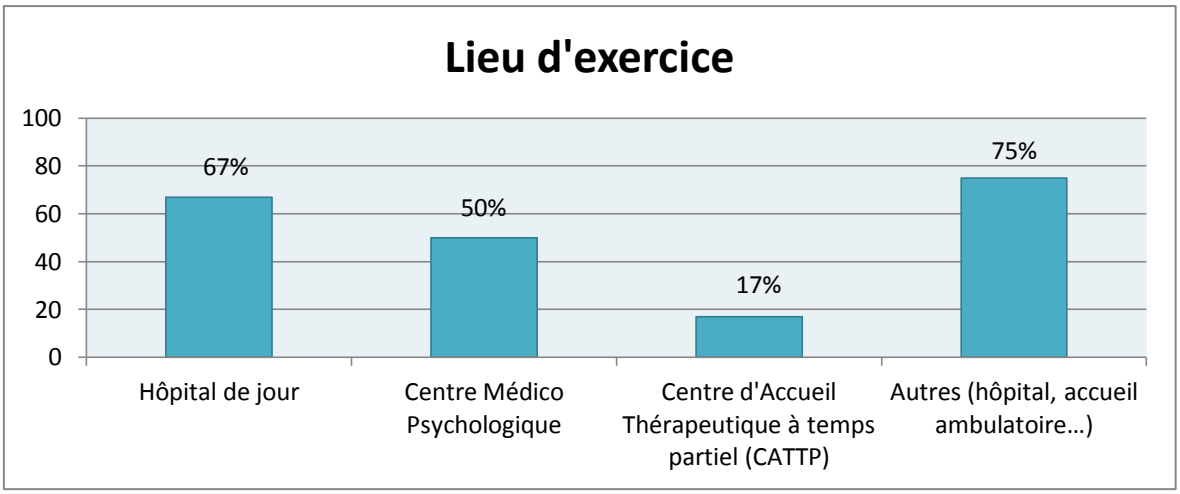
1) Vous êtes :



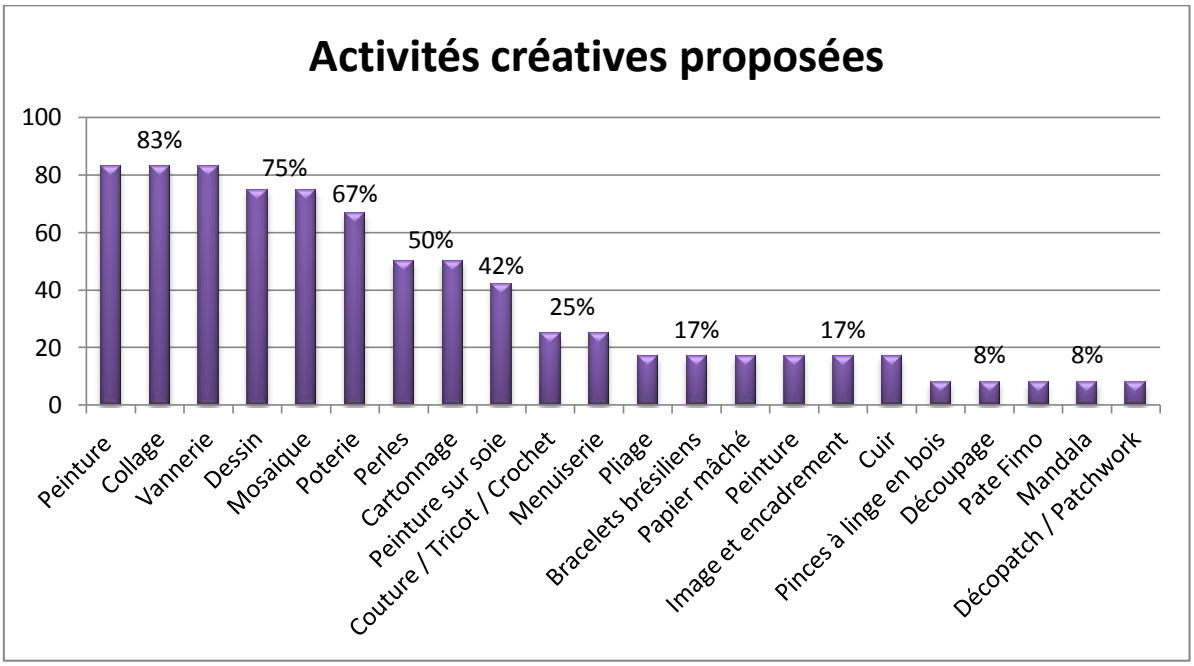
2) Vous êtes ergothérapeute depuis :



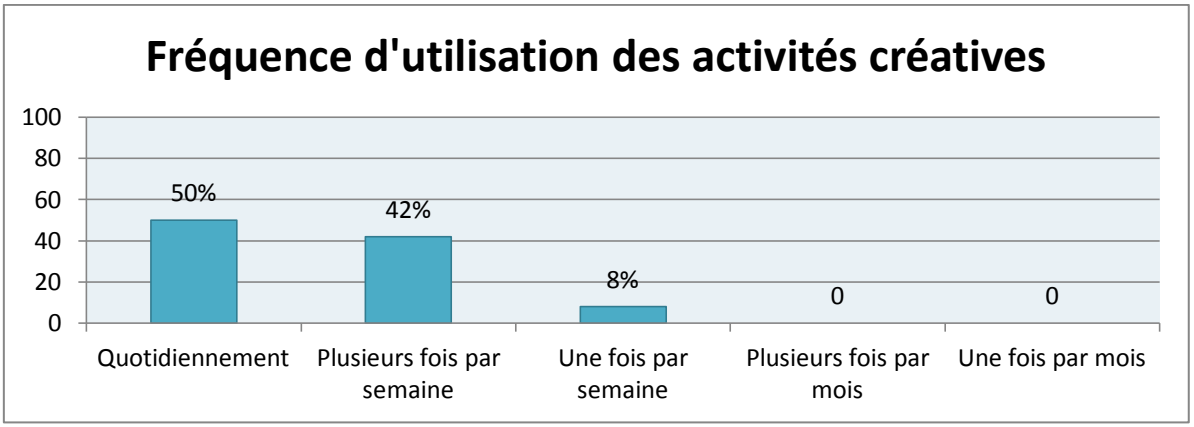
3) Vous travaillez au sein :



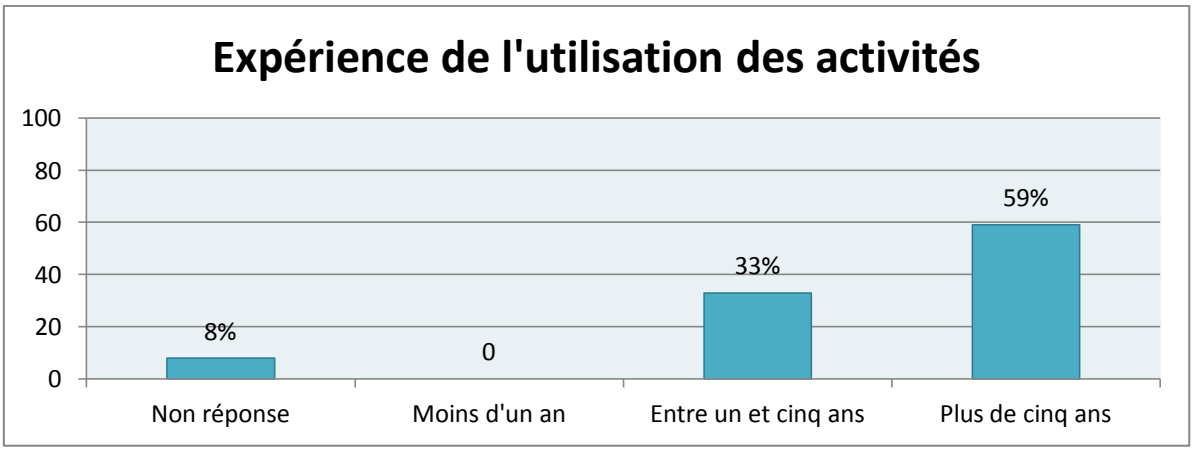
4) Quelles activités créatives proposez-vous ?



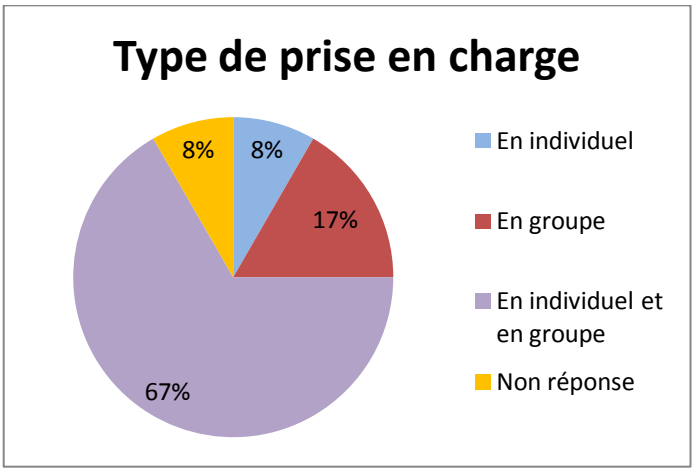
5) A quelle fréquence les proposez-vous ?



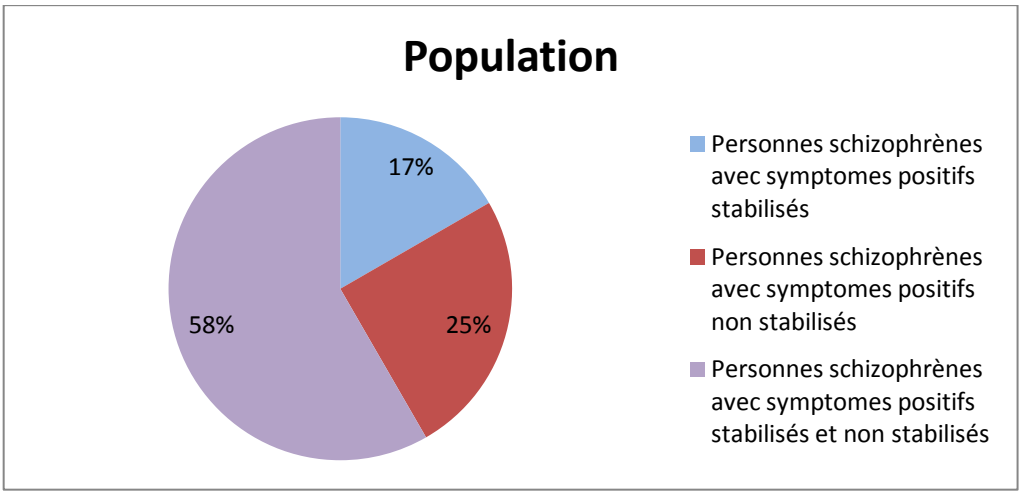
6) Depuis quand les proposez-vous ?



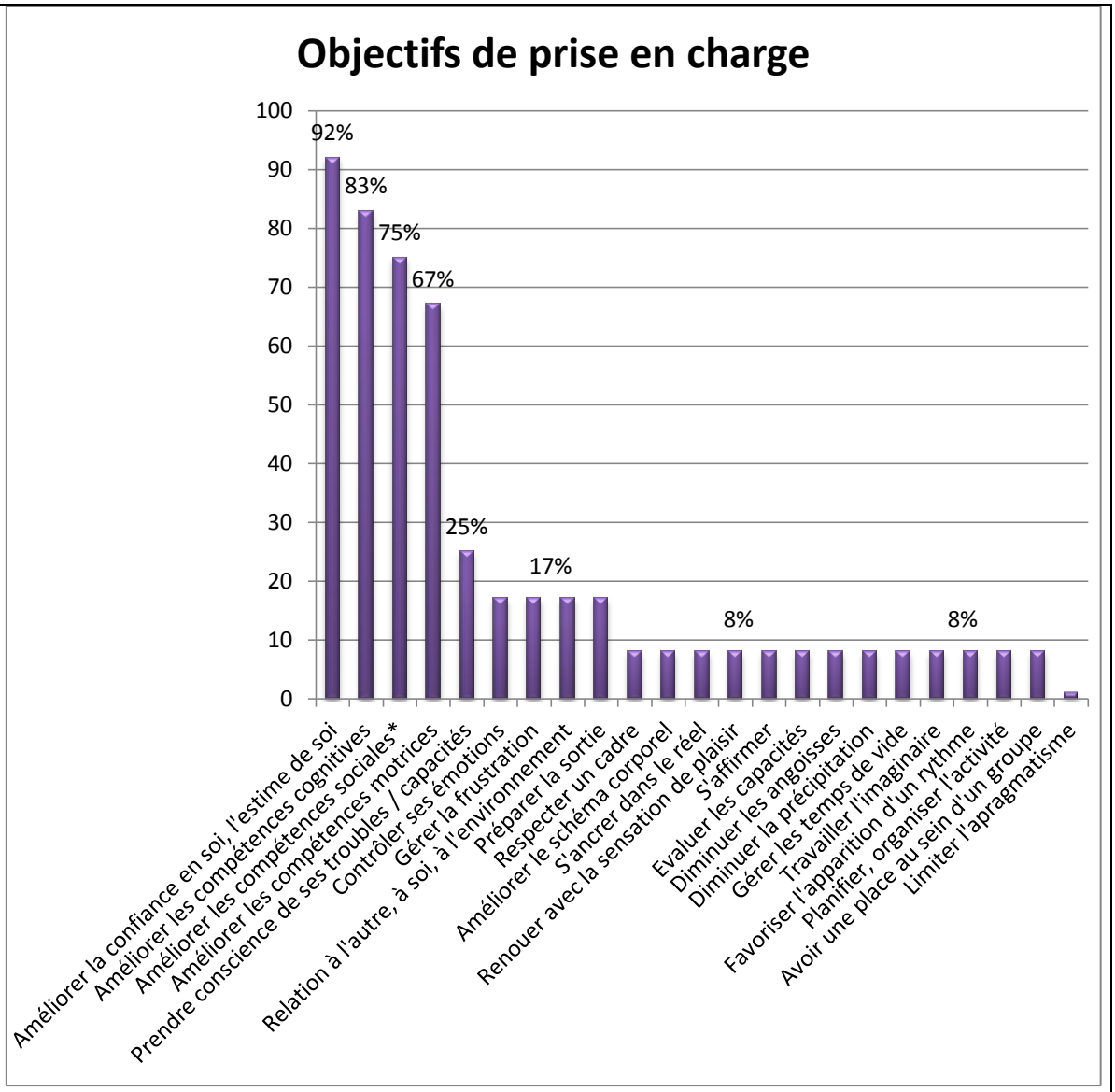
7) Vous proposez ces activités :



8) A qui les proposez-vous ?



9) Quels sont vos objectifs de prise en charge lorsque vous proposez des activités créatives aux personnes schizophrènes ?

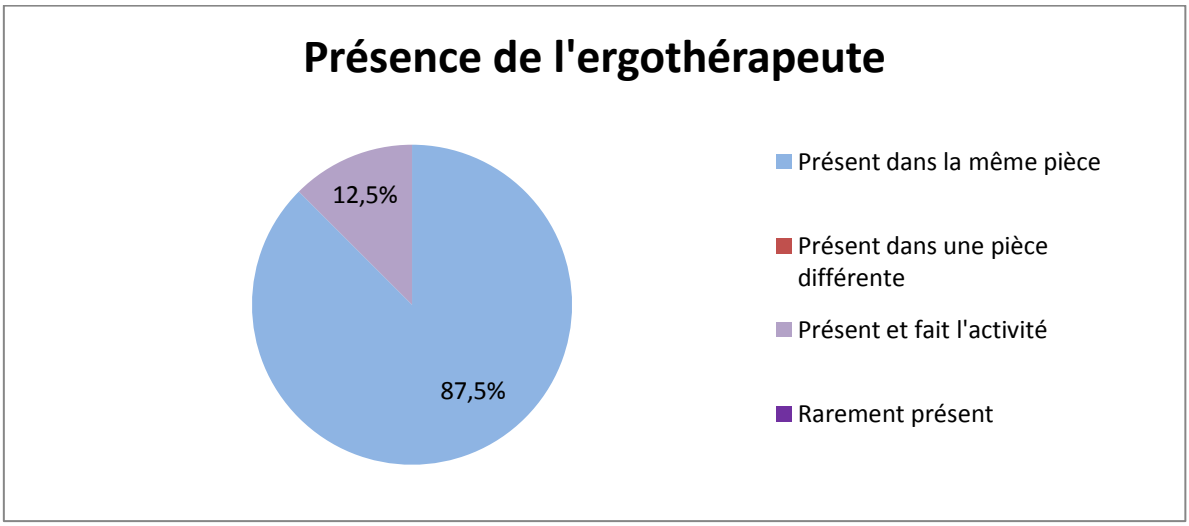


*Compétences sociales travaillées en prise en charge

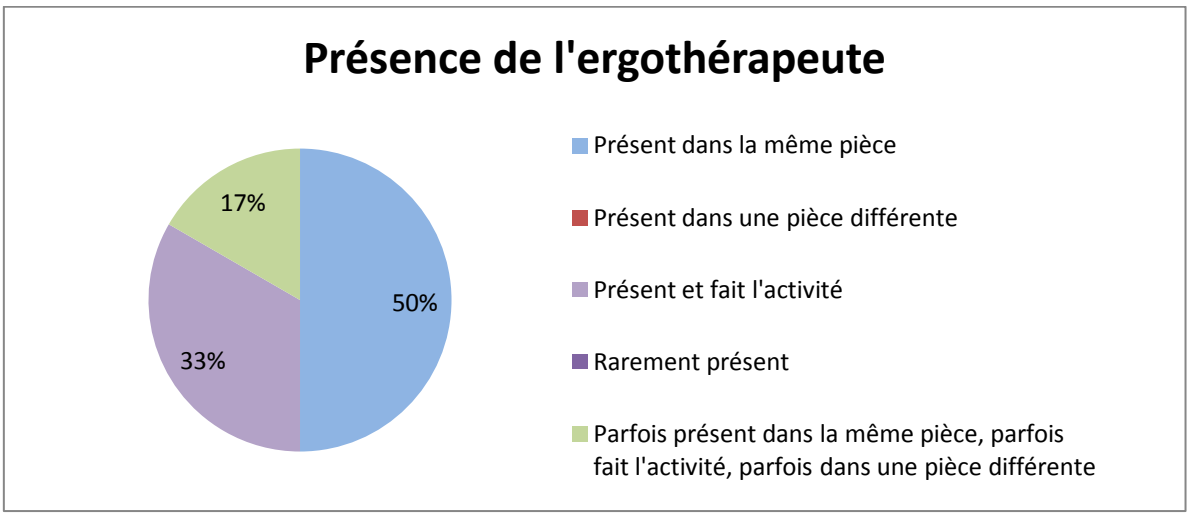
Améliorer la communication verbale	Conscience de l'autre
Affirmation de soi	Positionnement dans un groupe
Ecoute de l'autre	respect des distances interpersonnelles
Intégration dans un groupe	Avoir un comportement adapté en groupe
Etre avec les autres	Respect des règles de vie en société
Initier les échanges	Développer des capacités pour établir des
Gestion des états émotionnels	relations

Relation patient - ergothérapeute

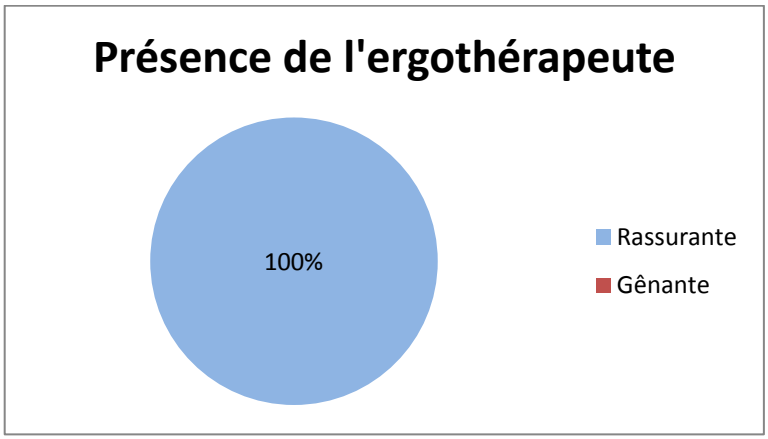
11) **[Patients]** L'ergothérapeute est-il présent pendant que vous réalisez les activités?



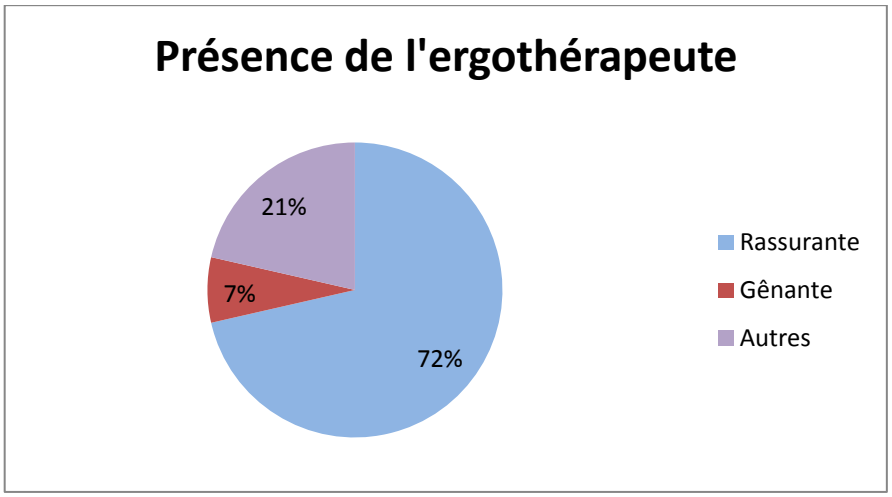
[Ergothérapeutes] Comment gérez-vous votre présence auprès des patients lorsqu'ils réalisent les activités ?



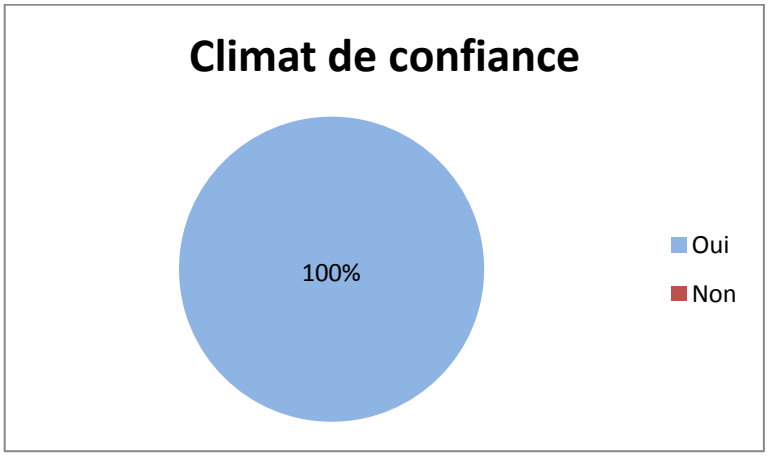
12) **[Patients]** Si l'ergothérapeute est présent, comment le percevez-vous ?



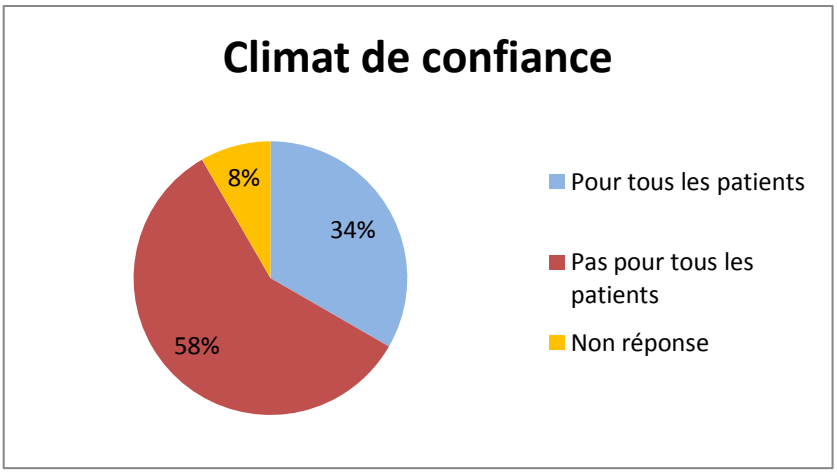
[Ergothérapeutes] Comment pensez-vous que les patients perçoivent votre présence ?



13) **[Patients]** L'ergothérapeute vous encourage-t-il souvent lors de vos activités ?

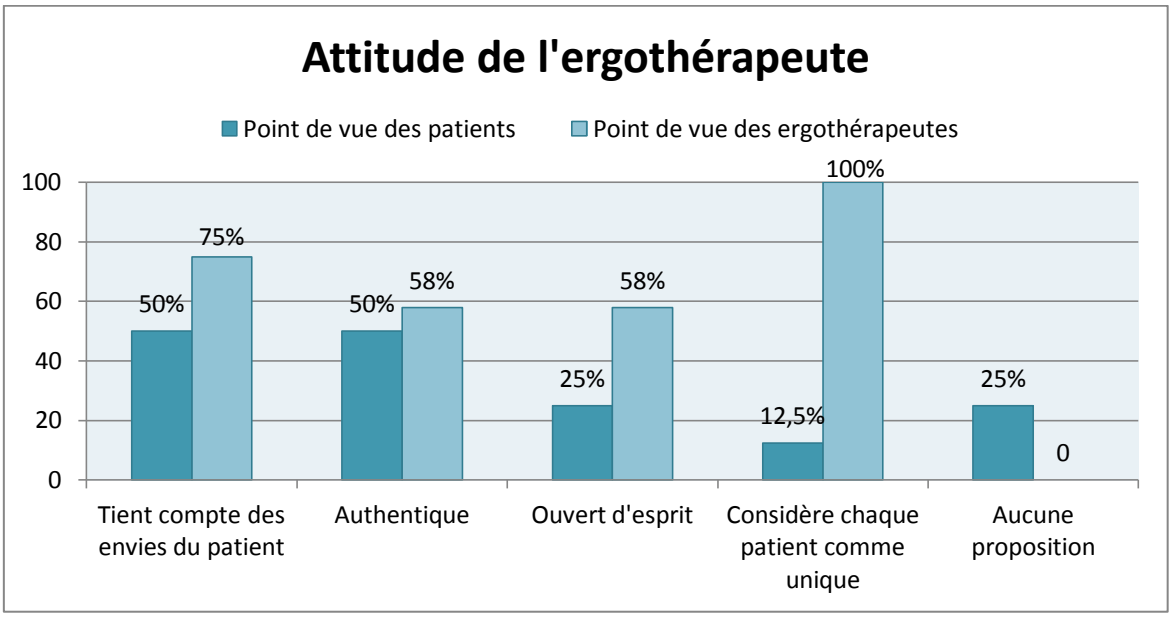


[Ergothérapeutes] En vous appuyant sur votre expérience, êtes-vous optimiste concernant les capacités d'adaptation de vos patients ?



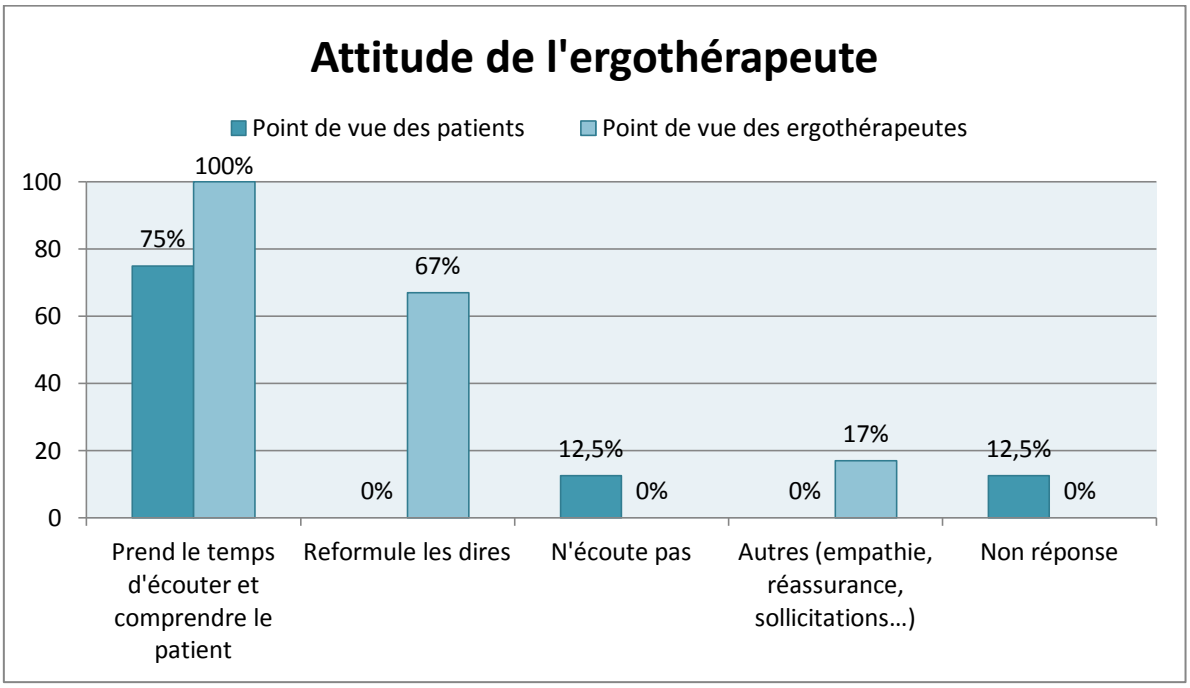
14) **[Patients]** Pensez-vous que l'ergothérapeute :

[Ergothérapeutes] Pensez-vous :



15) **[Patients]** Pensez-vous que l'ergothérapeute :

[Ergothérapeutes] Pensez-vous que :



TABLEAUX CROISES

L'authenticité de l'ergothérapeute (selon le point de vue des patients) par rapport au type de prise en charge

L'ergothérapeute est-il authentique ?	Oui	Non
Prise en charge en groupe	2/6 → **33%**	4/6 → 67%
Prise en charge individuelle	3/3 → **100%**	0/3 → 0%

(Total égal à 9 personnes : 5 en groupe, 2 en individuel et une en groupe et en individuel)

La prise en compte des envies du patient par l'ergothérapeute (selon le point de vue des patients) par rapport au type de prise en charge

L'ergothérapeute tient-il compte des envies du patient ?	Oui	Non
Prise en charge en groupe	2/6 → **33%**	4/6 → 67%
Prise en charge individuelle	2/3 → **67%**	1/3 → 33%

(Total égal à 9 personnes : 5 en groupe, 2 en individuel et une en groupe et en individuel)

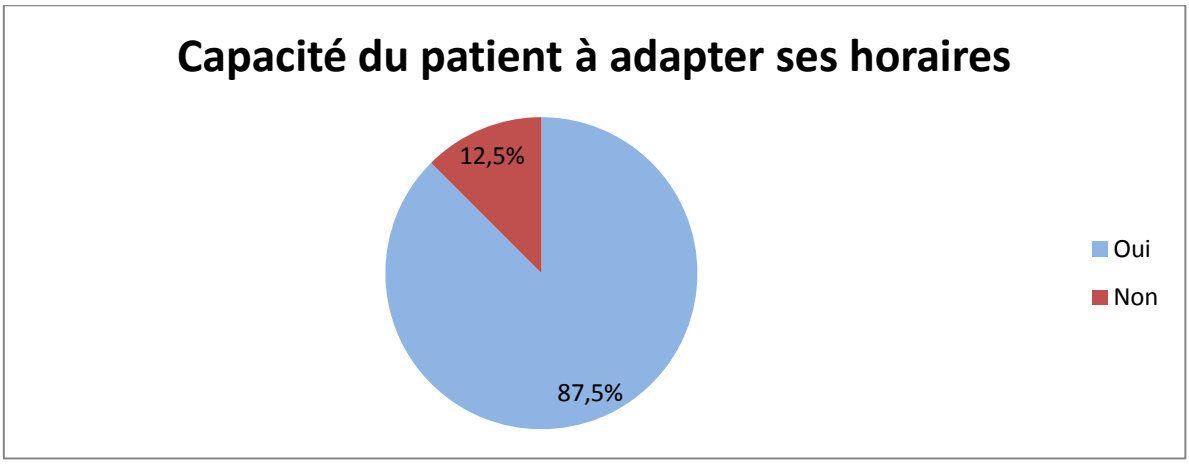
L'écoute et la compréhension du patient par l'ergothérapeute (selon le point de vue des patients) par rapport au type de prise en charge

L'ergothérapeute prend-il le temps d'écouter et comprendre le patient?	Oui	Non
Prise en charge en groupe	4/6 → **67%**	2/6 → 33%
Prise en charge individuelle	3/3 → **100%**	0/3 → 0%

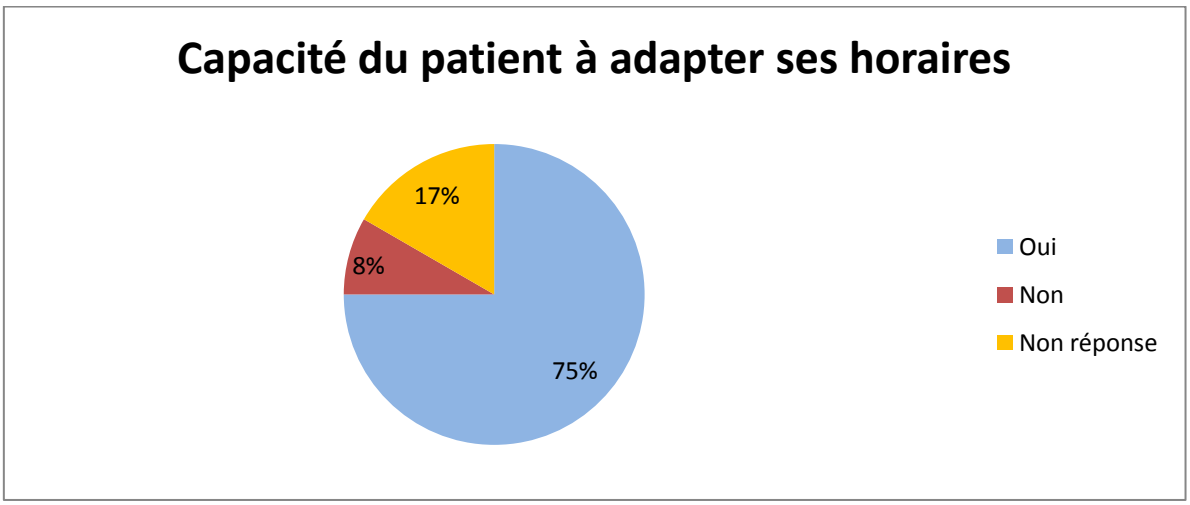
(Total égal à 9 personnes : 5 en groupe, 2 en individuel et une en groupe et en individuel)

Les activités créatives

16) **[Patients]** Pour pouvoir venir aux activités, êtes-vous prêt à adapter vos horaires et votre journée ?

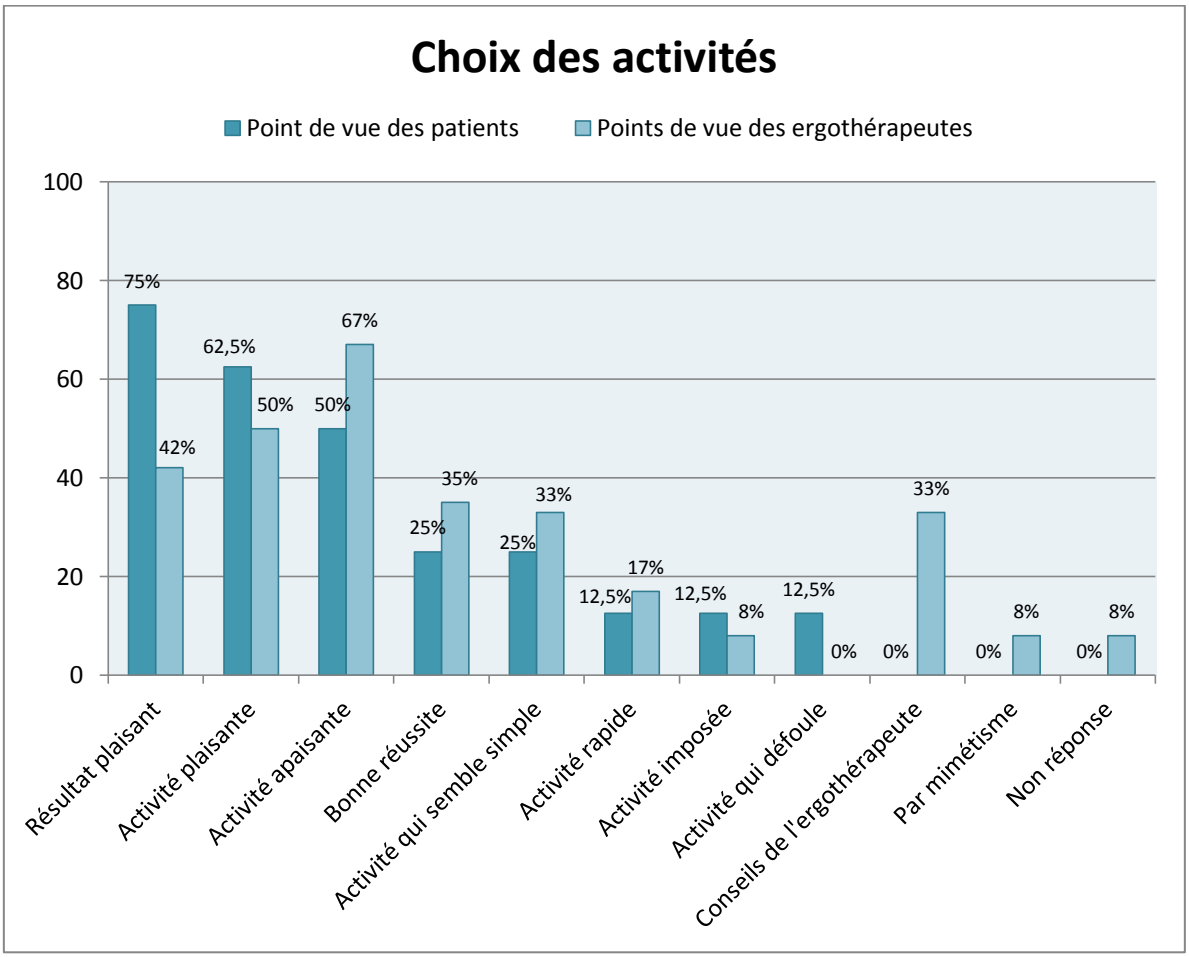


[Ergothérapeutes] Pour pouvoir venir aux activités, les patients sont-ils prêts à adapter leurs habitudes de vie (horaires, activités quotidiennes…)

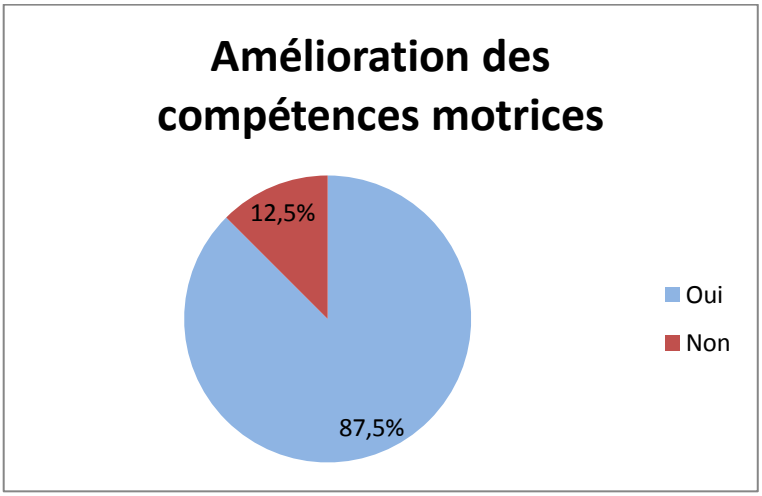


17) **[Patients]** Vous choisissez une activité créative en particulier car :

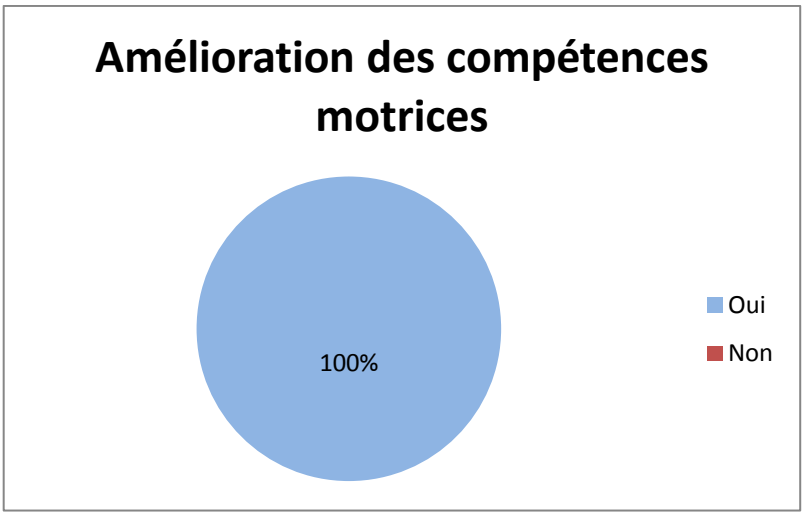
[Ergothérapeutes] Vous pensez qu'ils choisissent une activité créative en particulier car :



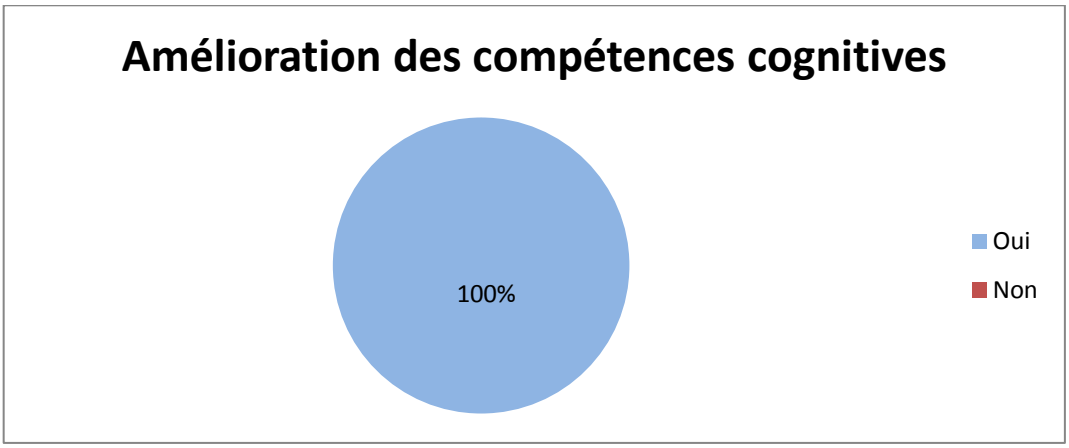
18) **[Patients]** Pensez-vous que les activités créatives vous permettent d'améliorer vos capacités motrices (gestes plus fins, précis…) ?



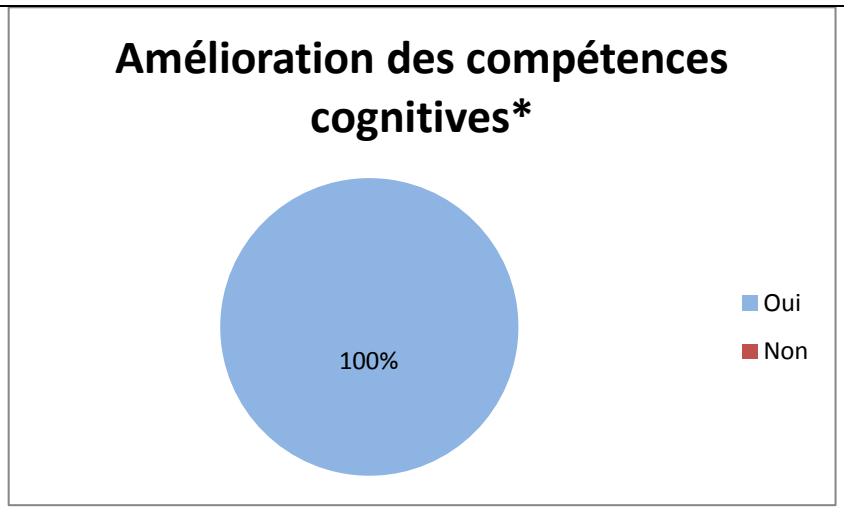
[Ergothérapeutes] Pensez-vous que les activités créatives leur permettent d'améliorer leurs compétences motrices ?



19) **[Patients]** Pensez-vous que les activités créatives vous permettent d'améliorer vos capacités de concentration ?



[Ergothérapeutes] Pensez-vous que les activités créatives leur permettent d'améliorer leurs compétences cognitives ? Si oui, lesquelles ?

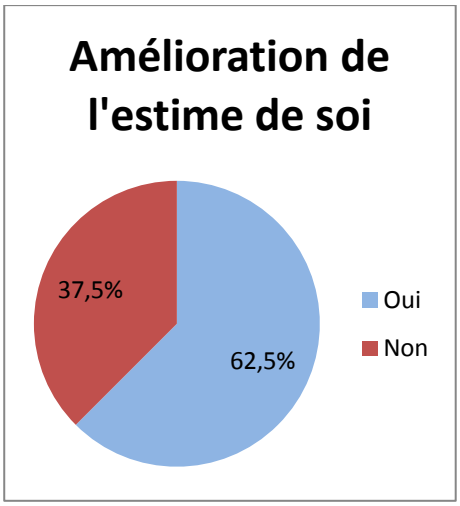


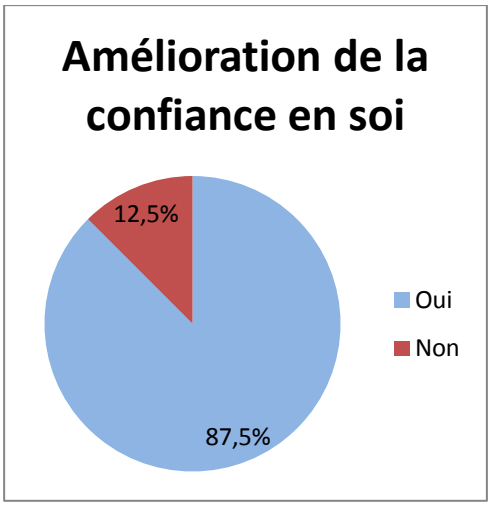
*Compétences cognitives améliorées :

- Concentration
- Mémoire
- Résolution de problèmes
- Orientation spatiale
- Concentration
- Stabilité
- Attention
- Praxies
- Planification, organisation
- Jugement
- Présence à la réalité
- Fonctions exécutives

20) **[Patients]** Pensez-vous que les activités créatives vous permettent d'améliorer :

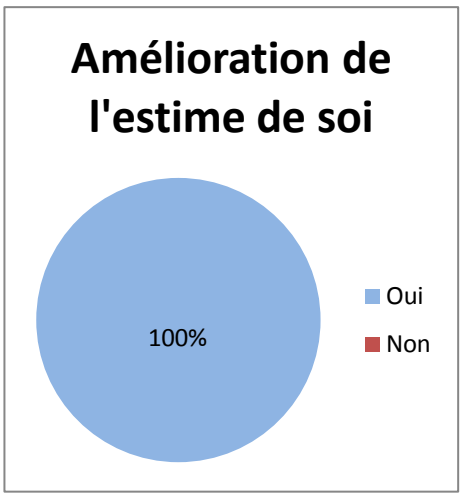
- votre estime de vous-même ?
- votre confiance en vous ?



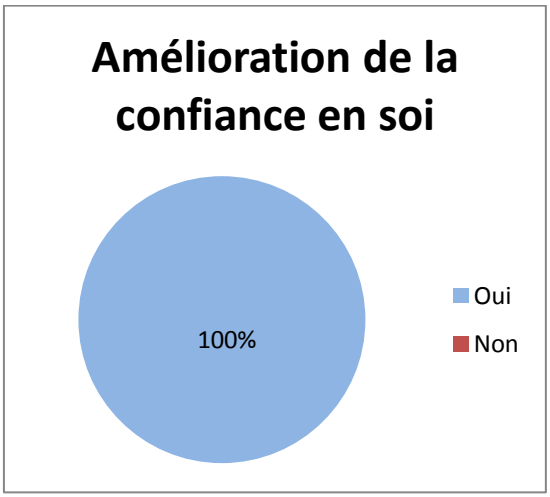


[Ergothérapeutes] Pensez-vous que les activités créatives leur permettent d'améliorer :

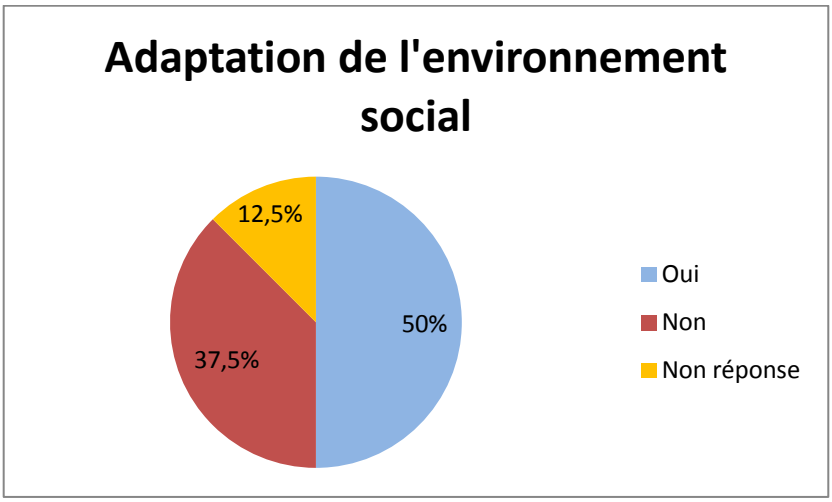
- leur propre estime ?



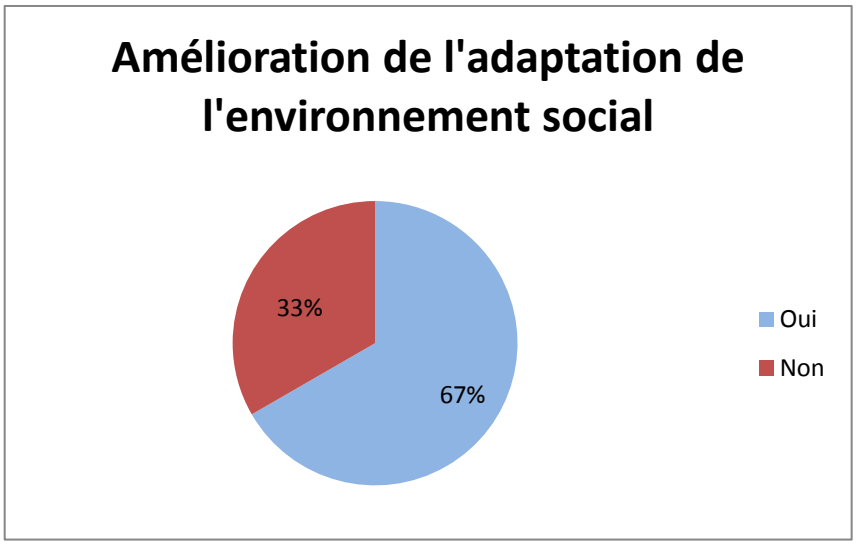
- leur confiance en eux ?



21) **[Patients]** La pratique d'activités créatives vous a-t-elle permis de mieux vous adapter à votre environnement social ?

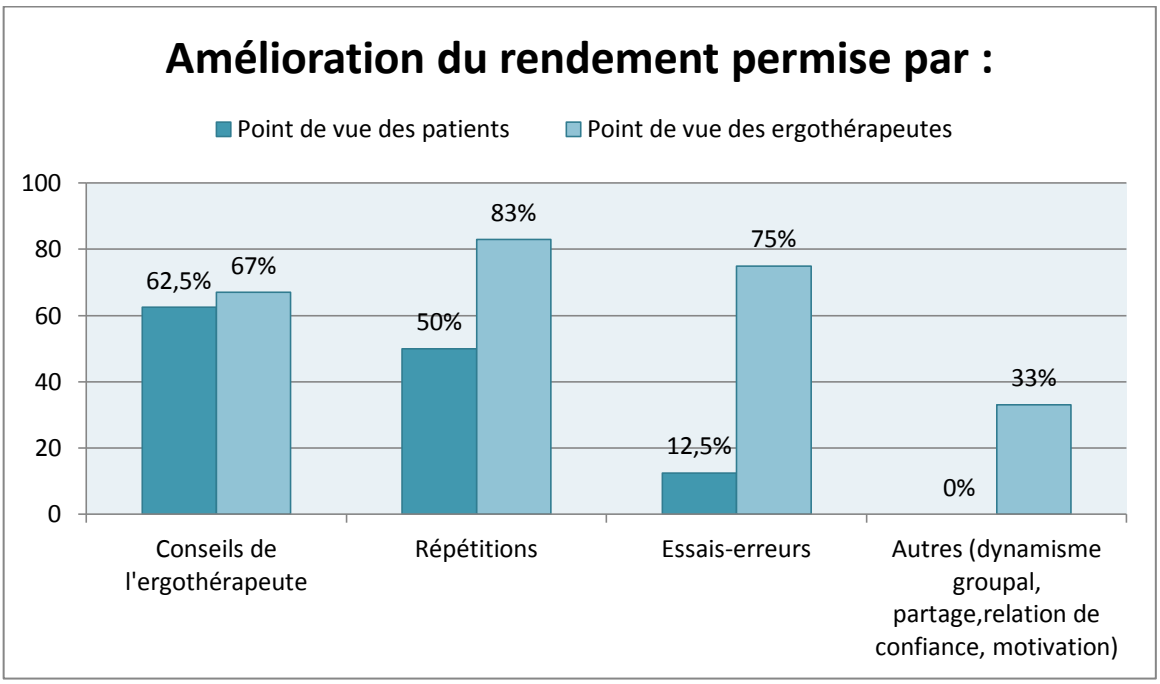


[Ergothérapeutes] La réalisation d'activités créatives leur a-t-elle permis une meilleure adaptation à leur environnement social ?



22) **[Patients]** Qu'est-ce qui vous aide à améliorer vos capacités lors des activités créatives ?

[Ergothérapeutes] Qu'est-ce qui, selon vous, favorise l'amélioration de leurs compétences ?



TABLEAUX CROISES

L'amélioration de l'estime de soi (selon le point de vue des patients) par rapport au type de prise en charge

Le patient a-t-il amélioré l'estime de lui-même grâce à la pratique des activités ?	Oui	Non
Prise en charge en groupe	3/6 → **50%**	3/6 → 50%
Prise en charge individuelle	3/3 → **100%**	0/3 → 0%

(Total égal à 9 personnes : 5 en groupe, 2 en individuel et une en groupe et en individuel)

L'amélioration de l'estime de soi (selon le point de vue des patients) par rapport à l'ancienneté de la pratique des activités créatives

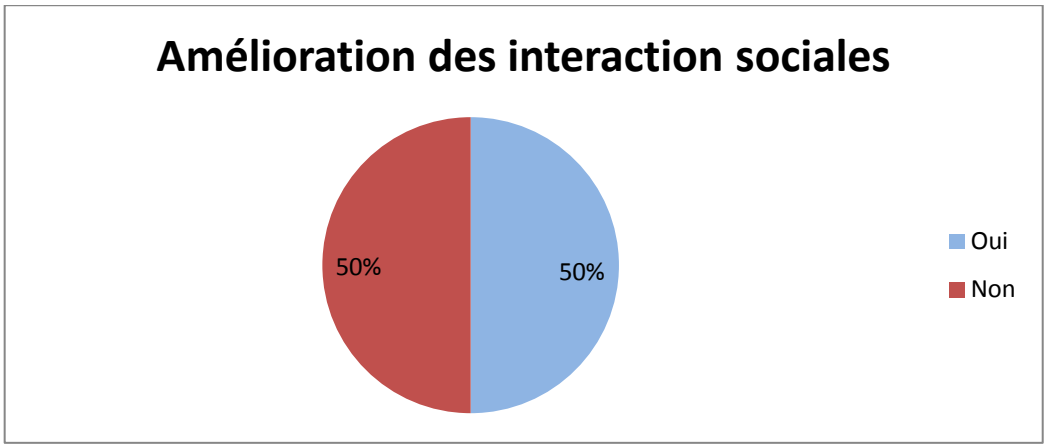
Le patient a-t-il amélioré l'estime de lui-même grâce à la pratique des activités ?	Oui	Non
Pratique les activités depuis moins de un an	1/3 → **33%**	2/3 → 67%
Pratique les activités depuis plus de un an	4/5 → **80%**	1/5 → 20%

L'amélioration de l'adaptation à l'environnement social extérieur (selon le point de vue des patients) par rapport à l'ancienneté de pratique des activités

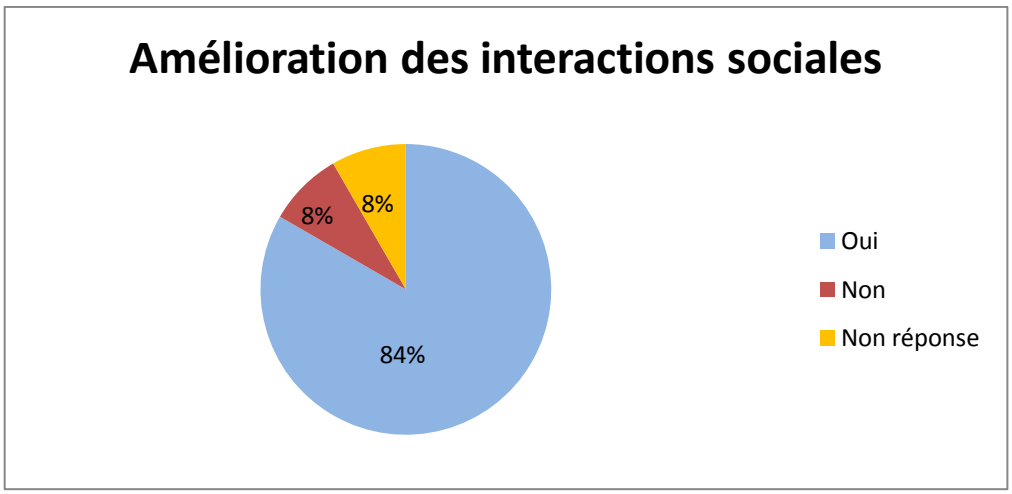
Le patient a-t-il amélioré l'adaptation à son environnement social grâce à la pratique des activités ?	Oui	Non	Non réponse
Pratique les activités depuis moins de un an	0/3 → **0%**	2/3 → 67%	1/3 → 33%
Pratique les activités depuis plus de un an	4/5 → **80%**	1/5 → 20%	0 → 0%

Activités créatives et relations sociales

23) **[Patients]** Pensez-vous que depuis que vous pratiquez les activités créatives, vous échangez plus facilement avec les autres personnes ?

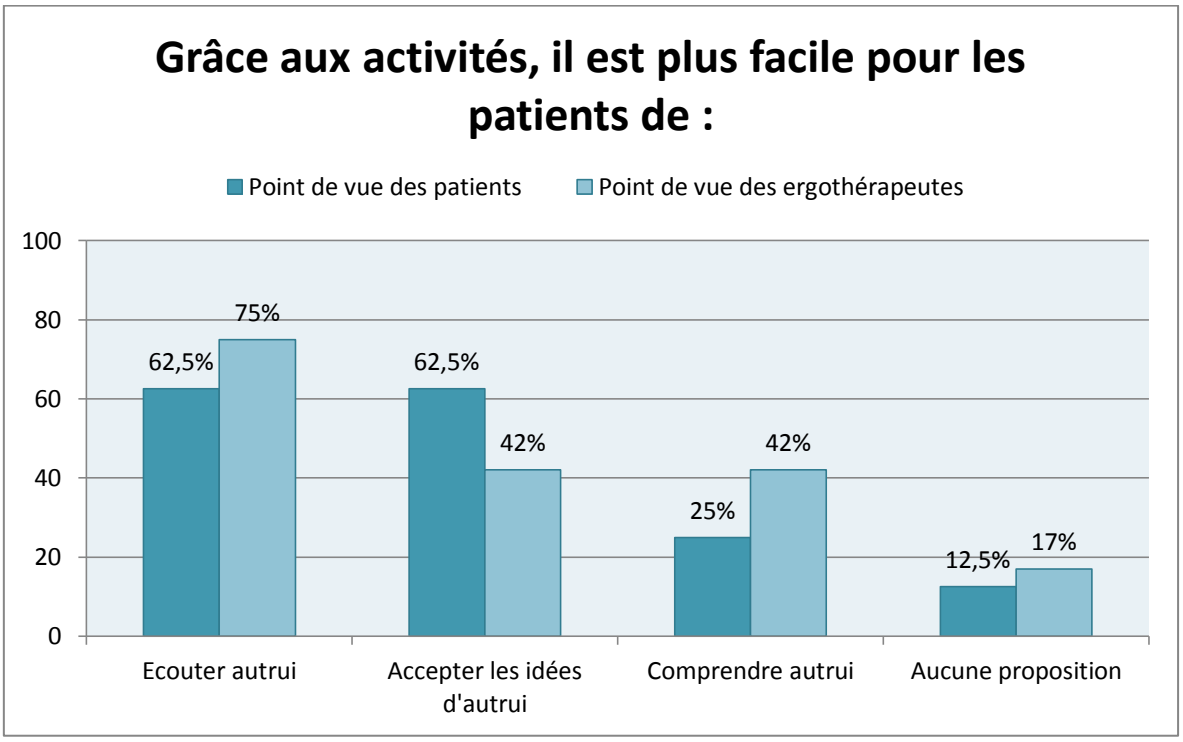


[Ergothérapeutes] Pensez-vous que grâce à la pratique des activités créatives, les patients sont davantage en interaction entre eux ?



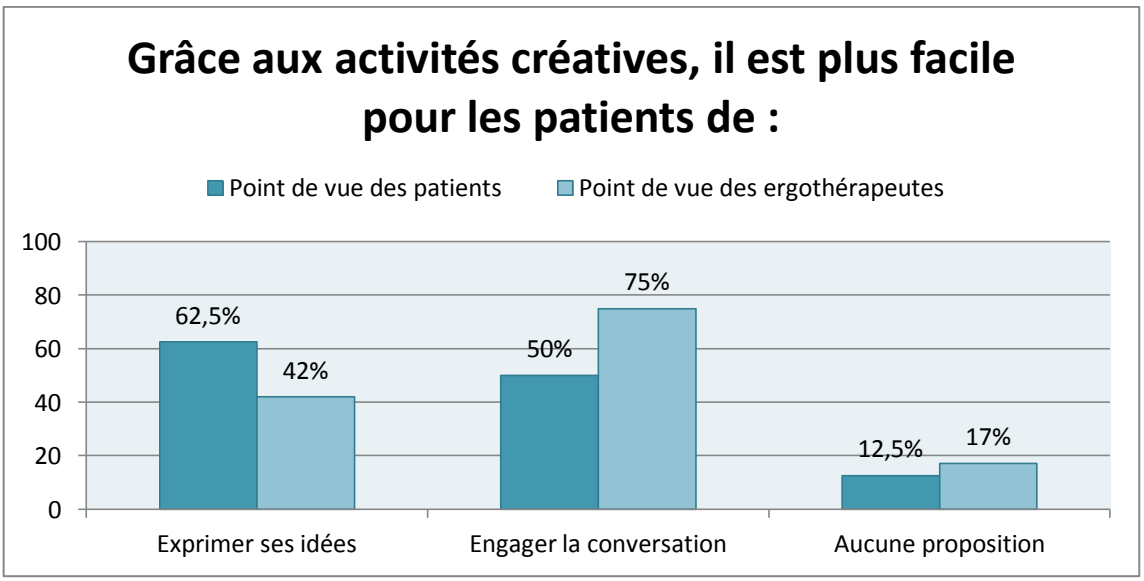
24) **[Patients]** Depuis que vous pratiquez les activités créatives, vous arrivez davantage à :

[Ergothérapeutes] Depuis qu'ils pratiquent les activités créatives, ils arrivent davantage à:



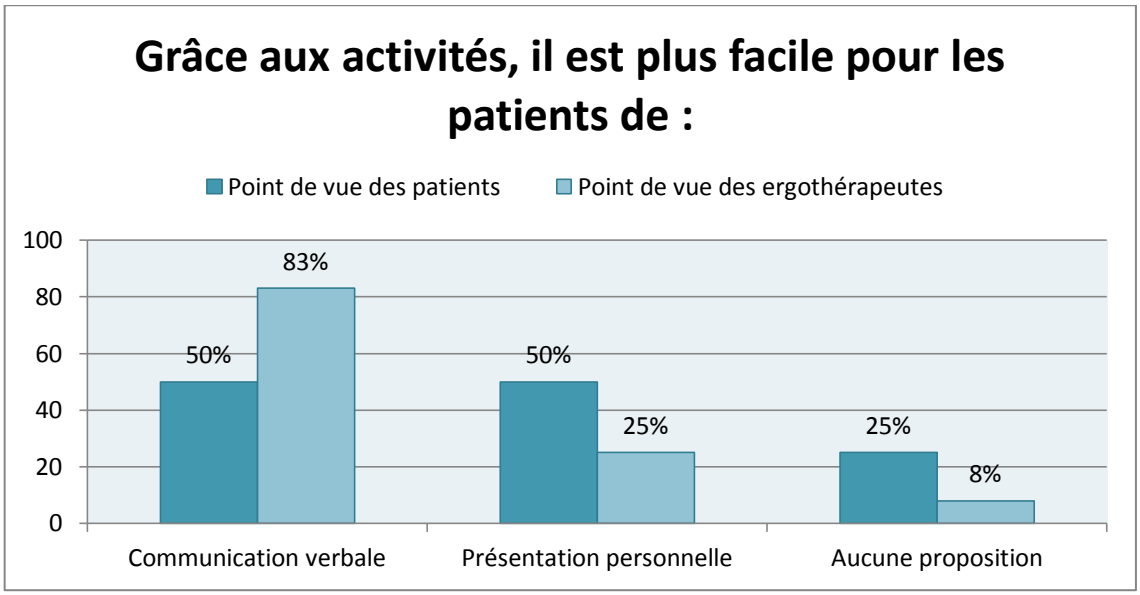
25) **[Patients]** Depuis que vous pratiquez les activités créatives, il vous est plus facile :

[Ergothérapeutes] Pensez-vous que depuis qu'ils pratiquent les activités créatives, il leur est plus facile



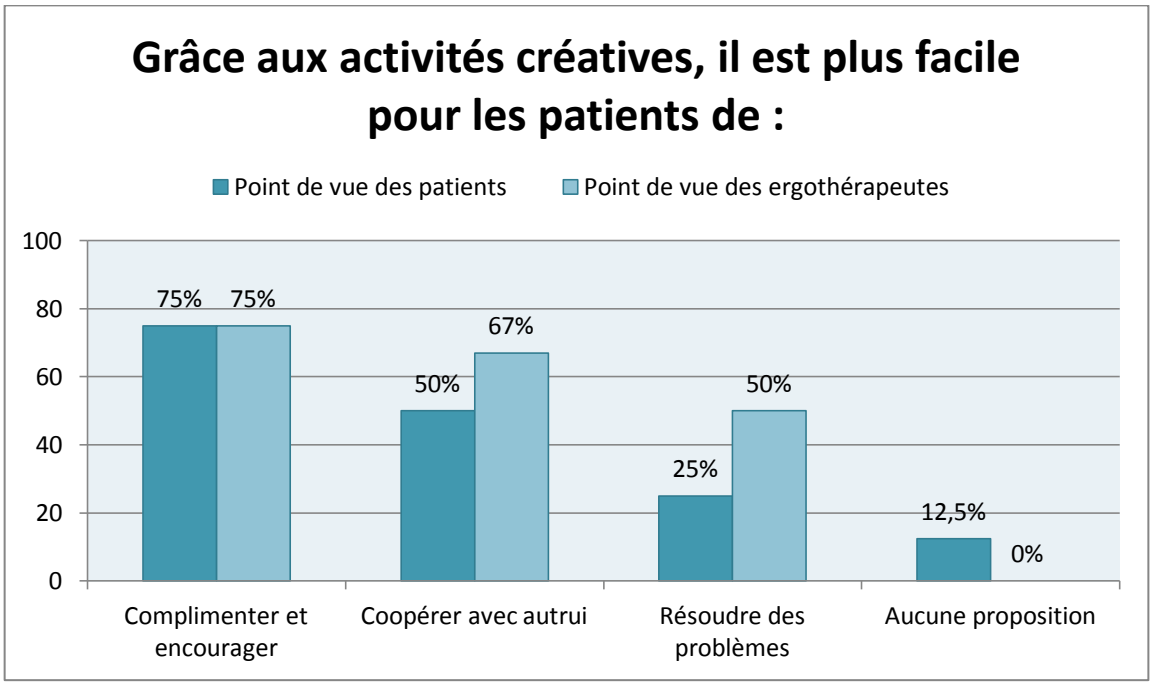
26) **[Patients]** Grâce à la pratique des activités créatives, vous pensez avoir amélioré :

[Ergothérapeutes] Grâce à la pratique des activités créatives, pensez-vous qu'ils aient amélioré :

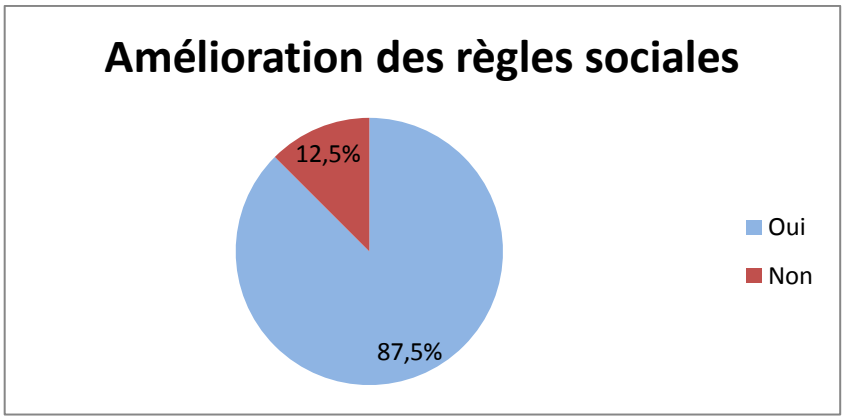


27) **[Patients]** Grâce à la pratique d'activités créatives, vous êtes davantage capable de :

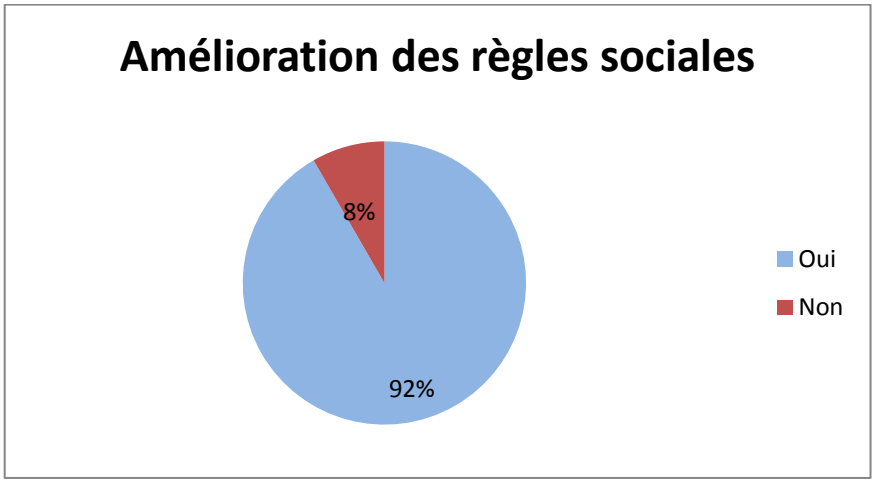
[Ergothérapeutes] Grâce aux activités créatives, pensez-vous qu'ils sont davantage capables de :



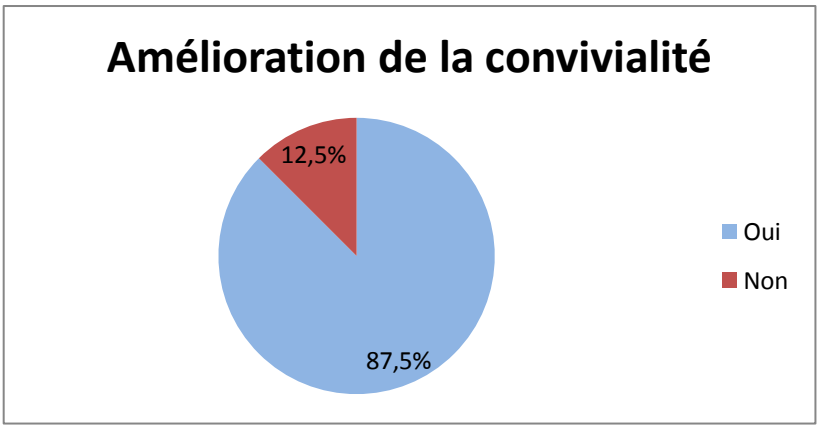
28) **[Patients]** Pensez-vous que la pratique des activités créatives vous a permis de mieux comprendre les règles sociales (règles de politesse, conduites sociales…) ?



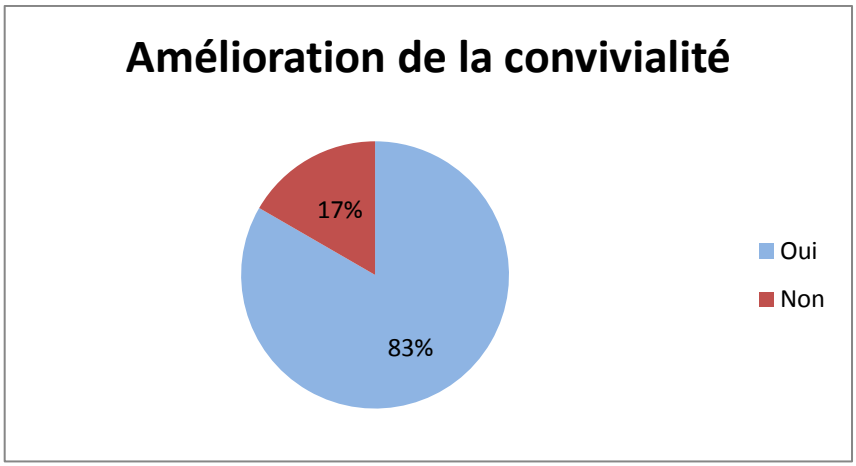
[Ergothérapeutes] Pensez-vous que la pratique des activités créatives leur a permis de mieux comprendre les règles sociales (règles de politesse, conduites sociales…) ?



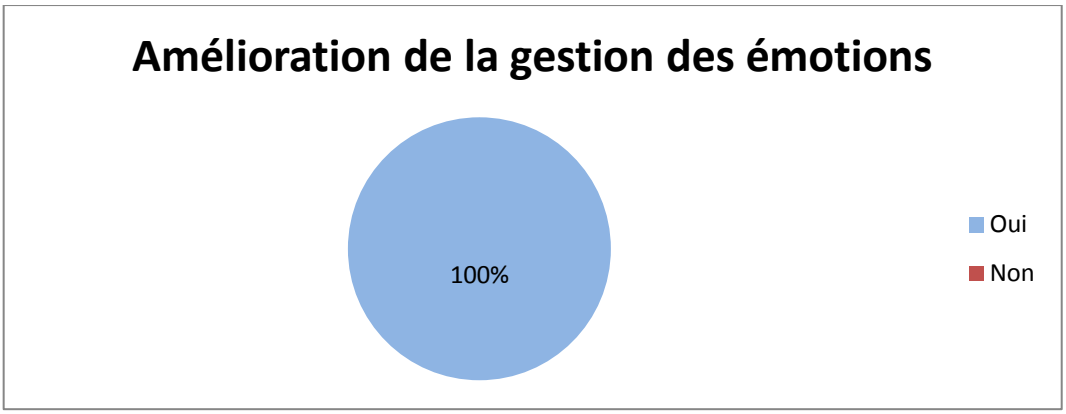
29) **[Patients]** Pensez-vous que grâce à la pratique de ces activités vous appréciez davantage partager des moments agréables en groupe ?



[Ergothérapeutes] Pensez-vous qu'ils apprécient davantage la convivialité (partager des moments agréables en groupe) ?



30) **[Patients]** Pensez-vous que la pratique des activités créatives vous a permis d'apprendre à mieux vous contrôler et gérer vos émotions ?



[Ergothérapeutes] Pensez-vous que la pratique des activités créatives leur ont permis d'apprendre à mieux se contrôler et gérer leurs émotions ?

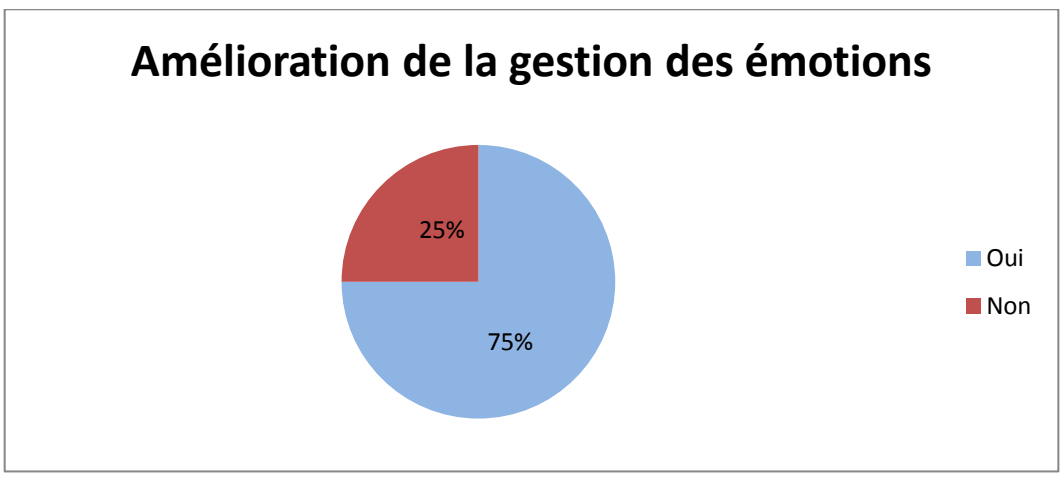


TABLEAU CROISE

Amélioration de la facilité à exprimer ses idées (selon le point de vue des patients) par rapport au type de prise en charge

Le patient a-t-il plus de facilité pour exprimer ses idées grâce à la pratique des activités ?	Oui	Non
Prise en charge en groupe	3/6 → **50%**	3/6 → 50%
Prise en charge individuelle	3/3 → **100%**	0/3 → 0%

(Total égal à 9 personnes : 5 en groupe, 2 en individuel et une en groupe et en individuel)

CLASSEMENTS

10) **[Patients]** Voici des difficultés relationnelles que vous rencontrez peut-être et qui peuvent vous gêner dans la vie quotidienne. Classez celles que vous rencontrez, de la plus gênante à la moins gênante pour vous :

[Ergothérapeutes] Voici une liste de difficultés relationnelles que des personnes schizophrènes peuvent rencontrer dans leur vie quotidienne. Classez-les, selon vous, de la plus gênante (n°1) à la moins gênante (n°5) pour eux :

31) **[Patients]** Finalement, quelles compétences sociales les activités créatives vous ont-elles permis d'améliorer ? Classez ces compétences selon leur degré d'amélioration.

[Ergothérapeutes] Classez, selon vous, ces compétences sociales selon leur degré d'amélioration grâce aux activités créatives ? (Valeur 1 : le plus amélioré, valeur 5 : le moins amélioré)

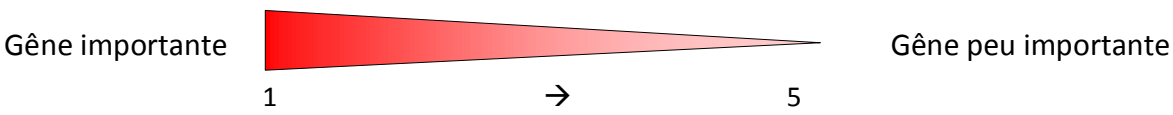
Difficultés sociales	Résolution de problèmes	Communication verbale, non verbale	Présentation personnelle	Contrôle de soi	Ecoute et compréhension d'autrui
Importance de la gêne	1	2	3	4	5
Degré d'amélioration	1	4	3	5	2

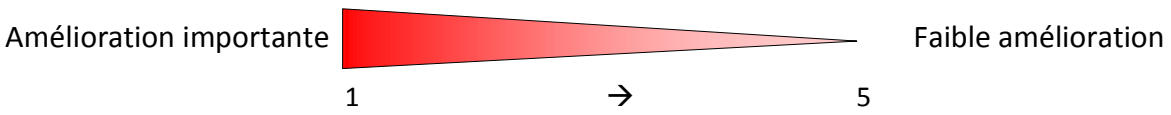
Classement des difficultés sociales rencontrées par les personnes schizophrènes selon leur degré de gêne, puis d'amélioration permise par les activités créatives. Point de vue des patients

Difficultés sociales	Communication verbale, non verbale	Ecoute et compréhension d'autrui	Résolution de problèmes	Présentation personnelle	Contrôle de soi
Importance de la gêne	1	2	3	4	5
Degré d'amélioration	1	3	2	4	5

Classement des difficultés sociales rencontrées par les personnes schizophrènes selon leur degré de gêne puis d'amélioration, permise par les activités créatives. Point de vue des ergothérapeutes

Légende :





Résumé

Introduction : Les activités créatives sont régulièrement utilisées en ergothérapie, auprès de personnes schizophrènes pouvant avoir des difficultés sociales. L'objectif de cette étude était de déterminer comment, par les activités créatives, l'ergothérapeute contribue à l'amélioration des relations sociales de ces personnes.

Méthode : Une étude expérimentale et quantitative a été réalisée. Deux questionnaires ont été créés et envoyés par mail : un pour les ergothérapeutes et un pour les patients schizophrènes. Les données ont ensuite été analysées à l'aide du logiciel Sphinx.

Résultats : Huit patients et douze ergothérapeutes ont répondu. Les activités créatives étaient fréquemment utilisées, notamment en groupe. Les ergothérapeutes disaient avoir une attitude empathique envers leurs patients, et prendre en compte leurs envies. De plus, de nombreuses compétences sociales étaient améliorées par les activités créatives, mais cette amélioration ne permettait pas une meilleure adaptation à leur environnement social extérieur au lieu de prise en charge.

Conclusion : La pratique des activités créatives et l'Approche Centrée sur la Personne de l'ergothérapeute, permettent donc une amélioration des compétences sociales des personnes schizophrènes. Mais cette pratique doit sans doute être complétée par d'autres prises en charge, afin de transposer cette amélioration à l'environnement social extérieur.

Mots clés : Activités créatives, Ergothérapie, Schizophrénie, Relations sociales

Abstract

Introduction: Creative activities are often used by occupational therapists, with patients suffering from schizophrenia. These people can have difficulties in their social relationships. The aim of the study was to determine how, with creative activities, occupational therapists contribute to improve these patients' social relationships.

Methods: An experimental and quantitative study was realized. Two questionnaires were created and sent by e-mail: one for occupational therapists and one for patients suffering from schizophrenia. Data were analyzed with the Sphinx software.

Results: Eight patients and twelve occupational therapists responded. Creative activities were regularly used, especially in group. Occupational therapists said that they had an empathic attitude with their patients and took their desires into account. Moreover, plenty of social skills were improved by creative activities, but this improvement didn't enable a better adaptation to the social environment outside the care home.

Conclusion: The practice of creative activities and the occupational therapists' patient-centered approach allow to improve social skills. But this practice needs to be completed by other therapies to transpose social skills to the patient's external social environment.

Key words: Creative activities, Occupational therapy, Schizophrenia, Social relationships