

L'accompagnement à la participation sociale des personnes vivant avec une schizophrénie : leur motivation et la construction de leur relation avec l'ergothérapeute

Océane Fulcrand

▶ **To cite this version:**

Océane Fulcrand. L'accompagnement à la participation sociale des personnes vivant avec une schizophrénie : leur motivation et la construction de leur relation avec l'ergothérapeute. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03279288

HAL Id: dumas-03279288

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03279288

Submitted on 24 Aug 2021

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

Faculté des sciences médicales et paramédicales
Ecole des sciences de la réadaptation
Formation Ergothérapie

Océane FULCRAND

Dossier UE 6.5 S6 : Mémoire d'initiation à la recherche

20 Mai 2021

L'accompagnement à la participation sociale des personnes vivant avec une schizophrénie : leur motivation et la construction de leur relation avec l'ergothérapeute

Sous la direction de Catheline BLANC, directrice de mémoire et Myriam BREMOND, référente professionnelle

Diplôme d'Etat d'Ergothérapie

Remerciements

Je tiens à remercier ma directrice de mémoire, Madame Catheline BLANC, pour son aide, sa disponibilité et ses divers conseils.

Je remercie ma référente professionnelle et tutrice de stage, Madame Myriam BREMOND, pour son accompagnement, ses conseils, sa bienveillance, sa réactivité et sa disponibilité tout au long de ce travail de recherche.

Je remercie tous les professionnels ayant participé à ce travail, ceux qui étaient présent pour leurs conseils, leur savoir et le temps qu'ils y ont accordé.

Je voudrais remercier les formateurs de l'institut de formation en ergothérapie de Marseille pour leur accompagnement, leurs conseils, leur savoir et leur soutien durant les trois années. J'ai beaucoup évolué et vous m'avez apporté tant professionnellement que personnellement. Merci particulièrement à Monsieur Julien PAVE, mon référent pédagogique.

Je remercie mon groupe de mémoire pour leur aide, leurs conseils et leur écoute tout le long de ce travail.

Je tiens à remercier mes amies Jeanne, Atty, Emilie et Chloé. Merci pour votre soutien, votre aide, votre humeur, votre joie de vivre et votre amitié.

Un grand merci à mon compagnon pour son soutien, ses précieux conseils et sa grande attention, sans qui je ne serais pas allée jusqu'au bout de ce travail.

Enfin je remercie ma maman et mes proches pour les relectures et les corrections. Merci pour leurs encouragements, leur patience, leur aide et leurs conseils durant cette formation et la réalisation de ce travail. Ainsi que leur présence, leur soutien et tout l'amour que j'ai pu recevoir.

Table des matières :

1 Introduction 1
1.1 Contexte 1
1.2 Thème général 3
1.2.1 Champs disciplinaires 3
1.2.2 Explication terminologique 4
1.3 Résonance 6
1.3.1 Utilité sociale 6
1.3.2 Enjeux 7
1.4 Revue de littérature 8
1.4.1 Méthodologie 8
1.4.2 Analyse critique 10
1.4.3 Synthèse 19
1.5 Problématique pratique 19
1.6 L'enquête exploratoire 20
1.6.1 Méthodologie pour construire l'enquête exploratoire 20
1.6.2 Résultats de l'enquête exploratoire 23
1.6.3 Analyse critique de l'enquête exploratoire 31
1.7 Question initiale de recherche 32
1.8 Cadre de référence 32
1.9 Question et objet de recherche 43
2 Matériel et méthode 44
2.1 Méthodologie pour construire le dispositif de recherche 44
2.2 Choix de la population cible 45
2.3 Choix de l'outil de recueil de données 45
2.4 Construction de l'outil 46
2.5 Biais de l'outil 47
2.6 Test de faisabilité et validité de l'outil 48
2.7 Déroulement de l'enquête 48
2.8 Choix des outils de traitement et analyse des données 50
3 Résultats 50
3.1 Analyse descriptive 50

3.2 Analyse thématique....51
3.2.1 La naissance d'une relation entre l'ergothérapeute et la personne....51
3.2.2 La représentation de la motivation par l'ergothérapeute dans la schizophrénie....54
3.2.3 Vers une favorisation de la relation et de la motivation chez la personne....57
3.2.4 L'ergothérapeute : sa posture et ses valeurs....59
4 Discussion des données....61
4.1 Interprétation des résultats....61
4.2 Discussion des résultats et critique du dispositif de recherche....66
4.3 Apports, intérêts et limites des résultats pour la pratique professionnelle....68
4.4 Propositions et transférabilité pour la pratique professionnelle....69
4.5 Perspectives de recherche et ouverture....69
Bibliographie....71
Annexes....76

1 Introduction

1.1 Contexte

Le thème qui va être développé pour cette étude émerge d'un questionnement en rapport avec des reportages documentaires, des cours médicaux d'ergothérapie lors de la formation et d'une expérience de stage.

En effet, les caractéristiques de la schizophrénie, les difficultés dans la vie quotidienne, l'image de la société et les difficultés de participation sociale sont des notions qui interrogent. Les personnes atteintes d'une schizophrénie sont-ils dans une acceptation de leur maladie ? Quels moyens existent-ils pour réintégrer ces personnes dans une vie sociale ? Comment se déroule le suivi de ces personnes après leur hospitalisation complète ? Les personnes ont-elles toutes les chances de se réintégrer dans la société hors institution ? Quel rôle joue la société autour de ce public ? La population générale est-elle suffisamment informée de la maladie ?

Selon l'Inserm, la schizophrénie touche environ 1% de la population mondiale dont 600 000 en France (1). La maladie est classée en tant que psychose dans le DSM-IV[1] (2). Elle débute entre 15-30 ans et c'est une pathologie évolutive (3). La schizophrénie se montre complexe, elle se présente sous différentes formes et se manifeste par de nombreux symptômes hétérogènes et évoluant (4). Les symptômes les plus invalidants sont le retrait social et les difficultés cognitives dont la cognition sociale (1). Cette maladie m'interpelle d'autant plus car la société est peu informée et les personnes atteintes d'une schizophrénie semblent peu acceptées et reconnues par la population (5).

Selon l'HAS[2], les premières manifestations de la maladie se font chez les hommes. La maladie présente des symptômes négatifs, positifs et dissociatifs, ceux-ci amènent la maladie vers un handicap social important (6).

L'HAS met en place de nombreuses recommandations pour la prise en soin des personnes atteintes d'une schizophrénie (7). Malgré cela, la maladie présente un réel problème pour ces personnes en terme de participation sociale. En effet, elles sont en restriction de participation notamment dans leurs activités et dans leurs relations sociales (8). Or, ces personnes sont stigmatisées du fait de leur maladie, de la méconnaissance et de la crainte de la population générale (9).

---

[1] Diagnostic and Statistical Manual : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux

[2] Haute Autorité de Santé

Différentes méthodes existent pour accompagner les personnes atteintes d'une schizophrénie et l'une d'elle se nomme la réhabilitation psychosociale. Elle facilite la participation des personnes vivant avec une schizophrénie au sein de la société et dans leurs activités (10).

Il semble intéressant de savoir quelles sont les méthodes de l'ergothérapeute pour la prise en soin des personnes atteintes d'une schizophrénie et quelles sont les effets sur leur vie quotidienne.

Les ergothérapeutes évaluent les capacités de la personne, travaillent autour de thérapies non médicamenteuses et mettent en place des activités en prenant en compte l'environnement de la personne. Ils interviennent de plus en plus dans la participation sociale de celle-ci (11).

D'après le référentiel d'activités et de compétences, ces professionnels ont toute leur place dans l'accompagnement des personnes vivant avec une schizophrénie: « activité 2 : réalisation de soins d'activités à visée de rééducation, réadaptation, réinsertion et réhabilitation sociale », « compétence 2 : concevoir et conduire un projet d'intervention en ergothérapie et d'aménagement de l'environnement », « compétence 3 : mettre en œuvre des activités de soins, de rééducation, de réadaptation, de réinsertion et de réhabilitation psychosociale », enfin, « compétence 6 : conduire une relation dans un contexte d'intervention en ergothérapie » (12).

En ce qui concerne la schizophrénie, ils s'appuient sur un cadre de soins de réhabilitation psycho-sociale qui mène au rétablissement afin de favoriser la participation sociale de la personne (13). Selon Duprez M. (psychiatre), la réhabilitation psychosociale serait un ensemble d'actions menées auprès des personnes atteintes de maladie psychiatrique. Elle faciliterait leur prise d'autonomie et d'indépendance dans la société (14). Nous retrouvons en réhabilitation psychosociale, les méthodes de remédiation cognitive, de psychoéducation et de réentraînement aux habiletés sociales (14). Sa place en ergothérapie se montre importante étant donné que ce processus de soin fait appel au médical et à l'encrage social par l'activité dans l'environnement et l'ergothérapeute fonde sa pratique sur l'interaction personne-activité-environnement. Ici, les objectifs de l'ergothérapeute dans ce domaine sont : valoriser la confiance et l'estime de soi, favoriser la l'insertion et la participation sociale dans la société, améliorer la qualité de vie et renforcer les compétences préservées (13).

Enfin, la notion de rétablissement s'associe à une disparition des signes de la maladie et une insertion sociale satisfaisante (15).

A la suite de ce développement, une interrogation nouvelle émerge sur le sujet :

- Pourquoi la majorité des personnes vivant avec une schizophrénie présente des difficultés de participation sociale malgré l'accompagnement en réhabilitation psychosociale ?

- Quels sont les facteurs qui influent sur la participation sociale des personnes atteintes d'une schizophrénie ?

- Comment la participation sociale est-elle favorisée par la réhabilitation psychosociale ?

1.2 Thème général

Les personnes atteintes d'une schizophrénie peuvent être stabilisés avec des traitements médicamenteux. Cependant, des difficultés peuvent persister et dans ce cas la réhabilitation psychosociale semble importante dans leur accompagnement (16).

Les recherches personnelles, le questionnement et l'échange avec des professionnels permettent de proposer le thème suivant :

La réhabilitation psychosociale auprès des personnes atteintes d'une schizophrénie vers une participation sociale.

Puis une problématique serait :

« En quoi la participation sociale, chez une personne vivant avec une schizophrénie peut-elle être favorisée par le processus de la réhabilitation psychosociale en ergothérapie ? »

1.2.1 Champs disciplinaires

Les champs qui découlent de ce thème sont : la santé mentale, les sciences médicales, la psychiatrie, la sociologie, la santé publique et le psychosocial.

- SANTE MENTALE : ce champ fait référence à la maladie de la schizophrénie et ses différents troubles.
- SCIENCES MEDICALES : décrire les troubles de la maladie pour connaître celle-ci mais également pour analyser ses répercussions.
- PSYCHIATRIE : pour la maladie de la schizophrénie et ses troubles.
- PSYCHOSOCIALE : la prise en soin de la psychose, mettre en lien l'état émotionnel avec la participation sociale des personnes atteintes d'une schizophrénie. Cela correspond à ma thématique, au sujet de la psychose, ses troubles et de la vie sociale.

- SANTE PUBLIQUE : par rapport aux informations scientifiques de l'HAS et ses recommandations sur la prise en soin.
- SOCIOLOGIE : concerne l'impact de la maladie, ses troubles sur la société et la notion de participation.

1.2.2 Explication terminologique

Les termes de ce thème sont : la schizophrénie, la réhabilitation psycho-sociale, la participation sociale et l'ergothérapie.

L'Inserm nous définit la **schizophrénie** comme une psychose d'évolution chronique qui comprend plusieurs symptômes. La maladie se manifeste par des symptômes très variables d'un sujet à un autre, ils peuvent être positifs, négatifs, dissociatifs avec des troubles neurocognitifs et de la cognition sociale (1). S'agissant des symptômes dissociatifs, ils se manifestent par des troubles du cours de la pensée, du langage, de l'affectivité et psychomoteurs. Les symptômes positifs, eux, se traduisent par des hallucinations, des idées délirantes et une désorganisation du langage et du comportement. Enfin, les symptômes négatifs sont un émoussement des affects, une alogie, une anhédonie, un apragmatisme, un trouble de la volition, un désintérêt, une apathie et un retrait social (17). C'est une psychose qui amène à une perte de contact avec la réalité, celle-ci impacte la vie de la personne notamment sa vie sociale (4). Les symptômes provoquent un retentissement sur la capacité d'interaction de l'individu avec autrui et de son environnement. De plus, ils impactent sur leur participation à la vie en société et diminue leur autonomie. Enfin, une personne souffrant d'une schizophrénie présente un accès restreint à la vie émotionnelle et familiale, des difficultés dans les relations interpersonnelles et une diminution de sa qualité de vie (15). Tous ces troubles influent sur la vie quotidienne de ces personnes, leur insertion au sein de la société et leur participation sociale.

Selon Fougeyrollas (philosophe, sociologue et anthropologue), la **participation sociale** se définit comme « une situation qui correspond à la pleine réalisation des habitudes de vie résultants de l'interaction entre les facteurs personnels (déficiences, incapacités et autres caractéristiques personnelles) et environnementaux (facilitateurs et obstacles) » (18). D'autre part, en ergothérapie selon Kielhofner G. (Docteur en ergothérapie et scientifique social), c'est une « occupation humaine qui se présente comme la réalisation d'activités de la vie quotidienne, du travail et des loisirs d'une personne, dans un espace temps délimité, un environnement physique précis et un contexte culturel et social spécifique, la participation est un fondement de

l'ergothérapie et s'appuie sur l'activité » (18). De part ces informations, nous comprenons que les personnes vivant avec une schizophrénie possèdent une faible participation à la vie sociale.

Selon l'ANFE[3], l'**ergothérapie** est une profession qui a pour objectif de :
« Maintenir, restaurer et permettre les activités humaines de manière sécurisée, autonome et efficace. (…) l'ergothérapeute prévient, réduit ou supprime les situations de handicap en tenant compte des habitudes de vie des personnes et de leur environnement, le thérapeute est l'intermédiaire entre les besoins d'adaptation de la personne et les exigences de la vie quotidienne en société. (…) Il guidera les personnes vers l'identification de leurs difficultés, la récupération optimale de leurs capacités fonctionnelles physique et psychiques, l'adaptation à leurs limites et à leur potentiel, ainsi que vers le réinvestissement de leurs activités et rôles sociaux antérieurs. (…) Il favorise la participation de la personne dans son milieu de vie, préconise les aides (…). Il peut permettre de prévenir un problème ou d'en réduire les effets, il participe à la promotion de la santé, la prévention ou l'enseignement concernant les populations à risque de perte d'autonomie. » (19).

En santé mentale selon l'ordre des ergothérapeutes du Québec, l'ergothérapeute « améliore la capacité à établir des relations satisfaisantes avec autrui, augmente les capacités d'adaptation sociale, développe et restaure l'autonomie dans les activités de la vie quotidienne, développe les ressources personnelles et les intérêts de la personne, permet la connaissance et l'acceptation des limites de la personne puis améliore la confiance en soi et l'expression des sentiments » (20).

Enfin, selon l'ordre Canadien des ergothérapeutes, c'est : « l'art et la science de faciliter la participation à la vie quotidienne, et ce, à travers l'occupation ; l'habilitation des gens à effectuer les occupations qui favorisent la santé et le bien-être : et la promotion d'une société juste et n'excluant personne afin que tous puissent participer de leur plein potentiel aux activités quotidiennes de la vie » (18).
Ces définitions se montrent pertinentes car elles mettent en lumière la profession de l'ergothérapie en santé mentale dans sa complexité et considère l'individu dans sa globalité.

Enfin, pour conclure sur les définitions terminologiques, la **réhabilitation psychosociale** propose un accompagnement pluridisciplinaire pour répondre aux besoins des personnes vivant avec une schizophrénie qui possède une stabilisation de la maladie. Elle permet d'augmenter

[3] Association Nationale Française des Ergothérapeutes

les chances et les possibilités de participation sociale mais également de favoriser le rétablissement.

Selon l'OMS[4], la réhabilitation psychosociale se définit comme « un processus complet permettant aux personnes présentant une déficience, une incapacité ou un handicap dus à un trouble mental d'atteindre un degré optimal d'autonomie au sein de la communauté. Elle consiste à la fois à améliorer les compétences individuelles et à modifier l'environnement. » (21,22).

La réhabilitation psychosociale selon Farkas M. (chercheuse en réhabilitation psychosociale) est définie comme « la somme des actions à développer pour optimiser les capacités persistantes d'un sujet malade et atténuer les difficultés résultant de conduites déficitaires ou anormales. Son but est d'améliorer le fonctionnement de la personne de façon à ce qu'elle puisse avoir du succès et de la satisfaction dans le milieu de son choix avec le moins d'intervention professionnelle possible » (23).

Selon Cnann : « Elle met l'accent sur l'intégrité et les forces de l'individu plutôt que sur sa maladie et propose une approche globale incluant la réadaptation au travail, le logement, les loisirs sociaux, l'éducation et l'adaptation personnelle » (24).

Le processus de la réhabilitation psychosociale permet d'améliorer les capacités de la personne atteinte d'une schizophrénie comme par exemple les fonctions cognitives, l'estime de soi, la responsabilisation et la confiance en soi. Il permet également d'augmenter les relations avec autrui et de transférer les capacités dans la vie quotidienne pour favoriser la participation sociale des personnes vivant avec une schizophrénie.

Ces définitions nous amènent donc à nous intéresser sur le rôle de l'ergothérapeute auprès des personnes atteintes d'une schizophrénie concernant la réhabilitation psychosociale. En effet, cela semble important dans la favorisation de la participation sociale. Il sera également intéressant de voir quels autres moyens peuvent exister.

1.3 Résonance

1.3.1 Utilité sociale

La thématique semble être au centre de la société et de la politique de santé que ce soit en France ou dans le monde.

[4] Organisation Mondiale de la Santé

En effet, en 2014, l'Inserm réalise une étude et fait part que seulement 1/3 des personnes atteintes d'une schizophrénie reprennent une vie sociale et professionnelle puis 20% rechutent après l'arrêt du traitement ou un suivi pas assez important (1). D'après l'HAS en 2015 et ses recommandations, un problème de participation sociale se pose et il y a la présence d'un isolement et d'une rupture du lien social (9). De plus, en 2019, l'OMS nous montre que 50% ne reçoivent pas de soins appropriés et cela nous amène à supposer qu'il y a un manque d'accès aux services de santé mentale ou un développement moindre de la prise en soin en santé mentale (8). D'autre part, une étude auprès de nombreux lycéens a été réalisée pour évaluer la connaissance de la maladie. Les résultats nous montrent que 57 % des lycéens n'ont aucune connaissance de la psychose qu'est la schizophrénie et que celle-ci est plutôt connue sous le nom de « folie » (5). Le manque d'informations concernant les personnes vivant avec une schizophrénie amène vers la notion de stigmatisation de la population générale, celle-ci peut influencer la participation sociale de la personne et la placer involontairement dans un isolement social.

Toutes ces données scientifiques assez récentes nous montrent qu'il est nécessaire de s'intéresser à cette psychose appelée la schizophrénie et qu'il faut approfondir les recherches autour de cette maladie et de sa prise en soin.

L'utilité de ma thématique décrite précédemment est de trouver comment permettre la participation sociale des personnes atteintes d'une schizophrénie en ergothérapie.

1.3.2 Enjeux

Au travers de cette thématique, des enjeux et impacts sont présents au niveau de la société principalement mais aussi de la prise en soin de la maladie. La schizophrénie touche la population de 1%, ce qui peut expliquer une importante méconnaissance de la population générale (25). Il semble nécessaire de s'y intéresser afin que la société porte un autre regard sur cette maladie, pour que les personnes atteintes d'une schizophrénie aient une meilleure qualité vie et un bien-être satisfaisant. Ceci est une problématique dans le monde et plus particulièrement en France qui est un enjeu de la santé publique. Cette information amène au problème de participation sociale.

Aujourd'hui en France, la majorité des personnes atteintes d'une schizophrénie est démunie d'emploi et n'arrive pas à participer à des activités comme pourrait le faire la population générale (8). L'impact de la participation sociale fait ressortir la souffrance des

personnes atteintes d'une schizophrénie, les rechutes dans la maladie après l'hospitalisation et les tentatives de suicide assez nombreuses (1,5,8).

Un enjeu politique est également important à souligner. En effet, la loi du 11 février 2005 sur le handicap a été créée. Elle est mise en place pour « l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes en situation de handicap introduit, pour la première fois, dans le code de l'action sociale et des familles, une définition du handicap inspirée de la classification internationale du handicap ». Elle se réfère à l'accueil des personnes en situation de handicap, le droit à la compensation, les ressources, la scolarité, l'emploi, l'accessibilité, la citoyenneté et la participation à la vie sociale. Avec cette loi, la participation des personnes atteintes de la schizophrénie devrait être en pleine augmentation (25).

Un enjeu professionnel et de soin important est la technique de la réhabilitation psychosociale. En effet, en France, elle tend à être développée de manière plus approfondie afin d'accroître la participation à la vie sociale et pour un rétablissement favorable par le travail de l'ergothérapeute. Les personnes souffrant d'une schizophrénie sont principalement rejetées de la société et de la population générale à cause des répercussions de la maladie. Ces répercussions impactent la qualité de vie, les relations interpersonnelles et la participation dans les domaines des activités de loisirs et de productivité (9,25). Le développement de cette technique permettrait une grande amélioration de la vie des personnes souffrant d'une schizophrénie et leur qualité de vie serait améliorée. En effet, les traitements psychotiques ne suffisent pas et n'ont pas d'effets sur les compétences sociales ou l'isolement (26). Cependant, il reste important de rechercher d'autres méthodes, moyens ou autres approches complémentaires à la réhabilitation psychosociale.

Enfin, d'après l'OMS, les personnes atteintes d'une schizophrénie ont très peu accès aux établissements de santé psychiatrique que ce soit pour une prise en soin en interne ou en externe. Cette répercussion entraîne le renforcement de l'isolement social, le repli sur soi, le sentiment de dépression, une perte d'estime de soi, une diminution de confiance et de la démotivation (22).

1.4 Revue de littérature

1.4.1 Méthodologie

Bases de données

Pour la construction de la revue de littérature, plusieurs bases de données seront utilisées pour la recherche. Celles-ci sont : Pubmed, Cochrane, BDSP, Cairn, Sciencedirect et Em

premium. Ensuite selon les résultats, des lectures opportunistes viendront compléter ces bases de données. (Cf. Annexe 1)

- PUBMED et COCHRANE : ces bases de données sont intéressantes notamment pour les champs des sciences médicales, de la santé mentale, de la psychiatrie car le sujet porte sur la schizophrénie et ses caractéristiques.
- BDSP : domaine de la santé publique car la schizophrénie est une pathologie mentale et celle-ci présente des répercussions dans la vie quotidienne de la personne.
- CAIRN : recherches sur le champ des sciences humaines et sociale, le sujet porte sur les personnes atteintes d'une schizophrénie. Cela fait référence aux sciences humaines par rapport à la maladie et ses troubles mais également aux sciences sociales. En effet, cette maladie avec la participation des personnes est un enjeu important dans la société.
- SCIENCES DIRECT : champ de la santé mentale, de la psychiatrie et des sciences médicales. Cette base de donnée sur des revues scientifiques est très intéressante pour rechercher des informations sur la maladie et sur les méthodes de rééducation et réadaptation de la maladie notamment la réhabilitation psychosociale qui fait partie intégrante de la thématique.
- EM PREMIUM : domaine de la santé publique et de la sociologie, cette base de données est enrichissante pour des recherches sur la société et les répercussions de la maladie sur la société.

Pour compléter ces bases de données, des lectures opportunistes ont été intégrées à la recherche.

Equation de recherche

En partant de la thématique et plus particulièrement de la problématique, des mots clés et des opérateurs booléens ont pu être définis par rapport à celle-ci pour construire l'équation de recherche. Ainsi, l'équation de recherche comprend les termes :

Mots-clés	Keywords
- Schizophrénie	- Schizophrenia
- Réhabilitation psychosociale	- Psychosocial rehabilitation
- Cognition sociale	- Social cognition
- Participation sociale	- Social participation
- Insertion sociale	- Social insertion

Tableau 1 : Mots clés et Keywords

⇨ « Schizophrénie ET réhabilitation psychosociale (OU cognition sociale) ET participation sociale (OU insertion sociale) » et en anglais « schizophrenia AND rehabilitation psychosociale (OR social cognition) AND participation social (OR social insertion) ».

Cette technique d'équation avec des mots-clés et des opérateurs booléens permet de nous donner un maximum de données (Cf. Annexe 1).

Critères de sélections

Les critères d'inclusion sont :

- La loi du 11 février 2005 sur le handicap est apparue donc les études de 2005 à aujourd'hui sont prises en compte,
- Le sujet étant en développement en France, des études en français et en anglais sont recherchées,
- Les études concernant la réhabilitation psychosociale, la cognition sociale, l'insertion sociale, la participation sociale et la schizophrénie, les personnes de tout âge.

Les critères d'exclusion sont :

- Les articles précédent 2005 par rapport à la loi du 11 février 2005 qui a été appliquée,
- Ceux qui évoquent toutes autres maladies mentales que la schizophrénie,
- Ceux qui ne parlent pas de réhabilitation psychosociale ou de cognition sociale,
- Les articles ne portant pas sur le sujet de la participation ou de l'insertion sociale.

1.4.2 Analyse critique

La revue de littérature va s'appuyer sur 13 articles sélectionnées grâce à l'équation de recherche et aux lectures opportunistes. Ceux faisant référence et parlant de l'insertion/participation sociale et/ou de la réhabilitation psychosociale chez les personnes vivant avec une schizophrénie sont retenus. Ils vont pouvoir être mis en lien lors d'une analyse critique. Le niveau de scientificité varie selon les articles et les études retenus (Cf. Annexe 2).

Revue de littérature		
Littérature scientifique	**Littérature professionnelle**	**Littérature opportuniste**
3	**6**	**-Grise : 1** **- Scientifique : 2** **- Professionnelle : 1**

Tableau 2 : Etat des lieux des articles de la revue de littérature

Lors de la lecture et de l'analyse des articles, une élaboration de sous thématiques en commun ont pu être relevés afin d'effectuer une analyse critique. Les auteurs mettent en lien leur point de vue dans plusieurs sous thématiques : la schizophrénie et ses symptômes, l'évaluation de la cognition sociale, le processus de réhabilitation psychosociale et la participation sociale chez les personnes vivant avec une schizophrénie.

- **La schizophrénie et ses symptômes**

La population schizophrène est de 1% en France à l'heure actuelle. Selon Roy-Hatala (docteur en psychologie) et Roussel C. (praticien hospitalier) font part que ce chiffre augmente avec le temps malgré le développement de nouvelles prises en soin qui montre une bonne efficacité (25). *De ce fait, de quelle prise en soin bénéficient les personnes atteintes d'une schizophrénie ?*

D'après Roy-Hatala, les personnes atteintes d'une schizophrénie présentent un retentissement sur le plan psychologique. Elles présentent des symptômes positifs (hallucinations, délires, désorganisation comportementale) et/ou des symptômes négatifs (émoussement des affects, anhédonie, avolition…). Les symptômes sont aussi un déficit de la cognition (mémoire, attention, fonctions exécutives), une anxiété, une réaction dépressive, une altération de la confiance de soi, un manque d'estime de soi, un manque d'implication, un repli sur soi et un sentiment d'inefficacité. Les symptômes peuvent différer d'une personne à l'autre. Ces données corroborent avec les informations de Roussel C, Giraud-Baro E (praticien hospitalier) et Gabayet F. (neuropsychologue) puis de Kapsambelis V. (psychiatre) (27,28).

Les personnes vivant avec cette maladie présentent également un déficit de la cognition sociale d'après les études selon Bazin N, Brunet-Gouet E et Passerieux C. (psychiatres), Papsuev O, Minyaycheva M et Movina L. (psychiatres), Marsh (docteur en psychologie) et Coltheart (scientifique cognitif) (29–31). L'étude selon Prouteau A (psychologue clinicienne et

neuropsychologue), Koleck M. (maître de conférence en psychologie) et Belio C. (ergothérapeute) confirme qu'un déficit de cognition sociale est présent dans la maladie, avec également des troubles cognitifs (32). Les auteurs définissent la cognition sociale comme étant un ensemble des processus cognitifs dans les relations sociales qui est indispensable pour les interactions sociales et la participation sociale. Elle est liée au fonctionnement dans la communauté.

Dans la prise en soin en RPS, la maladie est complexe et peut cependant avoir un impact du fait de ses divers symptômes (28,33). Ces données nous interrogent : *Quels sont les impacts des symptômes de la maladie dans la vie quotidienne de la personne ? Comment les professionnels s'adaptent aux personnes atteintes d'une schizophrénie en sachant que les symptômes diffèrent ?*

De même, selon Rivera MJ (psychiatre) et Lecardeur L. (psychologue), la cognition sociale est un ensemble des processus mentaux qui sous tendent les relations interpersonnelles. Ce déficit est très présent, il a tendance à diminuer les interactions sociales des personnes atteintes d'une schizophrénie et à impacter le fonctionnement de la vie quotidienne (34). Ces données corroborent avec celles selon Bazin N, Brunet-Gouet E et Passerieux C, Papsuev O, Minyaycheva M et Movina L, Marsh et Coltheart (29–31). Les personnes vivant avec une schizophrénie présentent des difficultés à percevoir, à interpréter et générer des réponses par rapport aux intentions et comportements de l'autre. La compréhension de soi-même et de l'autre est altérée. Cela fait référence au déficit de cognition sociale. De plus, la théorie de l'esprit, le style attributionnel, la perception sociale et des émotions sont impactés, selon Peyroux E (psychologue et neuropsychologue) et Franck N. (psychiatre) (35). Alors*, quels outils sont utilisés par les professionnels auprès du public atteint d'une schizophrénie ?*

Ces informations sur la maladie pourraient mettre en hypothèse le problème de participation sociale des personnes vivant avec une schizophrénie. En effet, les symptômes de la maladie ne faciliteraient pas leur vie quotidienne et auraient un impact sur la prise en soin de la personne d'après Peyroux E et Franck N (35). Finalement, *comment atténuer les problèmes de participation sociale ? Ce problème vient-il uniquement de la personne vivant avec une schizophrénie ?*

A la suite de cette première analyse, la question de la participation sociale persiste.

- **L'évaluation de la cognition sociale**

La cognition sociale est une notion chez la personne atteinte d'une schizophrénie que les professionnels évaluent afin de mettre en place une prise en soin adaptée. Nous avons vu précédemment que ce déficit de la cognition était un des symptômes qui impactait sur la participation sociale de la personne. Il est donc intéressant de voir comment les professionnels évaluent cette cognition pour ensuite débuter une prise en soin.

D'après Rivera MJ et Lecardeur L, ce sont les psychologues spécialisés en neuropsychologie qui évaluent la cognition sociale chez les personnes vivant avec la schizophrénie. Ces auteurs parlent également de l'évaluation ClaCoS[5] et LIS[6] pour évaluer la théorie de l'esprit (34). De ce fait, *quel est le rôle complémentaire de l'ergothérapeute par rapport aux autres professionnels dans l'évaluation de la cognition sociale ?*

Selon d'autres auteurs comme Peyroux E et Franck N, la cognition sociale s'évalue par le MSCEIT[7] qui est basé sur la capacité à percevoir les émotions, comprendre et gérer ses émotions et celles des autres. Elle peut s'évaluer également avec l'échelle LIS pour la théorie de l'esprit (35). *Dans la prise en soin par les professionnels, quelle échelle d'évaluation est la plus utilisée auprès de la personne atteinte d'une schizophrénie ?*

D'autre part, d'après la même auteur Peyroux E, ce déficit de cognition sociale peut être évalué par les professionnels grâce à des entretiens individuels et des observations (36). *Concernant les ergothérapeutes, quels outils peuvent-ils utiliser pour évaluer la cognition sociale ?*

Toutes ces données de ces différents articles se corroborent et se complètent les unes les autres. La cognition sociale semble nécessaire à être évaluée chez une personne atteinte d'une schizophrénie. En effet, celle-ci est nécessaire pour être en interaction avec autrui et pour permettre une participation sociale dans la vie quotidienne de la personne. Tous les professionnels semblent pouvoir réaliser une évaluation de ce déficit. Mais après, *quelle prise*

[5] Consensus autour de l'évaluation de la Cognition Sociale
[6] Lecture Intentionnelle en Situation
[7] Mayer Salovey Caruso Emotional Intelligence Test

en soin proposée ? Comment mettre en place un suivi en réhabilitation psychosociale ? Ce moyen est-il suffisant à lui seul ?

- **Le processus de réhabilitation psychosociale**

La RPS[8] d'après Franck N. est un programme de désinstitutionalisation. Un grand nombre de professionnels peut utiliser la RPS. L'objectif de cette technique est particulièrement de favoriser le rétablissement personnel grâce à différents outils. Elle soutient les personnes dans leur rétablissement et leur participation sociale (37). Elle conduit la personne dans une démarche d'insertion sociale et permet à la personne de devenir citoyen au sein de la société (27,28). Les données selon Franck N, Roussel C, Giraud-Baro E, Gabayet E et Kapsambelis V. sont en lien et complémentaires. Ces outils sont la remédiation cognitive, l'entraînement aux habiletés sociales et la psychoéducation mais également des activités à médiation artistique, corporelle et un suivi psychothérapeutique. La remédiation cognitive aide à maintenir les fonctions cognitives restantes, à s'appuyer sur celles qui sont préservées et à les développer selon les capacités de la personne. Elle peut se réaliser à travers différents programmes (RECOS[9] avec le réentraînement des fonctions cognitives, ToMRemed[10] avec un travail sur la théorie de l'esprit pour favoriser les compétences sociales, NEAR[11] avec le réentraînement des fonctions cognitives en lien avec le comportement, CRT[12] avec une mise en application dans la vie quotidienne…) (27,28). Elle est utilisée pour améliorer les difficultés d'insertion sociale et professionnelle. L'entraînement aux habiletés sociales a pour objectif le transfert des capacités dans la vie quotidienne et permet de lutter contre l'isolement. La psychoéducation vise à la compréhension de la maladie au niveau de son développement, de ses symptômes, de ses traitements et leurs objectifs (27,28). Toutes ces informations sur la réhabilitation psychosociale provenant de différents auteurs se corroborent. A la suite de cette analyse, *les symptômes de la maladie influent-ils sur la prise en soin et le rétablissement de la personne ?*

Selon Peyroux E, le programme de RPS apporte une amélioration des habiletés sociales, une meilleure autonomie, une adaptation sociale satisfaisante et améliore la vie quotidienne pour participer plus facilement à la vie sociale (33). Ces données sont en accord avec Roussel

[8] Réhabilitation psychosociale
[9] REmédiation COgnitive pour la Schizophrénie
[10] Theory Of Mind, Remediation
[11] Neuropsychological Educational Approach to Remediation
[12] Cognitive Remediation Therapy

C, Giraud-Baro E et Gabayet F. Mais d'après les informations précédentes, *pourquoi les problèmes de participation sociale persistent malgré le développement de ces programmes concernant la réhabilitation psychosociale ?*

Selon Rivera MJ et Lecardeur L, pour parler de la cognition sociale, des programmes spécifiques existent et se déroulent la plupart du temps en groupe. Concernant des prises en soin collectives nous avons Mickael's game pour comprendre les intentions de l'autre, SCIT[13] pour améliorer le fonctionnement social, TomRemed (théorie de l'esprit) pour améliorer le contexte conversationnel et Atem[14] pour la théorie de l'esprit et favoriser les interactions sociales. Pour les prises en soin individuelles nous avons IPT[15] pour améliorer la capacité à comprendre l'autre, R2CS[16] pour les difficultés rencontrées dans la vie quotidienne et GAIA[17] (34). Ces données corroborent et complètent les informations selon Peyroux E et Franck N. En effet selon eux, les programmes IPT, TomRemed, Mickael's game, SCIT, R2CS, GAIA, CET[18] et MCT[19] apporteraient des bénéfices. L'ensemble de ces programmes montrent des effets satisfaisants et améliorent les relations sociales, du style attributionnel, de la reconnaissance des émotions, de l'interprétation de l'autre c'est-à-dire la cognition sociale (35). De même, d'autres écrits de Peyroux E. viennent s'accorder avec les informations précédentes. Les programmes SCIT et MCT sont utilisés pour augmenter les capacités de cognition sociale, pour améliorer la participation sociale et en d'autres termes diminuer le retrait social (36). Un questionnement émerge après toutes ces données : *pourquoi la participation sociale de la personne reste limitée ? Les professionnels sont-ils suffisamment formés ? Quel est le degré d'engagement et de motivation des personnes aux programmes de réhabilitation psychosociale ?*

Par ailleurs, deux études sur la cognition sociale sont analysées. La première est effectuée sur un échantillon de 110 personnes vivant avec une schizophrénie auprès du programme TomRemed est réalisé par Bazin N, Brunet-Gouet E et Passerieux C. Il est basé sur des séances groupales afin d'améliorer l'attribution d'intention à autrui et la théorie de l'esprit.

---

[13] Social Cognition and Interaction Training
[14] Attribution d'états mentaux
[15] Integrated Psychological Treatment
[16] Remédiation Cognitive de la Cognition Sociale
[17] Reconnaissance des émotions faciales
[18] Cognitive Enhancement Therapy : thérapie d'amélioration cognitive
[19] Metacognitive Training : entraînement des habiletés métacognitives

Il s'agit pour les personnes d'identifier les intentions des autres et de rapporter leur situation sociale récente qu'elles ont vécu. Leurs compétences et leur performance personnelle et sociale sont évaluées avec des échelles comme V-SIR[20] ou PSPS[21] ou bien encore PANSS[22]. Les résultats de l'étude montrent une amélioration de la cognition sociale, cela favorise le fonctionnement dans la vie quotidienne de la personne et une meilleure participation au sein de la société (29).

La deuxième étude sur le déficit de cognition sociale selon Papsuev O, Minyaycheva M et Movina L. est en lien. L'objectif de l'étude est d'évaluer les troubles de la cognition sociale chez la personne vivant avec une schizophrénie chronique ou des troubles du spectre de la schizophrénie. C'est une étude transversale basée sur le travail de perception des émotions, la théorie de l'esprit et le style d'attribution. Les résultats montrent une amélioration de la cognition sociale comme dans la précédente étude. Puis, selon la forme de la maladie, l'amélioration sur la cognition sociale sera différente. En effet, plus la schizophrénie est présente et moins la personne possède des chances d'améliorer son déficit de cognition sociale (30). Ces données expliqueraient les difficultés de participation sociale. Finalement*, les personnes atteintes d'une schizophrénie reçoivent-elles le même accompagnement en réhabilitation psychosociale ? Cet accompagnement est-il adapté pour chacune des personnes ? Quels autres moyens existent-ils pour aider toutes les personnes selon leur symptomatologie ?*

- **<u>La participation sociale des personnes souffrant de la schizophrénie</u>**

Les informations de Kapsambelis V et Bonnet. (psychiatres) basées sur la notion de participation sociale, montrent que celle-ci est toujours un problème au niveau de la société. Une allocation aux adultes handicapés (AAH), un revenu minimum d'insertion (RMI), une mesure de protection, la création de GEM[23] et la création de lieux protégés sont mis en place pour les personnes atteintes d'une schizophrénie. Malgré ces nombreuses aides, la personne possède toujours des difficultés pour participer à la vie sociale. En effet, 60% des personnes n'ont aucune activité sociale ou professionnelle, seulement 21% possède un emploi. Les personnes qui travaillent sont le plus souvent en milieu protégé. Or, les milieux protégés ont

[20] Test d'attribution d'intentions basé sur la vidéo (similaire à TomRemed)
[21] Echelle de performance personnelle et sociale
[22] Echelle du syndrome positif et négatif
[23] Groupement d'Entraide Mutuelle

tendance à freiner l'inclusion sociale (28). Donc d'après cet article, il y a la persistance d'une participation sociale qui ne s'améliore pas. Les personnes atteintes d'une schizophrénie sont dans une exclusion sociale qui entraîne une souffrance psychique et de ce fait qui n'améliore pas leur état de santé. Donc, *avec les progrès de la prise en soin, pourquoi les problèmes de participation sociale persistent ? La maladie est-elle suffisamment connue auprès de la société ?*

La schizophrénie est un handicap majeur qui présente des répercussions dans la vie quotidienne des personnes. Selon Prouteau A, les personnes possèdent des difficultés dans les soins personnels, dans leur vie domestique, dans les relations interpersonnelles, la gestion de l'argent, la gestion du logement, la productivité et les loisirs (32). Ceci amène à l'isolement des personnes et à une diminution de leur participation sociale. De plus, elles présentent une non participation aux activités et disent être moins satisfaits de leur vie en général (28). La cognition sociale diminue la qualité de vie et apporte des difficultés dans le fonctionnement social de la personne (30). De ce fait, la cognition sociale influe sur la participation. Ces données sont en accord avec les études précédentes et sont complémentaires les unes des autres. De plus, selon Peyroux E et Franck N, les personnes atteintes d'une schizophrénie présentent une altération de leur participation sociale, elle est impactée notamment par les troubles de la cognition sociale (35). Les symptômes négatifs et la difficulté de comprendre autrui à travers les émotions et les intentions provoquent le sentiment d'insécurité et de peur d'autrui ce qui met en retrait la personne. Ils entraînent également la diminution des relations sociales et la non participation à des activités. Peyroux E. émet que 16 % des difficultés sociales de la personne sont liées principalement au déficit de la cognition sociale (36). Cela corrobore et complètent les auteurs précédents. *Après cette analyse, quels autres moyens que la réhabilitation psychosociale existent-ils afin d'améliorer la cognition sociale et pour permettre la participation sociale des personnes présentant une schizophrénie ?*

Dans une étude réalisée en Suède, portant sur l'identification des facteurs sociaux de participation, analysée par Josephsson S (ergothérapeute), Danermark B (sociologue) et Ivarsson A. (ergothérapeute) les personnes présentant une schizophrénie possèdent une restriction de participation sociale dans les activités de la vie quotidienne. En effet, elles ont du mal à participer à des activités de groupe dans la société, à participer à des activités comme la gestion de leur logement, de leur argent, faire les courses ou bien des tâches domestiques. Cette difficulté de participer à des activités serait due à une mauvaise estime de soi, à

l'environnement, à la difficulté de comprendre l'autre et aux difficultés d'interactions sociales. Puis la notion d'activité signifiante est facteur de participation (38). Toutes ces informations de l'étude corroborent avec les précédentes. Ici, on peut se demander, *quel rôle joue l'ergothérapeute dans la participation sociale de la personne atteinte d'une schizophrénie ? Quels facteurs peut influencer la participation sociale chez la personne ?*

De même, d'après Franck N. dans le « Traité de réhabilitation psychosociale », le programme de réhabilitation psychosociale semble efficace et favorise le rétablissement puis l'insertion sociale. Cependant, un bon nombre de personnes atteintes d'une schizophrénie sont encore aujourd'hui dans l'enfermement, la stigmatisation et ne participe pas à la vie de la société (37). Ces informations sont en accord avec les articles précédents, la participation sociale reste un problème majeur. Ces données rejoignent les interrogations précédentes.

1.4.3 Synthèse

Au terme de ces recherches, les problèmes de participation sociales persistent. Ceux-ci sont observés à travers plusieurs articles sur la schizophrénie, la réhabilitation psychosociale et la participation sociale. La réhabilitation psychosociale étant un processus de soin en développement en France, il en résulte que son efficacité ne soit pas totalement confirmée. Les éléments sur la maladie et la difficulté de participation sociale viennent confirmer l'utilité sociale de la thématique. Différents enjeux se montrent indispensables pour aider le public diagnostiqué avec une schizophrénie. Les recherches tendent à montrer que le travail des professionnels de santé est important dans la prise en soin des personnes atteintes d'une schizophrénie. Cependant, les études parlent très peu des ergothérapeutes. C'est pour cela qu'il serait intéressant de s'y intéresser en profondeur.

Cette revue de littérature montre l'importance de la prise en soin chez la personne vivant avec une schizophrénie afin d'augmenter sa participation sociale, de favoriser son rétablissement, puis elle souligne l'importance de connaître la maladie.

Au cours de cette revue de littérature, peu d'études s'intéressent à la réhabilitation psychosociale et à la participation sociale concernant la schizophrénie en France, de même que les études anglaises sont souvent inaccessibles. Cela vient à nous questionner sur la connaissance de la maladie et le soin des personnes atteintes d'une schizophrénie en France par rapport aux autres pays.

1.5 Problématique pratique

Au terme de cette revue de littérature, différents questionnements émergent.

Les personnes atteintes d'une schizophrénie continuent de présenter des difficultés dans leur participation sociale alors, *comment atténuer les difficultés de participation sociale ?*

Les données recueillies portent sur la pratique des professionnels en général mais comment se place l'ergothérapeute. *Comment les ergothérapeutes utilisent les programmes de réhabilitation psychosociale ? Comment les ergothérapeutes repèrent les difficultés de cognition sociale chez la personne atteinte d'une schizophrénie ?*

La maladie se représente par de nombreux symptômes et ceux-ci sont variables d'une personne à une autre, ce qui peut impacter sur l'accompagnement de ces personnes. *Quels sont*

les obstacles de la maladie sur la prise en soin ? Comment s'adapter face à la variabilité de la maladie ?

La réhabilitation psychosociale semble être un moyen pour favoriser la participation sociale mais dans la pratique, *comment les professionnels l'utilisent ? En quoi la réhabilitation psychosociale améliorer la cognition sociale et de ce fait la participation sociale de la personne ?*

1.6 L'enquête exploratoire

A la suite du questionnement de la revue de littérature, une enquête exploratoire va être réalisée. Cette enquête va permettre d'apporter des données de réponses venant de la pratique du terrain.

1.6.1 Méthodologie pour construire l'enquête exploratoire

Objectifs généraux

- Apporter des éléments sur les programmes de réhabilitation psychosociale en France et en ergothérapie
- Confronter la théorie de la revue de littérature à la pratique du terrain
- Se heurter ou non à la faisabilité de la recherche, juger la pertinence de la question de recherche

Objectifs spécifiques

- Savoir comment les ergothérapeutes utilisent la réhabilitation psychosociale
- Connaître les limites de la schizophrénie dans la prise en soin d'une personne
- Savoir comment le déficit cognitif est évalué chez une personne atteinte d'une schizophrénie
- Quels sont les bénéfices de la réhabilitation psychosociale sur la cognition sociale et la participation de la personne ?

Population ciblée

Pour réaliser l'enquête exploratoire, il est nécessaire de définir des critères d'inclusion et d'exclusion, celle-ci sera effectuée à l'échelle nationale. Les personnes interrogées seront exclusivement des professionnels et non le public concerné, ce par quoi la loi Jardé ne s'applique pas.

Les critères d'inclusion sont :

- Des ergothérapeutes qui travaillent dans un centre de réhabilitation psychosociale auprès des personnes atteintes d'une schizophrénie.
- Des ergothérapeutes appliquant la RPS au sein d'une autre structure auprès du même public.

Les critères d'exclusion sont : les ergothérapeutes qui n'exercent pas avec des personnes atteintes d'une schizophrénie et n'utilisant pas la RPS.

Site d'exploration

Les sites d'exploration sont les centres de RPS comprenant des personnes vivant avec une schizophrénie. Ils sont retrouvés grâce au site internet des centres ressources de réhabilitation psychosociale (39). Puis, pour élargir le nombre de professionnel, les recherches se basent également sur les structures comprenant principalement des personnes vivant avec une schizophrénie et avec comme pratique la réhabilitation psychosociale (UPSR[24], CATTP[25], CMP[26], HDJ[27]).

Choix de l'outil de recueil de données

L'outil de recueil de données utilisé est un questionnaire. Les avantages de cet outil c'est de pouvoir cibler un grand nombre de professionnel. Ce questionnaire est mis en ligne et l'anonymat est respecté. Ce format permet un envoi via internet. Ce procédé permet au professionnel de pouvoir y répondre librement sans contrainte de disponibilité de temps. En effet, la contrainte du rendez-vous téléphonique ou en présentiel est inexistant. De plus, le questionnaire permet de recueillir une grande capacité de réponses synthétiques, qualitatives et quantitatives (40).

[24] Unité Psychiatrique de Soin en Réadaptation
[25] Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel
[26] Centre Médico-Psychologique
[27] Hôpital De Jour

Biais et stratégies

Lors de la rédaction du questionnaire, plusieurs biais sont repérés :

- Biais affectif : les réponses de la personne peuvent être impactées par son état émotionnel (fatigue, tristesse, baisse du moral…)

⇨ Pour palier à ce biais, il faut prendre en compte ce facteur. La rédaction des questions doit être simple et claire dans leur formulation.

- Biais cognitif : la personne peut se trouver en présence d'une diminution de l'attention ou de la concentration après une journée de travail chargée. Cela se ressentira dans ses réponses apportées.

⇨ Il faut formuler des questions claires et concises, ciblées qui peuvent apporter des éléments de réponses à l'enquête.

- Biais de sélection : la personne répondant au questionnaire peut ne pas être le professionnel attendu.

⇨ Il faut demander au préalable dans le questionnaire si la personne est bien un ergothérapeute.

- Biais méthodologique : la personne peut se perdre au fil du questionnaire.

⇨ Il est nécessaire de dérouler les questions de manière logique afin que le professionnel puisse se rendre compte de l'objectif de cette enquête.

- Biais de confirmation : il est recommandé de prendre en compte la totalité des réponses recueillies et de les confronter aux hypothèses initiales. Cet exercice permet la remise en question.

- Biais de subjectivité : la personne peut manquer de connaissances, de ce fait n'étant pas assez outillé ses réponses pourrait manquer d'objectivité.

Construction de l'outil : matrice de questionnement (Cf. Annexe 3)

Le questionnaire est réalisé sur le logiciel Google Form®. Celui-ci permet une diffusion simple auprès des professionnels et son aspect permet une meilleure participation des sujets. Il y apparaît une description, l'objectif de l'enquête et l'anonymat.

Il est composé de 16 questions : 12 sont ouvertes et 4 sont fermées. Les questions ouvertes permettent à la personne de répondre librement, d'apporter des informations complémentaires et d'argumenter ses réponses. Les questions fermées permettent elles, une réponse rapide et dans la simplicité.

Déroulement

Le questionnaire est préalablement testé auprès de deux ergothérapeutes. Ce test permet de valider la clarté et la pertinence des questions. Le questionnaire a été retravaillé et des définitions ont apporté des précisions sur les questions.

Tout d'abord, le site des centres ressources de réhabilitation psychosociale a permis de répertorier de nombreux mails des structures. Puis, le groupe Yahoo d'ergothérapeute via le site de l'ANFE a permis de compléter la liste de contacts précédemment établis. De plus, des connaissances d'ergothérapeutes ont permis d'étoffer cette liste de contact afin d'envoyer un grand nombre de questionnaires. Enfin, le questionnaire a été déposé sur les réseaux sociaux comme Facebook® dans le groupe « Mémoire ergothérapie » et « Le coin des ergothérapeutes ».

Le questionnaire est accessible pendant 1 mois :

- 1ère semaine : le questionnaire est envoyé aux nombreuses adresses mails répertoriées,
- 2ème semaine : une relance du questionnaire est effectuée par mail afin d'augmenter le nombre de réponses,
- 3ème semaine - 4ème semaine : une relance par mail est réalisée dans les structures pour rappeler aux professionnels de répondre au questionnaire et les prévenir de la date d'échéance de l'enquête.

Choix de l'outil d'analyse des données

Les réponses sont analysées question par question pour mieux comprendre le cheminement.

Le logiciel Google Form® permet automatiquement le traitement des données récoltées.

1.6.2 Résultats de l'enquête exploratoire

Le questionnaire a été envoyé par mail à trente ergothérapeutes qui exercent en santé mentale et dans le domaine de la réhabilitation psychosociale (Cf. Annexe 4, 5 et 6). Celui-ci a été également déposé sur les réseaux sociaux.

Informations générales sur la personne (questions 1 à 3)

Dix huit ergothérapeutes ont répondu à l'enquête exploratoire ce qui limite le biais de sélection. Les réponses au questionnaire peuvent être validées car il s'agit exclusivement d'ergothérapeutes.

Ils sont diplômés depuis plus de 15 ans, entre 8 et 15 ans entre 3 et 8 ans mais le tiers des ergothérapeutes travaillent depuis 0 à 3 ans. La question semble socialement vive avec la présence d'une majorité de personnes jeunes diplômée qui exercent depuis peu en réhabilitation psychosociale. Ce domaine en ergothérapie semble être en développement en France.

Sept sur dix huit ergothérapeutes ne sont pas formés à la réhabilitation psychosociale mais peuvent tout de même la pratiquer. De ce fait, *les ergothérapeutes non formés ont-ils la légitimité de pouvoir utiliser cette pratique dans leur prise en soin ? Peuvent-ils exercer dans un établissement de réhabilitation psychosociale ?*

La réhabilitation psychosociale (questions 4 à 6)

Les programmes généraux : quatre ergothérapeutes utilisent les programmes : TomRemed, IPT et RECOS. Trois ergothérapeutes utilisent : Mickael's game ou PRACS[28]. Certains ergothérapeutes mettent en place les outils : PEPS[29], SCIT, Affirmation de soi, Atem/Flex[30] (attribution d'intention et théorie de l'esprit), NEAR, jeu de compétence ou Dixiludo.

Un ergothérapeute utilise des programmes non validés. Les autres ergothérapeutes utilisent l'art thérapie, des habiletés sociales, des ateliers de cuisine, des ateliers sur la stigmatisation ou bien des ateliers pour effectuer des achats. Enfin, un ergothérapeute n'utilise aucun programme car il n'a pas encore été formé à la RPS.

Les ergothérapeutes travaillent en collaboration avec d'autres professionnels tels que les infirmières ou les neuropsychologues.

→ Dans la RL[31], ces programmes sont évoqués et peuvent être utilisés pour favoriser la participation sociale et le rétablissement de la personne. Les données des ergothérapeutes corroborent avec la revue de littérature mais le rétablissement est peu évoqué. Dans la question précédente plusieurs ergothérapeutes affirment ne pas être formés à la RPS, cette notion n'est

[28] Programme de Renforcement de l'Autonomie et des Capacités Sociales

[29] Programme Emotions positives pour la Schizophrénie

[30] Attribution d'états mentaux et Flexibilité mentale

[31] Revue de littérature

pas abordée dans la RL. Seulement un ergothérapeute n'ayant pas été formé n'utilise pas le processus de RPS. Certains ergothérapeutes nous font part que d'autres professionnels utilisent les programmes de RPS, cela est en lien avec les informations de la RL. Celle-ci comprend des études concernant tous les professionnels de santé. Ainsi, nous pouvons constater l'importance du travail en équipe auprès de ce public concernant la notion de réhabilitation psychosociale.
Quel programme (validé ou non) est le plus adapté dans la prise en soin en réhabilitation psychosociale ? Les ergothérapeutes non formés sont-ils légitimes et ont-ils les droits pour pratiquer la RPS ? En quoi le travail d'équipe est-il important dans la prise en soin d'un patient en réhabilitation psychosociale ? En quoi le rétablissement est une notion importante chez la personne atteinte d'une schizophrénie ?

Les programmes de cognition sociale : La majorité des ergothérapeutes (sept) utilisent le programme TomRemed pour améliorer le fonctionnement de la cognition sociale. Cinq ergothérapeutes mettent en place le Jeu de Compétences ou l'Affirmation de soi pour travailler sur les émotions. Puis les autres ergothérapeutes ont pour l'habitude de travailler avec les programmes IPT, Mickael's game, EHS, PRACS, NEAR, GAIA, R2CS, MCT, SCIT ou encore l'éducation thérapeutique. De manière globale, les programmes sont réalisés en groupe et parfois conduits par plusieurs professionnels. Nous pouvons nous interroger de la pertinence de l'ensemble de ces programmes évoqués par les ergothérapeutes.
→ La RL est globalement en accord avec les réponses des ergothérapeutes. Pour eux, les programmes aident les personnes à améliorer leurs relations et autonomie sociales ainsi que leurs difficultés à participer à des activités. De plus, les programmes évoqués par les ergothérapeutes comme GAIA, R2CS, MCT, IPT ou SCIT sont des programmes de cognition sociale qui sont en corroboration.
Certains ergothérapeutes apportent que l'éducation thérapeutique peut également être bénéfique pour les personnes.
Nous pouvons faire l'hypothèse de l'importance d'un lien soignant-soigné existant en vue de mener à bien les programmes et les groupes.
Quel programme est le plus pertinent et efficace permettant la réduction des difficultés de cognition sociale à long terme afin de favoriser la participation sociale de la personne ? Quels autres moyens sont bénéfiques pour améliorer le déficit de cognition sociale qui en augmenterait la participation sociale ? Comment instaurer et développer le lien à l'autre lors des séances ? Pourquoi les personnes vivant avec une schizophrénie décident de participer aux séances de réhabilitation psychosociale ou aux autres activités ?

L'utilisation de la réhabilitation psychosociale : La plupart des ergothérapeutes (dix) mettent en œuvre les séances de réhabilitation psychosociale sous forme de groupes fermés avec au préalable un entretien individuel.

Quatre ergothérapeutes font part qu'ils travaillent ces programmes en collaboration avec d'autres professionnels. Le travail d'équipe auprès de ce public nous apparaît comme étant important.

Un ergothérapeute est dans l'application des protocoles de passation des programmes.

Un ergothérapeute nous transmet que le programme IPT utilisé est efficace pendant la durée de sa mise en place. Toutefois, celui-ci n'apporte plus de résultats six mois après. Nous pouvons nous demander : quels moyens mettre en place pour compléter les programmes de réhabilitation psychosociale ? tout en évitant une diminution ou absence des bénéfices acquis ultérieurement par les personnes. Enfin, deux ergothérapeutes nous évoquent la notion de motivation, d'engagement, d'insight et de volonté lors des séances d'activités. Ces notions semblent importantes afin de travailler et améliorer la participation sociale.

→ La RL est basée sur la pratique des professionnels de santé en général. Nous pouvons alors nous rendre compte que cela évoque le fait qu'il existe une collaboration étroite entre les professionnels et qu'un travail d'équipe est existant.

La notion de séance de groupe apparaît dans les données de la revue de littérature, celle-ci est majoritairement employée.

D'autre part les ergothérapeutes relèvent la notion d'engagement, de motivation, d'insight et de volonté de la part de la personne. Ceci s'expliquent par une démarche personnelle de la personne d'être prise en soin en RPS. Ces informations ne sont pas abordées dans la revue de littérature.

Quelle est la place de l'ergothérapeute au sein de l'équipe professionnelle dans une prise en soin en réhabilitation psychosociale ? En quoi la notion de motivation, chez une personne atteinte de schizophrénie, est-elle importante afin de favoriser sa participation sociale ?

Les symptômes et les répercussions de la schizophrénie (questions 7 à 11)

Evaluation des symptômes impactant la vie sociale : Nous remarquons que la majorité des réponses ne sont pas ciblées sur la question. En effet, les réponses portent sur des évaluations mais celles-ci ne sont pas centrées sur la cognition sociale.

Des ergothérapeutes réalisent un bilan neuropsychologique de cognition sociale aux patients. D'autres observent les patients pendant les séances de groupe pour évaluer leurs capacités de

cognition sociale. Trois ergothérapeutes utilisent ELADEB, PRACS et/ou mettent en place des mises en situation écologique. Des ergothérapeutes répondent que ce sont les neuropsychologues et/ou les infirmières qui évaluent les patients. Un ergothérapeute utilise la LIS qui est une évaluation d'une partie de la cognition sociale, celle-ci s'intitule : la théorie de l'esprit. Enfin, un ergothérapeute fait passer le bilan MOH[32] ou un entretien individuel. Le MOH est un modèle pour comprendre le fonctionnement de la personne. Il permet de faire un état des lieux des occupations de la personne, ses forces et ses difficultés grâce à différents outils d'évaluation comme le VQ (Volitional Questionnaire) ou bien le MOHOST (Model Of Human Occupation Screening Tool). Une nouvelle notion est évoquée, c'est la notion de modèle conceptuel avec le MOH.

→ L'évaluation de la cognition sociale est présente dans la RL, cependant, elle n'est pas en accord avec les réponses des ergothérapeutes, hormis la réponse concernant le bilan : LIS. Les autres ergothérapeutes n'évoquent aucune évaluation concernant la cognition sociale. Peut-être que cela s'explique par un manque de connaissance de la cognition sociale ou par le fait que les ergothérapeutes n'ont pas ce rôle d'évaluation. La revue de littérature n'aborde pas l'utilisation des modèles conceptuels, elle fait part d'informations sur l'ensemble des professionnels de santé. *Comment sont appliquées les évaluations décrites par les professionnels ? Les ergothérapeutes sont-ils formés pour passer des bilans neuropsychologiques ?*
En quoi le rôle d'un ergothérapeute est-il complémentaire au travail des autres professionnels ? Comment les ergothérapeutes utilisent les modèles conceptuels dans la prise en soin avec le patient ?

Les difficultés des personnes vivant avec la schizophrénie : Quinze ergothérapeutes sur dix-sept répondent « oui » à la question. Ces réponses nous laissent à penser qu'une relation de confiance semble être existante de soignant-soigné puisque la personne exprime ses difficultés à des individus non familiers. Selon deux ergothérapeutes, les patients ne semblent pas communiquer leurs difficultés de la vie quotidienne. Nous pouvons émettre l'hypothèse que la confiance est un sentiment important dans la relation à l'autre et que celle-ci devrait être perpétuellement interrogée.
Nous allons hiérarchiser l'ensemble des réponses sous trois catégories : environnement social/personnel, la dimension psychique et la vie quotidienne.

[32] Modèle de l'Occupation Humaine

Concernant l'environnement social et personnel, les ergothérapeutes rapportent que les personnes vivant avec une schizophrénie éprouvent des difficultés à interagir avec autrui que ce soit dans la sphère familiale, amicale et sentimentale. Il en résulte généralement une forme d'isolement, de repli sur soi et une stigmatisation de la population est observable.
La méconnaissance de la schizophrénie dans la société provoque chez les personnes vivant avec celle-ci une difficulté de compréhension et d'acceptation de la maladie et de son traitement.

La dimension psychique, elle, nous apprend par les réponses de certains ergothérapeutes que la personne vivant avec une schizophrénie ressent un sentiment de persécution, de culpabilité, d'angoisse et de peur du regard d'autrui. Une perte de confiance en soi, d'affirmation de soi, de prendre soin de soi sont également exprimées.

Enfin, des ergothérapeutes évoquent les difficultés dans la vie quotidienne : organisation d'un planning personnel, gestion d'un budget, trouver et entretenir un logement, réalisation des repas, déplacements (transports en commun) etc.
→ Les informations des ergothérapeutes se retrouvent dans les difficultés énoncées dans la revue de littérature. Elles sont : d'avoir des relations interpersonnelles satisfaisantes, le manque de confiance en soi, la gestion du quotidien notamment au niveau financier et du logement, le repli sur soi qui ne permet pas la participation à des activités et un déficit de cognition social. Le concept de la relation soignant-soigné n'est pas abordée par les études de la revue de littérature ci dessus. De nombreux articles ont été écrits sur la relation mais elle n'est pas évoquée dans les études de la RL qui est centrée sur la RPS et la participation sociale. Or, cette notion semble être importante pour que les personnes se confient sur leur vie quotidienne.
En quoi la création d'une relation à bonne distance de confiance avec la personne est-elle importante pour son accompagnement ? En quoi la relation permettrait de favoriser la participation de la personne et d'améliorer sa vie sociale ?

Les répercussions dans la vie de la personne : Seulement un ergothérapeute sur dix-huit répond que la maladie n'a pas de répercussions sur son accompagnement. Les dix-sept autres ergothérapeutes répondent « oui » à la question et apportent des précisions. En effet, différentes raisons peuvent impacter la prise en soin de la personne : elles s'expliquent par le psychique (délires, sentiment de persécution, difficultés cognitives, de cognition sociale et de l'apathie), le physique (la fatigue) ou le social (une altération dans les interactions avec autrui et repli sur soi). Un ergothérapeute dit qu'il est difficile d'identifier les émotions d'autrui lorsqu'il est dans la même activité au sein du même groupe. Le déficit de cognition sociale impacte alors la prise en soin face aux autres participants des groupes. De même que le repli sur soi impacte la relation

avec les autres. Puis, plusieurs ergothérapeutes évoquent la notion de ponctualité, de régularité, d'abandon des séances qui fait référence à la notion d'engagement et de motivation. D'un autre côté, un ergothérapeute dit qu'il essaie d'appliquer au mieux les 13 principes de la RPS pour la prise en soin de la personne. Cette information nous montre que la motivation, l'engagement, l'autodétermination, la relation, l'approche centrée sur la personne sont des notions importantes dans la prise en soin de la personne. Enfin, un ergothérapeute dit qu'il est difficile de créer une relation d'aide et de confiance à cause des symptômes de la maladie qui peuvent survenir pendant les séances. *Comment les ergothérapeutes établissent une relation de confiance dans la prise en soin avec la personne face aux symptômes ? Est-ce qu'ils s'appuient de façon trop importante sur les écrits théoriques par rapport à la pratique en elle-même et leur personnalité ?*

→ Les réponses des ergothérapeutes sont en accord avec la RL et complètent les différents symptômes qui interviennent chez la personne atteinte de schizophrénie. Les symptômes sont de type négatifs et positifs. Certaines personnes possèdent un déficit cognitif qui peut être également un déficit de cognition sociale, des hallucinations et des délires, une apathie, des angoisses, une perte de confiance en soi et d'estime de soi. De plus, les études font part que la prise en soin en RPS peut être impactée par la survenue des symptômes. La revue de littérature nous dit que malgré les programmes de RPS, la plupart des personnes sont en situation de restriction de participation à la vie sociale à cause de leurs difficultés de cognition sociale et leurs difficultés à entrer en relation avec autrui.

En quoi une relation de confiance est une nécessité dans la prise en soin d'une personne souffrant d'une schizophrénie ? Comment susciter de la motivation chez la personne afin d'éviter un abandon ou une irrégularité des séances ?

<u>La participation/insertion sociale (questions 12 à 14)</u>

<u>*Les répercussions sur la participation sociale*</u> : Tous les ergothérapeutes sont en accord et répondent que les difficultés de cognition sociale impactent sur leur participation.

Les personnes atteintes d'une schizophrénie possèdent des difficultés lors des occupations qui demandent d'être en relation avec l'autre, elles ont de faibles relations sociales puis ceci génère une attitude de repli sur soi et un isolement social. L'intégration dans un groupe pour une activité thérapeutique dépend des compétences de la cognition sociale. De plus, d'autres ergothérapeutes parlent de sentiment de persécution, de mauvaise interprétation des comportements d'autrui, une incompréhension des autres puis des difficultés dans la

compréhension des intentions et des émotions d'autrui. Toutes ses difficultés amènent vers un isolement de la personne. Enfin, deux ergothérapeutes font part d'un sentiment de peur envers la société notamment pour aller dans les lieux publics ou bien demander des renseignements auprès des autres.

→ Les informations des ergothérapeutes sont en lien et complètent les données de la RL sur le fait que les difficultés de cognition sociale chez la personne impactent leur participation sociale. En effet, les personnes ont une mauvaise interprétation des intentions et des émotions d'autrui, le sentiment d'être persécuté ce qui les amènent à se replier sur soi même et à l'isolement social. De plus, dans la RL, des études montrent que les personnes ne sont pas satisfaites de leur vie en général et présente une non participation à la vie sociale.

Comment la personne peut-elle favoriser ses relations sociales ? Quel est le moyen le plus approprié pour augmenter les relations sociales de la personne et ainsi améliorer sa participation sociale ? Une relation de confiance entre l'ergothérapeute et le patient peut-elle lutter contre un isolement et améliorer ses capacités de cognition sociale ?

Les moyens de lutte contre la restriction de participation à la vie sociale : La plupart des ergothérapeutes utilisent des mises en situation et de l'éducation thérapeutique pour favoriser la participation sociale de la personne. Un ergothérapeute parle d'entretien motivationnel pour que la personne exprime ses besoins et attentes. Dans ce sens, tous les ergothérapeutes parlent de la personne actrice de sa prise en soin. En effet, il faut donner la parole au patient, ne pas savoir et faire à sa place puis le laisser agir selon sa motivation, sa volonté et son engagement. Les ergothérapeutes appliquent le plus souvent les séances en groupes fermés pour ne pas perturber les personnes et pour que la parole se libère plus facilement. Il faut établir un cadre contenant au début des séances pour appuyer sur le rapport à l'autre et favoriser les relations à l'autre. D'autres part, plusieurs ergothérapeutes évoquent la notion de médiation thérapeutique. Celle-ci permettrait de retrouver une estime de soi et une confiance en soi, de lutter contre l'isolement, de favoriser les relations sociales et ainsi d'accroître leur participation sociale grâce aux échanges durant l'activité de médiation. Enfin, deux ergothérapeutes font part des GEM qui apporteraient des bénéfices auprès de ce public atteint d'une schizophrénie.

→ Les données de la RL sont en accord avec les réponses des ergothérapeutes. En effet, ils parlent des GEM qui seraient un moyen pour favoriser la participation sociale. D'autre part, les notions de médiation thérapeutique, d'éducation thérapeutique, de patient acteur de sa prise en soin puis de motivation et engagement ne sont pas abordées dans les données de la revue de littérature.

En quoi la médiation thérapeutique peut-elle favoriser la participation sociale de la personne ? En quoi la motivation chez la personne permet une meilleure participation sociale ? Quel moyen peut-il être utilisé pour améliorer la motivation de la personne afin d'augmenter sa participation à la vie sociale ?

1.6.3 Analyse critique de l'enquête exploratoire

L'enquête exploratoire apporte des informations qui coïncident avec la revue de littérature et d'autres qui ne sont pas en accord. Des professionnels ne répondent pas à toutes les questions ou des réponses ne sont pas en lien. En analysant cela, peut être que les questions étaient trop redondantes ou les professionnels ont eu des difficultés de compréhension. Par rapport à cela, une meilleure clarté et précision des questions aurait permis aux professionnels d'apporter des réponses adaptées. De ce fait, l'analyse des questions ouvertes a été difficile à traiter car les réponses étaient souvent larges et parfois hors sujet. Les réponses nous amènent également à nous questionner si les professionnels ont suffisamment de connaissance sur le sujet. L'analyse des résultats s'est faite grâce au logiciel Google form® mais aurait pu être réalisé à l'aide d'autres logiciels plus performants. Par ailleurs, le lien entre la revue de littérature et les réponses de l'enquête exploratoire a été difficile par le fait que les questions manquaient de précision pour orienter les réponses des professionnels. Enfin, il aurait peut-être fallu que je centre d'avantage les questions.

A la suite de l'analyse de l'enquête exploratoire, un questionnement émerge : *Les ergothérapeutes sont-ils assez informés sur la cognition sociale et la réhabilitation psychosociale ? Des questions plus précises auraient-elles permis une meilleure analyse des réponses à mettre en lien avec la revue de littérature ? L'échantillon recueilli aurait-il pu être mieux ciblé ? Des biais auraient-ils pu être évité avec un meilleur travail du questionnaire ?*

La confrontation entre l'enquête exploratoire et la revue de littérature a permis d'enrichir le travail de recherche. Dans les deux parties, nous retrouvons la schizophrénie et ses symptômes, la réhabilitation psychosociale pour améliorer la participation sociale puis les répercussions de la maladie sur la participation sociale des personnes. L'enquête exploratoire a permis d'enrichir la recherche en amenant de nouveaux concepts comme le travail d'équipe, la relation soignant-soigné et la motivation de la personne dans les activités. Il serait important de s'intéresser à ces notions et de les développer dans la suite du travail de recherche. De plus, les données de l'enquête exploratoire sont basées sur l'ergothérapie ce qui donne un aperçu plus précis sur la pratique du professionnel. En effet dans la revue de littérature, l'ergothérapie est que peu évoquée. L'enquête exploratoire a permis d'analyser les difficultés de participation chez la personne et d'aller vers d'autres moyens pour la favoriser, autre que la réhabilitation psychosociale, par exemple les activités à médiation.

1.7 Question initiale de recherche

La problématique pratique à la suite de cette enquête exploratoire mène à une question initiale de recherche suivante :

En quoi une relation soignant-soigné permet-elle la motivation de la personne atteinte d'une schizophrénie dans sa participation sociale ?

1.8 Cadre de référence

La question initiale de recherche permet d'analyser différents concepts et/ou théories, ici la relation entre le professionnel et la personne puis la motivation chez la personne vivant avec une schizophrénie. Cette analyse va permettre un étayement de la réflexion au sein de ce travail de recherche. Les champs de la psychologie, de la psychiatrie et des sciences de l'occupation pour le développement vont être utilisés. En effet, la question repose sur les différents concepts de relation entre un soignant et un soigné, puis sur la motivation de la personne dans sa participation sociale lors de sa prise en soin. Un apport d'éléments au travers des champs disciplinaires seront bénéfiques dans le travail de réflexion de cette recherche. Le cadre de référence va s'appuyer sur des auteurs tels que Rogers C (psychologue en approche humaniste),

Winnicott DW (pédiatre et psychanalyste), Meyer S (ergothérapeute), Kielhofner G et Maslow AH (psychologue humaniste). Une matrice théorico-conceptuelle est construite pour guider le développement du cadre de référence (Cf. Annexe 7).

- **La relation soignant-soigné**

Selon le dictionnaire, le mot relation vient du latin « relatio », cela signifie le rapport du lien entre l'objet et l'autre, deux êtres, dans les relations humaines, l'individu est un être en relation avec l'autre (41).

La notion de relation soignant-soigné comprend 3 concepts celui de : la relation de soin, la relation d'aide et la relation thérapeutique. Ces notions vont être abordées par la suite à travers différents auteurs.

→ *Comment les professionnels abordent ce concept de relation dans leur pratique ?*

➔ **Tout d'abord, la relation de soin :**

Cette relation, d'après Formarier M. (infirmière), se représente comme une attitude dans le soin, dans les activités de soin entre la personne et le soignant. C'est une rencontre qui se construit par l'expérience et par la confrontation personnelle. Elle ne dépasse pas la notion d'interactions qui est la mise en présence concrète de deux individus développant une succession d'échanges ponctuels lors de la rencontre (42).

La relation de soin se base sur une démarche clinique. Cette relation est présente de façon ponctuelle avec une accumulation d'interactions entre un soignant et un soigné. Les qualités personnelles du soignant ne sont pas mises en œuvre, il agit selon la démarche de soin comprenant des traitements médicamenteux. Le soigné est considéré comme un objet de soin. Celle-ci ne semble pas adaptée pour des personnes vivant avec une schizophrénie, pour eux, une relation de confiance est nécessaire pour qu'ils participent à leur prise en soin (42).

D'après l'auteur clé de la relation, Rogers C, la relation de soin est une relation d'aide afin d'améliorer la santé des personnes en situation de handicap. Elle est une rencontre entre « deux désirs, celui du thérapeute qui est de soigner et celui du soigné qui est de guérir », ces désirs permettre d'arriver à un rétablissement (43).

Dans ce type de relation, la position du soignant se définit comme « un technicien qui possède un lien entre ses valeurs personnelles, professionnelles et sa pratique », sa singularité est impliquée dans la relation pour sa qualité et sa réussite. Puis, la position du soigné est celle de la personne qui est demandeur de soin, il se trouve dans une position horizontale c'est-à-dire d'égal à égal face à son soignant (43).

Pour cette relation de soin, les deux auteurs apportent un point de vue similaire. Pour eux, cette relation se base sur le soin avec un pur soignant et un soigné qui demande un soin. Rogers C. ajoute que la singularité du soignant et la position horizontale sont importantes pour une qualité de la relation.

→ *Cette relation, où le soigné est un objet de soin, suffit-elle à aider la personne atteinte d'une schizophrénie dans son accompagnement ?*

Dans l'enquête exploratoire, les ergothérapeutes faisant part que rendre la personne actrice était importante pour favoriser sa participation sociale. Finalement, la relation de soin semble peu adaptée pour une personne vivant avec une schizophrénie. *Existe-t-il une meilleure relation soignant-soigné dans l'accompagnement d'une personne atteinte d'une schizophrénie ?*

➔ **Ensuite, la relation d'aide :**

Selon Formarier M, la confiance et l'empathie sont à la base d'une relation d'aide. Elle permet une expression de façon libre de la personne. Elle est la base d'une relation de confiance qui se créée dans le temps (42).

Selon Rogers C, c'est « une relation dans laquelle la chaleur de l'acceptation et l'absence de toutes contraintes, de toutes pressions personnelles de la part de l'aidant, permet à la personne aidée d'exprimer au maximum ses sentiments, ses attitudes et ses problèmes ». Elle ne s'improvise pas, le soignant se doit de réaliser un travail sur soi et qu'il ne se base pas que sur la théorie pour établir une relation d'aide avec chacun de ses patients. Ce soignant qui réussi à construire cette relation, permet plus facilement au patient d'exprimer ses ressentis sur des sujets personnels et qui peuvent se montrer délicats (42,43).

→ *Les professionnels s'appuient-ils sur la théorie ou utilisent-ils plutôt leurs capacités personnelles à être en relation avec les patients ? Comment les professionnels mettent en œuvre une relation d'aide ?*

Une relation d'aide c'est également accompagner la personne, la soutenir, avoir une meilleure connaissance de soi, être à l'écoute, être compréhensif, être dans la capacité à aider la personne à s'exprimer, être bienveillant et enfin être disponible face au patient. Pour créer le lien à l'autre, le soignant doit avoir une connaissance sur les concepts de l'empathie et l'écoute dans ce type de relation.

D'après Rogers C, elle est donc basée sur la confiance et l'empathie relationnelle. Cet auteur est en accord avec l'infirmière Formarier M. L'empathie se définit comme donner du temps à la personne, l'écouter, reformuler ses propos, la comprendre, avoir une attitude thérapeutique et une juste présence. Puis la confiance est primordiale dans cette relation d'aide, elle est basée

sur les notions de respect, d'écoute et de certitude avec une permanence du lien transférable dans d'autres situations (44).

Finalement, dans une relation d'aide, les connaissances théoriques sur les qualités de la relation semblent importantes. Cependant, les caractéristiques personnelles du soignant sont tout aussi importantes pour établir un climat de confiance.

→ *Comment les professionnels l'abordent-ils dans leur pratique ? Cette relation est-elle complémentaire à la relation de soin ? Quelle est son importance auprès des personnes atteintes d'une schizophrénie ?*

➔ **D'autre part, la relation thérapeutique :**

La relation thérapeutique est une notion très utilisée en psychiatrie.

Selon Rogers C, cette relation se compose d'une relation d'aide et de soin. Pour son efficacité, le soignant doit posséder différentes qualités (45) :

- L'état d'accord : le soignant est lui-même, dans l'authenticité, conscient de ce qu'il éprouve dans la relation avec son soigné et il est dans l'acceptation de ce qu'il se passe en lui,
- L'empathie : comprendre le patient dans son espace externe et interne, ressentir comme son soigné, comme s'il était à sa place sans perdre sa qualité de soignant et sans y lier ses propres sentiments,
- La considération positive inconditionnelle : attitude chaleureuse, positive et d'acceptation envers ce que le soigné dégage en lui, le soignant valorise son patient en tant que personne dans sa globalité et dans le respect d'autrui, il n'existe aucun jugement envers le soigné,
- L'authenticité : le soignant demeure lui même, dans le respect d'autrui, l'humilité, la compassion et la confiance (45).

De plus, il doit avoir une écoute attentive, un non jugement, du respect, la volonté d'aider l'autre, de l'empathie et il apporte une confiance mutuelle (46). Il est important d'établir une bonne alliance thérapeutique et maintenir une bonne distance thérapeutique.

→ *Comment ces qualités sont-elles mises en œuvre par les professionnels ?*

La distance thérapeutique permet de maintenir un certain cadre de relation en ne faisant intervenir aucune de nos informations personnelles. Le soignant créée une limite avec la personne afin d'éviter un dépassement sur la vie intime, ceci ferait perdre le cadre de l'accompagnement. Dans ce type de relation, grâce à sa bienveillance et son authenticité,

l'ergothérapeute peut ajuster sa distance selon la complexité de la relation avec son patient et la maladie (47).

En ce qui concerne l'alliance thérapeutique (46), Freud S et Rogers C. sont des spécialistes. Elle rejoint la relation d'aide décrite précédemment. Freud S. exprime que cette notion présente un intérêt important afin de permettre une relation de confiance où le patient peut s'exprimer librement sans aucune crainte. Il montre également la présence d'une compréhension bienveillante de la part du soignant et que cette alliance renforce la relation soignant-soigné. Selon Rogers C, elle permet l'approche centrée sur le patient. L'alliance se représente par une relation d'aide et une relation de confiance pour amener vers une meilleure qualité de vie et un meilleur bien-être. Elle repose sur des qualités d'écoute, d'accueil, de soutien et de communication. L'alliance thérapeutique se définit comme un lien qui se créé entre le soignant et le soigné. Elle favorise la construction du projet personnalisé de la personne. Il existe différents niveaux de l'alliance thérapeutique :

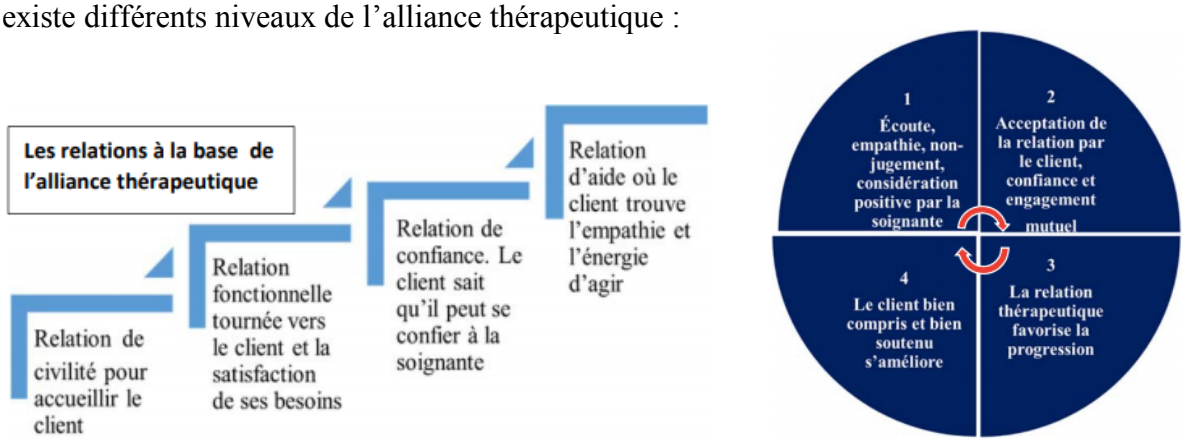


Schéma 1 : Les relations à la base de l'alliance thérapeutique

La création du lien à l'autre dans une relation thérapeutique avec cette capacité d'établir un climat de confiance semble importante afin que la prise en soin soit adaptée à la personne atteinte d'une schizophrénie et centrée sur elle-même. En effet, cette alliance favorise la construction du projet de vie de la personne. Ainsi celle-ci, une fois le projet établit avec la personne, permettrait de faciliter sa motivation et son implication dans son projet (46).

Finalement, la relation thérapeutique rassemble la relation de soin et la relation d'aide. Ainsi, tous les auteurs se complètent. Cette relation semble donc indispensable dans une prise en soin. *Chez les personnes atteinte d'une schizophrénie, qu'est-ce qui est important dans une relation ? Dans la pratique, la relation favorise-t-elle une motivation chez la personne ?*

Comment les professionnels s'adaptent face à la symptomatologie diverse des personnes vivant avec une schizophrénie ?

➔ **Enfin, la relation en ergothérapie**

En ergothérapie, nous abordons différents types de relation auprès des patients.

Tout d'abord nous avons la relation objectale. Celle-ci se définit selon Winnicott DW. et ses théories (48). Pour lui, cette relation permet une réflexion sur son positionnement en tant que soignant. Il s'agit de porter psychiquement la personne et de prendre soin d'elle. Le soignant construit une relation sécurisante afin que la personne puisse se construire. Dans cette relation objectale, la notion de « holding », « handling » et « objet presenting » apparaissent.

- Le holding différencie la relation thérapeutique à la relation parentale. Cette dernière est employée par l'ergothérapeute avec les fonctions maternante et paternante. En effet, la présence des dimensions d'écoute, d'accueil, de contenance et d'empathie font référence à la mère. Cela apparaît dans la relation d'aide de Rogers C. Ensuite il y a l'interdit, la loi et les limites au principe de réalité faisant référence au père. Cela fait penser à la distance thérapeutique décrit précédemment. Ces qualités du soignant se doivent d'être discrètes afin que la relation parentale ne soit pas ressentie par le patient. Cette relation varie selon l'ergothérapeute et sa façon d'être (48).

- Le handling se rapporte à la notion de prendre soin de l'autre et de la dimension de l'empathie.

- L'objet presenting agit autour de l'oralité et de l'analité. Ici l'ergothérapeute permet à la personne de s'ouvrir.

La relation objectale est une relation de transmission d'un savoir faire et savoir être de manière inconsciente dans notre façon de communiquer avec le patient (48).

→ Un questionnement similaire émerge : *Comment l'ergothérapeute s'adapte face à chacune des personnes ? Comment cette relation est mise en œuvre dans la pratique ?*

Par ailleurs, une relation de type médiatisée s'établit entre un ergothérapeute et la personne qu'il accompagne (48). En effet, la relation s'appuie sur un objet qui fait médiation. Elle se base sur des théories humanistes pour entrer en relation avec la personne, dans l'authenticité et l'empathie par l'ergothérapeute. Winnicott DW. explique que cette relation permet de comprendre « l'espace intermédiaire qui fait lien et séparation entre le dedans et le dehors, l'espace où il y a des projections intrapsychiques ». Dans cette relation le patient est dans son

pouvoir d'agir. Chacune des personnes possède sa sphère personnelle mais le soignant instaure une limite à sa vie personnelle. Ensuite, l'ergothérapeute ajuste la relation avec une bonne distance et une juste présence. Il doit jouer sur une présence physique et psychique. Sa présence physique fait référence à sa posture, avec l'idée de proximité et de distance. Il est préférable de se positionner horizontalement et à côté de la personne pour éviter le sentiment d'opposition ou de confrontation. Sa présence psychique, elle, fait référence aux règles d'abstinence et de non dévoilement de sa vie intime. L'intérieur du soignant c'est-à-dire sa subjectivité, ses affects ou encore son psychisme, peut être touché dans cette relation. Dans ce cas il faut pouvoir le reconnaître, en parler à l'équipe et ajuster la distance avec la personne (48).

Cette relation rappelle la relation thérapeutique avec la notion d'alliance et de distance thérapeutique où la personne n'est pas un objet de soin. La relation thérapeutique devient médiatisée avec un objet transitionnel et celle-ci semble importante pour accompagner au mieux une personne atteinte d'une schizophrénie.

Enfin d'après Freud S, l'ergothérapeute établit une relation thérapeutique avec la personne où les notions psychologiques de transfert et contre-transfert interviennent (48).

- Si la relation avec le patient est à bonne distance, analysée et pensée alors la dimension psychoaffective se développe. Le patient est dans la projection de ses comportements, ses attitudes et de son état psychique sur le soignant. Il est important d'accueillir les projections de la personne mais sans penser que cela nous concerne personnellement. Nous nous situons dans le phénomène du transfert. Il ne faut pas y faire abstraction. Il s'agit ici d'en avoir conscience pour éviter de réagir personnellement.
- Si le soignant présente une réponse à son ressenti face au patient, qu'elle soit positive ou négative, nous sommes dans le phénomène du contre-transfert.

La relation s'établit essentiellement dans une dimension psychique inconsciente. Notre personnalité déclenche chez la personne des réactions qu'il faut pouvoir reconnaître afin de ne pas intervenir selon nos pensées et émotions personnelles (48).

Pour conclure, selon l'enquête des ergothérapeutes évoquent la difficulté d'établir une relation de confiance avec la personne face à sa symptomatologie. Ceci nous amène à l'hypothèse de l'importance d'un travail sur soi afin que la relation avec la personne soit présente, que la personne ait confiance, puisse s'exprimer et participer à sa prise en soin. Il serait intéressant d'explorer le sujet auprès de la pratique des ergothérapeutes pour recueillir leurs propres avis et expériences.

- **La motivation**

Pour Meyer S, une ergothérapeute Suisse, la participation est définie comme l'engagement par l'occupation dans des situations de vie socialement contextualisées (49). Ceci lie la participation occupationnelle de la participation sociale.

La motivation de la personne est un concept primordial dans le soin en santé mentale et en ergothérapie. Il faut que la personne montre son envie pour son projet de vie. Les patients en psychiatrie n'ont pas toujours cette envie de se soigner par l'action et par eux-mêmes (50).

D'après Meyer S. et les écrits du groupe ENOTHE[33] (49), la motivation possède son origine dans le mot « motif » qui veut dire « mettre en mouvement », elle est une « caractéristique fondamentale, instinctive, consciente ou inconsciente, parfois innée de la personne qui la pousse à agir ». Les capacités conscientes et inconscientes de la personne sont bien présentes dans sa dimension psycho-affective et sa singularité. Ces notions sont prises en compte par le concept de la motivation. Chez la personne, il existe une partie consciente qui fait référence au « Moi » (psychanalyse de Freud), Dans celle-ci la personne présenterait une certaine motivation pour sa prise en soin. Si elle manque de motivation, cela voudrait dire qu'il y a une atteinte du Moi. En effet, une personne qui a conscience d'être à l'origine de son agir permet sa motivation (49).

Meyer S. aborde dans ses écrits les différents concepts de la motivation. Nous avons la motivation intrinsèque, extrinsèque et l'amotivation (49).

- La motivation intrinsèque trouve son origine à l'intérieur de la personne c'est-à-dire dans ses ressentis et son éprouvé. Au travers de celle-ci, la personne éprouve du plaisir et de la volonté d'agir (notion abordée par Kielhofner G.) selon ses souhaits dans sa participation. Les décisions sont personnelles, selon ses besoins et les bénéfices que lui apportent les propositions dans sa prise en soin. Ce qui est proposé à la personne a un sens pour elle. De ce fait, elle peut s'engager et participer. Elle fait référence à l'autodétermination avec le sentiment du choix et l'engagement spontané de la personne (49).
- La motivation extrinsèque provient de raisons externes à la personne. Celles-ci la poussent à agir. Une certaine obligation à participer est présente. La personne éprouve

[33] European Network of Occupational Therapy in Higher Education

une absence de plaisir, une insatisfaction et un faible engagement dans ce qui lui ait proposé. Ce que le soignant lui offre n'est pas signifiant ce qui impacte la motivation. Un abandon de la personne est alors possible (49).

- L'amotivation se définit comme l'absence de motivation. Elle peut impacter sur la participation de la personne. En effet le plus souvent, une personne non motivée soit elle ne s'engage pas ou que passivement soit elle ne réalise pas ce qui lui ait proposé dans sa prise en soin (49).

Un questionnement émerge : *comment les professionnels perçoivent et interprètent-ils la motivation chez la personne atteinte d'une schizophrénie ? Quelles stratégies les professionnels mettent en œuvre pour susciter de la motivation chez la personne et pour sa participation ?*

Ensuite, Maslow AH. et sa théorie humaniste apporte une autre vision de la motivation. Celle-ci serait liée aux besoins principaux de la personne (51). Il construit une pyramide qui permet de connaître les motivations de la personne. Il évoque cinq besoins fondamentaux. Plus le besoin est haut, plus il devient subjectif et difficile à atteindre.



Schéma 2 : Pyramide de Maslow

Le besoin physiologique représente le fait de manger, boire, dormir, respirer et se reproduire. Le besoin de sécurité correspond à la sécurité physique et mentale (logement, stabilité emploi, familiale, sa santé). Le besoin d'appartenance est celui de la socialisation, le fait de faire des rencontres, découvrir, créer des liens, communiquer avec les autres et appartenir à un groupe. Le besoin d'estime c'est celui de considération, qui démarque l'individu d'un autre (respect, confiance, relation, se sentir compétent). Enfin le besoin d'accomplissement fait référence à l'épanouissement, le développement des valeurs, l'atteinte d'un objectif personnel et l'augmentation des connaissances.

La motivation trouve son origine dans cette pyramide où les besoins de la personne demandent satisfaction (51). Grâce à la connaissance des besoins de la personne, la prise en soin peut être adaptée et la motivation de la personne est augmentée.

→ *Les professionnels prennent-ils en compte tous les besoins de la personne ? Quels moyens sont mis en place pour connaître les besoins de la personne, adapter l'accompagnement et ainsi favoriser sa motivation à participer ?*

D'autre part en ergothérapie, il existe le MOH qui évoque la motivation. Dans celui-ci, la motivation serait liée à la volition c'est-à-dire la volonté et à l'agir. La volition correspond à la motivation d'une personne à agir sur l'environnement. Kielhofner G. évoque la motivation à la participation de la personne, à travers son modèle de l'occupation humaine où les notions de volonté et d'agir sont présentes. Selon lui, la volition permet l'engagement de la personne dans sa participation. Cette notion se trouve comme la motivation dans la partie du Moi chez l'individu (52).

Ce modèle est centré sur l'occupation de la personne qui est une notion au sein de sa participation sociale. Pour cet auteur, l'individu est un être humain et celui-ci est un être occupationnel. L'occupation est essentielle chez la personne, elle permet d'agir et d'augmenter sa participation. Elle se définit comme « différentes activités (productivités, loisirs, vie quotidienne) réalisées dans un contexte physique, temporel et socioculturel ». Le MOH est décrit en 3 parties qui sont représentées par l'Etre, l'Agir et le Devenir (53).

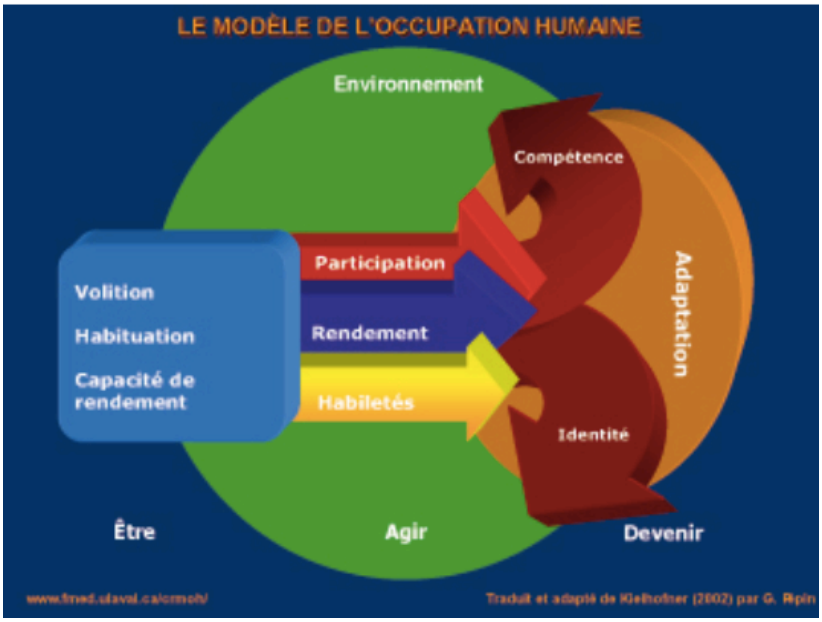


Schéma 3 : Modèle de l'Occupation Humaine

- L'Etre soutient l'Agir. Il possède plusieurs composantes propres à la personne. Elles sont la volition, l'habituation et les capacités de performances.

Volition	Valeurs, motivation : ce qui est important et signifiant pour la personne Centres d'intérêt : les choses agréables et satisfaisantes à réaliser Causalité personnelle, déterminants personnels : ce que la personne connaît de ses capacités, de son efficacité à réaliser une activité et à y participer
Habituation	Correspond aux habitudes (agir automatiquement lors de situations connues) et aux rôles de la personne (statut social et/ou personnel)
Capacités de performances	Capacité à agir selon les composantes physiques, mentales et à l'expérience du corps

Tableau 3 : Composantes de l'Etre

La participation de la personne peut se faire que si la personne possède une certaine volition et motivation dans sa composante de l'Etre (53). Cela concorde avec ce que les ergothérapeutes partagent dans l'enquête exploratoire. La motivation est indispensable pour que la personne participe à la réhabilitation psychosociale, tout autre accompagnement ou activité.

- L'Agir appartient à la personne, il se présente sous différents niveaux. La participation occupationnelle où l'individu agit dans ses activités au sein de contextes socioculturels. La performance occupationnelle représente la réalisation de l'ensemble de tâches soutenant la participation de la personne dans une activité. Les habiletés sont des capacités que la personne possède afin d'agir dans des activités, ce sont des habiletés motrices, de communication et d'interaction (53).

→ *Les professionnels prennent-ils assez en compte cet aspect de l'Agir chez la personne atteinte d'une schizophrénie pour favoriser sa participation ? En quoi cette notion chez la personne est importante dans son accompagnement ?*

- Le Devenir est la résultante de l'Etre et l'Agir. Il correspond à l'accumulation d'expériences vécues par la personne lors de participations diverses à des activités. Il nécessite une identité et une compétence occupationnelle. Celles-ci permettent une adaptation de la personne dans sa participation à des occupations (53).

Enfin, ces trois composantes de l'individu sont en interactions avec son environnement. La personne peut ainsi avoir des ressources, des demandes, des contraintes qui impactent sur sa participation (53).

Finalement, *quels moyens sont mis en place pour favoriser une motivation à participer chez la personne atteinte d'une schizophrénie ? En quoi l'environnement peut-il influencer la motivation à participer de la personne ?*

Nous pouvons voir que la motivation est importante pour la participation de la personne. Pour hypothèse nous pouvons supposer qu'un lien relationnel entre un ergothérapeute et son patient viendrait augmenter sa participation et sa motivation. En effet, une relation de confiance serait indispensable dans un accompagnement d'une personne atteinte de schizophrénie. Celle-ci pourrait s'exprimer sur ses besoins et montrer ce qui la motive. Cette idée est retrouvée dans le schéma 1 avec la relation fonctionnelle qui est tournée vers la satisfaction des besoins de la personne. Nous avons vu que les besoins étaient à l'origine de la motivation selon Maslow AH. A la suite de cela, le professionnel adapterait la prise en soin selon les souhaits et besoins de la personne. Ainsi, celle-ci augmenterait sa motivation à participer de façon occupationnelle et sociale. Il serait intéressant d'analyser la pratique des ergothérapeutes et de voir s'il existe un lien entre les deux concepts.

Le questionnement suscité et qui met en lien les concepts : *Quelle relation semble la mieux adaptée pour favoriser la motivation de la personne ? Comment les professionnels mettent en lien la relation soignant-soigné et la motivation chez la personne dans sa participation aux activités ? Quelles stratégies sont mises en œuvre par les professionnels pour que le patient soit motivé dans sa prise en soin ? La relation du soignant influence-t-elle la motivation de la personne à participer ?*

1.9 Question et objet de recherche

Le concept de la relation et en quoi celui ci pourrait influencer la motivation chez une personne souffrant d'une schizophrénie a été mis en lumière dans le cadre de référence. En particulier, Rogers C, Kielhofner G et Meyer S. partagent des informations qui permettent d'éclaircir, d'apporter des éléments sur la réflexion du travail de recherche et de mettre en lien les concepts.

En premier lieu, la revue de littérature a mis en évidence que les personnes vivant avec une schizophrénie présentaient des difficultés dans leur participation sociale. Celle-ci peut être travailler grâce au processus de réhabilitation psychosociale.

Ensuite, l'enquête exploratoire a pu compléter la revue de littérature. Elle a apporté de nouvelles données afin d'orienter la réflexion notamment sur la pratique en ergothérapie. Certains ergothérapeutes ont enrichi le travail de recherche sur la participation sociale. Ils ont apporté des informations sur la notion de relation et de motivation dans la participation de la personne. En effet, ces deux notions semblent importantes dans la prise en soin des personnes vivant avec une schizophrénie pour favoriser leur participation sociale.

Il serait donc intéressant de poursuivre la recherche en approfondissant ces concepts à travers les expériences des ergothérapeutes. *Comment abordent-ils la relation et la motivation chez la personne dans leur pratique ?* Il s'agira de comparer leur point de vue et de réaliser une analyse sur de possibles liens existants entre les concepts.

La question de recherche qui vient après la suite de la réflexion est :

« Comment l'ergothérapeute, par sa relation avec une personne vivant avec une schizophrénie, influence la motivation à la participation sociale ? »

L'objet de recherche de ce travail est :

La motivation à la participation sociale d'une personne vivant avec une schizophrénie, à travers sa relation avec l'ergothérapeute.

2 Matériel et méthode

Pour répondre à la question de recherche, la réalisation d'un dispositif de recherche a été mis en œuvre. Son objectif est d'avoir un point de vue des professionnels concernés et de leur pratique.

2.1 Méthodologie pour construire le dispositif de recherche

Pour répondre à la question *« Comment l'ergothérapeute, par sa relation avec une personne vivant avec une schizophrénie, influence la motivation à la participation sociale ? »,* la méthode clinique a été retenue. Il s'agit d'une recherche exploratoire permettant un apport de savoirs. Cette méthode permet une approche centrée sur le sujet, sur sa subjectivité et sa singularité. Des informations sont collectées sur une population en particulier. Elle se centre

sur le vécu et le ressenti de l'interrogé, sur la relation et la motivation à la participation sociale chez une personne atteinte d'une schizophrénie (54–56). Enfin, elle est basée sur la clinique de cas c'est-à-dire que chaque professionnel donne sa vision suivant son expérience (56).

2.2 Choix de la population cible

Pour ce dispositif de recherche, des critères d'inclusion et d'exclusion ont été sélectionnés. Il est important de cibler la population pour l'entretien afin que celui ci apporte une richesse d'informations.

En effet, tous les ergothérapeutes exerçant avec des personnes atteintes de la schizophrénie sont inclus dans la recherche. Ces professionnels pourront partager leurs expériences ciblées sur les thématiques de l'entretien car ils sont au cœur du thème de par leur pratique. De même, cela permet d'avoir un ensemble du phénomène recherché.

Par ailleurs, les personnes vivant avec la maladie, leur famille et les autres professionnels sont exclus de la recherche.

2.3 Choix de l'outil de recueil de données

En se basant sur une méthode clinique pour la recherche, les outils de recueils de données centraux sont l'entretien et l'observation. Pour cette méthode, l'entretien est retenu pour continuer ce travail de recherche. En effet, l'entretien permet d'obtenir un recueil d'informations centré sur le sujet interrogé, sur ses données personnelles et subjectives. Lors de cet outil, le sujet et le chercheur sont en interactions grâce à des échanges à partir de thématiques. Une liberté de la parole de deux personnes, des gestes non verbaux et des mimiques sont exprimés. De plus, l'écoute et l'accès à un ensemble de connaissances afin d'explorer et d'approfondir la recherche est facilité (55,56). Enfin, il permet d'observer le sujet et ses réflexions en direct. Ceci permet d'effectuer des relances et d'enrichir l'entretien (56).

Cependant, l'entretien comprend des inconvénients. En effet, sa construction, son déroulement et son analyse prennent du temps. Une réflexion sur un objectif précis est important pour privilégier un gain de temps. Celui-ci permettra lors de l'échange de pouvoir relancer correctement le sujet s'il s'éloigne des thématiques des questions. Lors de l'entretien, les réponses du sujet peuvent être influencées selon notre posture, nos mimiques et notre comportement. C'est pour cela qu'il est important de rester neutre, de ne pas montrer nos émotions et nos affects tout au long de l'échange. Enfin, la distance kilométrique ou le contexte sanitaire sont des faits où il peut exister la difficulté de la rencontre. En effet, une rencontre

avec le sujet permettrait une meilleure qualité des échanges, une plus grande richesse de l'entretien et une facilitation du lien de confiance entre le chercheur et le sujet.

2.4 Construction de l'outil

L'entretien est l'outil retenu pour la suite de la recherche. Il existe différents types d'entretiens : le directif, le semi-directif et le non directif.

Tout d'abord, l'entretien directif se déroule à l'aide de questions prédéfinies avec un respect de l'ordre dans lequel elles sont posées. Le chercheur questionne et le sujet répond sans que le chercheur puisse rebondir sur la réponse. L'interrogé n'a pas la possibilité de s'exprimer librement sur les thématiques de la recherche. Cette méthode d'entretien est similaire au questionnaire. Elle ne semble pas adaptée puisqu'elle ne permet pas la subjectivité et la liberté de la parole du sujet concernant les thématiques (la relation et la motivation) (56).

D'autre part, l'entretien non directif permet à l'interrogé de s'exprimer librement sans guidance de la part du chercheur. Les questions ne sont pas prédéterminées et une seule question est posée par le chercheur. Une déviation de l'enquêté sur d'autres sujets ou une réponse non ciblée sur la question sont des risques d'un entretien non-directif. Ceci peut être une limite à l'analyse des résultats. En effet, les réponses sont peu riches et centrées sur l'objet de recherche (56).

Enfin, l'entretien semi directif est basé sur des questions ouvertes en identifiant au préalable le thème et les sous thèmes (56). Le sujet interrogé peut s'exprimer de manière libre sur les thématiques de la recherche. Des relances peuvent être effectuées par le chercheur si le professionnel a une tendance à dévier sur d'autres sujets. Les questions de relance permettent, elles, de recentrer sur les notions abordées et de les approfondir si le sujet ne les a pas spontanément développé (56,57). Ce dernier type d'entretien est celui qui est sélectionné pour cette recherche clinique. Les entretiens avec les ergothérapeutes se font par téléphone ou par vidéo par rapport à la situation sanitaire qui rend les déplacements compliqués.

Pour mener à bien les entretiens, des questions sur les thèmes sont posés afin d'avoir un aperçu des connaissances sur la recherche :

- *Pouvez-vous me décrire ce qu'est la relation ?*
- *Comment définissez vous la motivation ?*
- *Pouvez-vous me définir la participation chez une personne ?*

Une matrice d'entretien est construite à partir des thématiques, d'une question inaugurale et de questions de relance (Cf. Annexe 8).

Cette question initiale permet au sujet de donner une première réponse et de s'exprimer librement sur son expérience auprès de ses patients. Les deux notions de la recherche sont présentes dans la question pour orienté l'enquêté. Son objectif est de comprendre la motivation de la personne atteinte d'une schizophrénie et comment une relation est mise en place pendant l'accompagnement de la personne. Celle-ci sera précisée à l'aide de plusieurs questions de relance pour guidé l'interrogé.

Ces questions de relance permettent une exploration ciblée sur les sous thématiques de la recherche. Elles permettent également le recentrage du sujet sur la recherche. L'ordre dépendra du déroulement de chaque entretien.

2.5 Biais de l'outil

La réalisation des entretiens et les réponses données par l'enquêté peuvent être interférés par différents biais.

- Biais affectif : l'état émotionnel de l'enquêteur peut influencer son attitude et les réponses de l'enquêté.

⇨ Rester neutre, ne pas révéler et faire ressentir son état affectif au moment de l'entretien.

- Biais cognitif : l'état cognitif du chercheur et du sujet peut impacter le déroulement de l'entretien. En effet les réponses de la personne peuvent être incomplètes ou raccourcies.

⇨ Rester neutre, éviter de faire ressentir ou de montrer son état cognitif actuel.

- Biais de sélection : les personnes sélectionnées qui ont accepté de participer à l'entretien semblent intéressées par le sujet de recherche et se sentent concernés. Cependant nous ne pouvons être sûr, ce qui rend l'échantillon peu représentatif.

⇨ S'assurer que le sujet intéresse et que celui-ci possède un minimum de connaissances.

- Biais méthodologique : un manque d'information ou des entretiens incomplets peuvent se présenter si les questions manquent de clarté ou s'il y a un manque d'incompréhension de l'enquêté.

⇨ Travail de formulation claire et précise de la question inaugurale et des questions de relance.

- Biais de confirmation : l'enquêteur a tendance à prendre en compte les réponses qui confirment ses recherches.

⇨ Réaliser une analyse complète c'est-à-dire analyser les réponses dans leur entièreté même si elles peuvent aller à l'encontre de ce que l'enquêteur cherche.

- Biais de désirabilité sociale : la personne interrogée et le chercheur ne sont pas anonymes de par l'entretien. En observant le comportement de l'enquêteur, la réponse de l'interrogé peut être influencée.

⇨ Rester dans une posture neutre tout le long de l'entretien.

2.6 Test de faisabilité et validité de l'outil

Un test auprès de plusieurs ergothérapeutes sont nécessaires afin de s'assurer de la validation et de la faisabilité de l'outil de recueil de données. Celui-ci permettra la continuité de la recherche. Deux ergothérapeutes ont participé, une ergothérapeute travaillant dans une structure de réhabilitation psychosociale et une ergothérapeute dans un hôpital de jour. Celles-ci ne participent pas à la recherche. Ce test a permis de vérifier la pertinence de l'outil, sa clarté et ses possibles points faibles. De plus, il a permis de retravailler la question inaugurale et les questions de relance. Le chercheur décide de garder une question inaugurale et de ne pas poser plusieurs questions par thèmes afin que les interviewés puissent donner leur vision sur leur pratique de manière libre. Cependant avant la question initiale, des questions sur les thèmes sont posées pour avoir un aperçu des connaissances et voir si le sujet répond à notre recherche. Il est important de vérifier également le fonctionnement du logiciel d'enregistrement des entretiens afin d'optimiser la retranscription pour l'analyse des résultats. Enfin, le chercheur a pu se familiariser avec l'outil de recherche et le logiciel d'enregistrement afin de permettre une réalisation correcte des entretiens qui seront ensuite analysés pour la recherche.

2.7 Déroulement de l'enquête

Pour débuter l'enquête, il est nécessaire de rechercher des ergothérapeutes à interroger. Les moyens utilisés pour cette recherche sont similaires à l'enquête exploratoire : les réseaux sociaux (groupes d'ergothérapeutes et étudiants sur Facebook), le site de l'ANFE puis l'envoi de mail à différents contacts qui ont servi pour l'enquête exploratoire. Un message explicatif est écrit pour expliquer l'objet de recherche et pour préciser le public concerné. Ceci permet au sujet de voir si la recherche le concerne et s'il peut participer. Par la suite, un échange par mail ou téléphone est effectué afin de planifier un rendez-vous pour l'entretien (Cf. Annexe 9).

Au début de l'entretien, le chercheur se présente et présente son thème de recherche. Ni la question ni l'objet de recherche sont révélés pour éviter de cibler la recherche, de restreindre les informations sans orientation vers d'autres notions qui pourraient enrichir l'entretien. A la suite de cette présentation, le chercheur demande si l'enquêté est toujours d'accord pour participer puis une autorisation d'enregistrement est demandée tout en évoquant le respect de l'anonymat (Cf. Annexe 10). Ensuite, l'enquêteur demande au sujet de se présenter pour établir une relation, ce qui permettra la qualité de l'entretien. Il s'agit ici de réaliser un échange auprès de l'ergothérapeute et son expérience. Puis, le chercheur pose sa question inaugurale. Le déroulement de l'entretien se fait en fonction de l'échange qu'il y a entre l'enquêté et l'enquêteur. Des questions de relance peuvent être posées, si nécessaire, pour approfondir les réponses données par l'interrogé, pour recentrer sur la recherche ou pour enrichir l'échange. Le chercheur demande si le sujet veut partager des informations supplémentaires à cet entretien concernant les thématiques de la recherche. Enfin, il remercie l'ergothérapeute de sa participation à la fin de l'entretien.

Huit ergothérapeutes ont participé à la recherche, ce sont uniquement des femmes. Ils ont tous été retenus pour montrer un ensemble de l'expérience de chacun (Cf. Annexe 11-18).

- 1er entretien le 08/03/2021 à 20h et a duré 30minutes
- 2ème entretien le 10/03/2021 à 17h et a duré 20minutes
- 3ème entretien le 12/03/2021 à 19h et a duré 40minutes
- 4ème entretien le 15/03/2021 à 8h45 et a duré 25 minutes
- 5ème entretien le 15/03/2021 à 18h30 et a duré 25 minutes
- 6ème entretien le 22/03/2021 à 18h30 et a duré 32 minutes
- 7ème entretien le 23/03/2021 à 18h30 et a duré 21 minutes
- 8ème entretien le 25/03/2021 à 18h et a duré 26 minutes

La loi Jardé s'applique de par les entretiens. En effet, cette recherche a besoin d'une autorisation des participants pour sa réalisation malgré qu'elle reste anonyme par la suite. Les personnes sont libres de participer, elles sont préalablement informées de l'objet de recherche.

2.8 Choix des outils de traitement et analyse des données

L'entretien est un outil qui permet une analyse qualitative des résultats obtenus. Les entretiens sont enregistrés via le logiciel Audacity® sur l'ordinateur et grâce à un dictaphone. La retranscription se fait sur le logiciel Microsoft Word®.

Le chercheur a choisi d'effectuer une analyse descriptive pour avoir connaissance de l'expérience des ergothérapeutes. Ensuite, une analyse textuelle puis thématique des entretiens sont effectuées. L'analyse textuelle permet de prendre connaissance de chaque corpus individuellement afin de mieux appréhender l'analyse thématique, qui celle-ci met l'ensemble des données en commun. Les deux analyses permettent une analyse qualitative. L'analyse thématique est transversale et consiste à « transposer d'un corpus donné en un certain nombre de thèmes représentatifs du contenu analysé, en rapport avec l'orientation de la recherche » (58). Grâce à cette analyse, les résultats pourront se mettre en lien avec le cadre de référence. Pour simplifier l'analyse des résultats, une grille d'analyse thématique est construite (Cf. Annexe 19).

3 Résultats

Les résultats sont analysés à partir d'une analyse descriptive puis transversale. L'analyse descriptive permet de décrire les caractéristiques de la population interrogée. L'analyse transversale se fait par une analyse thématique mettant en lien les entretiens retenus.

3.1 Analyse descriptive

Les participants au dispositif de recherche sont exclusivement des femmes. Pour l'analyse des résultats, elles sont nommées anonymement par E1, E2, E3, E4, E5, E6, E7 et E8.

Participantes	Année de diplôme	Structure de travail
E1	2000	Hôpital de jour
E2	2020	Centre hospitalier spécialisé en psychiatrie
E3	1983	Intra-hospitalier : unité libre ouverte et unité fermée
E4	Non renseignée	Hôpital de jour : service psychiatrique adultes
E5	1993	Hôpital de jour, CATTP et unités d'hospitalisation complète fermées et ouvertes

E6	2013	Clinique psychiatrique à réorientation psychosociale et réinsertion sociale
E7	2013	Centre universitaire de rétablissement
E8	2001	Hôpital de jour

Tableau 4 : Description des ergothérapeutes participantes

3.2 Analyse thématique

L'analyse thématique consiste à effectuer une lecture de chacun des corpus et de les diviser en plusieurs parties pour rechercher des thèmes communs. On nomme également cela comme une analyse transversale. Une grille d'analyse est construite avec les différentes thématiques retenues (59). A la suite de cela, un tableau récapitulatif des thèmes et des sous-thèmes est réalisé. Ces grilles sont une aide pour l'analyse des résultats. Ensuite, une mise en lien des thèmes est effectuée avec l'intégration le cadre de référence (59). Après la réalisation de la lecture des huit entretiens, quatre thèmes ont été retenus. Les différentes parties des entretiens sont réparties dans la grille d'analyse (Cf. Annexe 19). Enfin, un tableau récapitulatif des thèmes et des sous-thèmes est construit pour affiner les résultats de la recherche (Cf. Annexe 20).

3.2.1 La naissance d'une relation entre l'ergothérapeute et la personne

La relation entre un ergothérapeute et la personne atteinte d'une schizophrénie qu'il accompagne est abordée sous différentes formes par les 8 ergothérapeutes interrogés. Il s'agit de la relation d'aide, la relation thérapeutique et la relation médiatisée.

Tout d'abord la relation d'aide émane de la relation de confiance. L'ergothérapeute E1 dans sa relation avec la personne est dans la présence, elle lui donne les moyens de réussir son projet de vie et obtenir un rétablissement (annexe 11 l. 82-85). Elle est dans l'écoute, le soutien afin que la personne puisse s'exprimer librement sur ses ressentis sans avoir le sentiment d'être jugée (annexe 11 l. 127-130).

Les ergothérapeutes E2, E3, E4, E5 et E7 permettent également à la personne une libre expression de soi. C'est dans une démarche d'écoute attentive que l'ergothérapeute E2 laisse la personne venir par elle-même. Cette professionnelle se livre pour que la personne se sente en confiance (annexe 12 l. 51-55). S'agissant de l'ergothérapeute E3, celle-ci est dans l'écoute de la personne et montre de l'empathie pour créer un climat de sécurité et de confiance. Elle essaie de comprendre la personne dans sa globalité (annexe 13 l. 38-43, 160-163). De plus, il lui est

important de construire une relation de confiance pour susciter une motivation intrinsèque chez la personne (annexe 13 l. 60-61). L'ergothérapeute E4 se base sur la bienveillance, l'écoute, la confiance, la compréhension et sa disponibilité pour que la personne vienne à s'exprimer (annexe 14 l. 27-31, 54-58). L'ergothérapeute E5 se rend disponible et témoigne à la personne de sa compréhension afin que celle-ci puisse se confier sur ses ressentis (annexe 15 l. 38-42, 54-61). L'ergothérapeute E7 est dans une approche similaire et dit qu'il est nécessaire d'établir une relation de confiance pour que la personne exprime ses difficultés, ses ressentis et sa motivation (annexe 17 l. 93-107).

Enfin, l'ergothérapeute E6 fait connaissance avec la personne, instaure une relation de confiance et veille à la maintenir dans le temps. Cette relation lui est une aide dans la prise en soin de la personne (annexe 16 l. 48-50, 85-88).

Concernant la relation thérapeutique, les ergothérapeutes allient l'alliance et la distance thérapeutique.

Au niveau de l'alliance thérapeutique, elle se représente par la relation d'aide et de confiance et par les qualités du soignant. Les ergothérapeutes E3, E5, E6, E7 et E8 parlent de cette alliance.

En effet, une ergothérapeute E3 reste authentique face à la personne et pour elle il est important d'être dans une alliance pour susciter une motivation chez la personne (annexe 13 l. 60-61). C'est en étant centrée sur la personne et en lui permettant le choix que cette ergothérapeute la rend actrice dans sa prise en soin. Cette approche favorise une alliance et un climat de confiance afin de susciter une meilleure motivation chez la personne à participer aux activités (annexe 13 l. 122-125). Elle s'assure de la compréhension de la personne et que celle-ci ait une motivation intrinsèque à participer. En plaçant la personne en état de position, celle-ci peut s'affirmer et favoriser l'estime de soi (annexe 13 l. 130-131).

L'ergothérapeute E7 est dans l'empathie, la bienveillance, la relation à l'autre, la compréhension, l'écoute, la communication, le non jugement et va dans le sens de la personne (annexe 17 l. 30-33, 48-51, 56-58). Pour cette professionnelle la communication est indispensable pour comprendre la personne en vu d'adapter sa prise en soin et que celle-ci ait du sens. La communication lui permet également de susciter une motivation intrinsèque et une participation active chez la personne (annexe 17 l. 48, 93-107). Il en va de même pour trois autres ergothérapeutes E5, E6 et E8 qui se trouvent dans une même dynamique où la communication a son importance pour faciliter l'alliance thérapeutique (annexe 15 l. 76, annexe 16 l. 85-88 et annexe 18 l. 26-27).

S'agissant de la distance thérapeutique, celle-ci est évoquée par les ergothérapeutes E2 et E5. Une ergothérapeute se livre en instaurant une limite personnelle tout en apportant un climat de confiance afin de rassurer la personne (annexe 12 l. 55-61).

L'autre ergothérapeute qui témoigne de l'empathie, met en place une juste distance entre elle et la personne accompagnée tout en étant dans une relation de proximité avec celle-ci et en préservant sa vie intime (annexe 15 l. 54-61).

Enfin, la relation médiatisée est évoquée par certaines ergothérapeutes.

L'ergothérapeute E3 utilise une médiation avec ou sans objet afin d'établir une relation avec la personne. Dans celle-ci, l'ergothérapeute permet à la personne d'être actrice et de se sentir comme une personne qui n'est pas un objet de soin (annexe 13 l. 44-47, 48-51, 110-116).

Une autre ergothérapeute E6 se sert d'un objet transitionnel pour établir sa relation avec la personne. Ce médiateur créé le lien à l'autre permettant l'échange entre elles. Cela favorise la motivation et la participation de la personne (annexe 16 l. 30-32, 87-89, 95-97).

Enfin, l'ergothérapeute E5 s'appuie sur différentes activités pour créer une relation (annexe 15 l. 42).

D'un autre point de vue, l'ergothérapeute E4 dit que la relation est basée sur le soin (annexe 14 l. 22). Celle-ci partage son expérience et pour elle, il est nécessaire de connaître la situation de la personne pour établir une relation quelle qu'elle soit (annexe 14 l. 58).

Une ergothérapeute E5 quant à elle explique que la relation est difficile à établir selon la symptomatologie de la personne (annexe 15 l. 58-61). Elle dit aussi que la relation se travaille et se construit sur le long terme (annexe 15 l. 94-97). De plus, l'ergothérapeute E6 adapte sa relation selon les personnes accompagnées et leur symptomatologie (annexe 16 l. 41-42).

Enfin, l'ergothérapeute E5 dit que si la relation s'établit, il est plus facile de proposer une prise en soin sur la base du projet de vie de la personne et de susciter sa motivation sur des activités signifiantes. Ainsi, sa participation sera favorisée (annexe 15 l. 72-76).

Les ergothérapeutes rendent compte de la complexité de la relation entre eux et la personne vivant avec une schizophrénie. Le caractère singulier de cette maladie provoque chez la personne une certaine dissociation de la réalité et c'est en parti pour cela qu'elle présente des difficultés à entrer en relation et à communiquer avec l'ergothérapeute ou tout autre individu. Etant quotidiennement confronté à cette situation, il semble inévitable que le professionnel avec une écoute bienveillante et dans un climat sécurisant construise une relation de confiance au

travers d'une médiation. Cette démarche permet ainsi d'assurer la prise en soin de la personne et de la rendre actrice de son propre projet.

3.2.2 La représentation de la motivation par l'ergothérapeute dans la schizophrénie

Les ergothérapeutes réalisent un état des lieux concernant leurs observations sur la motivation chez la personne atteinte d'une schizophrénie. Ce concept se montre d'une grande complexité.

En premier lieu, les ergothérapeutes parlent de l'origine de la motivation. L'ensemble des ergothérapeutes partagent d'après leurs expériences que la motivation se base sur les centres d'intérêt, le plaisir, les envies, les désirs, les valeurs de la personne.

Le respect des habitudes de vie, des demandes et objectifs sont important à prendre en compte pour réaliser le projet de vie de la personne. Celui-ci doit faire sens et répondre au bien être de l'individu (annexe 11 l. 58-63, 118-122, annexe 12 l. 121-125, annexe 13 l. 67-68, 75-80, 145-160, 163-172, annexe 14 l. 42-43, annexe 16 l. 61-62, annexe 17 l. 35-38, 84-90).

Par ailleurs, la motivation dépendrait de la symptomatologie de la personne et de sa personnalité. En effet l'ergothérapeute E1 fait part que les personnes avec des symptômes négatifs au premier plan ont une altération importante de leur motivation (annexe 11 l. 86-89). De ce fait, une relation est importante à mettre en place et à maintenir dans le temps.

Inversement, les personnes avec des symptômes positifs au premier plan présentent une motivation moins impactée et de ce fait plus facile à susciter (annexe 11 l. 92-93).

La motivation dépend de la pathologie, des symptômes et de la personne d'après deux autres ergothérapeutes E2 et E8 (annexe 12 l. 94-95, annexe 18 l. 44-47, 74). L'ergothérapeute E8 rajoute que la conscience de la maladie influence sur la motivation chez la personne (annexe 18 l. 88-89).

Une ergothérapeute E4 est en accord. Elle dit que la motivation dépend du degré de pathologie et de la personne. En effet, si la personne est dans le déni, si elle est opposante, non demandeuse, dans un refus, une non acceptation ou une inconscience de la maladie, il est alors compliqué pour elle de présenter une certaine motivation (annexe 14 l. 34-35, 68, 75-80, 82-91).

Enfin, d'après l'ergothérapeute E3, selon les symptômes, les personnes ont des difficultés pour s'exprimer sur leurs demandes et pour montrer une motivation (annexe 13 l. 127-129).

D'autre part, il existe différents types de motivation : la motivation intrinsèque et extrinsèque, identifiées par deux ergothérapeutes E3 et E7 (annexe 13 l. 53-57, 103-105 et annexe 17 l. 35).

Les autres ergothérapeutes évoquent ces deux types de motivation sans forcément les identifier par eux-mêmes. En effet, l'ergothérapeute E1 et E5 nous partagent qu'une personne qui montre une faible motivation voire aucune peut tout de même participer activement à une activité et inversement (annexe 11 l. 109-113 « j'avais un patient très engagé mais même si au niveau de sa participation c'était pas top top hein, ce qu'il faisait, c'était bien mais c'était améliorable mais il était très engagé et un autre patient, il faisait des choses magnifiques, merveilleuses euh supers bien réalisées mais avec zéro motivation. » et annexe 15 l. 89-92 « c'est surprenant (respiration, soupir) mais j'ai déjà eu des patients comme ça avec laquelle la motivation n'était pas si évidente, pas si facile mais qui par contre s'investissait de façon importante aux activités proposées, et paradoxalement le contraire aussi, donc c'est pas forcément évident avec cette population. »). Une motivation intrinsèque chez certaines personnes ne semblant pas être présente, il n'empêche dans l'action de faire, de participer, une motivation extrinsèque semble se manifester.

L'ergothérapeute E2 dit que la motivation se base sur l'envie et le volontariat « on se met en commun accord, on se met d'accord sur le fait que s'ils viennent c'est qu'ils ont envie de venir, ce n'est pas quelqu'un qui lui aura imposé ou fortement conseillé » « moi c'est sur la base un peu du volontariat. S'ils n'ont pas du tout envie de venir, je ne vais pas du tout les forcer […] » (annexe 12 l. 69-71, 75-77). Elle fait un rappel au cadre si la personne ne veut pas venir d'elle-même à l'activité « Ils viennent d'eux même et après quand ils ne viennent pas, moi je rappelle le cadre en leur disant que c'est aussi important qu'ils viennent en ergothérapie comme quand ils prennent leur traitement par exemple » (annexe 12 l. 118-120). Ici, elle évoque implicitement la motivation intrinsèque et extrinsèque. Elle sollicite la personne pour qu'elle soit présente à l'activité.

Une ergothérapeute E4 évoque aussi la motivation extrinsèque de manière implicite en montrant qu'une personne vient à une activité de par les recommandations d'un médecin et/ou d'un membre de sa famille « leur motivation, en général, elle est propre à chaque patient. Il y a des patients qui vont être très à solliciter, à être dans la recherche de… propositions, de solutions thérapeutiques etc et il y a d'autres personnes qui vont être plus dans les injonctions de soins, dans voilà « le médecin a dit qu'il fallait que … » ou « ma famille m'a obligé de venir à l'hôpital » (annexe 14 l. 68-71).

Une autre ergothérapeute E6 parle de l'autorité médicale qui peut être stricte et mettre en place un cadre pour que la personne se rende en activité et y participe (annexe 16 l. 141-143). C'est de la motivation extrinsèque dont elle semble parler.

L'ergothérapeute E7 évoque la motivation extrinsèque à travers l'environnement familial, la personne se sent obligée de faire une activité par rapport à ses parents (annexe 17 l. 84-90).

Enfin l'ergothérapeute E8 dit qu'un patient peut venir en activité, ne pas participer et se mettre à l'écart du reste du groupe (annexe 18 l. 44-47). Si la personne n'est pas dans la participation, sa motivation peut provenir de l'extérieur et donc être extrinsèque. Cela pourrait également s'expliquer par une personne apragmatique se trouvant dans l'incapacité de s'engager dans une action.

Dans un dernier temps, en lien avec ce qui a été analysé précédemment, la motivation peut être dépendante ou non de la participation d'une personne au cours d'une activité.

Pour certaines ergothérapeutes E1, E3 et E6 la motivation est un moteur de la participation chez la personne (annexe 11 l. 58, annexe 13 l. 82-92, annexe 16 l. 61-62).

Concernant les activités, les ergothérapeutes témoignent de différentes observations au sujet de la motivation et de la participation chez la personne vivant avec la schizophrénie. L'ergothérapeute E1 dit que ces deux notions sont indépendantes l'une de l'autre en expliquant que la présence d'une motivation ne favorise pas forcément la participation aux activités (annexe 11 l. 109-113). De même, l'ergothérapeute E5 a eu l'expérience d'une personne qui participait de façon importante à une activité mais dont la motivation était moindre et inversement (annexe 15 l. 89-92). Ici, les ergothérapeutes évoquent le fait qu'une motivation intrinsèque n'induit pas forcément une participation et qu'une motivation extrinsèque peut amener la personne à être dans une participation active.

Pour l'ergothérapeute E3, la participation devient une action si la motivation est intrinsèque à la personne. Elle dit que la motivation intrinsèque est importante pour favoriser la participation de la personne et que s'il s'agit d'une motivation extrinsèque, la personne peut ne pas se rendre à l'activité (annexe 13 l. 82-92).

Pour l'ergothérapeute E7, une personne peut présenter une motivation intrinsèque suite à une demande, cependant l'activité proposée peut la mettre en situation d'échec. C'est à travers la communication que l'ergothérapeute peut identifier la problématique rencontrée par la personne et ainsi réadapter l'accompagnement en proposant d'autres alternatives qui feront sens

(annexe 17 l. 84-90). Par cette adaptation, la personne retrouvera une motivation intrinsèque et sa participation sera plus importante en vu de satisfaire son souhait.

Enfin, une ergothérapeute E8 à travers son expérience fait comprendre qu'il est important de proposer une activité signifiante pour la personne afin qu'elle ait une motivation intrinsèque et d'accroître sa participation dans l'activité (annexe 18 l. 72 -74).

3.2.3 Vers une favorisation de la relation et de la motivation chez la personne

Après l'analyse des entretiens, la plupart des ergothérapeutes proposent des moyens variés pour favoriser le lien à l'autre et la motivation de la personne.

Les objectifs sont de valoriser la personne, travailler sur l'estime de soi, redonner le sentiment de compétences et de pouvoir d'agir, travailler sur la renarcissisation et la confiance en soi dans un environnement sécurisant et rassurant (annexe 11 l. 89-91, annexe 16 l. 92). Ceux-ci vont favoriser la motivation de la personne et faciliter la relation à l'autre que se soit avec l'ergothérapeute ou les autres personnes.

Tout d'abord, certains ergothérapeutes décrivent les moyens qu'ils mettent en place.

Une première ergothérapeute s'appuie sur des entretiens formels ou informels mais également sur des entretiens motivationnels ou ELADEB (annexe 11 l. 132-135, 161-162). Ils facilitent l'établissement de la relation et permet à la personne de s'exprimer sur ses motivations. Un autre moyen de cette ergothérapeute, c'est de réaliser de l'éducation thérapeutique au patient (annexe 11 l. 103-104). Au début d'un accompagnement, elle a pour habitude de faire une liste de rôles et d'intérêts de la personne pour comprendre les motivations de celle-ci et son projet de vie à travers des échanges (annexe 11 l. 147-148). Cette liste permet de proposer une prise en soin qui a du sens pour la personne, ce qui favorise sa motivation.

L'ergothérapeute E3 a l'habitude de laisser le choix à la personne pour susciter une motivation intrinsèque et la participation aux activités (annexe 13 l. 107-109). Elle a construit un outil basé sur les demandes de la personne. Il s'agit d'une pyramide motivationnelle allant de la réalisation la plus facile à la plus complexe pour la personne, comme celle de Maslow AH. Cet outil peut être utilisé à tout moment dans la vie de la personne. Des observations différentes sur cet outil ont été analysées. En effet, une personne a conservé sa pyramide, travaille sur sa motivation et l'augmente chaque jour. Une autre personne a pu accroître sa motivation et arriver à son objectif (annexe 13 l. 147-160). Cette même ergothérapeute a mis en place un autre outil selon les demandes de la personne. Celui-ci est une fiche pour réfléchir

à comment prendre les transports en commun de façon autonome. L'ergothérapeute fait un débriefing chaque semaine pour échanger et faire le point sur la situation de chacune des personnes en rendant le moment agréable (annexe 13 l. 163-172). Les différents outils de cette ergothérapeute sont centrés sur la personne et ses demandes. Ils favorisent donc la relation à l'autre et la motivation à participer dans des activités.

Une autre ergothérapeute E4 parle des GEM (Groupement d'Entraide Mutuelle). Ce sont des groupes composés de pairs permettant d'aider les personnes dans leur motivation, leur participation à des activités et dans leur relation à l'autre. Ces groupes sont un moyen pour favoriser la motivation de la personne et leur participation sociale à des activités (annexe 14 l. 108-113). Leur objectif principal porte sur la reconstruction du lien social et un mieux-être.

Enfin, l'ergothérapeute E6 définit des objectifs avec la personne. Elle explique que l'idée de faire petit à petit et de varier les activités est un moyen pour favoriser la motivation chez la personne (annexe 16 l. 125-126, 127-129). Elle permet des activités qui valorisent la personne. En effet, elle utilise des activités où l'individu choisi de fabriquer un objet et où celui-ci peut être vendu à d'autres personnes (annexe 16 l. 114-124).

D'autre part, la plupart des ergothérapeutes évoquent la notion de groupe pour faciliter la motivation chez la personne.

Une ergothérapeute E2 effectue le plus souvent des activités en groupe pour créer des liens avec autrui et pour susciter une certaine motivation à venir et à participer aux activités (annexe 12 l. 101-104).

L'ergothérapeute E3 met en place ses outils sous forme de groupe. Elle dit que le fait de faire ensemble, de se soutenir, d'être dans un environnement sécurisant et contenant permet de travailler la relation à l'autre et sa motivation à participer dans une activité (annexe 13 l. 172-174).

Enfin, l'ergothérapeute E6 rejoint les expériences des autres ergothérapeutes. En effet, elle effectue des activités groupales, ce qui permet d'être dans la réassurance, dans un environnement qui apaise apportant du bien-être (annexe 16 l. 62-63). L'idée de groupe dans une activité peut également évoquer le regard de l'autre. Celui-ci peut permettre une dynamique de groupe positive et une valorisation (annexe 16 l. 122-124).

3.2.4 L'ergothérapeute : sa posture et ses valeurs

Dans les différents entretiens, la posture et les valeurs des ergothérapeutes apparaissent.

Tout d'abord, les ergothérapeutes prennent en compte toute la singularité de la personne. Elles se questionnent, sont dans la compréhension et dans l'échange. Les professionnelles s'appuient sur une approche centrée et globale de la personne. En effet, les ergothérapeutes E1, E2, E6 se posent différentes questions sur l'individu, sur ses propres intérêts, ses souhaits, ses priorités, ses valeurs et ses rôles afin d'établir un projet signifiant (annexe 11 l. 153-161, 163-165, annexe 12 l. 129-132, annexe 16 l. 65-68, 88-90, 129-130).

Ensuite, les ergothérapeutes sont quotidiennement dans l'adaptabilité face à chaque personne.

En ce qui concerne l'ergothérapeute E1, si la personne n'identifie pas sa motivation ou que celle-ci est impactée par les symptômes alors elle prend le temps d'expliquer pour aider la personne à susciter de la motivation. Elle forme et informe les personnes qui n'ont pas accès à la motivation (annexe 11 l. 102-108).

L'ergothérapeute E2 va voir les personnes qu'elle accompagne pour leur demander si elles ont envie de venir et de participer aux activités. Si les personnes ne sont pas d'accord et n'ont pas envie de se rendre aux activités alors elle s'adapte en faisant d'autres propositions, telles que des activités individuelles (annexe 12 l. 71-75, 78-83).

L'ergothérapeute E3 adapte sa posture si la personne accompagnée se trouve dans un état délirant. Elle va communiquer avec celle-ci, se mettre dans une position horizontale c'est-à-dire dans une position d'égal à égal avec la personne afin de recréer l'alliance et le lien à l'autre (annexe 13 l. 63-67, 98-101).

Pour une autre ergothérapeute E5, celle-ci est toujours dans l'adaptation de sa posture face à la symptomatologie de la personne (annexe 15 l. 61-65). Elle se met à la hauteur de la personne. Elle cherche avec la personne, des activités apportant du plaisir et du sens afin de susciter de la motivation (annexe 15 l. 76-79). L'ergothérapeute E7 rejoint cette idée de se placer à la hauteur de la personne (annexe 17 l. 57).

De même, l'ergothérapeute E6 rejoint les autres en disant que face à la symptomatologie de la personne, sa personnalité et ses demandes, il est nécessaire d'être capable de s'adapter pour éviter les situations d'échec (annexe 16 l. 41-42, 111-122, 138-139).

Enfin, l'ergothérapeute E8 évoque l'adaptabilité notamment en changeant sa posture et sa manière d'interagir avec la personne (annexe 18 l. 27-37, 54-70, 85-86).

D'autres part, les ergothérapeutes évoquent d'autres aspects de leur posture et valeurs.

L'ergothérapeute E1 dit qu'il ne faut pas se baser que sur les capacités de la personne mais qu'il faut prendre en compte sa motivation afin de lui apporter des bénéfices (annexe 11 l. 141-145).

L'ergothérapeute E3 est dans une posture où elle laisse le choix à la personne. Elle la rend en position d'action c'est-à-dire que la personne devient actrice (annexe 13 l. l. 107-109, 116-118, 135-141, 174-176).

Une ergothérapeute E4 fait découvrir des activités à la personne pour essayer de susciter l'intérêt et l'envie (annexe 14 l. 118-120).

Enfin, une ergothérapeute E6 évoque l'importance d'être en collaboration avec les autres professionnels, le regard de chacun au travers sa profession est nécessaire (annexe 16 l. 143-145).

Chaque ergothérapeute possède ses propres valeurs, son identité et sa personnalité.

Trois ergothérapeutes encouragent, félicitent sur ce qu'ils réalisent, leurs actions (annexe 11 l. 137, annexe 16 l. 111, annexe 18 l. 78-81).

Une ergothérapeute E2 reste naturelle, authentique notamment pour établir une relation. En effet, elle préfère se faire sa propre idée sur la personne et ne pas regarder les dossiers médicaux. Elle laisse venir la personne à elle en restant naturelle, laisse la personne s'exprimer et confier ce qu'elle souhaite (annexe 12 l. 44-53).

Au contraire, l'ergothérapeute E4 se base toujours sur sa connaissance du dossier de la personne (annexe 14 l. 58-62). Ensuite, être dans le non jugement de la personne, être dans le respect de l'autre sont des valeurs que les ergothérapeutes font apparaître (annexe 12 l. 44-53, 71-75, 78-83, annexe 13 l. 50-51, annexe 17 l. 57).

L'ergothérapeute E3 rejoint sur le fait que rester authentique est important (annexe 13 l. 98-99). Cette même ergothérapeute va au rythme de la personne, elle la respecte et fait en sorte d'apporter de la reconnaissance (annexe 13 l. 50-51, 126-127).

Une ergothérapeute E6 propose des activités dans un but de valorisation la personne (annexe 16 l. 111-122).

Enfin, pour l'ergothérapeute E8, on rentre en relation avec l'autre de part notre personnalité. En effet, dans sa relation avec la personne, elle essaie de ressentir ce qu'il se passe à l'intérieur de la personne (annexe 18 l. 27-37).

4 Discussion des données

Cette partie a pour objectif d'interpréter les résultats de la recherche. Il s'agit de les mettre en lien avec la revue de littérature, l'enquête exploratoire et le cadre de référence. Une critique du dispositif de recherche sera effectuée pour analyser ses avantages et ses limites. Ensuite, les apports, les intérêts et les limites des résultats seront développés pour enrichir la pratique professionnelle en ergothérapie. Puis, la transférabilité de la recherche dans la pratique professionnelle sera partagée. Enfin, une proposition de perspective de recherche et d'ouverture sera réalisée.

4.1 Interprétation des résultats

L'objet de recherche de cette étude était de savoir comment l'ergothérapeute, dans sa relation, pouvait influencer la personne vivant avec une schizophrénie dans sa motivation à participer à sa prise en soin et socialement.

Dans un premier temps, les ergothérapeutes possèdent une définition assez similaire de ce qu'est une relation avec un individu. La relation se passe entre deux ou plusieurs personnes. Elle est un lien de l'un à l'autre. Elle est une interaction entre plusieurs personnes.

En ce qui concerne la motivation, les ergothérapeutes ont eu quelques difficultés pour la définir. Parfois, quelques ergothérapeutes se rapprochaient de la notion d'engagement. Pour les professionnelles, la motivation se définie comme l'envie de faire quelque chose, l'envie de venir à une activité. Elle est basée sur le désir, le plaisir et l'envie de la personne. Quelques ergothérapeutes évoquent différents types de motivation, intrinsèque et extrinsèque.

Au niveau de la participation et participation sociale, pour les ergothérapeutes, elle signifie l'action. La personne se trouve dans la réalisation d'une action. C'est le fait de faire quelque chose dans une activité en relation avec d'autres personnes.

Les ergothérapeutes semblent peu utiliser ces termes dans leur pratique et ont tendance à avoir des difficultés pour répondre aux questions et analyser à travers leurs expériences. Cependant, ces notions paraissent importantes et nécessaires à aborder dans la pratique des ergothérapeutes auprès des personnes qu'elles accompagnent.

Les ergothérapeutes relèvent qu'une relation avec les personnes atteinte d'une schizophrénie qu'elles accompagnent est importante pour créer du lien dans la prise en soin et pour le projet de vie de celle-ci. Toutes les ergothérapeutes parlent d'une relation thérapeutique avec une relation d'aide mais également d'une relation qui est médiatisée. En effet pour elles,

il est important de baser la relation sur un climat de confiance afin que la personne puisse se livrer, s'exprimer de manière libre sur ses émotions et sentiments. Elles évoquent des compétences d'écoute, de compréhension, de bienveillance, d'empathie, de communication et de respect de l'autre. Ces résultats rejoignent ceux de l'enquête exploratoire dans laquelle des ergothérapeutes faisaient part de l'importance de la relation de confiance à prendre en compte et que celle-ci pouvait influencer la qualité de la prise en soin. Les ergothérapeutes se mettent également en lien avec le cadre théorico-conceptuel. En effet, les résultats font référence à Carl Rogers et sa vision de la relation. Une relation soignant-soigné est une relation de soin qui comporte une relation d'aide et thérapeutique. Elle est présente pour améliorer la santé des personnes. La relation d'aide, c'est accompagner, soutenir, écouter, comprendre, être bienveillant. Celle-ci est basée sur la confiance et l'empathie. Cette relation d'aide s'inscrit au sein d'une relation thérapeutique avec comme compétences complémentaires, l'authenticité, le respect, l'alliance et la distance thérapeutique (44–47).

D'autre part, la relation médiatisée serait le socle de la relation en ergothérapie. En effet, la plupart des ergothérapeutes soutiennent qu'une relation en ergothérapie s'établit le plus souvent à travers un objet transitionnel faisant le lien entre deux personnes. Ce média serait un facilitateur pour la construction d'une relation avec la personne atteinte d'une schizophrénie. Il aiderait la personne à s'exprimer, se confier et être en lien avec autrui. Ces résultats s'accordent avec le cadre de référence qui évoque cette relation en ergothérapie. D'après Donald Woods Winnicott, la relation de type médiatisée permettrait de comprendre, grâce à un média (objet ou non), « l'espace intermédiaire qui fait lien et séparation entre le dedans et le dehors, l'espace où il y des projections intrapsychiques » et favoriserait le lien à l'autre (48).

Les ergothérapeutes possèdent cependant différentes analyses sur les thématiques de la recherche. La majorité disent que pour susciter ou favoriser de la motivation chez une personne, établir ou maintenir une relation semble indispensable. En effet, chez les personnes dont la motivation est altérée, la relation est nécessaire car les traitements ne suffisent pas. De même, si une relation de confiance et une alliance thérapeutique se mettent en place alors cela augmenterait la motivation chez la personne. Or, d'autres ergothérapeutes sont en contradiction. Si une relation se créée avec la personne mais que celle-ci n'est pas consciente de sa maladie, alors la motivation est difficile à solliciter. De même, si nous établissons une bonne relation avec la personne mais que l'activité ne l'intéresse pas, ne lui plaît pas ou n'a pas de sens pour elle alors la motivation ne peut être présente. Au travers les résultats, la relation apparaît comme très complexe entre une personne vivant avec la schizophrénie et l'ergothérapeute.

Au niveau de la motivation à venir et à participer à des activités, les ergothérapeutes possèdent des analyses partagées de leurs expériences. D'après les résultats, deux motivations et deux participations existent chez une personne. Nous avons la motivation intrinsèque et extrinsèque puis la participation passive et active.

La majorité des ergothérapeutes n'identifient pas de façon explicite toutes ces notions et pourtant elles ressortent dans chacune de leurs réponses. Les informations sur la motivation sont retrouvées dans le cadre de référence. Les ergothérapeutes disent que la motivation vient de l'envie, du plaisir et de ce qui a du sens pour la personne. Ici, les ergothérapeutes parlent d'une motivation qui est intrinsèque. D'après Sylvie Meyer, une ergothérapeute, la motivation intrinsèque provient de l'intérieur de la personne, de son Moi conscient. Dans celle-ci la personne éprouve du plaisir et ce qu'elle fait est signifiant (49). Elle vient également de par les besoins de la personne. Abraham Harold Maslow construit une pyramide pour savoir d'où provient la motivation. Pour lui, celle-ci semblerait liée aux besoins fondamentaux de l'individu qui demandent satisfaction. Si l'ergothérapeute connaît les besoins de la personne alors il peut proposer une prise en soin adaptée et la motivation s'accroît (51). Cette connaissance des besoins passe par l'établissement d'une relation avec la personne concernée. La seconde motivation dite extrinsèque vient de l'extérieur de la personne comme le dit Sylvie Meyer (49). Dans les résultats de la recherche, la majorité des ergothérapeutes partagent leurs expériences en faisant part que les personnes viennent à l'activité et participe sans forcément avoir de motivation. Ici, il semblerait qu'on se trouve dans une motivation extrinsèque c'est-à-dire que soit la personne a été comme contraint de venir, soit que la personne se trouve dans une routine. Celle-ci permet à la personne de se repérer et de maintenir des activités afin d'éviter l'isolement par exemple. Or, une motivation extrinsèque pourrait devenir intrinsèque selon comment l'ergothérapeute interagit avec la personne et comment elle s'adapte face à elle. Il est important pour un ergothérapeute d'observer la personne afin d'adapter sa posture. On peut voir ce possible lien important qu'il existe entre la relation et la motivation à travers la participation de la personne. De part ces résultats, la motivation se montre d'une grande complexité auprès des professionnels, il en va de même pour la relation.

Ensuite, la motivation dépend de la personne et de sa symptomatologie. En effet, si la personne dans sa maladie, possède plus de symptômes négatifs que positifs alors sa motivation sera impactée par rapport à une personne qui présente des symptômes inverses. La RL et l'enquête exploratoire rejoignent ces résultats et disent que dans la schizophrénie, la motivation est impactée par ses symptômes.

Par ailleurs, la plupart des ergothérapeutes montrent que la motivation et la participation sont toujours en lien. En effet, une personne qui participe à l'activité de façon active peut présenter aucune motivation. Cela rejoint la motivation extrinsèque car la personne est présente, donc ce n'est pas une amotivation comme l'évoque Sylvie Meyer (49). Le contraire peut également exister, une personne se trouve très motivée mais sa participation est partielle. Ici, il peut exister plusieurs hypothèses. Soit il peut sembler que la personne possède une motivation intrinsèque mais que sa participation dépend de son intérêt pour l'activité. Soit la motivation est extrinsèque, la personne ne prend pas de plaisir à faire l'activité mais elle y est contrainte et se sent dans une obligation. Soit la personne se trouve dans une routine qu'elle respecte pour éviter un repli sur soi ou un retrait social. D'autre part, une personne peut être motivée à venir à une activité mais celle-ci reste à l'écart. Ici, la personne participe mais elle est dans une participation passive. Cela peut s'expliquer par soit une motivation extrinsèque soit la présence d'un apragmatisme étant dans l'incapacité à s'engager dans une action. Donc, il est important que la personne éprouve une motivation intrinsèque à une activité signifiante et qu'elle travaille sur son apragmatisme pour que sa participation soit optimale.

D'après le cadre de référence, Gary Kielhofner et son modèle nommé MOH, la participation de la personne ne peut se faire que si celle-ci possède une motivation intérieure (53). L'enquête exploratoire fait écho également aux résultats de la recherche. Les ergothérapeutes ont évoqué l'importance de la motivation chez la personne pour rendre sa participation la plus optimale possible. Ces informations évoquent également la notion d'activités signifiantes, qui se révèlent être complexe à travers la relation, la motivation et la participation. Des recherches plus approfondies et d'ampleur plus importante seraient nécessaires pour y amener une réflexion plus précise.

A travers les moyens qu'utilisent les ergothérapeutes pour favoriser la motivation de la personne, la relation intervient implicitement. Ici, nous serions tentés de dire que la relation et la motivation sont dépendantes l'une de l'autre mais une méthode expérimentale pourrait l'étudier et le prouver grâce à un calcul de corrélation. En effet, grâce aux échanges avec la personne, à l'alliance qui se maintient au cours d'une activité, à l'approche centrée sur la personne et l'expression des difficultés de la personne, la motivation à participer semble prendre son sens. Elle peut s'améliorer grâce aux moyens mis en place (entretiens, pyramide motivationnelle, fiche d'apprentissage sur une difficulté, groupe). Cependant, il semblerait qu'un manque de moyens existent notamment pour favoriser la motivation de la personne à participer. Des moyens similaires sont retrouvés dans l'enquête exploratoire.

En ce qui concerne l'ergothérapeute, sa posture et ses valeurs, lui sont singulières. D'après les résultats, il est important en tant qu'ergothérapeute d'adapter sa posture et de posséder des valeurs propres à soi. Cela faciliterait la création et le maintien d'une relation dans le temps ainsi que la favorisation d'une motivation à venir et participer aux activités.

En effet, pour établir une relation basée sur un climat de confiance, l'ergothérapeute se trouve dans une position horizontale, d'égalité mais il doit toujours être dans l'adaptabilité face à la personne et sa symptomatologie. Il est souvent dans l'écoute, le respect de la personne, l'explication, la communication et le prendre soin de la personne.

Cependant, l'ergothérapeute peut parfois reposer le cadre à la personne si c'est nécessaire. Il rappelle les règles et explique l'importance de participer à ce qui est proposé afin de parvenir à son projet de vie.

D'autres part, pour susciter une motivation chez la personne et pour qu'elle puisse augmenter sa participation, la notion de rendre actrice la personne est indispensable. Ces données son retrouvées dans l'enquête exploratoire. En effet, si on rend la personne actrice dans ce qu'elle réalise alors sa motivation à participer sera en évolution.

Dans l'accompagnement des séances proposées, l'ergothérapeute se doit d'être vigilant à tout ce qu'il peut se passer dans l'environnement de la personne, à l'extérieur et à l'intérieur de celle-ci. Il doit être dans l'hypothèse de ce qu'il observe sans être dans l'interprétation. Selon la posture de l'ergothérapeute, une motivation extrinsèque peut devenir intrinsèque de même qu'une participation passive peut devenir active.

Ainsi, l'adaptabilité de la posture et les valeurs d'un ergothérapeute semblent indispensables pour répondre au mieux aux attentes de la personne et pour que celle-ci acquiert un maximum de bénéfices dans sa vie quotidienne concernant sa participation sociale.

Ces informations ne sont pas toutes évoquées dans la revue de littérature qui est basée sur la réhabilitation psychosociale et les difficultés de participation sociale de la personne. Mais suite à l'enquête exploratoire, des ergothérapeutes faisaient part que la relation était importante pour lutter contre l'isolement et favoriser la participation sociale de la personne. Ils ont également évoqué l'importance de la motivation de la personne et que celle-ci devait être actrice afin d'apporter des bénéfices sur la prise en soin. Les ergothérapeutes mettent en place différents moyens de favorisation. Ces données sont évoquées dans les résultats de la recherche.

La réhabilitation psychosociale se présente également comme un moyen de favorisation de la participation sociale et dans celle-ci la motivation venant de la personne est nécessaire. La RL est donc également en lien avec la recherche.

Il en ressort de la recherche que le travail de l'ergothérapeute semble important dans l'établissement et le maintien d'une relation concernant la motivation de la personne et sa participation à des activités. Ainsi, la relation ergothérapeute-personne peut influencer la motivation de celle-ci à participer à des activités. Ce sont des notions très complexes mais qui se relient les unes aux autres. Il serait donc intéressant d'approfondir celles-ci grâce à la réalisation d'autres recherches plus poussées.

Tout ce travail afin que la personne acquiert de la confiance en soi, une estime de soi, une valorisation de soi, une compréhension de sa motivation et une amélioration de ses relations avec autrui est un préalable pour la vie autonome qui l'attend par la suite et pour participer à la vie sociale. Grâce à cela, les personnes vivant avec une schizophrénie ne devraient pas présenter de difficultés de participation sociale. Cependant, il serait important de trouver des stratégies pour que les acquis se maintiennent dans leur vie quotidienne en dehors du soin afin que leur participation sociale ne soit pas impactée. D'autre part, si malgré les stratégies leur participation sociale se montre toujours moindre, alors cela pourrait provenir de la société et de l'image qu'elle a de la maladie nommée la schizophrénie. Ainsi, une sensibilisation sur la maladie auprès de la société serait envisageable.

4.2 Discussion des résultats et critique du dispositif de recherche

Suite à la recherche, nous pouvons prendre du recul et observer des avantages et des inconvénients. De possibles axes d'amélioration sont également observables.

Le dispositif de recherche a été construit au travers d'une méthode clinique exploratoire. Ce choix de méthode a été mis en place pour se concentrer sur les expériences propres des ergothérapeutes et pour avoir un ensemble du phénomène recherché. La méthode clinique s'est appuyée sur plusieurs entretiens semi-dirigés. Ceux-ci ont permis de construire un lien entre le chercheur et l'enquêté. Les ergothérapeutes étaient orientés sur des thématiques afin d'être centrées sur l'objet de recherche. Le chercheur a permis une libre expression de la part des ergothérapeutes dans leurs réponses. De plus, la réalisation des entretiens s'est faite par téléphone et par Skype®. Cela a permis un gain de temps sur le travail de recherche. En effet, au vu du public ergothérapeute au niveau national, les déplacements n'auraient pas été avantageux en ce qui concerne le temps. Enfin, les ergothérapeutes pouvaient répondre à l'entretien sans contrainte de disponibilité. Le chercheur était flexible et s'adaptait aux disponibilités des enquêtés.

Cependant, cette recherche présente quelques limites. Le chercheur a découvert la méthodologie de recherche, il est donc un apprenti de la recherche et un manque d'expérience existe. Cela peut influencer l'analyse et l'interprétation des résultats. Au niveau de la population recueillie et au vu des nombreux mails envoyés, seulement neuf ergothérapeutes et uniquement des femmes ont participé à la recherche. Sur cet échantillon, les expériences étaient variables et la plupart des ergothérapeutes avaient peu de connaissances sur les thématiques abordées lors de l'entretien. Il peut donc exister un biais de sélection.

Pour une recherche plus riche, approfondie et précise, il aurait été intéressant d'aller plus loin dans la recherche des ergothérapeutes à interroger. Nous pourrions dire que les résultats sont représentatifs mais si d'autres sujets auraient participé, peut être que nous aurions pu atteindre une saturation des données. Ici, la recherche se présente plutôt comme un aperçu du phénomène qui tend à être approfondi par d'autres recherches complémentaires.

Puis, l'outil de recherche s'est basé sur des entretiens téléphoniques et un entretien par Skype®. Ils n'ont permis majoritairement qu'un langage verbal. La posture des ergothérapeutes a pu être influencé par le fait que les entretiens se déroulaient à leur domicile et en fin de journée. En ce sens, des distracteurs environnementaux pouvaient être présents ainsi que des biais cognitif ou affectif.

De réelles rencontres avec les ergothérapeutes auraient permis une favorisation du lien, une communication verbale et non verbale, ce qui aurait enrichi la qualité des entretiens et son analyse. Cependant, les déplacements étaient limités à cause de la situation sanitaire encore présente au moment de la réalisation des entretiens. De plus, pour le chercheur, l'outil de recherche étant nouveau, cela a pu biaiser les résultats malgré les deux tests effectués. En effet, le chercheur ne maîtrisait que peu l'outil. La question inaugurale aurait pu être retravaillée et complétée par des questions supplémentaires afin que le sujet ne soit pas surpris et qu'il puisse savoir par où commencer. Les questions de relance auraient pu également être mieux retravaillées pour mettre en confiance les participants et mieux les orienter dans leurs réponses. A la fin de l'entretien, la question de recherche aurait pu être posée afin que les ergothérapeutes aient un regard plus ciblé, comprennent l'objectif de la recherche et complètent leurs réponses.

Enfin, une analyse auprès de plusieurs personnes aurait enrichi l'interprétation des résultats et limité le biais de subjectivité. En effet, l'analyse des entretiens, l'émergence de thèmes et sous thèmes a été effectué uniquement par le chercheur et sa singularité. La recherche peut donc manquer d'objectivité. Le chercheur a présenté des difficultés dans la recherche des thèmes et sous-thèmes par rapport aux réponses des ergothérapeutes. Si le chercheur est amené

à faire d'autres recherches similaires alors un travail plus approfondi sur l'analyse des entretiens sera à prendre en compte.

4.3 Apports, intérêts et limites des résultats pour la pratique professionnelle

Tout d'abord, cette recherche est un apport pour la littérature française qui est encore peu développée concernant les thématiques abordées en ergothérapie auprès des personnes atteintes d'une schizophrénie.

La revue de littérature a permis de montrer que la réhabilitation psychosociale était un moyen pour favoriser la participation sociale chez la personne atteinte d'une schizophrénie.

Ensuite, l'enquête exploratoire a montré que les ergothérapeutes utilisaient ce processus mais que d'autres moyens pouvaient également avoir un rôle sur la participation sociale de la personne. Dans cette enquête, les ergothérapeutes montraient l'importance de ne pas oublier la notion de la relation ergothérapeute-personne atteinte d'une schizophrénie et celle de la motivation dans sa participation sociale.

Les entretiens ont mis en évidence l'expérience des ergothérapeutes sur ces notions. Il en est ressorti l'importance de prendre en compte la globalité de la personne, sa motivation à participer afin d'obtenir des acquis pour leur vie quotidienne à l'extérieur de la prise en soin et ensuite faciliter la participation sociale.

L'importance de la posture de l'ergothérapeute et de l'identification de ses valeurs est également nécessaire dans sa pratique pour établir, maintenir une relation et travailler sur la motivation de la personne face à la diversité de la symptomatologie de chacune des personnes vivant avec une schizophrénie. La réalisation d'un travail sur soi à la connaissance de soi semble nécessaire chez l'ergothérapeute avant de pouvoir établir une relation adaptée avec les personnes accompagnées. L'environnement de la personne et l'adaptation face à sa symptomatologie se montrent également indispensable à prendre en compte afin d'éviter les interprétations et d'adapter au mieux son accompagnement. Enfin, l'idée d'une routine et les activités signifiantes dans la vie quotidienne de la personne pourrait influencer la motivation et la participation aux activités.

Nous avons pu voir que les thématiques de recherche étaient en développement et que celles-ci n'étaient pas forcément observées ou analysées dans la pratique des professionnels auprès de leur public. Une variation du phénomène s'observe grâce aux résultats de la recherche. C'est ainsi que la recherche permet d'apporter des clés aux ergothérapeutes sur la prise en soin des personnes vivant avec une schizophrénie, sur leur posture et leurs valeurs. Elle

permet également aux ergothérapeutes d'amener une réflexion pour la création de différents moyens afin de favoriser la participation sociale et de la maintenir en dehors de l'hospitalisation.

4.4 Propositions et transférabilité pour la pratique professionnelle

Tout d'abord, à la suite de la recherche effectuée, il serait intéressant que le chercheur développe les méthodes de recherche et les approfondisse pour ses futures recherches dans sa pratique professionnelle.

Les résultats ont montré qu'à travers les expériences, les ergothérapeutes développent leur posture, leurs valeurs personnelles et professionnelles et donc leur identité. Celles-ci permettent de se rendre compte qu'un travail sur soi est important dans l'accompagnement des personnes vivant avec une schizophrénie afin de favoriser une relation, susciter de la motivation et permettre une participation de ces personnes.

La participation sociale est importante chez ce public et la travailler à travers des activités lors de la prise en soin semble nécessaire pour la transférabilité des acquis quand la personne retrouvera sa vie quotidienne en dehors de l'hospitalisation. Cette participation peut être abordée chez de nombreuses autres populations psychiatriques mais également d'autres pathologies. En effet, toute personne en situation de handicap est exposée à une limitation dans leur participation sociale. C'est ainsi que les notions de la relation et de la motivation en rapport avec la participation peuvent donc être transférées dans la pratique de l'ensemble des ergothérapeutes qui travaillent avec des personnes présentant ces difficultés.

Le fait que les notions de relation, motivation et participation étant peu abordées dans leur pratique, des propositions peuvent être envisagées. En effet, les moyens des différents ergothérapeutes évoqués dans les résultats de la recherche peuvent être employés par d'autres professionnels. Cependant, des formations sur ces notions, d'autres travaux de recherches et la création de différents moyens à mettre en place sembleraient importants afin de développer et d'enrichir la pratique des ergothérapeutes mais également des autres professionnels.

4.5 Perspectives de recherche et ouverture

La recherche a été réalisé à partir de neuf entretiens mais pour une saturation des données, il serait intéressant d'approfondir la recherche des ergothérapeutes participants.

D'autre part, seulement des ergothérapeutes ont participé à la recherche, il serait intéressant d'étendre celle-ci à d'autres professionnels et à l'entourage de la personne atteinte

d'une schizophrénie afin de pouvoir réaliser une comparaison entre les différents environnements de la personne.

Il existe différents types de relation, pareillement pour la motivation. Une étude expérimentale serait intéressante sur les différents types de relation et motivation ainsi que sur leurs intérêts et leurs effets sur la participation sociale de la personne. Cette méthode permettrait également d'avoir une pertinence sur la dépendance ou l'indépendance des notions grâce au calcul de corrélation. Celle-ci permettrait de le prouver.

Pour une plus grande généralisation du phénomène, il serait pertinent de poursuivre les études à l'échelle internationale voire mondiale.

L'enquête exploratoire nous amenait vers plusieurs axes de recherche. Une autre recherche concernant d'autres facteurs de la participation sociale pourrait être envisagée. Ceux-ci peuvent être par exemple le rôle complémentaire de l'ergothérapeute dans la prise en soin d'une personne vivant avec une schizophrénie, l'empowerment et le pouvoir d'agir de la personne ou encore les GEM ou le rétablissement.

La participation sociale peut se présenter sous plusieurs formes. Dans ce travail de recherche, le chercheur a voulu s'orienter sur la participation des personnes dans des activités permettant la socialisation (exemples : faire les courses, avoir des loisirs etc.). *Mais qu'en est-il de la participation sociale de la personne atteinte d'une schizophrénie au niveau de sa citoyenneté et de ses droits en tant qu'être humain ? Quel est le rôle de l'ergothérapeute dans ce domaine ?*

Bibliographie

1. Inserm - La science pour la santé. Schizophrénie. [En ligne]. https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/schizophrenie. Consulté le 12 mars 2020

2. Cercle d'excellence sur les Psychoses : Schizophrénie (F20) [En ligne]. http://www.cercle-d-excellence-psy.org/informations/cim-et-dsm/dsm-ivr/schizophrenie-f20/. Consulté le 21 mars 2020

3. Inovagora. Schizophrénie(s) - Troubles psychiques - Psycom [En ligne]. http://www.psycom.org/Troubles-psychiques/Schizophrenie-s. Consulté le 12 mars 2020

4. Symptômes et causes. Journées de la Schizophrénie. [En ligne]. https://schizinfo.com/maladie/symptomes-et-causes/. Consulté le 3 octobre 2020

5. Hout M, Abi Samra S, Richani N. III. Schizophrénie et société. La schizophrénie et ses traitements. 2015 [En ligne]. https://tpeschizo.wordpress.com/schizophrenie-societe/. Consulté le 4 avril 2020

6. HAS. Guide ALD 23 "Schizophrénies". 2007. [En ligne]. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/guide_ald23_schizophr_juin_07.pdf. Consulté le 21 mars 2020

7. HAS. Actes et prestations affection de longue durée - Schizophrénies. 2017. [En ligne]. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/lap_ald23_schizophr_juin_07.pdf. Consulté le 21 mars 2020

8. Organisation mondiale de la Santé. Principaux repères sur la schizophrénie. 2019. [En ligne]. https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia. Consulté le 4 avril 2020

9. HAS. Spécificités de l'accompagnement des adultes handicapés psychiques [En ligne]. Haute Autorité de Santé. 2015. https://has-sante.fr/jcms/c_2835191/fr/specificites-de-l-accompagnement-des-adultes-handicapes-psychiques. Consulté le 4 avril 2020

10. Franck Nicolas. La Schizophrénie : la reconnaître et la soigner. Odile Jacob. Vol. 416. Paris; 2016. 209 p.

11. Ergothérapie en Santé mentale : Enjeux et perspectives. Livre Blanc sur l'Ergothérapie en Santé Mentale. 2016. [En ligne]. https://crehpsy-documentation.fr/doc_num.php?explnum_id=505. Consulté le 11 mai 2021

12. DEERGO - Référentiel de compétence | VAEInfo [En ligne]. https://vae.asp-public.fr/vaeinfo/deergo-referentiel-de-competence. Consulté le 11 mai 2021

13. Floriane. Ergothérapeute. Réhabilitation psychosociale et remédiation cognitive. 2021. [En ligne]. https://centre-ressource-rehabilitation.org/ergotherapeute. Consulté le 11 mai 2021

14. Duprez M. Réhabilitation psychosociale et psychothérapie institutionnelle. Inf Psychiatr. 2008 ; Volume 84 (10) : 907-12.

15. La schizophrenie.pdf [En ligne]. http://eide.fr/cours/S5/2.6/La%20schizophrenie.pdf. Consulté le 3 octobre 2020

16. Réadaptation psychosociale : un moyen efficace pour reconstruire votre vie. 2020. [En ligne]. https://www.coaching-evolution-professionnelle.com/readaptation-psychosociale-un-moyen-efficace-pour-reconstruire-votre-vie/. Consulté le 11 mai 2021

17. Kocak F, Fagnère C. La schizophrénie, une psychose chronique. Actual Pharm. 1 janv 2019 ; 58 (582) : 48-53.

18. Poriel G. L'ergothérapie comme levier de la participation sociale des personnes en situation de handicap. Rennes ; 2014 [En ligne]. https://documentation.ehesp.fr/memoires/2014/shps/poriel.pdf. Consulté le 15 novembre 2020

19. ANFE. Définition de l'ergothérapie. 2019. [En ligne]. https://www.anfe.fr/definition. Consulté le 4 avril 2020

20. L'ergothérapie en santé mentale. Ordre des ergothérapeutes du Québec. 2009. [En ligne]. https://www.oeq.org/publications/chroniques-de-l-ergotherapie/15-lergotherapie-en-sante-mentale.html. Consulté le 3 octobre 2020

21. Melac A. Réhabilitation psychosociale et rétablissement : représentations dans une population de professionnels en Psychiatrie. Thèse de médecine; Université de Picardie Jules Vernes ; 2018 : 63 p. [En ligne]. https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02096342/document. Consulté le 4 avril 2020

22. OMS | Chapitre 3 : Résolution des problèmes de santé mentale. WHO. [En ligne]. [cité 4 avr 2020]. https://www.who.int/whr/2001/chapter3/fr/index2.html. Consulté le 4 avril 2020

23. Saucourt G. La réhabilitation psychosociale : espoir d'une vie meilleure - Grieps. 2017. [En ligne]. https://www.grieps.fr/actualites-la-rehabilitation-psychosociale-espoir-d-une-vie-meilleure-300. Consulté le 19 septembre 2020

24. Platskou Schoch H. La réhabilitation psychosociale : le cheminement vers le rétablissement. Théophilien 60. 2018. [En ligne]. https://th-roussel.fr/wp-content/uploads/2018/07/RehabilitationPsychoSociale-Theophilien_60-Juin2018.pdf. Consulté le 19 septembre 2020

25. Roy-Hatala CL, Leguay D. « Handicap psychique » : le chemin qui reste à parcourir. Inf Psychiatr. 18 avril 2013 ; Volume 89 (3) : 221-6.

26. Goyet V, Duboc C, Voisinet G, Dubrulle A, Boudebibah D, Augier F, et al. Enjeux et outils de la réhabilitation en psychiatrie. Evol Psychiatr. 2013 ; 78 (1) : 3-19. [En ligne]. https://www-em-premium-com.lama.univ-amu.fr/article/794216/resultatrecherche/41. Consulte le 27 mai 2020

27. Roussel C, Giraud-Baro E, Gabayet F. Place de la remédiation cognitive dans le processus de réhabilitation des personnes souffrant de schizophrénie. EMC-Psychiatrie. 2011 : 1-9. [En ligne]. https://www-em-premium-com.lama.univ-amu.fr/article/303577/resultatrecherche/13. Consulté le 27 mai 2020

28. Kapsambelis V, Bonnet C. Mesures sociales et réhabilitation dans le traitement des patients psychotiques. Psychiatrie. 2002. [En ligne]. https://www-em-premium-com.lama.univ-amu.fr/article/12184/resultatrecherche/39. Consulté le 27 mai 2020

29. Bazin N, Brunet-Gouet E, Passerieux C. Caractéristiques cliniques et évolutives des patients atteints de schizophrénie pris en charge avec le module de remédiation cognitive ToMRemed. Étude multicentrique en soins courants portant sur 110 patients. Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive. 2017 ; 27 (1) : 8-15. [En ligne]. https://www-em-premium-com.lama.univ-amu.fr/article/1104778/resultatrecherche/9. Consulté le 1 octobre 2020

30. Papsuev O, Minyaycheva M, Movina L, Gurovich I. Social cognition across stages and forms of schizophrenia. European Psychiatry. 2016 ; 33 (S) : 260. [En ligne]. https://www-em-premium-com.lama.univ-amu.fr/article/1046225/resultatrecherche/39%20/. Consulté le 1 octobre 2020

31. Marsh PJ, Polito V, Singh S, Coltheart M, Langdon R, Harris AW. A quasi-randomized feasibility pilot study of specific treatments to improve emotion recognition and mental-state reasoning impairments in schizophrenia. BMC Psychiatry. 2016 ; 16 (1) : 360.

32. Prouteau A, Koleck M, Belio C, Saada Y, Merceron K, Dayre E, et al. Mesurer la participation et l'environnement dans le handicap psychique et cognitif : validation préliminaire de la G-MAP. Alter. 1 oct 2012 ; 6 (4) : 279-95.

33. Peyroux E. Remédiation des troubles de la cognition sociale dans la schizophrénie et les troubles apparentés : le programme TC2S - études de cas clinique. Thèse de neuropsychologie. Université Lyon 2 Lumière ; 2014 : 420 p. [En ligne]. http://theses.univ-lyon2.fr/documents/lyon2/2014/peyroux_e/pdfAmont/peyroux_e_these.pdf. Consulté le 1 octobre 2020

34. Rivera M-J, Lecardeur L. Comment remédier la cognition sociale chez les personnes souffrant de schizophrénie ? Rev Neuropsychol. 21 mars 2016 ; Volume 8 (1) : 31-7.

35. Peyroux É, Gaudelus B, Franck N. Remédiation cognitive des troubles de la cognition sociale dans la schizophrénie. Evol Psychiatr. 1 janv 2013 ; 78 (1) : 71-95.

36. Peyroux É. 4 - Cognition sociale dans la schizophrénie : de la théorie à la pratique. Outils de la Réhabilitation en Psychiatrie. 2016 : 69-97. [En ligne]. http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9782294745263000048. Consulté le 14 novembre 2020

37. N. Franck. Traité de réhabilitation psychosociale. Elsevier Masson ; 2018. 912 p.

38. M. Yilmaz, S. Josephsson, B. Danermark, A-B. Ivarsson. Social proccesses of participation in everyday life among persons with schizophrenia, international journal of qualitative studies on health and well-being. 2009 : 267-279 p.

39. Réhabilitation psychosociale et remédiation cognitive : Trouver un centre de réhabilitation psychosociale [En ligne]. https://centre-ressource-rehabilitation.org/-trouver-un-centre-de-rehabilitation-psychosociale-. Consulté le 1 octobre 2020

40. Méthodes de recueil de données pour l'évaluation d'un cursus d'études [En ligne]. https://www.unil.ch/files/live/sites/cse/files/shared/brochures/CSE_Guide_recueil_donnees_cursus_2011.pdf. Consulté le 13 mai 2021

41. Larousse. Définitions : relation - Dictionnaire de français Larousse [En ligne]. https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/relation/67844. Consulté le 16 janvier 2021

42. Formarier M. La relation de soin, concepts et finalités. Rech Soins Infirm. 2007 ; 89 (2) : 33-42.

43. Carl Rogers. Le développement de la personne. Paris : Dunod ; 1970.

44. Relation thérapeutique : Etablir une relation Rogers et l'empathie. 2015. [En ligne]. http://ergopsy.com/rogers-et-l-empathie-a700.html. Consulté le 16 janvier 2021

45. Rogers C. La relation thérapeutique: les bases de son efficacité. In: Bulletin de psychologie. Groupe d'études de Psychologie de l'Université de Paris ; 1963 : 1-9. [En ligne]. https://www.acpfrance.fr/wp-content/uploads/2020/07/Rogers-Bases-efficacite%CC%81-de-lACP.pdf. Consulté le 16 janvier 2021

46. Phaneuf M. L'alliance thérapeutique comme instrument de soins. 2016. [En ligne]. http://www.prendresoin.org/wp-content/uploads/2016/03/Lalliance-therapeutique-comme-instrument-de-soins.pdf. Consulté le 16 janvier 2021

47. Nasielski S. Gestion de la relation thérapeutique : entre alliance et distance. Actual En Anal Trans. 2012 ; 144 (4) : 12-40.

48. Relation thérapeutique : Etablir une relation - Ergopsy. 2015. [En ligne]. http://ergopsy.com/relation-therapeutique-etablir-une-relation-c88-189.html. Consulté le 16

janvier 2021

49. Meyer S. De l'activité à la participation. Deboeck Supérieur ; 2013 : 288 p.

50. Processus d'Intervention en ergothérapie : Désir, motivation, volition. 2015. [En ligne]. http://www.ergopsy.com/desir-motivation-volition-a776.html. Consulté le 5 décembre 2020

51. Lapeyre M. Importance de nos besoins (dans la théorie de A. Maslow). Psychothérapie et accompagnement. 2019. [En ligne]. https://psycho-therapie-toulouse.fr/importance-de-nos-besoins-chez-maslow/. Consulté le 16 janvier 2021

52. Définition de motivation. Les Définitions. 2011. [En ligne]. https://lesdefinitions.fr/motivation. Consulté le 5 décembre 2020

53. Morel-Bracq MC. Les modèles conceptuels en Ergothérapie. 2e éd. Paris : Deboeck Supérieur ; 2017 : 261 p.

54. Roger MAG, Raoul DKR. Cours d'initiation à la méthodologie de recherche. 46 p.

55. Les techniques de l'entretien clinique. J'apprends la psychologie. 2020. [En ligne]. https://japprendslapsychologie.wordpress.com/2020/04/15/les-techniques-de-lentretien-clinique/. Consulté le 11 février 2021

56. Eymard C, Thuilier O. Le travail de fin d'études : S'initier à la recherche en soins infirmiers UE 3.4 et UE 5.6. 3e éd. Lamarre ; 2018 : 275 p. (Etudiants IFSI)

57. Claude G. Les types d'entretien : directif, semi-directif ou non-directif. Scribbr. 2019. [En ligne]. https://www.scribbr.fr/methodologie/entretien-recherche/. Consulté le 11 février 2021

58. Une analyse thématique. Institut Numérique. 2014. [En ligne]. https://www.institut-numerique.org/413-une-analyse-thematique-52d825a639d94. Consulté le 16 mai 2021

59. Rodhain F, Fallery B. Quatre approches pour l'analyse de données textuelles : lexicale, linugistique, cognitive, thématique. Montréal : XVIème Conférence de l'Association Internationale de Management Stratégique AIMS ; 2013 : 17 p. [En ligne]. https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-00821448. Consulté le 22 avril 2021

Annexes

Annexe 1 : Tableau comparatif des banques de données

Total des articles à partir des mots clés	Base de données	Sélection selon le texte	Sélection selon le résumé	Sélection selon le titre	Articles retenus
4 679	Pubmed	50	3	3	0
	Cochrane	1 396	142	13	0
	BDSP	147	11	0	0
	Science direct	30	/	5	3
	EM premium	1463 français 1531 anglais	192 311	36 28	5
	Cairn	62	5	3	1
	Lectures opportunistes	/	/	/	4

Annexe 2 : Tableau récapitulatif de la revue de littérature

Source	Thème	Population	Méthode	Champ(s) disciplinaire	Approche théorique	Résultats et limites	Question, dimension qui n'est par abordée	Niveau de scientificité
1. EMC Psychiatrie, 2011	La place de la réhabilitation psychosociale et la remédiation cognitive	Personnes souffrant de schizophrénie	Approche de restauration et de compensation	Sociologie, psychosocial	Les déficits cognitifs dans l'insertion socio-professionnelle : technique de la remédiation cognitive Approche cognitivo-comportementale	Facilitation des apprentissages dans domaines social et professionnel, renforcement de l'estime de soi, favorisation de la motivation	Quelles sont les limites du rétablissement par rapport aux fonctions cognitives ?	+/-
2. Manuel de psychiatrie clinique et psychopathologie de l'adulte, 2012	Mesures sociales et réhabilitation psychosociale	Personnes psychotiques : schizophrénie		Psychosocial, sociologie, sciences médicales, santé publique	Différents dispositifs dans la vie quotidienne des personnes souffrant de schizophrénie et insertion dans la société	Meilleures insertion dans la société (financement, logement, travail)	Quel est le vécu des familles face à la maladie ?	--

					Approche sociale et cognitivo-comportementale			
3. Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive, 2017	Réhabilitation psychosociale : TomRemed et cognition sociale	110 personnes vivant avec une schizophrénie	Etude randomisée avec plusieurs échelles d'évaluation	Psychosocial, psychiatrie, santé mentale	L'efficacité du programme TomRemed sur le déficit de cognition sociale dans la réhabilitation psychosociale	Amélioration de la cognition sociale et du fonctionnement dans la vie quotidienne	Quel est le ressenti des personnes ayant participé à l'étude ? Quelles différences ressentent-elles sur leur participation sociale ?	++
4. European Psychiatry, 2016	Cognition sociale et les différentes formes de schizophrénie	71 patients atteints de schizophrénie	Etude transversale basée sur des tests cognitifs	Santé mentale, psychiatrie, sciences médicales	L'évaluation des troubles de la cognition sociale	Amélioration différentes du déficit de cognition sociale selon la forme de la maladie, plus les symptômes sont accentués et	Qu'en est-il de la notion de participation sociale par rapport à l'amélioration de la cognition sociale ?	++

						plus les chances d'amélioration de la cognition sociale sont diminuées		
5. BMC Psychiatry, 2016	La cognition sociale	31 personnes vivant avec une schizophrénie ou des troubles schizo-affectif	Etude de faisabilité et randomisée	Santé mentale, psychiatrie	Efficacité des programmes SoCog-MSRT (Mental-State Reasoning Training) et SoCog-ERT (Emotion Recognition Training) sur la cognition sociale	Programmes bénéfiques, amélioration de la reconnaissance des émotions et des biais d'attribution d'intention	En quoi l'amélioration de la cognition sociale favorise la participation sociale ?	++
6. L'évolution psychiatrique, janvier 2013	Enjeux et outils de réhabilitation psychosociale	Personnes vivant avec une schizophrénie		Psychiatrie, psychosocial	Les enjeux de la réhabilitation psychosociale et ses effets	Outils adaptés selon les déficits et les capacités des patients, favorisation des capacités sociales et professionnelles	Quel est le ressenti des patients participant à un programme de réhabilitation psychosociale ?	--

7. Thèse de doctorat de neuropsychologie, E. Peyroux, 2014	Remédiation des troubles de la cognition sociale dans la schizophrénie et les troubles apparentés	Personnes vivant avec une schizophrénie		Santé mentale, santé publique, sciences médicales, psychiatrie, psychosocial, sociologie	Thèse sur la remédiation cognitive	La schizophrénie est une maladie du lien social, programmes efficaces pour améliorer la cognition sociale, favorisation de la participation sociale		+/-
8. Revue de neuropsychologie, M-J. Rivera et L.Lecardeur, 2016	La cognition sociale chez les personnes souffrant de schizophrénie	Personnes vivant avec une schizophrénie		Psychosocial, sociologie	La cognition sociale	La cognition sociale est un déficit très présent dans la maladie et important à prendre en soin chez la personne. Il est nécessaire de l'évaluer avant toute prise en soin.	Tous les professionnels peuvent-ils évaluer la cognition sociale chez la personne atteinte d'une schizophrénie ?	--
9. L'évolution psychiatrique, E.Peyroux et N.Franck, 2013	Remédiation cognitive des troubles de la cognition sociale	Personnes atteintes d'une schizophrénie		Psychosocial, sociologie, santé mentale	La prise en soin de la cognition sociale à travers la	Les troubles de la cognition sociale ont une place centrale dans la	La confrontation des programmes entre eux pour savoir s'il y en a	--

	dans la schizophrénie				remédiation cognitive	maladie. Des programmes sont mis en place et permettent d'améliorer ce déficit, la participation sociale, la confiance en soi et l'estime de soi puis le fonctionnement de la vie quotidienne.	un qui est plus efficace qu'un autre	
10. Outils de la réhabilitation en psychiatrie, pratiques en faveur du rétablissement, E.Peyroux, 2016	Cognition sociale dans la schizophrénie : de la théorie à la pratique	Personnes souffrant de schizophrénie		Psychosocial, sociologie, santé mentale	La cognition sociale possède un rôle central dans le fonctionnement social, la vie quotidienne et les relations. Des programmes de réhabilitation psychosociale permettent de diminuer ce	Comment les patients vivent les séances des programmes de réhabilitation psychosociales ? Quelle est leur impression ?		--

					déficit de cognition sociale.			
11. International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being, 2009	Processus sociaux de la participation à la vie quotidienne	Personnes présentant une schizophrénie	Approche narrative, entretiens, observations	Sociologie Psychiatrie Santé mentale	Les facilitations et les obstacles à la participation à des activités de la vie quotidienne des personnes présentant une schizophrénie	Difficultés interactions sociales, mauvaise estime de soi, difficultés de communication, difficultés à s'exprimer, sentiment d'insécurité : restriction de participation à la vie quotidienne	Comment accompagner le soigné dans sa prise en soin pour permettre sa participation sociale ? Quelles sont les stratégies ?	++
12. Elsevier, Volume 6, Octobre-Décembre 2012	La participation et l'environnement dans le handicap psychique et cognitif	15 personnes présentant une schizophrénie	Grille G-MAP pour mesurer l'activité et la participation de la personne, entretien semi-dirigé	Psychiatrie Psychosocial	Développer des outils pour évaluer les restrictions de participation des personnes	Pertinence de l'outil, la présence d'une importante restrictions de participation et une limitation d'activité dû à leur maladie et à	La mesure après leur prise en soin pour une comparaison	+/-

						leur environnement		
13. Elsevier Masson, Juin 2018	Traité de réhabilitation psychosocial	Personnes avec troubles psychiques sévères dont la schizophrénie		Psychosociale Psychiatrie, sciences médicales, santé mentale	Découverte, présentation et analyse de la réhabilitation psychosociale et son efficacité auprès des personnes avec une schizophrénie	Favorisation du rétablissement, facteur crucial dans la continuité du parcours de la personne et dans son inclusion sociale	Les avis et les ressentis des personnes prise en soin par réhabilitation psychosociale	--

Annexe 3 : Matrice de questionnement

VARIABLES	INDICATEURS	QUESTIONS	MODALITES DE REPONSE	OBJECTIFS
Informations générales sur la personne	Profession	Etes-vous ergothérapeute ?	Question ouverte	Vérifier si la personne est ergothérapeute pour limiter le biais de sélection.
	Années d'expériences dans le domaine	Depuis combien de temps travaillez vous dans ce domaine ?	Question ouverte	Connaître l'expérience du professionnel dans le domaine de la réhabilitation psychosociale.
	Formation	Avez-vous été formé à la réhabilitation psychosociale ?	Question fermée - Oui - Non	Savoir si le professionnel est formé.
La réhabilitation psychosociale	Les programmes de réhabilitation psychosociale	Quels programmes de réhabilitation psychosociale utilisez-vous ?	Question ouverte	Savoir comment sont mis en œuvre les programmes de réhabilitation psychosociale.
	Les programmes de réhabilitation psychosociale	Quels sont les programmes qui visent à améliorer le déficit de cognition sociale ?	Question ouverte	Etudier le lien entre la réhabilitation psychosociale et la cognition sociale.
	Utilisation des programmes	Comment utilisez-vous ces programmes auprès des personnes vivant avec une schizophrénie ?	Question ouverte	Connaître l'utilisation des programmes sur la cognition sociale.
	Evaluation de la cognition sociale	Comment évaluez-vous les difficultés de cognition sociale chez la personne vivant avec une schizophrénie ?	Question ouverte	Connaître l'évaluation de la cognition sociale.

Les symptômes et les répercussions de la schizophrénie	Vie quotidienne Répercussion de la maladie	Les personnes atteintes de schizophrénie vous fond-elles part de leurs difficultés ? Si oui, précisez.	Question fermée - Oui - Non	Savoir quelle relation il existe entre le professionnel et le patient.
		Si oui, quelles sont leurs difficultés ?	Question ouverte	Connaître les difficultés de la personne avec une schizophrénie dans sa vie quotidienne.
	Répercussions de la maladie	Les symptômes ont-ils des répercussions sur la prise en soin ?	Question fermée - Oui - Non	Savoir si la maladie fait obstacle à la prise en soin.
		Si oui, pouvez-vous apporter des précisions ?	Question ouverte	Repérer les limites de la maladie sur la prise en soin par la réhabilitation psychosociale.
La participation/insertion sociale	Répercussions sur la vie sociale	Les difficultés de cognition sociale influent-elles sur la participation sociale ?	Question fermée - Oui - Non	Etudier le lien entre la cognition sociale et la participation sociale.
		Si oui, pouvez-vous décrire et donner des exemples ?	Question ouverte	Connaître l'influence de la cognition sociale sur la participation sociale.
	Activités thérapeutiques Groupes	Quels sont les moyens pour lutter contre la restriction de participation à la vie sociale ?	Question ouverte	Connaître les moyens qui favorise la participation sociale.
Informations générales pour aider au travail de recherche	Articles Revues Etudes	Avez-vous des lectures à me conseiller ?	Question ouverte	Etudier des lectures complémentaires au sujet.
		Pensez-vous à d'autres éléments que je pourrais envisager pour la suite de mon travail de recherche ?	Question ouverte	Approfondir la recherche.

Annexe 7 : Matrice théorico-conceptuelle

Concepts/Théories	Variables	Indicateurs
Relation	Soin	Expériences et confrontation personnelle Interactions, échanges ponctuels Dimension abstraite et informative Centrée sur le présent et le devenir Soignant non à l'écoute, centré sur la technique du soin
	Aide	Confiance et empathie Accompagnement, soutien Ecoute, compréhension du patient
	Thérapeutique	Alliance thérapeutique Distance thérapeutique Relation d'aide et de soin Transfert, contre-transfert
	Médiatisée	Objectale Holding, handling et objet presenting Théories humanistes
Motivation	Envie de soin	Partie consciente, le Moi Agir
	Motivation intrinsèque	Ressentis et éprouvés de la personne Plaisir, volonté d'agir Sens pour la personne Autodétermination Engagement spontané
	Motivation extrinsèque	Présence d'une obligation à participer Absence de plaisir, de satisfaction et d'engagement Abandon
	Théorie humaniste	Pyramide de Maslow Connaissance besoins de la personne Augmentation motivation
	Modèle de l'occupation humaine (MOH)	Volition = volonté Pouvoir d'agir Engagement dans la participation Augmentation motivation L'Etre, l'Agir et le Devenir Participation

Annexe 8 : Matrice d'entretien

Objet de recherche	La motivation à la participation sociale d'une personne vivant avec une schizophrénie, à travers sa relation avec l'ergothérapeute.	
Question inaugurale	Pouvez-vous me parler de votre relation avec les personnes atteintes de la schizophrénie et de leur motivation à participer dans leur prise en soin ?	
Sous-thèmes	**La relation**	**La motivation**
Questions de relance	-Pouvez-vous me préciser, en tant qu'ergothérapeute, comment établissez-vous votre relation avec les personnes atteintes de la schizophrénie ?	-Quelles observations faites-vous sur leur motivation à participer dans leur prise en soin ? -Est-ce que les personnes vous parlent de leur motivation ? -Qu'observez-vous de la participation sociale de la personne atteinte de la schizophrénie dans ce qui lui est proposé, quand celle-ci montre de la motivation ?

Annexe 19 : Guide d'analyse thématique des entretiens

Thématiques	Extraits des entretiens E1 en rouge, E2 en bleu, E3 en vert, E4 en rose, E5 en marron, E6 en violet, E7 en orange, E8 en bleu foncé
La naissance d'une relation entre l'ergothérapeute et la personne	(Annexe 11 l. 82-85) « ma relation avec les patients schizophrènes que j'accompagne, c'est les accompagner fin c'est d'être présent pour eux et de les, de leur donner les outils pour accéder à leur projet de vie et… faire en sorte qu'ils se rétablissent... » « ils sont en demandent et j'essaie de répondre à leurs besoins. » (l. 127-130) « l'idée c'est donc peut-être d'être au maximum dans une relation de confiance déjà. Euh, autoriser à dire ce qu'elle veut pour elle, qu'elle se sente autorisée à dire aussi ce qui la gêne, ce qui l'embête et que… moi je sois suffisamment à l'écoute pour comprendre et apporter les informations et le soutien nécessaires. » (Annexe 12 l. 51-55) « Euh, donc c'est vrai que ça c'est plus assez naturel au niveau de la relation, je laisse la personne venir, voir ce qu'elle peut me dévoiler, ce qu'elle n'a pas envie de me dévoiler, et je pense que c'est un petit peu du donnant donnant aussi puisque si nous on ne lâche pas un peu de notre côté, ils vont pas non plus lâcher et se livrer à nous si besoin de se livrer. » (l. 55-61) « […] je pense que c'est important de garder, de se mettre, de se déterminer ses propres limites dans sa tête pour pouvoir lâcher du leste quand on nous demande « comment vous vous appelez, quel âge vous avez », parce que c'est vrai que faire confiance à quelqu'un qu'on ne connaît pas du tout et sur lequel on a aucune information, c'est vrai que c'est plus compliqué que de faire confiance à quelqu'un dont on connaît un petit peu, au moins le parcours, par exemple l'école, d'où il vient, depuis quand il est diplômé, cela peut mettre en confiance la personne. »

	(Annexe 13 l. 38-43) « Pour moi, elle nécessite d'être le plus authentique possible. Ce que j'essaie beaucoup de faire c'est d'utiliser la reformulation de Rogers quand je ne sais pas trop quoi dire, quand j'accueille des personnes j'essaie de rester sur des questions ouvertes, euh, d'écouter le plus possible ce que la personne a à dire, avant d'essayer éventuellement de lui parler d'ergothérapie, d'activités thérapeutiques et de voir un petit peu ce qui peut lui convenir. » (l. 44-47) « […] est essentiellement médiatisée, c'est-à-dire que j'utilise soit un jeu, soit une technique que j'enseigne à la personne pour qu'elle puisse faire des auto-soins après ou des interactions mais pour moi la relation nécessite quand même d'être médiatisée par quelque chose. » (l. 48-51) « […] ce n'est pas forcément réaliser ou créer un objet, ça peut être aussi jouer ou faire de la relaxation. Mais pour moi la relation nécessite deux personnes et une médiation en tant qu'ergothérapeute, cela m'est nécessaire, […] notions d'empathie, d'écoute, de respect de l'autre » (l. 60-61) « […] avant qu'il y est une motivation intrinsèque, il faut une alliance avec la personne » (l. 110-116) « […] elle est toujours médiatisée. Ca ne peut être que dans la parole parfois un petit peu au départ mais pour moi, il y a toujours une médiation, que ce soit de la gym douce, des jeux ou autre chose, il faut qu'il y ait une médiation pour que le patient puisse effectivement aboutir à quelque chose que lui puisse prendre en main, parce que notre tiers à nous, médiateur tel qu'il soit hein, créatif, artisanale ou ludique, cela permet vraiment au patient de prendre quelque chose en main et de devenir acteur sur quelque chose, parce que tant qu'il est un objet de soin, ce n'est pas un sujet. » (l. 122-125) « si effectivement on prend le temps d'expliquer et si on leur donne le choix, je pense que leur motivation sera plus importante. Si on les rend passif et qu'on décide à leur place, la motivation sera moins forte et risque au contraire de résister, de s'opposer, de ne pas vouloir participer. » (l. 130-131) « dans un groupe de jeu, je vais leur laisser le choix entre trois possibilités, de façon à ce qu'ils s'habituent petit à petit à avoir un choix et à se dire bon ben la j'ai le droit de décider. » (l. 160-163) « cette activité était assez intéressante car c'était une activité où une relation était nécessaire pour que les patients nous fassent confiance et s'exprime sur leurs besoins. Il est donc important de comprendre le patient dans sa globalité pour que celui-ci soit motivé à faire quelque chose. »

	(Annexe 14 l. 22) « La relation est une relation de soin, c'est la base. » (l. 27-31) « La relation est une relation de confiance, bienveillante, euh… elle doit être une relation dans les deux sens où le patient arrive à se situer/à se retrouver. Euh, le soignant va avoir des choses à écouter et à proposer et de la même manière, le patient aura des choses à dire et des choses à recevoir. Voilà, donc à mon sens le travail de l'ergothérapie se positionne complètement dans le travail de la relation soignante. » (l. 54-58) « […] ma relation par rapport à un patient atteint de la schizophrénie est basée sur euh… l'écoute, la bienveillance, le travail sur le point de départ qui est de faire le point sur sa situation en terme de pathologie etc. Donc il y a une relation de façon contenante, de confiance de la part du patient, de la part du soignant c'est quelque chose qui doit être toujours avec une reconnaissance de la situation » (l. 64-66) « […] le patient va avoir besoin de s'appuyer sur des choses qu'il connaît, qui le rassure, sur la confiance, donc à nous en tant que soignant d'être à sa portée et dans la compréhension de ce qui lui arrive. » (Annexe 15 l. 38-42) « La relation avec un patient pour moi c'est tout ce qu'il va se passer dès l'instant qu'on est en contact avec lui, qu'on le rencontre physiquement, que ce soit à la première poignée de main, […] au premier bonjour et aux premières salutations jusqu'à sa sortie et voir même après. […] Cette relation va être médiée par les activités que je vais lui proposer. » (l. 54-61) « C'est une relation qui n'est pas toujours évidente à établir, elle demande une réflexion et l'application d'une distance thérapeutique qui est… suffisamment proche du patient pour pouvoir éprouver de l'empathie et pouvoir mieux… le comprendre et l'approcher tout en évitant également une trop grande proximité. […] elle est à la base de notre thérapie, cette relation thérapeutique qui va s'établir selon… l'état du patient qui va être plus ou moins facile à mettre en place, à établir. Je pense aux patients que je rencontre pour la première fois lors de leur hospitalisation lorsqu'ils sont dans un état délirant ou très envahi par des hallucinations, ce genre de symptômes. …» (l. 72-76) « […] c'est de commencer par établir une relation et quand celle-ci est établit, il va pouvoir proposer des suivis dans une salle avec des horaires précis et dans un moment précis, quand il y a une acceptation à venir, ce qui n'est pas toujours évident et bien justement l'ergothérapeute va pouvoir échanger

	sur les motivations possibles… du patient et les bénéfices qu'il va pouvoir avoir afin de venir aux séances d'ergothérapie. » (l. 94-97) « Bon évidemment il me semble que la relation va aider à stimuler, à mobiliser les capacités de la personne. Après la participation du patient est assez dépendante de cette qualité de la relation et ça prend du temps et il faut y revenir, c'est souvent une patience (rire). La relation s'établit rarement de façon rapide. Disons qu'il y a de nombreux obstacles (rire). » (Annexe 16 l. 32-34) « Tout l'intérêt de la médiation du coup c'est pour aider la relation, il y a un élément qui vient faire le lien entre deux personnes, que ce soit le patient et le soignant ou deux patients ou autre. Donc on se sert d'un objet transitionnel. » (l. 41-42) « Il y a plein de choses, surtout que quand un patient est dans un état délirant, il n'y a pas de critique du réel donc là, la relation est compliquée. » (l. 48-50) « […] ça va être d'établir une relation de confiance avec le patient. Tant que l'on n'a pas mis en place un minimum de relation, d'échanges, il n'y a rien qui va se passer dans le soin. » (l. 85-88) « Un patient qui est délirant ou qui reste délirant malgré une médication et dont il doit vivre avec, là je dirais que c'est la relation de confiance à mettre en place, apprendre à se connaître petit à petit, il va y avoir un échange duel et quand même individuel. » (l. 90-92) « Pour d'autres, ça va passer par une activité, ça va être plus facile en parlant d'un objet et petit à petit on arrive à établir une relation et une communication puis d'aller vers les objectifs fixés. » (l. 99-101) « si une relation se met en place alors ça peut permettre d'aller chercher de la nouveauté, augmenter la participation, la motivation ou la variété de participation suivant le type de médiation. » (Annexe 17 l. 30-33) « […] c'est vraiment créer l'échange avec la confiance, l'empathie, la relation à l'autre, la compréhension, euh, l'écoute mais une écoute « dynamique » qui va être aussi divulguée pour et sur eux et puis… de pouvoir leur apporter des choses. » (l.48-51) « l'idée c'est d'instaurer un climat de confiance en expliquant ce que je fais pour l'accompagnement, comment il se passe, et en fait ce que je fais, … j'invite les patients à se recentrer sur les activités qui ont

	du sens pour eux donc de définir des objectifs dans lesquels ils ont des difficultés mais également un besoin d'aide. » (l. 56-58) « Après c'est beaucoup de compréhension, d'empathie et pas de jugement, […] et être dans la bienveillance. » (l. 93-107) « la patiente souffre de troubles schizo-affectifs, on détecte de nombreux déficits au niveau des fonctions exécutives. Elle souhaite pouvoir améliorer ses fonctions exécutives et cognitives notamment l'attention, la concentration et s'occuper de sa fille de 3 ans, faire les devoirs avec elle et des activités. Au fur et à mesure s'enclenche la remédiation cognitive avec le logiciel RECOS et en fait on se rend compte que la patiente n'est pas du tout motivée à être devant un logiciel et un ordinateur, que cela prend trop de temps, qu'elle n'arrive pas à gravir les différents niveaux et qu'en fait cela lui génère du stress donc la motivation se perd un petit peu. Si l'on ne recréé pas l'échange avec la patiente, on ne saura pas ce qu'elle veut vraiment, si on réadapte l'accompagnement, si on passe directement à des mises en situation avec des adaptations etc. Donc des fois on peut aussi apporter des réponses qui ne sont pas forcément les bonnes et perdre la motivation, du coup c'est là que la communication est très importante. Si on n'a pas un bon lien avec la personne, elle n'osera jamais nous dire les choses pour qu'on puisse réadapter car on n'a pas qu'un seul logiciel, qu'une seule possibilité. Il y a d'autres services qui peuvent lui proposer d'autres thérapies/moyens qui peuvent mieux lui correspondre par exemple. » (Annexe 18 l. 26-27) « la relation est entre deux personnes, elle est tout d'abord de confiance, on va essayer de rechercher cela en priorité, établir un dialogue, poser des questions, échanger etc. »
La représentation de la motivation par l'ergothérapeute	(Annexe 11 l. 58-63) « c'est notre moteur (respiration) et alors moi je suis très moi donc ben Kielhofner, il dit que cela repose sur nos centres d'intérêts, cela repose sur nos valeurs aussi… (respiration) ça repose sur son circompétent… cela repose sur nos rôles aussi… cela peut reposer sur notre routine aussi elle peut nous aider à nous motiver quand on a des choses habituelles cela peut nous aider à maintenir quelque chose… Voilà… c'est le moteur. » (l. 86-89) « Quand à la motivation et bien elle est bien altérée chez la plupart des patients que j'accompagne hein, en tout cas très très altérée chez des patients qui ont des

dans la schizophrénie	symptômes négatifs au 1er plan et c'est le gros gros travail puisqu'en faite ça va passer essentiellement par la relation soignante parce que les traitements ils agissent pas là dessus. » (l.92-93) « Et pour les personnes qui ont plus les symptômes positifs au 1er plan, la motivation c'est moins un problème. » (l. 109-113) « j'avais un patient très engagé mais même si au niveau de sa participation c'était pas top top hein, ce qu'il faisait, c'était bien mais c'était améliorable mais il était très engagé et un autre patient, il faisait des choses magnifiques, merveilleuses euh supers bien réalisées mais avec zéro motivation. » (l. 118-122) « […] Ce qui motive c'est plutôt le projet après l'HDJ […] mais c'est clair que voilà ils ont besoin que l'on travaille sur leur projet, un vrai projet. Juste leur dire euh oui vous allez aller mieux ça ne suffit pas quoi. » (Annexe 12 l. 69-71) « on se met en commun accord, on se met d'accord sur le fait que s'ils viennent c'est qu'ils ont envie de venir, ce n'est pas quelqu'un qui lui aura imposé ou fortement conseillé. » (l. 75-77) « moi c'est sur la base un peu du volontariat. S'ils n'ont pas du tout envie de venir, je ne vais pas du tout les forcer […] » (l. 94-95) « cela va dépendre vraiment des patients […] cela va dépendre de leur pathologie » (l. 118-120) « Ils viennent d'eux même et après quand ils ne viennent pas, moi je rappelle le cadre en leur disant que c'est aussi important qu'ils viennent en ergothérapie comme quand ils prennent leur traitement par exemple. » (l. 121-125) « […] se baser sur des activités qui les intéressent et qui ont du sens, leurs centres d'intérêt et leur proposer quelque chose qui leur plaît. S'ils sont plus manuels, on va leur proposer plutôt des activités manuelles. S'ils ont besoin de se défouler physiquement, on va partir plus sur des séances de sport ou de marche » (Annexe 13 l. 53-57) « Alors pour moi la motivation de la personne, euh, elle va être à deux niveaux, … intrinsèque et extrinsèque. Ce que j'essaie le plus d'aider les personnes à vivre et ressentir, c'est la motivation intrinsèque. Le problème c'est la motivation extrinsèque, c'est-à-dire qu'elle est poussée par les autres de l'extérieur, induite par prescription médicale ou poussée parce que nous avons décidé que se serait cela qui est bon pour la personne […] » (l. 67-68) « la motivation il faut

	qu'elle soit intrinsèque à la personne, basée sur l'envie et le plaisir, en priorité. » (l. 75-80) « Donc moi ce que j'essaie de soutenir c'est que la motivation de la personne est vraiment liée à ce qu'on désire, ce qu'on a envie, ce qui nous fait plaisir, après voilà je vais essayer de susciter l'envie, le désir de la personne et de trouver des activités qui soient acceptables, bonnes pour elle et « signifiantes » comme vous nommez dans vos formations. Donc déjà la motivation c'est-à-dire plaisir, désir, envie, ensuite quelque chose de signifiant pour la personne et enfin la notion de l'engagement. » (l. 82- 92) « Alors la participation de la personne, déjà effectivement elle est basée sur sa motivation parce que la personne ne va pas venir participer à quoi que ce soit si elle n'est pas motivée, si c'est imposé par l'extérieur cela ne fonctionnera pas donc toujours la motivation intrinsèque et la participation elle va fonctionner euh… […] Je dirais la motivation c'est plus l'envie de venir et la participation c'est plus effectivement être là et faire des choses, c'est participer à quelque chose […] je le vois plus comme une présence et une action possible. En faite, la motivation va être le moteur de la participation et devenir une action. » (l. 103-105) « Une fois que les personnes vont mieux, là on peut entrer dans effectivement autre chose à savoir une participation à partir d'une prescription qui vient de l'extérieur […] » (l. 127-129) « les personnes schizophrènes ne sont pas toujours en capacités de nous parler de leurs demandes, leurs désirs au tout début. Donc à nous de leur donner les moyens de pouvoir choisir. » (l. 130-131) « dans un groupe de jeu, je vais leur laisser le choix entre trois possibilités, de façon à ce qu'ils s'habituent petit à petit à avoir un choix et à se dire bon ben la j'ai le droit de décider. » (l. 145-160) « on part toujours de leurs demandes, […] » (l. 163-172) « Donc ça comme c'était une chose qu'ils n'arrivaient pas à faire, je savais qu'il allait y avoir de la motivation pour apprendre et participer car c'est une activité qu'ils ont demandée eux. » (Annexe 14 l. 34-35) « la motivation c'est quelque chose dont le patient n'est pas forcément pourvue malheureusement en fonction de son degré de pathologie […] » (l. 42-43) « La motivation pour des choses générales qui peut apporter du plaisir, quelque chose qui fait du bien, qui a du sens et là on n'a quelque chose de différent. » (l. 68-71) « leur motivation, en général,

	elle est propre à chaque patient. Il y a des patients qui vont être très à solliciter, à être dans la recherche de… propositions, de solutions thérapeutiques etc et il y a d'autres personnes qui vont être plus dans les injonctions de soins, dans voilà « le médecin a dit qu'il fallait que … » ou « ma famille m'a obligé de venir à l'hôpital » (l. 75-80) « […] plus la motivation est importante, plus le patient va être investit dans son projet et sa prise en charge et plus l'avancée va être positive et rapide. Inversement, des patients qui ne sont pas convaincus, non demandeurs ou qui ne sont pas dans un processus de motivation à ce qu'on peut leur proposer… si nous n'avons pas une demande du patient ou s'il est opposant, c'est beaucoup plus compliqué voire pas possible. » (l. 82-91) « il y en a surtout dans la schizophrénie qui sont dans l'opposition et qui refuse de participer à des activités pour leurs soins. Le préliminaire de la motivation c'est d'être conscient qu'on a besoin d'un accompagnement, on ne peut pas demander si on n'a pas conscience des symptômes. Il est nécessaire que le patient ait conscience de sa maladie pour qu'il présente une motivation à participer à son projet de soin et ça la non conscience de la maladie c'est un des symptômes qu'il peut y avoir dans la schizophrénie. Le déni des troubles et la non acceptation de la maladie peut impacter leur compréhension sur les soins proposés et on aura du mal à trouver une motivation dans leur participation à des activités. […] Tant qu'on est dans une phase de déni, de non confiance ou non acceptation de la maladie, on aura du mal à trouver une motivation. » (Annexe 15 l. 89-92) « c'est surprenant (respiration, soupir) mais j'ai déjà eu des patients comme ça avec laquelle la motivation n'était pas si évidente, pas si facile mais qui par contre s'investissait de façon importante aux activités proposées, et paradoxalement le contraire aussi, donc c'est pas forcément évident avec cette population. » (Annexe 16 l. 61-62) « je suis motivé pour faire une activité parce que je veux mon objectif » (l. 64-65) « C'est un moteur pour initier quelque chose… » (l. 104) « […] déjà par ce qui leur plait. » (l. 141-143) « Une autorité médicale par exemple

	qui va être plus stricte et passer par un contrat en disant « vous devez aller dans la semaine au moins à tant d'activités, faire tant de choses etc », ça peut passer par ça aussi. » (Annexe 17 l. 35-38) « La motivation… peut être intérieure ou extérieure ou les deux. C'est le fait qu'une activité ou quelque chose ait suffisamment de sens pour nous et que peut-être elle peut apporter du plaisir, du contentement pour qu'elle puisse donner l'envie de se réaliser. » (l. 84-90) « On s'est rendu compte aussi que la motivation est revenue par le biais de la fonderie parce que ce n'était pas cela qu'il voulait faire mais comme il était engagé et par rapport à ses parents il y avait une pression sans vouloir être pesant, les parents étaient bienveillants, soutenants mais ils ne se rendaient pas compte que c'était trop parfois. Du coup on a pu avoir une motivation qui a réapparu pour un autre projet qui est dans l'informatique. Donc la motivation est liée à ce qu'on aime faire, ce qu'on a envie de faire et des fois on ne s'autorise pas à faire. » (Annexe 18 l. 44-47) « si le patient est à l'écart du groupe, … la motivation se montre différente mais ce n'est pas parce que le patient se met à l'écart qu'il ne veut pas participer. La motivation est parfois autre, elle peut être empêchée pas la pathologie ou par une personnalité un peu timide. » (l. 74) « tout dépend de la personne et de son âge » (l. 76-78) « Par exemple, le même patient de toute à l'heure dont je t'ai parlé, le jour où il fait boxe et bien il faut parfois canaliser l'énergie mais on voit sa motivation, il a envie, il participe, il donne toute son énergie. » (l. 88-89) « Après il y a des patients qui n'ont pas conscience de leur schizophrénie, il y en a qui arrivent le matin qui sont déjà fatigués donc oui la motivation se joue également là. »
Vers une favorisation de la relation et de la	(Annexe 11 l. 89-91) « Donc ça va être tous les entretiens motivationnels, ça va être comment euh, valoriser beaucoup, restaurer beaucoup l'estime de soi, leur redonner le sentiment de compétences et de pouvoir d'agir. » (l. 103-104) « euh on fait un peu d'ETP on va dire » (l. 132-135) « Ce qui passe aussi par beaucoup d'entretien motivationnel… beaucoup de choses chez nous qui passent par des entretiens quand même hein. On voit très souvent les patients soit de façon très formelle c'est-

motivation chez la personne	à-dire vraiment un entretien avec un rendez-vous, soit de façon très informelle, ils viennent à l'HDJ avant/après le groupe, on discute un petit peu sur leur motivation voilà. » (l. 147-148) « […] je fais passer à tous les patients quand ils arrivent à l'HDJ et quand il y a besoin : liste de rôles et d'intérêts. » (l. 161-162) « On fait l'ELADEB aussi hein, il y a d'autres outils […] » (Annexe 12 l. 101-104) « Donc au niveau d'un groupe généralement les patients quand ils se connaissent bien, il y a quand même des affinités qui se créent entre certains patients, après oui voilà, je pense que comme partout, la vie en communauté, entre les personnalités de chacun et leur pathologie, il y a des affinités qui se créent et d'autres qui ne se créeront jamais. » (Annexe 13 l. 107-109) « nous on va l'accueillir et lui laisser au maximum du choix de façon à ce que justement s'il y a un choix, il y a déjà une motivation intrinsèque de la personne, une motivation à venir et il y aura une participation qui sera plus facile. » (l. 147-160) « Il y en a un qui avait dit que sa seule motivation c'était de jouer aux jeux vidéos et qu'il avait un manque de motivation pour le reste. Donc nous avons crée une pyramide de motivation, c'est-à-dire qu'on a imaginé cela en disant voilà, il y a ça etc, quelle est l'étape la plus facile, la moins facile etc, et au fur et à mesure qu'on montait dans la pyramide c'était du plus facile au plus intéressant pour eux et difficile, c'était quelque chose qu'ils pouvaient faire un peu tous les jours. On leur a proposé de garder leur pyramide motivationnelle pour s'en servir en dehors de la séance. Un patient l'a conservé, il essai de la regarder tous les jours et de se motiver pour faire un ou deux choses de sa pyramide. On en a un autre ça l'a aidé à diminuer sa consommation de glace jusqu'à l'arrêt total, mais il n'a pas complété totalement la pyramide. Les autres, ça n'a pas fonctionné car au fur et à mesure de la construction de la pyramide, au final ils ne voulaient plus travailler sur leur demande. Par exemple un patient qui voulait arrêter de fumer, finalement il voulait continuer. Mais pour les deux patients pour lesquels la pyramide à fonctionner, ils ont essayé d'imaginer les étapes qu'ils pouvaient mettre en place. » (l. 163-172) « on devait prendre les transports et il y a des patients qui ne savaient pas comment faire. Alors j'ai

	donné la consigne qu'ils devaient être autonome et indépendant pour y arriver. Certains d'entre eux avaient de nombreuses difficultés donc je leur ai dit que la semaine prochaine, on allait travailler sur une fiche pour réfléchir à comment prendre le bus. Donc ça comme c'était une chose qu'ils n'arrivaient pas à faire, je savais qu'il allait y avoir de la motivation pour apprendre et participer car c'est une activité qu'ils ont demandée eux. J'essaie de faire des choses agréables, on fait une fois par semaine un débriefing sur là où ils en sont, sur comment ils se sentent, en buvant une petite boisson. Donc là il y a une motivation à venir parce qu'on parle d'eux, on est centré sur eux. » (l. 172-174) « Le fait de faire ensemble, de se connaître, d'avoir un sentiment de sécurité, de rassurance dans le groupe, cela les incitent à participer et je les incite également à participer entre eux. » (Annexe 14 l. 108-113) « […] GEM qui se développe de plus en plus dans les villes pour aider les personnes avec cette maladie à participer à la vie active en tant que citoyen. Ce n'est pas des lieux de soins, c'est des partenaires, des associations de patients qui jouent un grand rôle dans la réinsertion sociale des patients et leur participation sociale. Donc ce sont des groupes de patients donc la maladie est présente mais il y a aussi tout le côté activités qui pourront être à leur portée. » (Annexe 16 l. 62-63) « je suis motivé de venir parce que le lieu me convient, le lieu m'apaise, je suis bien, je suis dans un groupe et protégé par exemple. » (l. 96-97) « En ergothérapie on va travailler sur la renarcissisation, l'estime de soi etc. » (l. 114-124) « D'un autre côté, il y a également à la clinique, des objets qui sont fabriqués, ils peuvent les prendre pour eux en leur demandant une participation financière pour acheter du matériel. Cela donne une valeur et une notion d'argent. Ensuite s'ils veulent, les patients peuvent laisser leur réalisation et cela peut être vendu au sein de la clinique mais donc l'argent revient à l'association de la clinique. C'est une façon de ramener l'argent à l'association afin de payer des sorties et plein d'autres choses. C'est assez valorisant pour beaucoup qui rentre un peu dans le côté « oui voilà, j'ai fait quelque chose, il a

	été vendu, mon objet a plu, il a été acheté », cela peut participer à la motivation. Le regard de l'autre aussi, il peut jouer sur le groupe, sur… le compliment du thérapeute mais aussi des autres patients, un effet miroir peut être valorisant là aussi. Cela fait parti d'une dynamique de groupe positive. » (l. 125-126) « En général, la notion de petit à petit, on va se donner un objectif en début. » (l. 127-129) « On peut fixer comme cadre, de faire au début deux activités dans la semaine, puis augmenter le nombre, euh, varier les activités. »
L'ergothérapeute : sa posture et ses valeurs	(Annexe 11 l. 102-108) « Mais par contre ils ne l'identifient pas forcément, et c'est plutôt nous en fait qui nous leur expliquons un peu, […] on leur explique que leurs difficultés, euh alors, il y a plein de symptômes comme l'apragmatisme, l'abolie etc. Mais qu'effectivement c'est nous qui leur parlons plus en faite de ça, qui nous leur expliquons cette idée d'être motivé et c'est vrai qu'après ils arrivent à identifier…, et ils arrivent à en parler mais il faut les former, les informer quoi sur cette question… » (l. 137) « On reboost tout le temps nos patients » (l. 141-145) « dans l'accompagnement des personnes schizophrènes, c'est alors le… risque de la réhabilitation, euh c'est de ne penser que habiletés si je parle en termes Kielhofnerien, hein, que habiletés opératoires, habiletés dans la sphère communication, (respiration) mais si on n'oublie le côté engagement et motivation justement ben on travaille pour rien… » (l. 153-161) « J'ai eu une patiente où ils ont fait un magnifique projet d'ESAT sauf que ce n'était pas du tout dans ça que se projetait la patiente donc ils ont travaillé pendant 2 ans sur un projet que la patiente a annulé en une journée d'ESAT hein (rire). Et donc euh, fin essayons quand même de bien comprendre ce que veut la personne pour elle-même et qu'est-ce qui l'intéresse. Donc demain on a une réunion pour faire le point sur la période d'admission d'une nouvelle patiente et ben je vais présenter la liste d'intérêts et de rôles. Il n'y a pas que ça hein, mais en l'occurrence ces outils, ils nous permettent de mettre la personne dans un moment où elle a pas encore la relation de confiance hein, en début de suivi, à nous dire vraiment qu'est-ce qui l'intéresse et qu'est-ce qu'elle veut. C'est quoi sa priorité à elle. » (l. 163-165) « Vraiment, c'est quelles sont les valeurs de la personne, qu'est-ce qui l'intéresse, qu'est-ce qu'elle veut, c'est quoi ses rôles… »

	(Annexe 12 l. 44-53) « Alors au niveau de la relation je pense que moi je l'appréhende, en faite j'ai l'habitude de faire quelque chose, c'est que je ne lis pas forcément les dossiers de mes patients avant de les rencontrer. Si j'ai besoin d'une information par la suite de la prise en charge, je vais aller la chercher dans le dossier, voir si elle a déjà été écrite ou quoi que ce soit et si ce n'est pas le cas je vais aller chercher auprès des professionnels compétents mais c'est vrai que je me laisse le temps de me faire l'image de la personne. Je ne veux pas avoir écrit déjà cette personne est etc avec un diagnostic, les traits de caractères tout ça, je préfère attendre de voir moi-même quelle est cette personne, sans me mettre d'à priori ou de préjuger. Euh, donc c'est vrai que ça c'est plus assez naturel au niveau de la relation, je laisse la personne venir, voir ce qu'elle peut me dévoiler, ce qu'elle n'a pas envie de me dévoiler […] » (l. 71-75) « Moi je viens voir s'ils ont envie de faire cette atelier là et notamment dans les unités, les ateliers de groupe, je vais les chercher dans leur chambre en leur demandant s'ils sont d'accord aujourd'hui pour participer, est-ce que ça les intéressent ou pas, est-ce que plutôt la semaine prochaine en fonction de comment ils sont, comment ils se sentent, si l'humeur est correcte, ce genre de choses là » (l. 78-83) « si la personne ne veut pas venir, je considère que cela n'a pas trop d'intérêt de la forcer et que ce n'est pas pour autant que la semaine prochaine je pourrais lui reposer la question, lui redemander et peut être qu'elle aura changer d'avis d'ici là ou peut être que le groupe ce n'est pas fait pour elle et qu'à ce moment là il va falloir que je la vois plutôt en individuelle dans un premier temps ou en individuelle régulièrement et que de l'individuelle. » (l. 126-129) « […] on va se pencher sur qu'est-ce que la personne aime, quels sont ses loisirs par exemple, ses habitudes de vie, les loisirs et les centres d'intérêt et d'autres choses. Je pense que ça peut permettre une meilleure motivation et participation. » (Annexe 13 l. 50-51) « […] de respect de l'autre et d'aller au rythme de la personne. » (l. 63-67) « […] si on a à faire à quelqu'un qui est dissocié et délirant, l'alliance ne va pas être possible donc on va déjà être sur une approche tranquille, on va s'asseoir à côté de la personne et discuter un peu avec elle, lui présenter un petit peu ce qu'il est possible de faire en atelier,

	éventuellement laisser la porte ouverte pour voir si les personnes viennent faire un petit tour et voir s'ils ont envie de faire quelques choses. » (l. 98-101) « […] pour moi c'est vraiment essayer de les rencontrer, qu'il y est une rencontre la plus authentique possible. Donc si je peux avoir du temps, je peux me poser à côté de la personne, discuter et lui parler un petit peu de ce que c'est l'ergothérapie et les activités que l'on propose dans le service. » (l. 107-109) « […] nous on va l'accueillir et lui laisser au maximum du choix de façon à ce que justement s'il y a un choix, il y a déjà une motivation intrinsèque de la personne, une motivation à venir et il y aura une participation qui sera plus facile. » (l.116-118) « nous on va pouvoir lui offrir cette position où il va être acteur sur quelque chose, sur la matière ou sur un jeu ou sur une discussion mais où il passe en position de l'action. » (l. 125-127) « Je pense que prendre en compte la demande du patient, le besoin, les désirs, les objectifs qu'il a, les intentions qu'il a par rapport à lui et de lui donner de la reconnaissance, c'est important » (l. 135-141) « à chaque fois on est en position de discussion et après on leur demande d'analyser pour passer en état de position. Plus tu fais passer les personnes en position d'acteur où elles peuvent partager des stratégies et avoir une méta-analyse, plus elles vont être motivées à s'engager. Plus tu les rends passif en décidant à leur place, moins elles viennent et participent. Après il y en a qui peuvent être très obéissant mais bon je ne pense pas que ce soit la meilleure solution pour qu'elles viennent motivées, engagées et inclues. » (l. 174-176) « Moins je parle, mieux c'est pour leur participation au niveau sociale. J'essaie de les rendre le plus actif possible en m'effaçant, pour leur participation et leur projet après l'hospitalisation. » (Annexe 14 l. 58-62) « […] il y a une connaissance du dossier médical du patient qui va permettre que dans la relation qu'on a écrite avec le patient, tienne compte des difficultés et des capacités du patient. Donc voilà, dans la proposition du projet thérapeutique que je vais lui faire, le point de départ c'est effectivement que je sois toujours dans la connaissance de son dossier et dans la relation avec le patient. » (l. 118-120) « […] l'idée c'est vraiment de leur donner envie de découvrir des choses qui les intéressent comme ça intéresseraient n'importe qui […] »

	(Annexe 15 l. 61-65) « Evidemment la relation dans ces cas là n'est pas toujours évidente à établir, soit parce que la personne n'est vraiment pas dans la réalité, soit parce que c'est ce qu'on appelle ne pas être dans le contact, justement le patient va éviter la rencontre. … Enfin la symptomatologie va empêcher la personne à pouvoir être dans cette rencontre avec moi. » (l. 76-79) « C'est toute la question des activités signifiantes pour le patient, l'ergothérapeute et le patient doivent trouver ensemble les activités qui vont susciter de la motivation, du plaisir, de la satisfaction. … Et du sens. » (Annexe 16 l. 41-42) « Il y a plein de choses, surtout que quand un patient est dans un état délirant, il n'y a pas de critique du réel donc là, la relation est compliquée. » (l.65-68) « il y a un intérêt derrière, après quel est cet intérêt, c'est cela justement qu'il faut décrypter. Peut-être que pour déclencher une motivation, ça va être de pointer quel est l'intérêt que peut y trouver le patient et qui ne va pas être le même d'une personne à l'autre. » (l. 88-90) « il faut essayer de chercher des éléments sur leurs intérêts, sur ce qu'ils ont envie, on peut démarrer sur eux, leurs envies et selon la personne, certaines peuvent entrer en relation assez facilement finalement. » (l. 111-122) « […] il faut les féliciter « bravo, la prochaine on essaie trois quart d'heure ». Par rapport à la motivation, j'essaie d'orienter au début de façon à ce qu'on évite l'échec et que la réalisation puisse aboutir. De façon générale, c'est très rare, au maximum on évite ces situations et donc d'arriver à quelque chose, trouver des solutions pour aller jusqu'au bout du projet. D'un autre côté, il y a également à la clinique, des objets qui sont fabriqués, ils peuvent les prendre pour eux en leur demandant une participation financière pour acheter du matériel. Cela donne une valeur et une notion d'argent. Ensuite s'ils veulent, les patients peuvent laisser leur réalisation et cela peut être vendu au sein de la clinique mais donc l'argent revient à l'association de la clinique. C'est une façon de ramener l'argent à l'association afin de payer des sorties et plein d'autres choses. C'est assez valorisant pour beaucoup qui rentre un peu dans le côté « oui voilà, j'ai fait quelque chose, il a été vendu, mon objet a plu, il a été acheté », cela peut participer à la motivation. » (l. 129-130) « Là encore cela va être à discuter avec le patient, sur quoi il accroche et sur quel type de levier on va pouvoir jouer. » (l. 138-139)

	« c'est beaucoup d'adaptation en fonction de la personne et de ses demandes également. » (l. 143-145) « Donc après il n'y a pas que l'ergo, on est forcément en collaboration. Ce n'est pas juste notre regard à nous et notre moment d'intervention, donc là il y a la nécessité d'une collaboration pour motiver la personne dans sa participation. » (Annexe 17 l. 57) « pas de jugement, se mettre à la hauteur de l'autre personne » (Annexe 18 l. 27-37) « En faite la relation dépend de chaque personnalité, de ce que chacun y met dans une relation avec une autre personne. Même si on est ergothérapeute on rentre en relation par notre personnalité. Moi par exemple je rentre facilement en relation car je ressens le patient, chaque patient est différent donc j'aborde, j'adapte ma relation avec chaque patient. Je vais essayer de ressentir un peu ses émotions, si le patient est détendu, angoissé, s'il est dans la réalité, s'il a peur des soins, s'il a peur de voir du monde etc. Voilà je vais d'abord essayer de ressentir cela pour pouvoir entre en relation. Je vais évaluer son état de stress ou autre, ça se fait naturellement et ensuite poser des questions, l'orienter mais en faisant attention au sentiment de persécution, de défensive. Si je ressens ces sentiments, … je vais changer ma posture et l'orienter plus vers une activité douce ou changé le ton de ma voix, ma distance pour rentrer en relation avec lui. » (l. 54-70) « Par exemple, dans un groupe journal, un groupe de trois patients, le patient atteint de schizophrénie n'était pas là du tout, il avait les écouteurs dans les oreilles, il s'est mis à l'écart alors là je vois déjà la motivation du patient (rire). Il ne s'est rien passé encore que je vois déjà l'absence de motivation. Ensuite dans cette atelier il a écouté le cadre, on raconte ce qu'on a fait la semaine dernière et on part sur quelque chose d'autre. Ce patient s'est mis à parler, il était très en colère, j'ai eu beaucoup de mal à le faire participer car il disait des choses pas du tout en rapport avec l'atelier mais on a travaillé autre chose, son émotion, pourquoi il était en colère, ça partait dans tous les sens, il était totalement dissocié, sa conversation était dissociée aussi, j'essayais de le rassembler un peu en essayant de canaliser tout ce qu'il me disait et au final il a réussi à écrire une lettre sur

	l'ordinateur adresser à son psychiatre. Donc dans cette situation, la participation sociale était très compliquée parce que du coup de temps en temps je lui disais que j'allais essayer de mettre le groupe en activité pour que chacun puisse travailler sur des choses personnelles et à chaque fois il me disait oui, et puis hop, d'un coup il ressautait sur ses problèmes et sa problématique, que ça n'allait pas, qu'il n'était pas bien en ce moment, et ce patient prenait vraiment toute la place. Il participait d'une certaine façon mais euh, ce n'était pas forcément sur ce que l'on devait travailler à la base (rire). » (l. 78-81) « Souvent je les ramène sur le projet pour les motiver. Je les encourage, je leur rappelle pourquoi ils sont là, c'est une super activité, c'est un soin, c'est pour qu'ils aillent mieux après, c'est pour aller travailler en extérieur, c'est pour qu'ils puissent participer à des activités à l'extérieur, c'est pour retrouver un rythme dans leur vie quotidienne. » (l. 85-86) « […] chez une patiente qui a 50 ans passé, je vais être plus dans l'humour avec elle, je vais chercher à la faire rire et du coup cela la motive et sa participation est augmentée. »

Annexe 20 : Tableau récapitulatif des thèmes et sous-thèmes de l'analyse thématique

Thèmes	Sous thèmes
La naissance d'une relation entre l'ergothérapeute et la personne	Relation thérapeutique
	Relation d'aide et de confiance
	Relation médiatisée
La représentation de la motivation par l'ergothérapeute dans la schizophrénie	Les types de motivation
	L'origine de la motivation
	La symptomatologie de la personne
	La participation de la personne
Vers une favorisation de la relation et de la motivation chez la personne	Supports
	Objectifs
	Notion de groupe
L'ergothérapeute : sa posture et ses valeurs	Singularité de la personne
	L'adaptabilité face à la personne
	L'approche globale de la personne
	Rendre actrice la personne
	Caractéristiques du soignant

Résumé

Dans la vie quotidienne, les personnes vivant avec une schizophrénie font face à une diminution de leur participation sociale. Le processus de rehabilitation psychosociale se montre efficace mais d'autres moyens existent pour améliorer la participation sociale. L'objectif de cette étude est de voir si la relation ergothérapeute-personne influence la motivation à participer dans une activité. Une méthode clinique a été réalisée pour interroger huit ergothérapeutes. Une analyse thématique a été effectuée pour traiter les résultats. Les thèmes de la relation, de la motivation, des moyens de favorisation concernant les deux notions précédentes et la posture de l'ergothérapeutes sont ressortis. Ceux-ci révèlent différentes formes de relation ergothérapeute-personne et de motivation en fonction de la symptomatologie schizophrénique. Le besoin d'une relation de confiance ainsi qu'une motivation intrinsèque de la personne sont un préalable afin que la personne puisse faciliter sa participation sociale. En conclusion, comment l'ergothérapeute s'adapte dans l'accompagnement de la personne semble un pré-requis pour aider la personne atteinte d'une schizophrénie dans sa participation sociale.

Mots clés : Ergothérapie, Schizophrénie, Participation sociale, Relation Ergothérapeute-Personne, Motivation

Abstract

In their quotidian life, people living with schizophrenia face obstacles, are hindered in their social participation. The process of psychosocial rehabilitation is proved effective, but there are other approaches can improve social participation. The aim of this study is to show how the Occupational Therapist-person relationship can influence the motivation to participate in an activity. A clinical method has been used to interview eight occupational therapists. A thematic analysis was carried out to process the data. The themes were about relationship, motivation, means of favouration concerning the two previous concepts and the position of the occupational therapists. They reveal how the different forms of the Occupational Therapist-person relationship and motivation take based on the symptomatology of schizophrenia. The need for therapeutic rapport and an intrinsic motivation of the person are a prerequisite so that the patient can engage in social participation. In conclusion, how the Occupational Therapist can adapt to the person with schizophrenia seems to be a condition to help persons with schizophrenia in there social participation.

Keywords : Occupational Therapy,Schizophrenia,Social participation,Occupational Therapist-Person Relationship,Motivation